

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra sociologie a andragogiky

**SOCIÁLNÍ PRÁCE S PSYCHIATRICKÝMI KLIENTY V RÁMCI
KOMUNITNĚ PŮSOBÍCÍCH SLUŽEB A MAPOVÁNÍ POTŘEB
U OSOB S CHRONICKÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM JAKO
PODKLAD PRO ROZVOJ SLUŽEB V PŘEROVĚ.**

A SOCIAL WORK WITH PSYCHIATRIC CLIENTS WITHIN
COMMUNITY ACTING SERVICES, AND A SURVEY OF CHRONIC
MENTAL DISORDERS NEEDS AS A BACKGROUND FOR A CARE
DEVELOPMENT IN PŘEROV.

Magisterská diplomová práce

Olomouc 2011

Vedoucí magisterské diplomové práce:

PhDr. Eva Klimentová, Ph.D

Vypracovala: .

Bc. Marie Rašková

Prohlašuji, že jsem tuto magisterskou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 25. 3. 2011

.....

Ráda bych na tomto místě vyjádřila své poděkování pí PhDr. Evě Klimentové, Ph.D., vedoucí práce, za trpělivost, odborné vedení, podnětné připomínky a všestrannou podporu při psaní práce.

Abstrakt

Magisterská diplomová práce se zabývá klasifikací duševního onemocnění v oblasti psychóz a komunitní péčí o osoby s chronickým duševním onemocněním. Zachycuje rozsah péče a služeb v medicínském a komunitním přístupu s důrazem na specifické potřeby klientů. Kvalitní komunitní služby úzce spolupracují nejen s psychiatrickými zařízeními, ale se všemi zdroji podpory v komunitě, které nemocnému mohou pomoci. Vhodným nástrojem k hodnocení efektivity komunitních služeb je Camberwellský dotazník potřeb. Cílem práce je na základě standardizovaného dotazníku dle manuálu CAN provést mapování zdravotně sociálních potřeb klientů komunitní péče v Přerově. V závěru byla provedena vlastní interpretace dat na základě zaznamenaných výsledků výzkumu. Z empirického šetření vyplynulo, že osoby s duševním onemocněním, které navštěvují psychosociální centrum a chráněnou dílnu v Přerově, vnímají jako nejméně problémovou oblast vlastní zdravotní stav a léčbu. Nejméně jsou klienti saturováni v oblasti osobních vztahů.

Abstract

The diploma thesis deals with classification of mental disorders in psychosis and community care for people with chronic mental illnesses. The thesis describes the extent of care and medical services and community approach emphasizing the clients' needs. High quality community services closely cooperate not only with the psychiatric facilities but also with all the sources of support in the community, which can help the patient. A suitable tool to evaluate the effectiveness of community services is the Camberwell Assessment of Needs questionnaire (CAN). The objective of this thesis is to survey medical and social needs of the community care clients in Prerov on the basis of the standardized questionnaire according to the CAN manual. In the conclusion of the thesis there is my own interpretation of the data resulting from the research. The survey showed that people with mental illness, who attend the psychosocial center and the protected workshop in Prerov, perceive their health condition and treatment as the least problem. The least they are satisfied in personal relationships.

ÚVOD.....	7
1. ČLOVĚK A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	9
1.1 Duševní zdraví.....	9
1.2 Duševní nemoc.....	10
1.3 Třídění duševních poruch	13
1.3.1. Základní klasifikace dle MKN-10	13
1.4 Problematika duševního onemocnění	14
1.5 Psychózy, nejčastější diagnózy vyskytující se v psychosociální péči o osoby s duševním onemocněním.....	17
Dochází k poruchám:	17
1.5.1. Schizofrenie, schizofrenní poruchy	18
1.5.2. Diagnóza schizofrenie	19
1.5.3. Klinické formy schizofrenie:	21
1.6 Schizoafektivní poruchy, poruchy s bludy.....	24
1.6.1. Schizoafektivní porucha.....	24
1.6.2. Porucha s bludy	24
1.6.3. Afektivní poruchy.....	25
1.6.4. Klinické projevy afektivních poruch:	26
1.7 Sociální význam psychického onemocnění	27
1.7.1. Hluboké narušení mezilidských vztahů.....	28
1.7.2. Stigmatizace.....	29
2. SPECIFICKÉ POTŘEBY PSYCHOTICKÝCH KLIENTŮ	32
2.1 Motivace jako proces dosažení cíle, uspokojení potřeby.....	32
2.2 Hierarchie potřeb	34
2.3 Vliv uspokojování potřeb na psychické zdraví	35
2.4 Potřeba v kontextu sociální práce	37
2.4.1 Potřeba jako měřitelný ukazatel.....	38
3. ORGANIZACE PÉČE O OSOBY S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM.....	41
3.1 Léčba psychických poruch - medicínský přístup, síť psychiatrických zařízení v ČR.....	43
3.1.1. Lůžková péče.....	45
3.1.2. Terapeutická komunita.....	46
3.1.3. Ambulantní péče	47
3.1.4. Krizová centra	47

3.2	Sociální služby v rámci psychiatrické péče	49
3.2.1.	Přehled služeb	54
3.2.2.	Cíle sociálních služeb pro psychiatrické klienty	58
4.	KOMUNITNÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	60
4.1	Vývoj v čase komunitní psychiatrie	62
4.2	Spolupráce sociálního pracovníka s klienty s psychot. onemocněním v rámci komunitní péče.....	64
4.2.1.	Systém péče vedený multidisciplinárním týmem	64
4.3	Oblast sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci komunitní péče	67
4.3.1.	Komunitní sociorehabilitační zařízení.....	69
4.3.2.	Psychoedukace	70
4.3.3.	Případové vedení, case management.....	70
4.3.4.	Individuální sociální práce	72
4.3.5.	Psychoterapie jako nedílná součást léčebného procesu	73
4.3.6.	Svépomocné skupiny	75
4.4	Sít psychiatrické péče v rámci komunitního přístupu z pohledu klienta	76
5.	METODOLOGICKÁ ČÁST.....	79
5.1	Popis zkoumaných organizací	79
5.2	Popis metody CAN: Camberwellské šetření potřeb	81
5.3	Použitá technika sběru dat	84
5.4	Soubor, výběrová skupina	85
5.5	Sledované hodnoty – potřeby	86
5.6	Zpracování dat	88
5.7	Výsledek se vrací do praxe	93
	ZÁVĚR.....	94

Úvod

Po celou dobu studia Sociální práce jsem přirozeně tíhla k oblasti práce s lidmi s duševním onemocněním. V rámci odborných praxí jsem navštívila několik organizací, které se věnují péči o duševní zdraví, a to v regionech Hradec Králové, Ostrava a Olomouc. Navštívila jsem v rámci dlouhodobých praxí denní centrum sv. Vincenta v Olomouci a MENS SANA o. s. Centrum psychosociální pomoci v Ostravě.

Svoji magisterskou diplomovou práci bych chtěla zaměřit na okres Přerov. Při práci s lidmi s duševním onemocněním se nám nabízí více variací péče. Dnešní doba naštěstí přináší širokou nabídku služeb, než jen zaměření se na tělesnou složku a omezení jen na medicínský model. Nebýt dlouhého vývoje humanizace psychiatrie, zcela jistě by dnes nebylo na poli péče o duševní zdraví tolik možností a nabídek. V současnosti sledujeme některé příkladné aktivity psychiatrických ústavů, které následují trend otevírání svých bran, ale nedařilo by se jim bez schopnosti a ochoty akceptace odlišných druhých. V tom je velký úkol komunitní péče o duševní zdraví. Právě tato sféra tvoří komunikační práh a zprostředkovává kontakt mezi lidmi s duševním onemocněním a společností.

V poslední dekádě dochází k postupné vzestupné tendenci počtu psychiatrických ošetření. Největší podíl má tradičně ošetření kvůli neurotickým poruchám (asi 2/3), dále pak afektivním poruchám a nakonec organickým duševním poruchám a schizofrenií. Takto vysoký nárůst je vysvětlován zvýšeným tlakem na člověka společností, zrychleným způsobem života a s tím souvisejícím nárůstem stresu. Uvažuje se, že za nárůst prevalence duševních poruch může také postupná destigmatizace duševních poruch a vyšší informovanost veřejnosti.

Pro každého člověka s duševním onemocněním je důležité, aby měl vytvořené pevné zázemí, pocit jistoty a vybudovanou sociální síť. Podle závěrů komise České psychiatrické společnosti a Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví pracujících na Koncepti psychiatrické péče v ČR jsou moderním trendem v oblasti psychiatrické péče zařízení poskytující komplexní péči medicínské, psychoterapeutické a socioterapeutické povahy. Tato zařízení pak slouží jako zázemí komunitního multiprofesního týmu. Ve své práci bych chtěla nastínit

celkový přehled poskytovaných služeb v péči o duševní zdraví. Klíčem k obsahu mé diplomové práce je rozsah informací, které by měl mít ve své zásobě vědění každý sociální pracovník, který zastává jakoukoliv pozici v systému péče s lidmi s duševním onemocněním. Dnešním trendem je komunitní přístup k různým menšinám, který má své kořeny v šedesátých letech v anglosaské kultuře. Jako každá oblast sociální práce i práce s klienty s duševním onemocněním si vyžaduje specializovaný pracovní a interakční přístup. Velký důraz je kladen na vzájemné vztahy mezi pracovníky a klienty. Vycházím také z přesvědčení, že pro další vývoj osudu odlišného člověka není bezvýznamné, jak se k němu chovají nejen blízcí, široké okolí, ale i profesionální tým zdravotníků, terapeutů a sociálních pracovníků

Úvod magisterské práce je věnován skupině duševních onemocnění, které se označují jako psychózy – tedy, závažná duševní onemocnění, která narušují psychické funkce. Tato onemocnění mají velmi často chronický průběh. Dalším tématem přednést základní přehled systému péče v rámci medicínského přístupu a nabídku služeb následné péče v rámci nestátních neziskových organizací a nakonec komunitní péči o osoby s duševním onemocněním. V komunitní péči je hlavní důraz kladen na klienta, pro kterého se vytváří individuální terapeutický a rehabilitační plán.

Každý má své potřeby a i lidé s psychickým onemocněním své místo potřebují a jejich sociální síť, kde je zahrnuta odborná péče i nejbližší sociální okolí, jim v tom mohou pomoci. Sociální faktory onemocnění se u dlouhodobě duševně nemocných považují za rozhodující pro další průběh onemocnění. Každá koncepce návrhu opatření a následné péče by měla vycházet z konkrétních zjištěného aktuálního stavu. A právě toto je konkrétní cíl předložené magisterské práce. Provést dotazníkové šetření životních potřeb osob s duševním onemocněním dle standardizované metody CAN, v rámci regionu Přerova a na základě zjištěných a vyhodnocených výsledků navrhnout případná opatření. Tato metoda je postavená na opakování. Po uplynutí časového horizontu např. půl roku se opakuje a po srovnání se zhodnotí úspěšnost již zavedených opatření.

1. Člověk a duševní onemocnění

V úvodu své diplomové práce bych chtěla vymezit pojem duševní zdraví. Dále bych chtěla nastínit základní diferenciaci duševních poruch dle mezinárodní klasifikace nemocí - MKN. Můj předpoklad, zakládající se na zkušenosti z absolvovaných praxí v rámci studia, je že nejčastějšími nositeli diagnózy v rámci neinstytucionalizované péče jsou osoby s psychotickým onemocněním. Tuto moji domněnku, potvrzují i zveřejněné údaje WHO, že mezi tři nejzávažnější duševní poruchy patří právě deprese, bipolární poruchy a schizofrenie.¹

Větší pozornost tedy věnuji psychózám, kam se řadí depresivní poruchy, a typologii schizofrenií. Zejména je pro každého pracovníka důležité operovat s vědomím, jaké dopady – zdravotní, sociální a osobní má onemocnění na způsob života osoby stížené duševním onemocněním.

1.1 Duševní zdraví

Zdraví má aspekty biologické, psychologické a sociální ještě s přihlédnutím, že člověk je svázán se svým okolím a prostředím. Zdraví je dynamický proces. Dle Světové deklarace zdraví z roku 1978 je zdraví jedním ze základních práv. Zdraví je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a dobré kvality života. Zdravý člověk je schopen seberealizace, umí se postarat sám o sebe, přizpůsobit se prostředí, vykonávat svoji práci, plnit sociální role a nemá chorobu. Definice WHO (Světová zdravotnická organizace) z roku 1948 formuluje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady. Na zdraví tedy nelze nahlížet pouze z biologického hlediska. V roce 1977 v rámci celosvětové kampaně „Zdraví

¹MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 15-18.

pro všechny“ vzniká další ještě širší definice: Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život.²

Duševní zdraví v celé své šíři znamená dobrou kondici celé osobnosti. Není to jen, v analogii na definice WHO, prostá absence, jak by se dalo zjednodušeně říci, duševní poruchy. Jak se vlastně pozná duševně zdravý člověk? Můžeme vybrat jen pár základních ukazatelů z běžného života každého z nás. Duševně zdravý člověk má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat. Je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci. Umí komunikovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe. Dobře se adaptuje na změny kolem sebe. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský život. Duševní zdraví představuje schopnost přizpůsobovat se situacím a reagovat na ně.³

K udržení psychického zdraví a aby se člověku dařilo dobře, k tomu potřebuje základ v psychickém fungování, které je založeno na konzistenci intrapsychických stavů. Udržení konzistence úzce souvisí s tím, jak jsme schopni uspokojovat své potřeby.⁴

1.2 Duševní nemoc

Duševní nemoc není opakem duševního zdraví. Problém tohoto pojmu je, že jej nelze definičně vymezit. Snad proto se spíše odborné slovníky zaměřují na to, co duševní nemoc není, tedy duševní zdraví. K definici lze přistoupit v případě, že pojem „nemoc“ nahradíme pojmem „porucha“

„V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) je pro veškerou klasifikaci užíván termín porucha namísto termínu nemoc a onemocnění; termín porucha je užíván pro označení existence klinicky rozpoznatelného souboru příznaků nebo

² MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s.15-17.

³ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 15-18.

⁴ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s 187.

chování, který je většinou spojený s pocitem tísně a narušení funkcí; všeobecně přijatý princip při tvorbě definic všech poruch v MKN-10 říká, že definice poruch musejí platit s ohledem na přiměřenost termínů v různých kulturách, náboženstvích a národnostech; dále se vyskytující omezení v pracovním výkonu, ve výkonu rodinných rolí či při odpočinku se mohou stát pouze užitečným ukazatelem.“⁵

Je těžké určit rozsah zátěže, kterou lidem přinášejí duševní poruchy. Důvodem jsou kulturní rozdíly, které mají vliv na různé na definování duševního zdraví. Podíl obyvatel evropského regionu trpících závažnými duševními poruchami se pohybuje mezi 1 až 6 %.⁶

Každá země si vytváří svůj program péče o duševní zdraví. V České republice se koncepci péče o duševní zdraví věnuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky v rámci dlouhodobé deklarace Zdraví 21. V tomto dokumentu je formulován cíl č. 6: „Do roku 2020 zlepšit podmínky pro psychosociální pohodu lidí a pro lidi s duševními poruchami zajistit dostupnost komplexních služeb.“⁷ Jedno je ale pro všechny státy jednotné - snaha eliminovat počet lůžek v psychiatrických klinikách, psychiatrických odděleních nemocnic a psychiatrických léčebnách a zajistit péči o duševní zdraví a o lidi s duševními poruchami v místních komunitách, kde pacienti a klienti žijí a pracují. Ideálním stavem by měla být podpora duševního zdraví a prevence duševních poruch v místní komunitě a léčení v blízkosti bydliště pacienta.⁸

Jak se tvrdí v samotném dokumentu Zdraví 21, koncepce péče o duševní zdraví v České republice vzniká nekoordinovaně a má spíše lokální charakter. To,

⁵ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s. 422-423.

⁶ Ministerstvo zdravotnictví, Zdraví pro všechny v 21. Století – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. [online]. 2011 [cit. 2011-03-1]. Dostupný z WWW <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>

⁷ Ministerstvo zdravotnictví, Zdraví pro všechny v 21. Století – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. [online]. 2011 [cit. 2011-03-1]. Dostupný z WWW <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.

⁸ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 15-18.

že k většímu posunu nedochází, zjistila ve své poslední revidované Koncepci psychiatrie z roku 2008 i organizace sdružující odbornou veřejnost ze sféry zdravotnictví a příbuzných oborů: Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (PS ČLS JEP). Ta hned v úvodu poukazuje na to, že od prvního vydání Koncepce oboru psychiatrie z roku 2000 nedošlo ke splnění daných cílů. „Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče.“⁹

Psychiatrická péče o duševní zdraví je definována různými způsoby, já se budu držet rozdělení na péči intramulární, tj. péči institucionalizovanou, jíž se dostává na klinikách nebo léčebnách. Druhou částí je péče extramulární, kterou poskytují především neziskové organizace. Někde uprostřed je péče semimulární, která sdružuje ambulance a krizová centra. Toto dělení je použito centrem Vida, která se snaží doplňovat a vytvářet adresář služeb poskytovatelů péče o duševní zdraví.¹⁰

Další koncepcí v odlišení sektorů péče o duševní zdraví je dělení dle Koncepce psychiatrie. Psychiatrická zdravotnická zařízení se tam dělí na samostatná pracoviště (psychiatrické léčebny) nebo zdravotnické zařízení jako součást vyššího zdravotnického zařízení (psychiatrické oddělení) Do označení intermediární služby se řadí poskytovatelé péče nestátního neziskového sektoru a ambulantní zařízení.

Sociální práce orientovaná na klienty s duševním onemocněním je úzce napojena a provázána na oblast odborně psychiatrickou. Nezřídka mají

⁹ Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, Koncepce oboru psychiatrie [online]. 2011 [cit. 2011-01-16]. Dostupný z WWW http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:koncepce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40.

¹⁰ VIDA o.s.informačně poradenské centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci [online]. 2011 [cit.2011-04-02]. Dostupný z WWW < <http://www.vidacentrum.cz/vida-centrum>>.

psychiatrické kliniky v nabídce zástupce komunitní péče a naopak sociální pracovník musí být v kontaktu s odborníky zaštiťujícími psychoterapeutickou či odbornou psychiatrickou pomoc. V rámci mého působení na studentských stážích jsem se ve všech organizacích komunitní péče setkala s modelem, že v organizaci poskytující sociální služby byl i psycholog a byly zde poskytovány např. i služby krizové intervence. Každý zástupce pomáhajících profesí musí mít přehled o problematice duševních poruch a měl by ovládat základní odborné pojmosloví

1.3 Třídění duševních poruch

V péči o duševně nemocné dochází k prolínání mnoha oborů. V pomáhajících profesích už je zakotvený pohled na jedince jako na bytost biopsychosociospirituální. V týmech, které pracují s lidmi s duševním onemocněním, by tedy měli být zástupci jednotlivých oborů seznámeni se základními znalostmi a názvoslovím oboru psychiatrie. Sociální pracovník je odkázán v první řadě na psychiatrickou diagnózu. Nejdůležitější je snažit se podporovat to zdravé, co nemocný ještě má, a zajistit sociální fungování. U nemocných je důležité přijímat je takové, jací jsou, a reflektovat onemocnění se všemi jeho projevy. Prvním krokem je mít co nejvíce základních informací a mít základní povědomí o duševních poruchách.

1.3.1. Základní klasifikace dle MKN-10

Dle mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je pod kódem F vedena kategorie duševních nemocí a poruch chování¹¹:

- F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

¹¹ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s 69.

- F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých
- F70-F79 Mentální retardace (duševní opožďení)
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 Nespecifikovaná duševní porucha

1.4 Problematika duševního onemocnění

Musíme brát v potaz všechny aspekty života nemocného, nelze brát jen čistou diagnózu. Navíc nemocní mohou mít stejnou diagnózu, ale zcela odlišné projevy nemoci a různé prognózy. Každý klient je naprosto jedinečný, nelze ani usuzovat na podobnost v rámci diagnózy.¹²

Duševní onemocnění mohou mít své biologické (genetické, vrozené) příčiny, mohou vznikat na základě psychogenních, sociálních vlivů. Nejčastěji se jedná o kombinaci více faktorů. Na výsledných projevech nemoci se odráží vlivy okolí, výchova, stimulace, sociální podpora. U některých onemocnění neexistuje doklad, nakolik jsou u svého vzniku podmíněny psychogenně, a změny centrálního nervového systému se objevují až sekundárně, po opakovaných atakách nemoci.¹³

Na pochopení vzniku psychického onemocnění se můžeme dívat i z jiného úhlu pohledu tzv.. modelu sociální fulnerability. V podstatě jde o to, že každý člověk disponuje nějakou silou osobnosti, nějakou mírou zranitelnosti či naopak

¹² MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s 28.

¹³ MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 15-18.

stability. Přímoú úměrou je tedy schopen zvládat určitou míru stresu. Zranitelný člověk snadněji podléhá nepříznivým okolnostem a krizovým situacím. Míra stresu, která má tu moc vyvolat psychopatologické projevy, je nesrovnatelně nižší, než u člověka stenického. Naopak člověk stabilní a vyrovnaný snese vyšší míru zátěže a symptomy duševní poruchy se u něj mohou objevit až při působení silných či kumulovaných stresů.¹⁴

Jako příklad vzniku onemocnění přikládám osobní příběh klientky Jany (jména jsou smyšlená). Jde částečně o vyprávění klientky v rámci neformálního rozhovoru a kasuistika je dále vystavěna na základě mé znalosti prostředí a vyprávění jejího otce. Příčinou vzniku nemoci byl jednoznačně označen stresový faktor, tzv.. spouštěč.

Kasuistika: Jana G., Přerov, Psychosociální centrum Mens

Jana G. z Přerova od dětství spíše samotářské dítě, uzavřená. Velice těžký a komplikovaný porod. Jako žákyně základní školy spíše nenápadná, školní výsledky byly průměrné. Hlavně díky vysokým nárokům a péči otce se postupně vypracuje na žákyňi s velmi dobrým průměrem. Navštěvuje též sportovní, plavecký oddíl, ve kterém v rámci juniorské úrovně dosahuje velkých úspěchů na celorepublikové úrovni. Po ukončení povinné školní docházky nastupuje na střední odbornou školu ekonomického zaměření. Opět za výrazné pomoci svého otce zvládá školní povinnosti s výbornými výsledky. Již jako premiantka třídy dostává ve třetím ročníku z Českého jazyka velmi přísného a tvrdého vyučujícího. Stává se terčem jeho posměšných výpadů a snadnou obětí psychického týrání v kolektivu. Právě její komplikovaná povaha navíc vychovaná k podávání co nejlepších výsledků volí jako východisko nejdříve útěky ze školy, nikomu se se svými traumatizujícími zážitky nesvěří, až se vše vyhrotí v projevech halucinací a bludů. To vše během poměrně krátké doby asi deseti dní. Zcela přestala vycházet z bytu, utnula veškeré kontakty se svým sociálním okolím, přestala

¹⁴MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s 70.

pečovat o svůj zevnějšek. Nejbližší rodina zcela přerušila kontakt se svým nejbližším sociálním okolím a rodinou. K prvnímu obnovení kontaktu s širším sociálním okolím došlo až po dlouhé době tři čtvrtě roku. V té době měla již Jana za sebou první diagnostická vyšetření probíhající v psychiatrické ambulanci. Po zdoluhavém procesu hledání vhodné psychofarmakologické léčby a pobytu v denním centru se po přibližně čtyřech letech stabilizovala. Stanovení diagnózy bylo, z důvodu zcela jasných symptomů, v tomto případě přímočaré – paranoidní schizofrenie. Na počátku zcela přestala dbát o svůj zevnějšek, i v důsledku vedlejších účinků neuroleptik nabrala přibližně dvacet kilogramů váhy. K obnovení základních sociálních kontaktů v rámci rodiny došlo přibližně po pěti letech. Rodinné vztahy během této dlouhé doby doznaly diametrálních změn. Zcela se rozpadla síť jejich přátel, sousedů, kolegů v práci. Přibližně po deseti letech Jana G. stále sama sebe vnímá jako nemocnou. Ve stabilizované formě, tedy bez symptomů je již celých sedm let. Jana sama i se svým nejbližším okolím se naučila se svou nemocí žít a hovořit o ní. Je v péči denního psychosociálního centra v Přerově, denně dochází do chráněného pracoviště a zapojuje se do celé škály aktivit v rámci péče o své duševní zdraví, včetně skupinových aktivit a výjezdů na dlouhodobé pobyty. Asi tři roky byla dokonce zaměstnána jako kancelářská síla. Dnes dochází pracovat do chráněné pracovní dílny. Pobírá invalidní důchod. Otázkou zůstává, co je žádoucí do budoucího života, zda je cestou odříznout se a začít život jako „zdravý“ člověk. Samozřejmě s vědomím, že sledování psychického stavu a stálá medikace již bude nedílnou součástí každodennosti. Nebo se nerozhodovat a zůstat vnitřně i vně v roli duševně nemocné a užívat dozajista oprávněné bezpečí, které toto postavení s sebou nese. To vše se bude odvíjet od vlastního založení osobnosti.

1.5 Psychózy, nejčastější diagnózy vyskytující se v psychosociální péči o osoby s duševním onemocněním

Je třeba stanovit, co pro účel této práce obsahuje termín psychóza. Slovo psychóza znamená v překladu nemoc duše.¹⁵

„Psychózami označujeme závažná duševní onemocnění, při kterých je narušena schopnost jedinců chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Psychotická onemocnění mění vztah člověka k realitě, ovlivňují jeho cítění, myšlení vedou ke změnám osobnosti a snižují kvalitu lidského života. Vyznačují se mnohotvárností psychopatologie, příčin vzniku onemocnění, průběhu onemocnění i reakcí na léčení. Většina forem onemocnění má vleklý průběh a sklon k chronicitě.“¹⁶

Členění psychóz je dvojí, jedná se o psychózy organické a funkční. Mezi funkční psychózy řadíme především schizofrenii a maniidepresivní psychózy. Organické psychózy mají patologii ve smyslu zjistitelného poškození mozkové tkáně a nemoc je vyjádřena jako porucha funkcí centrálního nervového systému. Já se budu zabývat tedy tou druhou skupinou, funkčních psychóz, která je charakterizována zcela zásadní změnou způsobu prožívání sama sebe, vnímání druhých a mění pohled na svět. Na místo reálného pohledu a adekvátnímu vyhodnocování informací nastupují znejišťující přeludy a fantazie. Nositelé tohoto druhu onemocnění jsou adresáty komunitní psychiatrické péče.¹⁷

Dochází k poruchám¹⁸:

- **kognitivních funkcí**, tedy vnímání (klamné vjemy zrakové, sluchové – halucinace), myšlení (narušení dynamiky, formy i obsahu), orientace v realitě, tzv. distorze skutečnosti (nemocný není schopen

¹⁵ KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 14.

¹⁶ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s.235.

¹⁷ KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 14-15.

¹⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 333-342.

adekvátně vyhodnocovat skutečnosti a podněty), autistické projevy (nápadná izolace), poruchy verbálního projevu (nesouvislá, nesmyslná, ochuzená řeč);

- **emotivity**, tedy citovému prožívání (neadekvátní citové reakce, přecitlivělost, emoční labilita, citová otupělost);
- **jednání** (omezování aktivity, nápadnost chování, depersonalizace – cizost vlastních myšlenek, prožitků vůle, těla, ztráta pocitu integrity, nemocnému se stírá předěl mezi jeho tělem a okolním světem).

Mezi funkční psychózy patří schizofrenie, která se projevuje jako hluboké narušení vztahu k realitě, a maniodepresivní psychózy. Obě tyto poruchy mají několik forem, které se liší obsahem, průběhem i obtížností.¹⁹

1.5.1. Schizofrenie, schizofrenní poruchy

Schizofrenie je vlastně soubor příznaků – syndromů. Eugen Bleuler, který r. 1911 termín schizofrenie (fragmentovaná mysl) použil poprvé, měl ve skutečnosti na mysli skupinu schizofrenií. K diagnóze schizofrenie se zpravidla dospívá vylučovací cestou. Stanovení diagnózy je někdy velmi snadné, jindy je velmi náročné a vyžaduje velkou zkušenost a dlouhé odborné pozorování. Schizofrenie je díky kombinaci výrazné pracovní a sebeobslužné neschopnosti, časného nástupu příznaků a chronického průběhu často pro pacienta vážnou tragedií a stigmatem jak pro něj, tak pro celou rodinu. Navíc se jedná o častou poruchu, postihující 1 % populace. Lze ji díky vysoké prevalenci, tíži a pervazivním účinkům označit jako největší zátěž psychiatrie.²⁰

Příčina vzniku schizofrenie není spolehlivě známa. Předpokládá se spolupůsobení více faktorů. Na základě dnešní úrovně poznání se spíše než o příčinách schizofrenie hovoří o rizikových vlivech. Patří k nim genetická vložka

¹⁹ KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 16.

²⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 334-336.

a události, které během života jedinec prožívá, jiné jsou způsobeny vlivy prostředí, v němž nemocný žije, poruchy nitroděložního vývoje mozku dítěte, popřípadě poškození mozku při porodu. Dále byly zjištěny i změny struktury mozku. Podle současných teorií jsou vlastní příznaky schizofrenie způsobeny narušením určitých chemických pochodů v některých částech mozku. U nemocných byly zjištěny funkční biochemické odchylky, které jsou projevem odlišného metabolismu mozku. Predispozice ke schizofrenii může ovlivnit i rodinné prostředí a schopnost jedince vyrovnávat se a zpracovávat silné podněty. Tedy dá se říci, že jedinec nedokáže adekvátně zpracovat zátěžové situace z důvodu zvýšené citlivosti. Ve snaze zjednodušit složitý komplex schizofrenie dělí klinici příznaky poruchy do dvou širokých skupin, na pozitivní a negativní symptomy.²¹

1.5.2. Diagnóza schizofrenie

Počátek onemocnění snad není schopen nikdo řádně odhalit. Objevují se různé nespecifické příznaky, které se mohou projevovat i u jiných onemocnění a za jiných okolností. Mezi tyto ukazatele patří např. podrážděnost, úzkost, vztahovačnost, nesoustředěnost, nespavost. Nemocný nové situaci nerozumí, je zmatený a začne se postupně uzavírat. V této fázi patrně sám sebe vnímá a má náhled na jinakost sebe a okolí. Jakmile se začíná startovat spirála onemocnění, již není v jeho moci sám sobě pomoci, vystoupit a začíná odmítat kontakt s okolním světem. Stanovit diagnózu schizofrenie je velmi náročné, natož se pokusit vtěsnat do určité klinické formy. Autor knihy *Bláznit je lidské* Klaus Dörner hovoří o tom, že každý nemocný má svoji vlastní schizofrenii a nemocné nazývá osobami, které jednají schizofrenně. Za základní příznaky schizofrenie se považují poruchy myšlení a jednání, je narušeno vnímání a také může dojít k rozpadu emocí a emocionálnímu vztahu ke světu. Dochází ke stavu, kdy osoba ztratí jakékoli

²¹ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 333-335.

hranice mezi: Já, osoba, druhý, svět. Onemocnění schizofrenií a obecně psychózy mají několik vývojových forem.

„Můžeme obvykle odlišit přípravné (prodromální) období, období rozvinuté psychózy (ataka), období vyhasínání (reziduální) a období úpravy (remise). Doba trvání jednotlivých období není stejná a liší se u různých forem psychózy a různých pacientů.“²²

K diagnostikování schizofrenie je třeba, aby byl přítomen alespoň jeden pozitivní příznak déle než jeden měsíc a negativní příznaky alespoň dva²³:

- a. Pozitivní příznaky:** Jsou to vlastně pokřivené a zveličené normální kognitivní a emoční funkce, osoby na sebe přitahují pozornost, projevují se podivným chováním, zvláštním oblékáním. Tyto jsou projevem zvýšené aktivity různých oblastí mozku.

Deorganizace: Typické poruchy řeči a pozornosti i bizarní chování.

Distorze skutečnosti: Mezi tyto příznaky patří ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludy kontrolování, ovládání nebo ovlivňování, nevývratné přesvědčení, že je pacient někým na dálku kontrolován, ovládán nebo ovlivňován, halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří nebo přicházejí z určitých částí těla. Dále se mohou projevit bludy (nevývratné přesvědčení zvláštních schopností), nadlidská moc, politická identita, schopnost kontrolovat počasí, bludy perzekuční, žárlivecké, náboženské, grandiózní atd.

- b. Negativní příznaky:** Jedná se o ztrátu nebo oslabení normálně přítomných funkcí, pacienti nejsou schopni navázat normální rodinné a intimní vztahy,

²² KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s 27.

²³ Přeložili: Tomáš HÁJEK, Ivan TŮMA, Cyril HÖSCHL. *Schizofrenie Edukační program*. WPA. Praha: Academia medica Pragensia. 2003.s. 15-20.

chodit do školy, udržet si zaměstnání, budovat si přátelství. Tyto jsou důsledkem zpomalení funkce určitých částí mozku.

Alogie, psychomotorické ochuzení: Sem řadíme ochuzení řeči, nebo řeč postrádající obsah a pohyb - nehybná tvář.

Emoční oploštělost: Typické snížení schopnosti vyjadřovat emoce, otupělost.

Anhedonie: Projevuje se jako neschopnost prožívat radost, ztráta zájmu o sociální interakce.

Abulie: Člověk ztrácí vnitřní pnutí k dosažení cíle, projevuje se jako neschopnost zahájit nebo setrvat v cílevědomém chování.

Dále se vyskytují: poruchy pozornosti, nedostatek náhledu na své chování, neupravené vzezření, katatonní motorické příznaky.²⁴

1.5.3. Klinické formy schizofrenie²⁵:

- **Paranoidní schizofrenie F20.0:** Nejčastější výskyt, provází ji bouřlivé ataky nemoci v podobě halucinací a bludných přesvědčení, celkově ale dobře reagují na léčbu. Pokud je pacient dobře spolupracující, lze jej udržet v dobré remisi.
- **Hebefrenní schizofrenie F20.1:** Tato forma není příliš častá, její projevy se dají charakterizovat jako extrémně vystupňované „pubertální chování“. Tito pacienti jsou obtížně motivovatelní ke spolupráci na terapii. Prognosticky je tato forma méně příznivá. Většinou propuká dříve, kolem patnáctého roku života.
- **Katatonní schizofrenie F20.2:** Poměrně vzácná forma této nemoci, kdy pacient upadá do stuporu, při kterém nereaguje na okolní podněty, což neznamena, že by nevnímal. Vzácně přechází stupor do masivního

²⁴ DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 90.

²⁵ RABOCH, Jiří., PAVLOVSKÝ, Pavel., JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2006. s 79-84.

neklidu – objevují se vysoké horečky, svalová ztuhlost, až metabolický rozvrat.

- **Nediferencovaná schizofrenie F20.3:** Jde o schizofrenii, kterou nelze s určitostí zařadit mezi předchozí tři formy.
- **Postschizofrenní deprese F20.4:** Pokud měl pacient v posledním roku od poslední ataky jasné schizofrenní příznaky a současně nejméně čtrnáct dní byla přítomna deprese.
- **Reziduální schizofrenie F20.5:** V podstatě chronická verze schizofrenie, kdy převládají především negativní příznaky.
- **Simplexní schizofrenie F20.6:** Jedná se v podstatě o postupné uzavírání se do vlastního světa. Tito nemocní bývají již od dětského věku uzavření, samotářští a introvertní. U této formy dominují spíše negativní příznaky (snížená motivace, absence vůle, nemocný ztrácí aktivitu). Negativní příznaky lze hůře ovlivnit než ty pozitivní, kam patří halucinace a bludy). Zde má své nezastupitelné místo psychoterapie a psychiatrická rehabilitace.
- **Jiná schizofrenie F20.7:** Do této kategorie se nejčastěji zahrnuje Huberova schizofrenie, jež se projevuje neopodstatněnými hypochondrickými stesky, které v poslední fázi přechází do bizarní podoby.

Jako akutně nemocné označujeme osoby, které aktuálně prožívají schizofrenní krizi, typická je přítomnost především pozitivních znaků, přetrvávající alespoň jeden měsíc. To se může dít několikrát za život. Četnost a průběh je velmi individuální, specifický u každého nemocného. Po odeznění akutní fáze mohou přetrvávat některé příznaky.²⁶

Jak je to tedy s chronickou formou? Ukazuje se, „že při prognóze dalšího zvládání života hraje psychopatologie a diagnóza vedlejší úlohu, významné je

²⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 337.

však očekávání příbuzných, psychiatrického personálu a pacientů.²⁷ S tímto pojetím se ztotožňuji. Dalším faktorem je, dle mého názoru, ještě míra zvládnutí odpovědnosti za vlastní chod života. Výsledkem mého pozorování klientů je, že klienti jsou usazeni v sebepojetí nemocného. Ale v žádném případě taková úvaha nesmí zavádět k posuzování, zda dotyčný má mít nárok na ochranu spojenou se statusem chronicky nemocného. Právě naopak. Musíme si stále uvědomovat, že chronicky nemocný si hledá v psychóze ochranu. Musí mu být poskytnut prostor, aby opět nabyl rovnováhy a to i za cenu, že by měl být odkázán na pomoc. Pokud budeme brát nemocného celistvě a uvědomíme si, jak žije, ztrácí otázka léčitelnosti či neléčitelnosti význam. Musíme se snažit změnit přístup, snažit se porozumět jeho světu a situaci, do které vrostl. To nám umožní hledat nové možné způsoby pomoci a otázka po léčitelnosti se odsouvá do pozadí.²⁸

Schizofrenie není nutně nevyhnutelně definitivní úděl. Objevuje se nejčastěji v rané dospělosti. Kolem dvacátého roku věku. V době, kdy se má člověk připravovat na vlastní život. Po třicátém pátém roce riziko vzniku nemoci klesá. Hrubý odhad dokládá, že přibližně jedna třetina nemocných se po první atace nemoci uzdraví a nové ataky se již neobjeví. Druhá třetina má průběh nemoci s houpavým průběhem. Čas od času se s velmi nevyzpytatelným průběhem objeví akutní symptomatika nemoci, která po залéčení zcela, nebo téměř ustoupí. Poslední třetina nemocných má průběh spíše postupně zhoršující se.²⁹

Dalšími typy psychóz, se kterými se můžeme setkat na úrovni komunitní péče, jsou níže uvedené.

²⁷ DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 90.

²⁸ DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 90.

²⁹ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s 76.

1.6 Schizoafektivní poruchy, poruchy s bludy

1.6.1. Schizoafektivní porucha

Za přechod mezi schizofrenií a afektivními poruchami lze pomyslně přiřadit schizoafektivní poruchu. Najdeme zde výrazné příznaky typické pro schizofrenii, tak jsou přítomny i změny nálad ve smyslu mánie, v tomto případě hovoříme o manickém typu F25.1. U této poruchy nastává akutní začátek a průběh je velmi bouřlivý, chování je výrazně narušeno. Pokud je průvodním znakem deprese, jedná se o poruchu depresivního typu F25.1. Trvání je dlouhodobějšího rázu a má i horší prognózu. Pokud se klient nachází v patické depresivní náladě, musíme brát na zřetel, že velmi výrazně narůstá riziko suicidiálního pokusu.³⁰

1.6.2. Porucha s bludy

Porucha s bludy se od výše popsaných poruch objevuje v pozdějším věku, kolem 50. roku života. Projevuje se masivním nástupem bludů, zejména perzekučních. Často se jedná o osoby s určitou predispozicí, tedy již období před propuknutím onemocnění byli vztahovační a nedůvěřiví. Z pohledu sociální práce není s tímto typem klientů jednoduchá spolupráce. Sociální pracovník může mít problém vyhodnotit způsob, jak zasáhnout či jaký zvolit způsob metody práce, neboť klienti nemají náhled na nepravdivost svých bludných přesvědčení. Navíc klienti nemusí působit jednoznačně jako osoby s duševním onemocněním.³¹

Orientace v těchto psychotických poruchách je velmi obtížná, tedy zejména z důvodu nezachytitelnosti etiologie a celého souboru syndromů a neopakovatelnosti průběhu. Tato onemocnění se neobejdou bez psychofarmakologické léčby, protože nelze očekávat, že dojde ke spontánnímu zlepšení. Ke stabilizaci či léčení ovšem může dojít pouze v případě spolupráce mezi nemocným a lékařem, odborný název tohoto úzdravného vztahu compliance.

³⁰ MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 66.

³¹ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s 77.

Medikace obecně slouží k uklidnění a regulaci psychických projevů. Pod vlivem léků se projevy choroby zmírňují, i když ne vždycky zcela zmizí. Nemocný sice např. slyší hlasy nebo vidí cizí bytosti, ale už mu nevadí. Je například „sledován mimozemšťany“, ale už na to příliš nereaguje. Proces hledání vhodného léku je velmi náročný a pro člověka velmi zatěžující, zejména z důvodů vedlejších účinků. Častými vedlejšími účinky jsou zvýšení hmotnosti a snížení sexuální funkce, sucho v ústech, ale také např. únava, závratě. V dnešní době jsou již testovány nové řady antipsychotik, které tato rizika eliminují. Schizofrenie, schizoafektivní porucha a porucha s bludy jsou dnes léčitelné, ovšem jen tehdy, pokud nemocný léčbu akceptuje a užívá léky, které mu jeho lékař předepisuje. V akutní fázi onemocnění je obvykle nutná hospitalizace, u těchto nemocných však nelze vždy počítat s ochotou při léčbě spolupracovat.³²

1.6.3. Afektivní poruchy

Dalším onemocněním, které zahrnujeme do oblasti funkčních psychóz, jsou poruchy depresivního či manického typu. Hlavním znakem této poruchy jsou masivní změny nálad. Poruchy nálady jsou třetí nejčastější duševní poruchou a postihují asi třetinu populace alespoň jednou za život.³³

Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci, narušuje uvažování nemocného. Dopad na normalitu lze pozorovat i ve způsobu jednání a mnohdy jsou narušeny i somatické funkce. Musíme vidět rozdíl mezi kolísavou pesimistickou náladou, což je ve výbavě skoro každého člověka (souvisí s temperamentem a má informativní funkci), a patologickou změnou nálady, která představuje mnohem závažnější propad nálady. V tomto případě ztrácejí emoce svoji funkci, protože neodpovídají realitě, poskytují nesprávné informace a vedou k neadekvátnímu jednání.

³² RABOCH, Jiří., ANDERS, Martin, PRAŠKO, Ján, HELLEROVÁ, Pavla. *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha Infopharm, 2006. s.

³³ RABOCH, Jiří., PAVLOVSKÝ, Pavel., JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 91.

S afektivní poruchou se setká až 25 % populace alespoň jednou za život. Depresivní ataka má co do četnosti navrch.³⁴

Afektivní poruchy tedy můžeme rozdělit na dva typy. Prvním je typ unipolární, kdy se vyskytuje pouze depresivní nebo jen manická epizoda. Druhou formou je typ bipolární, u kterého dochází ke střídání depresivních a manických epizod. Závažnější co do průběhu je psychotická deprese či mánie, což znamená, že jsou přítomny navíc příznaky ve formě bludů a halucinací.³⁵

1.6.4. Klinické projevy afektivních poruch³⁶:

- F 33 Periodická rekurentní depresivní porucha: Dochází k opakovaným epizodám deprese. Postihuje 2x více ženy než muže. Její celoživotní prevalence se pohybuje kolem 19 %. Přibližně 50 % má za svůj život jen jednu epizodu, u 20 % dochází k výskytu opakování a zbylým 30 % se stav trvale chronizuje. Bylo zjištěno, že asi 15 % nemocných spáchá sebevraždu. (práce s depresivním klientem viz Příloha č. 4)
- F 30 Manická porucha: Nálada expanzivní, nadnesená, objevuje se zrychlené myšlení, pocity síly a sebevědomí. V tělesných projevech je dominantní snížení potřeby spánku a jedním z projevů může být zvýšená životní energie. U psychotické mánie, která postihuje asi 1/3 nemocných, se vyskytují poruchy myšlení a vnímání.
- F 31 Bipolární porucha: Tato porucha se diagnostikuje, pokud se u nemocného alespoň jednou rozvinula mánie. Celoživotní prevalence se pohybuje kolem 1% s rovnoměrným rozložením postižení mezi ženy a muže. Počátek se dostavuje v rané dospělosti. Toto onemocnění je často provázeno sociálně patologickými jevy.

³⁴VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 369-371.

³⁵ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s 248-257.

³⁶ RABOCH, Jiří., PAVLOVSKÝ, Pavel., JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatre – minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2006. s 92-112.

Příčiny afektivních poruch vzniku můžeme označit jako multifaktoriální. Určitě lze zahrnout faktor dědičnosti, aktuální zátěžové faktory, změny ve struktuře a funkci mozku a u depresí též klimatické jevy a pásma.³⁷

Hlavním cílem léčby depresivních klientů je stabilizace, potlačení depresivních symptomů (především pomocí farmakoterapie a psychoterapie) a navrácení funkčních schopností psychosociálních a pracovních do úrovně před začátkem nemoci.³⁸

U manického syndromu je důležité si uvědomit, že klient v akutní fázi mánie je méně citlivý k bolesti a je zcela bez náhledu na své chování. Během této epizody může také nemocný napáchat rozsáhlé škody vůči svému sociálnímu okolí. Možnosti léčby leží na farmakoterapii. Okolí nemocného by jej nemělo vystavovat novým zdrojům stimulace a rozptylování. Po odeznění manické ataky by měl někdo z týmu péče pomoci klientovi řešit následky činů napáchaných pod vlivem nemoci.³⁹

1.7 Sociální význam psychického onemocnění

V této kapitole se budu snažit přiblížit, co dále provází člověka stíženého psychózou. Tedy vše imanentní, co je spojeno s vyslovením diagnózy, s čím vším musí sociální pracovník při své práci počítat, co je součástí světa nemocného. Nemocný s sebou nese dvojí zátěž, jednak to, jak se nemoc projevuje ve formě příznaků, navíc vnímá i odstup a odmítání okolí. Ne na každé psychiatrické onemocnění a jeho nositele dopadá stín, dalo by se říci vyloučení. Právě psychózy, které se projevují podivným chováním, úpadkem vzezření a někdy i agresivním chováním, jsou však cílem předsudků. Nedostatek znalostí, tradující se hrůzné historky jsou živnou půdou pro jejich posilování. Zejména schizofrenie má masivně-destruktivní účinky a je ze sociálního hlediska nesmírně stigmatizujícím aspektem duševně nemocného člověka. Duševní porucha může působit problémy na více úrovních a je také vyústěním problematického

³⁷VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 371-374.

³⁸ RABOCH, Jiří., ANDERS, Martin, PRAŠKO, Ján, HELLEROVÁ, Pavla. *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha Infopharm, 2006. s. 92-93.

³⁹ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 256-258..

fungování lidského jedincem ve všech možných rovinách lidského života, v osobní, rodinné a sociální sféře.⁴⁰

Po vyslovení diagnózy, v důsledku přijetí role nemocného nejbližší a širší okolí na nemocného člověka mění pohled. Přiznávají mu úlevy, vyvazují ho z obvyklých sociálních rolí. Tento status má také druhou stranu, začnou jej vyčleňovat ze společného údělu snižováním jeho vlastní odpovědnosti za jeho život. S konečným dopadem pak samo přijetí role nemocného může být zdrojem hluboké úzkosti a nejistot vzhledem k budoucnosti.⁴¹

1.7.1. Hluboké narušení mezilidských vztahů

Jak jsem si již uvedla, dochází často u nemocných k totálnímu rozpadu vazeb s jeho sociálním okolím. Velmi těžce z dlouhodobého hlediska se jeví vzájemné soužití partnerské a rodinné. Všechny symptomy poruch jsou vnímány okolím jako velmi znepokojující. Kupř. depresivní člověk působí na okolí tísnivě a může narušit celkovou atmosféru. Depresivní klient hodnotí své okolí negativně, což ostatní považují za nespravedlivé. Naopak osoba s manickými projevy může své okolí iritovat svou extatickou náladou, což může působit jako bezohlednost.⁴²

Pro nemocného s chronickým psychickým onemocněním v klidové fázi je třeba zorganizovat denní režim a program. Nemocní toho sami většinou nejsou schopni, mají zpravidla tendenci izolovat se a nic nedělat, často nedbají ani sami o sebe. Pro svou obecně menší zatížitelnost potřebují ochranu před stresem, tj. před nadměrným přetěžováním, ale zároveň je nutné udržovat jejich stávající schopnosti i určitý kontakt s lidmi. Čím více budou pacienti, rodinní příslušníci i veřejnost vědět o schizofrenii a příbuzných typech duševního onemocnění, tím spíše bude možné nemocným pomoci, a zbraňovat tak jejich stigmatizování.⁴³

⁴⁰ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 19.

⁴¹ STYX, Petr. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. s. 24

⁴² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 392.

⁴³ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 354-360.

1.7.2. Stigmatizace

Kromě svých vlastních vnitřních problémů se nemocní často potýkají ještě s reakcemi svého okolí, které jsou nedůvěřivé a někdy odmítavé. Záleží na obou stranách, jak by ta pomyslná zeď nedůvěry mezi nemocnými a společností měla být vysoká. Každá odlišnost viditelná i neviditelná, např. právě příslušnost k nějaké skupině, zejména patologického rázu, má za následek stigmatizaci.⁴⁴

Přesné vymezení pojmů stigmatizace/labelling/nálepkování nabízí Slovník sociální práce. „Postup, během něhož je člověku s asociálním chováním přidělena nálepka neboli stigma (diagnóza, záznam v rejstříku trestů apod.), která předurčuje, jak s ním potom bude ve společnosti zacházeno. Nálepka se pro svého nositele stává nejméně stejně významným problémem jako porušení normy, které k jejímu užití vedlo. Přidělení nálepky je pravděpodobnější u některých sociálních skupin.“⁴⁵

Pacienti se snaží vyrovnat se stigmatizací změnou svého sociálního chování. Omezují dřívější sociální kontakty, opatrně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované. Stigma s sebou nese niterné pocity domnělé méněcennosti. Osoby, jež jsou nositeli stigmatu, jsou odmítány svým sociálním okolím – širším a někdy i užším. Odmítání se projevuje na různých úrovních života jako v partnerských vztazích, pracovišti, bydlení, v zájmové činnosti. U jedinců s duševní nemocí je již ověřeno, že stigmatizace může negativně působit ve smyslu posilování příznaků duševní nemoci, dochází k rapidnímu úbytku sebedůvěry, dále vede k úzkosti, která je spouštěčem stresu.⁴⁶

Nemocní jsou stále uzavřeni v myšlenkovém prostoru, že dostanou-li jednou provždy nálepku – diagnózu, jejich okolí se od nich začíná odvracet a např. zaměstnavatel o ně přestává mít zájem. Jejich důvěra v okolí, dalo by se říci, zázemí, má trhliny, což může vést ke vztahovačnosti, která může přerůst

⁴⁴ Změna stopstigma. [online]. 2011 [cit.2011-10-02].]. Dostupný z WWW <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html>>

⁴⁵ MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 108.

⁴⁶ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008 s. 19.

v perzekuční bludy. Na tento fenomén, který by mohl narušit vztah mezi klientem a pracovníkem musí tedy pamatovat každý pracovník na jakémkoli stupni péče a osoby s duševním onemocněním.⁴⁷

Na subjektivní míru pocitu stigmatizace mají též vliv demografické ukazatele, mnohem více se stížení cítí muži. Dále se prokázalo, že starší lidé vnímají pacienty mnohem s větším despektem. Stigma se netýká jen samotného nemocného, ale také jeho rodiny a nejbližších. Onemocnění člena rodiny je vnímáno negativně, proto zbytek váhá přijmout diagnózu v celém rozsahu. Často se v praxi stává, že se nejužší rodina snaží minimálně nešířit o přítomnosti nemoci.⁴⁸

Velkou míru odpovědnosti na tomto stavu nesou média a stereotypy. Stereotyp jedince s duševní poruchou bývá vyjadřován adjektivy jako nebezpečný, nevypočitatelný, nespolehlivý, iracionální. Tento stereotyp je veskrze negativní a přetrvává generace. Destigmatizace rozhodně spočívá ve změně postojů majoritní společnosti a v legislativních opatřeních.⁴⁹

Péče o duševně nemocné se přesouvá z institucí do komunity a do denních stacionářů. Tento posun v péči napomáhá pacientům udržet si své sociální kompetence. Právě pozitivní zkušenosti s duševně nemocnými a dlouhodobá a systematická výchova laické veřejnosti pomohou zvrátit vnímání duševních poruch a jejich nositele.⁵⁰

V rámci České republiky vede destigmatizační kampaň Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, které si klade za cíl seznamovat veřejnost s projevy duševních

⁴⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 354.

⁴⁸ Změna stopstigma. [online]. 2011 [cit.2011-10-02].]. Dostupný z WWW <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html>>

⁴⁹ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 18-21.

⁵⁰ Psychiatrické společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, Koncepce oboru psychiatrie [online]. 2011 [cit. 2011-01-16]. Dostupný z WWW <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:koncepce-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40>.

poruch, projekt zaměřený proti předsudkům a diskriminaci z důvodu psychiatrického onemocnění s názvem: Změna stopstigma.

Cíle této kampaně ve vztahu ke snížení stigmatu osob s duševním onemocněním jsou⁵¹:

- Zvýšení informovanosti široké veřejnosti.
- Zlepšení vztahu veřejnosti k lidem trpícím schizofrenií a jejich rodinám.
- Vytvoření činnosti pro odstraňování diskriminace a předsudků.

Je otázka zda je možné dosáhnout stavu otevřenosti ve vnímání odlišnosti bez hranic. Domnívám se, že pokud bychom si měli odpovědět poctivě, tak ne, ale je důležité naučit se jako profesionálové vnímat odlišnosti bez předsudků. V první kapitole jsem se zaměřila na okruh psychóz a druhá část byla věnována sociálním dopadům, které si nesou osoby s duševním onemocněním životem. Závěr kapitoly byl věnován stigmatizaci, která si klade jako jeden z hlavních cílů informovat odborně otevřeně a pravdivě veřejnost o problematice duševního onemocnění.

I osoby s duševní nemocí, jako každý člověk, mají svá přání a potřeby. Odborná sféra pomoci by jim měla pomoci vytvořit prostředí pro jejich uskutečňování a současně posilovat jejich schopnost uspokojení potřeb dosáhnout. Sociální práce též vyvíjí prostředky, jakým způsobem určité potřeby mapovat.⁵² Protože uspokojení potřeb s duševním zdravím zcela úzce souvisí.⁵³

⁵¹ Změna stopstigma. [online]. 2011 [cit.2011-10-02].]. Dostupný z WWW <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html>>

⁵² PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 5.

⁵³ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s .183.

2. Specifické potřeby psychotických klientů

V případě otázky teoretického ukotvení lidských potřeb bych mohla představit dlouhou řadu psychologických teorií. Nejprve předestřu, čím a jak je lidské chování hnáno k dosahování cíle, potažmo uspokojením a naplněním potřeby. V sociální psychologii se jedná o tzv. motivaci. Co se týče teorií potřeb, přednesla bych teorii K. Graweho, tento příspěvek jsem vybrala proto, že autor propojuje neuspokojení potřeb se vznikem psychotického onemocnění. Další teorií, která se zabývá systémem potřeb je známá koncepce od A. Maslowa. V další části bych chtěla magisterskou diplomovou práci věnovat tomu, jak se šetření potřeb využívá v rámci sociální práce, coby nezbytný požadavek plánování kvalitní sociální služby.

Na začátek je třeba definovat pojem potřeba: dle psychologického pohledu potřeba vzniká při porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatku ve vnějších vztazích osobnosti (opakem je stav rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby).⁵⁴

Většina psychologických typologií lidských potřeb dělí potřeby na základní, které vedou k tělesné pohodě, a na ty, které vedou k psychické rovnováze a pocitu bezpečí. Kromě biologických potřeb, které máme se všemi organickými druhy stejné, mají lidé ještě potřeby jiné, specifické, které potřebujeme, abychom byli psychicky zdraví.⁵⁵

2.1 Motivace jako proces dosažení cíle, uspokojení potřeby

Každé lidské chování je vědomě či nevědomě zaměřeno na dosažení určitého cíle a jako takové se vyznačuje určitou intenzitou a trváním v čase. Obsah tohoto procesu můžeme shrnout do jednoho slova, a tím je motivace. Motivace jsou procesy, které determinují zaměření, sílu a trvání chování

⁵⁴ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s 444.

⁵⁵ MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2 přepr. vyd. Praha: Portál, 2008.s 147-148.

k dosažení konkrétního cíle. Pro uspokojení potřeby je třeba vydat jistou míru energie, dokud není potřeba uspokojena.⁵⁶

Pojem motivu můžeme tedy vysvětlit tak, že se jedná vlastně o obsah uspokojení, který vede k redukci potřeby. Motiv je tedy psychologickou příčinou chování. Motivem může být i očekávání určitého uspokojení (minimalizace nepříjemného a naopak maximalizace příjemného). Dalším důležitým termínem je motivování. To je vnější podnět, který startuje motivaci k dosažení cíle, tedy motivu. S potřebami jsou asociované určité emoce (uspokojení) a vytváří se vzorec motivovaného chování. Chování (jednání) je nástroj, jehož funkcí je dosažení potřeb, ale cílem může být i samotné uspokojení (dovršující reakce). Motivované chování se utváří učením a posilováním dosažených pozitivních emocí, to je u každého jiné, liší se i dle dané situace. Způsob dosahování uspokojení je také pod vlivem kultury (např. způsob uspokojení hladu v rámci jedné kultury).⁵⁷

V nezměrném poli lidských motivů se psychologové snažili nalézt za množstvím identifikovaných motivů nějaké obecné principy, které by byly spojeny nějakým společným znakem. Jsou dva, za prvé se jedná o minimalizaci nepříjemného a naopak. Druhým znakem je udržování a restaurace psychické rovnováhy. Oba tyto motivy jsou ve vzájemném vztahu. Pro udržení psychické rovnováhy musím minimalizovat všechny negativní podněty, což je zatěžující a nepříjemné. V kontextu duševně nemocného by to mohla např. být neustálá kontrola míry a snaha vyhýbat se psychické zátěži, jako prevence vzniku ataky nemoci.⁵⁸

⁵⁶ NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. přepracované vyd. Praha: Academia 2009. s. 177.

⁵⁷ NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. přepracované vyd. Praha: Academia 2009. s. 178-179.

⁵⁸ NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. přepracované vyd. Praha: Academia 2009. s. 178-179.

Stav psychické rovnováhy je vždy žádoucí. Člověk žije v neustálém pocitu touhy po něčem, tedy jakémisi vnitřního nedostatku. Zde hovoříme o touze po uznání, pozornosti vyšší autonomii. Motivy jsou tedy určité hodnoty, stejný motiv může mít ale pro různé osoby jinou hodnotu. Slovem incentive vysvětlujeme, jakou má potřeba hodnotu. To je ale pro každého subjektivní, hodnota potřeby je také založena na situaci, za jaké je dosahována. Dále platí, že s přibývajícím silou motivace klesají nároky na hodnotu cíle. Také v oblasti motivace se uplatňuje kauzální atribuce dosažených výsledků, je-li tedy např. neúspěch atribuován smůlou nebo nějakou zevní překážkou, jeho nedosažení má menší psychický dopad na vlastní sebehodnocení (je-li např. nadváha z důvodů vedlejších účinků neuroleptik, nemocný se s tím vyrovnává o něco málo lépe, než by to mělo být důsledkem špatné životosprávy).⁵⁹

Dále zařadím do výkladu systém vývojového pořadí potřeb, jak ji definoval zástupce humanistické psychoterapie Abraham Maslow.

2.2 Hierarchie potřeb

Domnívám se, že bez příspěvku o koncepci od zástupce humanistické psychoterapie A. Maslowa by tato kapitola nebyla úplná. V Maslowově hierarchii potřeb patří potřeba sebeúcty k potřebám nedostatkovým, leží nad potřebou přináležetosti a lásky a pod potřebou seberealizace. Z Maslowova pojetí vyplývá, že potřeby na vyšších etážích mohou být plně saturovány pouze tehdy, jsou-li dostatečně saturovány potřeby nižší, ke kvalitní seberealizaci je pak třeba, aby jedinec měl uspokojenou potřebu sebeúcty – pokud toto splněno není, ani seberealizace neprobíhá tak, jak by si jedinec přál. Právě přítomnost psychicky nemocného na různé úrovni komunitně orientované péče, která je polem k seberealizaci, může přinášet pozitivní prožitky, odrážející se v kladném náhledu na sebe a sebeúctě.⁶⁰

⁵⁹ NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. přepracované vyd. Praha: Academia 2009. s. 180-181.

⁶⁰ KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. s. 98.

Na otázku, které lidské potřeby musí být uspokojeny, aby si člověk žil v psychické pohodě a zachoval si psychické zdraví, lze z různých úhlů pohledu odpovídat různým způsobem. Je to otázka, která by mohla být položena všem lidem v rámci jednoho kulturního schématu. Dnes se již odborná obec zabývá domněnkou, že neuspokojení potřeb vede k určitým psychickým poruchám.⁶¹

Dalším představením koncepce lidských potřeb je práce Klause Graweho, ten se na základě empirických výzkumů v rámci psychiatrie snaží najít propojení mezi etiologií psychotického onemocnění a neuspokojením potřeb.⁶²

2.3 Vliv uspokojování potřeb na psychické zdraví

V této části diplomové magisterské práce se zaměřím na jednu z mnoha kategorizací základních lidských potřeb. Tou je členění základních životních potřeb od autora kognitivně-experenciální self-teorie (CEST) - Seymoura Epsteina. Toto dělení se konceptuálně nejvíce blíží teorii, která vysvětluje potřeby z psychického hlediska Klause Graweho. „Psychickými základními potřebami rozumí ty potřeby, které se vyskytují u všech lidí a jejichž narušení nebo trvalé neuspokojení vede k poškození psychického zdraví a stavu pohody.“⁶³

Čtyři základní potřeby dle Epsteina⁶⁴:

1. potřeba orientace, kontroly a koherence (pojetí reality, které si člověk vytváří prostřednictvím interakce s okolím);
2. potřeba dosažení libosti (slasti);
3. potřeba připoutání (vrozená potřeba hledání a udržení psychické blízkosti s primární vztahovou osobou);
4. potřeba zvýšené vlastní hodnoty (specificky lidská potřeba, vzniká až po té, co se utvoří vlastní Já, tedy ne v raných fázích života).

⁶¹ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s. 204.

⁶² GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s. 191.

⁶³ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s. 185.

⁶⁴ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s. 186.

Grawe hovoří o konzistenci tzv. intrapsychických stavů. Ke zkušenostem při procesu dosahování potřeb jsou přiřazeny určité vjemy, které mají buď negativní, nebo pozitivní význam. Snahou každého člověka je vyvarovat se inkonzistentních stavů, které poškozují pohodu a zdraví. Potud je teorie totožná s dalšími teoriemi, ale Grawe ji dále rozvíjí o neurovědní aspekt. Svou teorii rozšířil též o motivační schémata přibližování a vyhýbání. Ta pomáhají člověku uspokojovat potřeby a vyhýbat se zklamání. Jedinec na základě svého chování dostává od svého okolí v rámci interakcí neustálou zpětnou vazbu v podobě kontroly, do jaké míry je dosahováno konkrétních aktivovaných motivačních cílů. Tato zpětná vazba se nazývá signály inkongruence. Dosažení kladného cíle je spojeno s pozitivními emocemi. Opak s emocemi negativními, které vznikají z jakéhokoli důvodu, buď obtížného průběhu při dosahování cíle nebo nedosažení cíle, toto se nazývá inkongruence. Aby nic nebylo tak jednoduché, což ani nelze, pokud se zabýváme intrapsychickými jevy, může dojít i k variantám motivačních schémat. Mohou se spustit současně (motivační konflikt) a mohou se také navzájem tlumit (motivační neshody), z čehož opět vzniká psychická nepohoda, tedy inkongruence a dotyčný prožívá negativní emoce strachu, napětí, pocity selhání, strachu či zlosti. A zde jsme u propojení s neurovědou, dle této teorie jde o to, že emoce nejsou jen subjektivně prožitý pocit, ale že spouští celou kaskádu fyziologických, hormonálních a neuronálních reakcí. Koncentrovanou inkongruenci tedy můžeme popsat jako stav stresu.⁶⁵

Zachování psychické pohody se děje také na nevědomé úrovni a je primární snahou každého organismu, předpokládá Grawe. Takže každý organismus má prvotnou snahu, snahu zachovat rovnováhu a k tomu může užít i mechanismů, které nejsou volně korigovatelné. V psychologii se hovoří o tzv. obranných mechanismech, copingu a dále regulaci emocí. Autor vysvětluje, že právě v rámci procesu regulace inkongruence vznikají psychické poruchy. Pokud

⁶⁵ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s 183-192.

je jedinec vystaven traumatizujícímu zážitku, který ústí v inkongruenci, může tato situace vést ke strukturálním a funkčním poškozením mozku.⁶⁶

Na základě předchozí kapitoly lze zjednodušeně říci, že lidé, kteří realizují uspokojování potřeb pozitivní formou, což má vliv na psychické zdraví, jsou také celkově více psychicky zdraví.⁶⁷

Sociální práce se na potřeby dívá jako na potřeby individuálního klienta.⁶⁸ Mapování potřeb je východiskem pro plánování a poskytování jakékoli služby a péče. Z tohoto důvodu se musí neustále provádět vyhodnocování potřeb v rámci plánování koncepce práce. Kromě toho se přístup konkretizuje na úrovni osobního plánu, který se též stanovuje na základě osobních cílů.⁶⁹ (viz kapitola Organizace péče o osoby s duševní poruchou)

2.4 Potřeba v kontextu sociální práce

„Pohled na vývoj sociální práce lze chápat jako příběh objevování potřeb a přetváření společnosti na systém schopný tyto potřeby uspokojovat.“⁷⁰

Druhy sociálních potřeb⁷¹:

- 1. Normativní potřeba** je ta, kterou odborník při výzkumu stanoví jako potřebu v dané situaci. K porovnání je k dispozici požadovaný standard. Pokud při srovnání vyjde najevo, že se cílové skupině nebo jedinci požadovaný standard nedostává, pak jsou považováni, za ty, kteří mají potřebu. Normativní potřeby (požadovaný standard) se mění v čase.

⁶⁶ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s 183-192.

⁶⁷ GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. s 255-256.

⁶⁸ KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.* : Abena. s. 148.

⁶⁹ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení.* 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s 117.

⁷⁰ HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická.* 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 48. HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická.* 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 35.

⁷¹ HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická.* 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 48-49.

2. **Pocitovaná potřeba** se rovná osobním přáním. Dá se říci, že je to pocit potřeby. V demokratickém systému existuje představa, že již tento pocit potřeby by měl být součástí její definice. Měřítka pocitované potřeby se objevuje při výzkumech a zjišťuje se při komunitním plánování.
3. **Vyjádřená potřeba**, je v podstatě potřeba požadovaná. Jde o konkrétní pocitované potřeby vyjádřené činem.
4. **Komparativní potřeby**, jsou to dvě skupiny potřeb, které se navzájem porovnávají. Jako měřítko komparace se užívá zjištěné měřítko potřeb části populace, která přijímá nějakou službu. Ke srovnání se používá tato a dále potřeby jiné skupiny, které žádnou službu nevyužívá, zároveň lidé této skupiny mají obdobné charakteristiky jako skupina, která slouží pro srovnání.

2.4.1 Potřeba jako měřitelný ukazatel

Potřebu v kontextu sociální práce vymezil Stake jako absenci něčeho, co je nutné pro spokojené fungování. Takto definovaná potřeba není totožná s tím, co si lidé jako potřebu sami uvědomují, ani není totožná s tím, co si lidé sami přejí. Potřebu cílové skupiny může též stanovit nezávislý expert na základě objektivních indikátorů. Své potřeby mohou též formulovat sami uživatelé, ať přítomní, tak i potencionální. Ovšem potřeba může mít i latentní charakter. Sami uživatelé ani nemusí vědět, že na ni mohou mít nárok. Eventuelní potřeby můžeme zjistit cíleným dotazováním.⁷²

⁷² STAKE, R. L. In MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s 117-118.

Jedním ze způsobů, jak zjistit potřeby u osob s duševním onemocněním, je i použití standardizované metody. Jednou z nich je CAN: Camberwellské šetření potřeb - Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných.⁷³

Potřeby dle CAN: Camberwellského šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním

Šetření nebo ekvivalent mapování potřeb je jedním z cílů této práce. Sociální pracovník se většinou setkává při výkonu své práce s neustálou validací. Musí reflektovat svá přání a vize uvádět do praxe, musí neustále ověřovat plnění cílů svých klientů a musí také prověřovat, zda jsou naplňovány cíle organizace, stanované dle standardů organizace. Tomuto procesu se říká ověřování kvality.⁷⁴

„Pojem potřeby odráží změny v současné psychiatrické praxi a jejich vliv se v rámci evropské psychiatrické praxe postupně zvyšuje.“⁷⁵ V publikaci o tomto šetření se hovoří též o potřebách ze sociologického hlediska. Operuje se v ní s třemi entitami. Za prvé s vyjádřenými nebo vnímanými potřebami uživatele, dále normativní potřebou zjištěnou profesionálem a srovnávací potřebou, která vznikne s podobnou skupinou. Dle této rovnice je tedy potřeba subjektivní pojem. A přítomnost, nebo nepřítomnost potřeby je závislá na tom, čí hledisko vezmeme v úvahu.⁷⁶

Zcela legitimně se klienti zapojují do plánování služeb, na jejich potřebách vše stojí, jsou také relevantním prvkem poskytujícím zpětnou vazbu. Potřeby, na které se v souladu s cílem práce zaměřují při výzkumné části, by se mohly

⁷³ PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. s. 12.

⁷⁴ KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb: Abena*. s. 138.

⁷⁵ THORNICROFT, G, In PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 8-11.

⁷⁶ BENGSTON-TOPS, A. In PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 8.

rozčlenit do několika okruhů. Potřeby jsou definovány obecně jako zdravotně-sociální.⁷⁷

V této kapitole jsem se snažila teoreticky zachytit pojem: potřeba, a to z několika úhlů pohledu, nejprve definičně, pak jsem se snažila přiblížit, dle mého názoru stále velmi důležitý koncept hierarchie potřeb od Maslowa. Dále jsem se věnovala teorii propojení tenze při dosahování potřeb a následného vzniku duševní poruchy od německého psychoterapeuta Klause Graweho, který svou teorii propojení neuronálních procesů a prožívání a chování dle kategorizace sociálních služeb zakládá na empirických důkazech. Poslední část byla věnována tomu, jak s potřebami nakládá sociální práce. Rámcově jsem představila jednu z metod zjišťování potřeb u osob s duševním onemocněním, podrobněji se jí budu věnovat v metodologické části.

Dle současné legislativy a v souladu s tvorbou a zaváděním Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb je tento aspekt potřeb a jejich mapování naprosto klíčový. Vyhodnocování aktuálních cílů a potřeb klienta je trendem soudobého přístupu v sociální práci. Což znamená přistupovat ke klientovi jako k člověku v jeho jedinečnosti. Sociální práce má podněcovat k aktivitě klienta, má klienta uschopňovat a má být cílená.⁷⁸

⁷⁷ PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 8-11.

⁷⁸ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 39.

3. Organizace péče o osoby s psychotickým onemocněním

V této kapitole se budu snažit zachytit a popsat celý systém komplexní péče o psychiatrické klienty v rámci medicínského přístupu a sociálních služeb (dle kategorizace sociálních služeb). Potíže, které s sebou nesou psychotická onemocnění, vyžadují zvláštní režim péče. Onemocnění vyžadují dvě úrovně péče, jednak úroveň zdravotnickou a dále je třeba zajistit služby doplňující v rámci sociálních služeb. Je to tedy klientská skupina, o kterou pečují dva systémy. Systém zdravotní se svou institucionalizovanou péčí v rámci zdravotnických zařízení a systém sociální v rámci komunitní péče odehrávající se v systému sociálních služeb.⁷⁹ Druhá část kapitoly se bude zabývat přehledem sociálních služeb, které nabízejí neziskové subjekty, jejich strukturu uvedu dle legislativního ukotvení.

Klient s duševními problémy v systému služeb

Nyní se budu věnovat systému péče o osoby s duševním onemocněním v rámci zdravotnictví. Psychiatrická péče ambulantní, nebo pobytová je nedílitelnou součástí celého souboru péče, dle svého typu přijímají nemocné k dobrovolné léčbě, nedobrovolné léčbě i ústavní ochranné léčbě. Každý sociální pracovník musí mít přehled o dostupnosti psychiatrických odborných pracovišť. Dle 1. revize Konceptce oboru psychiatrie z roku 2008, kterou vydala Česká psychiatrická společnost ČLS J.E.P., neexistuje řádné zmapování psychiatrických, psychoterapeutických a následných psychosociálních služeb⁸⁰ (základní kroky k zaevidování všech služeb vyvíjí občanská společnost VIDA)⁸¹. Dále se v ní

⁷⁹ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 127.

⁸⁰ Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – konceptce oboru psychiatrie – 1. Revize 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW<<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>

⁸¹ VIDA o.s.informačně poradenské centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci [online]. 2011 [cit.2011-04-02]. Dostupný z WWW <<http://www.vidacentrum.cz/vida-centrum>>

hovoří o spádovosti léčeben, jež se jeví jako naprosto nedostatečná.⁸² Okres Přerov, na který se zaměřuji ve svém empirickém šetření, je v celorepublikovém kontextu spíše světlou výjimkou. Psychiatrické oddělení je součástí komplexu Fakultní nemocnice v Olomouci, dále ve Šternberku a v Kroměříži je psychiatrická léčebna, navíc ta nabízí ambulantní psychoterapeutické působení i po ukončení hospitalizace. Dle informací z roku 2009 má Olomoucký kraj k dispozici 675 lůžek pro psychiatrické pacienty.⁸³

V současné době se setkáváme s kritikou dlouhodobě léčebných ústavů jak od laické veřejnosti, tak ze strany vlastní odborné obce. Týká se zejména problematiky tzv. hospitalismu.⁸⁴ Jedná se o častý jev u dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. V podstatě je to adaptace klienta na dlouhodobý pobyt v léčebném ústavním prostředí doprovázená oslabováním sociálních dovedností potřebných pro život mimo ústav.⁸⁵

Dalším úhlem pohledu je financování institucionalizované péče, jeví se jako drahé a neefektivní. Bylo by finančně méně zatěžující, pokud by se část prostředků vyhradila na aktivizaci klienta a ten by se sám za sebe účastnil úhrady za kupř. chráněné bydlení.⁸⁶

Člověk s duševním onemocněním se za dobu své nemoci může setkat s různými formami péče. Většinou dochází ke kombinaci a prolínání všech tří druhů služeb, intramulární a semimulární je doplňována extramulární péčí. Celý systém by měl být koncipován jako funkční celek v každém regionu České

⁸² Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW<<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>

⁸³ ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2011 [cit. 2011-07-03]. Dostupný z WWW <[uzis.cz/publikace\(zdravotnictvi-olomouckeho-kraje-2009\)](http://uzis.cz/publikace(zdravotnictvi-olomouckeho-kraje-2009))>

⁸⁴ Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW<<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>

⁸⁵ MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 71.

⁸⁶ KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. : Abena. s.13.

republiky, kde by byly dostupné jak psychiatrické, psychologické a sociální služby.⁸⁷

Kvalitní psychiatrická ústavní a léčebná péče bude mít vždy nenahraditelnou doménu v životě psychotického klienta. Ať už se jedná o akutní fázi onemocnění, preventivní intervenci při podezření na suicidiální jednání či sledování po vykonaném sebevražedném pokusu. (suicidiální jednání viz Příloha č. 3)

3.1 Léčba psychických poruch - medicínský přístup, síť psychiatrických zařízení v ČR

V oblasti léčení duševních poruch došlo od padesátých let 20. století k dramatickému rozvoji psychofarmak, dříve neuroleptik, která umožnila pacientům opouštět pevně zavřené brány ústavů a psychiatrických klinik. Díky této revoluci došlo k výraznému zlepšení kvality života nemocných. Souběžně začala také psychoterapie nabírat své výrazné kontury. Obraz psychiatrie z velké části modelují média. Odborná psychiatrická obec si musí těžce obhajovat některé postupy a stojí neustále před soudy společnosti. Musí bojovat jak s vnějším prostředím, tak i zevnitř se svými mnohdy petrifikovanými postupy. V těchto organizacích je předepsán vztah nemocný – lékař. Role nemocného implicitně předjímá, že budou pasivně plněny příkazy odborného personálu tak, aby se stav léčil, nebo alespoň nehoršil.⁸⁸

K psychiatrické hospitalizaci zpravidla vede selhání člověka ve společnosti. Mnohdy ale nemusí být tou pravou příčinou ataka signalizovaná provokujícím způsobem, ale může se stát, že jde spíše o sociální kontrolu, kde již nelze jiným způsobem obnovit rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Bývá to často v případech, kdy nemocný ohrožuje své okolí či sebe. Nemocný často svým přístupem, zcela bez možnosti korekce a náhledu na své chování, závažně přispívá

⁸⁷ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 38.

⁸⁸ STYX, Petr. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. s. 8-10.

k neméně závažné sociální sebevraždě. Vlivem nemoci přestává zvládat pracovní povinnosti v zaměstnání, způsobí rozvrat rodiny, vytvoří kolem sebe nepříznivé sociální klima pro další život. Pro okolí a nemocného je tedy jediným východiskem umístění v síti psychiatrických zařízení.⁸⁹

V roce 2009 zajišťovalo psychiatrickou péči v České republice 32 psychiatrických oddělení nemocnic s téměř 1400 lůžky, 17 psychiatrických léčeben pro dospělé s 9240 lůžky a tři psychiatrické léčebny pro děti s 300 lůžky. Celkem bylo pro akutní i následnou psychiatrickou péči vyčleněno 10.936 lůžek, 419 z nich bylo dětských. V roce 2009 prošlo psychiatrickými zařízeními v rámci lůžkové péče 17,63 osob na 10 tisíc obyvatel.⁹⁰

Naše psychiatrické léčebny byly stavěny ve velké míře na konci 19. stol., což má v současnosti za následek dosti neutěšený vzhled, a je v nich problém udržovat i základní hygienické normy platné pro zdravotnická zařízení. Praxe je taková, že pacienti jsou přijímáni i ze vzdálenosti větší jak 100 km, což vede k izolaci od rodiny a zmenšuje to možnost vrátit se do přirozeného prostředí. Často umístění do léčebny není z důvodu zdravotního stavu, ale absence alternativního řešení, které nabízí komunitní péče v místě bydliště.⁹¹

Cíle zásahů psychiatrické obce jsou diagnostické, léčebné a rehabilitační postupy, které musí respektovat a chránit důstojnost pacienta a práva duševně nemocných. Za určitých, výjimečných situací, v krajním případě po vyčerpání všech jiných možností, se lze uchýlit k prostředkům omezujícím osobní svobodu nemocných. Za tento způsob péče je naše republika kritizována i na mezinárodní úrovni. Můj osobní postoj k této problematice je takový, že stav, za kterého je potřeba užít omezovacích prostředků, je únikem z deprivace a styl rigidní péče k tomuto stavu přispívá. Neodvážuji se fundované kritiky, jen se domnívám, že

⁸⁹ Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. 2011 [cit.2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/dokum/CHB/CHB.htm#02>>.

⁹⁰ ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2011 [cit.2011-07-03]. Dostupný z WWW <[uzis.cz/publikace\(zdravotnictvi-olomouckeho-kraje-2009\)](http://uzis.cz/publikace(zdravotnictvi-olomouckeho-kraje-2009))>

⁹¹ Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. 2011 [cit.2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/dokum/CHB/CHB.htm#02>>

měnit zavedené praktiky je velmi obtížné. Vše, co se dotýká pacienta, každé rozhodování o léčení, o přijetí a propuštění z lůžkových zařízení mají být činěna po informování pacienta a v souladu s platnými zákonnými a etickými normami. Ve zcela výjimečných případech, zákonem stanovených, přebírají zodpovědnost za omezení osobní svobody a za akutní léčení zdravotníci, resp. psychiatři. Ovšem při nedobrovolném přijetí k léčbě zahajují zadržovací řízení oznámením soudu. V těchto případech jsou jejich postupy a jednání kontrolovány soudem.⁹²

3.1.1. Lůžková péče

Psychiatrická oddělení jsou obvykle zřizována tak, aby pokryla dostupnost pro oblast minimálně 100 000 obyvatel. Toto číslo by mělo odpovídat přibližně vzdálenosti 40 km. Oblast v České republice s nejhůrší dosažitelností služby a nejmenším počtem lůžek na obyvatele jsou kraje v severních Čechách – Liberecký a Karlovarský.⁹³

Lůžková oddělení mohou být zřizována pro více okresů. Jsou určena pro krátkodobou a většinou dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou nebo s akutní dekompenzací duševní poruchy chronické. Tato oddělení přijímají i nedobrovolné pacienty. Psychiatrická lůžka pro pacienty v akutní fázi onemocnění mohou vznikat i při denních stacionářích nebo při krizových centrech.⁹⁴ Pro osoby s duševním onemocněním jsou zřizována i lázeňská zařízení (pro okres Přerov jsou nejbliže lázně Jeseník).

⁹² MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 38.

⁹³ Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW<<http://www.ceskapsychiatrie.cz>

⁹⁴ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 41

3.1.2. Terapeutická komunita

Thornicroft dospěl metaanalýzou dostupných studií z let 1980 - 2003 k závěru, že komplexní systém péče musí obsahovat nemocniční i komunitní prvky. Přináší proto nový pojem Vyvážená péče - Balanced care.⁹⁵

Na některých psychiatrických odděleních či psychiatrických léčebnách je dnes již aplikována moderní psychiatrická péče. Tento přístup zahrnuje hlavně organizační formu jako léčebné společenství za účelem posilování sociálních dovedností. Součástí aktivit je také skupinová psychoterapie, pracovní terapie, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, relaxační techniky, sportovní aktivity. Návrh konkrétních léčebných intervencí se řídí aktuálním zdravotním stavem a většinou je determinován příslušností k oddělení v rámci jednoho nemocničního zařízení. Že ne vše je tak ideální, jak by se zdálo, nám předkládá i tento výrok. „Terapeutická komunita ve svém původním konceptu znamenala využívání vzájemného terapeutického potenciálu pacientů. V současné době je možné v některých lůžkových zařízeních vidět jakýsi paskvil terapeutických komunit, kdy se jedná spíše o druh vizity, kde pacienti sdělují, jak v noci spali.“⁹⁶

Co by tedy měla být terapeutická komunita (nyní mám na mysli, společenství lidí v rámci institucionalizované formy péče). Jedná se o organizační formu bez autoritářského uspořádání, která současně není hierarchicky členěna. Základním modelem je přirozená sociální skupina. V terapeutické komunitě jsou navozovány modelové situace i konfliktního zaměření, zdravotnický personál zde funguje jako zástupná autorita (pouze jako pomůcky při terapii, jako role). Hlavním rysem je demokratický systém rozhodování a dosažení oboustranné

⁹⁵ THORNICROFT, G In Mgr. Pavel Říčan, leden 2007 (text k přednášce) Úvod do komunitní péče o duševně nemocné. ŘÍČAN, Pavel. Úvod do komunitní péče. *Text k přednášce* [online], 2007, [cit. 2011-06-03]. Dostupný z WWW <www.focusvysocina.cz/document.ashx?id=25>.

⁹⁶HÖSCHL, C, LIBIGER, J, ŠVESTKA, J. In MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 80-82.

komunikace mezi pacienty a personálem. Náplní této skupiny jsou také kulturní a sportovní programy.⁹⁷

3.1.3. Ambulantní péče

Základním vymezením rozsahu úkonů poskytovaných v psychiatrických ambulancích je prevence, diagnostika, léčba i rehabilitace, resocializace a posuzování duševních poruch. Psychiatrické ambulance se mohou výrazně podílet na koordinaci péče o pacienta v ostatních zařízeních sítě péče o duševní zdraví v komunitě, včetně lůžkové. Tato součást péče obsahuje i lůžkovou péči. Ambulantní péče zahrnuje péči o osoby ve veřejném zájmu, osoby nedostatečně motivované, sociálně selhávající a v ochranné léčbě. Dále jsou zřizovány ambulance pro děti, dorost a dospělé. Další úkoly jsou vyhledávání osob se závislostí a dispenzární péče pro všechny uvedené skupiny.⁹⁸

3.1.4. Krizová centra

První kontakt člověka s prvními příznaky duševního onemocnění s psychiatrickými zařízeními se většinou děje přes krizová centra. Výhodou je okamžitá dostupnost a možnost přijetí bez objednání. Krizová centra mají různé formy, mohou obsahovat i lůžka pro krátkodobou hospitalizaci, např. s pobytem do pěti dnů. K dispozici je 24 hodin nepřetržitě tým pracovníků v čele s lékařem – psychiatrem, psychologem, psychiatrickou sestrou a sociálním pracovníkem. Součástí může být krizová telefonická linka či kontakt krizové intervence může být zprostředkován pomocí chatu na internetu.⁹⁹

Medicínskému modelu péče o psychiatrické klienty jsem se věnovala též z toho důvodu, že skoro v každé součásti systému péče bychom mohli najít pozici, kterou zastává sociální pracovník.

⁹⁷ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 80-82.

⁹⁸ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 38-39.

⁹⁹ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 44-45.

V zásadě se jedná a o tyto činnosti¹⁰⁰:

- **Anamnestická šetření.** Sociální pracovník vede rozhovor, na jehož základě sepíše anamnézu, která obsahuje údaje o zaměstnání, sociální situaci, bydlení, blízkých příbuzných, nezaopatřených dětech, potřebách apod. Na těchto informacích dále staví následnou péči po ukončení hospitalizace.
- **Uplatňování nároků,** které plynou ze soc. zabezpečení: vystavuje průkaz o pracovní neschopnosti, vypisuje poukazy na nemocenské dávky, spolupracuje na přiznání invalidního důchodu a s posledním zaměstnavatelem řeší pracovní-právní vztahy. Pomáhá pacientovi s duševním onemocněním vyplňovat žádosti, uplatňovat jeho nároky apod. Dále může zařizovat platbu nájemného, výživného a jiných plateb.
- **Právní pomoc:** Účastní se s pacientem soudního řízení, spolupracuje s opatrovníky pacientů zbavených částečně, nebo zcela způsobilosti k právním úkonům apod.

Zde budu přecházet na druhý pól přístupu v péči o duševní zdraví, a to extramulární péči. Jak se zdá, obě složky mají mezi sebou poněkud ambivalentní vztah.¹⁰¹ Dle mého názoru zde chybí koordinace a otevřený, tvořivý dialog. Ač se v dnešní době jedna bez druhé neobejdou, přesto se stávají navzájem na vyšší teoretické úrovni předmětem vzájemné kritiky. Postupně se v rámci magisterské diplomové práce dostávám k části, která je zaměřena na poskytování služeb psychotickým klientům v okruhu extramulární péče.

¹⁰⁰ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 150-151.

¹⁰¹ Mgr. Pavel Říčan, leden 2007 (text k přednášce) Úvod do komunitní péče o duševně nemocné. ŘÍČAN, Pavel. Úvod do komunitní péče. *Text k přednášce* [online], 2007, [cit. 2011-06-03]. Dostupný z WWW <www.focusvysocina.cz/document.ashx?id=25>.

3.2 Sociální služby v rámci psychiatrické péče

Tato kapitola je poměrně obtížně uchopitelná, protože spektrum služeb pro cílovou skupinu je velmi široké. V současné době není k dispozici kompletní seznam existujících služeb nestátních neziskových organizací zabývajících se péčí o duševní zdraví. Jak jsem se již dříve zmínila, o evidenci se pokouší občanské sdružení Vida, ale dle 1. revise Koncepce psychiatrie z r. 2008 není kompletní. Proto jako klíč ke strukturaci přehledu nabídky služeb využiji zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Sociální služby, zákonná ukotvení

V této kapitole shrnuji kategorizaci a členění sociálních služeb, povinnosti pracovníka, to vše dle zákonného ustanovení, které se váže k r. 2011 zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Působení nestátních neziskových organizací, zajišťující poskytování sociálních služeb se řídí zejména dle nejvýznamnějšího a nejdůležitějšího zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé životní situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Na příspěvek na péči má nárok od státu člověk, který je kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu závislý na pomoci jiné osoby. Příspěvek mu poslouží k jejímu zajištění. Výše příspěvku je odvislá od žadatelova věku (vyšší do osmnácti let, v prvním roce života na něj nárok není) a míry jeho závislosti na pomoci jiné osoby (minimální, lehká, středně těžká, těžká).¹⁰²

Zákon řídí podmínky pro vydávání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti poskytování sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb, předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách a pro výkon povolání sociálního pracovníka. Zákon vymezuje rozdělení

¹⁰²§ 7, 8 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

sociálních služeb podle jejich formy na terénní, pobytové a ambulantní a stanovuje třicet dva typů služeb.¹⁰³

V následujícím textu shrnuji nejpodstatnější informace, které zákon upravuje a jež se vztahují k poskytování sociálních služeb a ovlivňují samotnou práci s klientem.

Sociální práci můžeme aplikovat na 3 základní formy sociálních služeb¹⁰⁴:

- pobytové služby;
- ambulantní služby;
- terénní služby.

Dle § 32 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů jsou sociální služby rozděleny do tří základních kategorií. Konkrétní rozdělení je dále v textu v rámci kapitoly Přehled služeb.

Sociální služby zahrnují¹⁰⁵:

1. Sociální poradenství

Dělí se na dva základní typy. Jako první je základní poradenství, jež jsou poskytovatelé sociálních služeb vždy povinni zajistit. Druhou kategorií tvoří odborné sociální poradenství, které též zahrnuje sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností, v podstatě se jedná o specializované poradny, které se profilují buď dle určitého jevu, nebo podle cílové skupiny (osoby s duševním onemocněním). Například poskytování sociálního a právního poradenství osobám s duševním onemocněním

2. Služby sociální péče

¹⁰³ Ministerstvo práce a sociálních věcí, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. 2011 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

¹⁰⁴ § 33 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁰⁵ § 32, 37, 39, 53 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojení do běžného života. Nabízejí pomoc při zvládnání úkonů péče o vlastní osobu. U klientů v denních centrech je to např. každodenní společné vaření pod dohledem.

3. Služby sociální prevence

Vzhledem k míře rizika, které se sebou nese duševní onemocnění, napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, jejichž životní návyky a způsob života vedou ke konfliktu se společností např. vlivem agresivní ataky, snižování rizika sebevražedného chování. Cílem je napomáhat jedincům překonat jejich nepříznivou situaci. Můžeme sem na toto místo zahrnout např. i destigmatizační kampaň, která snižuje sociální exkluzi psychotických klientů. Prevence může být i v rámci dohledu při znacích presuicidiálního chování (presuicidiální syndrom, viz Příloha č. 2). Dále streetwork ve smyslu nabízení služeb a vyhledávání osob, jež by se mohly stát potencionálním uživatelem.

§ 88 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů stanovuje povinnosti poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelé jsou povinni zajišťovat dostupnost informací o poskytovaných službách, informovat zájemce o službu (o druhu, místě, cílech, okruhu osob a kapacitě), o všech povinnostech vyplývajících ze smlouvy o poskytování služby pro potencionální uživatele. Dále mají povinnost vytvářet podmínky zaručující lidská i občanská práva, zpracovávat vnitřní pravidla pro zajištění služby a podávání stížností. Jedním z klíčových bodů je plánování průběhu poskytování služeb a to tak, že se bude postupovat podle osobních cílů, potřeb a schopností uživatelů služby. Dále se poskytovatel zavazuje vést evidenci žadatelů o službu.¹⁰⁶

¹⁰⁶ § 88 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Důležitým bodem předpisu je dodržovat standardy kvality sociálních služeb a uzavřít s uživatelem služby smlouvu o poskytování služby. Za kvalitní služby lze považovat ty, které pomáhají uživatelům žít běžným životem, naplňovat jejich vlastní cíle a chránit jejich práva a zájmy. To vše ve formě srozumitelné pro všechny osoby.¹⁰⁷

Další paragraf, který se dotýká práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním, je § 89, zabývá se možností použít opatření omezující pohyb osob, pouze s výjimkou ochrany zdraví a života klienta samotného, fyzických osob a to pouze na dobu nezbytně nutnou a za podmínek, které stanoví zákon. Sociální práce s klienty, u kterých potenciálně toto riziko hrozí, musí být vždy v intencích prevence, tedy pokud možno takové chování nevyvolat. Poskytovatel musí před tímto zásahem nejprve použít jiná opatření neinvazivního typu.

Podle § 100 mají všichni zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb povinnost zachovávat mlčenlivost o údajích týkajících se uživatelů služby, které se při své činnosti dozvěděli. Tyto údaje mohou sdělit jiným subjektům jen s písemným souhlasem uživatele služby. Pokud poruší povinnost mlčenlivosti, hrozí pokuta až do výše 50 tisíc Kč a poskytovatel se dopouští správního deliktu.

Zákon zcela konkrétně vymezuje oblast působnosti sociálního pracovníka. Rozsah pracovních činností dle § 109 - 120, které může vykonávat sociální pracovník, je sociální šetření, vedení agendy, poskytování sociálně právního poradenství, vykonávání analytické, metodické a koncepční činnosti v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci.¹⁰⁸

Zákon v této souvislosti hovoří o plánu rozvoje sociálních služeb a za jakých podmínek se nová služba implementuje do praxe, obsahuje též rozsah

¹⁰⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. 2011 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

¹⁰⁸ Ministerstvo práce a sociálních věcí, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách [online]. 2011 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

a formu nabízených služeb. Každá nová služba by měla být výsledkem procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů. V každé takové nabízené službě, je základním vztahovým rámcem mezi pracovníkem u uživatelem služby individuální přístup rozvoje klienta. S provázaností obou typů plánování počítají Standardy kvality sociálních služeb. Individuální plánování upravují standardy č. 3 (jednání se zájemcem o službu), č. 4 (uzavření dohody o poskytování služby, stanovení osobního cíle) č. 5 (plánování a průběh služby) a č. 8 (návaznost na další zdroje, podpora k aktivnímu využívání dalších zdrojů). Standard č. 16 zase požaduje vyhodnocování kvality a účelnosti (od uživatelů i poskytovatelů) poskytovaných služeb, což je základním předpokladem pro plánování rozvoje organizace. Standardy slouží primárně k ověřování kvality poskytované služby. V podstatě jsou měřicím nástrojem pro srovnání stavu v organizaci a idejemi, čeho se poskytovatelé snaží dosáhnout. Této shodě se říká příklady dobré praxe. Zjišťování potřeb, jako podklad pro ověřování kvality služeb se budu věnovat v empirické části.¹⁰⁹

Standardy kvality sociálních služeb dělíme do tří okruhů. Procedurální standardy, personální standardy a provozní. Zastavím se u prvního z nich, jedním z bodů je ověřování vypracovanosti pravidel plánování služeb. Přístup ke klientovi je v dikci jeho osobního rozvoje. Tedy klient, uživatel má možnost měnit osobní cíle, potažmo potřeby v celém průběhu procesu poskytování služby.

110

¹⁰⁹ Ministerstvo práce a sociálních věcí, Standardy kvality sociálních služeb [online]. 2011 [cit. 2011-03-16]. Dostupný z WWW

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbormik.pdf>.

¹¹⁰ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. s. 128.

3.2.1. Přehled služeb

System sociálních služeb by měl zahrnovat co největší pestrost, měl by být zároveň provázaný. Měl by odpovídat poptávce uživatelů a odpovídat jejich potřebám. Nyní chci předložit informativní výpověď o sociálních službách tak, jak se s nimi může setkat psychotický klient, struktura je dle nynějšího znění Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Výčet druhů služeb sociální péče:

- **Osobní asistence:** Služba terénního charakteru, osobní asistent se přizpůsobuje individuálním potřebám klienta, většinou bývá poskytována pomoc ke zvládnutí činností běžného dne. Funguje jako náhrada části funkcí nemocniční péče. Plní roli intenzivní odborné psychiatrické pomoci a akutní podpory v sociálních a praktických funkcích klienta. Je týmovou záležitostí a pod vedením psychiatra ji zabezpečují odborné psychiatrické sestry, sociální pracovníci či psychoterapeuti. Může být organizována prostřednictvím agentur domácí péče či psychiatrickou ambulancí.¹¹¹
- **Pečovatelská služba:** Je terénní nebo ambulantní. Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech a v zařízeních sociálních služeb. Pečovatelská služba se zaměřuje na pomoc při zvládnutí běžných úkonů, pomoc při zajištění stravy. Jednou ze základních činností je též pomoc při zajištění chodu domácnosti. S touto službou se mohou setkat např. senioři s psychiatrickým onemocněním, kteří žijí v domácnosti¹¹²
- **Tísňová péče:** Poskytována nepřetržitou telefonickou nebo elektronickou službou. Slouží při akutním zhoršení stavu, při

¹¹¹ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s.41-42.

¹¹² § 40 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

ohrožení zdraví nebo života. V rámci České republiky je to např. služba ITAREPS. Pomáhá zrychlit komunikaci mezi pacientem a jeho ošetřujícím psychiatrem. Účastníky projektu jsou pacient a vybraný rodinný příslušník a ošetřující lékař, cílem je neustálý monitoring pacientova aktuálního zdravotního stavu.¹¹³

- **Podpora samostatného bydlení:** Aktivně podporuje schopnosti a dovednosti klienta při zřizování samostatného bydlení.
- **Odlehčovací služba:** Různě kombinují služby, jsou určeny pro pečující okolí klienta. Nejčastěji je klient umístěn dočasně do stacionáře nebo pobytového zařízení.
- **Centra denních služeb:** Pro osoby s velmi sníženou soběstačností, které potřebují ambulantní denní odbornou péči. Nabízí kombinace sociálně terapeutické činnosti.
- **Denní stacionáře:** V denních stacionářích jsou poskytovány služby formou strukturovaných a celodenních programů pro osoby se zhoršenou soběstačností a cíleně kombinují výchovné a sociálně terapeutické činnosti.
- **Chráněné bydlení:** Služba odpovídající moderním trendům v poskytování služeb. Chráněné bydlení je pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického onemocnění včetně duševního onemocnění. Může mít formu skupinového popřípadě individuálního bydlení. Kromě poskytnutí bydlení, se nabízí pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Mezi další aktivity patří vzdělávací činnost, aktivizační, výchovné a sociálně terapeutické činnosti.

¹¹³ Itareps, program prevence relapsu psychotického onemocnění[online]. 2007 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW <<http://www.itareps.com/cs/?c=cz>>.

- **Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče:** Jsou určeny osobám, které se o sebe nedokáží postarat a vyžadují odbornou pomoc. Viz medicínský přístup.¹¹⁴

Druhy služeb sociální prevence¹¹⁵:

- **Telefonická krizová pomoc:** Anonymní okamžitá telefonická pomoc podaná lidem v tíživé situaci, v případě akutního ohrožení života nebo zdraví. Je velmi důležitá, může zmírnit dopady na zdraví a odkazuje na další pomoc v rámci konkrétních dostupných služeb.
- **Azylové domy:** Poskytují pomoc na přechodnou dobu pobytovou formou. Běžně ve více variantách jako azylový dům pro matky s dětmi. Dělení je také dle pohlaví. Azylové domy pro lidi bez přístřeší bývají často útočištěm pro klienty, kteří se ocitli na ulici i z důvodu psychického onemocnění.
- **Domy na půl cesty:** Jsou zacíleny na mladé lidi do 26 let. U nás nejsou tak početně zastoupeny, jak by bylo třeba. Poskytovateli jsou většinou sdružení pro péči o duševně nemocné, které se zaměřují na klienty, kteří prodělali dlouhodobý pobyt v léčebně. Tito se ocitají mimo bezpečné zdi ústavů, a to bez potřebných sociálních dovedností, potřebné orientace v systému a schopnosti zaopatřit si bydlení. Též mohou ulehčit při atace nemoci a z ní plynoucího sociálního dopadu tím, že klient nemusí být umístěn do ústavní léčby.
- **Krizová pomoc:** Jedná se o terénní, ambulantní či pobytovou službu, která okamžitě reaguje na tíživou situaci, zejména

¹¹⁴§ 41, 43, 45, 46, 51, 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹⁵MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s.43-44.

v ohrožení zdraví či života, a kterou uživatel není schopen sám zvládnout.

- **Služby následné péče:** Jsou zaměřeny na klienty vracející se z dlouhodobé psychiatrické péče v léčebnách a jejich základním cílem je prevence relapsu.
- **Terapeutické komunity:** Poskytují pobytové služby pro osoby s duševní chronickou chorobou. Přípravují na návrat do života, k opětovnému začlenění. Délka pobytu je individuální, pohybuje se asi kolem jednoho roku. Cílem je obnova sociálních dovedností, měla by být poskytována psychiatrická péče, ale stěžejní důraz je kladen na pracovní a sociální rehabilitaci. Velikost skupiny by měla být maximálně 12 osob. Poskytovateli jsou opět nejčastěji občanská sdružení pro péči o duševně nemocné (př. Česká asociace pro psychické zdraví – Terapeutická komunita Vysoké Mýto).
- **Terénní programy:** Cílené vyhledávání osob, které žijí osamoceně, žijí rizikovým způsobem, snaží se minimalizovat rizika spojená s tímto způsobem života. (V rámci péče o duševní zdraví jsem se setkala s poskytováním této služby v Psychosociálním centru MENS SANA o. s. v Ostravě)
- **Sociální rehabilitace:** Pod tímto názvem se skrývají všechny činnosti týkající se cílů spojených s osamostatněním klientů, s rozvojem jeho sociálních dovedností, posilováním návyků pro jejich samostatný život.

3.2.2. Cíle sociálních služeb pro psychiatrické klienty

Cílem poskytování péče, služeb a pomoci by mělo být vytvoření moderního systému, v němž není klient jen pasivním příjemcem služby, ale měl by se na ní podílet. Takto nastavená pravidla z něj vytvoří aktivní subjekt.¹¹⁶

Zjišťovat a reagovat na potřeby uživatelů je zároveň i zákonnou podmínkou všech poskytovatelů sociálních služeb. Zákon tuto podmínku definuje jako: rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.¹¹⁷

Mezi základní cíle služeb péče pro klienty s dušením onemocněním patří tyto: vytvořit a prohloubit pracovní návyky a nové dovednosti; získat praktické zkušenosti; zprostředkovat možnost smysluplného a aktivního trávení volného času; získat nové sociální kontakty, nacházet přátele; posilovat sebevědomí, samostatnost a nezávislost; podporovat osvojení dovedností a znalostí potřebných v běžném životě ve společnosti.¹¹⁸

Základní princip distribuce poskytování sociálních služeb vychází z komunitního plánu každého regionu. Cílem je, aby v každém geografickém regionu byla dostupná potřebná nabídka služeb.¹¹⁹

V případě péče o duševně nemocné se jedná o služby psychiatrické, psychologických, psychoterapeutické a sociální. Zásadním kritériem pro služby je

¹¹⁶ KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ Pavel, SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. s. 19.

¹¹⁷ § 2, Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

¹¹⁸ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 129-132.

¹¹⁹ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 113.

provázanost, nabídka služeb by se měla navzájem doplňovat a vytvářet funkční celek, tzv. sociální síť.¹²⁰

Služby by měly být tedy dostupné, což může být pro klienty s duševním onemocněním někdy obtížné, zejména pokud nebydlí v místě služby. Komplikované dojíždění je mnohdy zábranou, aby klient služby využíval. Nyní se tedy dostáváme k části, která se bude zabývat komunitní péčí. Uchopení pojmu komunita, komunitní péče nebo plánování je na první pohled poněkud splývající.

¹²⁰ Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize z roku 2008 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z WWW <<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>.

4. Komunitní péče o duševní zdraví

Psychiatrická péče je realizovaná prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě péče o osoby s duševním onemocněním. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která je průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb.¹²¹

Na úvod musím definičně vymežit pojem a kontext slova komunita. Já bych to shrnula do věty, že existuje snaha o implementaci modelu komunitní péče a péče je poskytována v rámci komunity, myšleno místního společenství. „Základním vymezením komunity je prostor, který má hranice, tzn. že komunita je společenství lidí žijících a kooperujících v jedné instituci nebo v jedné lokalitě. Komunita má svou atmosféru, své způsoby komunikace, svou hranici, která je více nebo méně propustná vůči okolí.“¹²²

Kinkor uvádí toto členění¹²³:

- **občanská komunita** (společenství osob, které ve společném prostoru vykonává každodenní aktivity);
- **výcviková komunita** (společenství osob, které se zaměřuje na sebepoznání, nácvik dovedností a postojů apod.);
- **terapeutická komunita** (specifická forma organizace léčebné instituce, která umožňuje otevřenou komunikaci všech členů instituce včetně pacientů a jejich solurozhodování a podílení se na léčbě);
- **spirituální komunita** (společenství osob, které sdílí podobné myšlenky a ideje a snaží se společně o spirituální rozvoj, někdy žijí ve společném prostoru).

¹²¹Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize z roku 2008 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupné z WWW <<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>.

¹²²MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2 přepr. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 85.

¹²³KINKOR, Milan. In NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. s. 254.

„Komunita je místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.“¹²⁴

Z výše uvedeného je patrné, že komunita má dva základní znaky, vymezení teritoriálně a společný zájem skupiny. S komunitami obou typů se komunitní sociální práce zabývá.¹²⁵

V psychiatrii se používá pojem komunitní psychiatrie, která se zabývá prevencí, a léčením duševních poruch, spolu s následnou rehabilitací prostřednictvím připravených komunitních programů. Komunitní psychiatrie využívá v rámci přístupu k jednotlivci bohatých zdrojů a možností, které skýtá komunita.¹²⁶

Další příbuzné pojmy¹²⁷:

Komunitní práce: lze vymezit jako metodu směřující k vyvolání a podporování změny v místním společenství. Zejména se jedná o proces, jak aktivizovat lidi, aby se sami postarali o řešení problému. Dále může mít komunitní práce podobu projektu, který řeší konkrétní problém. Je to velice univerzální metoda, kterou můžeme použít do různých oblastí, např. zdravotnictví, v oblasti sociálních služeb, etnického napětí, vzdělávání atd.¹²⁸ V rámci komunitní práce se odehrává i plánování potřeb. Komunitní práce spočívá v organizaci akcí místního společenství, jejichž cílem je naplnění určité místní potřeby nebo řešení místního problému. Sociální pracovník může problém či potřebu v komunitě analyzovat, iniciovat akci k její naplnění a koordinovat činnost účastníků.¹²⁹

¹²⁴ HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 35.

¹²⁵ NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. s. 131.

¹²⁶ HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 154.

¹²⁷ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 255.

¹²⁸ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 254-255.

¹²⁹ MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. s. 14-15.

Komunitní přístup pojímá tu stránku procesů, která staví na spolupráci sektorů – veřejného sektoru (státní správa a místní samospráva), podnikatelského sektoru (velkých i malých podniků v místní komunitě, drobných podnikatelů) a místních občanů (ať už organizovaných v různých neziskových organizacích, nebo neorganizovaných) při vyvolání změny na místní úrovni.

Komunitní péče, jejím hlavním znakem je takový postup, kde je cílem uspořádání služeb (zejména zdravotních a sociálních) pro skupiny „na okraji“. Hlavním cílem je zachovat stav, za kterého by mohly tyto osoby zůstat ve své komunitě a žít plnohodnotný život.

4.1 Vývoj v čase komunitní psychiatrie

Vývoj postojů k léčbě duševních onemocnění až do doby, jak vypadá dnes, prošel od dob středověku těžkým a smutným obdobím. V psychiatrii se hovoří o tzv. třech revolucích vývoje psychiatrie. Ta první ukončila temnou dobu středověku, kdy bylo duševní onemocnění označováno jako spojení se zlými silami či za posedlost ďáblem. Záchrana duše byla na prvním místě, ovšem na úkor těla. Nemocní byli vystavováni fyzickým trestům a byli drženi v nelidských podmínkách. To až do konce 18. stol, kdy se ve Francii poprvé zaváděly humánní lékařské postupy pod vedením A. Pineliho (1745-1826). Druhá revoluce je spojována se vznikem psychoanalýzy S. Freuda. A poslední, třetí revoluce se datuje od druhé světové války, kdy vzniká komunitní psychiatrie. Největšího rozmachu dosahuje v šedesátých letech. Děje se tak, také jako následek rozsáhlého propouštění osob s duševním onemocněním, v padesátých letech ve Spojených státech z ústavní péče. Během krátké doby zbylo z půl milionu lůžek ve státních psychiatrických zařízeních pouze 150 tisíc. Téměř 80 % nemocných se postupně vrátilo zpět do některého typu ústavní psychiatrické či sociální péče. Ukázalo se, že celá tíha problému spočívala v tom, že se takto propuštění lidé nedokázali vyrovnat s tím, jak se mají sami o sebe postarat, a nebyli schopni obstarat běžné občanské úkony. „Bylo prokázáno, že pokud není komunita

schopna poskytnout rozsáhlou síť služeb a péče o tyto osoby, nelze omezit počet lůžek v klasických psychiatrických zařízeních.“¹³⁰

Smyslem komunitní práce je zvyšovat toleranci, dobré sousedství a sociální odpovědnost, snižovat intoleranci, předsudky a strach.¹³¹ Charakteristickým rysem v rámci péče o duševní zdraví je deinstitucionalizace, což znamená přesun hlavního směru poskytování péče psychiatrickým klientům z velkých nemocnic do nových mimonemocničních forem služeb, co nejbližší pacientovu přirozenému prostředí. Léčba již nestojí primárně jen na biologických postupech, ale rovnocennou součástí se stalo zapojení metod psychoterapie, psychoedukace nebo krizové intervence. Komunitní psychiatrická péče je charakterizována nejen rozvojem nových typů zařízení (denní stacionáře, domy na půl cesty, komunitní chráněná bydlení, krizová centra, pobyty v léčebných komunitách atd.). Tento pojem můžeme též použít pro změnu přístupu k péči v rámci léčeben a nemocničních zařízeních pro psychiatrické pacienty, tzv. zařízeních komunitního typu (krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízení podpory práce a bydlení, týmy řízení případu, terénní formy pracovní rehabilitace, případové vedení).¹³²

Mezi pozitiva komunitního přístupu v péči patří zejména to, že péči zajišťuje komplexním přístupem, je alternativou k hospitalizaci a působí preventivně.¹³³

¹³⁰HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 154-155.

¹³¹HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 71.

¹³² Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví – Roční zpráva projektu podpory kvality zdravotní péče z roku 2005 [online]. 2011 [cit.2011-05-01]. Dostupný z WWW< www.cmhcd.cz/dokumenty/ZZ_kvalita_pece1.pdf>.

¹³³ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 133.

4.2 Spolupráce sociálního pracovníka s klienty s psychotickým onemocněním v rámci komunitní péče

Komplexní metody práce s psychiatrickými klienty, které se rozvíjejí v posledních dvaceti letech, obsahují psychiatrickou rehabilitaci, případové vedení, týmovou práci. Tyto přístupy se staly doménou klinických sociálních pracovníků (klinické případové vedení – clinical case management), pokud jim to umožňuje styl práce příslušných organizací.¹³⁴

Sociální práce má v dnešní přetechizované době zaměřené na výkon a člověka postaveného často mimo systém pomoci vlastního sociálního systému velmi důležité postavení. Sociální práce ve svém širokém záběru nabízí a poskytuje celé spektrum služeb a péče. V principu se zaměřuje na práci s jednotlivcem, s rodinou, skupinou či komunitou. Právě kontakt s duševně nemocným často pojímá všechny tyto druhy sociální práce. Přístupy v práci s duševně nemocnými si vyžadují multifunkční přístup – vnímají vícerozměrnost problémů a rozporuplné cíle jednajících osob. Pomoc je určována nabídkami, které jsou k dispozici. Využívá se minimálně materiální podpory, nabízí se praktická pomoc v životních situacích, případně psychologicko-terapeutický přístup.¹³⁵

Kapitola následující by měla pojednávat o komunitní péči zaměřené na osoby s duševním onemocněním v rámci komunitního přístupu. Péče se může projevit jako organizační přístup multidisciplinárního týmu.

4.2.1. Systém péče vedený multidisciplinárním týmem

Kvalifikovaná sociální práce je v multidisciplinárním týmu nezastupitelná. Sociální práce v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním je součástí

¹³⁴ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 138.

¹³⁵ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 168. 21

intervencí, které mohou mít různý rozsah a cíle, např. krizová intervence, nebo dlouhodobé léčení duševně nemocných.¹³⁶

V dnešní době je trendem příklon k profesionalizaci a specializaci uvnitř multidisciplinárního týmu, který by měl fungovat na bázi rovnocenného partnerství. V našem prostředí je nejobvyklejší sestavení týmu, který je složen obvykle ze sociálního pracovníka, psychiatra, psychologa, psychiatrické sestry, případně ergoterapeuta. Každá týmová práce si nese i problémy, může dojít k situaci, kdy mohou být různí členové týmu děleni na ty hodné a zlé. I s tímto se musí pracovat a vedoucí týmu musí tyto situace reflektovat a koordinovat.¹³⁷

„Nejedná se tedy o hierarchický systém tak, jak jej známe z mnoha našich zdravotnických pracovišť. Zástupci jednotlivých profesí do týmu vnášejí své specifické dovednosti a spolupracují s dalšími institucemi i s osobami náležejícími do klientovy sociální sítě.“¹³⁸

Odhaduje se, že až 30 - 60% nemocných žije v rodinném prostředí, kde o něj pečují příbuzní, nejčastěji rodiče. Což znamená, že se rodina stává členem týmu, znalost prostředí je důležitou součástí navržených intervencí. Sociální pracovník by měl být většinou koordinátorem práce s rodinou. Může se též podílet na rodinné terapii. Sociální pracovník se může setkat i s případem dvojího klienta, kdy kromě nemocného potřebuje intervenci i rodina. Rodiče, partneři, děti mají své specifické problémy, nenaplněné sny, frustrace, pocity zlosti, smutku apod. Problém by měl být segmentován do malých kroků a řešen postupně.¹³⁹

¹³⁶ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 133.

¹³⁷ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 143.

¹³⁸ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 143.

¹³⁹ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 144.

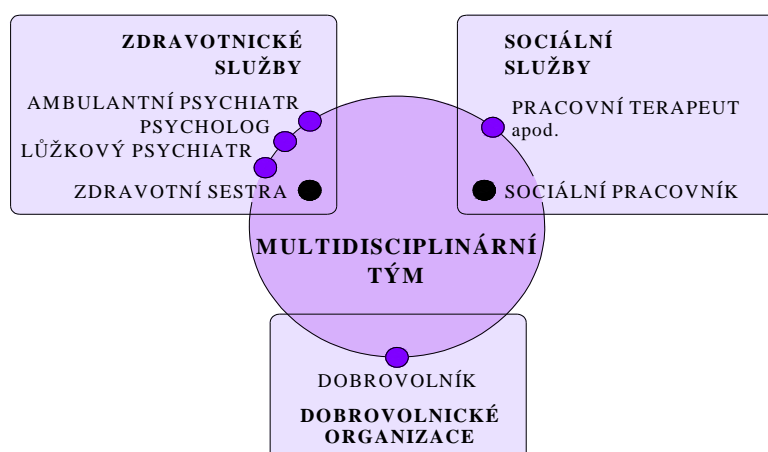
Způsob vedení multidisciplinárního týmu můžeme rozlišit přibližně na čtyři základní typy¹⁴⁰:

Řízený tým, je realizován centralizovaným vedením, způsob spolupráce je na hierarchickém uspořádání. Kromě výhody jasných pravidel a odpovědnosti hrozí nebezpečí rigidity.

Demokratický tým, kde členové v tomto týmu sdílejí odpovědnost a rozhodování probíhá prostou většinou hlasů.

Další forma je tzv. koordinovaný tým, hlavní postavou je koordinátor, který se snaží svolávat schůzky, zařizuje podklady pro projednávaný případ a monitoruje činnost týmu.

Poslední je ve dvou skupinách, užším a širším týmu, ta první část týmu, užší pracuje na plný úvazek, členové širšího týmu mohou pracovat i na částečný úvazek. Rozhodování někdy provádí vedoucí týmu, jinde participují všichni.



Obrázek 1: Příklad regionálního multidisciplinárního týmu¹⁴¹

¹⁴⁰ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 173.

¹⁴¹ PĚČ, O. In MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 173.

Multidisciplinární přístup umožňuje pokrýt množství různých potřeb, osob s duševním onemocněním, k tomu je potřeba provázanosti, což je podstatou multidisciplinárního přístupu. Ta právě součinností může lépe využívat zdrojů pomoci a díky tomu lépe pomoci. V neposlední řadě je důležité si uvědomit, že důležitou součástí psychiatrické péče o klienta s duševním onemocněním je práce s rodinou klienta.¹⁴²

4.3 Oblast sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci komunitní péče

Mezi zvláštnosti péče o duševně nemocné v rámci komunitní péče patří široká nabídka služeb a z toho plynoucí variabilnost metod sociální práce. Využíváme práci s jednotlivcem, skupinou i práci komunitního přístupu. Mnozí klienti přichází z hospitalizace, kde se již se skupinovou prací setkali v rámci psychoterapie. Nesmíme zapomenout ani na práci s rodinnými příslušníky. Využíváme jeden z principů práce se skupinou, že lidé, kteří prožívají podobné životní situace, si mohou navzájem pomoci.¹⁴³

Komunitní psychiatrie se dle Matouška dělí na několik oblastí, v nichž mohou sociální pracovníci uplatnit své působení. Jednou z oblastí je moderní psychiatrická rehabilitace, která se stala v osmdesátých a devadesátých letech 20. století integrální součástí zdravotního a sociálního systému. Základním přístupem práce, kde je středem návrhů a zároveň ozdravných intervencí klient je tzv. case management. Třetí oblastí jsou různé formy psychoterapie.¹⁴⁴

¹⁴² MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s. 172-173.

¹⁴³ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 44-45.

¹⁴⁴ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 139.

Sociální pracovníci se mohou specializovat v několika oblastech komunitní péče¹⁴⁵:

- 1. Psychiatrická rehabilitace** (oblast bydlení, práce), sociální rehabilitace, psychoedukace.
- 2. Případové vedení - case management.**
- 3. Psychoterapie** - rodinná, individuální, případně skupinová psychoterapie.

Nyní se budu v magisterské diplomové práci podrobněji věnovat těmto oblastem komunitní péče, tyto formy jsou moderním trendem v přístupu k péči o klienty s chronickým psychiatrickým onemocněním.

Psychiatrická rehabilitace, sociální rehabilitace, psychoedukace.

Jak jsem zjistila, panuje v odborné literatuře nejednotnost v terminologii a používají se různé pojmy pro stejné významy. Pro oporu a orientaci jsem si vyhledala přesné vymezení ve Slovníku sociální práce a Psychologickém slovníku.

Za synonymum lze považovat: socioterapie; sociální rehabilitace. „Jedná se o soubor opatření sloužících k příznivému ovlivnění stavu a situace osob, které jsou z hlediska vzniku a vývoje negativních jevů rizikové nebo jež se ocitli v sociální nouzi. Socioterapie směřuje k jejich sociální rehabilitaci a integraci. Sociální rehabilitací se rozumí obnovení sociálních vztahů a praktických schopností a dovedností, které jsou důsledkem sociálního hendikepu a způsobu života dané osoby narušeny. Součástí socioterapie je výcvik v psychosociálních dovednostech, tzv. psychosociální trénink, vedoucí ke zvyšování sociálních kompetencí, k samostatnému řešení nepříznivé sociální situace vlastními silami a k uvědomění si odpovědnosti za svůj život. Psychosociální trénink představuje cílený nácvik praktických technik zaměřených na získání nebo znovunabytí

¹⁴⁵MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 138.

dovedností, jež jsou nezbytné k samostatnému zabezpečování životních potřeb.“¹⁴⁶

Odborná formulace socioterapie se stala rovnocenným partnerem psychoterapie a medicínských postupů poté, co si lidé začali uvědomovat, jak významný vliv mají sociální podmínky jedince na jeho psychiku a jak dalece mohou ovlivňovat, buď ve smyslu podpory či ohrožení, psychické zdraví.¹⁴⁷

Socioterapie je také nástroj, který slouží k odhalení míry zatěžujících aspektů nemoci a oblastí, kde si klient problémy vytváří sám. Současně mu terapie dává možnost nabýt kompetencí jak tyto situace zvládnout. To lze pouze za předpokladu, že současně s posilováním kompetencí může klient o své situaci i hovořit.¹⁴⁸

V literatuře objevují ještě slovní spojení psychiatrická rehabilitace a psychosociální rehabilitace, obě se obsahově rovnají stejnému významu ve smyslu okruhu činností. Ale psychiatrická rehabilitace je označení cílené intervence pro osoby s duševním onemocněním. Dále se ve Slovníku sociální práce, uvádí příbuzný pojem, a to psychosociální trénink, který je součástí socioterapie.¹⁴⁹

4.3.1. Komunitní sociorehabilitační zařízení

V roce 2007 u nás existovalo 29 neziskových organizací poskytujících služby psychiatrické rehabilitace se 470 odbornými pracovníky, kteří měli v péči zhruba 4600 klientů.¹⁵⁰ Samotná rehabilitace se řídí několika principy. Jako první

¹⁴⁶MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2 přepr. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 207.

¹⁴⁷DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 296.

¹⁴⁸MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s.93.

¹⁴⁹MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 139.

¹⁵⁰ Psychiatrické společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, [online]. 2011 [cit. 2011-03-05]. Dostupný z WWW

je orientace na klienta a zvyšování jeho kompetence, klient by rehabilitací měl získat lepší život v prostředí, které si sám vybral. Psychiatrická rehabilitace by měla být eklektická, měla by být pestrá a pracovník by měl používat řadu technik, práce s klientem by měla být postavena na zdravé části jeho osobnosti. Stálá naděje by se neměla vytratit z každodenních plnění rehabilitačních plánů, které jsou podmínkou před každou započatou rehabilitací. Pokud se klient dobře uchytí v systému komunitní péče a vznikne pozitivní závislost klienta, může se to projevit kvalitativním zvýšením klientova nezávislého fungování. Základním mottem je aktivní zapojení do procesu údravy. Kromě rozvoje klienta se sociální rehabilitace zaměřuje také na rozvoj podpory ze strany klientova okolí. To vše s ohledem na zachování běžných zvyklostí klienta.¹⁵¹

4.3.2. Psychoedukace

Je název pro proces, který má za úkol naučit klienta s duševním onemocněním porozumět jeho intrapsychickému fungování. Je založena na vzájemné důvěře a spolupráci pacienta, klienta s odborníkem. Cílem je naučit klienta orientovat se v léčebném procesu. Jedním ze základních principů je předcházet relapsům, např. při vystavení osoby s duševním onemocněním nadměrné zátěži, si sám pro sebe musí uvědomit míru, kterou je schopen snášet a s tímto nakládat. Paralelně mohou běžet i psychoedukativní programy pro rodinné příslušníky a blízké.¹⁵²

4.3.3. Případové vedení, case management

Tento přístup je známý v USA od sedmdesátých let 20. století a v Anglii a Nizozemsku byl aplikován od let osmdesátých.¹⁵³ Jedná se o specifickou metodu, jejíž těžiště vychází z koordinace péče o klienta, kterou řídí jeden

<http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106>.

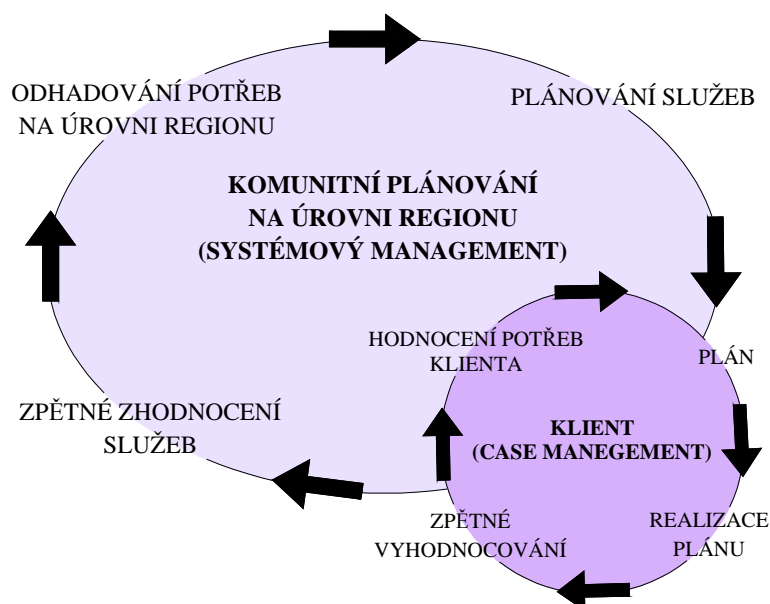
¹⁵¹ ANTHONY, A. a kol. In MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 140.

¹⁵² MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 139, 246.

¹⁵³ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 140.

pracovník. Tento tzv. case manager je klíčová osoba nejen pro klienta, ale také pro tým, který spolupracuje na celém systému poskytování péče. Tento pracovník se řídí hlavně tím, aby zajistil vhodnou a dostupnou komunitní péči, která je v regionu. Dohlíží tedy, aby péče nebyla chaotická a aby klient péči nezneužíval. Důležité je, aby měl pracovník přehled o nabízených službách, které může klientům s psychotickým onemocněním nabídnout. Rovněž by měl mít výcvik v základních komunikačních dovednostech.¹⁵⁴

V poslední době bývá pojem case management a případové vedení nahrazován spíše názvem asertivní komunitní přístup. K posunu došlo, protože lépe vystihuje podstatu služeb poskytovaných klientovi s duševním onemocněním.¹⁵⁵



Obrázek 2: Vztah case managementu k řízení systému služeb¹⁵⁶

¹⁵⁴MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s.135.

¹⁵⁵STUHLÍK, J. In MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 170.

¹⁵⁶MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 170.

Základní prvky case managementu¹⁵⁷:

- Přehled o potřebách a schopnostech klienta.
- Plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle.
- Uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí.

Case manager případu musí být kromě přehledu o místních zdrojích také velmi dobře obeznámen s historií klienta, musí mít přehled i o současné situaci klienta, situaci jeho okolí a životních podmínkách. Právě tyto znalosti jsou klíčem ke schopnosti převést ústně sdělovaná či častěji nepřímou vyjadřovaná přání klienta do formy souboru zdravotně-sociálních potřeb, jejichž naplnění pak může být cílem společné práce.¹⁵⁸

Sociální případové vedení klade důraz na podporu sociální sítě klienta (zejména na spolupráci s rodinou), využívá intenzivně technik psychiatrické rehabilitace.¹⁵⁹

4.3.4. Individuální sociální práce

V současném moderním přístupu je u všech poskytovatelů sociálních služeb nezbytné využívat metody individuálního plánování. Individuální plánování představuje významný nástroj, který umožňuje zohlednit osobní představy a potřeby klientů sociálních služeb s hlavním cílem, aby jim byl umožněn návrat do běžného života a postupným posilováním naučit je svůj život prožívat samostatně. Individuální plány tak vedou především k naplnění osobních cílů klienta. Potřeba klienta je tedy východiskem pro plánování a poskytování jakékoli sociální služby.¹⁶⁰

¹⁵⁷MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 171.

¹⁵⁸THORNICROFT, G., SZMUKLER, G. In MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 141

¹⁵⁹MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 141.

¹⁶⁰KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. : Abena. s.137.

V průběhu prvního kontaktu sociální pracovník seznámí zájemce se službou (podmínky pro přijetí, cílová skupina, cíle služby, principy poskytování, průběh služby – základní a fakultativní činnosti, individuální plánování, práva a povinnosti uživatele). Na této schůzce mapuje sociální pracovník s potenciálním uživatelem potřeby a motivaci pro vstup do služby, snaží se navázat kontakt, snaží se zjistit obecný cíl nebo očekávání zájemce, který je zaznamenáván do zápisu a je podkladem pro vypracování kontraktu se zájemcem o službu.¹⁶¹

Proces individuálního plánování na základě zjišťovaných potřeb¹⁶²:

- Vést individuální rozhovory o potřebách a osobních cílech uživatele.
- Pravidelně s uživatelem plánovat, jak může sociální služba pomoci uživateli v naplňování jeho individuálních potřeb.
- Pravidelně s uživatelem hodnotit, jak se naplňování osobních cílů daří.
- Poskytovat sociální službu podle dohodnutých individuálních plánů.
- Vést záznamy o plánování, vyhodnocování a naplňování osobních cílů uživatelů.
- Mít postupy pro předávání důležitých informací o poskytované službě mezi pracovníky.

4.3.5. Psychoterapie jako nedílná součást léčebného procesu

„Psychoterapie je léčení duševních chorob a hraničních stavů psychologickými prostředky, to je slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí. Je jedním z účinných způsobů psychické pomoci, plánované, promyšlené a prováděné odborníky. Psychoterapie vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici. Psychoterapeutický vztah je veden odpovědností a snahou rozšířit subjektivní svět pacientových hodnot.“¹⁶³

¹⁶¹ Dle zvyklostí SDO, středisko sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním, Olomouc

¹⁶² KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.* : Abena. s. 138.

¹⁶³ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník.* 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.488.

Dle velkých výzkumných studií se prokázalo, že psychoterapie sama o sobě nestačí, tak ani samotná farmakoterapie nemá takové výsledky, právě kombinace výrazně zesilují své účinky.¹⁶⁴

Psychoterapie je nejčastěji v kompetenci psychologa, psychiatra a psychoterapeuta. Většinou je vedena pod dikcí, terapeutem zvoleného, psychoterapeutického směru. Dnes je velmi rozšířený tzv. eklektický – integrativní přístup.¹⁶⁵

„Eklekticismus je směr, který si vybírá a kombinuje názory nebo prvky jiných směrů, tedy psychoterapeutických škol pro potřeby konkrétní léčby jednotlivce nebo skupiny.“¹⁶⁶

Psychoterapie ve vztahu k léčbě psychotických onemocnění může mít i různé formy: individuální; skupinovou; verbální i nonverbální. V rámci eklektického přístupu má terapeut k dispozici i techniky psychoterapie, mezi něž patří např. psychogymnastika, psychodrama, relaxace, arteterapie, muzikoterapie atd.¹⁶⁷

V rámci zvoleného rozsahu magisterské práce se nebudu hlouběji zabývat obsahem různých druhů psychoterapií. Omezím se pouze na výčet psychoterapeutických přístupů, které se v práci s osobami s duševním onemocněním používají: na klienta orientovaná psychoterapie C. R. Rogerse; Psychoanalýza a směry, které na ni navazují; Kognitivně –behaviorální terapie a Gestalt terapie.¹⁶⁸

Dle fáze psychotického onemocnění se volí přístupy a forma psychoterapie. Individuální psychoterapii je možné použít v období rozvinuté psychózy, jakmile to farmakoterapie umožní. Psychoterapie má v tomto období

¹⁶⁴ KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 85.

¹⁶⁵ MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s.94.

¹⁶⁶ HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.135.

¹⁶⁷ MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Míra. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s.143.

¹⁶⁸ DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. s. 327-332.

podpůrný a vysvětlující záměr. Důležitou formou psychoterapie je skupinová psychoterapie, do níž se klienta zapojuje v období vyhasínání psychózy, předtím většinou není schopen se terapie účastnit. Skupina má schopnost poukazovat a upevňovat to, co je zdravé, a pomáhá odlišit to, co je nemocné, pod vlivem psychózy. Klient může při skupinové terapii hovořit o jakémkoli tématu. S tímto se pojí pravidlo vyslovit kdykoliv „ne“ a k danému tématu se již dále vyjadřovat nemusí. Dalšími pravidly je, že se problémy, které se při terapii řeší, nevynáší mimo kruh. A pravidlo „otevřených dveří“, kdy klient může i po skončení programu, kdykoliv přijít a poradit se se skupinou a psychoterapeutem. Od psychoterapie nelze očekávat celkovou úzdravu, ale může naučit člověka s psychózou žít.¹⁶⁹

4.3.6. Svépomocné skupiny

Specifickou formou skupinové terapie jsou svépomocné skupiny. Nezastupitelnou roli v komunitním přístupu v péči mají svépomocné skupiny klientů nebo rodin nemocných. U nás si zatím hledají své místo.

„Svépomocné skupiny jsou, založeny na principu příslušnosti do skupiny, kterou charakterizuje společný znak. Členové svépomocné skupiny si předávají informace, poskytují si emocionální podporu, někdy si poskytují i přímou praktickou pomoc a obhajují zájmy společné zájmy vůči jiným organizacím, případně i vůči státu.“¹⁷⁰

Principiálně rozlišujeme mezi svépomocnými skupinami a svépomocnými sdruženími či organizacemi. Tyto si většinou za cíl kladou dodržování práv duševně nemocných, zprostředkovávají nabídku služeb, snaží se ovlivňovat jejich kvalitu a podílejí se na strategiích vývoje léčebného působení (např. Centrum pro duševní zdraví). Velmi důležitou funkcí je též vést dialog a snižovat stigmatizaci.¹⁷¹

¹⁶⁹KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. s. 84-86.

¹⁷⁰MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. přepr. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 218.

¹⁷¹MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 151-152.

Tuto část o oblastech komunitní péče bych chtěla uzavřít upozorněním na určité nebezpečí při poskytování péče. Snaha o nadměrnou podporu projevovanou jak během dlouhodobé hospitalizace, tak venku v rozsahu komunitních služeb s sebou nese nebezpečí, že klient si na tento stav zvykne. Dojde ke ztrátě pocitu vlastní odpovědnosti a jeho aspirace se pro okolí stávají nedůležité či nedostupné. Tomuto stavu se říká „terminální závislý pacient“. Tento postoj nemocného sdílají i jeho „pečovatelé“. Klient ztrácí motivaci, působí dojmem, že neví, co chce, a okolí za něj přebírá rozhodování.¹⁷²

4.4 Síť psychiatrické péče v rámci komunitního přístupu z pohledu klienta

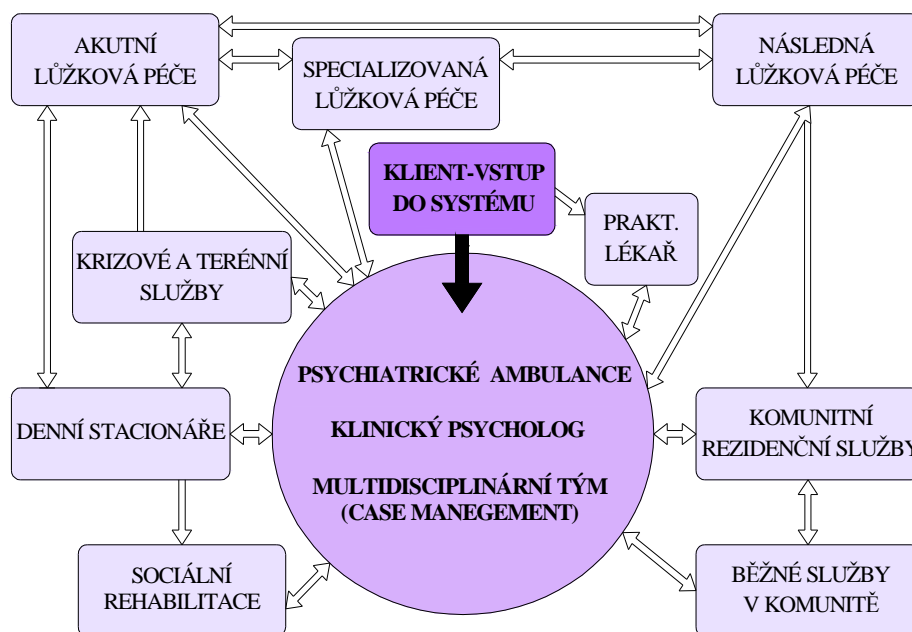
Klient se v průběhu prvních příznaků nebo během terapie setkává s celou škálou odborníků, kteří ho provádí systémem péče a služeb v rámci komunitní péče.

Regionální multidisciplinární komunitní týmy by měly pracovat s přirozenými zdroji v sociálním okolí klienta s chronickým duševním onemocněním. Podstatným principem je hledat pomoc nejprve z běžných komunitních zdrojů a služeb a teprve potom využívat specializované služby pro osoby duševním onemocněním.¹⁷³ Nyní se zaměřím na úhel pohledu člověka s duševním onemocněním a na jeho možnosti spolupráce s různými oblastmi psychiatrické péče.

¹⁷²CARLING, In MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s. 137.

¹⁷³ HEJZLAR, Petr; HALÍŘ, Martin; FIALA, Marek. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*. 2010, 14, 3, s. 149.

Při objevení prvních obtíží může být spolu s pracovištěm krizové intervence prvním odborníkem, na kterého se člověk s akutními psychotickými projevy obrátí, praktický lékař. Má největší znalosti o rodinném zázemí. Je důležitý v časném nasměrování pacienta na adekvátní odbornou pomoc.¹⁷⁴



Obrázek 3: Model sítě poskytování péče o osoby s duševní poruchou.¹⁷⁵

V tomto schématu provázanosti komunitní péče mi chybí ještě jedna vazba. Místo prvního setkání člověka s formální pomocí se může odehrávat při krizové intervenci anebo při výkonu terénní služby.

V případě, že první kontakt se odehraje v praxi psychologa, musí jej odeslat k odbornému psychiatrovi, protože psycholog je nemedicínský odborník. Pracuje psychoterapeutickými metodami, používá individuální i skupinovou

¹⁷⁴MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. s.60.

¹⁷⁵Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>.

psychoterapii nebo se na ní podílí, vede nácvik sociálních dovedností, provádí relaxační techniky a provádí psychologickou diagnostiku.¹⁷⁶

Další spolupráce s medicínskými zařízeními či službami nestátního neziskového sektoru se organizuje dle kooperace klienta s multidisciplinárním týmem, v zásadě podle zdravotního stavu osoby s psychotickým onemocněním.¹⁷⁷

Na závěr teoretické předložené diplomové práce části bych uvedla, že člověk se může uzdravit, i když přetrvávají symptomy jeho onemocnění. Míru pomoci a její formu si člověk s duševním onemocněním dnes volí sám. Jeho pohled a zkušenost je klíčovým argumentem pro plánování péče. Plnohodnotný život lze žít i s duševní nemocí. Cesta k úzdavě je dlouhodobá a někdy nekončící. Díky komunitní péči však není člověk na této cestě sám.¹⁷⁸

V této poslední kapitole o psychiatrické komunitní péči jsem se soustředila na pojmové vymezení pojmu komunita a jak se tento pojem používá. Zastavila jsem se u provázání komunitní péče a sociální práce. Komunitní péče o osoby s psychózami se děje na pozadí modelu spolupráce klienta a multidisciplinárního týmu. Další část výkladu byla věnována základní náplni práce, což je sociální rehabilitace, psychoterapie a case management. Základním pravidlem plánování práce s klientem je provázanost a dostupnost služeb. Právě tyto aspekty by měla splňovat sociální síť klienta, do které kromě odborníků patří i přirozené sociální okolí klienta. Cílem péče a poskytování služeb je pomoc odborníků při formulaci vyslovení klientových potřeb. Současně s tímto musí probíhat i posilování dovedností, aby byl klient schopen tyto potřeby naplňovat. Na tomto místě mohu přejít k praktické části této magisterské práce a tou je mapování potřeb u osob s psychotickým onemocněním regionu Přerov.

¹⁷⁶ Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>.

¹⁷⁷ Mgr. Pavel Říčan, leden 2007 (text k přednášce) Úvod do komunitní péče o duševně nemocné. ŘÍČAN, Pavel. Úvod do komunitní péče. *Text k přednášce* [online], 2007, [cit. 2011-06-03]. Dostupný z WWW <www.focusvysocina.cz/document.ashx?id=25>.

¹⁷⁸ Mgr. Pavel Říčan, leden 2007 (text k přednášce) Úvod do komunitní péče o duševně nemocné. ŘÍČAN, Pavel. Úvod do komunitní péče. *Text k přednášce* [online], 2007, [cit. 2011-06-03]. Dostupný z WWW <www.focusvysocina.cz/document.ashx?id=25>.

5. Metodologická část

Výzkum se zaměřil na potřeby klientů Denního psychosociálního centra MENS Přerov – Klubu denního stacionáře a chráněné dílny sv. Terezičky v Přerově, vedené oblastní charitou Přerov. Tyto organizace jsou jediné služby pro osoby s chronickým duševním onemocněním v Přerově. Dle komunitního střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb ve městě Přerově pro období let 2007 – 2010 se ještě neúspěšně usiluje o zřízení chráněného bydlení pro osoby s duševním onemocněním.¹⁷⁹

5.1 Popis zkoumaných organizací

Organizace péče o duševní zdraví v Přerově spadá pod nadační fond „Duševní zdraví“. Tato organizace usiluje o integraci osob s duševním onemocněním do společnosti (rozvoj sociálních dovedností, znovu vytváření pracovních návyků a rehabilitace, rekondiční pobyty, klubové akce s cílem integrace do společnosti). Organizuje Klub denního stacionáře, což je volné sdružení klientů, kteří prošli denním stacionářem pro občany s psychotickými poruchami. Klub denního stacionáře pořádá třikrát týdně společné programy a jednou do měsíce společná klubová sezení. Klub pořádá týdenní rekondiční pobyty a společenské akce (divadlo, koncerty, výstavy atd.). Tyto akce jsou z velké části financovány z nadačního fondu „Duševní zdraví“ a sponzory. Dále pořádá týden pro duševní zdraví. Za cíl si klade informovat širokou veřejnost o prevenci a možnostech léčby, snaží se odbourat předsudky.¹⁸⁰

Psychosociální centrum Přerov poskytuje odborné poradenství a psychoterapii v rámci denního stacionáře pro občany s psychotickými poruchami. Psychosociální centrum provozuje Klub denního stacionáře, který

¹⁷⁹ Komunitní plánování sociálních služeb ve městě Přerově [online]. 2011 [cit. 2011-20-03]. Dostupný z WWW < <http://www.mu-prerov.cz/cs/magistrat/informace-odboru-magistratu/odbor-socialnich-sluzeb-a-zdravotnictvi/projekty-a-strategicke-dokumenty/komunitni-planovani-socialnich-sluzeb-ve-meste-prerove.html>>.

¹⁸⁰ Psychosociální centrum, Přerov [online]. 2011 [cit.2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.psyche.cz/psc.htm>>.

spadá pod fond „Duševní zdraví“. Psychosociální centrum organizuje volnočasové i terapeutické aktivity, poradenské a informační služby, klub příbuzných a přátel duševně nemocných. Denní psychoterapeutické ambulantní centrum při Psychosociálním centru Přerov je funkční od 1. 1. 1992. Je zde 16 míst pro pacienty zařazené do jedné či dvou skupin v péči psychiatra, psychologa, rehabilitačních a zdravotních sester. Průměrná návštěvnost tohoto centra je 35 klientů za měsíc. Financováno je ze zdravotního pojištění a Nadačního fondu „Duševní zdraví“ (zejména na cestovné klientů).

Projekt chráněných dílen vznikl ve spolupráci s Oblastní charitou Přerov pod názvem Chráněná dílna sv. Terezičky v Horní Moštěnici a chráněné pracoviště Přerov. V průměru je dle psychického stavu klientů zaměstnáváno přibližně 8 - 10 osob za měsíc. Tato služba vznikla v roce 2005. Intenzita a náplň pracovní činnosti odpovídá momentálnímu zdravotnímu stavu klienta. Cílem chráněného zaměstnávání je pracovní rehabilitace.¹⁸¹ Tato služba umožňuje klientům kromě opětovného získání sebedůvěry a seberealizace navíc i práci ve skupině, která zamezuje sociální izolaci, dává příležitost k obnovení komunikačních a sociálních dovedností a v neposlední řadě zprostředkovává nácvik koncentrace. Náplní práce je provádění jednoduchých pracovních nenáročných úkonů, např. výroba drobných dárkových předmětů, balení materiálu, kompletace dopisních souprav. Psychosociální centrum a chráněná dílna sv. Terezičky v Přerově spolu úzce spolupracují, např. psychosociální centrum doporučuje chráněné dílně vhodné kandidáty.

¹⁸¹ § 69 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

5.2 Popis metody CAN: Camberwellské šetření potřeb

S touto metodou jsem se setkala na internetových stránkách Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, kde byla mezi ještě asi třemi podobnými nástroji k zjišťování a ověřování potřeb duševně nemocných v rámci komunitní péče.¹⁸²

Komunitní přístup v rámci plánování služeb je podmíněn potřebami klientů. Proto se odborníci v rámci poskytovaných služeb a péče zaměřují zejména na životní podmínky, k nimž patří oblast bydlení, zaměstnání, lékařské péče, dopravy a možnosti využití volného času.¹⁸³

Ověřování efektivity poskytování služeb je klíčové pro zkvalitňování zdravotně-sociálních služeb, proto se v současnosti objevují nástroje, které sledují stav a změny v sociálním fungování klienta, případně jeho reakci na poskytované služby. Tyto postupy jsou citlivější než měření stavu a změn symptomů duševní nemoci. Jde zejména o metody měření kvality života, měření klientovy spokojenosti se službami, měření naplněnosti klientovy potřeby péče a měření sociální integrace klienta.¹⁸⁴

„Potřeby nejsou totožné s přáním, ale je to schopnost mít nějaký prospěch ze zdravotní a sociální péče.“¹⁸⁵ Hodnocení potřeb a jejich saturace je dalším stupněm hodnocení kvality poskytování péče. Tato metoda se používá k hodnocení kvality psychiatrické péče pomocí dotazníkového šetření klientů a poskytovatelů služeb. Je to také vhodný nástroj k přípravě terapeutického plánu na osobní úrovni klienta a plánování psychiatrické péče na úrovni organizace.¹⁸⁶

¹⁸² Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. 2011 [cit.2011-08-02]. Dostupný z WWW <www.cmhcd.cz/koncepcni_prace.html>.

¹⁸³ HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. s. 42.

¹⁸⁴ THORNICROFT, G, BEBBINGTON, G. In MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. s.152.

¹⁸⁵ SLADE, M. In PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 12.

¹⁸⁶ HEJZLAR, Petr; HALÍŘ, Martin; FIALA, Marek. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*. 2010, 14, 3, s. 150.

Metoda CAN Camberwellské šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním se snaží zachytit potřeby a problémy se zvládáním sociálních rolí u lidí s duševním onemocněním. CAN: bylo poprvé publikováno v roce 1999, na vývoji se podílel Mike Slade a kol. na londýnském Psychiatrickém institutu při King's College, sekce komunitní psychiatrie.¹⁸⁷

Metoda CAN existuje ve třech verzích¹⁸⁸:

- krátká verze CANSAS;
- verze klinická CAN-C;
- výzkumná verze CAN-R.

Standardizace hodnotícího nástroje CANSAS (Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Schedule) byla pro české podmínky zpracována v rámci prací na projektu IGA MZ ČR NO/6656-3 „Model sledování, hodnocení a zkvalitňování komunitní péče o duševně nemocné“. Tato metoda je zahrnuta i do projektu vzdělávacích kurzů určených pro sociální pracovníky, které pořádá Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví pod vedením PhDr. Václavy Probstové, Csc. Česká verze CAN-C byla zpracována v rámci projektu podpory kvality zdravotní péče MZ ČR č. 83/05-OZP/4 „Vývoj a standardizace posuzovacích nástrojů k hodnocení účinnosti komunitní psychiatrické péče.“ Poprvé byla metoda implementována do českého prostředí jako diplomová práce (Hynek Kalvoda, 2002, FF UK).¹⁸⁹

V rámci předložené magisterské práce se budu zabývat pouze verzí Camberwellského šetření potřeb závažně duševně nemocných, verzí CAN – C.

¹⁸⁷ PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 12.

¹⁸⁸ PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 12.

¹⁸⁹ Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví – Věcná část závěrečné zprávy a řešení grantu NO/6656-3 [online]. 2011 [cit.2011-05-01]. Dostupný z WWW < www.cmhd.cz/dokumenty/zaverecna-zprava-grant.pdf>.

Tento dotazník dosahuje odpovědné psychometrické kvality. Poskytuje zároveň teoretický podložený a ověřený koncept, a také možnost kvantifikace a srovnávání.¹⁹⁰

Klinická verze CAN-C obsahuje v rámci dotazníku 22 potřeb. Každá potřeba je dělena do tzv. sekcí, ty jsou čtyři. Účelem šetření je zjistit, ve které oblasti by klient potřeboval pomoc. Výsledky se zaznamenávají do formuláře pro vyhodnocení.

Dotazník CAN-C¹⁹¹:

Sekce 1: Z této sekce vyplyne varianta, zda měl dotazovaný v dané oblasti potřebu, která již byla saturována a respondentovi byla poskytnuta efektivní pomoc, anebo za druhé, zda je nutné se danou oblastí zabývat. Sekce 1 hodnotí míru potřeb. Míra potřeby je hodnocena na škále:

1. žádný problém - potřeba neexistuje, v této oblasti klient pomoc nepotřebuje;
2. žádný nebo jen částečný problém (protože se mu v dané oblasti dostává pomoc) v této oblasti se mu pomoci dostalo a problém je již vyřešen – naplněná potřeba;
3. závažný problém – nenaplněná potřeba;
4. není známo problém se nevyskytl, neexistuje – dosud se s ním klient nesešel.

Sekce 2: Zjišťuje množství pomoci od neformálních zdrojů (od přátel, příbuzných, sousedů, spolupracovníků).

¹⁹⁰ HEJZLAR, Petr; HALÍŘ, Martin; FIALA, Marek. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*. 2010, 14, 3, s. 150.

¹⁹¹ PROBŠTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 18-19.

Sekce 3: Zjišťuje množství pomoci poskytované od a potřebné od formálních poskytovatelů péče a služeb.

Sekce 4: Obsahuje uživatelské vnímání oblastí a plán péče navržený poskytovatelem. Poslední sekce má slovní hodnocení a zde by se měly zaznamenat případné návrhy opatření z pohledu respondenta.

Dotazník hodnotí 22 oblastí zdravotních a sociálních potřeb (bydlení, strava, péče o domácnost, péče o sebe, denní činnosti, tělesné zdraví, psychotické symptomy, informace o zdravotním stavu a léčbě, psychické potíže, ohrožuje sám sebe, ohrožuje ostatní, alkohol, drogy, přátelé, intimní vztahy, sexualita, péče o děti, základní vzdělání, telefon, doprava, peníze, finanční dávky).

5.3 Použitá technika sběru dat

V této práci byl jako výzkumný nástroj zvolen standardizovaný dotazník (jedná se o kvantitativní přístup, podle aplikované metody CAN). Dle vzdělávacích standardů se jedná o výzkum na vyhodnocování potřeb.¹⁹² Sběr dat proběhl v rámci jednotlivých návštěv Psychosociálního centra a Chráněné dílny sv. Terezičky. Jedná se o jediné denní služby skupinového charakteru pro duševně nemocné v rámci regionu města Přerov. Vyplnění jednoho dotazníku administrátorem bylo dotováno přibližně dvaceti minutami. Šetření bylo anonymní, byl uváděn pouze věk, diagnóza a každý dotazník byl označen změněným křestním jménem a prvním písmenem příjmení respondenta. Sběr dat proběhl v měsíci únoru. Toto uvádím jako důležitou informaci, která má vliv na otázku, zda klient prodělal v posledním časovém horizontu jednoho měsíce depresivní epizodu.

Pozorováním jsem musela neustále sledovat a vyhodnocovat, zda otázky nevyvolávají neadekvátní reakce. Jako administrátor jsem přikládala ke každé zkoumané doméně (oblasti) vysvětlení. Rychlost vyplňování jsem přizpůsobila konkrétní situaci. Formu dotazníku jsem zvolila proto, že šetření probíhalo

¹⁹² KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.* : Abena. s. 150.

v prostředí, které bylo pro mne neznámé (u respondentů nevytanul dojem, že mohu srovnávat s realitou).

5.4 Soubor, výběrová skupina

Do první etapy šetření v rámci této magisterské diplomové práce bylo zařazeno osm respondentů z chráněné dílny a čtyři respondenti z denního psychosociálního centra. Z celkového počtu respondentů bylo sedm žen a pět mužů. Tento počet uvádí všechny respondenty, kteří byli fyzicky přítomni a využívali služby. Navíc je nutné přihlídnout k okolnosti, že klienti navštěvují jak denní centrum, tak i chráněnou dílnu současně, proto je počet z denního centra nižší, protože šetření zde bylo provedeno později. Uváděné diagnózy byly všechny z okruhu F2 MKN 10, což zahrnuje různé formy schizofrenie. Věková struktura je v rozmezí od 32 let do 55 let. Průměrný věk je 33 let.

druh psychiatrické péče v Přerově	pohlaví	počet šetření
<i>psychosociální centrum</i>	muž	3
	žena	2
<i>chráněná dílna</i>	muž	2
	žena	5
	celkem	12

Tabulka 1: Soubor podle pohlaví a typu péče, rozděleno dle místa vyplňování dotazníku.

5.5 Sledované hodnoty – potřeby

22 oblastí zdravotních a sociálních potřeb, jež jsou předmětem CAN¹⁹³:

1. Bydlení (existence potřeby zahrnuje např. případy hospitalizace bez možnosti návratu domů, nevyhovující soužití, nevhodný pronájem bytu);
2. Strava (potřeba existuje, pokud se člověku nedostává odpovídající stravy, problémy s nakupováním, vařením, nezdravé stravování);
3. Péče o domácnost (potřeba existuje, pokud má respondent problém např. s udržením čistoty);
4. Péče o sebe (přítomnost potřeby lze charakterizovat jako neschopnost dodržovat základní hygienické návyky a problém s úpravou zevnějšku, nevztahuje se na bizarní vzhled);
5. Denní činnosti (potřeba vzniká, pokud se respondent není schopen zaměstnat během dne bez pomoci);
6. Tělesné zdraví (potřeba vzniká, pokud jsou přítomny akutní či chronické somatické obtíže, včetně vedlejších příznaků farmakoterapie);
7. Psychotické symptomy (souvisí s pocitovým vnímáním respondenta, existence potřeby je deklarována přítomností halucinací a bludů);
8. Informace o zdravotním stavu a léčbě (týká se informovanosti respondenta, potřeba existuje, pokud respondentovi chybí přehled o možnostech nabídky služeb, ale i o dostupných léčících);
9. Psychické potíže (do existence potřeby je zahrnuta deprese, úzkost, únava);

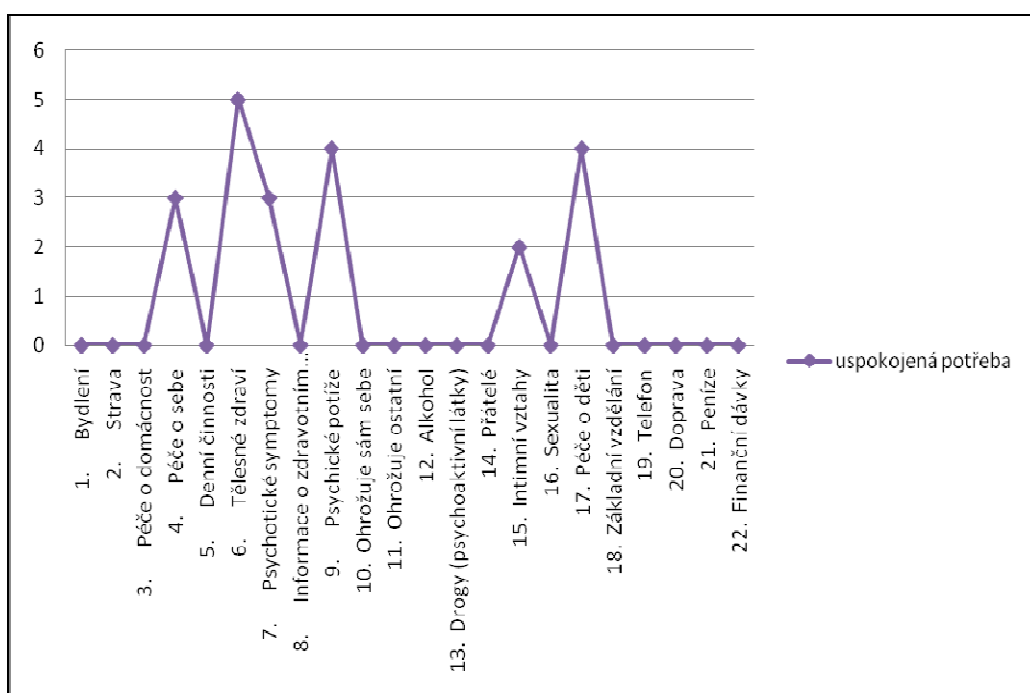
¹⁹³ PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. s. 19-21.

10. Ohrožuje sám sebe (potřeba se jeví jako přítomná, pokud je sklon k vážnému sebezanedbávání, hrozí riziko zneužívání, sebepoškozování a lze rozpoznat presuicidiální jednání);
11. Ohrožuje ostatní (otázka existence potřeby souvisí s rizikem úmyslného násilí, tak i riziko nepozornosti);
12. Alkohol (potřeba je spojena s problémovým užíváním alkoholu);
13. Drogy (potřeba je spojena s užíváním psychoaktivních látek i zkoumání potenciální závislosti na legálních léčivech);
14. Přátelé (potřeba souvisí se saturací společenského života, počtem kontaktů se sociálním okolím, neexistence přátelských vztahů);
15. Intimní vztahy (potřeba se vyhodnotí jako opodstatněná, pokud je přítomen problém v manželském soužití, hledání partnera);
16. Sexualita (položka zahrnuje problémy ohledně vedlejších účinků léků, nepřiměřené antikoncepce nebo i nedostatek bezpečného sexu);
17. Péče o děti (potřeba souvisí s problémovým vztahem s dětmi, se schopností soustavné péče o děti);
18. Základní vzdělání (existence potřeby souvisí s úrovní všeobecné schopnosti orientovat se v textu nebo v základních peněžních operacích);
19. Telefon (potřeba existuje, pokud respondent nemá zajištěné telefonické spojení nebo neumí s telefonem zacházet);
20. Doprava (potřeba by měla být hodnocena, pokud respondent není schopen používat veřejnou dopravu);
21. Peníze (týká se schopnosti hospodařit s penězi, potřeba vzniká např. při nezvládnutí osobního hospodaření, neschopnosti platit účty);
22. Finanční dávky (nenaplněná potřeba souvisí s plnou informovaností o dosažitelných nárokováných dávkách a jejich využití).

5.6 Zpracování dat

Rozhodla jsem se pro vyhodnocení potřeb. Korelace nejsou při první administraci šetření potřebné. Další využití ve smyslu komparace je možné po měsíci, kdy by měl být dotazník opět administrován.

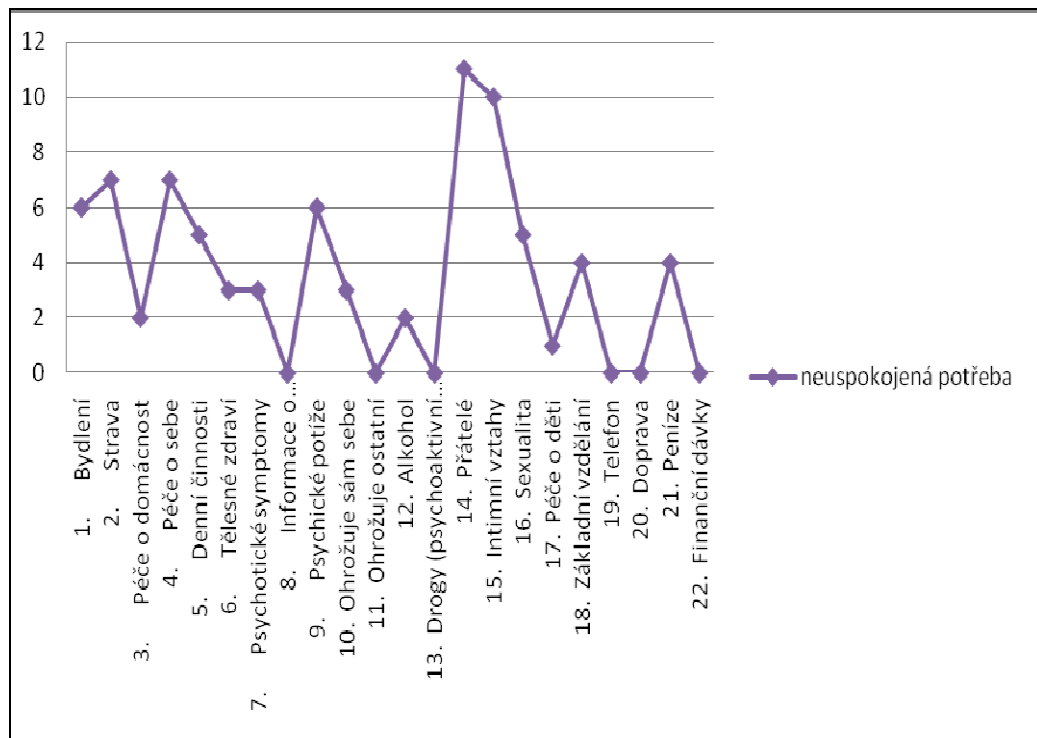
Graf 1 znázorňuje počet odpovědí, které zaznamenávají oblast uspokojených potřeb, tedy těch s kterými klient nemá problém (svislá osa y). Na vodorovné ose x je seznam dotazovaných potřeb.



Graf 1 Počet odpovědí „uspokojené potřeby“ dle domén v celém sledovaném souboru.

Z grafu vyplývá, že oblast, kterou respondenti pocítují jako nejméně problémovou je oblast, která se týká informovanosti o zdravotním stavu a možnostech léčby. Také jsou srozumění s problematikou vlastního duševního onemocnění a možnostmi léčby. Oblast tělesného zdraví, co se týče somatické stránky, označili respondenti jako nejméně problémovou. Čtyři respondenti z celkového počtu dotazovaných nepocítvali za sledované období příznaky psychotického onemocnění.

Graf 2 znázorňuje počet odpovědí, které zaznamenávají oblast neuspokojených potřeb, tedy těch s kterými klient má problém (svislá osa y). Na vodorovné ose x je seznam dotazovaných potřeb.



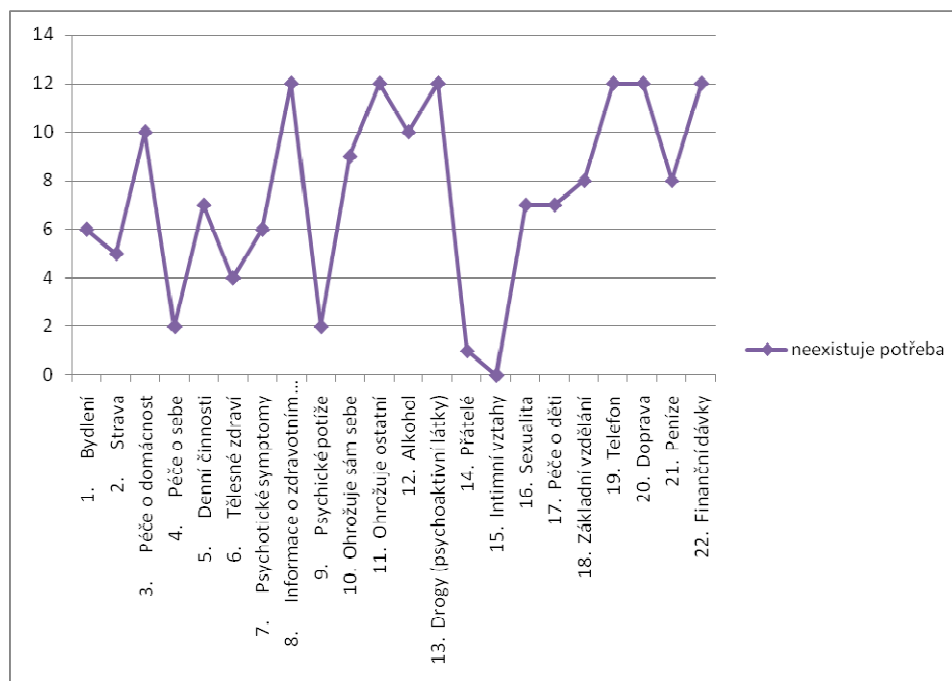
Graf 2 Počet odpovědí „neuspokojené potřeby“ dle domén v celém sledovaném souboru.

Z rozložení domén vyplývá, že hlavní oblastí, kde lidé s duševním onemocněním pociťují problematické fungování, je oblast přátelství a intimních vztahů. Respondenti též vypověděli, že jako problematické vnímají stravování a s ním neuspokojivou péči o sebe. Sedm respondentů by chtělo změnit způsob stravování, za zdravější a tím i snížit celkovou hmotnost. Během měsíce ledna se projevily psychotické potíže u šesti respondentů. Nejčastěji zmiňovali deprese a u dvou respondentů byly přítomny halucinace. Čtyři respondenti uvedli jako problémovou oblast nedosažitelnost měsíčního vyrovnaného domácího rozpočtu.

V rozsahu magisterské diplomové práce dále slovně vyhodnotím u oblastí neuspokojených potřeb sekci 2 (nabídka pomoci a řešení problému by respondent adresoval přátelům a příbuzným) a sekci 3 (nabídka pomoci od místních služeb). Celkový počet jedenácti respondentů vyjádřilo silnou touhu po sociálním

společenství a potřebu přátelství, z toho osm tuto potřebu saturuje návštěvami denního stacionáře (využívá formální pomoci) a tři by raději přátelské vztahy hledali ve svém přirozeném sociálním okolí. Z tohoto vysokého poměru odpovědí vyplývá, že společenství v denním psychosociálním centru navštěvují klienti s duševním onemocněním, kromě sociorehabilitačního a psychoterapeutického působení, také z důvodu navazování přátelských vztahů. Druhou nejvíce problémovou oblastí jsou intimní vztahy, čtyři respondenti z deseti vyhodnotili tuto potřebu jako závažný problém, ve smyslu absence partnerského intimního vztahu. Jeden respondent by využil vysoké míry pomoci, např. v rámci terapie nebo partnerské terapie. Zbylých pět nehodnotí problémy v intimních vztazích jako závažné a řešení by hledali pouze v úzkém rodinném kruhu. Všichni respondenti, kteří uváděli jako problém „péče o sebe“, uvedli totožný problém se stravováním a důsledkem je nadváha. Nikdo z těchto sedmi respondentů nehodnotí svoji nadváhu jako závažný problém a řešení by hledali ve vlastní změně životních návyků a v rodině. Šest respondentů prodělalo psychotické potíže, všichni hledali formální pomoc v ambulanci psychiatrického lékaře. Šest respondentů ze dvanácti vnímá oblast bydlení jako problémovou. Z tohoto počtu jsou tři, kteří s bydlením mají problém částečný, který se týká nevhodného podnájmů, a dva respondenti nejsou spokojeni s výší nájmu. Tři respondenti uvedli, že by pro ně bylo řešením problému zajištění samostatného bydlení a pokud by byla možnost využili by nabídky chráněného bydlení.

Graf 3 vypovídá o oblastech, se kterými se respondenti doposud neseťkali jako s problémovými (dokládám pro doplnění komplexního přehledu). Potřeba av této oblasti pro respondenta neexistuje. Svislá osa y. znázorňuje počet odpovědí. Na vodorovné ose x je seznam dotazovaných potřeb.



Graf 3 Počet odpovědí „potřeba neexistuje“ dle domén v celém sledovaném souboru.

Oblasti, v kterých respondenti nepociťují, žádné problémové fungování jsou: informace o zdravotním stavu a léčbě, neohrožuje ostatní, drog (psychoaktivní látky), obsluha telefonu, doprava a informovanost o finančních dávkách.

Vyhodnocení dle počtu nenaplněných potřeb

Seřazený přehled nenaplněných potřeb, podle frekvence kladných odpovědí respondentů v psychiatrické komunitní péči, ukazuje Tabulka 2. Respondenti nejčastěji uváděli, že největší potřeby ve smyslu „nedostává se mi“ se týkají oblasti sociálních vztahů. Nejvíce vyjádřené potřeby se týkají navazování přátelství, osobních vztahů a společenského života. Druhými nejvíce citovanými doménami jsou strava a péče o sebe. Z dotazníků vyplývá, že respondenti pociťují velké problémy s nadváhou a s tím spojenými stravovacími návyky. Nedostává se jim pomoci v oblasti denních činností, psychotických symptomů, a tělesného a duševního stavu. Další oblastí, ve které přetrvává problém, je bydlení, to se týká celé poloviny respondentů. Respondenti také aktuálně prožívali zvýšenou míru depresí a úzkostí, včetně symptomů onemocnění. Necelá polovina cítí potřebu lépe organizovat denní režim. Stejný poměr je u nenaplněné potřeby sexuality, dle

výpovědi respondentů souvisí s potřebou intimních vztahů, které se jim nedostávají.

Nejmenší potřebu pomoci pocíťovali v oblasti užívání psychoaktivních látek. Z dotazníků též vyplývá, že mají respondenti velice dobré povědomí o nárokováných peněžitých dávkách, nemají problém s obsluhou telefonu, využíváním dopravních prostředků. Také psychiatrická péče je v pořádku, neboť u domény o informovanosti o léčbě a zdravotním stavu mají nulovou hodnotu, tedy žádná pocíťovaná míra pomoci, protože neexistuje problém.

Hodnocení respondenta, uživatele služby	
Oblast	Neuspokojená potřeba, počet kladných odpovědí / (%)
Informace o zdravotním stavu a léčbě	0
Ohrožuje ostatní	0
Drogy (psychoaktivní látky)	0
Telefon	0
Doprava	0
Finanční dávky	0
Péče o děti	1 / 8,33%
Péče o domácnost	2 / 16,66%
Alkohol	2 / 16,66%
Tělesné zdraví	3 / 25,00%
Psychotické symptomy	3 / 25,00%
Ohrožuje sám sebe	3 / 25,00%
Základní vzdělání	4 / 33,33%
Peníze	4 / 33,33%
Denní činnosti	5 / 41,66%
Sexualita	5 / 41,66%
Bydlení	6 / 50,00%
Psychické potíže	6 / 50,00%
Strava	7 / 58,30%
Péče o sebe	7 / 58,30%
Intimní vztahy	10 / 83,33%
Přátelé	11 / 91,66%

Tabulka 2: Nenaplněné potřeby dle hodnocení respondentů.

5.7 Výsledek se vrací do praxe

Výsledky jednotlivých dotazníků CAN-C budou poskytnuty pro použití v rámci osobního plánování na úrovni jednotlivce. Vyplněný dotazník poskytuje informace o tom, na koho se respondent obrátí, zda na poskytovatele služby či využije zdrojů svého sociálního okolí (sekce 2. a 3). Sekce 4 by měla formulovat konkrétní plán péče a respondentovo vnímání celé oblasti. Tyto informace souží k formulaci individuálního plánu.

Nejvíce zastoupené problematické potřeby v celkovém souhrnu budou podkladem pro další návrh opatření ve smyslu návrhu opatření péče. Například zřídit dostupné chráněné bydlení. Co se týče zlepšení stravovacích návyků, mohl by se zřídit kurz vaření s přednáškami o zdravém životním stylu.

„Celý proces plánování, podpory, stanovení a plnění osobního cíle funguje v ideálním případě pořád dokola a výsledky jsou měřitelné.“¹⁹⁴

Potřeby osob s duševním onemocněním by měly být základním východiskem pro plánování a realizaci sítě psychiatrické péče. Je zřejmé, že hlavním úkolem každého poskytovatele by měla být schopnost pružně reagovat na potřeby svých uživatelů (i potenciálních zájemců z dané cílové skupiny). S tímto souvisí právě dobře zvolený způsob, jak tyto potřeby efektivně mapovat. S ohledem na profesionální přístup by se měl interval mapování těchto potřeb opakovat. Metodika CAN udává, že po vstupní administraci by se mělo šetření opakovat v intervalu jednoho měsíce. Na konkrétní výsledky by měla navazovat nabídka služeb. Na regionální úrovni se výsledek dotkne přímo cílové skupiny. Srovnávání poukazuje na kvalitu poskytovaných služeb stávajících, tak možnost vymezení koncepce či korekce nabídky služeb nabízených.

¹⁹⁴ KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.* : Abena. s. 151.

Závěr

Tato práce by mohla být nesporně obsáhlejší, ale od začátku jsem postupovala, co by potencionální pracovník, který sleduje klienta s psychotickým onemocněním, jak se pohybuje v systému služeb a jak je mu poskytována péče v rámci komunitního přístupu. Soudobý přístup k práci s klienty je vystaven na předpokladu, že středem pozornosti je klient. Péče o klienta s duševním onemocněním se koordinuje v rámci case managementu. Během období nemoci provází klienta skupina odborníků (multidisciplinární tým), kteří mu operativně pomáhají. Důležité místo v tomto týmu zastává sociální pracovník. Sociální pracovník musí přistupovat ke každému klientu jako k individualitě, nesmí vidět člověka jen skrze diagnózu a musí reagovat na jeho potřeby. Podobně volí i metody, techniky a přístupy v práci. Každý klient je jiný, vychází z jiného prostředí, má jiné životní zkušenosti, jiné rodinné zázemí apod. Co musíme vždy reflektovat v práci s psychotickým klientem, je snížená schopnost zvládat stres, vyšší míra unavitelnosti a vedlejší příznaky farmakoterapie.

Těžiště přístupu komunitní psychiatrické péče je v plánování, realizaci a ověřování služeb. V současnosti je vytvářena sada nástrojů pro sledování aktuálního stavu a změn ve fungování klienta, případně reakcí na působení léčebného zásahu. Tyto metody se orientují na různé oblasti vztahu klienta a systému péče, např. měření kvality života, míru spokojenosti s poskytovanými službami, naplnění klientovy potřeby péče a měření sociální integrace. Sociální pracovník, který se věnuje této oblasti, by měl mít přehled o možnostech jak a kde který nástroj využít. Já jsem se rozhodla, pro metodu CAN: Camberwellské šetření potřeb závažně duševně nemocných

Jak se později ukázalo, největší zastoupení ve zkoumaných organizacích měla diagnóza schizofrenie. Lidé s duševním onemocněním si kromě viditelných znaků nemoci nesou to, co je očím neviditelné, tj. pocit stigmatu a vyloučení. Každý člověk má své potřeby i lidé s psychickým onemocněním své potřeby vnímají. Místo, kde jim mohou potřeby pomoci uskutečnit, je síť služeb v rámci komunitní péče. Jedním z faktorů onemocnění se u dlouhodobě duševně nemocných považuje vyhovující sociální fungování. Právě to je závislé na uspokojení potřeb nemocného.

Po zhodnocení všech nabytých faktů si musím přiznat, že komunitní péče v Přerově příliš rozvinuta není. Nicméně základní psychosociální, preventivní

a léčebné potřeby jsou pokryty. Cílem mého empirického šetření bylo zjistit, jaké jsou potřeby u dlouhodobě nemocných klientů s psychotickým onemocněním ve výše uvedených oblastech. Výsledek by měl sloužit jako podklad pro zkvalitnění komunitní péče duševně nemocných v rámci regionu Přerov. Pomocí dotazníku byly stanoveny nástroje pro mapování potřeb jedince v oblasti vztahů, bydlení, v péči o sebe, zdravotním stavu atd. Výsledky šetření přinesly konkrétní výčet oblastí, kde klienti cítí potřebu či oblast vnímají jako problémovou. Jako nejvíce problémovou, a tedy hlavní oblastí, kde lidé s duševním onemocněním pociťují problematické fungování, je oblast přátelství a intimních vztahů. Nejméně pociťované potřeby, tedy nejméně problémová oblast se týká zdravotnické péče, léčby, informovanosti a celkově dobrého zdravotního stavu klientů. Při vyhodnocení získaných výstupů byla zjištěna i míra pomoci, kterou klienti očekávají ze dvou zdrojů, buď se mohou obrátit na své sociální okolí a rodinu nebo by mohli hledat pomoc u formálního typu péče. Zde jednoznačně vyplynulo, že jako hlavní návrh opatření, co by další služby, by klienti s duševním onemocněním, uvítali možnost chráněného bydlení, to je v současnosti ve fázi návrhu. Domnívám se, že pro rozsah magisterské diplomové práce by bylo vhodnější použít jako techniku pro mapování potřeb spíše rozhovor, vzhledem k nižšímu počtu respondentů. Metoda CAN je efektivní, pro plánování služeb, pokud pokrývá všechny uživatele služby. Což se v tomto případě nestalo, protože jsem nemohla uskutečnit více šetření, abych se setkala se všemi klienty. Na druhou stranu musím říci, že práce s metodou CAN je podnětná a umožňuje dlouhodobé sledování v čase. Dotazník je strukturován tak, že administrace probíhala v podstatě formou strukturovaného rozhovoru. Určitou obavu jsem vnímala při dotazování ohledně osobních a intimních oblastí, ale vše proběhlo v otevřené atmosféře. Jako největší přínos pro mne osobně byl právě v interakcích s klienty při šetření. Zároveň jsem si prohloubila povědomí o problematice duševního zdraví. Na základě získaných poznatků mi jednoznačně vychází, že psychiatrická komunitní péče v pravém slova smyslu zůstává z velké části konceptem, ale právě aktivity k jeho naplnění jsou pro osoby s duševním onemocněním velmi důležité.

Primární literatura:

DÖRNER, Klaus, PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské. Učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 356 s. ISBN 80-7169-628-5.

HARTL, Jan. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. 1. vyd. Praha: Slon, 1997. 221 s. ISBN 80-85850-45-1.

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-563-6.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kolektiv. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

NAKONEČNÝ, Milan. *Motivace lidského chování*. 4. vyd. Praha: Academia, 2004. 270 s. ISBN 978-80-200-0592-2.

PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla, DRAGOMIRECKÁ, Eva, KALVODA, Hynek, SOCHOROVÁ Gabriela, PĚČ, Ondřej. *CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb duševně nemocných*. 1. vyd Praha: centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2006. 63 s. ISBN 80-239-8056-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Sekundární literatura:

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2002. 361 s. ISBN 80-246-0139-7.

GABURA, Ján, PRUŽINSKÁ, Jana. *Poradenský proces*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. 147 s. ISBN 80-85850-10-9.

GRAWE, Klaus, *Neuropsychoterapie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 488 s. ISBN 978-80-7367-311-6.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 766 s. ISBN 80-7178-303-X.

Přeložili: Tomáš HÁJEK, Ivan TŮMA, Cyril HÖSCHL. *Schizofrenie Edukační program. WPA*. Praha: Academia medica Pragensia. 2003. ISBN 80-86694-03-8.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 100 s. ISBN-13: 978-80-247-2150-7.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 5., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 383 s. ISBN 80-7367-122-0.

KRUTILOVÁ Dagmar, ČÁNSKÝ, Pavel SEMBDNER Jan. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. 1. vyd. Abena. ISBN 978-80-254-3427-7. 223 s.

MALÁ, Eva, PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina., BABIAKOVÁ Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing 2006. 337 s. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2 přepr. vyd. Praha: Portál, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2 vyd. Praha: Portál, 2008, 348 s. ISBN 978-80-7367-502-8.

NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie*. 2. přepracované vyd. Praha: Academia 2009. 478 s. ISBN 978-80-200-1679-9.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. 189 s. ISBN 80-903070-0-0.

RABOCH, Jiří., ANDERS, Martin, PRAŠKO, Ján, HELLEROVÁ, Pavla. *Psychiatrie – Doporučené postupy psychiatrické péče II*. 1. vyd. Praha Infopherm, 2006. 204 s. ISBN 80-239-8501-9.

RABOCH, Jiří., PAVLOVSKÝ, Pavel., JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2000. 80 s. ISBN 80 85580 00-1.

STYX, Petr. *O psychiatrii Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2003. 174 s. ISBN 80-7226-828-7.

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol., *Krizová intervence pro praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 200 s. ISBN 80-247—0586-9.

Odborné články:

Mgr. Pavel Říčan, leden 2007 (text k přednášce) Úvod do komunitní péče o duševně nemocné. ŘÍČAN, Pavel. Úvod do komunitní péče. *Text k přednášce* [online], 2007, [cit. 2011-06-03]. Dostupný z WWW <www.focusvysocina.cz/document.ashx?id=25>.

HEJZLAR, Petr; HALÍŘ, Martin; FIALA, Marek. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*. 2010, 14, 3, s. 146-152.

Internetové zdroje:

Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví [online]. 2008 [cit.2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.askos.cz>>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [online]. 2011 [cit.2011-08-02]. Dostupný z WWW <www.cmhcd.cz/koncepcni_prace.html>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví – Věcná část závěrečné zprávy a řešení grantu NO/6656-3 [online]. 2011 [cit.2011-05-01]. Dostupný z WWW <www.cmhcd.cz/dokumenty/zaverecna-zprava-grant.pdf>.

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví – Roční zpráva projektu podpory kvality zdravotní péče z roku 2005 [online]. 2011 [cit.2011-05-01]. Dostupný z WWW <www.cmhcd.cz/dokumenty/ZZ_kvalita_pecel.pdf>.

Česká asociace pro psychické zdraví, Projekty ČAPZ [online]. 2009 [cit.2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.capz.cz/projekty>>.

Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné [online]. 2011 [cit.2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.fokus-mb.cz/vnitri/dokum/CHB/CHB.htm#02>>.

Itareps, program prevence relapsu psychotického onemocnění [online]. 2007 [cit. 2011-03-01]. Dostupný z WWW <<http://www.itareps.com/cs/?c=cz>>.

Komunitní plánování sociálních služeb ve městě Přerově [online]. 2011 [cit. 2011-20-03]. Dostupný z WWW <<http://www.mu-prerov.cz/cs/magistrat/informace-odboru-magistratu/odbor-socialnich-sluzeb-a-zdravotnictvi/projekty-a-strategicke-dokumenty/komunitni-planovani-socialnich-sluzeb-ve-meste-prerove.html>>.

Psychiatrické společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, Koncepce oboru psychiatrie [online]. 2011 [cit. 2011-01-16]. Dostupný z WWW <http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=33:koncepte-oboru-psychiatrie&catid=13&Itemid=40>.

Psychiatrické společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, [online]. 2011 [cit. 2011-03-05]. Dostupný z WWW

<http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106>.

Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost – koncepce oboru psychiatrie – 1. Revize 2011 [online]. 2011 [cit. 2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.ceskapsychiatrie.cz>>.

Psychosociální centrum, Přerov [online]. 2011 [cit.2011-03-02]. Dostupný z WWW <<http://www.psyche.cz/psc.htm>>.

Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním [online]. 2011 [cit.2011-20-03]. Dostupný z WWW <<http://www.rpkk.cz/projekt1.html>>.

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2011 [cit.2011-07-03]. Dostupný z WWW < [http://www.uzis.cz/publikace\(zdravotnictvi-olomouckeho-kraje-2009](http://www.uzis.cz/publikace(zdravotnictvi-olomouckeho-kraje-2009)>.

VIDA o.s.informačně poradenské centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci [online]. 2011 [cit.2011-04-02]. Dostupný z WWW < <http://www.vidacentrum.cz/vida-centrum>>.

Změna stopstigma. [online]. 2011 [cit.2011-10-02].]. Dostupný z WWW <<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/stigma.html>>.

Další použité zdroje, zákony a zákonná nařízení

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Standardy kvality sociálních služeb [online]. 2011 [cit. 2011-03-16]. Dostupný z WWW <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5966/4_vykladovy_sbornik.pdf>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí, Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe – Průvodce poskytovatele [online]. 2011 [cit. 2011-02-10]. Dostupný z WWW <<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>>.

Ministerstvo zdravotnictví, Zdraví pro všechny v 21. Století – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR. [online]. 2011 [cit. 2011-03-1]. Dostupný z WWW <http://www.mzcr.cz/Verejne/dokumenty/zdravi-pro-vsechny-v-stoleti_2461_1101_5.html>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Seznam příloh

Příloha č. 1: Výňatek z Koncepce oboru psychiatrie, 2008. s 4-8.

Příloha č. 2: Ringelův presuicidiální syndrom:

Příloha č. 3: Sebedestrukce jako komunikace

Příloha č. 4: Sociální práce s depresivním klientem

Slovník odborných výrazů

- Dispenzarizace: Je aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s určitou chorobou nebo rizikovým znakem po dobu ohrožení či trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení.¹⁹⁵
- dezorganizace: narušení struktury osobnosti, ztráta funkčního kontaktu s realitou¹⁹⁶
- dopamin: Biochemický prekurzor (předstupeň konečného stadia určité látky) přenašečů nervových vzruchů v mozku, zajišťuje funkci dopaminových nervových drah. Při přílišném množství dopaminu na synapsích (výskyt jednoho vejmu jako doprovod jiného, např. obrazu při poslechu hudby), zvyšuje iniciativa a asertivitu, při patologické aktivaci dopaminových struktur limbického systému (funkční soustava v centrálním nervovém systému tvořená některými oblastmi mozkové kůry a podkorových center, podílející se na vytváření dočasných spojení v mozku a na inteligenci funkčních změn při emocích a chování) dochází k halucinacím a bludům, příp. agresivitě při schizofrenním onemocnění, nedostatek vede k apatii a snížení iniciativy.¹⁹⁷
- Coping: schopnost člověka vyrovnat se s na něj kladenými nároky, zvládat nadlimitní zátěž, zvládání stresu.¹⁹⁸
- Extramurální péče: pomoc mimo zdi institucí, např. denní centra, chráněné dílny apod.¹⁹⁹

¹⁹⁵HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.116.

¹⁹⁶HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.120.

¹⁹⁷HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.579.

¹⁹⁸HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s. 88.

- Fulnerabilita/vulnerabilita: zranitelnost, zvýrazněné předpoklady k onemocnění v osobnosti i organismu.²⁰⁰
- Sociální péče: vyplývá ze společenské solidarity a spočívá v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce.²⁰¹
- Intramulární péče: institucionální péče, poskytovaná na psychiatrických klinikách a psychiatrických léčebnách.²⁰²
- Semimulární péče: psychiatrické ambulance, krizová centra²⁰³
- pervazivní účinky: neprostupující zasažení nemocí (chování, myšlení, vnímání)²⁰⁴
- prevalence: poměr počtu nemocných k počtu obyvatel v určitém časovém období²⁰⁵
- prodromální: soubor nespecifických příznaků ohlašující příchod nemoci (změna nálady, únava, zvýšená dráždivost, bolesti hlavy, úzkost, nesoustředěnost nechutenství, nespavost apod.)²⁰⁶
- relaps: zvrát , recidiva, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby. Pokud se u schizofrenie začínají objevovat akutní příznaky nemoci, hovoříme o relapsu nemoci. Mezi

¹⁹⁹VIDA o.s.informačně poradenské centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci [online]. 2011 [cit.2011-04-02]. Dostupný z WWW < <http://www.vidacentrum.cz/vida-centrum>>.

²⁰⁰HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000.s. 677.

²⁰¹MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2 přepr. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 198.

²⁰²VIDA o.s.informačně poradenské centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci [online]. 2011 [cit.2011-04-02]. Dostupný z WWW < <http://www.vidacentrum.cz/vida-centrum>>

²⁰³VIDA o.s.informačně poradenské centrum pro problematiku duševního zdraví a nemoci [online]. 2011 [cit.2011-04-02]. Dostupný z WWW < <http://www.vidacentrum.cz/vida-centrum>>

²⁰⁴HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000.s. 407.

²⁰⁵MATOUŠEK, Oldřich, *Slovník sociální práce*. 2 přepr. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 450.

²⁰⁶HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000.s. 454.

nejrizikovější faktory, které mohou být příčinou relapsu, patří stres, snížení nebo vysazení medikace, užívání alkoholu nebo drog, špatná spolupráce s lékařem, chaotický životní styl, nevíтанá změna (ztráta zaměstnání), silně vyjadřované emoce v rodině, konfliktní mezilidské vztahy, nedostatek podpory ze strany přátel a rodiny nebo nenaplněný volný čas.²⁰⁷

- symptomy: příznak choroby²⁰⁸
- syndrom: skupina příznaků, symptomů, které se vyskytují společně a charakterizují chorobný stav²⁰⁹
- syndrom depersonalizační a derealizační: dle MKN-10 porucha, která spočívá v kvalitativní změně duševní činnosti, jejímž výsledkem je odcizení vlastního těla či pocitů a zážitků; pocit, že myšlenky, představy ani vzpomínky nejsou jedinci vlastní, tělo se zdá bez života, vzdálené, okolnímu prostředí chybí život, zdá se umělé, lidé v něm hrají vymyšlené role apod.; často nářky nad ztrátou emocí; vědomí je zachováno, stejně jako náhled, že příznaky nepůsobí vnější síly nebo jiné osoby; u zdravých osob při stavech únavy, intoxikace.²¹⁰

²⁰⁷HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000.s. 504.

²⁰⁸HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.579.

²⁰⁹HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.579.

²¹⁰HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena, *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. s.581.

Anotace

Autor: Bc. Marie Rašková

Katedra: Sociologie a Andragogiky

Filozofická fakulta

Název diplomové práce: Sociální práce s psychiatrickými klienty v rámci komunitně působících služeb a mapování potřeb u osob s chronickým duševním onemocněním jako podklad pro rozvoj služeb v Přerově.

Vedoucí práce: PhDr. Eva Klimentová, Ph.D.

Počet znaků: 137 275

Počet příloh: 4

Počet titulů užití literatury: 21

Klíčová slova: duševní nemoc, psychosociální služby, služby v rámci péče o duševně nemocné, mapování potřeb duševně nemocných, komunitní péče o duševně nemocné

Abstrakt: Práce mapuje teoretická východiska a komplexní péči o duševně nemocné, zaměřuje se rámcově na zdravotní péči, nestátní neziskové organizace jako na poskytovatele sociálních služeb a popisuje vhodné přístupy práce s člověkem stíženým chronickou duševní nemocí. Cílem práce je na základě standardizovaného dotazníku dle manuálu CAN: Camberwellského šetření potřeb závažně duševně nemocných, provést mapování potřeb u sledovaných osob a navrhnout konkrétní podklad pro plánování komunitní péče v regionu města Přerov.

Příloha č. 1

Výňatek z Koncepce oboru psychiatrie, 2008. s 4-8.

Komunitní psychiatrickou péči se v ČR dosud nepodařilo systémově rozvinout, psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter. Perspektivními složkami komunitní péče je poměrně hustá síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Od devadesátých let minulého století došlo k mírnému rozšíření denních stacionářů a psychoterapeutické péče. V současné době je dle evidence Asociace denních stacionářů a krizových center v České republice 22 denních stacionářů v resortu zdravotnictví. Zhruba polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však převážně vznikala do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají. Existují pouze 3 krizová centra v ČR s nepřetržitou dostupností psychiatra. Další krizové služby, které se snaží v některých místech pokrýt tento nedostatek, jsou omezeny časovou dostupností nebo nedostatečným vybavením odborného personálu a mají povahu spíše experimentálního pracoviště. Nízkoprahová kontaktní centra a terénní služby jsou nedostatečně rozvinuty.

V některých oblastech se podařilo rozvinout služby psychiatrické rehabilitace a rezidenční služby provozované neziskovými organizacemi. Podle evidence Asociace komunitních služeb v roce 2002 existovalo 35 těchto organizací. Přitom 2 organizace poskytovaly chráněné bydlení, 11 organizací bydlení na půl cesty a 7 organizací podporované bydlení. V oblasti pracovní rehabilitace existovalo 24 chráněných dílen, 5 organizací poskytujících přechodné zaměstnávání a 5 organizací podporované zaměstnávání, 33 organizací provozovalo centrum denních aktivit. Případovým vedením (case management) se zabývalo 9 organizací, některé formy krizové pomoci vyvíjely 3 organizace a 13 organizací poskytovalo poradenské služby. Z údajů z roku 2000 vyplývá, že 18 z těchto organizací mělo v péči 2668 pacientů. Geografické rozmístění jak denních stacionářů, tak i služeb psychiatrické rehabilitace, je nerovnoměrné. Nejvíce těchto služeb je rozšířeno ve velkých městech a v některých krajích. Největším nedostatek těchto služeb je například v Karlovarském, Plzeňském a Zlínském.

Organizace uživatelů péče či příbuzných pacientů postupně získávají na významu. V současnosti existuje 7 samostatných organizací duševně nemocných a dalších 12 svépomocných skupin při různých zařízeních. Příbuzní duševně nemocných jsou organizováni v 10- ti samostatných organizacích a 6- ti dalších svépomocných skupinách (dle evidence o.s.VIDA). Jednotlivé složky komunitní péče jsou však málo propojeny a jen velmi obtížně se daří poskytovat pacientům péči ucelenou a koordinovanou.

Příloha č. 2

Ringelův presuicidiální syndrom²¹¹:

- a) Narůstající zúžení – omezenější prožívání a vnímání, jednostranné vnímání reality, člověk je přemožen nadměrnou situací, neví kudy kam, ochuzení mezilidských vztahů – izolace, osamělost, zužuje se svět hodnot, některé životní oblasti ztrácejí na zajímavosti, realizovat hodnoty už není možné, vlastní existence je bezcenná.
- b) Zablokování agresivity nebo její obrácení vůči sobě.
- c) Naléhavé sebevražedné fantazie – přání být mrtev, představy o sebevraždě, o způsobu provedení, nutkání k sebevraždě.
- d) Člověk v této fázi není schopen pozitivního emočního prožívání. Již nehledá ve svém životě význam, není schopen pozičního emočního ladění a prožívání. Zcela se uzavírá, redukuje sociální kontakty i aktivity, o nic se nezajímá, vše ztratilo svůj původní význam. Pohotovost k suicidiálnímu chování má i biologický základ, mohou ji signalizovat změny v metabolismu mozku, především v oblasti serotoninové aktivity, Již se tady začínají prolínat poznatky o depresích, kdy u výskytu této nemoci vznikají odchylky funkcí serotoninergního systému.²¹² (Látka zvaná serotonin je jedním z velmi důležitých neurotransmiterů. Jeho funkcí je umožnit přenos nervového vzruchu v mozku – ovlivňuje tedy myšlení, paměť, emoce, chuť k jídlu i spánek. Pokud je nedostatek, osoba trpí depresemi, nervozitou a poruchami spánku)

Dalším stupněm jsou suicidiální tendence, těm se jedinec již nebrání, ale má k nim zatím ambivalentní a pasivní postoj. Postupně dochází ke ztotožnění se s ukončením života. Myšlenka na sebevraždu doznává jasných kontur a člověk začíná konstruovat úvahy jak čin provést. V této fázi již dochází k rozhodnutí a jedinec v tomto rozhodnutí nachází řešení problému a uklidní se. Právě touto fází by se okolí klienta nemělo mylně ukolébat představou, že došlo ke zlepšení stavu.

²¹¹ Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, s. 280

²¹² RAHN, MANKOPF. In VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 492.

Práce s klientem se sebevražedným jednáním

Pokud dojde k sebevražednému jednání, v žádném případě, si pracovník nesmí přebírat odpovědnost, plnou zodpovědnost ani za to, co klient podnikne v nejbližším čase. Jediné, oč se pokusit je neinvazivně motivovat klienta ke spolupráci, bojovat s jeho depresí, snažit se připravit strukturovaný program. Zejména motivovat k návštěvě odborné psychiatrické pomoci, k čemuž musí dojít. Ten může následně navrhnout hospitalizaci klienta ve zdravotnickém zařízení. Pracovník by měl postupovat, tak, aby zůstaly klientovi otevřené dveře k opětovné návštěvě i po ukončení akutní hospitalizace.²¹³

²¹³ GABURA, Ján, PRUŽINSKÁ, Jana. *Poradenský proces*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. s. 84

Příloha č. 3

Sebedestrukce jako komunikace

V rámci suicidiálního jednání je člověk jednajícím subjektem i objektem, na něhož je tato aktivita zaměřena. Sebevražedné jednání lze hodnotit jako poruchu pudu sebezáchovy. Vyhodnotit sebevraždu nebo sebezabití u duševně nemocného lze velmi obtížně, protože psychika člověka je většinou patologicky zatížena. Sebezabití je zničení vlastního života, kterému chyběl vědomý úmysl zemřít. Člověku, který takto jedná, chybí schopnost přiměřeného vyhodnocení situace a často jedná v zajetí bludů, či halucinací. Podíl schizofrenních poruch na dokonáných sebevraždách jsou 3%.²¹⁴ Větší riziko sebevražedného jednání, resp. tendence k sebezabití je právě u nemocných schizofrenií. Uvádí se, do prvního roku od vzniku onemocnění se pokusí o sebevraždu až 10% pacientů. Tuto tendenci více posilují deprese, pocity selhání, opuštěnosti, beznaděje, zavržení rodinou, užívání drog či alkoholu.²¹⁵

Komunikačním aktem je i chování se sebedestruktivním dopadem.

Rozlišujeme několik suicidiálních krizí.²¹⁶:

1. Suicidium (sebevražda) je vědomé ukončení života

Typy suicidií:

- a) sebevražda biická (motiv vychází z reality)
 - sebevražda bilanční (souvisí s věkem a postavením)
- b) sebevražda patická (u této je přítomna psychopatologie), tento pokus má většinou impulsivní charakter
 - spojená s depresí, jsou přítomny hluboké deprese, pocity viny, nicotnosti, bludy, beznaděj, negativní očekávání od budoucnosti

²¹⁴ ANTONÍČKOVÁ, PROKEŠOVÁ. In VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 492.

²¹⁵ PAVLOVSKÝ, P. In VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 491

²¹⁶ Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 279

- spojená se schizofrenií, jsou přítomny pocity pronásledování, úleva od nesnesitelných bludů či halucinací
- 2. **Sebezabití** není spojeno s vědomým úmyslem zemřít, setkáváme se s ním u osob s poruchou vědomí, nebo k němu může dojít pod vlivem halucinací či bludů.
- 3. **Suicidiální pokus**, předpokládá vědomý úmysl člověka zemřít, přesto však zůstane naživu. Riziko opakování sebevražedného pokusu nejvyšší v prvních šesti měsících po pokusu, 20% jedinců zopakuje do roka svůj suicidiální čin a 10% lidí zemře do deseti let na dokonané suicidium. Suicidiální pokusy páchají především ženy u mužů převládají dokonané sebevraždy.
- 4. **Parasuicidium** nahradilo dřívější termín pro demonstrativní suicidiální pokus. Často jde o zkratkovité jednání s cílem úniku z nesnesitelné a neřešitelné situace (volání o pomoc)
- 5. **Sebeobětování** je sebezabití, kde schází touha po smrti. Motivací je snaha prospět svou smrtí jinému jedinci nebo celku.
- 6. **Automutilace** (forma autoagrese – sebepoškozování). Motivace je různá, od sebepoškozování u těžkých duševních poruch pod vlivem halucinací či bludů až po sledování určitého cíle, k čistě účelovým manipulacím.²¹⁷ Někdy signalizuje „volání o pomoc“ jako úleva a ventilace vnitřního sžíravého pocitu problému.

Sebevražedné chování vzniká postupně. Nejprve se vkrádají myšlenky, které se dotýčný snaží zapudit. V úvodu suicidiálního vývoje pozorujeme tzv.

²¹⁷ Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. s. 279

Příloha č. 4

Sociální práce s depresivním klientem

Deprese a prostá depresivní nálada je součástí každodennosti mnohých z nás. Na základě psychiatrického vyšetření musíme rozlišovat klinickou depresi. V kontaktu s klienty musíme počítat, že deprese, či afekt může být zcela běžnou součástí komunikace. Depresivní stav charakterizují viditelné a skryté znaky.

- Poradenský přístup k depresivnímu klientovi lze shrnout do několika bodů²¹⁸:
 1. Pozorně naslouchat všem problémům klienta a sledovat historii jeho depresivním stavům.
 2. Vytvořit si přehledný seznam o depresivních symptomech, zjistit jejich délku, trvání a hloubku.
 3. Pokusit se klientovi objasnit podstatu deprese.
 4. Shrnout a podporovat to, co klient na odstranění příznaků podniká, jaké instituce navštěvuje a s jakým úspěchem, zmapovat tedy všechny pozitivní intervence.
 5. Pokud klient dosud nekonzultoval svůj stav s odborným psychiatrem, měl by poradce zvážit potřebu psychiatrického vyšetření a nevyhnutelné medikace.
 6. Po indikaci poradenské intervence poskytnout klientovi relevantní informace o podmínkách spolupráce, uzavřít kontrakt s rámcovými časovými údaji.
 7. Umožnit klientovi odžít si svůj smutek (facilitování tohoto procesu), připravit podmínky na přijetí deprese klientem, poukázat na zodpovědnost za své chování, depresivní příznaky se po přijetí mohou výrazně oslabit a prožívání může být méně zraňující.
 8. Korekce negativních konceptů, redukce symptomů.

²¹⁸ GABURA, Ján, PRUŽINSKÁ, Jana. *Poradenský proces*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. s. 83-84.

9. Instrukce k plnění instrumentálních úloh, časový a pracovní harmonogram zpracovaný spolu s klientem, kognitivní úlohy, pozitivní upevňování drobných úspěchů a změn, hledání zdrojů nedepresivních zážitků, budování pozitivní postupů zvládnání situací.
10. Hledání souvislostí mezi depresí a interpersonálními vztahy, podporování překonávání sociální izolace, obnovování pocitů příslušnosti k někomu, identifikace důležitých osob širší sociální sítě a udržování či rozvíjení kontaktu, budování sociální podpory.
11. Uvedení očekávání klienta do reálného kontextu, podpory emancipačních snah, směřování k samostatnosti a zodpovědnosti za svůj život, ukončení poradenské práce.

Těchto jedenáct bodů tvoří jen velmi volný rámec práce s depresivním klientem. Existují další přístupy a techniky např. relaxace, emocionálně-racionální analýza, hledání podstatných kauzálních souvislostí atd.²¹⁹

Člověk je sociální bytostí také v tom smyslu, že neustálým prožíváním situací si uvědomuje souvztažnost s okolím. Člověk je součástí společnosti a jejíma očima se hodnotí a pozoruje, také se měří jejími normami. Při neplnění norem prožívá pocit ohrožení a úzkost, a to biologickou, psychickou i sociální. Suicidiální chování je výsledkem kombinace různých faktorů.

²¹⁹ GABURA, Ján, PRUŽINSKÁ, Jana. *Poradenský proces*. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. s. 83-84.