

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PSYCHOEDUKAČNÍ VÝZNAM SVÉPOMOCNÝCH SKUPIN
KLIENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

THE PSYCHOEDUCATIONAL IMPORTANCE OF SELF-HELP
GROUP CLIENTS WITH MENTAL ILLNESS



Bakalářská práce

Autor: Iva Šustrová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, PhD.

Olomouc 2015

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Psychoedukační význam svépomocných skupin klientů s duševním onemocněním“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu práce PhDr. Marku Kolaříkovi Ph.D. za ochotu spolupracovat na mnou zvoleném tématu bakalářské práce. Dále děkuji členům Svépomocné skupiny Polárník, kteří mi poskytli rozhovory, za jejich ochotu, otevřenost a vstřícnost. A upřímné díky i celé Svépomocné skupině Polárník.

Obsah

Úvod.....	5
1 Současnost, reforma (transformace) psychiatrické péče	6
2 Duševně nemocný	9
3 Systém psychiatrické péče a jeho součást komunitní péče	10
3.1 Komunitní péče – principy a cíle	11
3.2 Komunitní péče – současnost.....	11
4 Psychoedukace	14
4.1 Psychoedukace u různých duševních poruch	14
4.2 PRELAPSE, PREDUKA a Program pro dobré zdraví	16
4.3 Pozitivní přínosy psychoedukace	17
4.4 Četnost pracovišť provádějících psychoedukaci v současnosti v ČR.....	18
5 Svépomoc, svépomocné skupiny.....	19
5.1 Historické souvislosti se vznikem svépomocných skupin	20
5.2 Význam svépomocných skupin, svépomocných aktivit	21
5.3 Svépomocné skupiny fungující v České republice	21
6 Svépomocná skupina Polárník	24
6.1 Aktivity Svépomocné skupiny Polárník.....	25
6.2 Prvky skupinové dynamiky ve Svépomocné skupině Polárník	25
6.3 Destigmatizační aktivity Svépomocné skupiny Polárník, aktivity směřované k široké veřejnosti a k odborné veřejnosti.....	28
7 Obecné charakteristiky výzkumu	30
7.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu	30
7.2 Výzkumné otázky.....	32
7.3 Výběr a popis výzkumného souboru.....	32
7.4 Aplikovaná metodika	34
7.5 Okruhy otázek použité v rozhovorech	35

7.6	Práce s daty	36
7.7	Harmonogram výzkumu.....	37
7.8	Etické aspekty výzkumu	37
8	Výsledky výzkumu.....	39
8.1	Výzkumná otázka č. 1: Jakou zkušenost s psychoeducací mají členové Svépomocné skupiny Polárník?	39
8.2	Výzkumná otázka č. 2: Jak ovlivňuje Svépomocná skupina Polárník život svých členů?... ..	41
8.3	Výzkumná otázka č. 3: Jak pomáhá Svépomocná skupina Polárník svým členům zvládat jejich duševní onemocnění?.....	43
8.4	Výzkumná otázka č. 4: Proč by doporučili členové svépomocné skupiny Polárník zakládání svépomocných skupin dalším duševně nemocným?	44
8.5	Výzkumná otázka č. 5: Co považují členové svépomocné skupiny Polárník za podstatné pro vznik funkční svépomocné skupiny?.....	45
9	Diskuse	46
10	Závěry	48
11	Souhrn.....	50
	Použité zdroje	53
	Seznam příloh	

Úvod

Motivem k napsání této bakalářské práce je moje vlastní pětiletá práce se Svépomocnou skupinou Polárník při o. s. Péče o duševní zdraví – region Pardubice, středisko Chrudim pro lidi s duševním onemocněním zaměřenou na aktivní trávení volného času a snaha poukázat na důležitost zakládání a fungování svépomocných skupin. Chtěla jsem dát jejím členům možnost vyjádřit se, k otázkám proč si myslí, že by svépomocné skupiny měly vznikat, co jim členství ve skupině přináší, na co by si jejich zakladatelé měli dát pozor apod.

Během pěti let, co svépomocná skupina funguje, jsem si všimla, že v průběhu téměř každé schůzky či aktivity skupiny se alespoň chvíli bavíme o současných problémech jejích členů. Hovoříme například o aktuálních změnách zdravotního stavu, příznacích, o tom, jakého má, kdo psychiatra, léky a jak mu vyhovují, zda dochází k psychologovi, apod. V těchto situacích ostatní členové skupiny začnou spontánně reagovat a vyjadřovat se k tématu. Ve svépomocné skupině tak probíhají psychoedukační procesy. Výhodou svépomocné skupiny může být, že její členové prošli podobnými situacemi, mají obdobné zkušenosti, navzájem si důvěřují, často si předávají kontakty, dodávají si odvahy a lidé na skupině jsou mnohdy prvními, s kým o problémech daný jedinec hovoří. Občas si ostatní členové sami všimnou, že se s někým ze skupiny „něco děje“, upozorní ho na to, takovéto sdělení od lidí s podobnými problémy, je daným jedincem spíše akceptováno. Zajímalo mě, jakou zkušenost s psychoedukací prováděnou v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních mají členové svépomocné skupiny, jak vnímají to, co se v tomto směru děje na skupině a zda jim to nějakým způsobem pomáhá.

Svépomocná skupina může být pro mnohé lidi s duševním onemocněním prostorem pro seberealizaci, osamostatnění, místem, kde si mohou vyzkoušet v chráněném prostředí mnoho aktivit. Je důležité je v úsilí vynaloženém na zakládání a fungování svépomocných skupin podpořit a vytvořit pro ně prostor.

1 Současnost, reforma (transformace) psychiatrické péče

Svépomocné skupiny jsou nedílnou součástí systému psychiatrické péče, spolu se socioterapeutickými kluby, chráněným bydlením a dílnami je řadíme do dlouhodobé komplexní péče, konkrétněji do komunitní péče a psychosociální rehabilitace (Raboch, Pavloský, et al., 2012).

Téma komunitní péče je v současné době v české psychiatrii velmi aktuální z důvodu právě startující reformy péče o duševní zdraví, jejíž první etapa potrvá, jak plánují tvůrci její strategie, od roku 2014 do roku 2020 („Proč to děláme?“, 2015).

Mezi cíle této reformy patří mimo jiné deinstitucionalizace psychiatrické péče a s ní související rozvoj komunitní péče. *„Deinstitucionalizace psychiatrické péče: transformace pouze segmentu systému psychiatrické péče, kdy primárním cílem je přesun těžiště od dlouhodobé ústavní péče směrem k péči komunitní“* (Winkler, Španiel, Csémy, Janoušková, Krejníková, 2013, 8).

V důsledku by to mělo vést k většímu důrazu na spolupráci a kontakt s pacientem, klientem. Tím, že více začleníme duševně nemocné do systému psychiatrické péče, jim dáváme širší prostor vyjádřit se a péči o ně tak můžeme přizpůsobit jejich subjektivním, konkrétním potřebám a nevytrháváme je z komunity a prostředí, ve kterém žijí. Jejich větší informovanost, vede k lepší spolupráci při léčbě, adherenci k léčbě a to zvyšuje pravděpodobnost jejich funkčního začlenění do společnosti, a následného zkvalitnění jejich života.

„Největším odborníkem na svou nemoc, by měl být pacient sám“ (Filip Španiel, osobní sdělení, 4. 11. 2010).

Zapojení duševně nemocného do procesu údravy (zotavení, recovery) se jako hlavním tématům věnovaly v letech 2010 a 2012 XXXI. a XXXII. konference sociální psychiatrie. Hlavním tématem XXXI. konference sociální psychiatrie v Karlových Varech bylo „Zotavení jako koncept péče o závažně duševně nemocné pro 21. století“. Tématem XXXII. konference sociální psychiatrie konané v Chrudimi bylo „Zapojení do léčby a rehabilitace“.

V loňském roce, v roce 2014 proběhla zatím poslední XXXIII. konference sociální psychiatrie, která se konala v Přerově. Jejím hlavním tématem byla „Transformace a region“, konkrétněji „Transformace služeb pro duševně nemocné na místní úrovni“. Stěžejními tématy tak byla počínající reforma péče o duševní zdraví a regionální modely péče o osoby s duševním onemocněním.

Během konference v Přerově proběhla závěrečná konference k projektu „Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví“, který skončil 30. 11. 2014. Registračním číslem projektu je CZ.1.04/5.1.01/77.00385. Cílem projektu byly zapojení peer konzultantů, lidí s dlouhodobým duševním onemocněním, se zkušeností s duševním onemocněním do systému psychiatrické péče. Což má vést ke zkvalitnění samotného systému péče o duševně nemocné a zároveň zvýšit zaměstnanost duševně nemocných. Projekt chtěl též poukázat na existenci peer konzultantů jako takových, aby se o nich dozvěděli i ostatní poskytovatelé péče o duševně nemocné a mohli nalézt vhodného člověka na pozici peer konzultanta a zapojit ho do svého týmu (Evropský sociální fond v ČR, 2015).

V současné době je peer konzultantů v České republice sedmnáct. V neziskových organizacích poskytujících služby duševně nemocným, kde pracují, jsou bráni a fungují jako součást týmu, v případě Chrudimi týmu sociálních pracovníků. Jejich fungování bylo ošetřeno v rámci projektu pravidelnými supervizemi, po ukončení projektu a s ním související finanční podpory, není další kontinuita supervizí zatím zajištěna (peer konzultant, osobní sdělení, 31. 3. 2015).

Dalším zajímavým způsobem zapojení lidí s dlouhodobým duševním onemocněním, se zkušeností s duševním onemocněním je na pozici peer lektora. Peer lektor se podílí na vzdělávání budoucích sociálních pracovníků, psychologů a dalších pracovníků v pomáhajících profesích. Člověk, který se dostane na pozici peer lektora, se nejdříve sám účastní vzdělávání v oblasti učení a prezentace. Poté studenty vysokých škol, které s peer konzultanty spolupracují, během vzdělávacích bloků prostřednictvím svých životních příběhů seznamují s tím jaká je jejich nemoc, jaké mají obtíže, příznaky, co to pro ně znamená, jak se změnil jejich život, jak se změnil život jejich rodině a blízkým apod. Studenti se spontánně ptají, boří se tak bariér, mýty, stigmata, předsudky. Takovíto lidé jsou pak lépe vybaveni pro kontakt s duševně nemocným ve své budoucím zaměstnání. Duševně nemocný napomáhá správnému pohledu zdravých na duševně nemocné, seberealizuje se, naučí se prezentačním dovednostem a může to být i pro něj první krok k návratu například do zaměstnání atp. (Pavel Říčan a peer konzultanti, osobní sdělení, 21. 11. 2014).

Životu dlouhodobě duševně nemocných s onemocněním schizofrenního okruhu v jejich přirozeném prostředí a snižování počtu hospitalizací vyvolaných znovu vzplanutím onemocnění napomáhá program ITAREPS. Tím, že je do něj nemocný zapojen, je

v kontaktu se svým psychiatrem každý týden a cítí tak, že se o něj někdo zajímá. Zároveň se do projektu může zapojit někdo z jeho blízkých.

ITAREPS (Information Technology Aided Relaps Prevention in Schizophrenia) je program, který využívá moderní komunikační a informační technologie, pro rozpoznání časných varovných příznaků relapsu psychotického onemocnění (ITAREPS, 2015). Do programu jsou zapojeni ambulantní psychiatr nemocného, nemocný sám a někdo z jeho blízkých, ideálně někdo, kdo s ním žije ve společné domácnosti. Nemocný a jeho blízký dostanou deseti bodový dotazník, každý má svou verzi, natištěný na malé plastové kartičce, podobné té platební. Každý týden ve čtvrtek dostávají na svůj mobilní telefon SMS, ve které jsou vyzváni, aby vyplnili dotazník. Na otázky odpovídají pomocí čísel na škále od 0 do 4, 0 nic se nezměnilo, 4 došlo výraznému zhoršení. Vznikne tak desetimístný číselný kód, který odešlou zpět na číslo programu ITAREPS. Odeslaný kód pak zpracuje počítačový program, a pokud přesáhne určité skóre, je ošetřujícímu psychiatrovi odeslána e-mailová zpráva, tzv. ALERT, která ho informuje o zhoršení stavu daného člověka. Lékař ho pak telefonicky kontaktuje a domluví se s ním většinou na návštěvě a zvýšení medikace, čím se často předejde relapsu (Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

Programu ITAREPS nyní hrozí, že po deseti letech své existence skončí z finančních důvodů (Filip Španiel, osobní sdělení, 15. 3. 2015).

Výraznou překážkou integrace duševně nemocných do běžné společnosti je jejich stigmatizace. V současné době díky souběhu několika tragických událostí (10/2014 Žďár nad Sázavou, 02/2015 Uherský Brod) a hlavně jejich silné medializaci je ve společnosti vyvolávána ohledně lidí s duševním onemocněním v některých chvílích až panika. Mnoho lidí se duševně nemocných bojí často z důvodu neinformovanosti, jak je patrné např. z původní práce „Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace“ autorů Winklera, Csémyho, Janouškové a Bankovské Motlové, která vyšla v roce 2014 v časopise Psychiatrie. Tyto obavy se pak promítají nejen do běžného soužití duševně nemocných s lidmi v jejich přirozeném prostředí, ale i na dostupnosti a kvalitě nepsychiatrické zdravotní péče, ve školách nebo na trhu práce.

Jedním z příkladů takového jednání může být, když sousedé zavolají na svého souseda, který je chronicky nemocný schizofrenik a žije v bytě bytového domu se svou starou matkou a bratrem, policii, protože se chová podivně a asi má schizofrenii. Tohoto muže pak do bytového domu přijela zajistit zásahová jednotka policie ČR (Milan Kopeček, osobní sdělení, 10. 3. 2015).

2 Duševně nemocný

„... duševně nemocný jedinec. U takového jedince jsou přítomny známky psychické poruchy. Psychická porucha představuje organicky nebo funkčně podmíněnou poruchu činnosti centrální nervové soustavy, která se projeví v poruše adaptace postiženého jedince v prostředí, ve kterém žije. Pojem duševní porucha je nadřazený a lze do něj zahrnout všechny etapy psychických poruch, nemocí, stavů, anomálií, úchylek a reakcí“ (Praško a kol., 2011, 11).

Pro přibližnou představu, Praško a kol. (2011) uvádí, že závažným duševním onemocněním jako je například psychóza trpí 5% populace. Vážnější formou depresí někdy v životě trpí okolo 16% obyvatel. Téměř 25% populace trpí úzkostnými poruchami a neurózami, okolo 10% těžšími a 14% lehčí formou. Lidí trpících poruchou osobnosti se v populaci vyskytuje asi 15%. A asi 27% lidí v populaci, se někdy ve svém životě potýkalo, nebo potýká se závislostmi. Jde o závislosti na alkoholu, či drogách.

Psychické poruchy jsou vymezeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů v současné době v desáté revizi aktualizované k 1. 4. 2014.

PORUCHY DUŠEVNÍ A PORUCHY CHOVÁNÍ (F00–F99)

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami

a somatickými faktory

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha (MKN-10 Tabelární část, 4. 4. 2015, 28)

Duševně nemocní jsou lidé, jejichž potíže lze vymezit pomocí diagnostických kritérií, jimiž jsou vymezeny diagnózy v MKN 10.

3 Systém psychiatrické péče a jeho součást komunitní péče

Systém psychiatrické péče je podle Rabocha, Pavlovského et al. (2012) tvořen čtyřmi složkami péčí lůžkovou, ambulantní, komplementární (doplňková odborná péče) a komunitní. Lůžková péče, je poskytována v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních fakultních, krajských a okresních nemocnic. Ambulantní péči poskytují psychiatři buď v ambulancích, které jsou při některém z lůžkových zařízení nebo v rámci soukromých ordinací. Denní a noční sanatoria řadíme do péče komplementární. Tento typ péče je vhodný pro nemocné, kteří nepotřebují hospitalizaci nebo pro ty, kteří přecházejí z lůžkové do ambulantní péče. Duševně nemocný tak může zůstat ve svém původním sociálním prostředí a do denního sanatoria ambulantně docházet. Vzniká zde tak i prostor pro spolupráci s tímto prostředím. Komunitní péče je model péče, v jehož rámci se přesunuje těžiště péče o duševně nemocné z lůžkových zařízení do intermediárních (přechodových), sociálně-rehabilitačních a ambulantních služeb, proto aby mohl nemocný zůstat ve svém přirozeném prostředí. Patří sem chráněné dílny, chráněné bydlení, pracovní tréninková centra, socioterapeutické kluby a svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných

Podle Praška a kol. (2011) je péče o duševně nemocné postavena jen na třech pilířích a to na ambulantní, lůžkové a intermediární péči. O intermediární péči hovoří jako o typu péče, při níž lze pacienty ponechat v původním prostředí. Mohou tak zůstat více samostatní a udrží si více sociálních kontaktů, avšak klade to na ně větší nároky a vyžaduje to od nich vlastní iniciativu. Do intermediární péče zahrnuje denní a noční sanatoria, krizová centra, centra denních aktivit, chráněné bydlení, základní zařízení pro podporu práce a zaměstnání a asistenty případového vedení (case manager). Všechny tyto složky jsou podle Praška vzájemně propojené a spolupracující.

V pojetí rozdělení systému psychiatrické péče podle Rabocha a Praška jsou drobné nuance. Oba dva podobně definují lůžkovou a ambulantní péči. Raboch denní a noční sanatoria vyčleňuje do péče označené jako komplementární a chráněné bydlení apod. řadí do péče komunitní. Praško ve svém pojetí rozdělení psychiatrické péče denní a noční sanatoria řadí společně s chráněným bydlením, ale i krizovými centry apod. do péče intermediární.

Dalším, kdo specifikuje a nějakým způsobem vymezuje komunitní péči je Pěč (nedat.). Podle něj je komunitní péče soubor služeb, programů a zařízení, jejichž hlavním motivem je poskytnout duševně nemocnému co nejkomplexnější služby, které by

uspokojili nejen jeho zdravotní, ale i psychologické a sociální potřeby, což by mělo vést z pohledu nemocného, subjektivně k co nejspokojenějšímu životu. Kromě léčby by mezi postupy komunitní péče měla patřit i sociální podpora v oblasti bydlení, práce a sociálních kontaktů. Důležité je, že by se vše mělo odehrávat pokud možno mimo lůžková zařízení. Komplexnost komunitní péče není jen v druhu poskytování služeb, ale i v tom komu je poskytuje. Zaměřuje se mimo samotného duševně nemocného i na jeho blízké. Podle Pěče se do komunitní péče řadí veškeré složky zdravotní péče i lůžková zařízení, která však mají pozměněnou roli.

Nositeli komunitní péče by měli být komunitní týmy s určitou geografickou působností. Novější koncept také hovoří o tzv. *balanced care* (vyvážené péči), jde o *integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni: praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby a denní stacionáře, rezidenční péče v komunitě, služby psychiatrické rehabilitace* (Pěč, nedat., 2. odst.).

3.1 Komunitní péče – principy a cíle

I přes odlišná vymezení komunitní péče, v Praškově pojetí nazvané jako intermediární péče, různě pojmenované a rozřazené složky péče o duševně nemocné, lze najít společné principy a cíle, které podle již zmíněných autorů a i dalších jsou ve všech zdrojích totožné.

Principy mohou být *„mobilita služeb, propojenost služeb, péče ve vlastním prostředí pacientů a orientace na lidská práva a potřeby pacientů“* (Pěč, nedat., 3. odst.).

„Cílem je maximální rozvoj schopností a fungování s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory, v ideálním případě návrat k premorbidnímu fungování v oblasti práce a sociálních vztahů“ (Raboch, Pavlovský, et al., 2012, 438).

3.2 Komunitní péče – současnost

V České republice se v současné době na komunitní péči podílí podle Pěče (nedat.) intermediární a mezirezortní služby. Intermediární služby, krizová psychiatrická centra, mobilní krizové týmy, denní sanatoria a komunitní psychiatrické sestry, náleží do resortu zdravotnictví. Zatímco meziresortní služby poskytují většinou nestátní neziskové

organizace. Řadí se do nich služby pro podporu v oblasti bydlení, práce a zaměstnávání, v oblasti volného času a sociálních kontaktů a další služby (případové vedení, asertivní komunitní léčba, právní a sociální poradenství, poradenství o službách). Patří mezi sociální služby, i přestože poskytují zdravotně sociální péči – psychosociální (psychiatrickou) rehabilitaci. V České republice dochází ke kombinování různých služeb a z toho vychází nutnost úzké spolupráce jejich poskytovatelů. Nebo zde vznikají společné týmy, funkční koordinované celky, které propojují lůžkovou, intermediární, meziřesortní a ambulantní péči.

Intermediární služba krizová psychiatrická centra poskytují neodkladnou psychiatrickou péči formou krizové intervence, zároveň i nepřetržitě dostupnou psychoterapeutickou pomoc a to sedm dní v týdnu dvacet čtyři hodin denně, ambulantně nebo formou krátké několikadenní hospitalizace. V České republice takováto centra fungují tři. Dále mobilní krizové týmy ty v naší zemi v současnosti fungují dva. Jedná se o týmy složené z psychiatra, klinického psychologa a psychiatrické sestry, které poskytují svoji péči a pomoc v terénu, v místě kde krizová situace vzniká, například u nemocného doma. Další intermediární službou jsou denní sanatoria, která jsou v České republice buď součástí lůžkových zařízení, nebo meziřesortních a ambulantních zařízení. Sanatorií, stacionářů je v ČR dvaadvacet. Dochází se do nich přes den, jádrem jejich služeb je psychoterapeutický program, kombinovaný a doplňovaný léčebnou péčí podle povahy duševní nemoci. Denní sanatoria zastřešuje Asociace denních stacionářů a krizových center (ADSKC). Intermediární službou jsou také komunitní psychiatrické sestry, do jejichž pracovní náplně patří individuální rehabilitace, případové vedení, posouzení stavu nemocného, zpracování rehabilitačního a krizového plánu apod., to vše v přirozeném prostředí nemocného. Jejich péči indikuje psychiatr, se kterým tyto sestry úzce spolupracují. V České republice v současnosti existují tři pracoviště, na nichž pracují komunitní psychiatrické sestry, jedno v Ostravě a dvě v Praze (Pěč, nedat.).

Meziřesortní služby psychiatrické rehabilitace, jak dále píše Pěč (nedat.) tedy služby pro podporu práce a zaměstnání, kam můžeme zařadit například sociální firmy, rehabilitační a chráněné dílny (CEDR o. p. s. v Pardubicích), podporovaná a přechodná zaměstnání (kavárny o. s. Green doors), podporované vzdělávání a edukační programy. Služby v oblasti bydlení - podporované bydlení, chráněné bydlení („Kocourkov“ o. s. BONA), domy na půl cesty. Služby podpory sociálních kontaktů a v oblasti volného času – svépomocné aktivity uživatelů a jejich blízkých (Svépomocná skupina Polárník Chrudim) a centra denních aktivit. Další služby – případové vedení (o. s. Péče o duševní zdraví –

region Pardubice), asertivní komunitní léčba, poradenství i právní, a poradenství o službách (o. s. VIDA).

K roku 2007 bylo v ČR 29 nestátních neziskových organizací, s celkem 470 zaměstnanci, které poskytovaly meziřesortní služby psychiatrické rehabilitace lidem s duševním onemocněním. Jejich péči využilo okolo 4600 klientů. Zastřešující organizací by v tomto případě měla být Asociace komunitních služeb. Nejvíce organizací poskytovalo služby v oblasti pracovní podpory v denních centrech, celkem 25 sdružení. Chráněné dílny provozovalo 17 sdružení a 16 organizací pomáhalo svým klientům poradenstvím, 13 organizací nabídlo klientům možnost chráněného bydlení a 12 sdružení pracovalo se svými klienty formou případového vedení (Pěč, nedat.).

Zaujalo mě, že na webových stránkách Asociace komunitních služeb se v záložce „O nás“, kde je víceméně popsán cíl činnosti této asociace, hovoří o samostatnosti, plnohodnotném životě atp. hlavně ve spojitosti s lidmi trpícími psychotickou poruchou, nikoli s lidmi trpícími duševní poruchou. Je faktem, že jsem se v zařízeních komunitní péče, většinou setkávala s klienty, jejichž diagnózou bylo psychotické onemocnění, ale jsou v nich i klienti s těžší formou depresivních poruch bez psychotických příznaků, lidé s těžšími úzkostnými poruchami a hlavně lidé s poruchami osobnosti a i tito lidé mají často plně invalidní důchody, jsou díky své nemoci výrazně handicapováni, v běžné společnosti jim chybí pocit přijetí, pochopení, sounáležitosti a potřebují podporu.

4 Psychoedukace

Psychoedukace, edukace o léčbě, jednoduché a přitom adekvátní informace pro duševně nemocného o tom, co se s ním děje a bude dít. Má dva kroky, první - edukace o psychickém onemocnění, a druhý krok informace o způsobech a možnostech léčby daného onemocnění - edukace o léčbě. Je to poučení duševně nemocného o tom, jak příznaky jeho nemoci fungují ve vzájemných souvislostech. Cílem psychoedukace není jen nemocného informovat, ale dosáhnout i snížení množství jeho potíží, tím že se díky daným informacím ve své nemoci, léčbě zorientuje (Praško, 2004).

„Skupinová psychoedukace systematická, strukturovaná a didaktická informace o nemoci a léčbě, určená nemocným a i jejich blízkým, jejímž cílem je naučit je dovednostem důležitým pro zvládnutí nemoci a usnadnit adaptaci na dané onemocnění“ (Bankovská Motlová, Dragomirecká, Blabolová, Španiel, Slováková, Pokorný, 2013, 122).

Psychoedukace je podle Bankovské Motlové a Španiela (2004, 692) intervence, prostřednictvím které by měl duševně nemocný a jeho blízcí získat dostatek informací o nemoci, které by je měli vést k získání dovedností důležitých pro dlouhodobé zvládnutí jejich nemoci a situací s ní spojených a zároveň podpořit jeho blízké. Psychoedukace se dělí na individuální a rodinou. *„Individuální psychoedukace (illness management) je nedílnou součástí léčby každé duševní poruchy. Lidé stížení závažným duševním onemocněním mají právo na informace o povaze nemoci a možnostech její léčby“.* Zdrojem informací o nemoci mohou být i různé příručky, webové stránky a jiné edukační materiály o duševních onemocněních, mají však pouze informační charakter, zatímco psychoedukace je „šitá na míru“ danému jedinci. Rodinné psychoedukace se účastní nemocný a jeho blízcí. Cílovou skupinou jsou především nemocní, jejichž onemocnění má dlouhodobý a epizodický charakter, například nemocní trpící schizofrenií.

4.1 Psychoedukace u různých duševních poruch

Jak se píše v předchozích odstavcích psychoedukací, edukací o své nemoci a její léčbě by měl projít každý duševně nemocný. Následně bych chtěla jen pro představu uvést příklad postupu psychoedukace u smíšené úzkostně depresivní poruchy a zmínit se o psychoedukaci lidí trpících poruchami osobnosti a také o edukačních programech pro nemocné s psychózou.

Praško, který je tvůrcem mnoha edukačních příruček a knih, Sociální fobie, Agorafobie a panická porucha, Úzkost a obavy – jak je překonat, Deprese a jak jí zvládat a další, pracuje s pacienty prostřednictvím postupů kognitivně behaviorální terapie.

Praško (2005) uvádí, že pro terapii smíšené úzkostně depresivní poruchy se používají jak prvky terapie pro depresivní poruchu, tak pro úzkostnou. V případě smíšené úzkostné poruchy je v postupu její terapie edukace na prvním místě, následuje plánování aktivit...návik komunikace...příprava na budoucnost. Pacient se díky edukaci dozví, že jeho nemoc je známá a že ji lze léčit. Dále je pacient schopný díky zmapování svých obtíží a zjištění jak společně souvisejí, zvýšit pocit možné kontroly nad svými potížemi. Zároveň se díky edukaci o léčbě seznámí s kroky, kterými je možné projít při terapii a tím zmírnit svoje problémy. Také dochází ke zvyšování motivace a dekatasrofizaci příznaků. Při psychoedukaci se smíšené úzkostně depresivní poruchy se postupuje následovně. Nejdříve se nemocný dozví, co je deprese a co úzkost k tomu se používá například „model bludného kruhu deprese a úzkosti“, jehož následkem je úzkost, deprese a který lze v některých místech, Praško píše „uzlech“, přerušit. Jednou z možností, jak „přetnout“ tento kruh je naučit se pracovat s úzkostnými, depresivními myšlenkami, další je ta, že pacient po malých krůčcích systematicky a plánovaně zvyšuje svoji aktivitu. Pacienta pak informujeme, o tom co je stresová reakce. Podstatné je také říci pacientovi, že to, že onemocněl smíšenou úzkostně depresivní poruchou, neznamená, že se „zbláznil“. Je důležité se zaměřit na somatické projevy související s úzkostí, pocení, třes rukou, bušení srdce apod. a ujistit ho, že souvisí výhradně se stavu úzkosti. Při edukaci o nemoci se pacient ještě dozví, jak souvisí myšlení, chování a pocity. Na konci edukace o nemoci pacienta seznámíme s modelem poruchy, jehož pochopení podpoříme tím, že do něj zařadíme konkrétní příznaky, které nemocný popsal. Následuje edukace o léčbě, při níž se probírají různé možnosti léčby, například možnosti použití léků nebo relaxace apod. U léků se dále vysvětluje, jaké mohou být jejich vedlejší účinky, za jak dlouho se objeví jejich účinek atp. Někteří nemocní mají pocit, že je jejich porucha somatického rázu, často mají za sebou i řadu somatických vyšetření a nepřiznávají si tak fakt, že trpí psychickou poruchou a nevidí tak důvod k tomu chodit k psychiatrovi, psychologovi, brát psychofarmaka apod. Je tak nutné citlivě pracovat i s tímto problémem.

U pacientů s poruchami osobnosti, jak píše Praško (2009) se edukace provádí až po nastavení terapeutického vztahu, vytyčení cílů terapie a spolupráce u daného jedince a po ustálení terapeutické práce, kdy je člověk s poruchou osobnosti schopný fungovat v terapeutickém procesu. Pak následuje edukace, při níž seznamujeme takového člověka

s tím, co je jádrové přesvědčení, související s jeho poruchou a s ním spojeným kompenzatorním přesvědčením. U histrionské poruchy, se jádrové přesvědčení „nestojím za nic“ pojí s kompenzatorním přesvědčením – „jsem skvělá“. Dále pracujeme s anamnézou a zaměřujeme se na možné kořeny jeho problémů. Během edukace je důležité mluvit s pacientem o strategiích jeho chování, které vzešly z jeho kompenzatorního přesvědčení a díky nimž vznikají potíže v jeho životě. Edukace prochází u lidí s poruchami osobnosti celou terapií. Pro lidi s poruchami osobnosti neexistuje žádná informativní příručka, jako u deprese či úzkostných poruch, jež by citlivě provázela pacienta jeho léčbou a pomáhala mu získat náhled na jeho problémy a tím umožnila dosáhnout změn, které by je pomohly zmírnit. Navíc se v odborných publikacích často setkáváme se skeptickými názory na možnosti a výsledky léčby poruch osobnosti.

Pro psychotické pacienty existuje v České republice několik edukačních programů, které jim napomáhají k získání náhledu na jejich onemocnění a hlavně je mají vést k tomu, aby se naučili rozpoznat varovné signály, které předznamenávají relaps jejich onemocnění. Takovými programy jsou PRELAPSE, PREDUKA a Program pro dobré zdraví.

4.2 PRELAPSE, PREDUKA a Program pro dobré zdraví

PRELAPSE je program, který doporučuje Světová zdravotnická organizace a Světová psychiatrická asociace, podporuje ho též farmaceutická firma Lundbeck. Je součástí komplexní terapie psychóz a probíhá formou skupinových setkání, při kterých se setkávají zvláště nemocní a zvláště jejich blízcí. Takovýchto setkání je celkem osm. Skupinu vede v ideálním případě psycholog nebo psychiatr spolu se zdravotní sestrou nebo sociální pracovnící, podle daného tématu, které je na skupině aktuálně probíráno. Tématem jsou například informace o tom, co je schizofrenie, jaké jsou její příčiny, prevence relapsu apod. Skupina rodičů, blízkých nebo samotných pacientů se schází na 60 až 90 minut jedenkrát za jeden až tři týdny. Edukace je ještě podpořena vzdělávacími brožurami (Pidrman, Masopust, 2002).

Program pro dobré zdraví patří také do komplexní terapie psychóz a v České republice funguje od roku 2005. Vedou ho proškolené zdravotní sestry, které nemocné trpící psychotickým onemocněním během deseti lekcí provázejí zásadami zdravého životního stylu a učí jejich uplatňovat v praktickém životě. Cílem je předcházet nebo pracovat s obezitou, naučit nemocné s psychózou starat se o své fyzické zdraví a zároveň

jim pomoci docházením na programová setkání k jejich začlenění se do kolektivu, hledání si přátel apod. (Škarková, Bankovská Motlová, & Kitzlerová, 2009).

PREDUKA – PREventivně EDUKAční program proti relapsu psychózy je jednodenní edukační program pro nemocné a jejich blízké. Provádí ho psychiatr a psycholog. Během programu se v první části pracuje s nemocnými a jejich blízkými dohromady, pak se tyto skupiny oddělí a nemocní a jejich blízcí řeší ve svojí skupině své konkrétní problémy a zároveň jsou edukováni v jim přílehlavých tématech.

S programem PREDUKA mám vlastní zkušenosti. Jeho průběh a práci obou psychiatrů MUDr. Španiela a prof. Bankovské Motlové a psychologky PhDr. Dvorské jezdím od roku 2013 sledovat do Psychiatrického centra Praha (nyní přetřansformovaného do Národního ústavu duševního zdraví se sídlem v Klecanech). Program probíhá v Psychiatrickém centru od devíti hodin ráno. V učebně se sejdou lidé, kteří trpí psychotickým onemocněním a jejich rodiče nebo blízcí. Někdy přijdou jen rodiče nebo naopak jen nemocní. V první části se edukace ujímá pan doktor Španiel, který hovoří o tom, co je to schizofrenie, mluví o problémech s dopaminem, kam vůbec zařadit schizofrenii jako onemocnění, jaká další onemocnění patří mezi psychózy atp. Zaujalo mě, že program je velmi interakční. Doktor Španiel dále mluví o příznacích a projevech psychóz a ptá se zúčastněných na jejich zkušenosti. Jak rodinní příslušníci tak samotní nemocní velmi často reagují a jsou sdílní. Doktor Španiel navazuje tématem varovné příznaky a léky, proč je brát, proč mají vedlejší účinky, a opět se ptá, jaké s nimi mají přítomní zkušenosti. Poté navazuje paní profesorka Bankovská Motlová, která pokračuje v tématu léky a také mluví o drogách a následně o programu ITAREPS. Po přestávce, v poslední části se přítomní rozdělí na skupinu pacientů a skupinu blízkých osob. Já jsem vždy zůstala se skupinou blízkých a rodinných příslušníků, se kterými pracovala paní psychologka Dvorská. Stěžejním tématem bylo za prvé jak se chovat k nemocnému, jak s ním komunikovat a za druhé jak si udržet vlastní duševní pohodu. Pro tu je důležité, aby si ti, kdo žijí s člověkem nemocným například se schizofrenií, zachovali svoje koníčky, měli nějaké vlastní aktivity, své přátele. S nemocnými dále pracuje doktor Španiel.

4.3 Pozitivní přínosy psychoedukace

Důvodů pro využití psychoedukace je mnoho. Podle Bankovské Motlové a kol. (2012) je to snížení počtu hospitalizací, změna atmosféry v rodině, zlepšení komunikace v rodině, zvýšení kompetencí rodinných příslušníků, lepší orientace v nemoci, jejich

příznacích a zvýšení adherence k léčbě atp. Seifertová, Praško a Höschl (2004) hovoří také o jejím významu pro rozvoj samostatnosti, nezávislosti a sebekontroly. Dalším důvodem proč provádět psychoedukaci může být i zmírnění pocitu stigmatizace, protože zvyšuje odolnost nemocného vůči ní (Ocisková, Praško, Vrbová, Kamarádová, Jelenová, Látalová, ... Ticháčková, 2014).

V roce 2009 proběhl v České republice průzkum názorů pacientů se schizofrenií na psychoedukaci. Podle výpovědí pacientů mezi přínosy psychoedukace patřilo především získání informací, které napomáhají pochopení nemoci a lepší adaptaci na běžný život. Dále byl pro ně důležitý zájem profesionálů o ně a jejich nemoc. Nejfrekventovanějším pozitivem byla možnost být během psychoedukace ve skupině a povídat si o své nemoci a svých problémech v chráněném prostředí s lidmi, kteří mají stejnou zkušenost. Další odpovědi zmiňovaly získání informací o programu ITAREPS, zlepšení atmosféry v rodině, informace o lécích a důvodech je brát (Bankovská Motlová, Dragomirecká, Blabolová, Španiel, Slovácová, Pokorný, 2013).

4.4 Četnost pracovišť provádějících psychoedukaci v současnosti v České republice

V České republice provádí psychoedukaci pouze 46 z 550 pracovišť, které zajišťují péči o dlouhodobě duševně nemocné, ať už jsou to lůžková, ambulantní nebo komunitní péči poskytující zařízení. Pouze 16 (2,9%) pracovišť z již zmíněných 550 poskytuje psychoedukaci určenou pro blízké a nemocné dohromady, tedy skupinovou rodinnou psychoedukaci, která je nejúčinnější. Psychoedukaci provádějí především lékaři a psychologové, sestry téměř vůbec (Bankovská Motlová a kol., 2012).

5 Svépomoc, svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny jsou společenství lidí, které... „*spojují je stejné problémy, jež zpravidla vyplývají ze stejné či obdobné poruchy zdraví (například nádorové onemocnění, závislost) a mnohdy trpkých zkušeností. Postižení lidé si skupiny sami organizují a řídí, v maximální míře je zde využita laická (i psychoterapeutická) pomoc. Hnutí svépomocných skupin představuje pozitivní sociální fenomén, pokud ovšem skupina nebude militantní podoby (Vymětal, 2003, 316).*

Bohumila Baštecká (2003) řadí svépomoc do okruhu terciární prevence. Terciární prevence, následuje po první, primární zaměřené na snížení rizika vzniku onemocnění, obtíží a druhé, tzv. sekundární, jejímž cílem je zabránit dalšímu rozvoji nemoci již vzniklé. V rámci sekundární prevence můžeme hovořit o léčbě diagnostické a terapeutické. Terciární prevence, je prevencí snažící se o návrat člověka do běžného života, o zmírnění následků onemocnění již propuknutého. Sekundární a terciární prevence na sebe navazují. Terciární prevence se zaměřuje na tři skupiny lidí. Jednou z těchto skupin jsou ti, co prošli nepříznivou životní situací, další se sestává z lidí trpících chronickou nemocí nebo trvale postižených a poslední třetí skupinou na kterou se orientuje terciární prevence, jsou lidé patřící do tzv. „viditelných“ minorit, lidé vyčlenění ze společnosti z nějakých jiných důvodů než jsou již zmíněné dva předchozí. Možnost setkávání a kontaktu lidí se stejnými zkušenostmi je v rámci terciární prevence brána za základní. Podpora svépomocných skupin a svépomocných aktivit obecně je jednou z věcí, které se řadí mezi úkoly terciární prevence.

Podle Baštecké (2001) lze svépomocné skupiny rozdělit do šesti kategorií:

1. Skupiny pro lidi s tělesným či duševním onemocněním a lidi, kteří jsou díky své nemoci (AIDS), chování (bývalí vězni), stavu (senioři) nebo vzhledu (obézní) nějakým způsobem stigmatizováni.
2. Skupiny zaměřené na lidi usilující o změnu návykového chování, tady alkoholiky, drogově závislé, gamblery apod.
3. Jsou svépomocné skupiny pro lidi, kteří se snaží vyrovnat s nějakou náhlou změnou, překonat krizovou situaci, těmi mohou být například rodiče, kterým zemřelo dítě.
4. Tzv. skupiny rodičovské, skupiny blízkých, buď lidem ze skupin první kategorie... (viz 1.) anebo lidem ze skupin usilujících o změnu návykového chování (viz 2.), těmi mohou být rodiče psychotického syna.

5. Svépomocné skupiny vzájemné pomoci menšin, kterými mohou být přistěhovalci, náboženské menšiny apod.
6. Skupiny lidí, kteří prosazují a/nebo chrání konkrétní zájem. Snaha obyvatel vesnice prosadit na zastupitelstvu vybudování dětského hřiště atp.

V systému psychiatrické péče je svépomocných skupin stále málo podle Markové, Venglářové a Babiakové (2006), které rozdělují skupiny podle druhu aktivity, kterou mají jako cíl na skupiny, poskytující informace a laickou pomoc, ty co hájí práva lidí s duševním onemocněním, skupiny zaměřené na osvětovou činnost a na svépomocné skupiny zaměřené na volnočasové aktivity.

Vedle skupin svépomocných se existují ještě skupiny „podpůrné“, které plní podobné funkce jako skupiny svépomocné, jejich členy mohou tvořit například pacienti se stejným onemocněním, kteří se společně léčí v nemocnici. Na rozdíl od skupin svépomocných je však vede profesionál, jehož hlavní rolí je podporovat v nich svépomocné aktivity.

5.1 Historické souvislosti se vznikem svépomocných skupin

Svépomoc byla dříve naprosto běžnou součástí veřejného života. Patřil sem pocit sounáležitosti, tedy vědomí, že člověk není sám a s problémy mu má kdo pomoci, současně může také sám pomáhat ostatním. Dnes na pocit sounáležitosti navazují svépomocné skupiny, ve kterých se setkávají lidé se společným osudem (Baštecká, 2003).

V roce 1935 konkrétně 10. července, jak píše Hartl (1997, in Baštecká, Goldman, 2001) si dva přátelé Bill W. a doktor Bob oba alkoholici navzájem pomohli k tomu, aby zůstali střízliví, ve Spojených státech amerických tak vzniklo, bylo založeno svépomocné hnutí Anonymních alkoholiků (AA). V současnosti už má toto hnutí na světě více jak jeden a půl milionů členů. Skupiny Anonymních alkoholiků dnes fungují i u nás v České republice.

Hartl (1997, in Baštecká, Goldmann, 2001) dál píše v souvislosti s historií týkající se svépomocných skupin o přínosu ženského hnutí na jejich následnou práci. Hovoří o letech šedesátých, během kterých se ženské hnutí soustředilo na práci se sebevědomím a sebeuvědoměním. V následujícím desetiletí, ale hlavně v osmdesátých letech se pak členky tohoto hnutí začaly soustředit a zaměřovat na konkrétní problémy, jako jsou znásilnění, role ženy ve společnosti, potraty.

5.2 Význam svépomocných skupin, svépomocných aktivit

Svépomocné aktivity napomáhají k začleňování zpět do společnosti, zpět do života a zároveň zabraňují osamělosti a izolaci daného jedince. „*Svépomoc má řadu funkcí – od popovídání, sdílení a výměny zkušeností a vzájemné podpory až k léčbě a učení se novému životnímu stylu při doléčování*“ (Baštecká, 2003, 65). Waitzová (1998, in Baštecká, 2003, 67) mluví hlavně o podpoře a o pocitech „nejsem na dané onemocnění sám“. Píše však také o tom, že by tyto skupiny neměly být skupinami terapeutickými. Pracovat by měly jen s některými prvky skupinové dynamiky, nepracují a „*nezabývají se interakčními vzorci členů, „nastavování zrcadla“ a náhledovými interpretacemi*“. Yalom (1999, in Praško, 2005, 66) uvádí další z významů svépomocných skupin destigmatizační. Podle něj jsou svépomocné skupiny pro duševně nemocné a jejich rodiny především psychickou oporou. Její členové se potřebují především nějakým způsobem vyrovnat se stigmatizací ze strany většinové společnosti, s projevy své nemoci a vůbec s faktem, že jsou duševně nemocní. „*Svépomocná skupina využívá téměř všechny terapeutické faktory skupinové psychoterapie – zvláště altruismus, soudržnost, universalitu, chování nápodobou, dodávání naděje i katarzi. Je zde více empatických reakcí než v samotné skupinové terapii, protože téměř chybějí interpretace a konfrontace*. V této souvislosti se zamýšlí Hartl (1997, in Baštecká a Goldmann, 2001, 188), ale i další nad účinnými prvky, které hrají roli ve fungování svépomocných skupin. Jsou jimi *výměna rolí* (já jako nemocný mohu pomoci někomu jinému), *možnost pomáhat i přes nepřízeň osudu* (tím, že člověk pomáhá druhým, pomáhá i sobě), *nově vzniklá síť vzájemných vztahů, pocit porozumění na základě stejné nebo podobné zkušenosti, předávání informací i konkrétní pomoci, možnost sebeodkrytí před druhými*.

5.3 Svépomocné skupiny fungující v České republice

V České republice, jak už bylo uvedeno v předchozím textu, se začíná více rozvíjet komunitní péče a s ní i povědomí, lepší podmínky a prostor pro aktivity samotných duševně nemocných. Svépomocné aktivity jsou u nás zatím spíše spojovány se svépomocným hnutím rodičů a blízkých duševně nemocných, na jejichž bedrech často leží péče o dlouhodobě duševně nemocné. A jejichž obavy o to jak bude společnost, ale i odborníci pohlížet a chovat se k jejich dětem, blízkým až oni sami tady nebudou, jsou velké a pochopitelné.

Ráda bych se však soustředila na svépomocné aktivity samotných uživatelů psychiatrické péče. Následující informace jsou získané z Adresáře služeb pro lidi s duševním onemocněním pro rok 2014, který vydalo občanské sdružení Vida a z webových stránek Psychiatrické společnosti ČLS JEP a České psychiatrické společnosti.

Česká republika má celkem čtrnáct krajů. Podle adresáře služeb (Vida o. s., 2014) se v celé České republice nachází jedenáct svépomocných skupin Myklub Liberec při o. s. FOKUS Liberec, Svépomocná skupina Naděje – HOPE Jeseník při o. s. ZAHRADA 2000, pobočka o. s. Kolumbus Pardubice a Svépomocná skupina Polárník Chrudim, zapsaný spolek Andělská křídla Praha, Klub Mosty při FOKUS Praha (Centrum Karlín), pobočka o. s. Kolumbus Praha, pobočka o. s. Kolumbus Ústí nad Labem, SELFHELP Ústí nad Labem (2 skupiny – jedna orientovaná na výlety a druhá na sport), Meziříčské makovice Valašské Meziříčí.

Informace a výčet svépomocných skupin bych ráda ještě doplnila o ty, které uvádí na svých webových stránkách Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost. Ta uvádí (Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, 2015) Svépomocný klub Krystal Klatovy, Klub duševního zdraví Česká Lípa při o. s. FOKUS Liberec, Česká společnost pro duševní zdraví, pobočka Mladá Boleslav o. s., Česká společnost pro duševní zdraví, pobočka Ostrava, Klub Mlýnek, o. s. Krystal Plzeň, Klub Okno při PN Šternberk a klub Želva při Charitě Šternberk. Na svépomocných aktivitách se podílejí ještě sdružení s celorepublikovou působností již zmíněné o. s. Vida, která nemá svépomocný klub, ale na jejích aktivitách se podílejí lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, kteří spolupracují s odborníky z řad sociálních pracovníků. A také výše jmenované o. s. Kolumbus, které je sdružením uživatelů psychiatrické péče.

Na celém území České republiky pracuje tedy okolo dvaceti svépomocných skupin a klubů. Téměř všechny skupiny fungují při některé z organizací poskytujících péči o duševně nemocné. Mohou tak využívat například jejich prostory nebo být podporovány jiným způsobem. Pro duševně nemocné je mnohdy vyčerpávajícím úsilím už samotné organizování vlastní aktivity, nezbývají jim pak již síly na zabezpečování finančních prostředků, prostor, apod. Svépomocné skupiny mnohdy nemají svoji právní subjektivitu a pak je problematické shánět sponzory. Pro dosažení právní subjektivity a vznik například občanského sdružení je totiž nutné sepsat stanovy sdružení, vytvořit orgány, založit a užívat bankovní účet, vést účetnictví, atd., a proto svépomocné skupiny většinou fungují bez ní. Pro mnoho potencionálních sponzorů je navíc problematické a nelichotivé být

spojen s organizací pečující o duševně nemocné a tak finanční prostředky, kterými chtějí podporovat neziskový sektor, směřují je na jiné organizace.

6 Svépomocná skupina Polárník

Svépomocná skupina funguje a byla založena při občanském sdružení Péče o duševní zdraví – region Pardubice, středisko Chrudim. Vznikla spontánně v květnu 2009 v klubu Polárka o. s. Péče o duševní zdraví mezi jeho klienty nápadem uspořádat výlet do Prahy nebo Kutné Hory bez asistence sociálních pracovníků za účasti a v režii samotných klientů. Když se k tomu v létě roku 2009 přidala ještě potřeba vydávat vlastní časopis o radostech, starostech, zážitcích a prožitcích klientů využívajících služby o. s. Péče o duševní zdraví (dále o. s. PDZ). Nabídlí nám pracovníci o. s. PDZ možnost založit svépomocnou skupinu. Pro samotné založení skupiny bylo potřeba sepsat dokument obsahující nástin aktivit, cíl svépomocné skupiny, cílovou skupinu, pro kterou je skupina určena, místa schůzek, jejich četnost apod. Tento dokument jsem předala řediteli občanského sdružení MUDr. Hejzlarovi a vedoucí střediska o. s. PDZ Chrudim Mgr. Pinkasové.

Po schválení samotného záměru založit svépomocnou skupinu jsme se domluvili s Mgr. Pinkasovou na Pravidlech Svépomocné skupiny Polárník pro užívání klubových prostor o. s. PDZ (viz příloha 2), abychom mohli využívat klubové prostory klubu o. s. PDZ Polárka. Následně vznikla Interní pravidla Svépomocné skupiny Polárník, která ošetřují členství ve skupině, vzájemné chování mezi členy apod. (viz příloha 3).

V této době se zrodil i název svépomocné skupiny, který je odvozený od označení klubu o. s. PDZ Polárka. Pojmenování se vžilo velmi rychle a má i silný symbolický význam. Představuje někdy obtížnou cestu k cíli, na níž je důležitá spolupráce a podpora týmu.

Mezi cíle Svépomocné skupiny Polárník patří:

- Zlepšení aktivního využívání volného času
- Poskytování vzájemné podpory při plánování a organizování zájmových činností
- Upevňování schopnosti spolupráce, vzájemné tolerance a uplatnění se v kolektivu
- Umožnit pracujícím klientům, kteří v době, kdy poskytuje komunitní klubové služby o. s. PDZ navštěvují zaměstnání, společně trávit volný čas s lidmi a v prostředí, které znají z dřívějšího
- Rozvinout nabídku volnočasových činností
- Podpořit osamostatnění klientů

Skupina je určena pro lidi s duševním onemocněním a zájmem smysluplně trávit volný čas. Skupina je polootevřená. Mottem skupiny je „s aktivitou nejdál dojdeš“. Současně s mottem vzniklo i logo (viz obrázek 1) a webové stránky skupiny.

6.1 Aktivity Svépomocné skupiny Polárník

Aktivity skupiny se uskutečňují v klubových prostorách o. s. PDZ i mimo ně. Mezi klubové činnosti patří arteaktivity (viz obrázek 2), povídání, různé komunikační hry, plánování dalších akcí skupiny, hraní stolních her, nácvik sociálních dovedností, tvorba časopisu apod. Za pět let fungování svépomocné skupiny se uskutečnilo osmdesát schůzek v prostorách klubu, na kterých se v průměru scházelo šest členů svépomocné skupiny. Ze schůzek vzešla celkem čtyři čísla časopisu Polárník, tři v roce 2010 a jedno v roce 2014.

Mimo prostory klubu Polárka jezdí členové Svépomocné skupiny Polárník na výlety (obrázek 3, obrázek 4, obrázek 5), chodí do kina, divadla, plavat, pouštět draka (obrázek 6), jezdí na cyklovýlety (obrázek 7), dále chodí hrát kulečnick, bowling, pétanque (obrázek 8, obrázek 9) atd. Účastní se regionálních kulturních akcí Salvátorské pouti v Chrudimi (obrázek 10), jako diváci festivalu amatérských loutkářských souborů Loutkářská Chrudim a každoročně chodí na Dny otevřených dveří památek v Chrudimi. Na závěr každého kalendářního roku pořádají Polárníci bowlingový turnaj, který se koná mezi vánočními svátky a Novým rokem (obrázek 11, obrázek 12). Za pět let dosavadní činnosti se odehrálo 113 akcí mimo klubové prostory, přičemž na každé z nich bylo v průměru 5 lidí.

Aktivit Svépomocné skupiny Polárník at' už klubových či mimo jejich prostory se střídavě účastní okolo 20 lidí, s různými duševními onemocněními simplexní schizofrenie, bipolární afektivní porucha, rekurentní depresivní porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha atp.

6.2 Prvky skupinové dynamiky ve Svépomocné skupině Polárník

U členů Svépomocné skupiny Polárník, během jejího více jak pět let trvajících fungování, dochází ke vzájemnému poznávání, uvolňování, otevírání a vznikají zde vazby trvalejšího rázu, které jejím členům dávají větší sebejistotu v sociálním prostředí. Dlouhodobě duševně nemocní často nemají partnery a skupina jim tak umožňuje fungovat

v trvalejších vztazích. Duševně nemocní jsou často sociálně izolovaní a nechápou reakce okolí na svou osobu a své chování. Na schůzkách svépomocné skupiny si mohou v chráněném prostředí a bez časového tlaku tuto zpětnou vazbu zažít a pochopit. Funguje zde skupinová dynamika.

Scherif a Scherif (1969, in Kolařík, 2011, 22) mluví o skupině jako o sociální jednotce, tvořené určitým počtem lidí, kteří mají mezi sebou určité vztahy a vazby. O skupinové dynamice hovoří jako o nespočtu úzce spjatých skupinových elementů, které vymezují jako *cíle, normy skupiny, vývoj skupiny v čase, strukturu skupiny, vůdcovství...hodnoty skupiny, pozice a role ve skupině apod.*

Kratochvíl (1995) uvádí deset účinných faktorů skupinové psychoterapie, Yalom (1999, in Praško, 2005) hovoří o tom, že svépomocné skupiny využívají téměř všech faktorů skupinové psychoterapie. V následující části textu bych ráda uvedla konkrétní příklady skupinové dynamiky, jejích prvků probíhajících při aktivitách svépomocné skupiny Polárník naznačujících faktory skupinové psychoterapie, které uvádí Kratochvíl a upozornila tak, na význam svépomocných skupin.

Mezi prvními Kratochvíl (1995) uvádí členství ve skupině, dále hovoří o emoční podpoře a její nejjednodušší formě naslouchání a snaze porozumět druhému členu skupiny. Brát druhého takového jaký je, akceptovat ho. Tuto skutečnost lze pozorovat už jen na tom, že se členové Svěpomocné skupiny Polárník téměř při každé její schůzce baví o svých aktuálních zdravotních problémech souvisejících s jejich duševním onemocněním. Jedna členka sděluje ostatním, „já mám teď takové blbé myšlenky, někdy, když jedu domů, přemýšlím o tom, jestli by nebylo lepší to otočit a napálit to do nějakého stromu“. Nebo jiná členka, „nepovídal si tady teď nikdo o penězích, že ne?“ Ostatní, „ne nepovídal“. „Tak to jsou zase jenom hlasy v mé hlavě“. Dalším faktorem, který uvádí Kratochvíl (1995) je pomáhání jiným. Na svépomocné skupině máme dvě členky, které si téměř denně pravidelně volají. Jedna druhou dokonce občas po telefonu i budí. Nebo při přípravě klubové aktivity jedna ze členek skupiny vymýšlí program, druhá domlouvá prostory a třetí formou sms zpráv informuje ostatní členy o nadcházející schůzce.

Sebeexplorace a sebeodhalení jsou dalšími prvky skupinové dynamiky, o kterých mluví Kratochvíl (1995). Při organizování jedné z aktivit jsme se domluvili s jednou ze členek svépomocné skupiny, že program, který plánujeme na další schůzku, byl jejím nápadem a že schůzku povede ona. Nakonec nedorazila a na další schůzce všem osvětlila, proč nepřišla. Mezi faktory skupinové dynamiky patří také odreagování neboli abreakce tj. uvolňování napětí a potlačených emocí. K prvkům skupinové dynamiky také patří zpětná

vazba a konfrontace. Ke konfrontaci dochází při aktivitách svépomocné skupiny poměrně často, vzhledem ke vztahovačnosti, která je spojená s některými duševními poruchami, je někdy konfrontace chápána spíše jako útok, uvádí Egan (1970, in Kratochvíl, 1995). Díky dobrým vztahům lidí ve skupině, panující vzájemné důvěře a dostatku času nastalou situaci dotčený člen skupiny většinou následně pochopí a uvědomí si, co se vlastně stalo, to už je však projevem náhledu. Zpětnou vazbu lze například pozorovat na dialogu členek skupiny, kdy jedna, říká „...vždyť ona to má ráda, že jo?“ A další jí usměrňuje, „...jen jí nech rozhodnout samotnou a nemluv za ní. Víš, že máš mluvit za sebe a ne za druhé“. Toto chování by se dalo nazvat i konfrontací.

Konfrontace vnímaná jako útok, zpětná vazba, náhled, akceptace i sebeodhalení a sdílení je dohledatelné např. v průběhu a ve vyřešení konfliktní situací dvou členek skupiny. Obě ženy se domluvily a měly se společně sejít na kulturní akci – výstavě s doprovodným programem. A proběhla tato komunikace. „Já jsem přišla trochu déle a ona tam ještě nebyla, tak jsem jí volala a říkám, kde jsi?“ A ona na mě vyjela, „sem si spletla muzeum s divadlem, no.“ První, je líto, že na ní druhá vyjela. Když druhá dorazila k divadlu, říká té první, „víš, mě naštvalo, že jsem si spletla muzeum s divadlem a ještě ve chvíli, kdy už jsem šla pozdě“ a omluvila se jí.

Korektivní emoční zkušenost je podle Kratochvíla (1995) dalším z faktorů fungujících v rámci skupinové dynamiky. Jedná se o to, že se okolí v dané, situaci zachová jinak, než jedinec očekává podle svých chybných představ. Zpravidla jde o chápající a pozitivní reakci na zkratové jednání členů, kterého se dopouštějí díky své sociální nezkušenosti a nejistotě. Jedna z členek neumí cokoli odmítnout, považuje to za nevhodné a dlouho se přizpůsobuje a podřizuje, když to nikdo neocení, protože ostatní tuto poslušnost ani neodporování nevyžadují, a ona je již pod velkým tlakem a ve velké nepohodě zdánlivě bez zjevné příčiny „vybuchne“ a nevhodnou formou ventiluje všechny domnělé křivdy za poslední období. Tato situace je jí opakovaně osvětlována a vždy je jí naznačeno, že její chování není vhodné, ale máme ji rádi a zůstává naší kamarádkou.

Mezi poslední dva účinné faktory řadí Kratochvíl (1995) nácvik a zkoušení nového chování a získávání nových informací a sociálních dovedností. Běžnou reakcí na konflikt jedné z našich členek je, že se sebere, vezme si všechny věci a bez řeči a bez vysvětlení odejde ze schůzky, ostatní to někdy překvapí, někdy některé dokonce zúzkostní. S touto členkou jsme se domluvili na tom, že pokud se podle ní stane něco, co by jí mohlo vést k tomu, že by takto odešla z akce skupiny, odejde, ale třeba jen ven před klub. Kam za ní přijdu já a ona mi vysvětlí, co se stalo. Společně se to pak budeme snažit řešit. Řekla mi

totiž (sebeodhalení), že se necítí argumentačně natolik silná, aby se snažila o komunikaci a vysvětlení dané situace, nezvládla by to a vše by se stejně nakonec otočilo proti ní a ona by byla tou špatnou. Co se týče předávání informací, tak si členové skupiny předávají informace například o prodělané hospitalizaci, o komunikaci v rodině, o tom jak zvládli krizovou situaci, atp.

6.3 Destigmatizační aktivity Svépomocné skupiny Polárník, aktivity směřované k široké veřejnosti a k odborné veřejnosti

Svépomocná skupina Polárník se v rámci svých aktivit zařadila do běžného společenského života ve městě, ve kterém funguje. Takže se v letech 2013 a 2014 zapojila do Vánoční soutěže, kterou pořádalo Regionální muzeum v Chrudimi. V roce 2013 jsme v rámci klubových činností vyráběli postavičky tzv. „darovníčků“, těch co nesou Ježíškovi dary a jdou se mu poklonit (obrázek 13). Tyto postavičky pak byly vystaveny v prostorách muzea na výstavě, kde byl uveden název naší svépomocné skupiny a zároveň zde byl i letáček s obecnými informacemi o skupině. Podobně tomu bylo i v následujícím roce, v roce 2014, kdy jsme vyráběli postavičky andělů, pamětní list (obrázek 14).

Další aktivitou směřovanou k veřejnosti byla účast svépomocné skupiny na Týdnech pro duševní zdraví v letech 2010, 2011 a 2013. Týdny pro duševní zdraví v našem městě organizuje o. s. PDZ, při kterém Svépomocná skupina Polárník funguje a jehož prostory využívá pro své klubové aktivity. V Chrudimi obvykle probíhají během září a října. V roce 2010 jsme se podíleli na dnech otevřených dveří v o. s. PDZ prodejem kreslených pohlednic, přání, výtisků časopisu Polárník a také rozdáváním informačních brožur o schizofrenii a životě s psychotickým onemocněním, které jsme získali od o. s. Kolumbus. Takto jsme se pak prezentovali ještě před promítáním filmu Elling, které probíhalo také v rámci těchto týdnů (obrázek 15). O účasti Svépomocné skupiny Polárník na Týdnech pro duševní zdraví se v té době psalo i v regionálním tisku. V roce 2011, jsme na Týdnech pro duševní zdraví vystavovali poster „Ideální léčba z pohledu uživatele psychiatrické péče v lůžkovém zařízení“ (obrázek 16), vytvořený v roce 2009 v návaznosti na výcvik v psaní projektů pojmenovaný Spolupráce organizovaný o. s. Vida, jehož se zúčastnili dva členové naší skupiny. Občanské sdružení Vida výcvik Spolupráce, výcvik v psaní projektů pro lidi z řad uživatelů psychiatrické péče a svépomocného hnutí v psychiatrii organizuje téměř každý rok. Pro Týdny duševního zdraví 2013 jsme v rámci

klubových aktivit vyrobili plakáty s fotkami a popiskami mapující naše celoroční aktivity a zároveň jsme vystavili všechny obrázky z aktivit na klubových setkáních (obrázek 17).

O vzniku a fungování Svépomocné skupiny Polárník v Chrudimi zazněl příspěvek na XXXII. konferenci sociální psychiatrie v Chrudimi, kterou pořádala Sekce sociální psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP ve spolupráci s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, Asociací komunitních služeb, o. s. Kolumbus a o. s. Péče o duševní zdraví.

7 Obecné charakteristiky výzkumu

V následující kapitole vymezím výzkumný problém a cíle výzkumu, uvedu výzkumné otázky a vysvětlím, proč jsem si vybrala daný výzkumný soubor a představím jeho složení. V dalších podkapitolách popíšu aplikovanou metodiku a uvedu okruhy otázek, které jsem použila při rozhovorech s respondenty. V posledních podkapitolách této kapitoly nastíním harmonogram výzkumu, popíšu práci s daty a zmíním se o etických aspektech výzkumu.

7.1 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Když do svépomocné skupiny Polárník přichází nový člen, tak mimo toho, že je seznámen s pravidly, dostává tzv. Programový dotazník Svěpomocné skupiny Polárník, ve kterém jsou otázky na aktivity, které by dotyčný chtěl a nechtěl dělat během schůzek skupiny apod. (příloha 4), abychom si ve skupině udělali představu, co má dotyčný rád a kam by se chtěl třeba podívat na výlet a zda by chtěl na výlet vůbec jet. Pro některé duševně nemocné mohou být překážkou finanční prostředky, pro některé jejich zdravotní stav. Nedokážou jezdit určitým typem dopravního prostředku, je pro ně stísněný apod. Tento dotazník dostávají všichni členové svépomocné skupiny pravidelně každé dva roky, k zjištění a zaznamenání jejich aktuálních nápadů a přání.

V roce 2012, kdy jsme dostali možnost představit činnost Svěpomocné skupiny Polárník na XXXII. konferenci sociální psychiatrie, jsem k dotazníku přidala otázku. Čím jsou pro mě Polárníci? Po zpracování dotazníků, jsem se členů skupiny navíc zeptala, k čemu by se chtěly prostřednictvím našeho příspěvku vyjádřit a o čem bych měla na konferenci ještě mluvit, abychom využily toho, že budeme v přímém kontaktu s odbornou veřejností. Během této diskuse jsme objevili dva další tematické okruhy, proč podporovat svépomocné skupiny a co by se mělo změnit ze strany odborné veřejnosti pečující o duševně nemocné.

K otázce, čím jsou pro mě Polárníci, napsali členové skupiny. *„Vším, našla jsem přátele, pomáhá mi to v terapii. Polárníci mi dávají svobodu, dobrý pocit, že se můžeme scházet a povídat. Polárník pro mne znamená bezpečné místo k setkávání se schopnými lidmi, se kterými mohu uskutečňovat akce mimo klub s plnohodnotným obsahem a posilujícím přátelským charakterem. Polárníci mi dávají velmi mnoho – přátelství, sdílení*

informací o nemocech, mám se na koho obrátit a vylít si srdíčko nebo být někomu nápomocna. Polárník je pro mě parta, dobrá parta kamarádů a přátel“ (Šustrová, 2013).

K tématu proč podporovat svépomocné aktivity uvedli členové svépomocné skupiny Polárník šest důvodů. Zaprvé, je to podle nich další krok na cestě k osamostatnění, protože v Chrudimi je poskytován jeden typ služeb o. s. PDZ a pro klienty, kteří jsou již několik let bez hospitalizace, a stabilní chybí prostor pro další realizaci. Zadruhé, je to cesta k projevení důvěry duševně nemocným a tím i zvýšení jejich sebedůvěry. Umožníme-li duševně nemocným založit a organizovat svépomocnou skupinu dáváme jim najevo naši víru v jejich schopnosti a podporu k další práci na sobě. Zatřetí, protože lidé s duševním onemocněním o možnosti zakládat svépomocné skupiny mnohdy neví. Čtvrtým důvodem je rozvoj motivace a seberealizace u duševně nemocných, fungování ve skupině aktivizuje. Pátým důvodem je možnost vyzkoušet si organizování aktivit ve skupině a soužití v kolektivu, „*sebe vymezení, umět říkat NE, pojmenovat co je mi nepříjemné, ... a naopak přijímat názory druhých, chápat potřeby ostatních, nebýt vztahovačný*“. Posledním, šestým důvodem, je vytvoření prostoru a příležitosti pro otevřené povídání o nemoci, sdílení problémech apod. (Šustrová, 2013).

Posledním okruhem bylo, vyjádření názorů členů svépomocné skupiny Polárník na téma co by se mělo změnit, ve vnímání duševně nemocných, v chování odborné veřejnosti apod. Členové svépomocné skupiny Polárník si přejí zlepšit osvětu o duševních onemocněních, aby vedla k jejich destigmatizaci. „*Nemám pocit, že by v ČR probíhala, nějaká velká informační kampaň o problematice duševních onemocnění*“. Možnost pracovního uplatnění v Chrudimi. Více možností sportovního vyžití. Vzdělávání a podporu vzdělávání pro lidi s duševním onemocněním, kteří z důvodu své nemoci byli nuceni přerušit svá studia. Poslední přání změny vyslovili „*nepsychotičtí*“ duševně nemocní, chtěli by být „*zrovnoprávnění*“ s duševně nemocnými s psychotickým onemocněním, ať v nahlížení poskytovatelů komunitní péče, tak v přístupnosti a nabídce aktivit i její financování apod. Uvedeno bylo větou „*Já jsem psychotik, kdo je víc...?*“ a pokračovalo sdělením. „*Nesměřovat všechnu péči „pouze“ na psychotiky, ostatní nemocní se cítí vyloučení. Nevěří mi, neberou nás vážně*“ (Šustrová, 2013).

Ve svém výzkumu jsem chtěla navázat na tato zjištění. Dát členům svépomocné skupiny, dlouhodobě duševně nemocným prostor vyjádřit své názory. V souvislosti s mými zkušenostmi s psychoedukačním programem PREDUKA a tím, že je to podle mého názoru velmi efektivní a podceňovaná forma podpory duševně nemocných mě zajímalo, jakou zkušenost s psychoedukací mají členové svépomocné skupiny. Cílem psychoedukace je

mimo jiné zorientovat se ve svém onemocnění, získat dovednosti pro jeho zvládnutí a lépe se adaptovat na život s ním. Zajímalo mě, jak ve zvládnání nemoci pomáhá členům svépomocné skupiny právě to, že jsou jejími členy a nějakým způsobem v ní fungují. Jaký význam má svépomocná skupina pro jejich život, zda jej nějakým způsobem změnila a co od skupiny očekávají do budoucna. Jako budoucího psychologa mě zajímalo, zda členové svépomocné skupiny docházeli či docházejí k psychologovi. Chtěla jsem zjistit, proč by se podle samotných členů svépomocné skupiny, měli takové skupiny zakládat, a co by jejich budoucím zakladatelům, na základě vlastních zkušeností doporučily.

7.2 Výzkumné otázky

1. Jakou zkušenost s psychoeducací mají členové Svépomocné skupiny Polárník?
2. Jak ovlivňuje Svépomocná skupina Polárník život svých členů?
3. Jak pomáhá Svépomocná skupina Polárník svým členům zvládat jejich duševní onemocnění?
4. Proč by doporučili členové svépomocné skupiny Polárník zakládání svépomocných skupin dalším duševně nemocným?
5. Co považují členové svépomocné skupiny Polárník za podstatné pro vznik funkční svépomocné skupiny?

7.3 Výběr a popis výzkumného souboru

Vzhledem k tomu, že cílem mé bakalářské práce je na příkladu konkrétní svépomocné skupiny popsat význam svépomocných skupin pro uživatele psychiatrické péče, jsem respondenty pro své rozhovory vybírala ze svépomocné skupiny Polárník. Z dvaceti členů, kteří se střídavě aktivit svépomocné skupiny Polárník účastní, jsem oslovila devět z nich, protože ti tvoří jádro skupiny, účastní se většiny aktivit a podílí se na organizování skupiny. Z devíti oslovených s rozhovorem souhlasilo šest členů svépomocné skupiny Polárník. Z nesouhlasících oslovených, jeden člen odmítl hned při kontaktování s tím, že jeho slovy řečeno „není dotazníkový typ“. Další odmítl z důvodu momentálních zdravotních problémů a poslední sice rozhovor přislíbila, ale nenašla si na něj čas i přes opakované kontaktování. Jednalo se tedy o záměrný, účelový výběr.

Provedla jsem tedy celkem šest polostrukturovaných rozhovorů, na nichž se podílely 4 ženy a 2 muži. Ve věku od 33 let do 58 let.

Podle nejvyššího dosaženého vzdělání, je jedna respondentka vyučená, další tři mají středoškolské odborné vzdělání (jedna z nich má rok pomaturitního studia na jazykové škole, ale pro nastupující onemocnění studium nedokončila). Poslední dva respondenti mají také nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské odborné, ale jeden z nich má rok pomaturitního studia na jazykové škole a semestr na ČVUT, druhý vystudoval dva roky na UHK, obor Sociální pedagogika, ale studium pro nastupující onemocnění nedokončil.

Onemocnění, se kterými se respondenti z mého výzkumného souboru léčí, jsou různá, jedná se o simplexní schizofrenii, paranoidní schizofrenii, bipolární afektivní poruchu, současnou smíšenou fází s atypickým klinickým obrazem, rekurentní (periodickou) depresivní poruchu, depresivní poruchu a úzkosti, smíšenou úzkostně depresivní poruchu se závislými rysy osobnosti.

Při popisu projevů nemoci respondenti uvádějí, střídání depresí a mání, derealizace, nepoznávání barvy svého hlasu, lítání myšlenek v hlavě, o kterých ani neví, že jsou jeho, a někdy na ně jeho mozek vyrábí odpovědi. Střídání období, kdy je spíše nahoře nebo spíše dole, někdy i s obdobím, kdy je bez příznaků. Depresivní fázi, kdy se musí do věcí hodně nutit. Další respondent popisuje, jak se mu někdy stává, že vztahuje na sebe slova komentátora z televize, nebo stejně vztahuje na sebe rozhovor dvou lidí na ulici. V období krizí se u něj příznaky zhoršují, má pocit, že ho pronásledují nacisté a že je on sám namočen v nacismu. Další respondent mluví o propadech nálad, hlavně o téměř nepřetržité únavě a jak říká, o blbých myšlenkách, které se mu někdy honí v hlavě. Další hovoří o únavě, nesoustředěnosti, špatné paměti a podrážděnosti. Další líčí únavu a říká, že pořád spí, neví o sobě, že je pro něj někdy problém otočit se v posteli, nepamatuje si, že s někým telefonoval a potom díky úzkostem nemůže jít ani ven. Další byl hodně uzavřený do sebe, přestal komunikovat, uzavřel se do svého světa. Mluví o únavě, nesoustředěnosti, špatné pozornosti, snížených kognitivní funkcí, s tím, jak říká, souvisí i jeho snížené sebevědomí. Má horší myšlení, což souvisí s narušením poznávacích funkcí, nemůže si vzpomenout na slova, což mu dříve nedělalo problém.

Doba, po jakou se respondenti léčí se svými onemocněními, se pohybuje od 4 let po 30 let. Jedna z respondentek se léčí již od 13 let. Jeden respondent uvedl, že se léčí 18 let, ale problémy má již delší dobu a psychózou to jen vyvrcholilo. Respondentka, která se léčí jen 4 roky uvedla, že předtím nevěděla, že má psychické problémy, ale že se jí stávalo, že

měla třeba chřipku a byla s ní dva měsíce doma, protože byla hrozně unavená a nikdo nevěděl, z čeho její problémy vycházejí.

Každý z respondentů byl hospitalizován alespoň jednou. Respondenti při rozhovoru uvedli tato data, dvakrát šest týdnů a jednou pět měsíců, ze kterých si asi šest týdnů nepamatuji; jednou asi měsíc; jednou na šest neděl; třikrát vždy tak sedm neděl; dvakrát po čtyřech týdnech; čtyřikrát, každá hospitalizace trvala okolo třech měsíců.

Dva ze šesti respondentů nikdy nedocházeli k ambulantnímu psychologovi, jeden z nich k této otázce uvedl, že mu ošetřující psychiatr řekl, že by mu psycholog nerozuměl a že pro něj je spíše sociální rehabilitace a sociální pracovnice. Jedna z respondentek uvedla, že k psychologovi dochází poslední tři roky a před tím, že tam chodit nechtěla, i když jí to její ošetřující psychiatr nabízel, protože se bála, protože se bojí všeho nového. Další respondentka v současné době dochází k psychologovi jednou za čtrnáct dní, dříve už chodila dva roky na skupinovou psychoterapii a pak ještě k dalším dvěma psycholožkám. Jedna z respondentek uvedla při rozhovoru, že nyní chodí na skupinovou psychoterapii a že předtím chodila na individuální a až skupina skončí, že se zase vrátí k individuální psychoterapii. Další uvedla, že, to jednu dobu zkoušela, ale nic moc jí to nedávalo, takže si našla vlastní cestu.

Čtyři respondenti jsou členy Svépomocné skupiny Polárník více jak pět let tedy od jejího vzniku, další dvě respondentky jsou ve skupině dva a půl roku a tři roky.

7.4 Aplikovaná metodika

Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvalitativní přístup. Kvalitativní přístup je přístupem, jehož prostřednictvím můžeme popisovat, analyzovat a interpretovat nekvantifikovatelná či nekvantifikovaná data. Mezi jeho zásady mimo jiné patří zahrnutí subjektivity, objektivnost, reflexivita, procesualnost, historicitá a kontextuálnost (Martin Dolejš, osobní sdělení, květen 2014). Hlavním důvodem, proč jsem si tento přístup zvolila, byl můj zájem o konkrétní, individuální potřeby a názory lidí s dlouhodobým duševním onemocněním. Získání těchto informací, mi umožnily mnou vytvořené polostrukturované rozhovory, které jsem použila jako metodu sběru dat. Pokud bych zvolila kvantitativní přístup, obtížně bych mohla definovat otázky tak, abych pokryla celou šíři problematiky. Neměla bych možnost se od respondentů dozvědět jejich vlastní názory a zároveň by mohl zaniknout stupeň naléhavosti pro konkrétního respondenta.

Polostrukturovaný rozhovor je nejběžnější používanou metodou rozhovoru, vedle strukturovaného a nestrukturovaného (Martin Dolejš, osobní sdělení, květen 2014). Jeho výhodou je větší flexibilita při dotazování a větší otevřenost tazatele k tématům, která do rozhovoru vnese respondent. Rozhovory s respondenty jsem si pro lepší práci s informacemi, které mi během nich sdělili, nahrávala na diktafon a mobilní telefon. Dále jsem si na rozhovory připravila osnovu otázek, na které jsem se respondentů ptala. Na úvod rozhovoru jsem respondenta seznámila s jeho účelem a využitím a sdělila, že si ho pro lepší zpracování získaných dat budu nahrávat a domluvila se s ním, že pokud rozhovor poskytne, dává souhlas s použitím získaných informací v anonymizované formě a v případě, že by si to rozmysleli, aby mě kontaktovali. Dále jsem každého respondenta požádala, aby na otázky odpovídal, co nejpřesněji a nejpravdivěji a pokud by se při rozhovoru vyskytla otázka, na kterou nechce odpovídat, aby mi to sdělil a pokud je to možné, řekl, proč na danou otázku nemůže odpovědět. Díky možnosti rozhovory nahrávat a plně se tak věnovat interakci s respondentem, jsem navodila během rozhovoru příjemnou a uvolněnou atmosféru, při níž se respondenti nebáli odpovídat otevřeně.

7.5 Okruhy otázek použité v rozhovorech

Otázky jsem se snažila formulovat tak, abych jejich prostřednictvím byla schopná, získat odpovědi na výzkumné otázky. K vymezení výzkumného souboru jsem použila otázky z okruhu Demografické údaje a Onemocnění a léčba a otázku, jak dlouho jste členem svépomocné skupiny Polárník?

Demografické údaje:

1. Pohlaví?
2. Kolik je vám let?
3. Jaké je vaše vzdělání?(zajímá mě i to nedokončené)

Onemocnění, léčba:

4. S jakou nemocí se léčíte?
5. Jak se vaše nemoc projevuje?
6. Jak dlouho se léčíte? Kolikrát jste byl(a) hospitalizován(a)?
7. Docházíte, docházeli jste k ambulantnímu psychologovi?

Psychoedukace, edukace o léčbě:

8. Prošel (prošla) jste někdy psychoedukací, která by vás naučila porozumět vaší nemoci, poznat jaké jsou její příznaky, kdy se zhoršují a jak se vyrovnat se začleněním zpět do svého sociálního prostředí?
9. Prošel psychoedukací, edukací o léčbě někdo z vašich blízkých, aby se dozvěděl, jakým onemocněním trpíte a co to znamená?

Význam svépomocné skupiny:

10. Jak dlouho jste členem Svépomocné skupiny Polárník?
11. Čím je pro vás účast ve skupině přínosná?
12. Jak vám změnila život?
13. Čím vám skupina pomáhá při zvládnutí vaší nemoci?
14. Máte pocit, že si vaše okolí všimlo nějaké změny ve vašem chování, v souvislosti s tím, že jste začal(a) chodit do skupiny?
15. Co od fungování skupiny očekáváte dál?
16. Jaké další oblasti mimo volnočasových aktivit, by měly pokrývat svépomocné skupiny?

Doporučení pro zakládání svépomocných skupin:

17. Doporučil(a) byste i ostatním duševně nemocným založení svépomocné skupiny? Proč?
18. Co je podle vás z organizačního hlediska pro vznik a fungování svépomocné skupiny důležité?

7.6 Práce s daty

Data jsem získávala během rozhovorů s šesti respondenty. Tyto rozhovory jsem si nahrávala na diktafon a mobilní telefon, docházelo tak k jejich fixaci do podoby audiozáznamu.

Proces fixace kvalitativních dat je první fází data managementu. Data management jsou dílčí úkony a procedury související s propojováním fáze získávání dat a analýzy dat. Audio a videozáznam patří dnes k nejběžnějším způsobům fixace kvalitativních dat (Martin Dolejš, osobní sdělení, květen 2014).

Po té jsem prováděla transkripci dat a jejich systematizaci a kódování. Již během transkripce jednotlivých rozhovorů, jsem odpovědi řadila do tematických okruhů, které jsem si předem určila (např. onemocnění a léčba, psychoedukace, edukace o léčbě). Následně jsem data třídila a redukovala uvnitř těchto kategorií.

7.7 Harmonogram výzkumu

Práci se svépomocnou skupinou se věnuji již od roku 2010. V roce 2010 jsem byla na své první konferenci sociální psychiatrie. Byla to XXXI. konference sociální psychiatrie v Karlových Varech. Tam jsem získala své první poznatky o komunitní péči atp. V roce 2012 jak píšu již výše, jsem na XXXII. konferenci sociální psychiatrie vystoupila s příspěvkem „Svépomocná skupina Polárník – zpráva o fungování“, v rámci něhož jsem představila naši svépomocnou skupinu, uvedla příklady našich aktivit a snažila se upozornit na potřeby členů naší skupiny, protože na konferenci byli chápáni jako zástupci duševně nemocných. V době prezentace jsem již studovala na VŠ psychologii.

V listopadu 2012 přišla tedy první myšlenka věnovat se tomuto tématu ve své bakalářské práci. V roce 2013 jsem byla poprvé na programu PREDUKA v Psychiatrickém centru Praha. Od této doby jsem se začala blíže o tuto problematiku zajímat, protože efektivita a důležitost psychoedukace je podle mého názoru podceňovaná. Na začátku roku 2014 jsem formulovala cíle své bakalářské práce a začala přemýšlet o tematických okruzích rozhovorů pro výzkum v ní. Samotné rozhovory pak vznikaly na začátku letošního roku, roku 2015.

7.8 Etické aspekty výzkumu

Rozhovory pro získání dat, jsem sbírala mezi členy Svépomocné skupiny Polárník, kteří jsou dlouhodobě duševně nemocní. Svépomocná skupina funguje na malém městě. Proto jsem se snažila při interpretaci výsledků být opravdu důsledná v anonymizaci dat. Například v kapitole vymezení a popis výzkumného vzorku jsem uvedla jen výpis diagnóz, onemocnění, kterými členové skupiny trpí. Byť se mi to zdálo jako odosobňující. Stejně jsem postupovala i s popisem příznaků, které souvisejí s onemocněními jednotlivých respondentů, tedy členů svépomocné skupiny. Přišlo mi důležité je pro představu, s čím se tyto lidé potýkají uvést, ale nechtěla jsem, aby bylo možné je spojit s konkrétní osobou.

Nahrávky rozhovorů jsem si z diktafonu a mobilního telefonu při nejbližší možné příležitosti stáhla do počítače, kde je mám uložené pod čísly jedna až šest. Při jejich transkripci jsem je již zařazovala do kategorií, vymezených tematickými okruhy, takže ani z textu, který vzešel transkripcí, není patrné, kdo z respondentů daná sdělení říká.

Respondenty se před začátkem rozhovoru upozornila, že si ho pro lepší práci s daty budu nahrávat a že tím, že rozhovor poskytnou, dávají svolení s publikováním informací z nich vzešlých. Dále jsem jim sdělila, že pokud by si svou účast rozmysleli, tak mě mohou kontaktovat a já ještě před odevzdáním této práce můžu z výzkumného souboru vyřadit. Rozhovory jsem prováděla v místě, kde se daný respondent cítil dobře a dané prostředí ho nijak neomezovalo v tom, aby byl při svých odpovědích otevřený. Respondentům jsem též nabídla možnost neodpovídat na otázky, které by jim byli nějakým způsobem nepříjemné apod. Požádala jsem je však, aby mi, pokud se tak stane, sdělili, proč nechtějí na danou otázku odpovídat.

Problematickým při sběru dat se mohlo stát i to, že jsem výzkum prováděla v pozici vedoucí Svépomocné skupiny Polárník a tak, by se mohli respondenti bát odpovídat pravdivě. Doufám však, že při otevřenosti jaká mezi členy svépomocné skupiny vládne a důvěře, kterou v sebe máme, by se mi členové skupiny nebáli projevit nesouhlas a otevřeně říct, co si myslí, ani v době, kdy sbírám data pro svou bakalářskou práci.

8 Výsledky výzkumu

V této kapitole se pokusím odpovědět na všech pět výzkumných otázek, které jsem si položila. Tyto otázky se týkají cílů mé práce, popsat na příkladu konkrétní svépomocné skupiny význam svépomocných skupin, dle odpovědí respondentů a mých vlastní zkušeností s vedením svépomocné skupiny vytvořit doporučení pro jejich budoucí další zakladatele. A uvést souvislost psychoedukačních mechanismů se skupinovou dynamikou a vzájemnou laickou psychoedukací.

Respondenti odpověděli na všechny otázky, k žádné neměli výhrady. Pouze u výzkumné otázky č. 2: jak ovlivňuje Svépomocná skupina Polárník život svých členů, podotázky č. 16.: jaké další oblasti mimo volnočasových aktivit, by měly pokrývat svépomocné skupiny, neměli představu, protože vlastní svépomocnou skupinu zaměřenou na volnočasové aktivity chápou mnohem šířeji.

8.1 Výzkumná otázka č. 1: Jakou zkušenost s psychoedukací mají členové Svépomocné skupiny Polárník?

K této výzkumné otázce se v mém rozhovoru vztahovaly dvě podotázky, ptala jsem se respondentů, zda prošli psychoedukací oni sami a zda byl o jejich nemoci edukován někdo z jejich příbuzných či blízkých.

Z odpovědí vyplynulo, že s psychoedukačním programem se setkal pouze jeden respondent, trpící psychózou, který uvedl, že se během všech čtyř hospitalizací vzdělával s programem PRELAPSE.

Sám k tomu řekl: „*Prošel jsem psychoedukací pro nemocný i pro rodiče, bylo to při první hospitalizaci. Během každé ze čtyř hospitalizací jsme měli měsíční program, vždy hodinu týdně, kdy jsme měli poznávat svojí nemoc, dostali jsme poznámkový bloky a povinně jsme si zapisovali poznámky z přednášek o léčích apod., bylo to v rámci programu PRELAPSE. Problém je, že to je v rámci hospitalizace a ty si nestíháš psát, nevnímáš, co říkají. Já jsem to pochopil, až zpětně, když jsem si ty poznámky z toho po dvou letech, přečetl v klidu doma.*“

Další respondentka uvedla, že psychoedukace v léčebně byla jen pro schizofreniky, a že když potřebuje něco vědět, zeptá se své ambulanti psychiatričky. Dalším respondentkám informace o jejich nemoci sdělil až ambulanti psycholog nebo sociální pracovník, i když v té době již docházely dlouhodobě k psychiatrovi.

Edukování rodinných příslušníků a blízkých probíhá individuálně v době propuknutí onemocnění, tedy především při první hospitalizaci. Pouze jediní rodiče výše zmíněného psychotika se setkali při jeho první hospitalizaci s psychoedukačním programem PRELAPSE.

Lékaři komunikují s respondenty a jejich blízkými o nemoci zpravidla při první hospitalizaci. Při dalších hospitalizacích už lékaři považují nemocné za dostatečně informované a v případě potřeby očekávají aktivitu ze strany nemocného. Lidé s duševním onemocněním se často bojí ptát. Jsou stigmatizováni, stydí se za své onemocnění, sami nevědí, co se s nimi děje. Někdy jim to přijde divné a tak o tom raději nemluví, natož aby se na to ptali. Lékaři se na odděleních často střídají, takže nemocný nemá šanci si k nim najít důvěru a navázat kontakt.

Hodně informací o nemoci respondenti a respondetky získávají i na klubu o. s. PDZ (probíhá zde psychiatrická rehabilitace, klub volnočasových aktivit, který vede sociální pracovnice), Polárnících a od kamarádů, kteří nemají stejnou diagnózu, ale zkušenosti s nemocí mají také. Jedna z respondentek uvedla, že se snažila získat co nejvíce informací z literatury.

Z rozhovorů je patrné, že lidé, kteří trpí nějakým typem psychotického onemocnění, se ve své nemoci orientují daleko lépe, než ti, kteří mají jiná nepsychotické onemocnění. Jsou s ním daleko více sžiti, smíření.

Respondent se vyjadřuje: *„Ne nejsem v tom nijak školenej, ale když jsem měl v roce 2010 druhou ataku nemoci, tak jsem si sám došel za paní doktorkou, navýšili jsme léky asi na měsíc a zvládlo se to bez hospitalizace. Takže jsem ty varovné signály poznal sám, i když nejsem školenej.“*

A týž respondent: *„Já to poznám sám, že se mi dějou nestandardní smyslové vjemy, cítím zesílenou vůni růže, když od ní stojí tři metry daleko, což je blbost nebo vidím tmavý barvy.“*

To může být dáno jejich individuálními rysy nebo také tím, že na psychózy a lidi nemocné psychózou jsou lékaři i celý systém psychiatrické péče nastaven a informací, byť mimovolně k nim pronikne nejvíc a ostatní diagnózy jsou chápány jako okrajové, doplňkové a potažmo tedy méně závažné a k duševně nemocným s „jinými“ diagnózami se nedostane tolik péče ani informací.

O vnímání psychotických a nepychotických onemocnění vypovídá informace psychiatra určená rodičům jedné z respondentek, ta uvádí, že její psychiatr sdělil jejím rodičům, že mohou být klidní, že je to v pohodě, že schizofrenie to není.

8.2 Výzkumná otázka č. 2: Jak ovlivňuje Svěpomocná skupina Polárník život svých členů?

S touto otázkou souvisely tyto podotázky. Čím je pro vás účast ve skupině přínosná? Jak vám změnila život? Máte pocit, že si vaše okolí všimlo nějaké změny ve vašem chování, v souvislosti s tím, že jste začal(a) chodit do skupiny? Co od fungování skupiny očekáváte dál? Jaké další oblasti mimo volnočasových aktivit, by měly pokrývat svěpomocné skupiny?

Nejvíce se respondenti vyjadřovali k podotázce, čím je pro vás účast ve skupině přínosná? Všichni respondenti uvedli, že tím, že mají přátele, nejsou izolovaní, osmělí, mají kontakty s lidmi, mohou být sami sebou, být mezi lidmi, kteří jim rozumí a chápou je, ale zároveň nejsou na tom tak špatně, jsou kompenzovaní.

„Nejsem izolovaná a mám přátele. Můžu být konečně sama sebou a to mě nabijí, protože jsem byla dlouhé roky osamělá, izolovaná, na základní škole jsem prošla šikanou a měla jsem zdravotní problémy, které se tou celou dobou táhly a i když se mi to rodiče snažili vynahradiť tak to není totéž, jako když máš přátele a zázemí, což je taková kotva, taková vzpruha. Dodává mi to sebevědomí. Můžu si popovídat s někým, kdo má podobný problémy jako já. Zdravý se nemůže vžít do problémů na 100%.“

Dva respondenti uvedli, že je pro ně přínosné, že si na skupině našli přátele, se kterými se stýkají i mimo skupinu, nebo si s nimi telefonují.

„Že s lidmi ze skupiny můžu chodit na individuální akce, mě postavilo na nohy. Jsem rád, když se na svobodě můžeme takhle scházet. Mě to přijde jako když se propuštěný z kriminálu (myšleno z psychiatrie), musí hlásit na policejní stanici (psychiatrická

ambulance) a jako, když se schází s těma napravenějma parťákama (ostatní duševně nemocní) na svobodě, což mi jako jsme. Tak je to takový lepší, když tam není ten dozor, ty policistky v podobě té sociální pracovnice.

Více respondentů také uvedlo, že je výhodou, že se skupina schází prakticky kdykoliv, tedy i o víkendech, o svátcích, během prázdnin apod. A že setkání skupiny nejsou časově ohraničená, že netrvají jen pár hodin, jako v klubu o. s. PDZ. Podle názorů respondentů je důležité i to, že se aktivit skupiny účastní duševně nemocní, kteří mají své onemocnění již více kompenzované, schází se v menším počtu a mají cíl. Dalším často zmiňovaným přínosem byla i možnost seberealizace, prostor pro realizaci. Zmiňováno bylo, že svépomocná skupina vytváří prostor, kde může člověk víc poznat sám sebe. Někteří také uvedli, že je pro ně důležité mít možnost scházet se a fungovat bez přítomnosti sociální pracovnice.

„Svépomocná skupina byla pro mě hodně důležitá, já jsem dřív chodila do práce a potřebovala jsem mít kontakty s lidma a já jsem ty kontakty neměla, byla jsem úplně izolovaná, takže bylo fajn, že jsem měla kam jít. Teď do práce nechodím, nejsem tak unavená a mám víc energie, takže ty vztahy můžu více rozvíjet. Nežiju v izolaci, můžu nacházet vztahy. Jsou tam lidé, se kterými si člověk může v klidu popovídat, nejen psychotici, ti mají svůj svět a nechápou nás a my zase samozřejmě nechápeme je. A taky, když vyjdeš z PDZ, kde je to jen na pár hodin, tak můžeš s těma ostatníma trávit čas, když to někdo vymyslí a zorganizuje.“

Další respondent uvádí: *„Mám rád Polárníky, děláme činnosti, kdy nás nikdo neřídí. Sociální pracovnice se snaží vytvářet kamarádké klima, ale pořád cítíš, že tam někde jsou. Polárník je otevřenější, dává to větší motivaci větší sebevědomí. Dokážeš si věci zorganizovat i sám. Je to parta, více jsme se sblížili, jsem komornější. Je to přirozená volnost, můžeme se dozvědět různé věci. Lidé tam jsou komunikativnější. Můžeš se bavit i o blbostech a odreaguješ se.“*

K tomu, zda si okolí všimlo nějaké změny na nemocné v souvislosti s tím, že chodí na svépomocnou skupinu, se vyjádřila jen jedna respondentka, že ano, že všimlo. Mluví o tom, že je otevřenější, a že některé věci se naučila dělat jinak.

Na otázku, co očekávají od fungování skupiny dál, všichni odpověděli, že předpokládají, že bude pokračovat dál. Každý to však odůvodňuje jinak. *„Klub teď nemá*

pestrý program, neplánují výlety, nemluví se tam o nemocech. Chtěl bych pokračovat v aktivitách, které nás baví. Je dobré mít kam jít. Chtěla bych, aby ty vztahy pokračovali.“

K otázce, jak respondentům změnila skupina život, uvedli respondenti toto. *„Úplně od základu byla jsem sama a teď nejsem. Vztahy, kamarádství, to mi hodně pomohlo. Člověk si rozšíří obzory a mohu lépe poznat ostatní. Učím se zvládat stres, když se tam s někým chytanu. Tím, že mi ho vyplňuje.“*

Skupina ovlivňuje svým členům život hlavně v tom, že mají přátele, mohou se s nimi kdykoli scházet, tyto přátele jim rozumí a oni mohou být tak sami sebou. Mohou být samostatní, realizovat své nápady a tím i sami sebe. Mohou víc poznat sami sebe. Někteří jsou i otevřenější vůči okolí. Důležitá je také možnost odreagování a přesah do vztahů mimo schůzky skupiny.

8.3 Výzkumná otázka č. 3: Jak pomáhá Svépomocná skupina Polárník svým členům zvládat jejich duševní onemocnění?

U odpovědi na tuto otázku všichni respondenti shodně uvedli, že tím, že mají kam jít, mají přátele, mohou se scházet s ostatními, tím, že nejsou izolovaní a sami a mohou se tak vyprávět, mohou o nemoci mluvit otevřeněji. Nejsou na své problémy sami a mohou o nich otevřeně mluvit.

Jedna respondentka také uvedla, že jí skupina při zvládání nemoci pomáhá odreagováním. *„Když se mě chce mluvit, můžu mluvit, když se mi nechce, nemusím. Člověk může myslet na něco, když jsme pohromadě a děláme nějakou aktivitu.“*

Jedna z respondentek také uvedla, *„můžu někam jít, a jednotlivci, volám si s jednou členkou a i aktivitama, spoustu věcí jsem nikdy nedělala.“*

Pomáhá tak vzájemná podpora, možnost o svých problémech někde mluvit a otevřít se, nebýt na svůj problém sám. Také odreagování se a uvolnění při skupinových aktivitách a i učením se novým věcem.

8.4 Výzkumná otázka č. 4: Proč by doporučili členové svépomocné skupiny Polárník zakládání svépomocných skupin dalším duševně nemocným?

Nejprve bych chtěla uvést, že všichni dotazovaní, by ostatním duševně nemocným založení svépomocné skupiny doporučily. Mezi důvody proč skupiny zakládat patřilo, že se člověk v takovéto skupině osamostatní, ověří si, že může zvládnout spoustu aktivit a činností sám. Je více motivován, protože musí věci zvládat sám. Důvodem je i to, že na svépomocných skupinách se scházejí již nemocní v kompenzovanějším stavu s nějakým společným cíle. Svépomocné skupiny by se tak měli zakládat, aby se tito nemocní měli kde scházet a mohli se rozvíjet. Důležitým faktorem je i to, že se, členové takové skupiny, cítí hrdí na to, že to zvládají sami a zvedá se tím tak jejich sebevědomí.

Respondent říká: *„Určitě, tím že založíš skupinu, že v ní funguješ, tím si ověříš a zjistíš, že zvládneš věci, o kterých sis myslela, že nemůžeš nikdy zvládnout. Například na klubu, kde jsou sociální pracovníce, nemám potřebu něco dělat, ony všechno zařídí. Tady na skupině je k tomu větší prostor. Navíc sociální pracovníce jsou spíše jako autority, mají na starosti více klientů a jsou zdravé.“*

Další uvádí: *„Samozřejmě, na Polárce (klub o. s. PDZ), je sociální pracovníce, střídají se tam, ke každé z nich mám jiný vztah, navíc na klubu jsou hodně nemocní (v méně kompenzovaném stavu), bývá tam někdy hodně lidí. U polárníků je to lepší, je to komornější, není tam sociální pracovníce. Mě to jako zaujalo. Na polárku se musí přece jen chodit tak trochu povinně, kdežto na Polárníku, je to úplně dobrovolný, což se mi líbí, že je to takový svobodnější.“*

Respondent odpovídá: *„Ten Polárník si mě získal společenskými akcemi - návštěva multikina, návštěva plesu, pouť v Chrudimi, návštěva diskotéky, kdybychom zůstali jen v klubu a nechodili ven, byla by to jen kopie Polárky, i když ta chodí taky ven, ale u toho Polárníku, je to takový, no. Cílem duševně nemocného je co nejvíce se osamostatnit, osvobodit se od těch klepet tý psychiatrie, protože na to nebývají hezký vzpomínky a přiblížit se co nejvíce tomu normálnímu společenskému životu. A to si myslím, že prvním krokem je ta Polárka, další je ten Polárník, je to taková nadstavba.“*

Krátké reakce: *„Ano, neváhej, aby se ty komunikativnější měli kde scházet.“* *„Učí nás to fungovat v realitě“.*

Jedna respondentka k tomu uvedla, že výhodou takových to skupin je, že se mají jejich členové možnost učit se za pochodu, že pro ni je spousta věcí těžkých, ale že se je

učí zvládat, že na sobě tak pracuje. Všechno nové, neznámé je pro ni stresující a bojí se toho, na skupině si to může zkusit.

8.5 Výzkumná otázka č. 5: Co považují členové svépomocné skupiny Polárník za podstatné pro vznik funkční svépomocné skupiny?

Z věcného praktického hlediska jsou podle respondentů důležité prostory, aby se skupina měla kde scházet.

Jistě lze se scházet i po kavárnách, restauracích, parcích a jiných veřejných prostorech a místech. Pokud má však svépomocná skupina klubové prostory získá tak chráněné místo, kde se může scházet a otevřeně mluvit, hrát různé hry apod. Většinou vznikají svépomocné skupiny při neziskových organizacích, které jim často umožní scházet se v jejich prostorách, problém je však ten, že je to mnohdy jen na omezenou dobu a že je to například jen v pracovní den a třeba jen v odpoledních hodinách.

Pro fungování svépomocné skupiny je dobré najít zdroj podpůrných finančních prostředků, který by jejím členům umožnil více se rozvíjet a některým z nich se do aktivit vůbec zapojit.

Svépomocná skupina Polárník funguje bez příspěvků, grantů apod. Její členové si vše hradí sami. V prvních dvou letech jsme dostali příspěvek od o. s. PDZ na materiál a na jízdenky a vstupenky, který jsme využili při našich výletech. Pro některé členy skupiny, kteří mají nízký invalidní důchod, je náročné docházet na všechny aktivity. Například proto, že dojíždějí a musí tak platit benzín do auta, protože bydlí na vesnici, odkud jezdí autobusy málo a o víkendů vůbec. Sponzory je v oblasti péče o duševně nemocné problém, slova jako duševně nemocný, psychiatrie apod. nesou již několikrát zmíněné stigma. A mnoho skupin, jak už jsem také psala, nemá právní subjektivitu.

Více respondentů také uvádí, že by takovéto skupiny měli zakládat buď organizačně schopní jedinci, nebo malá skupinka přátel, kteří se dobře znají a vědí, jaké mají ostatní přednosti a v čem selhávají.

Respondenti také mluví o struktuře činnosti skupiny.

Je příjemné a motivující, že ostatní vědí, na co se mohou v blízké době těšit, že se zrealizuje například výlet do Prahy do Národního divadla, kde nikdy nebyli. Důležité je to i pro to, aby se mohli členové skupiny střídat v pořádání aktivit.

9 Diskuse

Během výzkumu, rozhovorů mě zaujalo, jak dobře a hodně se lidé s psychotickými onemocněními orientují ve svém onemocnění. Jak mají podchycené varovné příznaky, vědí, kde jsou hranice jejich sil, co si ještě mohou dovolit a co už ne. Jak mluví o některých věcech jako o to, že je to součástí nemoci a že se s tím musí smířit apod. Ostatní respondenti vůbec tyto dovednosti nemají. Přišlo mi, že neustále hledají a snaží se své problémy nějak uchopit a pochopit. Napadá mě více možných důvodů, jak si tuto skutečnost vysvětlit. U lidí trpících psychotickým onemocněním se předpokládá, že jejich onemocnění bude invalidizující, takže se více pozornosti při péči o ně věnuje tomu, aby se zvládli o sebe postarat. Je samozřejmé, že ataky například u schizofrenie jsou závažné, v akutních stavech může takový člověk ublížit sobě i ostatním, zároveň každá další ataka u takto nemocného člověka poškozuje jeho mozek. Takže je důležité, aby se takto nemocní jedinci naučili poznávat varovné signály, ale pro lidi například s depresemi, úzkostmi je to, že jim lékaři nevěnují dost pozornosti a mnohdy považují jejich onemocnění v porovnání s psychózami za lehká, demotivující a zároveň ztrácí důvěru v takového lékaře, ale i v instituce, které se zabývají péčí o duševně nemocné. Tito lidé jsou často schopni nějakým způsobem fungovat, ale veškerou energii směřují na vykonávání běžných každodenních činností, ale nezvládají již zjišťovat proč je jim tak špatně a co by pro sebe mohli udělat, teprve až tehdy když u nich dojde k dekompenzaci, a tím na sebe strhnou pozornost, dostane se jim odborné pomoci. Otázkou je také to, jestli mají lékaři vůbec čas vysvětlovat pacientům, co to znamená bludný kruh deprese a proč musí brát antidepressiva ještě dva roky potom, co měli ataku, i když jim už nic není. Jestli opravdu nestihají řešit jen ty nejzávažnější případy, kterými lidé trpící některým z psychotických onemocnění často jsou.

Bylo by zajímavé tak další výzkum směřovat k vytvoření psychoedukačních programů pro například nemocné trpící depresivní poruchou, nebo některou z úzkostných poruch a zkoumat vliv toho, že byli edukováni na jejich další život s nemocí.

V diskusi jsem se chtěla zmínit ještě o respondentech, se kterými jsem rozhovory uskutečňovala. Je možné, že jsou jejich odpovědi tak konzistentní proto, že si na svépomocné skupině otevřeně o mnoha věcech povídáme, takže jsou schopní si například říci o pomoc a nenechat si některé věci líbit. Nevím, zda to tak funguje ve všech skupinách. Moji respondenti jsou, co se týče svých problémů daleko komunikativnější a

sdílnější a tak se nebojí vyjádřit svůj názor, jsou tedy zvýhodněni pocitem určité nově nabitě jistoty.

Přemýšlela jsem také o zakladatelích a vedoucích svépomocných skupin duševně nemocných. Je obtížné založit takovou skupinu. Je složité komunikovat tak, aby člověk nějakým způsobem vyšel se všemi. Lidé s duševním onemocněním jsou často vztahovační, nechápou, jak to ten druhý myslel. Někdy pak dochází ke „komunikačním“ konfliktům, je potřeba si spoustu věcí vyřikávat a všechny tyto věci nějakým způsobem zastřešit a vyřešit. Mnohdy lidé, kteří chtějí založit takovou skupinu, nejsou schopni domyslet všechny praktické a organizační věci. Může se pak stát, že se o založení skupiny pokusí, a když to nedopadne, cítí zklamání a selhání. A odradí je to se i v budoucnu do takovýchto věcí pouštět. I přes všechny nesnáze a těžkosti si myslím, že by duševně nemocní měli skupiny zakládat a měli v tom být podporováni.

Chtěla bych se vrátit k edukování příbuzných a blízkých. Přijde mi náročné být nemocným potýkat se svým onemocněním, jeho příznaky, s fungováním ve světě a ještě se připravovat o síly ve „svém“ prostředí bojem s nepochopením a neporozuměním svých nejbližších. Je to pro nemocné značně stresující a zraňující. Obtížné je to i pro stranu pečující. Ta se snaží dělat pro své blízké to nejlepší, ale vidí to zpravidla svojí optikou, svým úhlem pohledu. Mnohdy se pro své nemocné příbuzné obětují a nedostane se k nim informace, doporučení, že i oni mají mít své zájmy své známé. Někdy tak nežijí svůj vlastní život, což ubližuje jim i jejich nemocným příbuzným. V některých situacích ztrácí náhled, což by rodinná edukace nebo prostor pro individuální edukaci pro příbuzné mohl vyřešit. Taková edukace by ideálně měla proběhnout jedenkrát za půldruhého roku.

10 Závěry

Výzkum ukázal, že se duševně nemocní s psychoeducací téměř nesetkávají a většinu informací o svém onemocnění získávají při první hospitalizaci nebo na začátku svého onemocnění. Psychoedukační programy v České republice jsou téměř stoprocentně zacíleny na pacienty se schizofrenií, ale ani u nich nejsou běžnou součástí jejich léčby. Informace o svém onemocnění získávají lidé s duševním onemocněním z literatury a od sociálních pracovníků, psychologů, ale i od komunity ostatních duševně nemocných, například na schůzkách svépomocné skupiny. Dále je z výzkumu patrné, že rodinní příslušníci byli o nemoci svého blízkého informováni odborníky zpravidla jen v době propuknutí jeho onemocnění a prošli individuální psychoeducací. A že skupinovou rodinnou psychoeducací prošli jen jedni rodiče.

Pro členy svépomocné skupiny Polárník je svépomocná skupina bezpečným místem, kde se mohou sami dle svých představ bez „vedení“ sociálních pracovníků či jiných profesionálů ve spolupráci s ostatními členy zkoušet osamostatnit, realizovat a fungovat, nebo se to alespoň učit. To je sblízuje a dává jim pocit silné sounáležitosti se sociální jednotkou lidí se stejnými obtížemi a zážitky, které by ovšem jinak neměli příležitost potkat. U některých členů dochází k pozitivním změnám v jejich chování, kterých si všimlo i jejich okolí. Všichni respondenti se též shodují na tom, že si přejí, aby skupina nějakým způsobem fungovala dál. Na otázku, zda jim skupina nějak změnila život, odpovídají většinou, že ano, hlavně tím, že našli vztahy s lidmi, kterým se mohou svěřit a mluvit s nimi o své nemoci.

Význam svépomocných skupin pro duševně nemocné je hlavně v tom, že mohou být součástí nějaké komunity lidí, dalo by se říci party přátel, v níž jsou všichni akceptováni takoví, jací jsou. Skupina je prostorem pro otevřenou komunikaci, její členové se v nich naučí projevat své emoce a funkčně reagovat a tuto dovednost pak uplatňují i při komunikaci mimo skupinu. Dalšími bonusy je zvládání stresu, strukturování svého času, nové dovednosti atd.

Pro zvládání nemoci je svépomocná skupina pro její členy důležitá jako podpora. Mají možnost se svěřit ostatním, otevřeně mluvit o svých problémech a nejsou na ně sami. Také jako místo relaxace a odreagování od každodenních starostí.

Jak vyplývá z výše uvedených skutečností, je mnoho důvodů pro vznik svépomocných skupin duševně nemocných a všichni respondenti se shodli na tom, že by se svépomocné skupiny měly zakládat.

Pro vznik svépomocných skupin je podle členů Svépomocné skupiny Polárník nejdůležitější mít prostory, kde se může skupina scházet, najít zdroj podpůrných finančních prostředků a domluvit se, kdo bude za skupinu odpovědný a kdo jí povede. Otázka vedoucího, organizátora je z pohledu respondentů nejdůležitější, protože shledávají vedení skupiny velice náročným a obtížným.

11 Souhrn

Tématy mé práce jsou psychoedukace a svépomocné skupiny uživatelů psychiatrické péče. Cílem mé práce bylo popsat na příkladu svépomocné skupiny pro duševně nemocné význam svépomocných skupin pro tuto cílovou skupinu. A vytvořit praktická doporučení pro jejich vznik.

V první kapitole se snažím nastínit a popsat současné postavení duševně nemocného v systému psychiatrické péče a upozornit na startující reformu péče o duševní zdraví, která by měla mimo jiné vést k rozvoji komunitní péče. Opírám se především o poznatky z posledních třech Konferencí sociální psychiatrie, které proběhly v letech 2010, 2012 a 2014.

V následujících čtyřech kapitolách se věnuji vymezení pojmů duševně nemocný, komunitní péče, psychoedukace a svépomocná skupina. Při vymezování pojmu komunitní péče, se nejdříve snažím určit, kam se tento typ péče o duševně nemocné řadí v systému psychiatrické péče, porovnávám zde tři různé pohledy Rabocha, Pavlovského et. al., Praška a Pěče. Poté popisují principy, cíle a současný stav komunitní péče, tzn., jaké konkrétní služby komunitní péče jsou v současnosti dostupné duševně nemocným v České republice. V kapitole psychoedukace, se zabývám jejími odlišnostmi u různých diagnóz, píšu o psychoedukačních programech určených pro pacienty trpící psychotickým onemocněním – Program pro dobré zdraví, PRELAPSE a PREDUKA. Průběh programu PREDUKA pak popisují na základě vlastních zkušeností, které jsem získala během jeho pozorování v Psychiatrickém centru Praha. V závěru kapitoly uvádím informace o počtech zařízení, které psychoedukační programy u nás provádějí. Posledním pojmem, který se ve své práci snažím definovat, je svépomocná skupina. Nejprve se zmiňuji o terciární prevenci, do jejíhož okruhu se svépomocné skupiny řadí, dále se věnuji jejich obecnému dělení a následně pak dělení svépomocných skupin uživatelů psychiatrické péče podle druhů aktivit, které mají jako cíl. Píši zde i o historickém kontextu vzniku svépomocných skupin a jejich obecném významu. V závěrečné podkapitole se zabývám současnou situací svépomocných skupin v ČR.

V šesté kapitole se věnuji popisu konkrétní svépomocné skupiny, Svépomocné skupiny Polárník. Uvádím mimo jiné, za jakých okolností vznikla, jaké je její motto, cíle a pro jakou cílovou skupinu je určená. Dále píšou o jejich aktivitách, o skupinové dynamice této svépomocné skupiny a o jejich destigmatizačních aktivitách.

V následující sedmé kapitole se již zabývám obecnými výzkumnými charakteristikami. První z nich je vymezení výzkumného problému a cílů výzkumu. Výzkumem k této bakalářské práci navazuji na data a z nich vyplývající zjištění, která jsem získala v roce 2012 při přípravě příspěvku „Svépomocná skupina Polárník – zpráva o fungování“, který jsem prezentovala na XXXII. konferenci sociální psychiatrie v Chrudimi a na jehož vzniku se podíleli i členové svépomocné skupiny. Vymezuji zde i výzkumné otázky:

1. Jakou zkušenost s psychoeducací mají členové Svépomocné skupiny Polárník?
2. Jak ovlivňuje Svépomocná skupina Polárník život svých členů?
3. Jak pomáhá Svépomocná skupina Polárník svým členům zvládat jejich duševní onemocnění?
4. Proč by doporučili členové svépomocné skupiny Polárník zakládání svépomocných skupin dalším duševně nemocným.
5. Co považují členové svépomocné skupiny Polárník za podstatné pro vznik funkční svépomocné skupiny?

V následující podkapitole popisují výzkumný vzorek, který tvoří 4 ženy a 2 muži ze Svépomocné skupiny Polárník, na kterém jsem následně prováděla výzkum. Protože mě zajímali konkrétní a individuální potřeby všech respondentů zvolila jsem pro svou práci kvalitativní přístup a data jsem sbírala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Následně uvádím okruhy, které jsem při těchto rozhovorech používala. Poté popisují práci se získanými daty, harmonogram výzkumu a jeho etické aspekty. Etické aspekty se týkají především toho, že jsem si rozhovory s respondenty nahrávala, abych mohla s takto získanými daty snáze pracovat, a také jsem se dotkla faktu, že jsem výzkum prováděla na respondentech skupiny, ve které jsem vedoucí.

V osmé kapitole uvádím výsledky výzkumu. Snažím se odpovědět na všech pět výzkumných otázek. Z výsledků vyplývá, že se psychoeducace prováděné formou programu zúčastnil pouze jeden respondent. A že k informování, edukaci blízkých dochází většinou jen při propuknutí onemocnění u jejich blízkého. Výzkum dále ukázal, že přínos svépomocné skupiny vidí její členové především v tom, že mají přátele a nejsou osamělí, dále uvádějí možnost schůzek prakticky v jakémkoli čase, seberealizaci, pochopení ostatními, samostatnost, učení se novým dovednostem atp. Ve zvládnutí nemoci respondentům členství ve skupině napomáhá hlavně, tím, že se mají komu svěřit se svými problémy, mají s kým otevřeně mluvit o své nemoci a pocitech a že nejsou se svými problémy sami. Všichni respondenti se při rozhovorech shodli, že by doporučili dalším

duševně nemocný, založení svépomocné skupiny, hlavně proto, že skupina podporuje své členy v samostatnosti, umožňuje ji realizovat se atp. Za podstatné pro založení svépomocné skupiny považují respondenti, prostory pro scházení, finanční prostředky pro podporu její činnosti, strukturovanost schůzek a organizačně zdatného vedoucího.

Závěrem, význam svépomocných skupin pro duševně nemocné je podle respondentů v tom, že mohou fungovat v partě lidí, která je chápe, podpoří je a vyslechne, když to potřebují, nabízí jim zázemí, prostor pro seberealizaci, poskytuje jim vztahy, zpětnou vazbu při komunikaci, dá se v ní otevřeně mluvit o duševních nemocech a jejich projevech, schází se tehdy, kdy se lidé ze skupiny domluví, lidé v ní jsou komunikativní, samostatní a spojuje je společný cíl.

Použité zdroje

1. Bankovská Motlová, L. a kol. (2012). Psychoedukace u schizofrenie. Praha: Psychiatrické centrum.
2. Bankovská Motlová, L., Dragomirecká, E., Blabolová, A., Španiel, F., Slováková, A., & Pokorný, P. (2013). Psychoedukace u schizofrenie očima pacientů Průzkum názorů pacientů na psychoedukaci v České republice v roce 2009. *Psychiatrie*, 17(3), 122-128.
3. Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2004). Psychoedukace. In C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka (Ed.). *Psychiatrie*. (692 – 694). Praha: TIGIS
4. Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2011). Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta
5. Baštecká, B. (2003). Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál.
6. Baštecká, B., Goldmann, P. (2001). Základy klinické psychologie. Praha: Portál.
7. Evropský sociální fond v ČR. (2015). *Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné*. Získáno z <http://www.esfcr.cz/projekty/zapojeni-peer-konzultantu-do-pece-o-dusevne-nemocne>
8. ITAREPS. (2015). *Vítejte na stránkách ITAREPS*. Získáno z <https://www.itareps.com/cs/?c=cz>
9. Kolařík, M. (2011). Interakční psychologický výcvik. Praha: Grada
10. Kratochvíl, S. (1996). Skupinová psychoterapie v praxi. Praha: Galén.
11. Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada.
12. MKN-10 Tabeleární část. (4. 4. 2015). *Přehled kapitol, podkapitol a skupin*. Získáno z <http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>
13. Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamaráfová, D., Jelenová, D., Látalová, K., ...Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie*. 110(5), 250 -258.
14. Pěč, O. (nedat.). Komunitní péče. Získáno 5. 4. 2015 z http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200:komunitni-pee&catid=64&Itemid=13
15. Pidrman, V., & Masopust, J. (2002). Psychoedukační program PRELAPSE. *Psychiatrie pro praxi*, 2(4), 161-167.

16. Praško, J. (2004). Kognitivně-behaviorální terapie. In C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka (Ed.). *Psychiatrie*. (663 – 676). Praha: TIGIS
17. Praško, J. (2005). Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál.
18. Praško, J. (2009). Poruchy osobnosti. Praha: Portál.
19. Praško, J. a kol. (2011). Obecná psychiatrie. Olomouc: Univerzita Palackého.
20. „Proč to děláme?“ (1. 4. 2015). Proč to děláme? [Zpráva z blogu]. Získáno z http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.VRvGD_msXmg
21. Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost. (2015). *Uživatelské organizace*. Získáno z http://psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=category&id=87&Itemid=127
22. Raboch, J., Pavlovský, P. et al. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
23. Seifertová, D. (Ed.), Praško, J. (Ed.) & Höschl, C. (Ed.). (2004). Postupy v léčbě psychických poruch. Praha: AMEPRA
24. Škarková, T., Bankovská Motlová, L., & Kitzlerová E. (2009) Zájem o zdravý životní styl u psychotických onemocnění: dotazníkové šetření mezi účastníky Programu pro dobré zdraví. (Krátké sdělení). *Psychiatrie*. 13(2-3), 66-67.
25. Šustrová, I. (2013). Svěpomocná skupina Polárník – zpráva o fungování. In Sborník příspěvků z XXXII. konference sociální psychiatrie Chrudim 2013. Chrudim: Sekce sociální psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP
26. Vida o. s. (2014) Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním. Získáno z <http://www.vidacr.cz/ke-stazeni/>
27. Vymětal, J. (2003). Lékařská psychologie. Praha: Portál.
28. Winkler, P., Španiel, F., Csémy, L., Janoušková, M., Krejníková, L. (2013). Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. Praha: Psychiatrické centrum.

Abstrakt

Název práce: Psychoedukační význam svépomocných skupin klientů s duševním onemocněním

Autor práce: Iva Šustrová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, Ph. D.

Počet stran a znaků: 54 stran a 102 760 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 28

Abstrakt: Svépomocné hnutí v psychiatrii tvoří svépomocné skupiny a sdružení rodičů a blízkých duševně nemocných a samotných nemocných. Ve své práci jsem se zabývala skupinami duševně nemocných, snažila jsem se na příkladu konkrétní skupiny, Svépomocné skupiny Polárník, popsat význam těchto skupin pro samotné nemocné. Zajímalo mě, jak ovlivňují jejich život, proč by se měly zakládat a co členové skupiny Polárník považují za podstatné pro vznik funkční svépomocné skupiny. Téměř na každé schůzce skupiny Polárník se přítomní baví o svých problémech, nemoci atp. V orientaci nemocnému v jeho onemocnění a adaptaci na život s ním by mu mimo jiné měla pomoci psychoedukace, edukace o léčbě. Dále mě tak zajímalo, jak členům svépomocné skupiny Polárník skupina pomáhá při zvládnání jejich onemocnění. Všechny tyto skutečnosti jsem zjišťovala prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které jsem provedla se šesti členy skupiny Polárník. Jejich výsledky v podobě odpovědí na výzkumné otázky prezentuji v závěrečné části své práce. Mimo jiné z nich vyplývá, že se s psychoedukací setkal pouze jeden respondent. A že, všichni respondenti mluví o skupině jako o bezpečném místě pro otevřenou komunikaci a považují jejich vznik za vhodný.

Klíčová slova: duševně nemocný, psychoedukace, komunitní péče, svépomocná skupina

Abstract

Title: The Psychoeducational Importance of Self-help Group Clients with Mental Illness

Author: Iva Šustrová

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, Ph. D.

Numberofpages and characters: 54 pages and 102 760 characters

Numberofappendices: 5

Numberofreferences: 28

Abstract: Self-help movement in psychiatry is formed by self-help groups and associations of parents and close friends of mentally ill patients, as well as by patients themselves. In my thesis, I addressed groups of mentally ill people and tried to describe the importance of those groups to patients, using an example of a particular group, self-help group called „Polárník“ (the Artic Explorer). I was interested in the way groups affect lives of patients as well as in reasons for their foundations. Also, I asked what the members of the Polárník group consider essential for the formation of a functional self-help group. At almost every meeting of the Polárník group the attendants are discussing their problems, illnesses etc. For orientation in patient's illness and adaptation to life with it, a psychoeducation and education about the illness should help, among other methods. Moreover, I was concerned about the ways in which the Polárník group helps its attendants with coping with their disease. I was exploring all those phenomenon using semi-structured interviews that I had held with six Polárník group members. Their results in the form of answers to research questions are presented in the final part of my work. Apart from other discoveries, they imply that only one respondent has previously met with psychoeducation. And all the respondents describe groups as a safe place for an open communication and consider the foundation of such groups appropriate.

Key words: mentally ill, psychoeducation, community social work, self-help group

Seznam příloh

Příloha 1: Kopie podkladu pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

Příloha 2: Pravidla Svépomocné skupiny Polárník pro užívání klubových prostor o. s. PDZ

Příloha 3: Interní pravidla Svépomocné skupiny Polárník

Příloha 4: Programový dotazník Svépomocné skupiny Polárník

Příloha 5: Obrázky

Příloha 1: Kopie podkladu pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2013/2014

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
ŠUSTROVÁ Iva	Čs. Armády 659, Chrudim - Chrudim IV	F121096

TÉMA ČESKY:

Psychoedukační význam svépomocných skupin klientů s duševním onemocněním

NÁZEV ANGLICKY:

The Psychoeducational Importance of Self-help Group Clients with Mental Illness

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Marek Kolařík, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

V teoretické části:

- Vymezení pojmů: duševně nemocný, psychoedukace, komunitní péče, svépomocná skupina.
- Zmapování situace svépomocných skupin na území ČR.
- Seznámí se svépomocnou skupinou Polárník se vznikem, fungováním a organizací této skupiny.
- Cíl: Na příkladu konkrétní svépomocné skupiny popis významu svépomocných skupin pro duševně nemocné. A vytvoření praktických doporučení pro jejich vznik.

V praktické části:

- Sestavení otázek pro rozhovory se členy svépomocné skupiny (předpokládaný počet vzorku 8). Pro nalezení a zmapování problematických oblastí.

- Na základě výsledků rozhovorů provedení ohniskové skupiny k zřehlednění názorů skupiny na jejich řešení.
- Zlepšit informovanost o možnostech svépomocných skupin pro duševně nemocné, jejich blízké a pracovníky pomáhajících profesí, kteří s nimi přicházejí do kontaktu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2011). Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta
- Höschl, C., & Wenigová, B. (2006). Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie. Praha: Tigris.
- Motlová, L., Španiel, F. (2002). Psychoedukace. In C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka (Ed.). Psychiatrie. (686-690). Praha: TIGIS
- Pěč, O., Probstová, V. (2009). Psychózy psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: TRITON
- Praško, J. (2005). Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Medical Tribune Group.
- Praško, J. (2005). Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba. Praha: Portál.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Pravidla Svépomocné skupiny Polárník pro užívání klubových prostor o. s. PDZ

o. s. Péče o duševní zdraví zapůjčí bezplatně Svépomocné skupině Polárník klubové prostory na adrese U Parku 828, 537 01 Chrudim, včetně energií, za účelem setkávání svépomocné skupiny, a to v četnosti 1x za čtrnáct dní.

Všichni účastníci svépomocné skupiny se zavazují dodržovat následující pravidla. Svůj souhlas potvrzují podpisem – příloha č. 2.

- Náplň setkávání Svépomocné skupiny Polárník probíhá v souladu s programovou náplní, která je uvedena v dokumentu svépomocné skupiny – příloha č. 1
- Účastníci svépomocné skupiny mohou užívat zařízení a vybavení klubu (např. nábytek, varná konvice, lednička), nesmí si jej však zapůjčovat ani přenášet mimo prostory klubu. Zařízení a vybavení užívají šetrně a hospodárně, aby nedošlo k jeho poškození. V případě poruchy nahlásí týž den pracovníkovi o. s. PDZ střediska Chrudim.
- Po ukončení setkání svépomocné skupiny účastníci uvedou prostory do stavu, ve kterém byly před započítáním setkání (uzavřená okna, uzamčené balkónové dveře, odpojená varná konvice, zhasnutá světla ...)
- Materiál na výtvarné činnosti mohou účastníci setkání svépomocné skupiny užívat pouze po předchozí konzultaci s vedoucí střediska Chrudim o. s. PDZ, která určí množství a druh použitého materiálu.
- Účastníci setkávání svépomocné skupiny užívají pro občerstvení vlastní potraviny. Káva, čaj, šťáva, cukr ..., které jsou v kuchyňce klubu, jsou pouze pro klubová setkávání Polárky.
- Minimální počet účastníků setkávání svépomocné skupiny jsou tři osoby.
- Frekvence setkávání je 1x 14 dní v čase od 15:00 do 17:00 hodin. Zástupce setkávání svépomocné skupiny vyzvedne v kanceláři o. s. PDZ klíče od klubu Polárka. Po skončení setkání pracovník o. s. PDZ převezme prostory klubu, uzamkne a zakóduje budovu.

SVÉPOMOCNÁ SKUPINA POLÁRNÍK

při o. s. PDZ – středisko Chrudim

kontaktní osoba: Iva Šustrová, mobil: 737 733 829

www.polarnik.webnode.cz

INTERNÍ PRAVIDLA SVÉPOMOCNÉ SKUPINY POLÁRNÍK

Schůzky a činnosti Svépomocné skupiny Polárník (dále jen skupiny) probíhají na principu dobrovolnosti všech zúčastněných. A jejich náplní jsou volnočasové aktivity.

I. členství

1. Členem skupiny se může stát každý klient o. s. Péče o duševní zdraví – region Pardubice (dále jen o. s. PDZ), využívající služeb klubu Polárka nebo na základě doporučení sociálních pracovníků o. s. PDZ.
2. Skupina je určena lidem s duševním onemocněním, kteří jsou schopni fungovat v kolektivu. Na činnostech jako je např. tvorba časopisu se mohou bez účasti na schůzkách podílet i ostatní uživatelé služeb o. s. PDZ.
3. Blízké osoby – příbuzní, přátelé členů skupiny se se souhlasem ostatních přítomných členů mohou účastnit akcí, schůzek a činnosti skupiny také, ale bez nároku na jakékoli zvýhodnění (např. proplacení vstupenky apod.)

II.schůzky a informace o nich

1. Schůzky se pravděpodobně budou konat jednou za čtrnáct dní a to ve středu od 15 do 17 h v prostorách klubu Polárka, U Parku 828, 53701, Chrudim (dále jen klubu Polárka). Další akce se budou konat v termínech dohodnutých členy.
2. Termíny a místa schůzek skupiny budou v předstihu vyvěšovány na určené nástěnce v prostorách klubu Polárka a na webových stránkách skupiny www.polarnik.webnode.cz.
3. Členové se budou podílet na programu schůzky skupiny, musí s ním však souhlasit většina přítomných.
4. V případě, že se schůzka nebude konat, či dojde k nějaké změně, budou členové skupiny informováni.

III.prostory a chování v nich

1. Ke schůzkám využíváme prostory klubu Polárka chováme se v nich v souladu s pravidly slušného chování.
2. Nic úmyslně neničíme a nepoškozujeme.
3. Všechny věci vracíme na svá místa a prostory uvádíme do původního stavu.
4. Přezouváme se v prostorách k tomu určených.
5. Jídlo připravujeme v kuchyňce.
6. Kouříme též v prostorách k tomu určených - na terase či venku před klubem Polárka.
7. Kávu, čaj a ostatní občerstvení má skupina vlastní a vybírá za něj do kasičky drobný finanční obnos, určený pro nákup dalšího občerstvení.

IV.vzájemné chování členů

1. Každý člen skupiny Polárník zodpovídá sám za sebe.
2. K ostatním členům skupiny se chová ohleduplně dle pravidel slušného chování. Dbá na to, aby nikoho nepoškozoval, neurážel a někomu neublížil.
3. Nepoužíváme vulgárních a hrubých slov.
4. Zbytečně se nehádáme a nezvyšujeme hlas.
5. Při aktivitách mimo prostory klubu Polárka vhodně „reprezentuje“ skupinu Polárník .
6. Obsah rozhovorů na schůzkách nevynášíme ven, pro někoho může mít důvěrnější charakter.
7. Při hrubém porušení pravidel skupiny – interních i vydaných o.s. PDZ ze strany člena, lze člena vyloučit či mu udělit jiný postih, na kterém se domluví a odhlasují ho přítomní členi skupiny.
8. Udělený postih je člen povinen respektovat a dodržovat.

V.zveřejňování informací a zápisy

1. Autor příspěvku do časopisu sám určí formu, jakou chce být podepsán (značka, heslo, celé jméno apod.).
2. Informace na webových stránkách budou uváděny obecné, nesměřující k nikomu konkrétnímu. Zveřejnění čehokoliv konkrétního (fotografie atd.) je možné pouze po dohodě.
3. O činnosti skupiny se povedou záznamy v knize (deníku) skupiny. Kniha bude zamčena v prostorách klubu Polárka. Bude přístupna pouze členům skupiny a pracovníkům o. s. PDZ.
4. Zápis v deníku obsahuje údaje určené náležitostmi knihy.

VI.souhlas s pravidly

1. Každý kdo splňuje podmínky pro členství a chce se stát členem je povinen podepsat souhlas s pravidly – interními i vydanými o.s. PDZ.
2. S pravidly bude seznámen a stvrdí podpisem, že jim rozumí a bude je respektovat.
3. Dostane kopii výtisku obou pravidel (interních i vydaných o.s. PDZ)
4. Pravidla budou dále vyvěšena na webových stránkách skupiny a na nástěnce v prostorách klubu Polárka.
5. Podepsané souhlasy budou uschovány společně s deníkem skupiny.

Pravidla vyhotovila v Chrudimi dne 9. 1. 2010 Iva Šustrová

.....
(podpis)

Příloha 4: Programový dotazník Svépomocné skupiny Polárník

PROGRAMOVÝ DOTAZNÍK SVÉPOMOCNÉ SKUPINY POLÁRNÍK

Jakou máte představu o programové náplni skupiny Polárník?

Co byste rádi dělali na schůzkách?

Co byste naopak dělat nechtěli?

Co očekáváte od schůzek a činnosti skupiny?

Chtěli byste jezdit na výlety či pobyty? Kam?

Máte zájem o sportovní aktivity? Jaké?

Máte zájem o návštěvu kulturních akcí? Jakých?

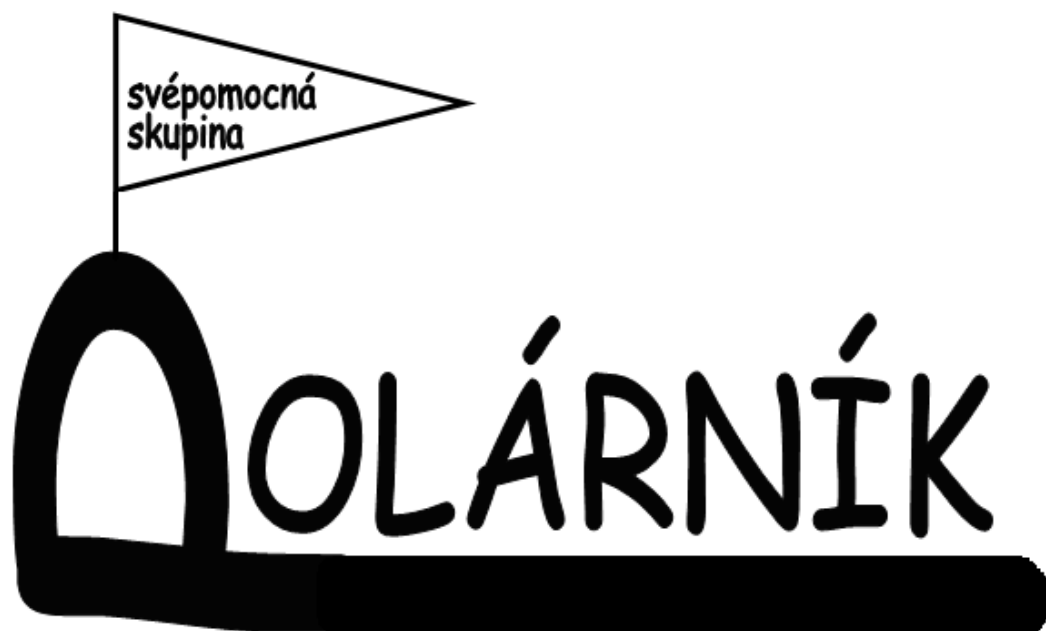
Máte ještě nějaký nápad?

Mnohokrát děkuji!

Příloha 5: Obrázky

Seznam obrázků

- Obrázek 1: logo Svépomocné skupiny Polárník
- Obrázek 2: Arteaktivity, 18. 10. 2012
- Obrázek 3: výlet na Vyšehrad, 7. 10. 2010
- Obrázek 4: výlet do Toulouvcových Maštálí, 19. 8. 2013
- Obrázek 5: výlet do Pardubic, 27. 12. 2013
- Obrázek 6: z pouštění draka, 13. 11. 2010
- Obrázek 7: z cyklovýletu na rozhlednu Bára, 31. 7. 2010
- Obrázek 8: hra petanque, 26. 10. 2013
- Obrázek 9: ze hry petanque, 23. 2. 2014
- Obrázek 10: Salvátorská pout' v Chrudimi, 5. 8. 2011
- Obrázek 11: bowlingový turnaj, 27. 12. 2012
- Obrázek 12: bowlingový turnaj, 27. 12. 2012
- Obrázek 13: "Darovníčci", 2013
- Obrázek 14: pamětní list, 2014
- Obrázek 15: Týdny pro duševní zdraví 2010
- Obrázek 16: Týdny pro duševní zdraví 2011
- Obrázek 17: Týdny pro duševní zdraví 2013



Obrázek 1: logo Svépomocné skupiny Polárník



Obrázek 2: Arteaktivity, 18. 10. 2012



Obrázek 3: výlet na Vyšehrad, 7. 10. 2010



Obrázek 4: výlet do Touloucových Maštali, 19. 8. 2013



Obrázek 5: výlet do Pardubic, 27. 12. 2013



Obrázek 6: z pouštění draka, 13. 11. 2010



Obrázek 7: z cyklovýletu na rozhlednu Bára, 31. 7. 2010



Obrázek 8: hra petanque, 26. 10. 2013



Obrázek 9: ze hry petanque, 23. 2. 2014



Obrázek 10: Salvátorská pouť v Chrudimi, 5. 8. 2011



Obrázek 11: bowlingový turnaj, 27. 12. 2012



Obrázek 12: bowlingový turnaj, 27. 12. 2012



Obrázek 13: "Darovníčci", 2013



Obrázek 14: pamětní list, 2014



Obrázek 15: Týdny pro duševní zdraví 2010



Obrázek 16: Týdny pro duševní zdraví 2011



Obrázek 17: Týdny pro duševní zdraví 2013