

***Úroveň poskytovaných sociálních služeb v Olomouckém kraji v oblasti duševního zdraví v souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče***

Mgr. Jaroslav Hudský

---

Rigorózní práce  
2020



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2019/2020

## ZADÁNÍ RIGORÓZNÍ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: Mgr. Jaroslav Hudský, DiS.  
Osobní číslo: H191182  
Studijní program: N7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální pedagogika  
Forma studia: Distanční  
Téma práce: Úroveň poskytovaných sociálních služeb v Olomouckém kraji v oblasti duševního zdraví v souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče

### Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti duševního zdraví, sociální sféry a z následné transformace péče v psychiatrii.

Příprava metodiky výzkumné části.

Realizace kvantitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování rigorózní práce: **Tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

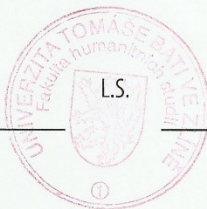
- BENDL, Stanislav. *Základy sociální pedagogiky*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. 334 stran. ISBN 978-80-7290-881-3.
- Kalvach, Zdeněk a kol. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Vyd. 1. [Praha]: Diakonie ČCE, 2014. 95 s. ISBN 978-80-87953-07-5.
- KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 215 s. ISBN 978-80-262-0643-9.
- LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika*. Prvé vydanie. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2019. 515 stran. ISBN 978-80-906237-3-6.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. 271 stran. ISBN 978-80-262-1154-9.
- PROBSTOVÁ, Václava a PĚC, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
- Toresini, Lorenzo, ed. a Mezzina, Roberto, ed. *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus, 2017. 230 stran. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-0-5.
- SALTER, Mark and TURNER, Trevor. *Community Mental Health Care: A Practical Guide to Outdoor Psychiatry*. 1st ed. London: Churchill Livingstone Elsevier, 2008. 38 p. ISBN 978-0-443-1022547.

Garant studijního oboru /  
programu rigorózní práce: **doc. PhDr. Lenka Haburajová Ilavská, PhD.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání rigorózní práce: **17. ledna 2020**

Termín odevzdání rigorózní práce: **30. října 2020**

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 22. ledna 2020

## PROHLÁŠENÍ AUTORA RIGORÓZNÍ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním rigorózní práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že rigorózní práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji rigorózní práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – rigorózní práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování rigorózní práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky rigorózní práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze rigorózní práce jsou totožné;
- na rigorózní práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval.  
V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 29.10.2020

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Cílem rigorózní práce byla snaha zmapovat aktuální saturaci trhu v oblasti poskytovaných sociálních služeb v Olomouckém kraji, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním, a to v přímé souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče. Práce je rozdělena do dvou částí. V úvodní části se zabývám pojmy, jako je role sociálního pedagoga v procesu transformace péče v psychiatrii nebo problematikou duševního zdraví. Teoretická část graduje křiklavými tématy, např. deinstitucionalizace nebo multidisciplinarita, čímž rozumíme přechod od paternalistického přístupu k současnému trendu individuální péče, kdy vycházím z doporučených zdrojů a zkušeností. Dále rigorózní práce kriticky poukazuje na současný stav ve společnosti ve vztahu k osobám s duševním onemocněním, kdy je na ně nahlíženo majoritní společností s despektem. Podrobná deskripce jednotlivých determinantů, které ovlivňují kvalitu života osob s duševním onemocněním, je jedním ze stěžejních úkolů reformy psychiatrické péče. Prostřednictvím sociálních služeb by měla být zajištěna těmto osobám odpovídající kvalita života v jejich přirozeném prostředí, aby zaujímaly důstojné role ve společnosti a byla dodržována veškerá lidská práva.

V praktické části prostřednictvím empirického výzkumu prokazují souvislost faktu, že po transformaci sociálních služeb v důsledku probíhající reformy psychiatrické péče, jsou poskytnuty adekvátní služby a podpora osobám s duševním onemocněním, a to především udržení běžného sociálního standardu s odpovídající kvalitou života. Na základě vyzkoumaných dat reflektují význam a přínos reformy v oblasti duševního zdraví, která ve spolupráci se sociálními službami Olomouckého kraje nabízí odpovídající a dostatečné služby, které pokryjí veškeré potřeby pro osoby s duševním onemocněním, kdy nezastupitelnou roli v této transformaci zastává sociální pedagog.

Klíčová slova: sociální služby, sociální pedagog, reforma psychiatrické péče, deinstitucionalizace, destigmatizace, resocializace, terénní práce, multidisciplinární přístup.

## **ABSTRACT**

The aim of this rigorous work is to map the current saturation of the market in the field of social services in the Olomouc region, of which target group are people with mental illness, in direct connection with the ongoing reform of psychiatric care. The work is divided into two parts. The introduction part deals with concepts such as the role of the social pedagogue in the process of transformation of care in psychiatry or the issue of mental health. The theoretical part touches topics such as deinstitutionalization or multidisciplinary, which means the transition from a paternalistic approach to the current trend of individual care, based on recommended resources and practical experience. Furthermore, the rigorous critical work looks at the current state of society in relation to people with mental illness, who are viewed at with contempt by the major part of the society. A detailed description of the individual determinants that affect the quality of life of people with mental illness is one of the key tasks of psychiatric care reform, where social services should ensure an adequate quality of life in the natural environment, to take on a dignified role in society and respect all human rights.

In the practical part, through empirical research, I demonstrate the connection between the fact that after the transformation of social services due to the ongoing reform of psychiatric care, adequate services and support are provided to people with mental illness, especially maintaining a normal social standard with adequate quality of life. Based on the examined data, I reflect on the importance and benefits of the reform in the field of mental health, which in cooperation with social services of the Olomouc region offers adequate and sufficient services to cover all needs of people with mental illness.

**Keywords:** social services, social pedagogue, psychiatric care reform, deinstitutionalization, destigmatization, resocialization, field work, multidisciplinary approach.

*„Teprve smrtí dogmatu rodí se věda...“*

Galileo Galilei

Prohlašuji, že odevzdaná verze rigorózní práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně 29. října 2020

.....



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE A ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA</b> .....	<b>14</b>
1.1 HISTORIE V PSYCHIATRII A TREND V OBLASTI DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	14
1.2 ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V PRŮBĚHU TRANSFORMACE PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	25
<b>2 REFORMA V PSYCHIATRII</b> .....	<b>31</b>
2.1 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ZAHRANIČÍ .....	41
2.2 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝMY.....	50
<b>3 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V OLOMOUCKÉM KRAJI</b> .....	<b>64</b>
3.1 PŘEHLED SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V OLOMOUCKÉM KRAJI ZAJINTERESOVANÉ V OBLASTI PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	65
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>77</b>
<b>4 VÝZKUM</b> .....	<b>78</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	79
4.1.1 Metody získávání dat .....	81
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU A REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	82
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>120</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>123</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>135</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>137</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>138</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>140</b>
<b>PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK</b> .....	<b>141</b>
<b>PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM</b> .....	<b>153</b>
<b>PŘÍLOHA P III: TABULKY</b> .....	<b>155</b>
<b>PŘÍLOHA P IV: GRAFY</b> .....	<b>169</b>

## ÚVOD

Ve společnosti můžeme pozorovat schizma mezi osobami s duševním onemocněním a zbylé majority, kdy vzájemné vztahy jsou oboustranně stigmatizující, plné předsudků, limitů a bariér, které znemožňují plnohodnotné a rovnoprávné soužití. Tento nastávající problém, který sledujeme, je multispektrální a jeho řešení dlouhodobé. Probíhající reforma psychiatrické péče mimo jiné řeší i tuto problematiku. Nicméně je faktem, že kvalitní a úspěšný život těchto osob ve společnosti podmiňuje nejen míra systematické edukace a vzdělanosti široké veřejnosti, ale i zkvalitnění poskytovaných služeb v psychiatrii, a to jak ze strany zdravotních, tak i ze strany sociálních služeb, kdy jsou kladeny vysoké nároky na osoby pečující o tuto cílovou skupinu. Dílčími kroky v rámci reformy jsou proces destigmatizace a zavedení multidisciplinárního přístupu k těmto zmiňovaným osobám. Systematické plnění těchto procesů jsou v dlouhodobém horizontu jedním z nejdůležitějších nástrojů zmírňujících dopady marginalizace osob s duševním onemocněním a umožňují zvýšené šance na společenské uplatnění této minority. Determinanty zdraví taktéž určují kvalitu života těchto osob ve společnosti a vytipováním určitých oblastí v životě jedince zajistí ukotvení v životě a zastávání důstojné role ve společnosti a možnosti adekvátního uplatnění na trhu práce. Teoretická část kulminuje zasazením tématu do problematiky péče o psychiatrické jedince a podílení sociálních služeb na ní v kontextu probíhající reformy, kdy se věnujeme i nejasné problematice legislativního ukotvení poskytování zdravotní péče o tyto osoby v České republice.

Tématem rigorózní práce je problematika turbulentních změn v oblasti duševního zdraví v souvislosti s právě probíhající reformou. Metodika Ministerstva zdravotnictví jasně definuje jednotlivé systematické kroky, které vedou ke kompletní transformaci psychiatrické péče, kdy neopomíjeným bodem je zefektivnění poskytování péče jak zdravotní, tak sociální. Dle současného vývoje ve společnosti raketovým tempem stoupá počet osob s psychickými problémy. Příčin může být nespočet, ať už je to rychlé životní tempo, vystavení neustálému stresu, enormní zátěž v práci, kladení velkých nároků na sebe, strach ze zklamání a v neposlední řadě nová rizika současného světa v podobě pandemií nově vznikajících nemocí. Člověk se tak čím dál častěji dostává do odborné péče lékařů a psychiatrů z důvodu selhávání v každodenním životě. V rigorózní práci se snažíme tuto problematiku blíže popsat.

První část práce uvádí teoretické poznatky ze studia vybrané literatury zabývající se problematikou psychiatrie, klasifikace duševních poruch a jiná specifika z oblasti

psychiatrické péče v kontextu s transformací poskytování zdravotní péče v psychiatrii. Definujeme roli sociálního pedagoga v průběhu reformy, především v procesu resocializace, destigmatizace a deinstitucionalizace a zamýšlíme se nad jeho profesním uplatněním. Zmiňujeme také komunitní péči a tzv. princip recovery, tedy jedny z determinantů, které vedou ke zkvalitnění života. Dalším důležitým determinantem je multidisciplinární přístup, který usnadňuje složitost léčby a péče o osoby s duševním onemocněním.

Cílem rigorózní práce je rekognoskovat pole sféry sociálních služeb, jak je aktuálně saturovaný trh v oblasti poskytování sociálních služeb v Olomouckém kraji, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s duševním onemocněním, a to v přímé souvislosti s právě probíhající reformou psychiatrické péče. Transformace poskytování specializované psychiatrické péče úzce souvisí s provázaností služeb sociálních a zdravotních, kdy je nedílnou součástí, mimo jiné, nastartování systémových změn v této oblasti zájmu s jasným legislativním ukotvením v právních zákonech ČR. Další z cílů je zjištění informovanosti o službách, motivaci pro jejich využití, kvality, rozsah a dostupnost těchto služeb. Současný stav v oblasti poskytování sociálních služeb v Olomouckém kraji pro osoby s duševním onemocněním zcela neodpovídá potřebám, kdy v praxi vyvstává proluka v návaznosti služeb po propuštění pacientů z ústavního léčení a jejich začlenění do společnosti a udržení sociálního standardu. Obecným cílem rigorózní práce je nastínit problematiku osob s duševním onemocněním se zaměřením na jejich začleňování do společnosti, jejich uplatnění v ní, proces zotavení a empowerment ve spolupráci se sociálními službami Olomouckého kraje.

V praktické části se zabýváme otázkou transformace sociálních služeb v Olomouckém kraji, které se cíleně zaměřují na osoby s duševním onemocněním, především z okruhu diagnóz SMI (schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bipolární afektivní poruchy) a zda dokáží saturovat potřeby ve všech oblastech života u této cílové skupiny v přímé souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče. Možnou proluku, kterou můžeme pozorovat v praxi při zavádění nových postupů a metod v rámci reformy, by mohlo být pole působnosti pro sociálního pedagoga, který by se mohl stát nedílnou součástí transformace nově vzniklých služeb. Kvantitativní výzkum proběhl v období od přelomu roku 2019/2020 do léta 2020 oslovením širokého spektra osob s psychiatrickou diagnózou a poskytovatelů sociálních služeb, které jsou zainteresované v této problematice, a to formou dotazníkového šetření, ale vzhledem k probíhající pandemii COVID-19 a s tím souvisejícími různá omezení a zákazy, došlo ke zpracování dat až na podzim 2020. Tímto se i ztížil samotný sběr dat od dotazovaných osob. V konečném důsledku se vyselektovala vícečetná skupina pacientů, která spadala do okruhu diagnóz SMI. Touto nastalou situací se výzkumné šetření značně

zkomplikovalo, ale i přesto tyto vzniklé limity byla snaha, aby data získaná z výzkumu byla validní, reprezentativní, vypovídající a reflektující problematiku výzkumu.

Téma rigorózní práce jsem si vybral díky dlouholeté zkušenosti v oblasti poskytování psychiatrické péče. I přes stigmatizující auru jsou tyto lidé velmi inspirativní, inteligentní a s odlišným pohledem na svět, načež vyvstává otázka, „co je odlišné a co normální?“. A i přes tento handicap se snaží naplnit svůj životní smysl v krátké existenční epizodě na tomto světě. Proto není na místě pohlížet na tyto osoby s despektem, ale naopak je respektovat jako lidské bytosti se všemi právy a povinnostmi jako zbytek „zdravé“ společnosti. Při vlastní výzkumné činnosti jsem čerpal z cenných zkušeností v oblasti poskytování psychiatrické péče ve spolupráci se sociálními službami, ze znalosti problematiky z pohledu osob s duševním onemocněním a znalosti úskalí a těžkostí uplatnění těchto osob v běžném životě.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE A ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA

V první kapitole nahlédneme na historický vývoj psychiatrie formou stručného exkurzu, zmíníme základní rozdělení diagnóz v tomto odvětví a pokusíme se definovat roli sociálního pedagoga v období frenetických změn v oblasti poskytování psychiatrické péče. Dále nastíníme provázanost sociálních a zdravotních služeb, což je jedna z priorit v rámci reformy poskytování služeb v oblasti duševního zdraví, kdy nezastupitelnou roli v tomto procesu by mohl zastávat sociální pedagog.

## 1.1 Historie v psychiatrii a trend v oblasti duševního zdraví

Psychiatrie prošla dlouhým vývojem a její odkazy můžeme sledovat již ve starověku. Na základě jednotlivých vědeckých objevů se postupně tento obor zformoval v samostatný medicínský obor. Již ve starém Egyptě a Babylonii lze nalézt první zmínky o péči o duševně nemocné. V tomto období si lidé nedovedli vysvětlit přírodní jevy a za příčinu vzniku všech duševních a ostatních onemocnění považovali hněv a zlobu nadpřirozených sil. V této době byli lidé přesvědčeni, že pokud budou nosit amulety a účastnit se rituálních magických obřadů, budou z těla nemocného vyhnáni zlí démoni. Lidé začali také využívat účinku různých bylin a přírodních produktů, např. čemeřice, konopí a mnoha dalších. Používání účinku těchto rostlin bylo jakousi předvědeckou fází psychofarmakologie. V antickém Řecku se o nemoci a jejich léčení výsadně starali kněží. Postupem času se do problematiky duševních onemocnění výrazně zainteresovali filozofové a vědci. Jako prvním filozofem, který řekl, že mozek je sídlem rozumu a duševní nemoci jsou onemocněním mozku, byl Pythagoras. Dalším významným řeckým lékařem byl Hippokrates v období 5. století př. n. l., který vysvětlení duševní nemoci využil humorální teorii. Zaměřil se na klinické pozorování a vznik duševních nemocí vysvětloval materialisticky, a nespojoval s působením démonů. Tato jeho teorie nebyla dlouho překonána a přežívala až do středověku. (Petr et al, 2014, s. 24) V 15. století docházelo ke zřizování prvních neklášterních azylů pro nemocné a již tehdy pozorujeme první poplatky za péči, což můžeme chápat jako předchůdce regulačních poplatků a z širšího hlediska vnímat především jako nutnost se aktivně zapojovat do procesu údravy, spolupodílení na léčbě. V roce 1403 vzniklo první takové zařízení v Bethlehemu poblíž Londýna. Budování azylů pro duševně nemocné přináší i první snahu o sociálněprávní ochranu duševně nemocných. Přibývalo lékařů, kteří vznik

duševních chorob připisovali somatogennímu podkladu a zabývali se funkcí mozku. V péči o duševně nemocné se poprvé také objevují názory, které se přiklání k vlídnému zacházení a správně vedenému rozhovoru. Nebezpečí pro duševně nemocné přineslo 17. století, kdy se zavádělo spoustu terapeutických intervencí, které mnohdy končily tragicky. Výrazný posun nastal až koncem 18. století, vznikají podmínky pro vznik psychiatrie jako samostatný obor. (Petr et al, 2014, s. 26) V období 18. a 19. století dochází k rozvoji nové psychiatrie. Pojem psychiatrie poprvé použil německý psychiatr J. Ch. Reil v roce 1811. Radikální změnu v péči o nemocné a za iniciátora reformy lze považovat pařížského lékaře Filipa Pinela (1745 -1826). V roce 1793 vnesl reformy do pařížských ústavů Bicêtre a Salpêtrière. Pinel se podílel na deklaraci lidských práv i pro duševně nemocné, zdůraznil, že i v nemoci jsou si lidé rovni. Mezi lékaři, ale i veřejností Pinelovy reformy přinesly velký ohlas. V průběhu 19. století bylo vybudováno spousta rozsáhlých ústavů, které měly zajistit péči pro duševně nemocné. Pinel upřednostňoval humánní přístup, ale jelikož nebyla účinná zklidňující farmaka, nebylo možné se vzdát omezovacích prostředků. Další významnou osobností byl anglický profesor lékařství J. Conolly (1794 – 1866), který vystoupil proti metodám, které využívaly omezovací prostředky. Vzhledem k budování psychiatrických ústavů došlo k rychlému rozvoji psychiatrie a jejímu osamostatnění. Od počátku 19. století se francouzská psychiatrie stala světovou, a to zásluhou Phillipa Pinela. (Šedivec, 2008, s. 126) I přes pokrokové, až revoluční myšlenky a postupy v tomto oboru se postupem let vyrojila kritika, která zpochybňovala podstatu institucionalizovaných ústavů. Foucault píše ve své knize *V dějinách šílenství v době osvícenství* o specifikaci instituce ústavu: „*je to tato struktura, která vysvětluje cestu od středověké a humanistické zkušenosti šílenství až do dob naší vlastní zkušenosti, jež umisťuje šílenství do limitu duševní nemoci.*“ (Toresini, 2017, s. 12) Proto tento medicínský obor prošel progresivním vývojem a stále prochází a ubírá se směrem od paternalistického přístupu k individuální péči v komunitě, tím je myšleno přirozené prostředí pacienta. V Čechách se péče o duševně nemocné nelišila od situace v Evropě. Do konce 18. století byla na úrovni středověku. Rok 1783 byl počátkem péče o duševně nemocné v Čechách. Významnou osobností této doby byl císař Josef II., který v roce 1790 zřídil na Karlově náměstí nemocnici, jejíž součástí byl ústav pro duševně choré. Od roku 1860 do roku 1920 docházelo k budování velkých psychiatrických léčeben v Kosmonosech a Dobřanech. V poválečné době došlo k úpadku psychiatrické péče z důvodu nedostatku zájmu a financí. Psychiatrie byla v období do roku 1989 izolována od ostatních medicínských oborů a péče byla většinou poskytována ve velkých lůžkových zařízeních. Politické a společenské změny v roce 1989 výrazně ovlivnily zdravotnictví v celém rozsahu

včetně psychiatrie. Obor psychiatrie se již neizoloval od ostatních medicínských oborů. Postupně se začaly ozývat hlasy ohledně reformy psychiatrické péče, která měla vést k deinstitucionalizaci a rozvoji komunitní péče. (Petr et al, 2014, s. 33 - 34) Psychiatrie je jedno odvětví medicínských oborů zahrnující léčbu duševních poruch u dospělých, dětskou a dorostovou psychiatrii, léčbu duševních poruch vyskytujících se u seniorů (gerontopsychiatrii), psychiatrickou adiktologii, psychiatrickou sexuologii a psychiatrickou rehabilitaci. Abychom pochopili, co stojí za vznikem duševní poruchy, je potřeba se dívat na tuto problematiku z komplexního úhlu pohledu, který dokáže vyobrazit jedince v interakci s okolním prostředím a vlivy, které na něj působí. Psychiatrie se především zabývá předcházení duševních poruch tzv. prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a v neposlední řadě výzkumem duševních poruch. Psychická pohoda je nedílnou součástí plnohodnotné integrity člověka. Obecně kvalita života, vliv kulturního prostředí, sociální procesy, vztahy a interakce a samotný přístup k životu mají výrazný vliv na duševní zdraví a pohodu, stejně jako celková duševní kondice člověka významným způsobem determinuje a ovlivňuje všechny aspekty jeho kvality života. Psychiatrie je úzce propojena s klinickou psychologíí a její nedílnou specializovanou součástí v komplexní léčbě duševních nemocí je psychoterapie. Cílem je zajištění kvalitní diferencované péče dle potřeb jednotlivce, komunity i společnosti. Zajištění psychiatrického léčení je realizováno prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě péče o psychiatricky nemocné osoby. Elementárními prvky této zmiňované sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, akutní lůžková zařízení, zařízení následné lůžkové péče a zařízení systému komunitní péče, která je průnikem psychiatrie do sféry sociálních služeb. Tímto se nám vyprofilovala sociální psychiatrie, která je odvětvím klasické medicínské psychiatrie, tedy vědy o duševních poruchách a poruchách chování, ale jejím přínosem do biologicky orientované oblasti je pohled sociální, a to se všemi jejími atributy. Na rozvoj duševních nemocí je zapotřebí pohlížet z mnoha úhlů pohledu. Příčiny vzniku duševních chorob způsobují například i faktory sociální, mezi které můžeme zařadit nefunkční rodinné zázemí, nevyhovující pracovní nebo bytové podmínky, nenaplnění potřeb v oblasti kulturní, etiologické a další související vlivy. Člověk je společenský tvor, který je v každodenní interakci se společností, kterou je modelován a zároveň do ní svou činností přispívá. (Raboch, 2020, s. 437)



### **Sociální psychiatrie a její pojetí**

Předmětem zkoumání sociální psychiatrie je taktéž postoj společnosti vůči psychiatricky nemocným osobám, dopad stigmatizace na tyto osoby. Dále faktory, které ovlivňují vznik duševních nemocí, jejich léčbu a další vnější vlivy, které působí na komplexní úzdravu tzv. recovery jedince. Trendem posledních let je poukázání na fakt, jaké dopady v sociální oblasti jednotlivých osob mají duševní onemocnění. Proto nedílnou součástí je nejen léčba na bázi biologické, tudíž zaléčit osobu s psychiatrickou diagnózou do tzv. remise, ale věnovat se i dalším oblastem, jako je kvalita života v přirozeném prostředí pacienta, zajištění sociálních vazeb, pracovních a bytových podmínek apod. Podstatou je změnit náhled a myšlení přístupu k psychiatricky nemocným osobám a vždy je zapotřebí uchopit jedince jako celek a intervenovat i v jiných než medicínsky orientovaných dimenzích, které souvisí s lidským zdravím. Sociální psychiatrie je v dnešní době nezbytným bazálním elementem klasické psychiatrie. Novodobý přístup k etiologii duševního onemocnění si vyžaduje vzdělávání v této oblasti nejen pro lékaře-psychiatry, ale také pro další odborníky, kteří svými výstupy přispějí ke zlepšování podmínek osob s duševní poruchou, prevenci rozvoje duševních nemocí a systematické edukaci dalších odborností, ať už lékařů jiných specializací, pedagogů, pracovníků ve veřejné správě a v neposlední řadě i laické veřejnosti.

### **Klasifikace duševních poruch**

Mezi závažné duševní poruchy jsou řazeny psychózy, kdy jsou u nemocných narušeny schopnosti vnímání (halucinace), myšlení (bludy), jednání, orientace v realitě, ovlivňující citění nemocných, kteří nejsou schopní plnit své životní role. Psychotické onemocnění způsobí ztrátu kontaktu s realitou. Mezi psychózy jsou řazeny schizofrenie, toxická psychóza, schizofrenní porucha, akutní přechodná psychotická porucha, trvalá porucha s bludy, schizotypní porucha a schizoafektivní porucha. (Petr et al, 2014, s. 210) Psychóza je považována za narušující příznak mnoha psychiatrických, neurodevelopmentálních, neurologických a zdravotních stavů, a proto je tedy velmi důležitá léčba v neurologické a psychiatrické praxi. Americká psychiatrická asociace (APA) definovala psychózu jako „hrubé poškození při hodnocení reality“ nebo „ztrátu hranic ega“, která tak narušuje schopnost plnit běžné nároky na život. Světová zdravotnická organizace a APA definují psychózu tím, že vyžadují přítomnost halucinací, bludů nebo obě. Klasifikační systém světové zdravotnické organizace a APA udávají, že porucha myšlení je jeden z rysů psychotických poruch, jako je dezorganizované myšlení, blokování myšlenek, nelogity,

tangenciality, neologismus nebo kombinace těchto poruch. (Arciniegas, 2015, s. 715 - 716) Severe mental illness (SMI) jsou v literatuře označovány jako závažné duševní choroby, kde řadíme závažné depresivní poruchy, bipolární poruchy a schizofrenie. (Firth et al, 2019, s. 1)

### **Primární psychotické poruchy**

Arciniegas mezi primární psychotické poruchy řadí schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bludy, schizofreniformní poruchy a krátké psychotické poruchy. Možný výskyt se předpokládá i u některých lidí trpících bipolární poruchou během manické nebo depresivní epizody a u některých jedinců během velké depresivní epizody spojené s velkou depresivní poruchou. Populace s genetickými, epigenetickými a vývojovými rizikovými faktory je náchylná k rozvoji psychotických symptomů. Halucinace a bludy jsou psychotické příznaky, které se mohou rozvinout při intoxikaci nebo vysazení psychoaktivních látek. (Arciniegas, 2015, s. 717) Schizofrenie je definována jako chronické rekurentní onemocnění. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM – IV) udává všeobecná kritéria, která pomáhají při diagnostice schizofrenie. Mezi příznaky patří bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, katatonní chování, negativní příznaky, sociální stažení. Pro diagnózu je nutné, aby byly přítomny alespoň dva příznaky, které přetrvávají po dobu nejméně šesti měsíců. (Petr et al, 2014, s. 210) Příznaky onemocnění narušují jednu nebo více oblastí života, jako je sebezpečí, práce, mezilidské vztahy. (Arciniegas, 2015, s. 717) Propuknutí onemocnění bývá většinou v mladém věku, u mužů mezi 15. a 25. rokem a u žen mezi 25. a 30. rokem. Jako spouštěčem vzniku onemocnění mohou být vlivy prostředí, tělesné, psychosociální stresory a genetika. Průběh schizofrenie je velmi epizodický, bývá doprovázen atakami, tzv. relapsy a obdobími, kdy je člověk bez potíží označován jako remise. (Petr et al, 2014, s. 210 - 211) Autor Owen ve své studii uvádí, že schizofrenie je vážné onemocnění, které má dopad na jednotlivce a společnost. Pozitivní příznaky (bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a řeč, neúčelné chování) mají sklon k relapsu a remitenci, i když u některých pacientů se vyskytují reziduální dlouhodobé psychotické symptomy. Příznaky kognitivní a negativní (emoční oploštělost, abulie, anhedonie, alogie) bývají chronické a mají vliv na sociální funkci. V rané dospělosti nebo pozdní adolescenci dochází k výskytu první epizody, ale ve většině případů jí předchází prodromální fáze. Diagnostika schizofrenie se provádí na základě anamnestických dat a vyšetření duševního stavu. Pro diagnostiku zatím neexistují žádné diagnostické testy ani biomarkery. Dle geneticky epidemiologických studií je známo, že k příčině schizofrenie existuje významný, ale nikoliv výlučný příspěvek genetických faktorů. V rozsáhlých genomických studiích se objevil přínos konkrétních variant na úrovni

DNA, které přinášejí jasnější představu o tom, jak rizikové alely přispívají k poruše a vzniku schizofrenie. (Owen et al, 2016, s. 86 – 87) Hosák ve svém článku uvádí, že heritabilita u schizofrenie je ve výši 0,6 – 0,8 %. (Hosák, 2019, s. 118) V léčbě schizofrenie se využívá léku ze skupiny antipsychotik a jako neúčinnější považuje klozapin, který ovlivňuje nejen DRD2 receptory, ale i receptory neurotransmiterů, jako jsou serotoninové. Ve Velké Británii je klozapin do léčby nasazován až poté, pokud není pozitivní reakce na jiná antipsychotika, důvodem je riziko vzniku agranulocytózy a neutropenie (1 – 3 %), která vyžadují pravidelné monitorování krve. Owen ve svém článku uvádí, že antipsychotika jsou základním kamenem léčby schizofrenie. Aby bylo dosaženo požadovaného výsledku, je důležité farmakoterapii spojit s psychologickou a sociální podporou. Současná směrnice UK NICE nařizuje zařazení psychologické léčby, a to především kognitivní behaviorální terapie (KBT), rodinné intervence, stejně jako antipsychotickou léčbu. (Owen, et al, 2016, s. 86 – 97)

V literatuře se můžeme také setkat s pojmem schizoafektivní porucha, kterou autor Wy a Saadabadi (2020) popsali jako nejčastěji chybně diagnostikovanou psychiatrickou poruchu v klinické praxi. Poprvé se objevila jako podtyp schizofrenie v prvním vydání Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). Vědci doporučovali revizi diagnostických kritérií nebo samotnou diagnózu odstranit společně z (DSM-5). Diagnostická kritéria pro tuto poruchu byla přeformulována a doplněna v DSM. Výzkumné šetření ukazuje, že 30 % diagnostikovaných poruch se vyskytuje ve věku 25 – 35 let, a častěji u žen. Postihuje přibližně jednu třetinu populace a celoživotní prevalence je kolem 0,3 %. Schizoafektivní porucha představuje 10 až 30 % hospitalizací s psychózou. Pro správnou diagnostiku poruchy je důležité získat úplnou anamnézu se zaměřením na diagnostická kritéria. Pro diagnostiku je důležitá nepřerušovaná doba trvání nemoci, kdy se vyskytuje epizoda manické nebo depresivní nálady spolu s kritérii pro diagnostiku schizofrenie (bludy, halucinace, dezorganizované myšlení, negativní příznaky (např. emoční oploštělost). V rámci diagnostiky je důležité provést důkladné vyšetření duševního stavu dle MSE (mental status examination), následuje fyzikální, neurologické vyšetření, zobrazovací metody (MRI, EEG, CT) a laboratorní vyšetření. V léčbě schizoafektivní poruchy je využíváno jak farmakoterapie, tak i psychoterapie. Základ léčby je tvořen antipsychotiky, která se podávají na úpravu myšlení, vnímání a na zklidnění u agresivního chování. Další skupinou jsou stabilizátory nálady, které se podávají u pacientů v období roztržitosti, velkoleposti, letu myšlenek, snížené potřeby spánku atd., což můžeme označit jako hypománie až mánie. Antidepresíva se podávají k regulaci depresivních příznaků. Před zahájením léčby antidepresivy je nutné vyloučit bipolární poruchu z důvodu rizika vzniku

exacerbace manické epizody. Do léčby schizoafektivní poruchy je nutné také zařadit psychoterapii, individuální terapii, rodinnou/ skupinovou terapii a jako poslední možností léčby se využívá elektrokonvulzivní terapie (ECT). Při nedostatečné léčbě schizoafektivní poruchy dochází k narušení sociálního fungování v každodenních činnostech (nezaměstnanost, izolace, zhoršená schopnost v oblasti sebepečce). Studie také ukazují, že 5 % lidí s psychotickým onemocněním se během života pokusí o sebevraždu, ale až 10 % sebevraždu dokončí. (Wy a Saadabadi, 2020, s. 1-15)

Článek publikovaný v roce 2015 prezentoval přehled frekvence, zátěže nemoci, diagnostiku a léčbu bipolární poruchy (dále již jen BP). BP je definováno jako chronické onemocnění, které je spojené s vážně oslabujícími příznaky, které mají závažné účinky na pacienty a jejich nejbližší. Začátek nemoci obvykle propukne v dospívání nebo rané dospělosti, čímž nepříznivě ovlivňuje duševní a fyzické zdraví pacienta, vzdělávání, pracovní fungování a v neposlední řadě má vliv i na mezilidské vztahy. V článku autoři uvádí, že BP není tak častá jako velká depresivní porucha, ale celoživotní prevalence ve Spojených státech je značná, odhaduje se na 4 %, bez ohledu na rasu, etnickou příslušnost a pohlaví. Ekonomická zátěž je obrovská, v roce 2009 v USA dosáhla téměř 120 miliard dolarů, ve které jsou zahrnuty přímé náklady na léčbu, nepřímé náklady na snížení nezaměstnanosti, produktivity a fungování. Vzhledem k zátěži nemoci pro jednotlivce a společnost je naléhavá potřeba zlepšit péči o pacienty s BP. Pacienti s BP mají první kontakt s poskytovateli primární péče, ale vzhledem k nedostatku odborných znalostí nebo zdrojů dochází k neadekvátnímu hodnocení možné bipolární diagnózy. Včasná diagnostika BP vede k zahájení účinné terapie, která má příznivý účinek jak na krátkodobý, tak dlouhodobý průběh nemoci. Pro diagnostiku BP jsou typické epizody patologických stavů nálad, které jsou charakteristické manickými nebo depresivními příznaky v období normální nálady. Jako hlavní rozdíl mezi mánií a hypománií je závažnost manických symptomů. U mánie dochází k vážnému funkčnímu poškození, které se může projevit jako psychotické symptomy vyžadující hospitalizaci, hypománie tato kritéria nespĺňuje. Epizody nálady jsou velmi variabilní, hypomanická epizoda může trvat dny až týdny, manická epizoda trvá týdny až měsíce a depresivní epizoda může trvat měsíce až roky. Hlavním předpokladem pro správnou léčbu a posouzení zdravotnickým týmem je znalost epizodické povahy BP. U pacientů, kterým byla diagnostikována v primární péči manická epizoda, je vyžadována okamžitá specializovaná nemocniční péče z důvodu rizika poškození zdraví sebe nebo jiných osob. Ve většině případů se v primární péči setkáváme s pacienty s depresivními příznaky, z tohoto důvodu je nutné vyšetření na výskyt manických a hypomanických

příznaků v anamnéze. K diagnostice BP se využívají screeningové nástroje, jako je dotazník poruchy nálady ( MDQ ) a Composite International Diagnostic Interview (CIDI), u nichž skóre nad specifickými hodnotami vyvolává podezření na BP. V rámci klinického rozhovoru by měla být zjištěna přítomnost, trvání a závažnost manických nebo depresivních příznaků, přítomnost sebevražedných nebo vražedných myšlenek, fungování v pracovních, sociálních a rodinných rolích, přítomnost komorbidit (zneužívání návykových látek, porucha osobnosti a úzkostná porucha). Metodu klinického rozhovoru s pacientem doplňují i fyzikální vyšetření a laboratorní testy s cílem vyloučit poruchy, jako je hypotyreóza nebo hypertyreóza, které mohou tak napodobovat příznaky BP. V rámci diferenciální diagnostiky by měly být brány i psychické poruchy (např. panická porucha, posttraumatická stresová porucha), které mohou napodobovat příznaky BP, a historie rodiny. Se souhlasem pacienta je možné také ke stanovení diagnózy BP požádat členy rodiny nebo blízké přátele, kteří poskytnou popis pacientových příznaků. Zejména v hypomanické fázi nemusí pacient příznaky považovat za projev nemoci. Depresivní porucha (MDD) a bipolární porucha (BP) mají podobné příznaky, proto dochází často k chybné diagnostice. Z dostupných studií vyplývá, že u více než 60 % pacientů, u kterých byla diagnostikována BP, byla dříve diagnostikována MDD. Včasná a správná diagnostika BP je důležitá pro zahájení účinné léčby. Pro úspěšné zvládnutí pacientů s BP je zásadní farmakologická léčba, můžeme zde zařadit léky, jako jsou stabilizátory nálady (např. lithium, valproát, lamotrigin, karbamazepin), atypická antipsychotika a konvenční antidepresiva. Jako další nedílnou součástí léčby je psychosociální léčba, včetně individuální psychoterapie, vzdělávacích a podpůrných skupinových terapií. Kombinace psychoterapií specifických pro BP spolu s farmakologickou terapií mají vliv na snížení míry relapsů. U BP je nejvyšší pravděpodobnost sebevražd než u jiných psychiatrických poruch. Alespoň jeden pokus o sebevraždu během života byl hlášen u 29 % pacientů s BP, ve srovnání s 16 % u MDD. V rámci primární péče by mělo docházet k monitorování sebevražednosti u všech pacientů s BP a pacienty s přetrvávajícími příznaky deprese nebo smíšené nálady odeslat do specializované péče z důvodu vysokého rizika sebevraždy. V závěru článku autoři uvádějí, že by měl být kladen důraz na přesnou identifikaci manických, hypomanických a depresivních epizod. (McCormick et al, 2015, s. 530 – 542)

V členských státech Evropské unie se uvádějí za nejrozšířenější duševní poruchy deprese a úzkostné poruchy. V Evropě depresivní poruchou trpí přibližně 33,4 milionu lidí. Předpokládá se, že do roku 2020 bude deprese nejvýznamnější nemocí ve světě. (Juríčková, et al, 2017, s. 301) Výskyt depresivní poruchy v populaci činí 10 – 25 % u žen

a 5 – 12 % u mužů ve věku 25 – 44 let, kdy většina populace je v období nejvyšší pracovní produktivity, přivádí na svět a vychovává své potomky. Přítomnost depresivní poruchy u matky zvyšuje riziko vzniku psychických potíží u dětí. Depresivní poruchy patří mezi závažná psychická onemocnění s fyzickými dopady a jsou spojeny s neurochemickými změnami.(Anders, 2011, s. 23 – 24) Depresivní epizoda je označována jako chorobný stav s depresivními rysy. Deprese se dělí na mírnou, střední nebo těžkou dle intenzity a množství příznaků.(Petr et al, 2014, s. 220) Ke stanovení diagnózy je nezbytné u nemocného zjistit symptomy dle MKN-10.6. Základními příznaky u depresivních epizod je výrazná depresivní nálada, která je přítomná po většinu dne, každý den po dobu alespoň dvou týdnů. Depresivní nálada bývá doprovázená ztrátou zájmů a radosti z aktivit, přítomností pocitu snížené energie, zvýšená únavnost, ztráta sebevědomí a sebeúcty, bezdůvodné pocity viny, myšlenky na smrt nebo sebevraždu, změna chuti k jídlu, ztráta libida. V České republice (ČR) se k diagnostikování depresivní poruchy používá tzv. autoevaluační Zungova sebeposuzovací stupnice deprese. Je určena k hodnocení depresivní poruchy střední až lehké intenzity u dospělé populace. Léčba u depresivních poruch zahrnuje podpůrnou psychoterapii a farmakoterapii antidepresivními přípravky. (Anders, 2011, s. 25 – 26) U těžké formy deprese se využívá podávání antidepresiv a elektrokonvulzivní terapie. Stabilizátory nálady v kombinaci s antidepresivy se využívají v profylaktické léčbě. (Petr et al, 2014, s. 221) Depresivní poruchy jsou významnou zdravotní a ekonomickou zátěží moderní společnosti. Včasná a přesná diagnostika tvoří základ pro terapeutickou intervenci u depresivních nemocných.(Anders, 2011, s. 28)

### **Sekundární psychotické poruchy**

Sekundární psychotické poruchy jsou podmíněny organickou etiologií. Dysfunkce mohou vzniknout na podkladě poranění nebo poškození mozku, pak je označujeme jako primární, nebo které vznikají následkem extracerebrálních onemocnění nebo poruch, a ty označujeme jako sekundární. V literatuře se uvádí, že nejzávažnějším typem organicky podmíněných poruch jsou demence. (Petr et al, 2014, s. 185) V gerontopsychiatrii se obvykle setkáváme s neurodegenerativní demencí anebo demencí na podkladě cévních poruch. Vlivem stáří se fyziologicky zpomaluje psychomotorické tempo, snižuje se kognitivní výkonnost a schopnost soustředění. Je nezbytné z psychiatrického hlediska posoudit, zda se jedná o depresivní pseudodemenci nebo kognitivní poruchu, např. za pomoci Welsovy škály. Dále rozlišujeme mírnou kognitivní poruchu neboli benigní stařeckou zapomnětlivost či minimální kognitivní deficit. Aktuálně ke stanovení demence nejsou spolehlivé a rutinně

stanovitelné markery, proto je velmi důležitá znalost typického obrazu jednotlivých poruch, podrobná anamnéza a neuropsychologické vyšetření. K vyšetření pacienta s kognitivním deficitem by mělo být využito různorodé spektrum zobrazovacích metod. Seniory lze rozdělit do tří skupin, a to na jedince bez kognitivního postižení, jedince trpící demencí a jedince s kognitivním deficitem nedosahující stupně demence. V léčbě u pacientů s mírnou kognitivní poruchou se využívá fytopreparátů jako jsou extrakt z ginko biloby, ženšenu, kyseliny listové, vitamínu B12 a dalších, které mohou mít pozitivní vliv na kognitivní funkce. Další skupinou jsou tzv. neurodegenerativní demence – proteinopatie, které tvoří většinu všech demencí, patří sem amyloidopatie, synukleinopatie a tauopatie. Jako nejčastější formu demence na podkladě amyloidopatie, uvádí autor článku Alzheimerovu chorobu, která tvoří až 70 % všech demencí. Tímto onemocněním v ČR trpí 70 až 100 tisíc pacientů. Časná forma nemoci se vyskytuje ve věku mezi 40 – 50 rokem, ale většina pacientů je ve věku nad 65 let, prevalence a incidence stoupá s věkem. Častěji jsou postiženy ženy starší 85 let. Pro Alzheimerovu chorobu je typický plíživý začátek s následným zhoršováním kognitivních funkcí až k úplné ztrátě sebepečce a schopnosti vést kvalitní komunikaci s okolím. Krombholz (2011) uvádí, že typickým příznakem je porucha paměti s dalšími symptomy, jako jsou exekutivní poruchy, apraxie, alexie, akalkulie, narušení aktivit denního života. U nemocných je dlouho zachována tzv. implicitní paměť, tzn. motorické dovednosti, schopnost řídit automobil atd. Typické pro Alzheimerovu chorobu je anterográdní amnézie, kdy je výrazně narušena výbavnost, vstřípivost, nemocní konfabulují a ztrácí náhled na chorobu. Další příznak je tzv. Capgrasův, kdy nemocní mylně identifikují své nejbližší. K diagnostice Alzheimerovy choroby se využívají zobrazovací metody jako výpočetní tomografie (CT), magnetická rezonance (MNR) a neuropsychologické testy, např. MMSE (Mini Mental State Examination). V léčbě mírně a středně pokročilé choroby se využívá inhibitorů acetylcholinesterázy a memantinu, které jsou využívány pro základní kognitivní léčbu. Donepezil, rivastigmin a galantamin jsou v současnosti považovány za tři účinné látky v léčbě Alzheimerovy choroby. Memantin je především určen k léčbě středně pokročilých a pokročilých forem choroby. Česká psychiatrická společnost také doporučuje podávání extraktu z jinanu dvoulaločného (Ginko Biloba). V léčbě Alzheimerovy choroby se využívá i nefarmakologických postupů, jako je validizační, reminiscenční terapie, behaviorální postupy a další v kombinaci s farmakologickou léčbou, zlepšují efektivitu léčby. Dále se do léčby zařazují antidepressiva, stabilizátory nálady (thymostabilizéry), podávání antipsychotik se doporučuje jen dočasně z důvodu zvyšujícího se rizika cerebrovaskulárních komplikací a zvyšující mortality. V rámci dispenzární péče je doporučeno provádět kontroly pacienta

a sledovat léčbu minimálně jedenkrát za tři měsíce. Další skupinou jsou synukleinopatie, mezi které řadíme Parkinsonovu chorobu a demenci s Lewyho tělísky, tvoří až 25 % všech demencí a jsou druhou nejčastější příčinou demenčního syndromu. U demencí s Lewyho tělísky jsou typické projevy jako extrapyramidový syndrom, halucinatorní produkce a kolísavý průběh. U Parkinsonovy choroby se halucinace projevují až jako následek podání L-dopy. Mezi pacienty, které postihla demence s Lewyho tělísky jsou typické emulační bizarní bludy a dochází k dřívějšímu postižení paměti, zatímco u parkinsoniků se postižení paměti objevuje až v pozdních stádiích nemoci. Typická je porucha výbavnosti a všípivosti. Při léčbě demence s Lewyho tělísky je doporučeno se zcela vyvarovat preparátům ze skupiny klasických antipsychotik z důvodu celkového zhoršení zdravotního stavu. Doporučená je léčba pomocí antidepresiv III. generace a antipsychotika v nízkých dávkách, jako jsou quetiapin a klozapin, která se podávají ke snížení antipsychotických projevů. Třetí skupinou, která spadá do neurodegenerativních demencí, jsou tzv. tauopatie, kam řadíme Pickovu chorobu a progresivní supranukleární obrnu. Pickova choroba má plíživý charakter a doba trvání bývá v průměru 8 let. Dochází zde k poruchám sociálního chování, změnám osobnosti, postižení emocí, změně plynulosti řeči, perseverace, utilizační chování. Z počátku nedochází k porušení paměti, ale je narušena výbavnost při zachovalé všípivosti. K diagnostice je výhodnější použít Addenbrookova kognitivního testu, kde pacienti s frontotemporální demencí selhávají zejména v oblasti verbální fluence a jazyka. U pacientů dochází k poruchám nálady, zpomalení psychomotorického tempa, apraxie a k poruše okohybných nervů. V léčbě frontotemporálních demencí se využívá antidepresiv III. generace k ovlivnění nálady a podávání atypických antipsychotik k ovlivnění poruch chování. Poslední skupinou demencí, které autor ve své článku prezentoval, jsou vaskulární demence, které tvoří asi 20 % všech demencí. Cévně podmíněné demence se dělí do tří skupin, a to na strategicky umístěný mozkový infarkt, multiinfarktová demence a subkortikální ischemická leukoencefalopatie. Pro vyšetření pacientů s vaskulární demencí je využito zobrazovacích metod, jako je CT a NMR. V léčbě vaskulárních demencí se podávají inhibitory acetylcholinesterázy k zlepšení kognice. V rámci adjuvantní terapie je možno podávat extrakt z ginko biloby a je doporučena korekce krevního tlaku, lipidového metabolismu a diabetu. V závěru autor článku uvádí, že v diagnostice a diferenciální diagnostice demencí je velmi důležité se zaměřit na klinický obraz a výsledky neuropsychologického vyšetření. V rámci léčby je třeba se zaměřit na kognitivní terapii, ale také věnovat pozornost behaviorálním a psychologickým projevům demencí. (Krombholz, 2011, s. 196 – 200)



## 1.2 Role sociálního pedagoga v průběhu transformace péče o osoby s duševním onemocněním

Počátky sociální pedagogiky můžeme vysledovat již v myšlenkách antické filozofie, zejména pak v díle Platóna (427–347 př. n. l.), který mimo jiné zdůrazňoval vztah výchovy k přípravě člověka na jeho společenské uplatnění a výchovou také podmiňoval lidské dobro. V roce 387 př. n. l. založil v Athénách Akademii. Byla to nejvýznamnější filozofická škola v řecké oblasti a byla předchůdkyní dnešních univerzit a vědeckých institucí. Aristoteles (384–322 př. n. l.) chápal člověka jako tvora závislého na společnosti, jehož přirozeností je žít s druhými ve společenství, ve státě. Významnou rolí státu je pak dle Aristotela uspořádání systému výchovy dětí a mládeže. Filozof a politik Seneca (4 př. n. l.–65 n. l.) kladl v kontextu etiky důraz na řešení sociálních problémů, konání dobra a péči o druhé. V rámci středověké společnosti se ideál člověka a jeho výchovy spojuje především s církví a víra se stává nedílnou součástí výchovy a vzdělávání. Sv. Tomáš Akvinský (1225–1274) jako významný myslitel vrcholného středověku, nejen že ve svém filozofickém učení vymezoval hranice víry a rozumu, ale také svými sociálně politickými názory na sociální hierarchii obhajoval tehdejší feudální společenské uspořádání jako logické a přirozené. V období raného novověku, tedy doby významných společenských proměn nastartovaných v Evropě rozvojem renesance a humanismu, je sociálně pedagogické myšlení zastoupeno humanisticko-utopistickými osobnostmi T. Morem (1478–1535) a T. Campanellou (1568–1639) zdůrazňujícími velký význam výchovy jako součásti i podmínky zmíněných společenských proměn. Významnou českou osobností raného novověku, která mimo jiné zasáhla i do kontextu sociální pedagogiky je J. A. Komenský (1592–1670). (Procházka, 2012, s. 12–20). U této osobnosti, která ovlivnila celkové myšlení a přístup k člověku tehdejší společnosti a má přesah až do dnešní doby se nakrátko zastavíme. Odkazy na tohoto osvíceného myslitele (vědce) v odborné literatuře můžeme sledovat v průřezech veškerých společných věd. Významnou pozornost mu věnuje Procházka (2012, s. 24), který vidí inspiraci pro sociální pedagogiku v Komenského sociálně-pedagogickém myšlení, a to v těchto oblastech. Idea síly výchovy a její potenciál při pozitivní změně společnosti, idea demokratické výchovy a vzdělávání, kladen akcent na sociální roli školského prostředí a disponovat uceleným konceptem nápravy společnosti výchovou.

Teoretické základy sociální pedagogiky v Evropě položil P. Natrop (1854–1924), který je považovaný za zakladatele filozoficko-teoretického směru sociální pedagogiky. Podle něj se sociální pedagogika má zaměřit především na společenské cíle výchovy a přispívat

k socializaci člověka a dosáhnutí ideální společenské jednoty. Zde bych uvedl pojem sociální kultivace, která je odpovídající předchozí definici. Zahrnuje pedagogicky aspekt výchovy jedince pro dobro společnosti, systematickou a celoživotní výchovu, sociologický aspekt nutnosti socializace jedince, která vyplývá z podstaty člověka, protože člověk je tvor společenský, a neopomíjí se ani filozofický aspekt ve smyslu pokračování ideje Kalokagathie starověkého Řecka. Galla (1967, s. 46) uvádí, že společnost sama vychovává, je nástrojem výchovy i jejím cílem. Sociální determinace výchovy a interakční vztah je evidentní. Od vzniku sociální pedagogiky kladli představitelé této vědní disciplíny důraz na sociální determinaci výchovy, spojení sociální spravedlnosti s výchovným působením na člověka a sociální skupiny s důrazem na aktivizaci vlastních sil jedince. (Hroncová, 2009, s. 152) V díle Natorpa je evidentní snaha klást důraz na všelidskou solidaritu, který věří na vliv výchovy a ušlechtilé morální koncepce, které považuje za předpoklad k postupnému zdokonalování světa. Předchůdcem a svým způsobem jedním ze zakladatelů, který se podílel na vzniku samostatné vědní disciplíny sociální pedagogiky, je švýcarský pedagog J. H. Pestalozzi (1746-1827), který zakládal školy nebo ústavy pro chudé a opuštěné děti. Počátky sociální pedagogiky u nás můžeme spojit se jménem G. A. Lindnera (1828-1887), který se zaměřoval na společenské poslání výchovy a v rámci výchovy jedince akcentoval nejen přípravu na určité povolání či profesi, ale také na společenský život. (Kraus, 2014, s. 15)

Vzhledem k tomu, jakým dynamickým vývojem prochází společnost s veškerými svými problémy, můžeme předpokládat, že i samotná sociální pedagogika dospěje změn, a proto je nutné, aby tato vědní disciplína neustále reagovala na vývoj ve společnosti, vnímala člověka a měnící se role v ní a promptně inovovala a obnovovala teoretická východiska a metody.

Vymezení sociální pedagogiky je široké. Průcha (2001, s. 217) vymezuje sociální pedagogiku jako aplikovanou pedagogickou disciplínu, která se zabývá širokým okruhem problémů spjatých s výchovným působením na rizikovou a sociálně znevýhodněnou skupinu mládeže a dospělých. Kraus (2014, s. 135) vnímá sociální pedagogiku jako potřebu pomáhat lidem a vést je tak, aby byli schopni sami konstruktivně řešit složité životní situace a vyrovnávat své společenské deficity. Sociální pedagogiku můžeme charakterizovat jako vědu aplikovanou a hraniční, kterou řadíme do systému pedagogických věd. Kraus (2001, s. 12) sociální pedagogiku vymezuje jako disciplínu, která se zaměřuje nejen na problémy patologického charakteru, marginálních skupin, částí populace ohrožených ve svém rozvoji a potencionálně deviantně jednajících, ale především na celou populaci ve smyslu vytváření souladu mezi potřebami jedince a společnosti, na utváření optimálního

způsobu života v dané společnosti, čímž zdůrazňuje její transdisciplinárnost. Slovenská odborná literatura vymezuje sociální pedagogiku „jako součást věd o člověku, patří do soustavy věd o výchově a považujeme ji jako hraniční disciplínu mezi pedagogikou a sociologií. Sociální pedagogika jako životní pomoc je pozitivní pedagogika, jejichž cílem je v systému komplexní péče poskytnout pomoc dětem, mládeži a dospělým v různých typech prostředí hledáním optimálních forem pomoci kompenzování nedostatků.“ (Bakošová, 2006, s. 46)

Výše zmíněný přehled různých definic a vymezení ukazuje, že jednotliví představitelé vycházejí z užšího, ale i širšího pojetí disciplíny. Užší pojetí je spíše zaměřeno na cílovou skupinu dětí a mládeže, na intervenci do sociálních problémů a dopady sociálně patologických jevů, cílem je prostřednictvím výchovných postupů zvládat tyto problémy a pomoci lidem k soběstačnosti a svépomoci. Naopak širěji koncipované definice vycházejí z myšlenky pomoci všem věkovým kategoriím v různých životních situacích, při plánování a zvládání životní dráhy. (Knotová, 2014, s. 8)

### **Předmět sociální pedagogiky**

Kraus (2014, s. 46) uvádí, že většina autorů vychází z širšího pojetí vymezení předmětu sociální pedagogiky. „V tomto smyslu se sociální pedagogika zaměřuje na každodennost života jedince, na zvládání životních situací bez ohledu na věk, akcentuje ochranu jedince před rizikovými vlivy a iniciuje takové změny v sociálním prostředí, které se snaží uvádět do souladu individuální potřeby a zájmy jedince s možnostmi společnosti. Sociální pedagogika tedy má jakési dvě základní funkce – preventivní (profylaktickou) a terapeutickou (kompenzační).“ Nejen v ČR, ale také v mnoha dalších zemích (Polsko, Německo, Slovensko) existují různé přístupy k vymezení předmětu sociální pedagogiky, který je přesto koncipován v širším pojetí. Bakošová (2006, s. 17) uvádí následovná vymezení nebo přístupy k sociální:

- sociální pedagogika jako pedagogika prostředí, zaměřuje se na zkoumání vztahu a vzájemného vlivu prostředí a výchovy, na realizaci výchovných (a vzdělávacích) cílů v různém sociálním prostředí, zabývá se socializací včetně metod uplatňujících se v procesu socializace.
- sociální pedagogika jako forma životní pomoci lidem všech věkových kategorií nacházejících se v různých problémových situacích.

- sociální pedagogika, jejíž předmětem jsou odchylky sociálního chování, resp. výchovné problémy, vyskytující se v malých skupinách a institucích s přímým kontaktem s jedinci.
- sociální pedagogika jako pedagogická disciplína, která se zabývá právním nárokem na výchovu, lidskými právy, filozofickými otázkami výchovy, otázkami smyslu života.

Osobnost člověka, interakce sociálního prostředí a výchovy, socializace člověka, náhradní rodinná péče, problémy osíření a prevence sociálně-patologických jevů u dětí a mládeže patřili mezi elementární okruhy v předmětu sociální pedagogiky, které můžeme pozorovat již v dílech J. A. Komenského (Hroncová, 2009, s. 153)

### **Role sociálního pedagoga**

Definice sociálního pedagoga vychází z pohledu vnímání a vymezení sociální pedagogiky, kterou můžeme charakterizovat v užším nebo širším pojetí. Univerzální definice, která by pojala celou problematiku, neexistuje. Nejblíže k ní má Laca (2016, s. 141), který uvádí, že se jedná o profesionálního pracovníka, „*který řídí a organizuje výchovný proces na profesionální úrovni a působí na děti, mládež i dospělé ve směru optimálních osobnostních cílů jejich rozvoje.*“ Dále Laca (2016, s. 144) zmiňuje různorodost profese sociálního pedagoga. „*Jeho práce souvisí s profesí učitele, psychologa, psychoterapeuta. Hlavní funkci sociálního pedagoga je možné charakterizovat ve dvou oblastech činností: činnost integrační a rozvojová. V rámci integrační funkce se činnost sociálního pedagoga zaměřuje na klienty, kteří se nachází v krizových situacích, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení a potřebují odbornou pomoc a podporu. Pokud jde o funkci rozvoje, v takovém případě jde o zajištění rozvoje osobnosti ve směru správného či žádoucího životního stylu, hodnotného a užitečného naplnění volného času.*“ Ve své profesi je sociální pedagog reprezentantem sociálních norem. Z hlediska kontrolní teorie je sociální pedagog nejen vnějším agentem sociální kontroly, ale může také rozvíjet vnitřní mechanismy sociální kontroly svých klientů. Sociální pedagog tak může pracovat na internalizaci sociálních norem, aby klient nejednal deviantně jen pod pohrůzkou vnějších sankcí. Polem působnosti sociálního pedagoga je interakční proces. V tomto procesu mohou klienti přijmout deviantní roli, protože to pro ně může být výhodné. V neposlední řadě nesmí sociální pedagog zapomenout na možnou sekundární deviaci, kterou může nálepkováním klientů spustit. (Knotová, 2014, s. 9-10) Vzhledem

k tomu, jak široké pole působnosti musí pojmout role sociálního pedagoga, je nutné, aby se přesně definovala oblast a vymezila cílová skupina, ve které bude působit, a tím byla zajištěna efektivita a smysluplnost vykonávané činnosti. Profese sociálního pedagoga patří mezi pomáhající profese. Jelikož se v této práci zamýšlíme nad rolí sociálního pedagoga v kontextu změn v poskytování psychiatrické péče a pomoci osobám se závažným duševním onemocněním v souvislosti s probíhající reformou v oblasti duševního zdraví, je zásadní si jasně definovat cílovou skupinu, komu poskytneme pomoc a jakým způsobem docílíme pomoci. Společným jmenovatelem reformy je spolupráce odborníků z oblasti zdravotní a sociální. Již dnes má své pevné místo každá profese v tomto procesu péče a pomoci, ale vzhledem k tomu, jakým směrem se ubírá reforma, tedy směrem deinstitucionalizace, destigmatizace a multidisciplinarity, schází klíčový pracovník, který by byl v této oblasti odpovědný. Profese, které zmiňuji v rigorózní práci, mají jasně definované činnosti, které vykonávají – lékaři, zdravotní sestry, psychologové nebo sociální pracovníci, se ale výše zmiňovanou problematikou zabývají pouze okrajově. Duševně nemocní se potýkají s mnoha různými problémy, jejichž řešení by mohla spadat do kompetencí sociálního pedagoga. Obecně můžeme roli sociálního pedagoga zasadit do tzv. procesu deinstitucionalizace, byl by spojovacím článkem mezi zdravotnickým zařízením a domácím prostředím a pomohl by s adaptací v komunitě. Pomáhal by klientovi překonávat úskalí všedních dnů a byl by tzv. průvodcem života. Můžeme zde sledovat analogii s první definicí pedagogiky s odkazem na antiku. Dále by pedagogicky působil nejen na klienta, ale i na okolí, rodinu a jiné profese, které se dostanou do interakce s osobou, která má duševní onemocnění, a byl by aktivním hybatelem v procesu destigmatizace. V neposlední řadě role sociálního pedagoga může spočívat v propojování jednotlivých aktérů reformy do uceleného, systematického multidisciplinárního celku, který je zásadní pro recovery psychiatrických pacientů, a tím by se předcházelo relapsům onemocnění a snížil se počet rehospitalizací. Každý další relaps duševní nemoci především z oblasti SMI fatálně zhoršuje životní úroveň a má dramatický vliv na sociální schopnosti a dovednosti. Člověk se čím dál tím víc odkazuje do rukou odborníků, bez kterých již není samostatného života bez pomoci. Přínos reformy je nezpochybnitelný, ale přesto nám praxe přináší různé problémy. Objevují se bílá místa, která jsou nutná detekovat a hledat taková řešení, která je eliminují a hledají způsoby, jakými jim předejít, a to vše ku prospěchu klienta. Jak široké pole působnosti definuje roli sociálního pedagoga, tak v tomto konkrétním případě můžeme vyselektovat jednotlivé činnosti, kterými se může sociální pedagog zabývat v rámci reformy duševního zdraví. Profese sociálního pedagoga vyžaduje velmi široký komplex znalostí, dovedností a také vhodných

charakterových vlastností. Klíma (in Kraus, 2014, s. 198) „*charakterizuje sociálního pedagoga jako specializovaného odborníka vybaveného teoreticky, prakticky a koncepčně pro záměrné působení na osoby a sociální skupiny především tam, kde se životní způsob a praxe těchto jednotlivců či sociálních skupin vyznačuje destruktivním či nekreativním způsobem uspokojování potřeb a utváření vlastní identity.*“

## 2 REFORMA V PSYCHIATRII

Péče o osoby s duševním onemocněním prochází celosvětově výraznou proměnou a můžeme ji sledovat velmi citelně poslední roky i u nás v ČR. Velký důraz je kladen na naplňování a posílení práv osob s duševním onemocněním a kvalitu služeb, které jsou jim poskytovány. Je rozvíjen celostní model péče orientovaný na celkové zotavení a maximální integraci osob s duševním onemocněním do běžného života. Změna je charakteristická i odklonem od péče ve velkých psychiatrických nemocnicích a rozvojem rozšířené a maximálně efektivní komunitní péče. Je kladen důraz na koordinaci a provázanost jak jednotlivých profesí, tak i jednotlivých typů podpory a služeb. Velmi důležitým prvkem moderní péče je mobilizace a dlouhodobé zapojení celé komunity a spolupráce s ní. (Ministerstvo zdravotnictví, © 2020)

Strategické dokumenty a legislativní ukotvení v oblasti duševního zdraví v ČR prošlo významnými změnami především po rozdělení Československa v souvislosti s ústavními úpravami. Ke stávající legislativě týkající se oblasti duševního zdraví, jako je např. Listina základních práv a svobod (1993), Zákon č. 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (Antidiskriminační zákon), přibyly další mezinárodní lidskoprávní dokumenty, např. Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání (účinnost v ČR od roku 1996), Evropská sociální charta (účinnost v ČR od roku 2000), Úmluva o lidských právech a biomedicině (účinnost v ČR od roku 2001), dále dokumenty OSN jako jeden ze stěžejních dokumentů je Všeobecná deklarace lidských práv (1948), Zásady ochrany duševně nemocných – rezoluce OSN (1991), Mezinárodní listina práv hospitalizovaných pacientů (1992), Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (účinnost v ČR od roku 2009), Deklarace o duševním zdraví pro Evropu (2005) vydáno WHO nebo Akční plán duševního zdraví 2013–2020. (MZ, © 2020)

Ucelený koncept psychiatrie byl v ČR definován Psychiatrickou společností ČLS JEP v roce 2000 a klíčovými tématy byla deinstitucionalizace psychiatrické péče s následným propojením do sítě komunitních služeb. Tento koncept byl schválen Vědeckou radou MZČR v roce 2002, ale tehdy k implementaci do praxe již nedošlo. Následně byla tato skupina ustanovena jako poradní výbor na MZČR. V Helsinkách lednu roku 2005 ČR přijala další významné dokumenty, a to v rámci revize koncepce psychiatrie se formálně připojila k Deklaraci o duševním zdraví, Akčnímu plánu duševního zdraví pro Evropu a k Zelené knize Komise evropských společenství. (MZ, © 2020)

Vedle zdravotních psychiatrických služeb stojí systém sociálních služeb, který se řídí dle zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních

službách a kategorizuje služby na sociální poradenství, které se dělí na základní a odborné; sociální péči a sociální prevenci. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, © 2020) Reforma psychiatrické péče představuje zásadní systémovou změnu v poskytování ucelené péče pro osoby s duševním onemocněním a naplňování moderních standardů v oblasti moderní psychiatrie. Jedná se o dlouhodobý proces, který započal již před léty ve vyspělejších státech západní Evropy a ve spolupráci s mezinárodními společnostmi a WHO pracuje na komplexnosti a jednotě psychiatrické péče pro veškeré státy Evropy, minimálně v rámci EU. Snahou je i jednotný legislativní rámec určený pro jednotlivé státy. V březnu 2013 byla Reforma psychiatrické péče schválena jakožto součást Národního programu reforem 2013. Národní program reforem pro rok 2013 je úzce provázán s plněním Strategie mezinárodní konkurenceschopnosti ČR 2012–2020 a s dalšími strategickými dokumenty vlády. Hlavním cílem Národního programu reforem je podpora hospodářského růstu, posílení konkurenceschopnosti a přispění k tvorbě pracovních míst. Tento program je také plně v souladu s prováděním politiky soudržnosti EU v podmínkách ČR. (MZ, © 2020) Hlavním ústředním orgánem celého dlouholetého dynamického procesu reformy psychiatrické péče v ČR je Ministerstvo zdravotnictví ČR (MZČR), které je i orgánem implementace do praxe, který má přesah mimo svou gesci. Proto vyvstává nutnost spolupráce s ostatními resorty, konkrétně se jedná o Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo vnitra, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo spravedlnosti a s dalšími územními a obecními samosprávami. V neposlední řadě se to týká především přímo řízených organizací MZČR. Strategie MZČR v oblasti poskytování psychiatrické péče využívá jednotlivých výzev evropských fondů, systematicky vyhodnocuje kritéria jednotlivých projektů v rámci reformy a udržuje tento proces aktivní, říditelný, životaschopný z dlouhodobé perspektivy a jednotlivými kroky spouští mechanismy, které implementují změny do praxe. Do reformy je zainteresována spousta zájmových skupin, odborných skupin, nevládních organizací, orgány státní správy, zástupců zdravotních pojišťoven, uživatelů a poskytovatelů, proto je nasnadě, aby tyto jednotlivé skupiny spolupracovaly a komunikovaly ve prospěch reformy a v důsledku byly přínosem pro samotné osoby s duševním onemocněním. Pregnantním prvkem v této problematice je vytvoření pracovní skupiny pod záštitou MZČR, která by dohlížela a aktivně se zapojovala do této interakce několika zájmových skupin. (MZ, © 2020)



Proces reformy běží již řadu let a ještě několik desítek let potrvá. Díky financování z evropských fondů bude tento proces v příštích letech výrazně dotován. Změny se netýkají jen pohledu medicínského, ale celého systému péče o osoby s duševním onemocněním.

Mezi hlavní cíle reformy v psychiatrii (MZ, © 2020) patří:

- zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami, zrovnoprávnění úrovně péče s ostatními medicínskými obory, důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci,
- zajištění dostupnosti psychiatrické péče se zaměřením na její nízkoprahovost a redukci skryté nemocnosti,
- redukce rizik vyplývajících z psychických onemocnění, suicida, závažná tělesná a duševní poškození, sociální izolace a invalidizace,
- podpora primární psychiatrické péče,
- rozvoj komunitní péče,
- modernizace lůžkového fondu.

Mezi dílčí projekty v rámci reformy patří i další témata:

- deinstitutionalizace,
- destigmatizace,
- multidisciplinární spolupráce,
- podpora a zajištění nových cílených služeb pro vyprofilovanou klientelu,
- vznik Center duševního zdraví (CDZ),
- analytická a datová podpora reformy,
- rané prevence, brzké intervence, detekce rizikového chování u osob s duševním onemocněním.

Hlavním strategickým záměrem reformy v psychiatrii je naplňování základních lidských práv osob s duševním onemocněním v nejširším možném výkladu.

Reforma psychiatrie zahrnuje:

- podporu nových služeb,
- zavádění nových přístupů,

- budování nových vztahů,
- zapojování nových technologií,
- vytváření nového prostředí,
- nastavování efektivního financování. (MZ, © 2020)

Specifické cíle reformy v psychiatrii (MZ, © 2020) jsou:

- zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování,
- zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí,
- omezit stigmatizaci osob s duševním onemocněním a oboru psychiatrie obecně,
- zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení, sociálních dovedností aj.),
- zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci,
- zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb,
- humanizovat psychiatrickou péči.

Důvodem reformy psychiatrické péče v ČR je přizpůsobení se moderním trendům západní společnosti v oblasti duševního zdraví. U nás nenastala v psychiatrii zásadní změna od počátku 90. let 20. století. Obor psychiatrie je dlouhodobě podfinancován a nevěnuje se mu tolik pozornosti, kolik by si zasloužil, přestože i statistiky ukazují v posledních letech enormní nárůst duševních chorob u většinové populace v celosvětovém měřítku. „*Psychiatrie a systém péče o duševní zdraví je determinováno daným ekonomickým, sociálním a politickým systémem, v jehož kontextu funguje.*“ (Toresini, 2017, s. 147) V rámci ostatních medicínských oborů se psychiatrii nedostává dlouhodobě potřebného zájmu. „*Čím více se zúží sociální hranice pro podstatnou sociální inkluzi nebo integraci psychiatrických pacientů, tím více bude psychiatrie fungovat v duchu represivního řízení všech takových potřeb, které nenalézají skutečnou a podstatnou odezvu ve společnosti.*“ (Toresini, 2017, s. 147) Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v ČR dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí EU zanedbán a opožděn. „*Z hlediska výdajů na duševní zdraví v ČR je podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví*

okolo 2,91 % (ostatní členské země EU mezi 5–10 %), což zaujímá hodnotu 0,26 % HDP (naproti tomu v EU jsou to průměrně 2 % HDP).“ (Winkler, 2013, s. 29) Stávající systém péče má své těžiště ve velkých psychiatrických nemocnicích stavěných dle konceptu péče, který byl moderní v první polovině 20. století. Současný trend je plynulý přechod z institucionalizované péče do komunitní sféry poskytující komplexní péči pro osoby s duševním onemocněním, tedy deinstitucionalizace. Aktuální model psychiatrické péče nezajišťuje dostatečně podporu pacientů v jejich vlastním přirozeném prostředí ani spolupráci a koordinaci mezi jednotlivými složkami poskytovatelů péče o duševně nemocné. Již na některých místech fungují služby v komunitě (ve vlastním prostředí pacientů), ale ještě ne v nedostatečné míře. Obecným cílem reformy v psychiatrii je zlepšit kvalitu života osobám s duševním onemocněním. Kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských práv osob s duševním onemocněním, potřeb pacientů, lidských práv v oblasti duševního zdraví, ochrany práv na právní způsobilost ve službách, služeb bez nátlaku, násilí a zneužívání a zajištění práva na zdraví a zotavení ve službách. Proto je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování jejich práv obsažených především v úmluvě OSN „O právech lidí se zdravotním postižením.“ Hlavními nástroji, jak naplnit tyto stanovené cíle, jsou restrukturalizace služeb, změna legislativy, vytvoření funkční sítě zařízení poskytujících specializovanou péči, změna přístupů a myšlení pracovníků poskytujících psychiatrickou péči. Pro úspěch reformy je potřeba zajistit financování, meziresortní spolupráci, mezioborovou spolupráci a změnu legislativy. (MZ, © 2020)

Velmi důležitou podmínkou úspěchu realizace Strategie reformy psychiatrické péče je úzká spolupráce mezi resorty, které se agendou dotýkají problematiky osob s duševním onemocněním. Jedná se především o resorty Ministerstvo práce a sociálních věcí, Ministerstvo financí, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstvo spravedlnosti a Ministerstvo obrany. Ve většině vyspělých zemí, kde již došlo k transformaci služeb, je pro oblast duševního zdraví spolupráce a odpovědnost jednotlivých resortů upravena zvláštním zákonem právě proto, že jde o problematiku procházející napříč odpovědností uvedených resortů. V průběhu realizace Strategie reformy psychiatrické péče je nasnadě otázka, zda upravit tuto reformu samostatným zákonem o duševním zdraví nebo ji realizovat dílčími úpravami dotčených zákonů. Zásada mezisektorového přístupu znamená spolupráci s lidmi, nikoli s problémy. (Toresini, 2017, s. 66) Na úspěšné implementaci Strategie reformy psychiatrické péče by se mělo podílet několik ministerstev výše

zmiňovaných, zástupci ústředních orgánů státní správy, krajské a obecní samosprávy a organizace přímo řízené MZČR. (MZ, © 2020) Základní pilíře Strategie reformy psychiatrické péče v ČR patří ambulantní péče, vznik CDZ, vytvoření dostatečných kapacit psychiatrických oddělení ve všeobecných nemocnicích a transformace psychiatrických léčeben a nemocnic. Všeobecným cílem je zlepšit kvalitu života osobám s duševním onemocněním a to prostřednictvím restrukturalizace služeb a sítě zařízení poskytující primární a následnou psychiatrickou péči. (MZ, © 2020)

### **Deinstitucionalizace**

V obecné rovině se jedná o proces, kdy se postupnými systematickými kroky přechází z formy institucionalizované, tudíž dochází k redukci lůžek zařízení ústavního typu, k formě komunitních služeb, které mají zajistit pro specifikovanou klientelu podmínky imitující jejich přirozené prostředí. Trendem je neinvazivní přechod od paternalistického přístupu k individuální péči. Jedná se o proces kontinuální, kdy dochází k postupnému rušení zdravotnických zařízení a více se podporují komunitní sociální služby. Jedná se o změnu zavedených institucionálních procesů. V probíhající reformě si tento proces vyžaduje vytvoření kvalitní sítě komunitní péče, čímž se logicky bude snižovat počet hospitalizovaných pacientů a zkracovat délka hospitalizací na lůžkách poskytující psychiatrickou péči. Tímto krokem je snaha zredukovat lůžka následné péče v psychiatrických léčebnách a nemocnicích, ale za předpokladu fungujícího systému zajištění komunitních služeb a jejich finanční udržitelnosti. Paradoxním jevem v probíhající reformě v zemích, kde tento proces transformace započal před deseti a více lety je, že se snížil celkový počet hospitalizovaných pacientů na úkor zvýšeného počtu nedobrovolných hospitalizací. (Toresini, 2017, s. 12) Italský model nám ukazuje příklad první deinstitucionalizace, což není jen uzavření nemocnice nebo léčebny, ale spočívá v dalších nezbytných krocích, které musí pochopitelně na sebe navazovat, aby to mělo efektivní přínos. *„Uzavření azylových domů bylo koneckonců pouze prvním aktem deinstitucionalizace, další pečlivou prací je identifikace způsobů péče o pacienta prostřednictvím neustálého dialogu s pacienty samotnými a jejich rodinami. Pacienti nejsou zvířata, která reagují pouze na chemii. Nejsme proti psychofarmakologii, ale musíme přemýšlet o tom, co děláme. Dokonce i souhlas pacienta je získán na základě vybudování vztahu důvěry a ujištění.“* (forumsalutementale, © 2020) V neposlední řadě je nezbytné zajistit i systém proplácení těchto poskytovaných služeb, kdy je potřeba provázanost

jednotlivých ministerstev a nastavení legislativního rámce, který zaštití tyto nově vzniklé služby a dojde mimo jiné i k začlenění osob, které doposud i přes dobrý zdravotní stav, ale dominují u nich sociální potřeby, nebylo schopno sociálně integrovat do komunit. V procesu deinstitucionalizace musí jít především o bezpečný proces, a to jak pro uživatele péče, tak i pro zřizovatele, poskytovatele a stát.

### **Destigmatizace**

Duševní porucha člověka stigmatizuje v očích ostatních lidí bez ohledu na to, zda svým neadekvátním chováním zapříčiněným svým onemocněním způsobil, či nezpůsobil újmu na zdraví, životě nebo majetku. Stigma samo o sobě nic o dotyčném nevyovídá, přesto se mu přisuzuje velký význam. Obecně lze stigma charakterizovat jako „nějakou nálepku“, co člověka limituje se podílet na společenském dění a uplatnit se ve společnosti. Mluvíme o jistém předsudku, díky kterému k těmto lidem přistupujeme. (Ocisková, 2015, s. 22) Podle WHO (© 2020) je stigma největší překážkou v poskytování efektivní psychiatrické péče v zařízení komunitního typu. Pokud se bavíme o osobách s duševním onemocněním v souvislosti se stigmatizační nálepkou, tak právě tato skupina je nejvíce ohrožena sociálním vyloučením. Stigmatizace osob s duševním onemocněním vychází z nedostatku informací, kterými (ne)disponuje laická veřejnost a především ze strachu z psychiatrických pacientů, což má i své logické opodstatnění. Stigmatizace těchto osob vychází z historických souvislostí, kdy péče o ně probíhala izolovaně. Důsledkem toho dochází nejen k vyloučení ze společnosti, ale i k vysoké míře nezaměstnanosti. (Psychiatrie, © 2020) Častým pojmem vyskytujícím se v souvislosti s touto problematikou je diskriminace. Tu můžeme charakterizovat jako jednání v důsledku stigmatizujících postojů a přesvědčení, které člověka omezuje v jeho právech a životních příležitostech. (Ocisková, 2015, s. 23) Osoby s duševním onemocněním jsou stigmatizovány po celém světě. Míra stigmatizace se však v jednotlivých zemích liší. Osoby s duševním onemocněním čelí nejen zdravotním nesnázím, ale také sociálním. Jedním z nejzávažnějších problémů sociální povahy je stigma, které vede ke znevýhodnění v mnoha oblastech života a je často vnímáno jako tíživější a má daleko rozsáhlejší dopady než samotné zdravotní problémy. Stigma a s ním související diskriminace osob s duševním onemocněním patří k tématům, která stabilně zaujímají prioritní postavení v agendě politických dokumentů a akčních plánů. Závažnost problému stigmatizace duševních onemocnění je reflektována i v relevantních politických a dalších strategických dokumentech. Na mezinárodní úrovni se v oblasti péče o duševní zdraví stalo

stigma jedním z hlavních politických témat zejména v průběhu posledních dvou desetiletí (Zelená kniha Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva Evropské unie, 2005; Evropský akční plán duševního zdraví Světové zdravotnické organizace, 2013; Akční plán duševního zdraví pro Evropu Světové zdravotnické organizace, 2005; Rezoluce OSN 46/119 Principy ochrany lidí s duševním onemocněním, 1996). V ČR se stigmatizaci dostalo v oficiálních politických dokumentech pozornosti teprve nedávno, a to v souvislosti s vládní reformou psychiatrické péče. (MZ, © 2020) Stigma duševní nemoci je rovněž jednou z příčin, proč zástupci státu a plátců péče mají malou vůli investovat do péče o duševně nemocné. Duševně nemocní jedinci jsou navíc i znevýhodněni oproti jiným marginalizovaným skupinám (etnické minority, lidé s fyzickými handicapy) tím, že jim chybí silnější hlas, který by za destigmatizaci bojoval. Stigmatizační postoje se bohužel nevyhýbají ani odborným pracovníkům psychiatrických služeb. (Psychiatrie, © 2020) I přes veškerá vzdělávání a edukační aktivity ohledně jednání s psychiatrickým pacientem a zvládnání rizikových situací nakonec dospějete k závěru, že klidným přístupem, slušným chováním s respektem dokážete promptně jednat a reagovat na změny, které vychází z psychopatologie onemocnění, a nemůžete očekávat agresivní reakci „bláznů“, jak nám kolikrát prezentují média, a nevzdělaná společnost tento zkreslený pohled přijme za své. Už samotná duševní nemoc má negativní dopad na všechny oblasti života pacientů a vyřazuje je z rolí v běžném životě. Jsou izolovaní, separovaní, bez práce a bydlení a často končí na ulici a bez pomoci nejsou schopní samostatně žít. Snahou je od prvopočátku vytvořit zcela novou nebo vyprofilovat takovou službu, která akceptuje znevýhodněné postavení těchto osob ve společnosti a bude respektovat jejich důstojnost, sociální role a bude reagovat na jejich potřeby. Není to zátěž jen pro pacienta, ale také pro rodiny, kdy osoby s duševním onemocněním přináší jen problémy, které si rodina vysvětluje jako naschvály a podrazy. Tlak této skupiny žádá, aby vznikla taková služba, která se jasně zaměří na zaměstnávání osob s dušením onemocněním a vyhledáváním denních aktivit pro ně a bude jim věnovaná patřičná pozornost. (Toresini, 2017, s. 86) Proto veškeré břímě pomoci a podpory jsou přenášeny na nezávislé organizace a sociální služby. Zajímavým poznatkem je jedna studie Italoameričanů v New Yorku, kdy se sdružovali ve své komunitě a vykonávali spoustu činností, nezháleli, aktivně žili a dosáhli nejen úspěchů v životě, ale především zde byla malá míra nemocnosti. (Toresini, 2017, s. 53) Takže i přes nejasnou etiologii duševní nemoci hraje zde významnou roli faktor sociální, a to začlenění a sdílení v komunitě. V rámci reformy je myšleno i na tuto oblast, a proto je nutná systematická edukace na všech úrovních společenského žebříčku, počínaje pacienty samotnými, rodinami, pedagogickými

pracovníky a v neposlední řadě i lékaři jiných specializací. V ČR se v poslední době realizuje několik projektů v souvislosti s transformací péče v psychiatrii, které se zaměřují na problematiku destigmatizace osob s duševním onemocněním ve společnosti. Proces destigmatizace je snaha informovat společnost o tom, jaká je doopravdy realita žít s duševním onemocněním. Pokusit se touto cestou vyvrátit mýty, které společnost považuje za dogma. Mezi destigmatizační aktivity můžeme zařadit komplexní projekty realizované odbornými společnostmi, např. „Projekt Destigmatizace“, programy „Blázníš, no a!“ probíhající na základních školách, které realizuje nezisková společnost Fokus. Dále aktivní zapojení uživatelů psychiatrické péče do poradenských aktivit, které zastřešuje společnost Vida nebo různé kampaně, přednášky, výstavy či pořádání hudebně-kulturních představení. (Psychiatrie, © 2020) Za vzor se uvádí italský model transformace péče v psychiatrii a i zde můžeme sledovat, jaké nástroje využívají k destigmatizaci. „*Od roku 1981 ministerstvo duševního zdraví v Terstu (DSM-ASUITS) je operační strukturou, která se zaměřuje na prevenci, diagnostiku, léčbu a rehabilitaci osob s duševními poruchami a organizaci intervencí zaměřených na ochranu a podporu duševního zdraví občanů. DSM usiluje o odstranění jakékoli formy diskriminace, stigmatizace, vyloučení proti lidem s duševním utrpením a poruchou a podílí se na aktivní podpoře jejich úplných občanských práv, jakou je práce, bydlení nebo volný čas.*“ (itineraribasagliani, © 2020)

### **Centrum duševního zdraví**

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým nízkoprahovým pilířem v systému péče o osoby s duševním onemocněním poskytující zdravotně – sociální služby. Jedná se o jeden z dílčích kroků deinstitucionalizace, přesměrování péče do komunitní oblasti. Snahou je vybudování a zajištění dostatku nových CDZ, aby dokázala pokrýt potřeby všech potencionálních pacientů ve všech oblastech kraje, potažmo republiky. Primárně bude péče CDZ zaměřená na dospělé pacienty. Jejich hlavní cílovou skupinou budou pacienti s vážným duševním onemocněním z okruhu diagnóz SMI. Jedná se o skupinu osob s duševním onemocněním, které jsou nejvíce ohroženou institucionalizací, vyloučením ze společnosti a doslova vytržení ze svého přirozeného prostředí. CDZ jsou mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou akutní i specializovanou péčí. Za tímto účelem CDZ vytváří potřebné programy, zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Multidisciplinární tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou službu všem potřebným

klientům/pacientům ze spádové oblasti bez čekací doby. Při zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního zotavení klientů/pacientů (recovery), spolupracuje CDZ ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj. (MZ, © 2020) Funkcí CDZ pro SMI bude:

- prevence hospitalizací či jejich zkracování,
- včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění,
- nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity.

CDZ bude poskytovat individualizovanou péči pro zmiňované vážně duševně nemocné, koordinovat dostupné služby s ohledem na potřeby klientů/pacientů v jejich přirozeném prostředí. Mezi další cílovou skupinou CDZ budou i osoby s raným výskytem psychotického onemocnění (jedná se o tzv. Early Intervention). Smyslem konceptu CDZ je se vyhnout hospitalizacím a pokusit se zaléčit a podchytit onemocnění v rané fázi za pomoci odborníků v komunitní péči transformované do multidisciplinárních týmů v kooperaci s rodinnými příslušníky. Po zaběhnutí zmiňovaných typů péče budou na stejném principu postupně vznikat služby i pro jiné diagnostické skupiny. CDZ budou spolupracovat ve svém regionu s dalšími službami, a to jak se specializovanými, tak s těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci, například v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení či volnočasových aktivit. Služby CDZ budou službami zdravotně-sociálními, kdy bude naprosto nezbytné zajistit mezioborovou spolupráci. Služby CDZ budou poskytovat mobilní, ambulantní, krizové a denní služby multidisciplinárním týmem. Tým centra duševního zdraví bude pracovat formou případového vedení a bude poskytovat flexibilní, individualizovanou službu cílové skupině pacientů ze spádové oblasti kraje bez čekací doby. (MZ, © 2020)

Pro dobu, kdy klient bude veden týmem CDZ, bude ošetřujícím lékařem pacienta/klienta psychiatr CDZ. Nicméně kontakt mezi pacientem/klientem a jeho ambulantním psychiatrem by neměl být zcela přerušen, aby bylo možno po propuštění klienta z péče CDZ zajistit jeho následnou ambulantní péči, stav pacienta by měl být vzájemně konzultován.



## 2.1 Reforma psychiatrické péče v zahraničí

Poskytování služeb v oblasti psychiatrické péče je dodnes doktrínou, prakticky neměnnou, kdy jak více než 90 % světa má nadále velké ústavy a instituce a velmi málo komunitních služeb. Psychiatrické ústavy v 19. století se staly středem zájmu tisíce článků v psychiatrických časopisech. Mezi lety 1812 až 1899 bylo publikováno na 1354 článků, které se věnovaly duševnímu zdraví a azylům pro duševně nemocné. V roce 1818 Benjamin Rush, který byl označován za otce americké psychiatrie, publikoval nejstarší článek, který se zabýval příčinou a léčbou nemoci mysli. O devět let později upozornil na nutnost lékařského vzdělání v oblasti duševního zdraví za účelem zlepšení péče a založení nemocnic pro duševně nemocné. Tento zájem přetrvával až do první poloviny 20. století. V průběhu 20. století se od termínu azyl začalo upouštět a v roce 1923 byl ve Velké Británii schválen návrh zákona, který stanovil termíny jako duševní nemocnice a psychiatrická léčebna. V druhé polovině 20. století došlo k výraznému poklesu publikovaných článků a deinstitucionalizaci v západní Evropě, na severu Ameriky a v Austrálii. Změna v péči o duševně nemocné nutně neznamenala zlepšení života lidí s těžkou duševní nemocí. V průběhu 50 let došlo k uzavření velké části azylů v USA a Evropě. Cohen a kolektiv (2016) ve svém článku dále uvádí, že nemocnice pro léčbu duševních nemocí jsou velmi důležitá a jediná léčebná zařízení v mnoha zemích s nízkými a středními příjmy. V rámci zkvalitnění služeb v oblasti duševního zdraví dochází ovšem k zřízení vysoce kvalitních komunitních služeb, které vznikaly ve spojení s akutní péčí a budou mít velký podíl na zlepšení života osob, které trpí závažnými duševními poruchami. Autoři ve svém článku prezentují dva krátké příklady transformace institucí, a to v psychiatrické léčebně na Srí Lance a v institutu ochrany ve Vietnamu. Azyl v Angodě byl otevřen v roce 1927, který poskytoval 1728 lůžek, které byly již rok po otevření plně obsazeny. V roce 2006 vzrostl počet pacientů na 2200. Vlivem špatných podmínek a nedostatečného financování docházelo k velké úmrtnosti pacientů. Již v roce 1937 se Profesor Edward Mapother zaměřil na zhodnocení institutu v Angodě, které provedl pro britskou vládu. Profesor instituci popsal jako „*zanedbanou a chátrající věznici*“, kde převládalo násilí mezi pacienty a zaměstnanci. Celkový počet pacientů byl více než 3000, na které dohlíželo téměř 1000 žen. V roce 2004 pobřeží oblasti Indického oceánu zasáhlo tsunami, které postihlo i tři psychiatrické léčebny Angoda, Mulleriyawa a Hendala, které v té době mělo celkem 1700 dlouhodobých pacientů. Vzhledem k procesu rekonstrukce a obnovy po tsunami přišla příležitost k rozvoji v oblasti duševního zdraví a reformě centralizované psychoterapie. Ředitel Angodské nemocnice

spolu s WHO a dalšími zdroji se podílely na trvalé a systematické transformaci, díky které se nemocnice v Angoře stala národním institutem pro duševní zdraví (NIMH). Cílem NIHM bylo podpořit duševní pohodu, předcházet duševním poruchám a poskytnout vysoce kvalitní léčbu a rehabilitaci. Tento vývoj byl do jisté míry usnadněn i rozvojem komunitních služeb. Veškeré kroky transformace byly následně systematicky implementovány do praxe, především v Evropě. Program reformy EU se zabýval rozsáhlými výzkumnými projekty v oblasti duševního zdraví a sociální ochrany s cílem, předat informace ministerstvu zdravotnictví a následně je uplatnit v praxi. V závěru autoři uvádí, že psychiatrické instituce jsou nejčastějším místem, kde dochází k porušování lidských práv u lidí s mentálními poruchami. (Cohen et al, 2017, s. 4 - 9)

Nunes a kolektiv (2019) se snažili ve svém článku popsat psychiatrickou reformu a protireformu v Brazílii. V roce 2017 došlo v Brazílii k největší vlně odporu proti psychiatrické reformě. V počátcích 70. a 80. let brazilské psychiatrické reformě odporovalo mnoho skupin. Oblast duševního zdraví prošla změnami v politicko-právní sféře s dopady na způsob psychosociální péče. Brazilská psychiatrická reforma měla představovat sociální úspěch a civilizační pokrok. Během prvních 15 let 21. století bylo pro brazilské reformní hnutí velkým úspěchem, kde se podařilo duševní zdraví promítnout i do politického prostředí. V dokumentech ministerstva zdravotnictví se postupně začaly používat pojmy jako „deinstitucionalizace“ a „psychosociální péče“. Ministerstvo zdravotnictví se nikdy veřejně nevyjádřilo k absolutnímu zániku lůžek v psychiatrických léčebnách. Akce prováděné v tomto období směřovaly na konstrukci modelu, který byl dostatečně silný a poukazoval na tato zdravotnická zařízení jako na zastaralé součásti zdravotní politiky. Zprávy ze čtyř národních konferencí byly nakloněny zániku psychiatrických léčen. V Brazílii se ukázala jako hlavní překážka v politice duševního zdraví veřejné financování. Dle WHO jsou výdaje na duševní zdraví v rozvinutých zemích vyšší než 5 % z celkového rozpočtu zdravotnictví. Rozpočet v Brazílii na duševní zdraví se v letech 2001 až 2012 pohyboval od 2,3 % do 2,5 %. V roce 2013 byl podíl výdajů na 2,1 % a v roce 2016 dosáhl na 1,6 %. Toto podfinancování mělo za následek zhoršování stávajících služeb a rozšiřování sítě, což ohrožovalo samotnou reformu, která byla silně kritizována odpůrci. V tomto článku se autoři snažili prezentovat napětí, které vyvolala psychiatrická protireforma na národní úrovni. (Nunes et al, 2019, s. 4489 - 4491) Tento brazilský příklad může být inspirací, jak reformu v oblasti duševního zdraví (ne)realizovat. V rámci psychiatrické reformy je důležité se zabývat měřením kvality v oblasti poskytování psychiatrické péče. Autoři Žaludek a Marx

(2017) se snažili ve svém článku zaměřit na metody měření kvality v psychiatrii, jelikož v ČR tato činnost není příliš rozšířená. Kvalita zdravotní péče představuje poskytnutí zdravotních služeb jednotlivcům, které přinesou žádaný výsledek. V rámci měření a zjišťování kvality v poskytování zdravotní péče je velmi důležité si definovat samotné indikátory, které budou kvalitu péče posuzovat. Autoři ve svém článku prezentovali metodu BSC, Balanced scorecard, tzv. vyvážená rozvaha. Tato metoda je jedna z nejvýznamnějších v oblasti managementu 20. století. Již v roce 1992 o metodě BSC publikovali Kaplan a Norton. Cílem této metody je hodnotit postupy zdravotnického zařízení. Metoda BSC se zaměřuje na hodnocení kvality pěti rovin, a sice pacient, finance, výstupy, proces a učení. Principem BSC je provázanost a dosáhnout tak zlepšení umu klinického pracovníka, především úroveň učení se. Vzhledem k narůstajícímu počtu duševních poruch je na místě hodnotit poskytování zdravotních služeb v psychiatrických zařízeních. ČR ve srovnání se zahraničím nemá takové zkušenosti v oblasti hodnocení zdravotnických služeb a systematickým sledováním indikátorů v psychiatrii. Důležitou součástí je samotné sledování vybraných indikátorů, aby v konečném důsledku výsledek přinesl organizaci pozitivní užitek. Výběr indikátorů pro hodnocení kvality poskytované zdravotní péče, které jsou následně začleněny do BSC, se odvíjí od oblastí, ve kterých chce organizace dosáhnout zlepšení. V rámci reformy psychiatrické péče, která je aktuální, se do budoucna počítá s redukcí počtu nemocničních lůžek a vybudováním komunitních zařízení, tzv. center duševního zdraví. Metoda BSC je v zahraničí v oblasti duševního zdraví úspěšně využívána, jelikož dokáže monitorovat celý chod organizace jednoduše a efektivně. (Žaludek, Marx, 2017, s. e9 – e14) Dále se autoři snažili prezentovat změnu v rozsahu duševní péče v západní Evropě od padesátých let 20. století. V rámci těchto změn byl několikrát zmíněn termín „deinstitutionalizace“, který představoval uzavření nebo snížení velkých azylových domů a rozšíření služeb na komunitní úrovni. Výhodou komunitních služeb je poskytovat péči lidem s duševní poruchou, kteří by byli jinak dlouhodobě hospitalizováni. Formy chráněných služeb jsou určeny na podporu pacientů, kteří nemohli nebo ještě nejsou schopni žít samostatně. Důvod vzniku reformy byly obavy, že azyly nebyly terapeuticky účinné, nebo dokonce škodlivé. V Evropě od konce poválečného období a od roku 1990 počet psychiatrických lůžek klesal. V zemích, kde proběhla studie, došlo ke zvýšení počtu chráněných bytových služeb a forenzních psychiatrických lůžek stejně jako počet vězeňských obyvatel, a na základě toho se předpokládal rostoucí počet vězňů s duševními chorobami. Duševní péče poskytovaná v rámci institucí se v západní Evropě od roku 1990 změnila a tyto změny se stále objevují. (Chow, Priebe, 2016, s. 1 – 7) Většina lidí

má za to, že osoby s duševním onemocněním je nebezpečná. Tato stigmatizace je nadále zakořeněná v povědomí obyvatel jakéhokoliv státu po celém světě. (Toresini, 2017, s. 30) Jak již bylo zmíněno, probíhající reforma v psychiatrii běží napříč západními zeměmi Evropy už řadu let, a jak úspěšně či neúspěšně se pokusím krátce nastínit v následujícím textu. V ČR se o reformě mluví čím dál hlasitěji především v posledních letech. Nejčastěji jsou slyšány pojmy jako deinstitucionalizace, komunitní péče, decentralizace, multidisciplinární týmy nebo přístup, centra duševního zdraví, které jsou i stěžejními tématy v rigorózní práci. V souvislosti s probíhající reformou jsou do popředí postaveny nezávislé organizace a především sociální služby. Jak je koncipována reforma v psychiatrii, tak se sociálním službám dostává potřebné pozornosti a hrají a budou hrát významnou roli v péči o duševně nemocné. Proto je nutné si předem jasně stanovit systém financování těchto služeb a vymezení kompetencí. Předpokládá se meziresortní spolupráce, změna legislativy a vznik nových vyprofilovaných sociálních služeb, které dokáží pokrýt potřeby klientů/pacientů s psychiatrickou diagnózou. Na tyto a další problémy vyplývající z transformace péče o osoby s psychiatrickým onemocněním myslí zmiňovaná reforma a jsou systematicky vydávány metodiky a proškolení zaměstnanci v přímé psychiatrické péči tak, aby se dokázali dynamicky adaptovat na radikální změny v péči o osoby s duševním onemocněním. Zaběhlé zvyklosti, nastavení myšlení zdravotníků a stávající systém poskytování psychiatrické péče není sprint, ale běh na dlouhou trať. I ze zkušeností ze zahraničí lze vyzorovat, že centrálně systém nejde změnit ze dne na den, ale dílčí kroky v určitých regionech jsou hmatatelné a postupnými kroky dochází k transformaci péče. Tyto změny samozřejmě přináší i určitá rizika, která se předem predikovat nedala, ale i přesto se nadále pokračuje v pozitivní změně, kterou tato reforma spustila. Rizika vyvstávají na úrovni celostátní či regionální politiky, na profilu poskytovaných služeb sociálních organizací, ale i z perspektivy svobod jedince či lidských práv. (Novák in Toresini, 2017, s. 7) Příslušná nařízení a direktiva EU s reflexí směrnic WHO (Světové zdravotnické organizace) stanovuje dle Toresiniho (2017, s. 9) daná kritéria poskytování komunitních psychiatrických služeb:

- vytvoření koherentních a integrovaných systému komunitních služeb, které jsou schopné na daném území vyvíjet politiky odpovídající potřebám péče o duševní zdraví v určité oblasti tohoto území,
- převzetí postoje deinstitucionalizace, jejichž cílem je nejen opustit psychiatrické léčebny, ale také zavedení moderní praxe „léčení nemoci“ v psychiatrii,

- všechna tato opatření se musejí vyvarovat fragmentace reakcí jen na specifické individuální potřeby, která by mohla vést k oddělení a ke konkrétním vyjádřením týkajícím se výhradně jednotlivých kategorií a ideálů, jež nejsou sdíleny ostatními,
- aby bylo možné výše uvedeného dosáhnout, mělo by se upustit od zdravotnického modelu totalizace, který je třeba rozčlenit, a klást větší důraz na historii pacienta,
- praxe musí vnímat nemoc jako utrpení v životě člověka a s terapií zacházet podle celkové vize člověka v celé jeho jedinečnosti,
- práva musí být hájena apriorně jako základní fakt v léčbě nemocného.

Zajímavým poznatkem je vnímání agrese u psychiatrického pacienta. Různé inovátorské postupy, sektorové praktiky ve Francii, terapeutické komunity v Anglii nebo vytváření center duševního zdraví v USA popisují alternativy, jak přistupovat k těmto osobám. Agresivní jednání člověka můžeme chápat jako paradoxní prostředek k jeho znovunarození, protože to vysvětluje jeho vzdor proti dominanci a vyloučení, kterému byl v minulosti vystaven. Nutí to psychiatra přemýšlet o tom, zda terapeutický vztah je rovný a neomezuje pacienta na svobodě, což naráží na pohled principu svobody, který je antagonistem principu autority. (Toresini, 2017, s. 13) Konkrétní kroky transformačního procesu v Itálii dle Toresiniho (2017, s. 13) popisuje způsoby deinstitucionalizace takto:

- mobilizace všech aktérů zahrnutých do systému institucionální akce,
- absolutní upřednostnění transformace vztahů moci, které existují mezi institucí a všemi subjekty do ní zahrnutými, počínaje pacienty,
- chápání deinstitucionalizace jako homeopatického procesu využívajícího vnitřní energie instituce s cílem odbourat ji a rozebrat,
- „osvobození společnosti od potřeby internace“ vytvořením zcela alternativních služeb.

Italský recept deinstitucionalizace, který započal v oblasti Terstu a dodnes je příkladem nejen pro zbytek země, ale i okolním státům, jde v souladu s reformou za předpokladu kvalitních a dostupných komunitních služeb, příkladů dobré praxe odvozené přímo z procesu transformace, který má za následek nejen snížení ústavů, ale klade důraz na vztah k filozofii intervencí a hodnot, které se přisuzují sociálnímu významu služeb. (Toresini, 2017, s. 13) *„Z historického hlediska byl zásadní Basagliaův zákon, protože díky němu byla psychiatrie terapeutická a rehabilitační. Ve výsledku bylo počátkem šedesátých let předefinováno celé pojetí psychiatrických onemocnění a léčby. Zákon 180 proto azylové instituce odsoudil až k regulaci jejich uzavření. Následně byly zřízeny nemocnice na*

*psychiatrických odděleních, domovy pro pomoc a podporu rodinám, centra denní péče a kliniky provozované psychiatry, psychology, sestrami, sociálními pracovníky. Jedná se o struktury a personál vyškolený a kvalifikovaný pro péči a k léčbě psychiatrických pacientů. Tento zákon však začal fungovat až v polovině devadesátých let, a to kvůli příliš zakořeněnému sociálnímu systému, který bylo v krátké době obtížné změnit. Závěrem lze říci, že Franco Basaglia vrací důstojnost duševním onemocněním, přičemž pacienta nepovažuje za předmět, který má být opraven, ale za osobu, která má být vítána, poslouchána, chápána, pomáhána a nesmí být uzavřena nebo skryta.“ (stateofmind, © 2020) Zkušenosti z Terstu přináší fakt, že i bez instituce ústavního typu dokáže region poskytovat psychiatrickou péči za předpokladu perfektně fungujících a dostupných nízkoprahových služeb, kdy osoby s duševním onemocněním zcela fungují ve svém přirozeném prostředí, integrují se do společnosti a místní komunity za pomoci a podpory těchto služeb. (Toresini, 2017, s. 70) Došlo k vytvoření 24 hodinové stacionární péče, vzniku sociálních družstev a především zapojení uživatelů do léčby, což můžeme sledovat i v Anglii. Právě tento fakt se stává paradigmatem tzv. recovery (úzdavy), kdy uživatel má přímou zkušenost s duševním onemocněním a přijímá vedoucí úlohu v procesu vlastního zotavení a následného začleňování do společnosti, čímž se z něj stává klíčový faktor v transformaci systémů. (Toresini, 2017, s. 17) Pokud zmíníme další regiony v Itálii (Treviso, Merano, Caserta), tak docházelo k postupným změnám, které se nesly v duchu uzavírání ústavů a zavádění nových inovativních služeb. Docházelo k transformaci stávajících služeb tak, aby dokázaly reagovat na poptávku komunity. „Rozšiřování inovativní praxe je stále komplikované, přestože pracujeme na praxích, které jsou alternativou a protikladem ústavů a mají za cíl jejich případné potlačení, spolu s vytvářením systémů péče, které jsou lidské, přijatelné, dostupné, rozumné a udržitelné. Nové praktiky se zdají být předurčeny k tomu, aby zůstaly omezenými průkopnickými zkušenostmi, za kterých se vytvořily a často jimi také končí. Víze, umění vést, objevovat nové příležitosti a rozlišovat důležitost vztahu, mezi globálním systémem a místními zdroji jsou nezbytnými ingrediencemi, jež mohou spustit opravdovou změnu.“ (Toresini, 2017, s. 18) Obdobným způsobem probíhala reforma ve Španělsku, Švédsku, Rakousku nebo Irsku. Další příklad zaváděných inovativních postupů v péči o duševně nemocné je Anglie, kdy v druhé polovině 90. let iniciovali změny, a to ve smyslu, že do systému péče byli aktivně zapojeni uživatelé psychiatrických služeb, což mělo kvalitativní přínos a efektivní odezvu. (Toresini, 2017, s. 17) Tato prakticky revoluční myšlenka měla zásadní význam v dalším směřování poskytování psychiatrické péče nejen v Anglii. Na základě těchto změn byla v Anglii spuštěna reforma, která měla tento model celostátně*

aplikovat do praxe. Došlo ke snížení hospitalizací, navýšení mobilních krizových a asertivních týmů nebo k zavedení služeb pro dlouhodobé uživatele. Častým pojmem, se kterým se setkáme, je tzv. deescalace. Jedná se o vytvoření týmu o čtyřech až pěti členech, kteří nad rámec běžných ostatních pracovních týmů aktivně zasahují a deescalují rizikové situace a předchází používání omezovacích prostředků. Vyrostla silně zahuštěná síť komunitních služeb, které využívají i prostory bývalých ústavů, které byly plošně zrušeny. Stacionární lůžka pro akutní hospitalizace jsou v rámci všeobecných nemocnic, ale již v menším počtu než doposud nebo jsou některá lůžka pro hospitalizované pacienty v privátních zařízeních. (Toresini, 2017, s. 16) Velká Británie vynakládá na poskytování psychiatrické péče nemalé finanční prostředky, patří s Kanadou, Švédskem mezi státy, které ze státního rozpočtu saturují oblast psychiatrie nejvíce. V porovnání s Itálií vyčleňuje Velká Británie z celkových výdajů na zdravotní služby 12 % oproti italským 3 %. (Toresini, 2017, s. 47) Reforma psychiatrické péče ve Francii se slibně rozjížděla, ale vzhledem ke změně politické garnitury uvízla momentálně na mrtvém bodě. Komunitní služby zde fungují, ale ne zcela autonomně a nezávisle, protože jsou vázány na existující ústavy poskytující institucionální psychiatrickou péči. Tato forma naráží na mnoho úskalí a jedna metoda poskytování péče vylučuje druhou. Systém komunitních služeb se podílí mimo jiné i na aplikování inovativních programů pro pěstounské rodiny nebo pro lidi v krizi. Síť ústavů a nemocnic zůstává prakticky beze změn, přesto je aspoň malou snahou docílit snížení počtu lůžek v těchto zařízeních a systematicky pracovat na jednotlivých krocích reformy za legislativní podpory regionální nebo celostátní politiky. (Toresini, 2017, s. 17) Na snaze o implementaci nových postupů a metod v oblasti psychiatrické péče v ostatních státech se podílí spousta expertů ze zemí, kde již k nějakým dílčím cílům došlo. Výrazný pokrok lze pozorovat v zemích bývalé Jugoslávie, především v Albánii, Kosovu nebo v Bosně, kde je reforma teprve na samotném počátku. (Toresini, 2017, s. 40) Společným zájmem v oblasti poskytování komplexní psychiatrické péče dle WHO (WHO in Toresini, 2017, s. 46) napříč všemi zeměmi jsou:

- terapie, které zlepšují životní situaci pacientů,
- přiměřené bydlení,
- zaměstnání a sociální síť,
- účast na komunitním životě a integraci,
- nezávislou advokacii pro uživatele,
- podporu rozvoje účasti a organizace uživatelů.

### Psychosociální rehabilitace

Jak již bylo uvedeno výše, jednou z priorit moderního přístupu k léčbě osob s duševním onemocněním je psychosociální rehabilitace a následná resocializace, tudíž začlenění těchto osob do společenského života, jejich udržení v přirozených podmínkách a zajištění dostatečné kvality života ve všech oblastech v modelu bio-psycho-sociálně-spirituálního. Tento uváděný přístup je již nedílnou součástí komplexní péče u osob se závažným duševním onemocněním. Do této fáze jsou zařazeny ty osoby s duševním onemocněním, které absolvovaly úspěšné akutní léčení a momentálně jsou v tzv. remisi, což znamená fázi nemoci, kdy aktuálně není v popředí výrazná psychotická symptomatologie.

Člověk po proběhlé psychotické epizodě je schopný chápat onemocnění, má dostatečný náhled na své onemocnění, dokáže se o sebe postarat v rámci svých možností, ale bez odborné pomoci není schopen zvládat úkony běžné v přirozeném prostředí. Pro tyto situace jsou nezbytné tyto programy, které připraví pacienty na život mimo zdi zdravotnických zařízení. Jedná se o jeden z kroků procesu deinstitucionalizace. Nedílnou součástí tohoto procesu jsou komunitní služby zajištěné komunitním týmem, mluvíme tedy o komunitní péči. Členy komunitních týmů je lékaři, zdravotní sestry se specializací v psychiatrii, sociální pracovníci, psychologové, peři a adiktologové.

Současný trend v psychiatrii je směřování péče do přirozeného prostředí pacienta, do komunit. Cílem psychosociální rehabilitace je obnovení a rozvíjení stávajících schopností a sociálních dovedností, naučení se novým zdatnostem a především úspěšným znovuzачleněním osob s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí, tzv. resocializace. I přes tento nový model zajištění psychiatrické péče, který se snaží pokrýt veškeré potřeby pacienta, nejsme schopni zajistit, aby každá osoba se závažným duševním onemocněním dokázala žít a plně se realizovat v domácím prostředí. Proto jsou resocializační programy poskytovány i hospitalizovaným pacientům a služby komunitní péče využívají pacienti i během pobytu ve zdravotnickém zařízení. Existuje již propracovaný systém realizování těchto programů během hospitalizace, je vytvořen a započat komplexní individuální plán, na kterém se aktivně podílí sám pacient. Moderní přístup v léčení osob s duševním onemocněním je prováděn na základě partnerského modelu, kdy lékař není „nadřazen“ pacientovi a nedirektivně nabízí možnosti léčby. Na úvod jsou zmapovány veškeré potřeby pacienta, následně je sestaven individuální resocializační plán a stanoveny strategie, jak dosáhnout vytýčených cílů. Tento proces je spoluvytvářen ve spolupráci s komunitními službami. V rámci reformy v psychiatrii se klade důraz na vytváření



komunitních týmů a směřování psychiatrické péče do domácího prostředí. Nedílnou součástí je i systematické vzdělávání osob, které se podílí na léčbě osob s duševním onemocněním.

### **Resocializace**

Resocializace znamená proces „znovuzačlenění“ jedince do společnosti, komplex průběžně realizovaných postupných kroků, opatření a aktivit, které jsou zaměřené na novou socializaci, resocializaci jedince. Jedná se o „*návrat ke správnému společenskému fungování*.“ (Pavlovský, 2002, s. 130) Sociologický slovník vymezuje resocializaci jako „*snahu zapojit se do života jedince, který už socializačním procesem prošel a z nějakého důvodu byl z daného společenství vyřazen*.“ (Jandourek, 2001, s. 201)

S tímto pojmem se můžeme setkat i v souvislosti s jedinci propuštěnými z vazby či jinak postiženými osobami, které je nutno začlenit zpět do původního prostředí, ze kterého vzešli. (Kraus, 2014, s. 59) Snahou resocializačních aktivit (sociální, psychosociální či psychiatrická rehabilitace) v psychiatrii je naučit osoby s duševní poruchou žít s tímto handicapem, pomocí reedukačních a readaptačních metod a postupů obnovit stávající a osvojit si nové sociální dovednosti a zlepšit tak jejich sociální fungování v přirozeném prostředí a dosáhnout co nejvyšší kvality života. (Veteška, 2020, s. 113-114) „*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory*.“ (Anthony a kol., 2002, str. 101)

Principem integrované rehabilitace (resocializace) je pracovat na životě jako celku v sociálním kontextu, který vznikl jako otevřený prostor. (Toresini, 2017, s. 106) Cílená léčba osob s duševním onemocněním je více zaměřena na poškození (impairment – u psychicky nemocných jde např. o psychotické symptomy), rehabilitace cílí na postižení (disability – u psychicky nemocných např. na deficit sociálních dovedností). Navíc rehabilitační intervence zaměřené na změnu systému, ve kterém postižení fungují, pomáhají překonávat sociální aspekty handicapů vážně duševně nemocných. Rehabilitace tedy ovlivňuje i handicap. (Pěč, Probstová, 2009, s. 101) Hranice mezi léčbou a rehabilitací či resocializací je velmi otevřená. Vzájemně se ovlivňují a prolínají.

## 2.2 Multidisciplinární týmy

Trend multidisciplinárního přístupu je jeden ze stěžejních bodů v rámci reformy psychiatrické péče. Na základě sdílených zkušeností odborníků z řad zdravotnické sekce a pracovníků ze sociálních služeb je snahou naplnit koncept této strategie a úspěšně ji implementovat do praxe. Multidisciplinárním přístupem je myšlen způsob vykonávané činnosti, jakým různé profese, různé organizace partnersky spolupracují, efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám. (MZ, © 2020)

Klíčovým faktorem úspěšného fungování této strategie je propracovaná metodologická koncepce, která předpokládá spolupráci na více úrovních, mezi které patří pracovníci z oblasti psychiatrické péče institucionálního typu, pracovníci z komunitních služeb, jejichž cílová skupina jsou osoby s duševním onemocněním, dále sociální pracovníci, veřejní opatrovníci obcí, složky integrovaného záchranného systému, úřady a organizace, které jsou zainteresovány do problematiky hledání řešení potřeb u osob s duševním onemocněním.

MZ ČR (MZ, © 2020) uvádí principy multidisciplinárního přístupu, kterými jsou spolupráce a koordinace pracovníků různých povolání a institucí z různých služeb. Ty musí probíhat na třech základních úrovních:

- koordinace a spolupráce různých profesí v rámci jednoho týmu,
- koordinace a spolupráce napříč jednotlivými službami,
- koordinace a spolupráce v rámci komunity (včetně místní správy a samosprávy, úřadu práce, odborů sociálních a zdravotních služeb apod.).

Multidisciplinární tým je složený z odborníků, kteří mohou ovlivnit kvalitu života duševně nemocných, pracuje společně ku prospěchu konkrétního pacienta, jedná se o individuální a jedinečný přístup. Jednotliví členové týmů se pravidelně setkávají, řeší případové studie, sdílejí informace o potřebách osob s duševním onemocněním a společně řeší jejich životní situace.

Mezi tři základní paradigmatu sociální práce patří terapeutické, reformní a poradenské paradigma. Sociální sféra v širším měřítku je komplexní obor s více nevyjasněnými oblastmi zájmu a můžeme zde nalézt některá dilemata soudobé sociální práce, mezi které patří:

- formalizace a deformalizace,
- profesionalizace a deprofesionalizace,
- normativnost a nenormativnost,
- sociální pomoc a kontrola,
- polyvalence a specializace,
- sociální práce jako věda a umění. (MPSV, © 2020)

V rámci reformy psychiatrické péče se stanovily dva cíle a jeden z nich je zavést multidisciplinární přístup jako dobrou praxi na všech úrovních řízení péče o osoby s duševním onemocněním. Snahou bude systematicky implementovat jednotlivé kroky reformního přístupu a následně rozšiřovat multidisciplinární spolupráci v týmech v ČR na třech úrovních multidisciplinární spolupráce:

- multidisciplinární přístup na úrovni zdravotnického zařízení a komunitní službou,
- multidisciplinární přístup na úrovni zdravotnického zařízení, komunitní službou a centrem duševního zdraví (CDZ),
- multidisciplinární přístup na úrovni mezi obcí, službami, běžnou komunitou a dalšími sektory. (MZ, © 2020)

System rozložení péče o duševní zdraví je v ČR, která je ovlivněná různou hustotou sítě služeb, zaběhlými stereotypy ve spolupráci, chováním a jednáním lidí a týmů v systému péče o duševní zdraví a tradicemi, které si neseme z minulosti, velmi rozdílný stav v postoji multidisciplinární spolupráce. (MZ, © 2020) Paradoxně, ač se tomu dá věřit minimálně, bude nejnáročnější krok přeprogramovat automatismy a zaběhlé způsoby myšlení a přístupu k práci všem lékařským a nelékařským pracovníkům, aby přehodnotili své dosavadní zkušenosti v poskytování odborné péče v oblasti o duševního zdraví a pozitivně nastavili své způsoby myšlení proreformně, protože bez entuziasmu a odborného přínosu jsou veškeré snahy v rámci reformy naprosto zbytečné. Musíme si uvědomit, že bez jejich iniciativy není možné realizovat tuto změnu, která je především přínosná pro osoby s duševním onemocněním, proto je nutné vykročit ze své komfortní zóny a předat své „transformované“ zkušenosti a získané odborné poznatky do praxe, která zažívá velké změny a které snad budou přínosem pro všechny zúčastněné v této reformě.

Postupně dochází k posunu „paradigmatu“ v postoji a přístupu k osobám s duševním onemocněním. Tito lidé nejsou vnímáni jako „objekty“ zdravotní léčby, sociální ochrany, charity a milosrdenství, ale jako „subjekty“ se svými právy, jako lidé, kteří jsou schopni uplatňovat nároky na tato práva a přijímat ve svých životech rozhodnutí založená na

svobodném a informovaném souhlasu a být aktivními členy společnosti. Nové paradigma přináší i nové výzvy pro spolupráci a organizaci v systému, kde komunitní péče duševního zdraví začíná fungovat skrze multidisciplinární týmy s kontinuálním propojením na akutní péči. (MZ, © 2020)

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (MZ, © 2020), přijatý vládou ČR v lednu 2020 uvádí tyto strategické cíle:

- zlepšení řízení a poskytování péče v oblasti duševního zdraví vedené spolehlivými informacemi a vědomostmi,
- zajištění toho, aby měl každý člověk srovnatelnou příležitost k duševnímu zdraví v průběhu celého svého života, především ti nejvíce zranitelní nebo riziková,
- zajištění toho, aby lidská práva osob s obtížemi v oblasti duševního zdraví byla plně respektována, chráněna a podporována,
- zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby,
- na základě evaluace realizovaných pilotních projektů rozvinout do roku 2030 multidisciplinární týmy jako stěžejní služby zajišťující potřebnou péči v komunitě,
- zavést systém zapojování pacientů/klientů a rodinných příslušníků, který umožňuje a podporuje rozvoj přirozených zdrojů pacientů/klientů k jejich zotavení, včetně podpory peer konzultantů a svépomocných skupin do péče o duševní zdraví,
- budování systémů péče o duševní zdraví pracujících v dobře koordinované partnerské spolupráci s ostatními sektory, včetně rovného přístupu k péči o somatické zdraví.

Abychom přijali za své podstatu multidisciplinárního přístupu, je klíčové společné porozumění celostnímu - holistickému pojetí přístupu ke zdraví. Zdraví je podle WHO definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady. (WHO, © 2020) Postupem let se tato definice upravovala a nakonec byla doplněna o charakteristiku, že zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Společnost má vytvářet podmínky k tomu, aby lidé mohli potenciál zdraví uplatnit. (HFA 21, © 2020) Pokud se zaměříme na oblast duševního zdraví, tak tento pojem chápeme jako stav, který umožňuje lidem prožívat smysluplný život, štěstí a naplňující vztahy, uvědomovat si a realizovat vlastní potenciál, vypořádat se s normální životní stresovou zátěží, produktivně pracovat a přispívat k blahobytu společnosti. Duševní zdraví není pouze

absence duševního onemocnění, ale základní komponenta zdraví, tj. stavu fyzické, mentální a sociální pohody. (WHO in MZ, © 2020)

Krátký exkurz do pojetí významu holistického přístupu nám ukazuje, že vychází z řeckého slova „holos“ (celek, celý). Tento filozofický směr zdůrazňuje, že celek tvoří více než pouhý souhrn jeho částí. Na holistický přístup přímo nasedá bio-psycho-socio-spirituální pojetí zdraví člověka. (Templemore, 1998, s. 13) Čím více budou týmy pracovat ve smyslu tohoto pojetí, tím více bude docházet k plnému využití potenciálu dovedností a umu lidí, kteří jsou členy týmu. Bude vytvořen prostor pro opravdové partnerství a dosaženo potřebné rovnováhy v životě nemocného i systému samotném. (MZ, © 2020)

Základní principy multidisciplinárního přístupu k pacientům/klientům dle metodiky MZ (© 2020) jsou:

- podpora obnovení zdraví, jeho fungování a identity,
- naděje na zotavení,
- neustále se ptát „pomáhám či překážím?“,
- identifikace silných a slabých stránek,
- společné rozhodování,
- spolupráce, schopnost vést dialog,
- spolupráce se sociálními účastníky ve své komunitě,
- uznání práv pacienta/klienta, ale především jako člověka,
- spolupráce s rodinou,
- sdílení znalostí a zkušeností.

### **Komunitní péče**

Komunitní péče v souvislosti s reformou psychiatrické péče rezonuje čím dál hlasitěji. Trend posledních desítek let v západní společnosti (u nás o něco později) je změnit pohled na osobu s duševním onemocněním v širokém aspektu jeho bytí. Nezaměřovat se jen na samotné onemocnění, ale akceptovat tyto osoby v celém kontextu jako bio-psycho-sociálně-spirituální bytosti. V souvislosti se změnami, které probíhaly počátkem 90. let v ČR, zejména v oblasti politicko-ekonomické, se do popředí zájmu dostává pomoc a podpora znevýhodněným lidem, která byla nejčastěji v kompetenci státu. Právě proces deinstitucionalizace a „odstátnění“ sociálních služeb narážel na nevyjasněnost kompetencí a legislativního ukotvení, což přinášelo riziko nerovnoměrného přístupu k finančním

prostředkům. (Pilát, 2015, s. 14) Pojmem komunitní péče rozumíme soubor služeb programů, jehož cílem je pomoci osobám s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich potřeby. Komunita dle Materové (in Pilát, 2015, s. 43) je „*tvořena lidmi, kteří žijí v jednom místě, mají mezi sebou různé sociální vazby a jsou citově vázáni nejen k sobě navzájem, ale i též k místu, kde žijí.*“ Základní postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti sociálních interakcí, práce, bydlení, podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi s komunity. (Probstová, Peč, 2014, s. 184) Snahou je docílení toho, aby vynaložená aktivita v určitých oblastech obnovovala již stávající dovednosti a schopnosti a dále je rozvíjela. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak osoby s duševním onemocněním, tak i další členové komunity, kteří se nějakým způsobem spolupodílí na léčbě. Komunitní služby v oblasti psychiatrické péče zahrnují všechny typy pomoci, včetně péče lůžkové, ale i v jiné formě, než v které ji známe dopsud.

Komunitní péče je antagonistou psychiatrie produkované ve velkých ústavech, kde je to z pohledu zastánců deinstitucionalizace místo odlidštění, ponižování a vyloučení těch, kteří trpí duševní poruchou. Toresini (2017, s. 59) uvádí indikátory, které definují motivaci k vytvoření komunitního přístupu:

- žádné násilí,
- žádné omezování nebo nátlak,
- žádné praktiky poškozující tělo,
- žádné omezování svobody,
- žádné vězení.

Model na komunitní bázi přístupu k duševně nemocným je založen na kontinuitě v čase a koordinaci mezi týmy. Hodnota tohoto modelu spočívá v manifestaci zdravotní psychiatrické péče především jako sociálního faktu. „*Implikuje integrovaný model do praxe, kde je subjektivita každého jednotlivce respektována sociální skupinou.*“ (Toresini, 2017, s. 101) Od poloviny 20. století je komunitní péče zahrnuta jako jeden ze stěžejních bodů v rámci reformy v psychiatrii a je úzce propojena s procesem deinstitucionalizace, což znamená snahu redukovat velká psychiatrická zařízení a převést jejich služby v maximální možné míře do komunitních služeb. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které tyto týmy působí. Komunitní týmy se zaměřují na diferencované služby zaměřené cíleně na individuální potřeby osob

s duševním onemocněním poskytované v jejich přirozeném prostředí. Jedná se o alternativu k běžné hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení. (Probstová, Peč, 2014, s. 184-185) Na základě moderních přístupů v péči o psychiatrické pacienty vzniká nový koncept tzv. vyvážené péče (balanced care), jedná se o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému komplexní péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a nově vzniklé týmy v rámci služeb CDZ, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, včetně alternativ akutní lůžkové péče, jako jsou krizové služby nebo denní stacionáře. Dále sem patří taktéž dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Je kladen důraz na mobilitu služeb, jejich provázanost, péči v domácím prostředí pacientů, orientace na lidská práva, potřeby pacientů, lidská práva v oblasti duševního zdraví, ochrana práva na právní způsobilost ve službách, služby bez nátlaku, násilí a zneužívání a zajištění práva na zdraví a zotavení ve službách. (Psychiatrie, © 2020) V našich stávajících podmínkách spadá do systému psychiatrické péče kromě praktických lékařů zejména ambulantní psychiatrická a psychologická péče, akutní lůžková péče, lůžka následné péče, denní stacionáře, krizové služby, rezidenční rehabilitační služby a další služby psychiatrické rehabilitace. Účastníci komunitního plánování sociálních služeb dle Piláta (2015, s. 55) se klasifikují dle tzv. princip triády:

- uživatelé sociálních služeb,
- zadavatelé sociálních služeb,
- poskytovatelé sociálních služeb, které mají mezi sebou rovné postavení.

Pro smysluplné využívání systému komunitní péče jsou důležité aktivity uživatelů a jejich rodinných příslušníků. Jedna z priorit je zainteresovat do léčby i rodinné příslušníky, aby se taktéž aktivně spolupodíleli na úpravě svých příbuzných poznamenaných duševní poruchou. Přesun těžiště poskytování psychiatrické péče z velkých psychiatrických institucí do péče komunitního typu je trendem Evropského společenství a je zanesen legislativě a v dokumentech, ke kterým se ČR připojila: Deklarace o duševním zdraví a Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha Komise evropských společenství (2005). (MZ, © 2020) Mezi obecná provozní kritéria komunitních služeb dle Toresiniho (2017, s. 79) patří:

- zodpovědnost za oblast duševního zdraví v komunitě,
- aktivní přítomnost a pohyb služeb směrem k poptávce,
- terapeutická kontinuita,

- zvládání krize komunitními službami, následná schopnost na ni reagovat
- komplexní/integrované přístupy na pomezí mezi sociálními službami a zdravotní péčí, terapeutickou asistencí a sociálním zabezpečením, týmová práce.

### Case management

Je klíčovou metodou sociální práce, se kterou se můžeme setkat převážně v posledních letech v souvislosti s reformou v psychiatrii. Její význam spočívá v nastolení jednotných procesuálních kroků různých odborníků a služeb, jejímž hlavním cílem je stabilizace situace rizikových či limitovaných osob a k jejich zplnomocňování tak, aby byly schopny využívat své přirozené zdroje. Pokud case management implikujeme do našeho prostředí, tudíž do oblasti duševního zdraví, je tato metoda dominantní při užívání multidisciplinárního přístupu do péče o dlouhodobě duševně nemocné, a to na všech úrovních práce týmů. Můžeme se setkat s termínem případové vedení, což je počeštěný výraz, a jedná se o koordinaci služeb a způsobu práce s osobami, jejichž duševní onemocnění způsobuje řadu potíží v různých oblastech života. (Probstová, Peč, 2014, s. 201) Vznik case managementu iniciovala změna systému péče o osoby s duševním onemocněním v západních zemích (Nizozemsko, Itálie, Francie, Velká Británie), a to přeměrování péče z institucionální podoby do komunitní sféry. Cílem je snižít počet hospitalizovaných osob a přenesení těžiště práce do již zmiňovaných komunit. Tento proces klade potřebu spolupráce mezi jednotlivými službami a nastavení podmínek financování. Je nutné, aby systém komunitních služeb dokázal dlouhodobě poskytovat péči osobám s duševním onemocněním a aktivně vyhledával osoby, které potřebují pomoc a podporu. (Probstová, Peč, 2014, s. 214-215) Postupem času a nabitých zkušeností je snaha modifikovat tuto metodu i na další cílové skupiny, např. osoby s duálními diagnózami a další psychiatrické diagnózy dle mezinárodní klasifikace nemocí, MKN-10. (Probstová, Peč, 2014, s. 215) Jak již bylo zmíněno, na činnosti multidisciplinárního týmu se podílí široké spektrum profesí. Důležité v celém procesu je stanovení klíčového pracovníka/koordinátora péče (case manager/key worker/care coordinator). Aby byla zajištěna smysluplnost a plynulost multidisciplinární práce s klientem/pacientem, je zapotřebí, aby každý klient/pacient měl jednoho předem stanoveného člena týmu jako svého klíčového pracovníka. Prolínání různých resortů a potažmo profesí provází i nadále problém jasně stanovit, zda cílový objekt pomoci pojmenovat klient nebo pacient. Rozdělení těchto názvů již diferencuje rozdíl těchto pojmů. Sociální sféra častěji využívá slovo klient na rozdíl od zdravotní sféry, kdy je zakořeněn



pojem pacient. Zásadní rozdíl je v tom, že klient se podílí na péči a pacient pasivně a zdarma přijímá pomoc. Vrátime se zpět k roli klíčového pracovníka, který je potřeba nejen v přímé péči o klienta/pacienta, ale podílí se i na koordinaci naplňování individuálního plánu zotavení (recovery). Klíčový pracovník aktivně zapojuje další členy multidisciplinárního týmu podle jejich specializací, aby saturovali na základě aktuální situace potřeby klienta/pacienta. Pro práci v obecné rovině s klientem/pacientem je zapotřebí, aby klíčový pracovník s nimi navázal potřebný, a především důvěrný vztah. Vystává zde riziko překročení profesionální hranice, kdy se vztah stává osobním a práce s klientem/pacientem se stává patologickým a nepřínosným pro obě zúčastněné strany. Zapojení více členů týmu umožňuje klientovi/pacientovi rozšíření škály sociálních kontaktů, nácvik sociálních dovedností a návyků dle odbornosti a zkušenosti jednotlivých pracovníků. Při stanovení jasných rolí v týmu je taktéž nutné zajistit vzájemnou zastupitelnost klíčového pracovníka jiným členem týmu, pokud klíčový pracovník není přítomen. Vzájemná propojenost a zastupitelnost je důležitým prvkem v dynamickém procesu tvorby multidisciplinárního týmu. Jedná se o živý organismus, kdy za předem stanovených podmínek a rolí hraje tento nový trend v péči o duševně nemocné nezastupitelnou pozici v celé transformaci psychiatrické péče v ČR. Case management můžeme v praxi aplikovat na dvouúrovňovém přístupu. Přístup FACT board vyvinutý v Holandsku determinuje rozdílnost práce se stabilizovanými klienty/pacienty a klienty/pacienty v riziku. U první zmiňované skupiny pracuje jen jeho klíčový pracovník a u klientů/pacientů v riziku se stará celý multidisciplinární tým, protože potřebuje intenzivnější zapojení více osob k pokrytí veškerých oblastí života, které momentálně není schopen ze svých zdrojů saturovat. Proto je velmi důležité těmto osobám opakovaně připomínat, že nejsou klienti/pacienti jen „klíčového“ pracovníka, ale celého týmu. V rámci pravidelných setkání multidisciplinárního týmu je nutnost průběžně informovat o vývoji všech klientů/pacientů, protože na základě sdílených informací (potřeby klientů/pacientů), jsou všichni členové týmu schopni zareagovat a poskytnout potřebnou pomoc i u těch klientů/pacientů, u kterých nejsou klíčovým pracovníkem. V multidisciplinárním týmu je role psychiatra do značné míry odlišná od ostatních pracovníků v tom, že nese specifickou „odpovědnost“ jako ošetřující lékař. Předpokládá se, že by měl být automaticky zapojen do péče o všechny klienty/pacienty, a z tohoto důvodu by neměl mít roli klíčového pracovníka. Další specifickou profesí je i klinický psycholog. Tuto roli jim predikuje jejich větší specializace a předpokládá se, že budou k dispozici všem klientům/pacientům. Pokud je rozhodnuto, že tým klienta/pacienta přijímá, je zapotřebí předem určit klíčového pracovníka. Při

rozhodování o tom, kdo bude klíčový pracovník, by měl být brán zřetel na volnou kapacitu konkrétního pracovníka a „kompatibilitu“ mezi pracovníkem a klientem/pacientem. Může to být člen týmu, který navázal kontakt s klientem/pacientem ve fázi sběru informací a vstupního mapování potřeb, ale může to být i jiný člen týmu. Určení klíčové pracovníka se neodvívá jen od toho, kdo je s klientem/pacientem první v kontaktu. Důležitým faktorem je i to, jakou potřebnou pomoc lze klientovi/pacientovi nabídnout. Je tudíž logicky výhodné, aby klíčovým pracovníkem byla osoba, která má kompetence v oblastech pro klienta/pacienta nejvíce potřebných. Pokud bude převažovat deficit ve zdravotnické oblasti (práce na náhledu, sebekontrola medikace, řešení zdravotních obtíží atd.) je výhodné, aby klíčovým pracovníkem byla sestra pro péči v psychiatrii nebo všeobecná sestra, která může pracovat bez odborného dohledu. Pokud se bude jednat o sociální problematiku, pak je výhodnější, aby byl klíčovou osobou v poskytované pomoci a podpory sociální pracovník. Potřeby klienta/pacienta se však během práce s ním mohou značně proměňovat, což neznamená, že je potřeba měnit klíčového pracovníka. Proto je nutné reagovat na vývoj situace a transformovat své dovednosti a odborné znalosti a využít svých profesionálních a lidských kapacit k tomu, abychom úspěšně saturovaly potřeby klienta/pacienta dle svých kompetencí. (Veldhuizenem in Hollander, 2016, s. 12)

## Úzdrava

Úzdrava neboli recovery zahrnuje vývoj nového smyslu života a úspěšnou životní adaptaci i přes přetrvávající symptomy duševní poruchy. V turbulentním období posledních let v oblasti duševního zdraví došlo nejen v Evropě, ale i v ČR k výraznému kvalitativnímu posunu mezi poskytovateli služeb, kteří si uvědomují potřeby osob s duševním onemocněním, jejich osobních cílů a kladou důraz na autonomii a možnost člověka spolurozhodovat o léčbě a nastavovat si vlastní cíle a strategie zotavení. Toto může být vnímáno jako posun paradigmatu směrem k přístupu zaměřenému na silné stránky člověka s duševním onemocněním, který klade důraz na jeho duševní sílu, přednosti a schopnosti, nikoliv na jeho slabosti. To všechno transformuje celou podstatu podpory a péče. (MZ, © 2020) Podle oblasti podpory lze specializované služby psychiatrické rehabilitace zhruba rozdělit na podporu v oblasti práce, zaměstnání, bydlení, volnočasových aktivit a sociálních kontaktů. *„Cílem moderní péče o osoby s duševním onemocněním není pouze snížení intenzity symptomů nemoci nebo jejich eliminace. Důležitým krokem je zvýšení funkčních*

*kapacit u těchto lidí a nalezení jejich uspokojivého místa ve společnosti.*“ (Probstová, 2014, s. 214)

V pojetí procesu zotavení neboli recovery, jehož cílem je nastavit na základě silných stránek člověka s duševním onemocněním cestu jeho uzdravení, je podstatné vyjít z konceptu, který vychází i v obecném pojetí psychologie člověka z jeho potenciálu, síly a pozitivní energie. Již při sestavování klasifikací nemocí vycházel expertní tým z významných děl z období antiky, děl středověkých filozofů, ze Starého zákona, Koránu nebo samurajského kodexu Bušidó a snažili se vytvořit obecný seznam ctností, který se nějakým způsobem podílí na udržení zdraví. (Kebza, 2005, s. 65) Nakonec, jak uvádí Kebza, (2005, s. 67) dospěli k názoru, že i přes některé nevýznamné odchylky se průřez veškerých zmiňovaných děl vyseletoval v následujících šest ctností:

- moudrost a vědění,
- odvaha,
- láska a lidskost,
- spravedlnost,
- střídmost,
- spiritualita a transcendence.

Pozitivní psychologie se věnuje kladným aspektům lidské existence, jako je štěstí, odpuštění, autenticita, odolnost a další. Seligman (2015, s. 14), zmiňuje pět hlavních ingrediencí duševní pohody mající vztah k duševnímu zdraví. Jsou to pozitivní emoce, schopnost plně se ponořit do prováděné činnosti, navazování autentických vztahů, pocitování života jako smysluplného a zažívání úspěchu. Cílem péče o osoby s duševním onemocněním by mělo být dosažení plnohodnotného života v přirozeném prostředí bez ohledu na symptomy duševní nemoci. Proces zotavení je hluboce osobní záležitostí, jedinečný proces přehodnocení vlastních postojů, hodnot, cílů, dovedností, rolí a pocitů. Jedná se o způsob, jak žít spokojený, vyrovnaný, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Recovery buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná. (Ragins, 2018, s. 12) Základní podstatou zotavení je, že nezbytně nemusí znamenat klinické uzdravení. To znamená, že i přes psychotické symptomy, dokáže člověk žít plnohodnotný život ve své komunitě. Proces uzdravy osoby s duševním onemocněním je jedinečný, zcela individuální a nepřenositelný

příběh. Každý z nás se vyrovnává z těžkostmi života různě a nezáleží to primárně jen na jeho zdravotním stavu, ale na řadě dalších faktorů: na temperamentu, zkušenostech, charakterových rysech, typu osobnosti, rodině, přátelích, práci, sociálním prostředí, ve kterém žijeme. Příběh se vztahuje k životu člověka, ne k jeho nemoci. V procesu recovery hrají klíčovou roli faktory naděje, zmocnění, převzetí zodpovědnosti a zastávání smysluplných životních rolí. Proces zotavení se dostal do popředí zájmu především v posledních letech v souvislosti s reformou v psychiatrické péči. Pojem úzdrava rozumíme, že *„jde o dlouhodobý proces či cestu zlepšování zdravotního stavu a osobní proměny, která umožňuje osobě s potížemi způsobenými duševní poruchou žít smysluplný život ve společenském prostředí podle svého výběru a usilovat o plné využití jejího osobního potenciálu.“* (US Dept, 2004, s. 1) Na základě zkušeností s tímto přístupem k osobám s duševním onemocněním je prokázáno, že v místech, kde je dobře členěná a rozvinutá komunitní péče s důkladnou a efektivní sociální resocializací, dochází k lepším výsledkům v úzdavě než v oblastech s péčí tradičního typu, myšleno institucionalizovanou péčí. (DeSisto a kol. in Pěč, 2014, s. 203) Dle Probstové (2014, s. 214-215) proces zotavení probíhá na dvou úrovních:

- klinická – duševní nemoc v remisi a dojde k obnovení kognitivních, sociálních a pracovních funkcí,
- rehabilitační – je zaměřena na subjektivní pohled pacienta/klienta a jde o úspěšnou adaptaci v životě a dosažení plnohodnotného života při přetrvávajícím duševním onemocněním.

Proces zotavení je dlouhodobý a nekončící, nikoli bodem konečným. Tento děj se odehrává v určitých fázích, které na sebe logicky navazují. Mezi ně patří uvědomění si nemoci, přijetí sebe sama i s handicapem, přijetí zodpovědnosti za sebe a nespolečání se výhradně na pomoc ostatních, schopnost rozhodnout se za sebe a dokázat přijmout podporu, nacházet sebeúctu a hledat smysl života. Duševní nemoc je nevléčitelná, ale při správném a důsledném dodržování léčby dokáží pacienti/klienti žít plnohodnotný život a aktivně se zapojovat do společenského dění, kdy jsou respektována jejich práva a lidské svobody. (Probstová, 2014, s. 215) Recovery neboli úzdrava/zotavení *„je nosným konceptem moderních služeb duševního zdraví, která se vyprofilovala v rámci reformy psychiatrické péče v posledních letech. Představuje způsob myšlení o klientech, ve kterém se prolínají a protínají různé způsoby podpory osobám s duševním onemocněním (rehabilitace, psychoterapie, psychiatrická léčba, resocializace), přičemž hlavní důraz je kladen na proměnu osobní*

*zkušenosti u klienta.*“ (Probstová, 2014, s. 222) Pojem zotavení (recovery) se v celosvětovém měřítku v péči o osoby se zkušeností s duševním onemocněním objevuje již od poloviny minulého století. Nicméně až v posledních desetiletích je orientace na zotavení viděna jako hlavní cíl péče o osoby se zkušeností s duševním onemocněním. Tento přístup je výsledkem širšího poznání toho, že soustředit se pouze na kontrolu symptomů samo o sobě nezajistí nemocným kvalitní plnohodnotný život. I přes velký pokrok v psychofarmakologii a dalších léčebných metodách řada osob s duševním onemocněním trpí dlouhodobě či celoživotně většími či menšími příznaky nemoci a jejími důsledky. I přes dlouhodobou medikaci u nich může docházet k relapsům. Přesto tito lidé mohou žít spokojený život s pomocí v těch oblastech života, kde ji potřebují. Pro zotavení je nezbytně nutná propojenost s komunitou, naděje do budoucna, znovuvybudování vlastní identity, překonání stigmatu, nalezení smyslu v životě a zmocnění k tomu, vzít života do svých rukou. Každý proces zotavení je silně individuální a nikdy nekončí, někdy jde obtížně, jindy jeho tempu sotva stačíme. Je to ale jediná cesta, která vede z duševního onemocnění k plnohodnotnému životu, ve kterém budeme mít bydlení, rodinu, zaměstnání, přátele a ve kterém budeme schopni naplňovat naše sociální role a rozvíjet sami sebe. Takový život přináší mnoho radosti nejen nám, ale i lidem v našem okolí. Aby myšlenka zotavení pronikla hluboko do našich životů, je třeba, aby všichni poskytovatelé péče napříč službami porozuměli tomu, co proces zotavení znamená, a byli schopni a ochotni ho společně s uživateli péče podporovat. Zotavení je velmi individuální proces. Metaforicky je možno vidět tento proces jako stoupání po „žebříku zotavení“ ve čtyřech cyklech: naděje, zplnomocnění, přijetí zodpovědnosti a smysluplné životní role. Mezi klíčové oblasti pro zotavení patří práce s nadějí, rozvoj silných stránek, celistvý (holistický) přístup, sebeurčení, zplnomocňování, respekt, individuální přístup a podpora peer pracovníků. (Ragins, 2008, s. 20)

### **Metodika CARE**

Tímto rozumíme podporu zotavení a začlenění osob, které vyžadují pomoc, do běžného života. Jedná se o ucelenou metodiku pro pracovníky v pomáhajících profesích. *Comprehensive approach rehabilitation (CARE)* se v praxi využívá již řadu desítek let, a to především v sociálních službách. „*Podstatou je komplexní přístup k rehabilitaci, která zahrnuje teoretická východiska, základní vizi, praktickou pracovní metodu a potřebné nástroje.*“ (Hollander, 2016, s. 7) Komplexní přístup je poskytování podpory v širokém kontextu. Vychází z nenaplněných potřeb klienta, kterého vnímáme celostně jako lidskou bytost, aniž by se opomíjelo jeho životní prostředí a jeho sociální síť. Jednotlivé složky

života jedince jsou vzájemně propojené, proto je nutné poskytnout podporu ve všech oblastech života, které to vyžadují s cílem zkvalitnění života osob s duševním onemocněním. (Hollander, 2016, s. 15) Abychom dosáhli požadované kvality života u osob s duševním onemocněním v oblasti duševního zdraví v sociálním kontextu, je potřeba si stanovit předem splnitelné cíle ve spolupráci s klientem využívajícím tuto službu. I přes změnu životních podmínek, sociální situace a možnosti způsobů, jak dosáhnout stanoveného cíle se i tato metodika vyvíjela a přetransformovala tak, aby naplňovala svou podstatu a byla nadále přínosná pro osoby využívající této pomoci. Proces zotavení probíhá na dvou úrovních. V první rovině mluvíme o osobním zotavení, kdy *„se člověk vypořádává s proběhlými událostmi, učí se nakládat s vlastní zranitelností a znovu hledá pevné záchytné body.“* (Hollander, 2016, s. 13)

Druhá rovina je sociální zotavení, a tímto rozumíme začlenění neboli resocializaci osob s duševním onemocněním do společnosti, aby zastával důstojnou roli v ní, byl respektován jako lidská bytost a dosáhl rovnocenného postavení.

Psychosociální rehabilitaci rozumíme, že se jedná o *„proces zahrnující aktivity zaměřené na pomoc osobě s psychickými, sociálními a dalšími omezeními s cílem maximalizovat kvalitu jejího života na osobní i sociální úrovni tak, aby tato osoba mohla uspokojivě fungovat v domácím prostředí, v zaměstnání a v dalších prostředích, které si sama zvolila.“* (Hollander, 2016, s. 16) Metodika CARE je založena na zplnomocňování, napomáhající zakotvení a zakotvená v blízkém vztahu a lásce k bližnímu. Hollander (2016, s. 49) klade důraz na systematické budování vztahu, shromažďování informací, stanovování cílů a jejich vytváření, implementaci a evaluaci plánů, které jsou zaměřené pro pomáhající profese poskytující individuální vedení.

CARE metoda dle Hollandera (2016, s. 49) se zakládá na těchto principech:

- vize a základní principy,
- základní pracovní metoda,
- využitelné zdroje,
- rozpracování pro specifické cílové skupiny a situace.

Abychom dosáhli vytyčeného cíle, je velmi důležité se držet základních tří dimenzí, které predikují vysokou úspěšnost metodiky CARE v oblasti zkvalitnění života u osob s duševním onemocněním v sociálním kontextu. Prioritou jakékoli spolupráce obecně je navození smysluplného vztahu, který je rovnocenný pro obě zúčastněné strany, je prožívaný v přítomnosti, a kdy je poskytovatel pokud možno neustále k dispozici klientovi. Druhou

dimenzí, která se uvádí jako stěžejní, je činnost, tedy vzájemná spolupráce a kooperace na řešení stávajících problémů v oblasti životních potřeb, které jsou dlouhodobě nesaturovány. Klade se důraz na účinnou podporu orientovanou na silné stránky zotavení. Poslední, třetí dimenzí, je čas. A to čas jak na budování plnohodnotného vztahu terapeut-klient, tak i na proces zotavení, který je v souladu s životní perspektivou a tempem klienta.

Pokud si shrneme jednotlivé kroky metody CARE, tak na úvod se začne pracovat na budování vztahu. Na základě plnohodnotného vztahu, který je rovnocenný, se vytvoří osobní plán, na kterém se spolupodílí obě zúčastněné strany. Další fází je vyjmenovat jednotlivé oblasti v životě, které jsou nenaplněny a stanovíme si cíle, vždy za předpokladu a možností klienta a okolních podmínek. Následuje hledání možností, způsobů a strategií za použití silných stránek člověk a zdrojů, které jsou momentálně k dispozici. Na základě výše stanovených cílů a postupů se realizují jednotlivé kroky, činnosti a strategie k naplnění těchto cílů, které jsou uvedené v osobním plánu, který je vytvářen s klientem společně, jak již bylo zmíněno výše. Na realizaci dohlíží terapeut, který aktivně podporuje klienta. V průběhu celého procesu se člověk učí, hodnotí, realizuje a přizpůsobuje. (Hollander, 2016, s. 76-77) Metodika CARE, kterou prezentuje Hollander (2016, s. 28), popisuje tyto faktory ovlivňující zotavení:

- motivace: hnací motor zotavení, naděje, přání a touhy,
- identita: rozvoj osobní identity prostřednictvím budování vlastního životního příběhu a objevování vlastních silných stránek,
- znalosti a dovednosti: včetně schopnosti vyrovnat se s postižením a rozvíjet svou nezávislost,
- status a vytváření smyslu: rozvoj smysluplných aktivit, hodnotných společenských rolí a pozitivních vztahů,
- sociální a materiální podpora, včetně kontaktů s lidmi s podobnými zkušenostmi, bydlení, zaměstnání, odborné péče a podpory.

### 3 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V OLOMOUCKÉM KRAJI

Olomoucký kraj k dnešnímu dni, druhý kvartál roku 2020, eviduje 180 sociálních služeb, které se přímo realizují v oblasti péče o duševního zdraví a 130 zdravotních služeb. Dalšími přirozenými zdroji sociálních služeb jsou v podstatě veškeré obce v Olomouckém kraji. Tyto služby zajišťují sociální a zdravotní péči o osoby s duševním onemocněním, dále zajišťují sociální, zdravotní a psychologické služby pro děti, pro seniory a zajišťují síť adiktologických služeb pro léčbu závislostí. (Krajský úřad Olomouckého kraje, © 2020) Každopádně ne každá sociální služba pokryje deficit v určité oblasti potřeb klientů s psychiatrickým onemocněním. Nejvíce problematickou oblastí je zajištění pobytových kapacit pro tuto specifickou skupinu pacientů/klientů, převážně ze spektra diagnóz SMI, což jsou závažné duševní poruchy, mezi které patří schizofrenie, schizoafektivní poruchy a bipolární afektivní poruchy. V probíhající reformě psychiatrické péče nadále nedochází k transformaci či vzniku nových sociálních služeb, které by saturovaly tuto oblast. Paradoxem je, že krajská síť sociálních služeb má aktuálně stop stav. Argumentace činitelů zastupujících Krajský úřad Olomouckého kraje je lichá k praktickému pokrytí služeb v terénu. Neustálý apel sociálních pracovníků v terénu je nevyslyšen a nadále trvá nerovnoměrné pokrytí služeb v určitých oblastech života pro osoby s duševním onemocněním. Olomoucký kraj se řídí svým střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb, kterému je nadřazen Národní akční plán duševního zdraví. Krajský úřad si taktéž vypracoval svůj Krajský akční plán duševního zdraví, který ale není pro nikoho závazný jako ostatní zmiňované dokumenty. Cíle plánování v sociálních službách jsou zkvalitnění života uživatelů sociálních služeb, zefektivnění práce poskytovatelů sociálních služeb a účelné využití finančních prostředků vyčleněných na poskytování sociálních služeb. (Krajský úřad Olomouckého kraje, © 2020) Obecným cílem je dosáhnout snížení institucionalizovaných lůžek ve zdravotnických zařízeních a přeměrovat pacienty s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí a do komunit, kdy za maximální podpory sociálních služeb dokáží žít plnohodnotný život. Ale to pouze za předpokladu, že bude dostatek pobytových kapacit pro tuto specifickou skupinu, což nám praxe zatím bohužel negativně ukazuje, že tento trend je nerealizovatelný, a to do té doby, pokud se efektivně nebudou využívat zdroje ke zřízení těchto služeb a nebudou se uměle vytvářet důvody k tomu, aby nešlo tyto pobytové služby zajistit a zřídit. Uvedu zde sociální služby, které



aktuálně spolupracují s Psychiatrickou léčebnou Šternberk a které se nejvíce angažují v oblasti péče o duševní zdraví, převážně osobám z okruhu diagnóz SMI.

### **3.1 Přehled sociálních služeb v Olomouckém kraji zainteresované v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním**

#### **Charita Olomouc**

Organizace Charita Olomouc je jedna z organizací, která mimo jiné zajišťuje sociální pomoc pro osoby s duševním onemocněním. Jedná se o neziskovou církevní organizaci, která je začleněna do sítě Charit působících na území ČR. Byla zřízena olomouckým arcibiskupem v roce 1993 a svoji činnost poskytuje na území Olomouckého kraje. Úzce spolupracuje s ostatními neziskovými organizacemi, úřady v jednotlivých okresech kraje, farnostmi či mnohými dalšími institucemi. Charita Olomouc poskytuje nejen sociální a zdravotní služby, ale věnuje se i řadě dalších aktivit, mezi které patří sbírková činnost, publikování odborných sborníků, příprava a realizace kulturních, společenských a dalších aktivit. Nabízí také pestrou škálu uplatnitelnosti zájemcům o Dobrovolnictví a praxe. (Charita Olomouc, © 2020)

Vize Charity Olomouc:

- smysluplná organizace s morálním kreditem poskytující kvalitní služby, která svým uživatelům nabízí podporu i celistvou péči v duchu křesťanské lásky respektující důstojnost každého člověka,
- aktivně upozorňovat a pružně reagovat na sociální problémy, které nejsou společností dostatečně řešeny,
- poskytnout svým zaměstnancům prostor pro smysluplnou činnost a nabídnout jim lidské i materiální zázemí pro práci, seberealizaci a vlastní profesní rozvoj,
- zajistit dostatek dobrovolníků, kteří budou doplňovat práci odborných pracovníků tak, aby byla naplněna profesionalita služby vycházející z poslání,
- být svými partnery vnímáni jako stabilní, komunikující a důvěryhodná organizace, která systematicky a plánovaně řídí svou činnost,
- docílit systémového vícezdrojového financování organizace, včetně intenzivního posilování vlastních zdrojů,
- propojení činnosti s běžným životem farností. (Charity Olomouc, © 2018)

Služby, které nabízí Charita Olomouc pro osoby s duševním onemocněním, jsou sociální pomoc ve formě podporovaného samostatného bydlení, zajištění terapeutických dílen a v neposlední řadě se podílí na programech a činnostech, kulturních akcích a výletů, které vedou k rozvoji osobních schopností a pomáhají s navazováním mezilidských vztahů.

#### *Podpora samostatného bydlení*

Tato nabízená služba pro osoby s duševním onemocněním podporuje schopnost uživatelů žít běžným životem v jejich přirozeném sociálním prostředí a vést relativně samostatný život v jejich vlastní domácnosti. Zahrnuje nácvik praktických dovedností v domácnosti, podporu v oblasti finančního hospodaření, hledání práce či bydlení. Služba podporuje soběstačnost uživatelů za účelem zvýšení kvality jejich života v přirozeném domácím prostředí a sociálních dovedností. Jejím cílem je předcházet zhoršení zdravotního stavu, a snížit tím počet hospitalizací či oddálit nebo zamezit umístění v ústavním zařízení.

#### *Dům sv. Vincence*

Sociálně aktivizační služby Domu sv. Vincence umožňují rozvíjet osobní a sociální schopnosti a dovednosti lidí s duševním onemocněním. Služba ambulantního charakteru je poskytována osobám s duševním onemocněním v olomouckém regionu. Bezplatně nabízí programy a činnosti, kulturní akce a výlety, které vedou k rozvoji osobních schopností a pomáhají s navazováním mezilidských vztahů.

#### *Sociálně terapeutická dílna*

Služba je poskytována osobám s duševním onemocněním v olomouckém regionu. Nabízí nácvik profesních dovedností za účelem získání základních pracovních návyků, jako je tempo, pracovní zátěž, samostatnost a další. Cílem je osvojit si či obnovit sociální dovednosti a pracovní návyky a umožnit tak osobám s duševním onemocněním znovu se začlenit do běžného života. (Charita Olomouc, © 2020)

#### *Dobrovolnictví*

Podstatou dobrovolnictví je vykonávání samostatné činnosti prováděné ve prospěch druhých bez nároku na finanční či jakoukoli hmotnou odměnu. Dobrovolnický program Charity Olomouc je akreditovaný u Ministerstva vnitra České republiky. Charita Olomouc se zakládá na tradičních křesťanských hodnotách a klade důraz na lidskost, vyhledává pomoc dobrovolníků, kteří rozšiřují profesionální péči zaměstnanců o další hodnoty, mezi které může patřit čas naplněný pouhou lidskou blízkostí s osamělými, pochopení, prosté bytí s druhým. Dobrovolníci denně pomáhají v jednotlivých sociálních službách Charity Olomouc, zapojují se do organizace kulturních nebo sportovních událostí, angažují se ve

sbírkách. Dobrovolníci jsou právoplatnými členy týmu Charity Olomouc. (Charita Olomouc, © 2020)

### **Charita Prostějov**

Jako i ostatní charity v jiných městech, tak i zde je jejím zřizovatelem olomoucké arcibiskupství. Charita Prostějov je základní složkou Arcidiecézní charity Olomouc, která je jako součást Charity ČR členem mezinárodní sítě Caritas Internationalis. Jedná se o organizaci s vlastní právní subjektivitou, pomáhá sociálně potřebným občanům, pečuje o staré a nemocné osoby na Prostějovsku a zajišťuje humanitární pomoc. Financování Charity Prostějov je zabezpečováno prostředky ze státních a krajských dotací, veřejných a církevních sbírek a z plateb občanů za poskytované služby. Mezi základní služby charity Prostějov patří; zdravotní služby (poskytování péče v domácnosti), pečovatelské služby, odlehčovací služby, chráněné bydlení, sociální rehabilitaci aj. (Charita Prostějov, © 2020)

Stěžejní službou poskytovanou Charitou Prostějov v souvislosti se zajištěním péče v oblasti duševního zdraví je *sociální rehabilitace Cesta*. Sociální rehabilitace Cesta Charity Prostějov podporuje osoby s chronickým duševním onemocněním z okruhu diagnóz SMI v resocializaci do běžného života, formou dopomoci v oblasti samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti s využitím specifických činností rozvíjejících sociální a pracovní dovednosti. Tato služba je poskytována ambulantní i terénní formou po celém prostějovském a konickém regionu. Jedná se o službu, která se transformovala ze služby denního stacionáře, navázala na předešlé zkušenosti, aktivní uživatele a její nové potřeby, očekávání a cíle. Cílem služby *sociální rehabilitace Cesta* je umožnit pacientům/klientům využívat vlastní zdroje pomoci a zvýšit jejich kompetenci, bojovat proti vzniku sociální izolace, snížit počet hospitalizací, posílit kognitivní funkce klientů, posílit pracovní, komunikační a sociální návyky, zvýšit kvalitu života klientů v jejich přirozeném prostředí. (Charita Prostějov, © 2020)

Základními činnostmi sociální rehabilitace Cesta jsou: nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů, nácvik péče o domácnost, nácvik péče o děti a další členy domácnosti, nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním a venkovním prostoru, nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, nácvik pracovních dovedností, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, doprovod do zaměstnání, doprovod k lékaři, do školských zařízení – naučení bezpečné trasy, využití MHD, nácvik chování v různých společenských situacích, práce s informacemi, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, trénink kognitivních funkcí, práce na PC, trénink jemné motoriky, **p**omoc při

uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí: doprovod a asistence při jednání s úřady, informační servis, zprostředkování následné péče, upevnění kontaktu s rodinou. (Charita Prostějov, © 2020) Konkrétní cíle sociální rehabilitace jsou: prevence vzniku sociální izolace, udržení stávajících kognitivních funkcí, popř. jejich zvýšení, rozvoj komunikačních schopností, sociálních vazeb a orientaci v běžném prostředí, rozvíjení pracovních návyků a dovedností potřebných pro běžný život, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, začleňování se do společnosti. (Charita Prostějov, © 2020) Zásady poskytování služby sociální rehabilitace Cesta jsou: individuální přístup ke každému pacientovi/klientovi přistupujeme jako k jedinečné osobnosti se specifickými schopnosti a potřebami, dostupnost, partnerství mezi pracovníkem a pacientem/klientem, je kladen důraz na tuto vzájemnou kooperaci, vždy musí být tato spolupráce oboustranná a být ztotožněná s individuálním plánem pacienta/klienta a samozřejmě i s cíli služby sociální rehabilitace, snaha přizpůsobovat služby potřebám pacientům/klientům a zároveň při tom využívat jejich vlastních zdrojů, rovnost/nediskriminace, vždy přistupovat ke pacientům/klientům individuálně, respektovat je jako jedinečnou osobnost, vždy klást důraz na dodržování lidských práv a základních svobod osob. Služba je poskytována bez rozdílu pohlaví, politického smýšlení, náboženského vyznání, barvy pleti, rodinného uspořádání, sociální a ekonomické situací, příslušnosti k etnické nebo národnostní menšině, odbornost, vždy je dodržován zákon o sociálních službách č. 108/2006, který jasně vymezuje odborné vzdělání sociálního pracovníka a odbornou způsobilost pracovníků v sociálních službách, vedoucí služby má i úvazek sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, vždy je dodržován počet povinného vzdělávání dle zákona zmiňovaného zákona, podpora a bezpečnost, vždy je nutné vytvářet takové pracovní prostředí, které je bezpečné pro všechny zúčastněné. Jedná se i o mlčenlivost, která tvoří u pacientů/klientů významnou složku bezpečí. (Charita Prostějov, © 2020)

### **Charita Zábřeh**

Patří mezi stěžejní sociální organizací na území bývalého okresu Šumperk. Nabízí široké spektrum služeb nejen sociálních a zdravotních, ale organizuje humanitární pomoc. Vyhledává potřebné a poskytuje pomoc lidem bez rozdílu vyznání, rasy, v nepříznivé životní situaci a podporuje jejich začlenění do běžného života. Tuto sociální službu zmiňují záměrně, protože jedna z cílových skupin, na kterou se primárně zaměřuje, jsou osoby s duševním onemocněním. Díky programu „sociální rehabilitace“ s názvem Soreha dokáží poskytnout podporu a pomoc osobám se závažným duševním onemocněním, např. v oblasti

bydlení, práce, nácviku sociálních dovedností a finanční gramotnosti, a zcela resocializovat. Jedná se o proces návratu těchto osob do jejich přirozeného sociálního prostředí a vytvoření schopností plnohodnotně sociálně fungovat. Dále se klade důraz na rozvoj schopností, dovedností, samostatnosti a odpovědnosti tak, aby se mohly tyto osoby začlenit do každodenního života a aktivit, které jsou běžné pro jejich zdravého vrstevníka, a zachovala se důstojnost těchto osob, stejně jako „zdravé“ populaci a necítily se méněcenně a vyloučeně. (Charita Zábřeh, © 2020)

Mezi cíle Charity Zábřeh patří samostatné bydlení s minimální podporou profesionální pomoci, v rámci veřejných služeb využívat činností, kterými vyplní svůj volný čas, vyřizování si osobních záležitostí, využívat běžně dostupné služby, péče o své zdraví, přijmout svoji nemoc, hledání a udržení si zaměstnání a navázání a udržení sociálních vazeb s rodinou, přáteli, kolegy z práce, apod. (Charita Zábřeh, © 2020)

Nabízená pomoc a podpora sociální služby Soreha v oblasti sociální rehabilitace:

- Bydlení – pomoc s nácvikem péče o domácnost, s vyřízením žádosti o byt, zprostředkování kontaktů na další instituce.
- Finance – orientace v oblasti financí, sestavení finančního plánu, edukace v oblasti finanční gramotnosti.
- Práce – pomoc s hledáním pracovního místa – s orientací na trhu práce, sepsáním životopisu, průvodního dopisu, nácvikem pohovoru.
- Instituce – pomoc s vyřizováním žádostí, s uzavíráním smluv, s orientací v systémech státní správy, s nácvikem jednání na úřadech, u lékaře apod.
- Volný čas – podpora s výběrem aktivit, s nácvikem dovedností pro cestování a plánování, nácvikem jednání při různých společenských akcích.
- Komunikace – edukace v problematice různých komunikačních prostředcích.
- Uplatňování práv – pomoc uplatňování vašich práv, při jednání s vaším opatrovníkem nebo podpůrcem, doprovodíme vás k úřednímu jednání.
- Krize – pomoc a podpora s tvorbou krizového plánu, se zvládáním stresových situací, zprostředkování krizové služby. (Charita Zábřeh, © 2020)

Pracovní tým sociální služby tvoří vedoucí služby, dva sociální pracovníci, dva pracovníci v sociálních službách a psycholog. Pracovníci vychází při poskytování sociálních služeb z křesťanských zásad, etických norem a ze standardů kvality sociálních služeb, což znamená, že uplatňují individuální a respektující přístup ke každému uživateli, dbají o vytvoření bezpečného prostoru pro uživatele i pracovníky, podporují soběstačnost uživatele, jeho

nezávislost, vedou uživatele k odpovědnosti za způsob svého života. (Charita Zábřeh, © 2020)

Zákon dále ukládá pracovat podle těchto zásad:

- rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost uživatelů,
- pomoc vychází z individuálně určených potřeb, působit na uživatele aktivně, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace,
- posilovat jejich sociální začleňování.

Služba musí být poskytována v zájmu osob a v náležitě kvalitě tak, aby bylo vždy zajištěno dodržování lidských práv a svobod. (Charita Zábřeh, © 2020)

### **Zahrada 2000**

Organizace ZAHHRADA 2000 je elementární organizací, která zajišťuje sociální služby v celém jesenickém regionu. Již od roku 1998 se věnuje duševnímu zdraví a poskytuje ucelený komplex služeb s cílem resocializovat osoby s duševním onemocněním zpět do jejich přirozeného prostředí. Kromě registrovaných sociálních služeb sociální rehabilitace a sociálně-terapeutické dílny pro osoby s duševním onemocněním nabízí možnost zaměstnávání s podporou pro osoby se zdravotním postižením zahrnující odbornou přípravu na zaměstnání, pracovní a dluhové poradenství a podporu zaměstnávání na chráněném, podporovaném i volném trhu práce. Dále provozuje nestátní zdravotnické zařízení sociálně terapeutický stacionář. Vzhledem k úspěšnosti poskytování sociálních služeb v jesenickém regionu a zároveň nedostatečně saturovaný trh v Šumperku, je vytvářen nátlak rozšíření sociálních služeb i do tohoto regionu, ale i přes veškeré úsilí nejsou personálně schopni tuto oblast zajistit. Za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR provozuje sociálně-zdravotní terénní službu pro osoby v duševním onemocněním na území okresu Jeseník, okrajově se věnuje problematice závislostí, zejména tzv. duálními diagnózám. (Zahrada 2000, © 2020) Zahrada 2000 je moderní a flexibilní sociální služba, která dokáže efektivně reagovat na vývoj v oblasti duševního zdraví. Vychází z modelu komunitní péče. Jak již bylo zmíněno výše, cykličnost duševního onemocnění způsobuje, že se tyto osoby opakovaně dostávají do situace, kdy nejsou schopné se v době ataky či relapsu duševního onemocnění odpovídajícím způsobem postarat o své základní, biologické potřeby a zájmy díky zhoršené interakci

s okolím. Pokud žijí samy a nedostanou včas potřebnou pomoc a podporu, mohou být ohroženy nejen sociálním propadem, ale především sníženým zdravím jak fyzickým, tak i psychickým. Na základě těchto zkušeností mezi osobami s duševním onemocněním přirozeně vznikají vazby a vztahy, osobně se znají z průběhu léčby nebo návazné péče, sdílejí své osudy, mají potenciál se vzájemně podpořit. Tím přirozeně vytvářejí komunitu, která zahrnuje i jejich blízké a rodinné příslušníky, kteří jsou onemocněním svých blízkých výrazně ovlivněni. (Zahrada 2000, © 2020) Hlavním principem této formy poskytování péče je odborná podpora těchto tendencí, důraz na zvyšování kompetencí jednotlivých uživatelů služeb i celé komunity osob s duševním onemocněním. Vytváření svépomocných skupin a zapojování osob s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, tzv. peer konzultantů, do péče o osoby s duševním onemocněním je nedílnou součástí sociálních i zdravotních služeb Zahrady 2000. Asertivní komunitní léčba je součástí psychosociální rehabilitace včetně práce kontaktního terénního týmu a vede ke zkrácení délky hospitalizace, spokojenosti nemocných, menší zátěži rodin. (Zahrada 2000, © 2020)

Nabídka sociálních služeb poskytovaných organizací Zahrada 2000:

- sociální rehabilitace,
- sociálně terapeutické dílny,
- komunitní terénní práce,
- svépomocné skupiny, peer programy
- chráněné dílny,
- preventivní programy související s problematikou duševního zdraví,
- recovery - ucelený systém podpory,
- zaměstnávání s podporou. (Zahrada 2000, © 2020)

### **Společnost MANA, o.p.s.**

Jedna ze stěžejních sociálních služeb v Olomouckém kraji, která se věnuje osobám s duševním onemocněním a působí na území města Olomouc, je společnost Mana, o.p.s. Indicie, které vedou k důstojnému a kvalitnímu životu u osob s duševním onemocněním v přirozeném prostředí, je podpora jejich silných stránek, využívání přirozených zdrojů a zvyšování jejich kompetencí a zodpovědnosti, což je cíl, který si definuje společnost Mana,

o.p.s. (Mana, © 2020) Podmínkou využívání služeb je aktivní spolupodílení na léčbě, předpokládá se spolupráce s ambulantním psychiatrickým lékařem a dodržování naordinované medikace. V momentě, kdy klient/pacient není schopen dodržet tato základní pravidla, v převážné části se jedná o dekompenzaci duševní poruchy, a nedokáže sám vyhledat pomoc, zajišťuje sociální služba zprostředkování či předání klienta/pacienta do lékařské péče za asistence sociálního pracovníka, psychologa, zdravotní sestry či peer konzultanta. (Mana, © 2020) Společnost Mana, o.p.s. nabízí sociální služby, a to sociální rehabilitaci a psychosociální terénní služby. Sociální pracovníci společnosti Mana využívají principy komunitní sociální práce, kdy je hlavní důraz kladen na skupinové aktivity, mezilidské vztahy, podporu rodinného zázemí klientů/pacientů služeb a zejména na dobrovolnost a respektující přístup. Klienti služeb jsou podporováni v samostatnosti a spolurozhodování o svém životě. Při individuálním přístupu podporu koordinují s rodinou a ošetřujícím lékařem, navazují na silné stránky klienta a na jeho vlastní zdroje. (Mana, © 2020)

#### *Centrum psychosociální rehabilitace*

Náplní služby je poskytování činností sociální rehabilitace lidem se závažným duševním onemocněním. Dlouhodobým cílem je dosažení jejich samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti. Snahou je rozvoj jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem a v maximální možné míře využívat zachované schopnosti, potenciál a kompetence osob s duševním onemocněním. Služby sociální rehabilitace jsou poskytovány ambulantní formou a jsou bezplatné. Cílovou skupinou služby jsou osoby se závažným duševním onemocněním z okruhu psychóz SMI. Klienti/pacienti služby musí být v odborné lékařské péči, podmínkou využívání služby je stabilizovaný zdravotní stav, tzv. remise. Službu mohou kontaktovat i rodinní příslušníci a další blízké osoby. (Mana, © 2020) Spektrum resocializačních aktivit se zaměřují především na nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, nabídka výchovných, vzdělávací a aktivizační činností pro uživatele služby a jejich blízké, upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Mana, © 2020)



*Psychosociální terénní služby*

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením nabízejí podporu lidem se závažným duševním onemocněním při zvládnání běžného života s nemocí. Soubor poskytovaných terénních služeb vede k sociálnímu začlenění nebo působí jako prevence sociálního vyloučení. Služby jsou poskytovány převážně terénní formou v přirozeném prostředí klientů a jsou bezplatné. Hlavním cílem služby je zlepšení kvality života lidí se závažným duševním onemocněním reflektující bio-psycho-sociálně-spirituální model. Pro dosažení cíle je potřeba spolupracuje s klienty/pacienty v jejich přirozeném prostředí a za využívání jejich přirozených zdrojů. Cílovou skupinou služby jsou lidé se závažným duševním onemocněním z okruhu psychóz SMI. Klienti/pacienti služby musí být v odborné lékařské péči, podmínkou využívání služby je stabilizovaný zdravotní stav, tzv. remise. Službu mohou kontaktovat i rodinní příslušníci a další blízké osoby. (Mana, © 2020)

Psychosociální terénní služby vychází z těchto základních principů; metoda intenzivního case managementu (případové vedení za účelem zlepšení životní situace uživatele), veřejná přístupnost ke službě, kontakt v přirozeném prostředí klienta, využívání přirozených zdrojů v klientově okolí, Model Public Health (Ochrana veřejného zdraví – snížení dopadu sociálně nežádoucích jevů, souvisejících se špatným zdravotním stavem uživatelů), stabilizace zdravotního stavu uživatelů služeb, individuální přístup k uživateli služeb, respektování volby a svobodné vůle uživatele služby. (Mana, © 2020)

*Centrum duševního zdraví*

Centrum duševního zdraví je novou službu, která vzniká v rámci reformy duševního zdraví v ČR. Tato služba je propojovacím mostem mezi komunitní a pobytovou péčí o osoby se závažným duševním onemocněním. Forma práce implementuje multidisciplinární přístup do praxe. O vznik CDZ v Olomouci usiluje Psychiatrická léčebna Šternberk (zdravotní část) a Společnost Mana (sociální část). Nyní je projekt celého CDZ těsně před spuštěním do ostrého provozu, původní termín otevření byl duben/květen 2020, ale z důvodu pandemie COVID-19 se odložilo otevření na září 2020. Společnost Mana má již zaregistrovanou sociální rehabilitaci CDZ, která bude součástí uceleného CDZ spolu s Psychiatrickou léčebnou Šternberk. Cílem této nové služby je snížit počet hospitalizovaných klientů, zamezit častým rehospitalizacím, zkrátit hospitalizace v pobytových zařízeních, umožnit dlouhodobě hospitalizovaným (zvláště z důvodů sociálních) opustit pobytová zařízení a žít ve svém přirozeném prostředí, ve své komunitě s podporou přirozených zdrojů, využití silných stránek, kompetencí a zodpovědnosti. (Mana, © 2020)

### **Spolek Kolumbus**

Spolek Kolumbus je komunita osob, který sdružuje osoby se zkušeností se službami péče o duševní zdraví. Spolek usiluje o dodržování základní listiny lidských práv a svobod pro osoby s duševním onemocněním. Je tvořen dvěma komorami podle zkušenosti s péčí o duševní zdraví - přímou nebo nepřímou. Spolek je nestátním, nepolitickým a nenáboženským svazkem, který sdružuje pouze fyzické osoby. (Kolumbus, © 2020) Spolek Kolumbus usiluje o zlepšení péče v psychiatrických léčebnách a nemocnicích, rozvoj komunitní péče a služeb pro osoby s duševním onemocněním, změny současných zákonů v oblasti duševního zdraví, ochranu zajištění právní pomoci pro osoby s duševním onemocněním včetně lepšího právního zastoupení duševně nemocných před soudy zejména v řízení o detenci a omezení svéprávnosti. (Kolumbus, © 2020) Aktivity realizované spolkem Kolumbus jsou různorodé. Mezi ně patří např. poradenská činnost a hájení práv osob s duševním onemocněním, přednášková a osvětová činnost pro personál psychiatrických léčeben a nemocnic, komunitní zařízení a širší veřejnost, výměna dobré praxe v psychiatrických léčebnách a nemocnicích, aktivní účast na konferencích a seminářích týkajících se psychiatrie a péče o duševní zdraví v ČR i zahraničí, připomínkování zákonů a právních předpisů, návrhy změn stávajících právních předpisů, příprava návrhů v zákonech o duševním zdraví, organizování vzdělávacích seminářů a školení pro uživatele a uživatelské organizace (internet, práva pacientů, poradenství apod., práce s médii) publikace článků a rozhovorů týkajících se duševního zdraví a destigmatizace psychiatrie, rozvoj spolupráce s domácími i zahraničními občanskými sdruženími působícími v oblasti zdravotní, sociální a v oblasti hájení lidských práv, pořádání výstav výtvarných děl uživatelů psychiatrické péče, organizace výletů, rehabilitačních a výměnných pobytů pro uživatele. (Kolumbus, © 2020)

### **Psychosociální centrum Přerov**

Průkopníkem v oblasti poskytování psychiatrické péče dle moderních trendů a požadavků směrnic EU, potažmo Ministerstva zdravotnictví ČR, je psychosociální centrum Přerov, které můžeme označit jako první CDZ v Olomouckém kraji. Jedná se o novou, moderní formu poskytovaných služeb jak zdravotních, tak sociálních a cílí na osoby trpící závažným duševním onemocněním. Zaměřuje se na překonání omezení, dále na zotavení a reintegraci do komunity. Tato forma poskytovaných služeb nese jednotný název Centrum duševního zdraví. Obecně lze říci, že CDZ je primárně určeno pro pacienty, kteří nejsou schopni

absolvovat ambulantní formu léčby, zároveň se předchází opakovaným hospitalizacím, dlouhotrvajícím hospitalizacím, lze zde absolvovat ochranné léčení a v neposlední řadě se jedná o službu pro osoby, které sociálně selhávají ve vztazích, jsou sociálně izolovaní, bez práce a s deficitem sebekpěče a celkově sociálně nefungují. Spektrum klientely je různorodé, především se jedná o osoby trpící psychotickým nebo afektivním onemocněním, které je omezuje v běžném životě, nedokáže plnit bez pomoci své role ve společenském životě. Péče je hrazena z veřejného zdravotního pojištění a na doporučení ambulantního psychiatra. Poskytuje péči v přirozeném prostředí klienta, v jeho rodině nebo komunitě nebo v prostorách samotného CDZ. Součástí komplexní psychiatrické péče je i individuální plánování, kdy osobám s duševním onemocněním je pomáháno v naplnění jeho potřeb a cílů. Péče CDZ je zaměřena na podporu všech složek klientova života. Cílem je předejít zhoršení zdravotního stavu s nutností hospitalizace a zvládnání krizových situací, které běžný život přináší. Sociální část služby řeší zvládnání každodenního života, finanční situaci pacienta, poskytuje podporu v kontaktu s úřady. Nedílnou součástí služby je podpora rodiny nemocného, zprostředkování informací o nemoci, pomoc v konkrétních problémech, které nemoc člena rodiny přináší. (Psyche, © 2020) Jedná se o tzv. rozšířenou ambulanci, která nabízí široké spektrum služeb jak z oblasti zdravotní, tak i z oblasti sociální. Forma poskytování péče je na bázi multidisciplinárního přístupu. Mezi nabízené služby CDZ Přerov (Psyche, © 2020) patří:

- psychiatrická ambulance pro dospělé,
- ordinace dětské a dorostové psychiatrie,
- ordinace gerontopsychiatrie,
- ordinace sexuologie,
- ordinace pro léčbu návykových onemocnění,
- klinická psychologie a psychoterapie,
- pracoviště psychiatrických sester,
- denní stacionář,
- specializované poradny.

Mobilní služby CDZ Přerov se odehrávají v přirozeném prostředí pacienta, je kladen důraz na dlouhodobou psychiatrickou a sociální rehabilitaci, poskytuje komplexní péči o zdravotní stav (psychický i somatický) včetně medikamentózní intervence, poskytuje krizovou intervenci v domácnosti pacienta, a to i včasnou intervenci v případě dosud nedagnostikovaných nebo aktuálně neléčených onemocnění, CDZ Přerov systematicky

pracuje s rodinou pacienta a věnuje se edukační činnosti. (Psyche, © 2020) Zásady práce CDZ Přerov je práce s individuálním životním příběhem pacienta, sestavení individuálního rehabilitačního plánu s jeho sociální sítí, podpora zdravé složky osobnosti, výpomoc v zapojení do komunity s popřením paternalistického přístupu a včasná intervence při rozvoji duševního onemocnění. Součástí činností CDZ Přerov je i ucelená edukační osvěta v oblasti destigmatizace v psychiatrii, což můžeme chápat jako negativní předsudky většinové společnosti vůči osobám s duševním onemocněním. (Psyche, © 2020)

CDZ Přerov úzce spolupracuje s neziskovou organizací Duševní zdraví, o.p.s. Tato nezisková organizace poskytuje sociální služby a sociální rehabilitaci. Je určena pro osoby s chronickým duševním onemocněním ve věku 16 až 80 let, které podstoupily psychiatrickou léčbu nebo se podrobují ambulantní psychiatrické léčbě, a které chtějí řešit svou stávající nepříznivou sociální situaci. Služba je poskytována v ambulantní i terénní formě. Posláním služby je podporovat osoby s chronickým duševním onemocněním (okruh diagnóz SMI) tak, aby mohly vést plnohodnotný život podle svých představ. Zejména podporou nezávislosti a samostatnosti ve zvládnání každodenních činností, podporu žádoucích změn, k nimž došlo v důsledku léčby, posílení osobních kompetencí a schopností. (Psyche, © 2020) Mezi konkrétní služby patří pomoc při řešení obtížné životní situace (např. bydlení, dluhy), doprovody na úřady, k lékaři apod., podpora člověka s chronickým duševním onemocněním, aby mohl vést plnohodnotný život podle svých představ, zajištění v rámci terénní sociální služby úzkou spoluprací se specialisty ze zdravotní oblasti a návštěvy pacienta v jeho domácím prostředí a dojednání další podoby spolupráce. (Psyche, © 2020) Pro spolupráci je potřeba kontaktovat sociálního pracovníka organizace, doložit doporučení psychiatra, dále po úvodních jednáních uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby (služba je bezplatná) a dodržování pravidel spolupráce. (Psyche, © 2020) Cílem sociální služby Duševní zdraví je začleňování pacientů do běžného života včetně pracovního uplatnění, zajištění sociálních kontaktů, rozvoj specifických schopností a dovedností prostřednictvím aktivizačních činností, destigmatizace osob se zkušeností s duševním onemocněním. (Duševní zdraví, © 2020)

Mezi základní zásady poskytování sociální služby patří individuální přístup, respekt k vlastní vůli klienta, podpora vlastní iniciativy klienta, podpora zodpovědnosti klienta za vlastní život, ohleduplný a vstřícný přístup, nestrannost, odbornost, profesionalita, mlčenlivost, podpora začleňování uživatelů do běžného života společnosti. (Duševní zdraví, © 2020)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 VÝZKUM

V praktické části rigorózní práce budeme mapovat působnost a následnou transformaci sociálních služeb v Olomouckém kraji, které se cíleně zaměřují na osoby s duševním onemocněním, především z okruhu diagnóz SMI (schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bipolární afektivní poruchy) a zda dokáží saturovat potřeby ve všech oblastech života u této úzce profilované klientely v přímé souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče. Jednotlivé potřeby u osob s duševním onemocněním mohou být různé na základě subjektivního vnímání jedince. Mezi ně můžeme zařadit potřebu práce, mít rodinu, dostatek finančních prostředků, vlastní bydlení, důstojnou roli ve společnosti apod. Vzhledem k širokému spektru potřeb, které ovlivňují kvalitu života, se budeme zajímat především o ty potřeby, které mají ve svém portfoliu sociální služby Olomouckého kraje a zda dokáží promptně reagovat na změny v oblasti poskytování služeb u osob s duševním onemocněním v souvislosti s reformou v psychiatrii. Spektrum pacientů s diagnózou z okruhů SMI je zvolena záměrně, protože právě na tyto osoby nejvíce dopadá společenské stigma. Následkem je sociální vyloučení, neuplatnění na trhu práce a v konečném důsledku bojují o holé přežití. Dominovým efektem přijdou o sociální kontakty, o sociální zázemí, o práci, o bydlení. Je to začarovaný kruh, protože díky výše uvedeným důvodům nedisponují finančními prostředky a jejich společenská a osobní krize se o to víc prohlubuje. Naším společným cílem v rámci transformace v psychiatrii je detekovat tyto osoby a zajistit jim odpovídající kvalitu života. Zajištěním základních potřeb v rámci zdravotnického či sociálního zařízení anebo zajistit podporu a pomoc v přirozených podmínkách těchto osob prostřednictvím sociálních služeb. I když je snaha redukovat pobytové služby (psychiatrické léčebny a nemocnice) pro tyto osoby, tak je důležité zajistit srovnatelně kvalitní pobytovou službu sociálního charakteru, která zajistí veškeré elementární potřeby osobám s duševním onemocněním.

### **Výzkumný problém**

Jaká je profilace sociálních služeb Olomouckého kraje v souvislosti s poptávkou zajištění potřeb u osob s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI?

#### 4.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zjistit fakt, jak je aktuálně saturovaný trh v oblasti poskytování sociálních služeb v Olomouckém kraji u osob s duševním onemocněním v souvislosti s právě probíhající reformou psychiatrické péče. K dosažení cíle šetření byly stanoveny dílčí cíle výzkumného šetření:

- zjistit, zda je přímá souvislost mezi poskytovanou sociální službou a kvalitou života u osob s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI.
- zjistit, zda osoby s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI vnímají nabídku sociálních služeb v Olomouckém kraji jako dostatečnou.
- zjistit, zda je dostatečně saturovaný trh v oblasti sociálních služeb Olomouckého kraje u osob s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI.
- zjistit, zda osoby s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI vyžadují pomoc sociálních služeb.
- zjistit, zda osoby s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI dlouhodobě využívají sociální služby v Olomouckém kraji i po propuštění.
- zjistit, zda osobám s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI vypomáhají a zajišťují sociální služby Olomouckého kraje práci, bydlení a smysluplné využívání volného času.
- zjistit, zda nově vzniklá CDZ v Olomouckém kraji dokáží zajistit odpovídající kvalitu života pro osoby s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI.
- zjistit, zda probíhající reforma psychiatrické péče zajistí zkvalitnění služeb v Olomouckém kraji.
- zjistit, zda osoby s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI vnímají (změny) reformu psychiatrické péče.
- zjistit, zda osoby s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI jsou zaměstnávány.
- zjistit, zda osoby s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI, co prošly resocializačním programem, nabyly sociálních dovedností.

### Výzkumné předpoklady

Osoby s duševním onemocněním a především osoby se závažnou psychiatrickou diagnózou (schizofrenie, schizoafektivní porucha a bipolární afektivní porucha) jsou nejvíce poznamenány společenským stigmatem a předsudky okolí. Můžeme pozorovat významné dopady na tyto osoby ve všech oblastech života v kontextu bio-psycho-sociálního modelu. Díky osobním zkušenostem a letité spolupráci se sociálními službami Olomouckého kraje jsme detekovali nejvíce postižené oblasti jejich života. V Olomouckém kraji se problematikou osob s duševním onemocněním věnuje celá řada sociálních služeb a můžeme říct, že i úspěšně, ale i přes maximální snahu se nadále vyskytuje úzká skupina lidí s psychiatrickou diagnózou (SMI), které se nedostává potřebné pozornosti. Zde jsou uvedeny výzkumné předpoklady, které jsou vyvozeny z teoretických východisek a především z praxe.

- předpokládám, že více než polovina respondentů uvádí, že jsou uspokojeny jejich potřeby prostřednictvím sociálních služeb Olomouckého kraje.
- předpokládám, že více než polovina respondentů, kteří využívají sociální služby, má pozitivní zkušenost se službami.
- předpokládám, že více než polovina respondentů bude využívat sociální služby.
- předpokládám, že více než polovina respondentů bude vnímat reformu (změny) v oblasti poskytování psychiatrické péče.
- předpokládám, že více jak polovina respondentů bude obeznámena s novým typem služby CDZ.
- předpokládám, že minimálně polovina osob s duševním onemocněním nemá momentálně zaměstnání.
- předpokládám, že více než polovina respondentů bude hodnotit kvalitu svého života jako „spokojen“.
- předpokládám, že více než polovina respondentů, co prošla resocializačním programem, nadále využívá sociální služby.



### Stanovené hypotézy

- osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům využívají sociální služby ve vyšší míře.
- osoby se základním vzděláním využívají ve vyšší míře sociálních služeb.
- osoby s vyšším vzděláním (SŠ a výše) vnímají ve vyšší míře změny v rámci reformy v psychiatrii.
- u osob se základním vzděláním je vyšší míra zastoupení diagnóz z okruhu SMI než u osob s vyšším vzděláním (SŠ a VŠ).
- osoby s duševním onemocněním, které využívají služeb CDZ (centra duševního zdraví), vnímají pozitivněji kvalitu svého života než osoby, které služeb CDZ nevyužívají.
- osoby, které využívají sociální služby, vnímají pozitivněji kvalitu svého života.

#### 4.1.1 Metody získávání dat

Nasbíraná výzkumná data jsme získali prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazník můžeme charakterizovat jako soustavu připravených a pečlivě formulovaných otázek, na které respondent písemně odpovídá. (Chráska, 2016, s. 163) Dle toho, jakým způsobem je strukturovaný dotazník, může respondent odpovědět na jednotlivé položky mnohými způsoby, kdy rozlišujeme otázky otevřené a uzavřené. V našem dotazníkovém šetření jsme použili položky otevřené (tzv. nestrukturované), u kterých si dotazovaná osoba odpověď sama vytváří. Otevřené otázky nechávají respondentovi prostor na vyjádření svých názorů a pocitů, které ale jsou časově náročnější na zpracování dat. V dotazníku jsme dále použili i položky uzavřené (strukturované), u kterých dotazovaná osoba určitým způsobem manipuluje s navrženými odpověďmi. V těchto zmiňovaných položkách se respondentům překládá určitý počet předem připravených odpovědí. Výhodou těchto položek je poměrně jednoduché vyhodnocení sesbíraných dat. V dotazníku se vyskytují položky dichotomické (možnost odpovědi ano – ne) a polytomické (možnost výběru z více odpovědí). U některých polytomických položek s výběrem odpovědí byla použita i tzv. polouzavřená položka, tj. položka, u které je možnost výběru z daných odpovědí a v případě, že si respondent nezvolí z daných možností, může zvolit nabídku „jiná odpověď“. Tímto se můžeme vyhnout tomu, že neuvedeme některou možnou odpověď. (Chráska, 2016, s. 166)

## 4.2 Charakteristika výzkumného vzorku a realizace výzkumného šetření

Výzkum proběhl v období přelomu roku 2019/2020 do léta 2020. Byly osloveny osoby s duševním onemocněním z různých diagnostických okruhů, především ze spektra psychiatrických diagnóz z okruhu SMI (schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bipolární afektivní poruchy). Dále bylo zastoupeno celé portfolium psychiatrických nemocí klasifikované v MKN-10 (mezinárodní klasifikace nemocí). Vzhledem k široké škále diagnóz proběhl samotný sběr dat různorodě. Pacientům s diagnózou z okruhu SMI a pacientům s demencí bylo nutné dopomoc s vyplněním dotazníků a vysvětlení některých pojmů v něm. Pomoc s vyplněním zajišťoval zdravotnický personál a sociální pracovníci. Zbylí respondenti zvládli vyplnění dotazníku samostatně. Sběr dat proběhl ve všech prostředích, kde se pacienti běžně vyskytují. Jednalo se o hospitalizované pacienty, ambulantní pacienty a pacienty/klienty, kteří byli dotazováni ve svém přirozeném sociálním prostředí a to prostřednictvím navazujících sociálních služeb, které jsou cílené na osoby s duševním onemocněním, především osoby s diagnózou z okruhu SMI (např. Mana, o.p.s., Charita Olomouc, Prostějov, Šternberk, Zábřeh, CDZ Přerov, Zahrada 2000). Celkově bylo osloveno 200 respondentů a návratnost dotazníků byla 100%. V úvodu dotazníku byly respondenti stručně seznámeni s účelem vyplnění dotazníku. U svéprávných pacientů bylo zcela na jejich dobrovolnosti, zda se zúčastní dotazníkového šetření a u pacientů s omezenou způsobilostí k právním úkonům byl podepsán souhlas s opatrovníkem. Ve většině případech převážná část opatrovníků neměla problém, aby se jejich klienti podíleli na výzkumném šetření, protože problematika, která je stěžejním bodem rigorózní práce, se jich přímo dotýká. Dotazník obsahoval 55 otázek, který byl strukturován od obecných informací (věk, pohlaví, vzdělání apod.) ke specifickým otázkám, které souvisely s naplňování potřeb pacientů/klientů, s kvalitou života, spokojenosti se sociálními službami nebo jejich využívání. Před dotazníkovým šetřením byl vypracován pilotní dotazník, který byl vyzkoušen na vybraném vzorku dotazovaných osob. Po jeho zpracování a vyhodnocení došlo k úpravě některých položek a poté byl následně dotazník distribuován. Plán zpracování dotazníků a analýza dat výzkumného šetření měla proběhnout v létě 2020, ale vzhledem k probíhající pandemii COVID-19 a s tím související různá omezení a zákazy, došlo ke zpracování dat až na podzim 2020. Tímto se i ztížil samotný sběr dat od dotazovaných osob. Předpokladem bylo oslovení co nejvíce osob se širokou škálou psychiatrických diagnóz. V konečném důsledku se vyselektovala vícečetná skupina pacientů, která spadala do okruhu

diagnóz SMI (schizofrenie, schizoafektivní poruchy a bipolární afektivní poruchy). Paradoxně v průběhu největších restrikcí došlo celkovému poklesu akutně vzniklých psychických potíží, a proto převážná část sesbíraných dat byla od pacientu aktuálně hospitalizovaných nebo byla data získaná ve spolupráci s opatrovníky, což ve většině případů vykonává veřejný opatrovník, tudíž obec nebo město. Touto nastalou situací se výzkumné šetření značně zkomplikovalo. Ale i přesto tyto vzniklé limity byla snaha, aby data získaná z výzkumu byla validní, reprezentativní, vypovídající a reflektující problematiku výzkumu.

### **Analýza dat výzkumného šetření**

Odpovědi respondentů na jednotlivé otázky dotazníku byly uloženy v programu MS Excel. Jednotlivé položky byly zpracovány pomocí tzv. třídění. Dle Chráska (2016, s. 177) tříděním zjišťujeme, kolik dotazovaných osob má společný jeden, dva nebo případně více znaků. Pakliže zjišťujeme, kolik má dotazovaných osob jeden společný znak, jedná se o třídění prvního stupně. Pokud zjišťujeme, kolik dotazovaných osob má shodné dva znaky, jedná se o třídění druhého stupně. Sesbíraná data vyhodnocena tříděním prvního stupně byla zpracována pomocí čárkovací metody a zaznamenána do tabulek četnosti. Pro popis odpovědí byly použity frekvenční tabulky s absolutními a relativními četnostmi vyjádřenými v procentech. Absolutní četnost, tj. výskyt jednotlivého jevu a relativní četnost jsou vyjádřeny v procentech. Relativní četnost je podíl četnosti absolutní a celkové četnosti. (Chráska, 2016, s. 40-41) Dále jsou data zpracována graficky pomocí grafů. K ověření platnosti definovaných hypotéz (H1 až H6) byl použit chí-kvadrát test na kontingenčních tabulkách. Nejprve je nutné si formulovat věcnou hypotézu – předpoklad o vztahu mezi zkoumanými jevy (tzv. proměnnými). Samotnou věcnou hypotézu nelze ověřovat pomocí statistických metod, proto se převádí na tzv. statistickou hypotézu. Statistická hypotéza vyjadřuje vztah mezi jevy prostřednictvím statistických termínů. Statistickou hypotézu neověřujeme samu o sobě, ale vždy proti jiném tvrzení – nejčastěji tzv. nulové hypotéze. Nulovou hypotézu můžeme popsat jako domněnku, která tvrdí, že mezi zkoumanými proměnnými není vztah. (Chráska, 2016, s. 69) Test nezávislosti pro chí-kvadrát je statistický test významnosti, kterým rozhodujeme, zda existuje souvislost (závislost, vztah) mezi proměnnými. Získaná data z dotazníkového šetření se zaznamenávají do tzv. kontingenční tabulky. Do ní se uvádí četnosti odpovědí respondentů na jednu otázku a zároveň jak tito respondenti určitým způsobem odpověděli na druhou otázku. Dále

se vpravo od tabulky a pod tabulku zapisují tzv. marginální (okrajové) četnosti, tj. součty četností v řádcích a sloupcích. (Chráška, 2016, s. 77) Nezbytné pro testování je nutné, abychom vypočítali pro každé pole v kontingenční tabulce tzv. očekávanou četnost. Očekávaná četnost je četnost „teoretická“, která by odpovídala nulové hypotéze. Očekávanou četnost pro příslušné pole kontingenční tabulky vypočítáme tak, že vynásobíme odpovídající marginální četnosti příslušného pole v tabulce a tento součin vydělíme celkovou četností. Očekávaná četnosti se značí písmenem O a zapisuje do závorky za pozorovanou četnost, označenou písmenem P. Testové kritérium  $\chi^2$  se vypočítá jako

součet všech vypočítaných hodnot  $\frac{(P-O)^2}{O}$  pro každé pole kontingenční tabulky, a to podle

vzorce  $\chi^2 = \frac{(P-O)^2}{O}$ . Vypočítané testové kritérium  $\chi^2$  se srovnává s kritickou hodnotou

testového kritéria  $\chi^2$  pro určitý počet stupňů volnosti a zvolenou hladinu významnosti, které najdeme ve statistických tabulkách. (Chráška, 2016, s. 77-78) Hladina významnosti je pravděpodobnost, že nesprávně odmítneme nulovou hypotézu. Nejčastěji se používá hladina významnosti 0,05 (5%) nebo 0,01 (1%). Počet stupňů volnosti je počet řádků tabulky, který je teoreticky možno určit libovolnou hodnotu a přitom dodržet stanovený sloupcový počet. Vzorec pro výpočet stupňů volnosti je  $f = (r - 1) \times (s - 1)$ . Pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria  $\chi^2$  menší než kritická hodnota  $\chi^2$ , přijímáme (nelze odmítnout) nulovou hypotézu. Naopak pokud je vypočítaná hodnota testového kritéria  $\chi^2$  stejná nebo vyšší než kritická hodnota testového kritéria  $\chi^2$ , přijímáme alternativní hypotézu. (Chráška, 2016, s. 72-73) Hypotézy H7 až H9 byly ověřovány na základě konstrukce 95% intervalu spolehlivosti pro dané procento osob. Statistické testy byly dělány na hladině signifikance 0,05. K výpočtu přesné hladiny signifikance byl použit statistický software MedCalc, verze 18.10.2. (Medcalc Software ltd. Ostend, Belgium)

### **Základní popisné charakteristiky souboru respondentů**

Soubor respondentů tvořilo celkem 200 osob, z toho 116 mužů (58 %) a 84 žen (42 %).

#### *Věk, vzdělání*

Největší zastoupení podle věku bylo v kategorii 41-50 let (34,5 % respondentů) a v kategorii 31-40 let (31,5 % respondentů). Ve věku 15-30 let bylo 11,5 % respondentů a ve věku 51 let a více bylo 22,5 % respondentů. Věk je významný z toho důvodu, že propuknutí duševního onemocnění nastává nejčastěji kolem dvacátého roku života, kdy je člověk na vrcholu sil a pomalu přechází do pozice pracujícího člověka, který přináší hodnoty společnosti. Dle dat můžeme vidět, že je tato skupina osob nejméně početná, ale následky propuknutí duševního onemocnění z okruhu diagnóz SMI jsou v této věkové kategorii velmi závažné. Propuknutí onemocnění v tomto věku často znamená nedokončené vzdělání, problém v osamostatňování a přetrvávající závislost na rodičích či neschopnost zapojit se do pracovního procesu. V porovnání s ostatními položkami věkového zastoupení můžeme vyvodit, že i přes nejmenší procentuální výčet jsou nejpostiženější skupinou v kontextu kvality života. Na druhou stranu v této věkové kategorii jsou ještě významným zdrojem podpory a ochrany rodiče, což může vysvětlovat menší podíl respondentů v nejmladší věkové kategorii ve využívání sociálních služeb.

Základní vzdělání mělo 31 % respondentů, středoškolské vzdělání bez maturity mělo 22,5 % respondentů. 30,5 % respondentů mělo středoškolské vzdělání s maturitou a 16 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání. Vyšší vzdělání pozitivně ovlivňuje spolupráci pacienta na svém zotavení, adaptaci na nemoc a schopnost získávat potřebné informace o dostupných službách. Čím je vzdělání osob nižší, tím se zvyšuje potřeba systematické edukace, která musí být srozumitelná a musí odpovídat aktuálnímu stavu a schopnostem nemocných. Edukace je významná nejen pro pacienty, ale i pro rodinné příslušníky, lékaře ostatních specializací, pedagogy apod. Významným krokem prevence jsou osvětové programy cílené na informování široké veřejnosti.

#### *Omezení svéprávnosti*

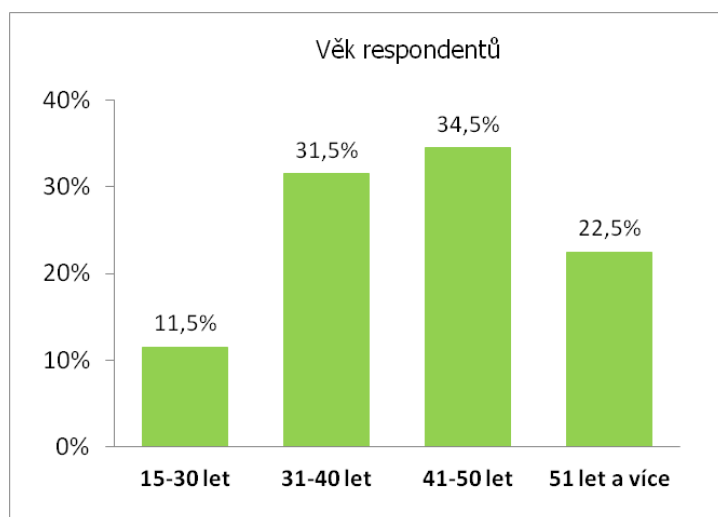
Celkem 79 respondentů (39,5 %) mělo omezenou svéprávnost. Omezení svéprávnosti osob s duševním onemocněním znamená, že při poskytování zdravotní péče a sociálních služeb je nutné spolupracovat také s opatrovníkem, který z rozhodnutí soudu spravuje osobní záležitosti nemocného. Úspěch a výsledky takové spolupráce závisí na míře angažovanosti a ochoty opatrovníka. Soud většinou při jmenování opatrovníka vychází vstřícně přání

opatrovance. Je-li to možné, tak se opatrovníkem stává osoba blízká nebo jiná blízká osoba. V převážné většině případů je však určen veřejný opatrovník, zejména obec či magistrát. Jedním z důvodů je skutečnost, že péče o osoby s duševním onemocněním je velice náročná a rodiny tuto zátěž dlouhodobě neunesou.

Tabulka č. 1

		počet	procento
1. Pohlaví	Muž	116	58,0 %
	Žena	84	42,0 %
2. Věk	15 - 30 let	23	11,5 %
	31 - 40 let	63	31,5 %
	41 - 50 let	69	34,5 %
	51 let a více	45	22,5 %
3. Omezení svéprávnosti	Ano	79	39,5 %
	Ne	121	60,5 %
4. Vzdělání	Základní	62	31,0 %
	Středoškolské bez maturity	45	22,5 %
	Středoškolské s maturitou	61	30,5 %
	Vysokoškolské	32	16,0 %

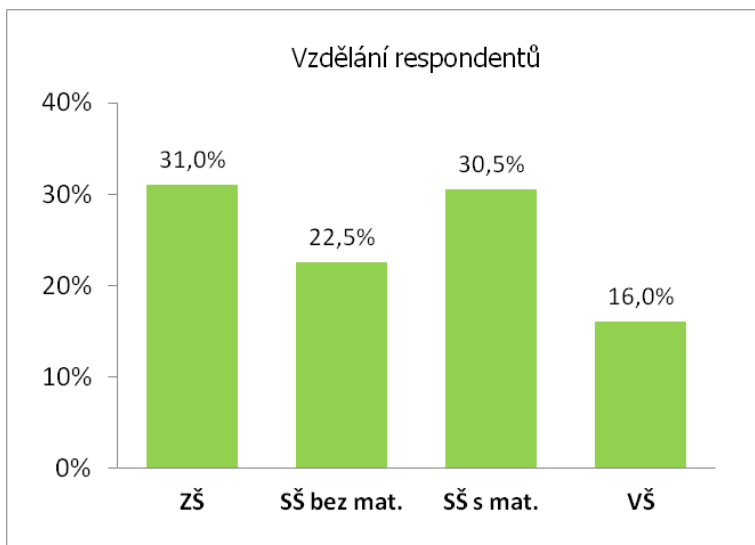
Graf č. 1



Graf č. 2



Graf č. 3



### Práce

Celkem 80 respondentů (40 %) uvádí, že je momentálně zaměstnaných. Z toho pracuje na hlavní pracovní poměr 65 respondentů (81,3 %). Spokojenost se svým pracovním poměrem, resp. vykonávanou pracovní činností vyjádřilo 66 respondentů (82,5 %). Podle 83,8 % respondentů odpovídá práce jejich vzdělání. Tato položka v dotazníku nebyla více konkretizovaná, protože nehrálo roli, zda jsou tyto osoby zaměstnány na HPP, DPČ nebo DDP. Snahou bylo zjistit, zda jsou osoby s duševním onemocněním schopny najít pracovní

uplatnění a pokud ano, do jaké míry jsou se svým zaměstnáním spokojeni. Schopnost udržet si zaměstnání navzdory psychiatrickému onemocnění má pozitivní dopad na míru soběstačnosti a sociální začlenění, ekonomickou situaci nemocného a v neposlední řadě pozitivně ovlivňuje pocit spokojenosti nemocného.

Tabulka č. 2

		počet	procento
6. Jste momentálně zaměstnaný?	Ano	80	40,0 %
	Ne	120	60,0 %

Tabulka č. 3

Odpovědi momentálně zaměstnaných		počet	procento
5. Práce odpovídající vzdělání	Ano	67	83,8 %
	Ne	13	16,3 %
7. Jste spokojený s pracovním poměrem/ Vámi vykonávanou pracovní činností?	Ano	66	82,5 %
	Ne	13	16,3 %
	bez odpovědi	1	1,3 %
8. Pracujete na hlavní pracovní poměr?	Ano	65	81,3 %
	Ne	14	17,5 %
	bez odpovědi	1	1,3 %



Přehled jednotlivých profesí uvádí následující tabulka

Tabulka č. 4

	počet	procento
úřední práce	6	7,5 %
účetní	1	1,3 %
pedagog	12	15,0 %
právník	1	1,3 %
lékař	4	5,0 %
zdravotní sestra	1	1,3 %
psycholog	1	1,3 %
gastronomie/ kuchař/ pekař/ číšník/ cukrář	7	8,8 %
sociální pracovník	2	2,5 %
profesionální řidič	2	2,5 %
řemeslník	6	7,5 %
OSVČ	6	7,5 %
pokladní	2	2,5 %
kód 17	1	1,3 %
neuveдено	28	35,0 %
<b>Celkem momentálně zaměstnaných</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Na otázku, zda respondenti pracují na hlavní pracovní poměr, zda jsou spokojeni s vykonávanou prací a zda jejich práce odpovídá jejich vzdělání, odpovídali také respondenti, kteří uvedli, že nejsou momentálně zaměstnaní. Jejich odpovědi uvádí následující tabulky.

Tabulka č. 5

Odpovědi všech respondentů		počet	procento
5. Práce odpovídající vzdělání	Ano	108	54,0 %
	Ne	92	46,0 %
7. Jste spokojený s pracovním poměrem/ Vámi vykonávanou pracovní činností?	Ano	82	41,0 %
	Ne	115	57,5 %
	bez odpovědi	3	1,5 %
8. Pracujete na hlavní pracovní poměr?	Ano	73	36,5 %
	Ne	124	62,0 %
	bez odpovědi	3	1,5 %

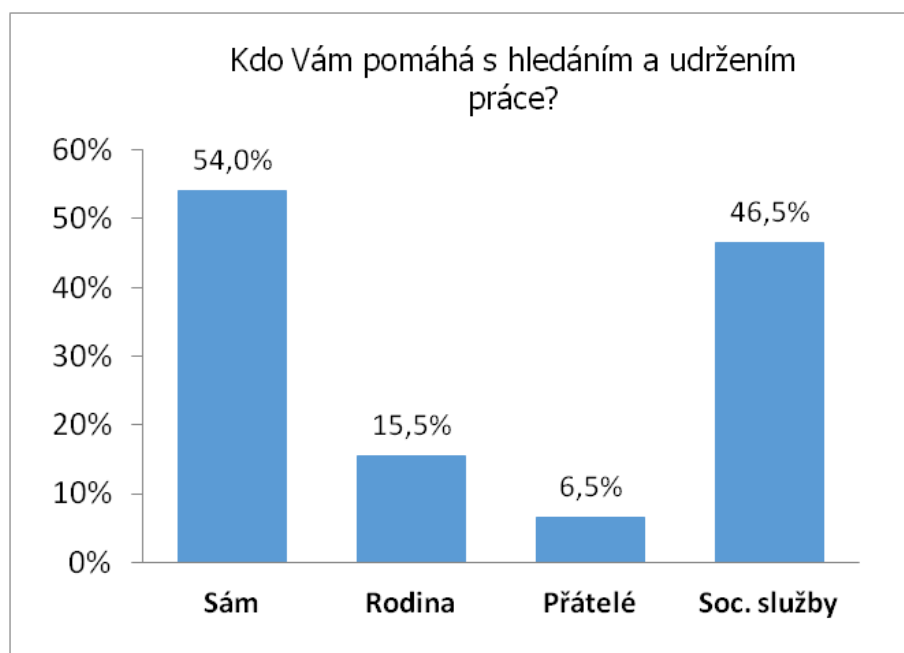
*Kdo pomáhá s hledáním a udržením práce*

Hledání a udržení práce závisí na samotných respondentech (54,0 %) a stejným dílem také na pomoci sociálních služeb (46,5 %). Rodina pomáhá s hledáním a udržením práce v 15,0 % případů a přátelé v 6,5 % případů. Součet procent v následující tabulce nedává 100 % z důvodu kombinace jednotlivých odpovědí. Ve výčtu můžeme pozorovat, že výpomoc sociálních služeb využívá 46,5 %, což svědčí o vysoké míře angažovanosti v této oblasti. Pracovníci sociálních služeb mají větší zkušenosti s vyhledáváním možných zaměstnavatelů a se zprostředkováním práce pro osoby s duševním onemocněním. Dokážou lépe odhadnout pracovní schopnosti a limity osob s duševním onemocněním a jejich snahou je vyjednat pro klienta takové pracovní podmínky, které respektují jeho onemocnění. Zapojení do pracovního procesu je dalším významným zdrojem sociální interakce, která je nezbytná pro celkovou pohodu a duševní zdraví, a to nejen nemocných osob, ale i „zdravé“ populace

Tabulka č. 6

		počet	procento
9. Kdo Vám pomáhá s hledáním a udržením práce?	Sám	108	54,0 %
	Rodina	31	15,5 %
	Přátelé	13	6,5 %
	Soc. služby	93	46,5 %

Graf č. 4



*Zapojení sociálních služeb v hledání a udržení práce*

Více než polovina respondentů, kteří odpověděli, že jim v hledání a udržení práce pomáhají sociální služby, uvedla, že je sociální služby kontaktovaly (63,4 %). Zapojení třetí strany (psychiatra, praktika, CDZ) uvedla třetina respondentů (33,3 %). Sociální služby museli sami vyhledat pouze tři respondenti (3,2 %). Z uvedených dat je jasné, že aktivita sociálních služeb je významná a spolupráce se zdravotnickými zařízeními umožňuje kontaktovat potencionální klienty dříve, než je hospitalizace ukončena, což zvyšuje komfort pacientů, odbourává zbytečný stres po propuštění a napomáhá k plynulému přechodu a lepší adaptaci na podmínky v přirozeném prostředí pacienta/klienta. Tento, v očích laika zanedbatelný fakt, významně přispívá k menšímu počtu rehospitalizací v budoucnu a snižuje sociální dopady na osoby s duševním onemocněním.

Tabulka č. 7

		počet	procento
10. Pokud sociální služby, jakým způsobem vypomáhaly?	Kontaktovaly Vás	59	63,4 %
	Vy jste musel vyhledat jejich služby	3	3,2 %
	Třetí strana (psychiatr, praktik, CDZ)	31	33,3 %

Kontakt se sociálními službami proběhl u většiny respondentů během hospitalizace (94,9 %).

Tabulka č. 8

		počet	procento
11. Kde proběhl kontakt se sociálními službami?	Během hospitalizace	56	94,9 %
	Po propuštění (CDZ, stacionáře, ambulance)	2	3,4 %
	Jiné	1	1,7 %

*Využívání sociálních služeb*

Sociální služby využívá 49 % respondentů. Téměř tři čtvrtiny respondentů (73,5 %), kteří sociální služby využívají, odpověděli, že služby saturují jejich potřeby. Z celého souboru respondentů, včetně těch, kteří sociální služby nevyužívají, odpovědělo 50 % respondentů, že služby nesaturují jejich potřeby. Data korespondující tuto otázku vyznívají příznivě ve prospěch sociálních služeb, ale bohužel neodpovídají praxi. Oblast, která zůstává nadále nedostatečně řešena, je problematika bydlení. Chybí kapacita vhodného bydlení, které by

osobám s duševním onemocněním umožnilo žít samostatně, ale v důstojném a chráněném prostředí. Což můžeme vyčíst z vyzkoumaných dat dále.

Tabulka č. 9

		počet	procento
12. Využíváte soc. služby?	Ano	98	49,0 %
	Ne	102	51,0 %

Tabulka č. 10

Respondenti, kteří využívají sociální služby		počet	procento
15. Saturují soc. služby Vaše potřeby?	Ano	72	73,5 %
	Ne	26	26,5 %

Tabulka č. 11

13. Jaké sociální služby využíváte?	počet	procento
Denní stacionář	10	11,2 %
Pomoc s domácností/ jídlo	38	42,7 %
Opatrovník/ peníze/ důchod/ příspěvky	30	33,7 %
Poradenství/ Pomoc s oddlužením	8	9,0 %
Resocializační program / soc. rehabilitace/ nácvik soběstačnosti	14	15,7 %
Terénní služby/ doprovod na úřady/ CDZ	12	13,5 %
Bydlení ve fázi žádostí	23	25,8 %
Péče o děti/ krizová intervence	6	6,7 %
Hledání práce	16	18,0 %
Volný čas	10	11,2 %
Pomocné skupiny	3	3,4 %

Nejčastějším důvodem nevyužívání sociálních služeb je, že respondenti jsou soběstační, mají rodinu nebo sociální služby nepotřebují (66,7 % respondentů).

Tabulka č. 12

		počet	procento
14. Pokud nevyužíváte sociální služby, proč?	Nepotřebuji/ soběstačný/ mám rodinu	68	66,7 %
	Nevím/ neinformovanost/ dostupnost	6	5,9 %
	Hospitalizace	11	10,8 %
	Chystám se	14	13,7 %
	Neuvedeno	3	2,9 %

*Pozitivní a negativní zkušenost se sociálními službami*

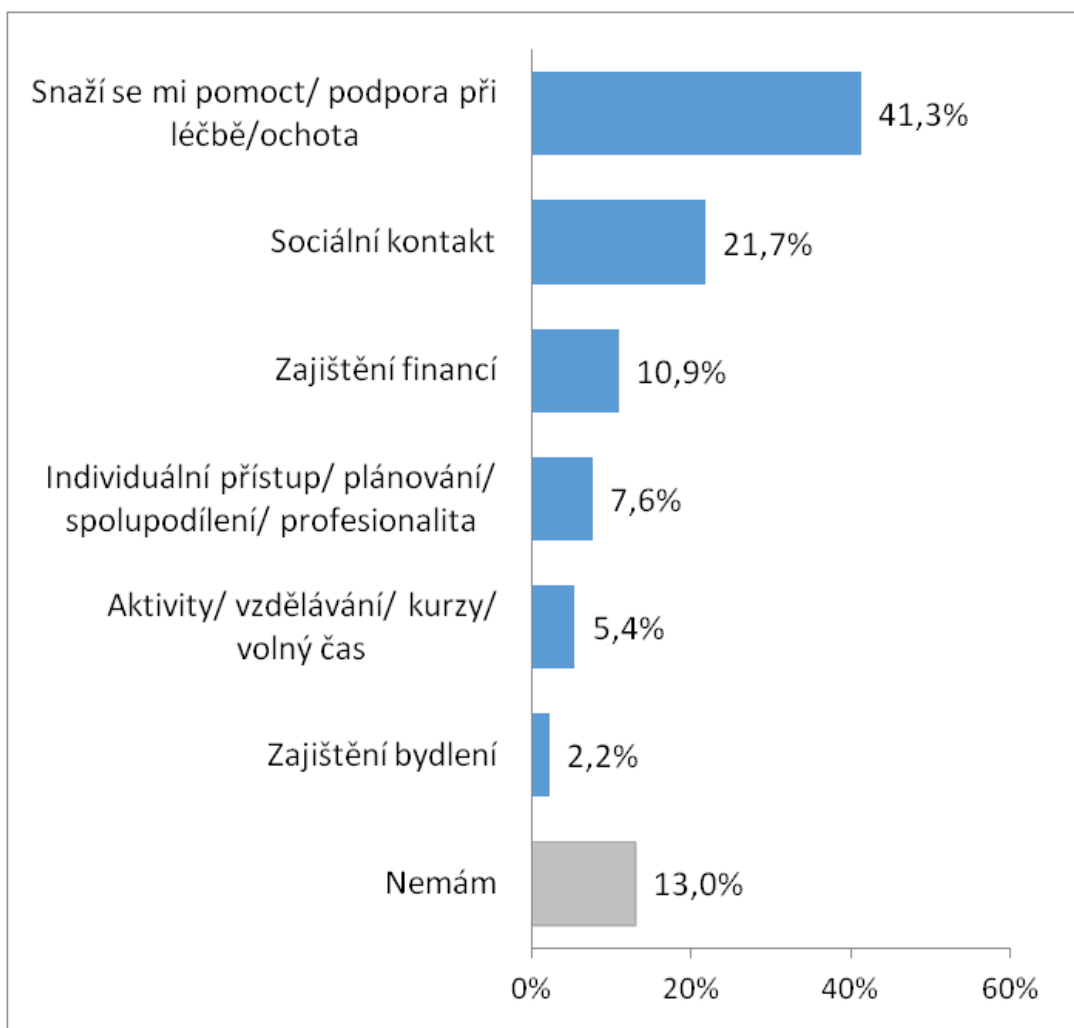
Nejvíce respondentů uvedlo jako pozitivní zkušenost se sociálními službami „snahu o pomoc, podporu při léčbě a ochotu“ (41 % respondentů). Více než pětina respondentů (21,7 %) uvedla jako pozitivní zkušenost „sociální kontakt“. 11 % respondentů uvedlo „zajištění financí“, necelých osm procent respondentů „individuální přístup/ plánování/ spolupodílení/ profesionalitu“. „Aktivity / vzdělávání / kurzy a volný čas“ zmínilo 4,5 % respondentů a „zajištění bydlení“ 2,2 % respondentů. Celkem 13 % respondentů uvedlo, že nemá pozitivní zkušenost se sociálními službami.

Nejvíce respondentů (18,3 %) uvedlo jako negativní zkušenost se sociálními službami „nedostatek financí“. „Neochotu / nezáměr / pasivitu“ uvedlo 16,7 % respondentů, „nedostatek bydlení“ 10,0 % respondentů. „Úzkou profilaci / nekompetentnost“ jako negativní zkušenost se sociálními službami uvedlo 5,0 % respondentů. Více než polovina respondentů (53,3 %) uvedla, že nemá se sociálními službami negativní zkušenost.

Tabulka č. 13

16. Pozitivní zkušenost se sociálními službami	počet	procento
Snaží se mi pomoci/ podpora při léčbě/ ochota	38	41,3 %
Sociální kontakt	20	21,7 %
Zajištění financí	10	10,9 %
Individuální přístup/ plánování/ spolupodílení/ profesionalita	7	7,6 %
Aktivity/ vzdělávání/ kurzy/ volný čas	5	5,4 %
Zajištění bydlení	2	2,2 %
Nemám	12	13,0 %

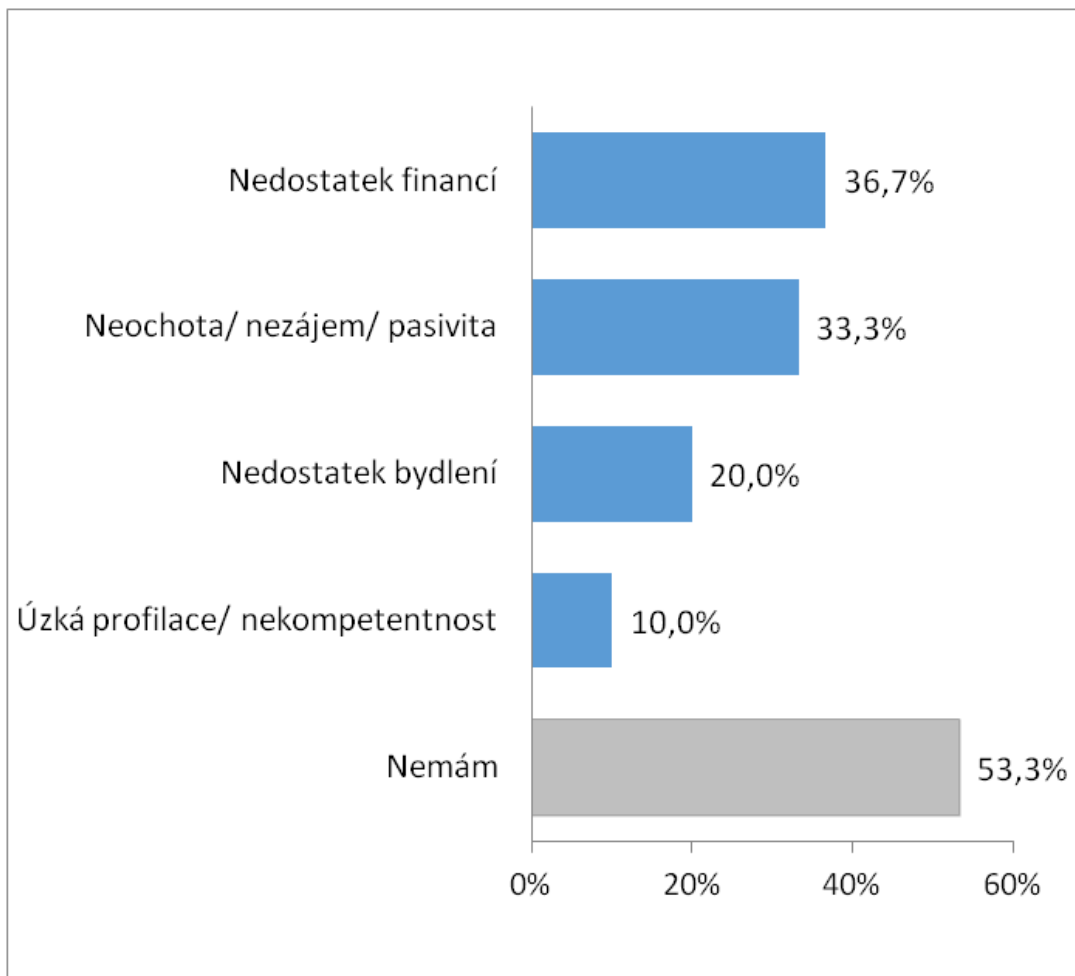
Graf č. 5



Tabulka č. 14

17. Negativní zkušenost se soc. službami	počet	procento
Nedostatek financí	11	18,3 %
Neochota/ nezájem/ pasivita	10	16,7 %
Nedostatek bydlení	6	10,0 %
Úzká profilace/ nekompetentnost	3	5,0 %
Nemám	32	53,3 %

Graf č. 6



Pozitivní a negativní zkušenost se sociálními službami – jen respondenti, kteří sociální služby využívají.

Tabulka č. 15

16. Pozitivní zkušenost se soc. službami	počet	procento
Sociální kontakt	18	18,4 %
Snaží se mi pomoci/ podpora při léčbě/ ochota	36	36,7 %
Aktivity/ vzdělávání/ kurzy/ volný čas	3	3,1 %
Zajištění bydlení	2	2,0 %
Nemám	4	4,1 %
Individuální přístup/ plánování/ spolupodílení/ profesionalita	3	3,1 %
Zajištění financí	5	5,1 %
neuveдено	27	27,6 %

Tabulka č. 16

17. Negativní zkušenost se soc. službami	počet	procento
Nedostatek financí	10	10,2 %
Nedostatek bydlení	3	3,1 %
Nemám	23	23,5 %
Neochota/ nezájem/ pasivita	8	8,2 %
Úzká profilace/ nekompetentnost	1	1,0 %
neuveдено	55	56,1 %

*Potřeby respondentů*

Zde můžeme vidět achillovu patu reformy v psychiatrii. Přes veškerou angažovanost a entuziasmus všech pracovníků zainteresovaných do transformace péče v psychiatrii, narážíme na limity toho, co nám systém umožňuje. Hlavním problémem drtivé většiny psychiatrických pacientů z okruhu diagnóz SMI je bydlení. 41,7 % respondentů uvádí na prvním místě potřebu samostatného bydlení, což nám reforma není schopna zajistit. Využívá se stávajících kapacit zdravotnických zařízení a nová bohužel nevznikají. V rámci pracovní skupiny (zaměstnanci zdravotnického zařízení a sociální pracovníci) maximálně využívají příležitosti k tomu, aby bylo zajištěno adekvátní bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Kapacity vhodného bydlení jsou však zcela nedostatečné, což v důsledku zvyšuje tzv. sociální hospitalizace, které z důvodu neexistence jiného řešení přetrvávají. Cílenou systematickou aktivitou zaměřenou na širší rodinu pacienta dosahujeme postupnými kroky alespoň částečného řešení této problematiky a ve spolupráci se sociálními službami jsou realizované pokusy začlenit osoby s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí.

Tabulka č. 17

18. Definování vašich potřeb	počet	procento
Samostatné bydlení	80	41,7 %
Práce	33	17,2 %
Jídlo/ soběstačnost/ nákupy	26	13,5 %
Rodina/ děti	23	12,0 %
Peníze	21	10,9 %
Zdraví	17	8,9 %
Psychoterapie/ arteterapie/ vzdělání	7	3,6 %
Přátelé	2	1,0 %
Volný čas/ sport/ sociální kontakt	2	1,0 %



*Získávání finančních prostředků*

46,5 % dotazovaných respondentů uvedlo, že jejich zdrojem finančních prostředků je invalidní důchod. Je to ukazatel toho, že psychiatričtí pacienti jsou ve většině případů invalidizováni a převážná část se v důsledku svého onemocnění není schopna zapojit do pracovního procesu a zajistit si tak základní životní potřeby. Proto je důležité v rámci reformy myslet i na to, jakým způsobem jakým způsobem podporovat zaměstnanost těchto osob, aby byly schopni žít samostatným životem. Trend posledních let je takový, že narůstá křivka psychiatrických diagnóz a výhledově bude finančně náročné saturovat potřeby těchto osob jen ze státního rozpočtu prostřednictvím výplat invalidního důchodu, zvláště když si uvědomíme, že psychiatrická onemocnění jsou většinou celoživotní problém.

Tabulka č. 18

19. Jakým způsobem získáváte finanční prostředky?	počet	procento
Mzda	66	33,0 %
Podpora v nezaměstnanosti	12	6,0 %
Důchod (invalidní, starobní)	93	46,5 %
Sociální dávky	39	19,5 %
E - Jinak	14	7,0 %

Tabulka č. 19

E - Jinak	počet	procento
Krádeže	5	35,7 %
Rodiče/ rodina	4	28,6 %
Brigády	5	35,7 %

*Sociální zázemí*

Z následujících dat můžeme vypočítat, že 34,5 % respondentů uvedlo, že bydlí s rodinou, 21 % uvedlo, že bydlí samo a docela velká část respondentů uvedla, že nemají kde bydlet nebo jsou odkázáni na ubytovny nebo azylové domy. Drtivá většina respondentů, která uvedla, že bydlí „jinak“, jsou aktuálně hospitalizováni a jedná se o tzv. sociální hospitalizace. Jsou to osoby, které nemají vlastní sociální zázemí a jsou neumístitelní do jiných typů zařízení z důvodu naplněných kapacit nebo nesplňují kritéria k pobytu. I u těchto osob můžeme sledovat velkou angažovanost rodiny, ale „jen“ ve smyslu finanční podpory či

morální pomoci. Společné bydlení je pro mnoho rodin neúnosnou zátěží. Typickým příkladem je například postupná ztráta schopnosti stárnoucích rodičů poskytovat nadále bydlení a finanční podporu svému dospělému dítěti s psychiatrickým onemocněním. Ze získaných dat můžeme dále vyzorovat, že s vypomáháním se zajištěním bydlení se rovnoměrně podílí sám pacient 45,5 %, rodina 38,5 %, sociální služby 33,5 % a opatrovník 24 %, který může být veřejný či osoba blízká, což je ta lepší varianta pro samotného pacienta.

Tabulka č. 20

		počet	procento
21. Kde v současné době bydlíte?	Sám/a (ve vlastním bytě či domě)	42	21,0 %
	S rodinou	69	34,5 %
	Na ubytovně, v azylovém domě	31	15,5 %
	Bez domova	23	11,5 %
	Jinak	35	17,5 %

Tabulka č. 21

E - Jinak	počet	procento
Hospitalizace	30	73,2 %
Přátelé/rodina	7	17,1 %
Podporované bydlení	4	9,8 %

Tabulka č. 22

		počet	procento
22. Je vaše rodina součinná při pomoci?	Ano	113	56,5 %
	Ne	87	43,5 %

Tabulka č. 23

		počet	procento
23. Pokud ano, jakým způsobem?	Finanční/ materiální/ morální pomoc	104	92,9 %
	Návštěvy	4	3,6 %
	Opatrovník	4	3,6 %

Tabulka č. 24

		počet	procento
24. Pokud ne, uveďte proč?	Nikoho nemám	42	50,0 %
	Nemají zájem	27	32,1 %
	Nechci	12	14,3 %
	Nevím	3	3,6 %

Tabulka č. 25

25. Kdo vypomáhá se zajištěním bydlení?	počet	procento
Sám	91	45,5 %
Rodina	77	38,5 %
Opatrovník	48	24,0 %
Sociální služby	67	33,5 %
Jiné	7	3,5 %

Tabulka č. 25

25. Jiné	počet	procento
Přátelé	6	85,7%
Nikdo	1	14,3%

### *Resocializační program*

Rehabilitace cílí na postižení (disability – u psychicky nemocných např. na deficit sociálních dovedností). Navíc rehabilitační intervence zaměřené na změnu systému, ve kterém postižení fungují, pomáhají překonávat sociální aspekty handicapů vážně duševně nemocných. Cílený resocializační program dokáže osvojit a navrátit sociální dovednosti osobám s duševním onemocněním a v konečném důsledku zmírnit sociální dopady na tuto skupinu. Předcházet relapsům onemocnění a snížit počet opakovaných hospitalizací. Jednotlivé činnosti uvedené ve výčtu reflektují důležitost pro konkrétního jedince. I přes evidentní prospěšnost těchto programů a jejich pozitivní dopad na kvalitu života pacientů je sociální rehabilitace stále využívaná nedostatečně především z důvodu omezených kapacit. Největší zastoupení má sociální rehabilitace/nácvik soběstačnosti 45,1 %, práce s výpočetní technikou 43,9 %, jednání s úřady 35,4 %, nabídka sociálních služeb 23,2 % atd. 52, 5% dotazovaných uvedla, že jsou po absolvování resocializačního programu sociálně zdatnější. To je důvod, aby tyto programy byly nadále rozvíjeny a zaváděny do praxe ideálně již

v během hospitalizace. Sociální rehabilitace by měla být individualizovaná a měla by být schopna adekvátně reagovat na potřeby klientů.

Tabulka č. 26

		počet	procento
27. Prošel jste resocializačním programem?	Ano	76	38,0%
	Ne	124	62,0%

Tabulka č. 27

29. Jaké konkrétní služby vám byly nabídnuty v rámci resocializačního programu?	počet	procento
Soc. rehabilitace/ nácvik soběstačnosti	37	45,1 %
Práce s PC	36	43,9 %
Jednání s úřady	29	35,4 %
Nabídka soc. služeb	19	23,2 %
Obsluha domácích spotřebičů/ práce v domácnosti	14	17,1 %
Poradenství dluhové, právní, sociální	9	11,0 %
Sociální kontakt	6	7,3 %
Cvičení/ sportovní aktivity	5	6,1 %
Finanční gramotnost	4	4,9 %
Nabídka práce	4	4,9 %
Hippoterapie/ canisterapie/ dílny	3	3,7 %

Tabulka č. 28

		počet	procento
30. Domníváte se, že jsou tyto služby dostačující?	Ano	116	58,0 %
	Ne	4	2,0 %
	Nevím	80	40,0 %

Tabulka č. 29

		počet	procento
31. Cítíte se sociálně zdatnější po absolvování resocializačního programu?	Ano	105	52,5 %
	Ne	78	39,0 %
	bez odpovědi	17	8,5 %

*Jednotlivé změny v rámci reformy*

Přes zmiňované výhody, které přináší reforma, 63 % respondentů uvedlo, že o probíhajících změnách nemají dostatek informací. Je to selhání osob, které jsou odpovědné za realizaci změn v oblasti poskytování péče v psychiatrii a apel na to, aby se pozornost zaměřila na poradenství a lepší informovanost o probíhajících změnách a možnostech systému poskytované péče. Pokud nebude informován dostatečně pacient, reforma nemůže být úspěšná. Zároveň je třeba zdůraznit, že neméně důležitá je informovanost poskytovatelů sociálních služeb o skutečných potřebách osob s psychiatrickým onemocněním. 22,5 % respondentů uvedlo, že vnímá určité změny v oblasti reformy. Nejvíce respondenti vnímají změnu v přístupu 58,3 %, širší nabídku služeb 48,1 %, komplexnost služeb 41,7 % apod. Naopak nejvíce respondentů je nespokojeno s malou dostupností služeb 25,6 %, legislativní neukotveností 20,5 % nebo málo organizovaných činností 12,8 %.

Tabulka č. 30

		počet	procento
32. Vnímáte jednotlivé kroky/ změny v rámci reformy?	Ano	45	22,5 %
	Ne	29	14,5 %
	Nevím	126	63,0 %

Tabulka č. 31

33. Pokud ano, jaké pozitivní změny vnímáte?	počet	procento
Více služeb	13	48,1 %
Zlepšena životní úroveň	3	11,1 %
Nové ambulance / CDZ	3	11,1 %
Destigmatizace	4	14,8 %
Méně hospitalizací	4	14,8 %
Individuální přístup / spolupodílení / plánování	7	58,3 %
Komplexnost	5	41,7 %
Regulace omezovacích prostředků	2	11,8 %
Erudovanost/ kvalita péče / profesionalita	11	64,7 %
Práce s rodinou	4	23,5 %

Tabulka č. 32

		počet	procento
34. Pokud ne, jaké negativní změny vnímáte?	Malá kapacita služeb	2	5,1 %
	Nedostupnost	10	25,6 %
	Dlouhé objednávací lhůty	2	5,1 %
	Legislativní ukotvenost/ proplácení výkonů/ nesystémovost/ nekompetentnost	8	20,5 %
	Málo organizovaných činností	5	12,8 %
	Nevnímám	12	30,8 %

*Centrum duševního zdraví*

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým typem služby v systému péče o osoby s duševním onemocněním poskytující zdravotně – sociální služby. Je to jeden z dílčích kroků deinstitucionalizace, přeměrování péče do komunitní oblasti. I přes očividný význam je tato služba u nás málo využívaná především z důvodu neinformovanosti a zatím nedostatečné sítě těchto služeb. Vzhledem k tomu, že se jedná o novou službu, která se teprve etabluje v systému zdravotně - sociálních služeb se CDZ zatím se potýkají s nedostatečným finančním a personálním zajištěním. 77,5 % dotazovaných nevyužívá služeb CDZ. Zbývají uvádí výhody služeb CDZ, 22 % nabídka služeb, 22 % předcházení hospitalizací, 22 % multidisciplinární přístup. Naopak mezi nevýhody zmiňují např. legislativní problematiku 31,8 %, 18,2 % respondentů uvádí, že služby CDZ pro ně nejsou dostupné, protože nejsou v místě jejich bydliště. Respondenti by doplnili do portfolia služeb CDZ smysluplné využití volného času 48,5 %, širší nabídku služeb 18,2 % nebo problematiku bydlení 12,1 %.

Tabulka č. 33

		počet	procento
35 Navštívujete CDZ, denní stacionáře...?	Ano	45	22,5 %
	Ne	155	77,5 %
35. upřesnění	CDZ	9	36,0 %
	Denní stacionář	3	12,0 %
	Mana	7	28,0 %
	Sv. Vincenc	4	16,0 %
	Anonymní skupiny	2	8,0 %

Tabulka č. 34

		počet	procento
36. Jaké máte zkušenosti s CDZ?	Nemám	147	76,6 %
	Dobré	19	9,9 %
	Špatné	11	5,7 %
	Co to je?	13	6,8 %
	Nevyužil možnosti	2	1,0 %

Tabulka č. 35

37. Výhody CDZ	počet	procento
Vše na jednom místě/ propojenost služeb/ multidisciplinární přístup	13	22,0 %
Nabídka služeb/ spektrum/ komplexnost	13	22,0 %
Nemusím být hospitalizován/snížení hospitalizace	13	22,0 %
Spolupodílení na léčbě/ aktivizace/ plánování/ individuální přístup	9	15,3 %
Respektování lidských práv/ autonomie pacienta	2	3,4 %
Chodí do domácnosti	2	3,4 %
Kontakt s rodinou	1	1,7 %
Krizová intervence	1	1,7 %
Předcházení relapsům	1	1,7 %
Dobrovolnost	1	1,7 %
Nevím	12	20,3 %

Tabulka č. 36

38. Nevýhody CDZ	počet	procento
Legislativní problematika/ kompetentnost/ roztržštění systému	7	31,8 %
Není v místě bydliště/ dojíždění / malá propagace	4	18,2 %
Platby za služby	4	18,2 %
Podfinancováno	3	13,6 %
Motivace pacienta/ důslednost	3	13,6 %
Neschopnost řešit akutní stavy/ neprofesionalita	2	9,1 %
Nemůžu tam bydlet/bez pobytových služeb	2	9,1 %

Tabulka č. 37

39. Co byste změnil či doplnil do portfolia služeb CDZ?	počet	procento
Volný čas/sport	16	48,5%
Širší nabídka služeb	6	18,2%
Chráněné bydlení/Krátkodobé pobytové služby	4	12,1%
Podporované zaměstnání	4	12,1%
Setkávání s lidmi/edukační programy/prezentace ve školách	2	6,1%
Lepší dostupnost	2	6,1%
Podporovat vztahy	1	3,0%
Práce s rodinou	0	0,0%

#### *Výhody a nevýhody institucionalizované péče*

V průřezu celé rigorózní práce je zmiňován postupný rozvoj komunitních služeb v souvislosti se snížením hospitalizací, což vede ke změnám, které jsou systematicky zaváděny do praxe v rámci transformace péče v psychiatrii. Tato uvedená data reflektují subjektivní názory pacientů o výhodách a nevýhodách institucionální péče. 17% respondentů uvádí jako výhodu, že se nemusí o nic starat. Ovšem to, co mohou subjektivně vnímat jako výhodu, vede z dlouhodobého hlediska k sociálnímu vyčlenění a rozhodně to nepřispívá k jejich rozvoji a zotavení a naopak to směřuje k tzv. hospitalismu. Pacienti by měli být neustále motivováni a vedeni k maximálnímu využití svého potenciálu a k co největší míře samostatnosti a autonomie. 14 % dotazovaných kvituje permanentní dohled zdravotnického personálu, 11 % hodnotí pozitivně profesionalitu atd. Jako žádné nevýhody uvádějí dotazovaní 35,8 %, dále se jim nelíbí přísný režim 13,3 % a omezení svobody jako nevýhodu vnímá 12,7 % respondentů.



Tabulka č. 38

40. V čem vidíte výhody institucionalizované péče hospitalizace?	počet	procento
Permanentní dohled zdravotníků/ důslednost	28	14,0 %
Profesionalita/ multidisciplinarita	12	6,0 %
Soustředěnost na léčbu/ komplexnost péče	10	5,0 %
Vše pod jednou střechou (teplo, jídlo, postel)	13	6,5 %
Odpočinku si od problémů venku/ relax	4	2,0 %
Jídlo/ pravidelnost/ dodržování diety	2	1,0 %
Našetření peněz	2	1,0 %
Ochrana společnosti	1	0,5 %
Předcházení relapsům	1	0,5 %
Lékař každý den/ permanentní kontakt s personálem	1	0,5 %
Nemusím se o nic starat	34	17,0 %
Vyřešení soc. záležitostí	2	1,0 %
Vše zdarma	10	5,0 %
kamarádi	12	6,0 %
Abstinence	2	1,0 %
Žádné výhody	16	8,0 %
Profesionalita/ ochota	11	11,0 %
Nevím	22	5,5 %
Neuvedeno	19	9,5 %

Tabulka č. 39

41. V čem vidíte nevýhody institucionalizované péče hospitalizace?	počet	procento
Přísný režim	23	13,3 %
Zneužívání	2	1,2 %
Odloučení od rodiny	8	4,6 %
Pracovní neschopnost	6	3,5 %
Žádné povinnosti/omezená spolupráce	5	2,9 %
Délka hospitalizace	13	7,5 %
Hodně pacientů	1	0,6 %
Omezený pohyb/ bez vycházek do města	16	9,2 %
Omezení svobody	22	12,7 %
Pasivita/nuda	2	1,2 %
Málo soukromí	11	6,4 %
Žádné	62	35,8 %
Málo času	2	1,2 %

*Kvalita života*

Jednotlivé determinanty, které ovlivňují kvalitu života, zmiňují v rigorózní práci. Jsou zásadní pro osoby s duševním onemocněním z jejich subjektivního pohledu a ve většině případů se shodují s našimi předpoklady. 57 % respondentů zmiňuje, že s kvalitou života spokojeno a 27 % nikoli. Právě tato skupina dotazovaných ve většině případů spojovala kvalitu života s vlastním bydlením, 35,7 % respondentů uvedla, že není spokojena z důvodu, že nedisponují vlastním sociálním zázemím. Dále respondenti uvádí, že kvalitu jejich života nepříznivě ovlivňuje stigmatizace a 53 % dotazovaných naopak uvedlo, že v důsledku svého onemocnění se necítí být stigmatizováni. Přestože v posledních letech probíhá destigmatizační politika a je patrná snaha informovat širokou veřejnost o problematice psychiatrických onemocnění, zůstává stigmatizace nadále problémem, kterému je potřeba různými informačními a preventivními strategiemi předcházet.

Tabulka č. 40

		počet	procento
45. Jak byste aktuálně hodnotil/a kvalitu svého života? Upřesněte.	Spokojen	114	57,0 %
	Nespokojen	54	27,0 %
	Nevím	32	16,0 %

Tabulka č. 41

45. upřesnění	počet	procento
Nemám bydlení	15	35,7%
Nemám peníze	6	14,3%
Snížená kvalita života	12	28,6%
Partnerské problémy	3	7,1%
Hospitalizace	5	11,9%
Nemám práci	1	2,4%

Tabulka č. 42

		počet	procento
47. Přijdete si stigmatizovaný svou dg.?	Ano	41	20,5%
	Ne	106	53,0%
	Nevím	53	26,5%

Tabulka č. 43

		počet	procento
46. Máte pocit, že je s vámi jednáno a zacházeno důstojně a s respektem k vašim potřebám?	Ano	136	68,0 %
	Ne	24	12,0 %
	Nevím	40	20,0 %

### Ověření platnosti hypotéz k jednotlivým cílům

**Pracovní hypotéza H1:** *Osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům využívají sociální služby ve vyšší míře.*

Statistická hypotéza H01: Míra využití sociálních služeb je stejná u osob s omezením i bez omezení způsobilosti k právním úkonům.

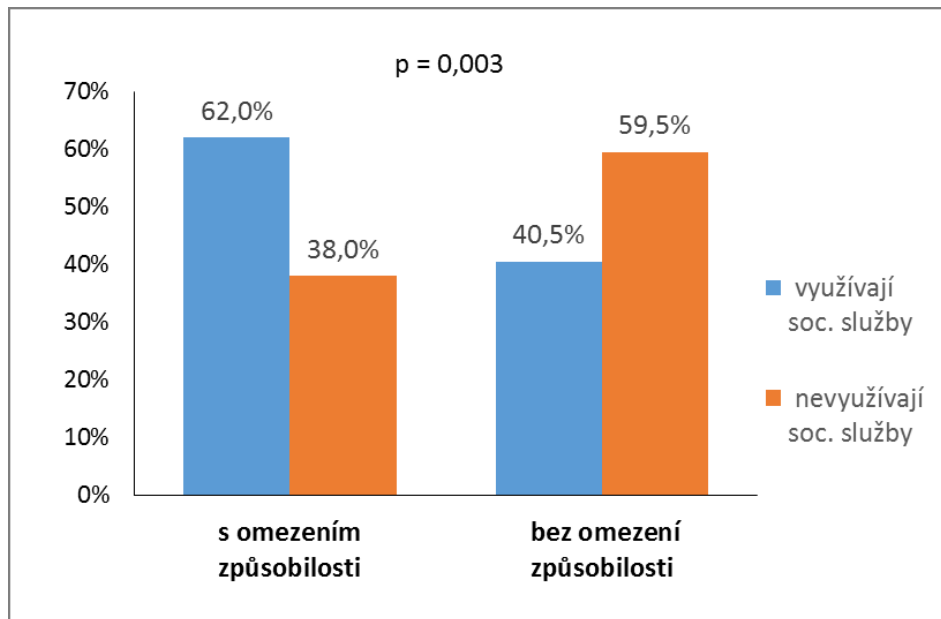
Bylo prokázáno, že osoby s omezením způsobilosti k právním úkonům využívají sociální služby statisticky významně častěji (v 62,0 % případů) než osoby bez omezení (ve 40,5 % případů). Tento rozdíl je statisticky významný, hladina signifikance testu chí-kvadrát  $p = 0,003 (< 0,05)$ .

Tabulka č. 44

		Využívá sociální služby	Nevyužívá sociální služby	P
Omezení způsobilosti k právním úkonům	Ano	49 62,0 %	30 38,0 %	<b>0,003</b>
	Ne	49 40,5 %	72 59,5 %	

$p = 0,003$  hladina signifikance chí-kvadrát testu

Graf č. 7



**Pracovní hypotéza H2:** *Osoby se základním vzděláním využívají ve vyšší míře sociálních služeb.*

Statistická hypotéza H02: Míra využívání sociálních služeb je stejná u osob se základním i vyšším vzděláním (SŠ a výše).

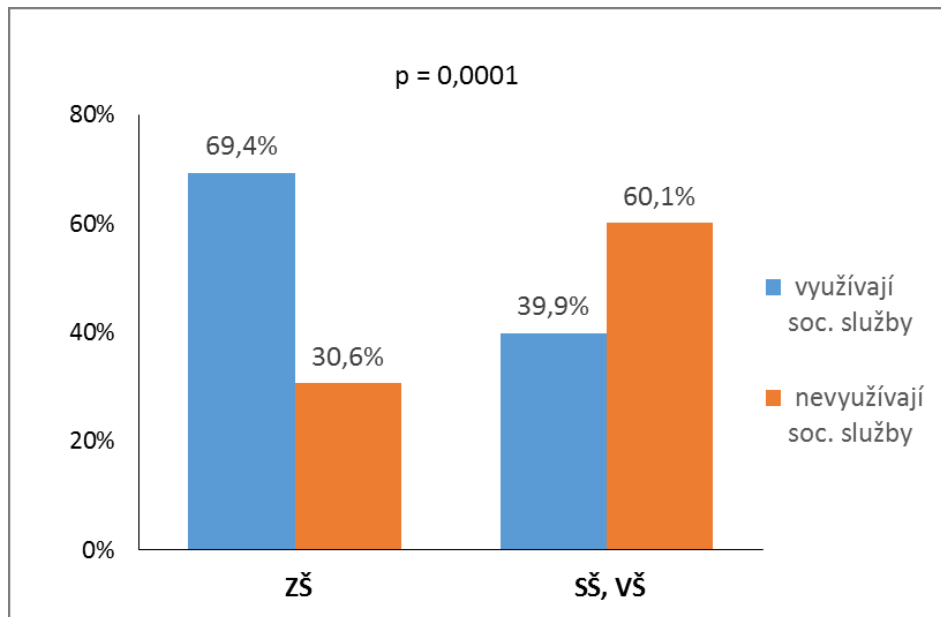
Bylo prokázáno, že osoby se základním vzděláním využívají sociální služby statisticky významně častěji (v 69,4 % případů) než osoby se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním (v 39,9 % případů). Tento rozdíl je statisticky významný, hladina signifikance chí-kvadrát testu  $p = 0,0001 (< 0,05)$ .

Tabulka č. 45

		Využívá sociální služby	Nevyužívá sociální služby	p
Vzdělání	ZŠ	43 69,4 %	19 30,6 %	<b>0,0001</b>
	SŠ/VŠ	55 39,9 %	83 60,1 %	

$p = 0,0001$  hladina signifikance chí-kvadrát testu

Graf č. 8



**Pracovní hypotéza H3:** *Osoby s vyšším vzděláním (SŠ a výše) vnímají ve vyšší míře změny v rámci reformy v psychiatrii.*

Statistická hypotéza H03: Vnímání změn v rámci reformy v psychiatrii je stejné u osob s vyšším vzděláním (SŠ a výše) i osob se základním vzděláním.

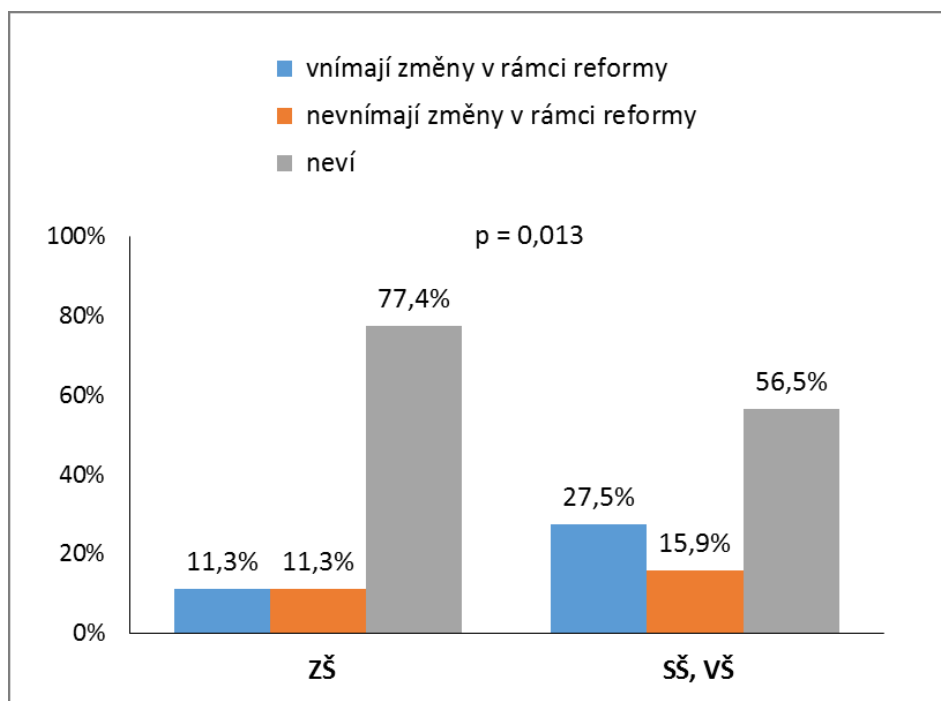
Bylo prokázáno, že osoby se se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním vnímají ve statisticky významně vyšší míře změny v rámci reformy v psychiatrii (v 27,5 % případů) než osoby se základním vzděláním (v 11,3 % případů). Tento rozdíl je statisticky významný, hladina signifikance chí-kvadrát testu  $p = 0,013 (< 0,05)$ .

Tabulka č. 46

		Vnímáte jednotlivé kroky/ změny v rámci reformy v psychiatrii?			p
		ANO	NE	Nevím	
Vzdělání	ZŠ	7 11,3 %	7 11,3 %	48 77,4 %	<b>0,013</b>
	SŠ/VŠ	38 27,5 %	22 15,9 %	78 56,5 %	

$p = 0,013$  hladina signifikance chí-kvadrát testu

Graf č. 9



**Pracovní hypotéza H4:** U osob se základním vzděláním je vyšší míra zastoupení diagnóz z okruhu SMI než u osob s vyšším vzděláním (SŠ a VŠ).

Statistická hypotéza H04: U osob se základním vzděláním je stejná míra zastoupení diagnóz z okruhu SMI jako u osob s vyšším vzděláním (SŠ a VŠ).

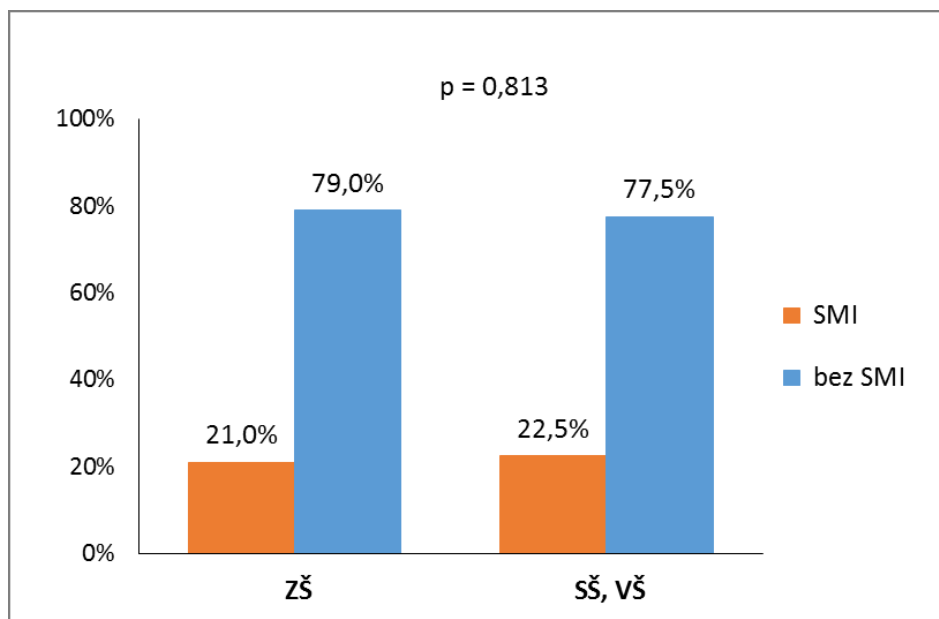
Nebyl prokázán vyšší výskyt schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bipolární afektivní poruchy u osob se základním vzděláním v porovnání s osobami se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním. U osob se základním vzděláním byl výskyt SMI 21,0 %, u osob se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním se SMI vyskytovalo ve 22,5 % případů. Tento rozdíl není statisticky významný, hladina signifikance chí-kvadrát testu  $p = 0,813$  ( $> 0,05$ ).

Tabulka č. 47

		SMI		p
		ANO	NE	
Vzdělání	ZŠ	13 21,0 %	49 79,0 %	0,813
	SŠ/VŠ	31 22,5 %	107 77,5 %	

$p = 0,813$  hladina signifikance chí-kvadrát testu

Graf č. 10



**Pracovní hypotéza H5:** *Osoby s duševním onemocněním, které využívají služeb CDZ (centra duševního zdraví), vnímají pozitivněji kvalitu svého života než osoby, které služeb CDZ nevyužívají.*

Statistická hypotéza H05: *Osoby s duševním onemocněním, které využívají služeb CDZ, vnímají kvalitu života stejně jako osoby, které služeb CDZ nevyužívají.*

Bylo prokázáno, že osoby s duševním onemocněním, které využívají služeb Centra duševního zdraví, vnímají statisticky významně pozitivněji kvalitu svého života než osoby, které služeb Centra duševního zdraví nevyužívají. Spokojenost s kvalitou svého života vyjádřilo 75,6 % osob, které využívají služeb CDZ a 54,2 % osob, které služeb CDZ nevyužívají. Tento rozdíl je statisticky významný, hladina signifikance chí-kvadrát testu  $p = 0,026 (< 0,05)$ .

Tabulka č. 48

		Jak byste aktuálně hodnotil/a kvalitu svého života?			p
		Spokojen	Nespokojen	Nevím	
Navštěvujete CDZ?	ANO	34 75,6 %	8 17,8 %	3 6,7 %	<b>0,026</b>
	NE	84 54,2 %	40 25,8 %	31 20,0 %	

$p = 0,026$  hladina signifikance chí-kvadrát testu

**Pracovní hypotéza H6:** *Osoby, které využívají sociální služby, vnímají pozitivněji kvalitu svého života.*

Statistická hypotéza H06: Osoby, které využívají sociální služby, vnímají kvalitu svého života stejně jako osoby, které sociální služby nevyužívají.

Nebylo prokázáno, že osoby, které využívají sociální služby, vnímají pozitivněji kvalitu svého života než osoby, které sociální služby nevyužívají. Spokojenost s kvalitou svého života vyjádřilo 55,1 % osob, které využívají sociální služby a 62,7 % osob, které sociální služby nevyužívají. Tento rozdíl není statisticky významný, hladina signifikance chí-kvadrát testu  $p = 0,189 (> 0,05)$ .

Tabulka č. 49

		Jak byste aktuálně hodnotil/a kvalitu svého života?			p
		Spokojen	Nespokojen	Nevím	
Využíváte sociální služby?	ANO	54 55,1 %	29 29,6 %	15 15,3 %	0,189
	NE	64 62,7 %	19 18,6 %	19 18,6 %	

$p = 0,189$  hladina signifikance chí-kvadrát testu

### Výzkumné předpoklady

*Předpokládám, že více než polovina respondentů uvádí, že jsou uspokojeny jejich potřeby prostřednictvím sociálních služeb Olomouckého kraje.*

Tabulka č. 50

		počet	procento
15. Saturují soc. služby Vaše potřeby?	Ano	100	50,0 %
	Ne	96	48,0 %
	bez odpovědi	4	2,0 %

Celkem 50,0 % osob z celého souboru odpovědělo, že jsou uspokojeny jejich potřeby prostřednictvím sociálních služeb Olomouckého kraje. 95procentní interval spolehlivosti pro procento respondentů, u kterých saturují sociální služby jejich potřeby, je 42,9% až 57,1% (95%CI: 42,9% - 57,1%).



Dolní mez intervalu spolehlivosti je nižší než hypotézou předpokládaných 50 %, to znamená, že výzkumný předpoklad se nepotvrdil. Osob, u kterých jsou uspokojeny jejich potřeby nabídnutých sociálních služeb, může být méně než 50 %.

*Předpokládám, že minimálně polovina osob s duševním onemocněním nemá momentálně zaměstnání.*

Tabulka č. 51

		počet	procento
6. Jste momentálně zaměstnaný?	Ano	80	40,0 %
	Ne	120	60,0 %

Celkem 60,0 % osob z celého souboru odpovědělo, že nemá momentálně zaměstnání. 95procentní interval spolehlivosti pro procento osob, které nejsou zaměstnány, je 52,8% až 66,8% (95%CI: 52,8% - 66,8%), to znamená, že tedy platí předpoklad, že minimálně polovina osob s duševním onemocněním není momentálně zaměstnána.

*Předpokládám, že více než polovina respondentů, kteří využívají sociální služby, má pozitivní zkušenost se službami.*

Sociální služby využívá celkem 98 osob. Z toho 67 osob, tj. 68,4 %, uvedlo, že má se sociálními službami pozitivní zkušenost. 95procentní interval spolehlivosti pro procento osob, které mají pozitivní zkušenost se sociálními službami, je 58,2% až 77,4% (95%CI: 58,2% - 77,4%), platí tedy předpoklad, že více než polovina respondentů, kteří využívají sociální služby, má pozitivní zkušenost se službami.

### Interpretace dat

Soubor respondentů dotazníkového šetření tvořilo celkem 200 osob, z toho 116 mužů (58 %) a 84 žen (42 %). Největší zastoupení podle věku bylo v kategorii 41-50 let (34,5 % respondentů) a v kategorii 31-40 let (31,5 % respondentů). Ve věku 15-30 let bylo 11,5 % respondentů a ve věku 51 let a více bylo 22,5 % respondentů. Věk je významný z toho důvodu, že propuknutí duševního onemocnění nastává nejčastěji kolem dvacátého roku života, kdy je člověk na vrcholu sil a pomalu přechází do pozice pracujícího člověka, který přináší hodnoty společnosti. Dle dat můžeme vidět, že je tato skupina osob nejméně početná, ale následky propuknutí duševního onemocnění z okruhu diagnóz SMI jsou v této věkové kategorii velmi závažné. Propuknutí onemocnění v tomto věku často znamená nedokončené vzdělání, problém v osamostatňování a přetrvávající závislost na rodičích či neschopnost zapojit se do pracovního procesu. V porovnání s ostatními položkami věkového zastoupení můžeme vyvodit, že i přes nejmenší procentuální výčet jsou nejpostiženější skupinou v kontextu kvality života. Na druhou stranu v této věkové kategorii jsou ještě významným zdrojem podpory a ochrany rodiče, což může vysvětlovat menší podíl respondentů v nejmladší věkové kategorii ve využívání sociálních služeb. Naopak druhé spektrum této sledované věkové skupiny jsou senioři, kteří se během let stanou hlavní skupinou, kterým bude potřeba věnovat veškerou pozornost, protože z důvodu stárnutí populace a čím dál častějším diagnostikovaným demencím se stanou cílovou skupinou nejen sociálních služeb, ale i služeb zdravotních.

Základní vzdělání mělo 31 % respondentů, středoškolské vzdělání bez maturity mělo 22,5 % respondentů. 30,5 % respondentů mělo středoškolské vzdělání s maturitou a 16 % respondentů mělo vysokoškolské vzdělání. Vyšší vzdělání pozitivně ovlivňuje spolupráci pacienta na svém zotavení, adaptaci na nemoc a schopnost získávat potřebné informace o dostupných službách. Čím je vzdělání osob nižší, tím se zvyšuje potřeba systematické edukace, která musí být srozumitelná a musí odpovídat aktuálnímu stavu a schopnostem nemocných. Edukace je významná nejen pro pacienty, ale i pro jejich rodinné příslušníky, lékaře ostatních specializací, pedagogy apod. Významným krokem prevence jsou osvětové programy cílené na informování široké veřejnosti.

V oblasti zkoumání právní způsobilosti odpovědělo celkem 79 respondentů (39,5 %), kteří byli omezení ve svéprávnosti. Omezení svéprávnosti osob s duševním onemocněním znamená, že při poskytování zdravotní péče a sociálních služeb je nutné spolupracovat také s opatrovníkem, který z rozhodnutí soudu spravuje osobní záležitosti nemocného. Úspěch

a výsledky takové spolupráce závisí na míře angažovanosti a ochoty opatrovníka. Soud většinou při jmenování opatrovníka vychází vstříc přání opatrovance. Je-li to možné, tak se opatrovníkem stává osoba blízká nebo jiná blízká osoba. V převážné většině případů je však určen veřejný opatrovník, zejména obec či magistrát. Jedním z důvodů je skutečnost, že péče o osoby s duševním onemocněním je velice náročná a rodiny tuto zátěž dlouhodobě neunesou.

Další zkoumanou oblastí byla problematika práce a zaměstnání. Celkem 80 respondentů (40 %) uvádí, že je momentálně zaměstnaných. Z toho pracuje na hlavní pracovní poměr 65 respondentů (81,3 %). Spokojenost se svým pracovním poměrem, resp. vykonávanou pracovní činností vyjádřilo 66 respondentů (82,5 %). Podle 83,8 % respondentů odpovídá práce jejich vzdělání. Tato položka v dotazníku nebyla více konkretizovaná, protože nehrálo roli, zda jsou tyto osoby zaměstnány na HPP, DPČ nebo DDP. Snahou bylo zjistit, zda jsou osoby s duševním onemocněním schopny najít pracovní uplatnění a pokud ano, do jaké míry jsou se svým zaměstnáním spokojeny. Schopnost udržet si zaměstnání navzdory psychiatrickému onemocnění má pozitivní dopad na míru soběstačnosti a sociální začlenění, ekonomickou situaci nemocného a v neposlední řadě pozitivně ovlivňuje pocit spokojenosti nemocného. Hledání a udržení práce závisí na samotných respondentech (54,0 %) a stejným dílem také na pomoci sociálních služeb (46,5 %). Rodina pomáhá s hledáním a udržením práce v 15,0 % případů a přátelé v 6,5 % případů. Součet procent nedává 100 % z důvodu kombinace jednotlivých odpovědí. Ve výčtu můžeme pozorovat, že výpomoc sociálních služeb využívá 46,5 %, což svědčí o vysoké míře angažovanosti v této oblasti. Pracovníci sociálních služeb mají větší zkušenosti s vyhledáváním možných zaměstnavatelů a se zprostředkováním práce pro osoby s duševním onemocněním. Dokážou lépe odhadnout pracovní schopnosti a limity osob s duševním onemocněním a jejich snahou je vyjednat pro klienta takové pracovní podmínky, které zohledňují jeho onemocnění. Zapojení do pracovního procesu je dalším významným zdrojem sociální interakce, která je nezbytná pro celkovou pohodu a duševní zdraví, a to nejen nemocných osob, ale i „zdravé“ populace. Více než polovina respondentů, kteří odpověděli, že jim v hledání a udržení práce pomáhají sociální služby, uvedla, že je sociální služby kontaktovaly (63,4 %). Zapojení třetí strany (psychiatra, praktika, CDZ) uvedla třetina respondentů (33,3 %). Sociální služby museli sami vyhledat pouze tři respondenti (3,2 %). Z uvedených dat je jasné, že aktivita sociálních služeb je významná a spolupráce se zdravotnickými zařízeními umožňuje kontaktovat potencionální klienty dříve, než je hospitalizace ukončena, což zvyšuje komfort pacientů,

odbourává zbytečný stres po propuštění a napomáhá k plynulému přechodu a lepší adaptaci na podmínky v přirozeném prostředí pacienta/klienta. Tento, v očích laika zanedbatelný fakt, významně přispívá k menšímu počtu rehospitalizací v budoucnu a snižuje sociální dopady na osoby s duševním onemocněním.

Potřeb sociálních služeb využívá 49 % respondentů. Téměř tři čtvrtiny respondentů (73,5 %), kteří sociální služby využívají, odpověděli, že služby saturují jejich potřeby. Z celého souboru respondentů, včetně těch, kteří sociální služby nevyužívají, odpovědělo 50 % respondentů, že služby nesaturují jejich potřeby. Data korespondující tuto otázku vyznívají příznivě ve prospěch sociálních služeb, ale bohužel neodpovídají praxi. Oblast, která zůstává nadále nedostatečně řešena, je problematika bydlení. Chybí kapacita vhodného bydlení, které by osobám s duševním onemocněním umožnilo žít samostatně, ale v důstojném a chráněném prostředí. Což můžeme vyčíst z vyzkoumaných dat dále.

Nejvíce respondentů uvedlo jako pozitivní zkušenost se sociálními službami „snahu o pomoc, podporu při léčbě a ochotu“ (41 % respondentů). Více než pětina respondentů (21,7 %) uvedla jako pozitivní zkušenost „sociální kontakt“. 11 % respondentů uvedlo „zajištění financí“, necelých osm procent respondentů „individuální přístup/ plánování/ spolupodílení/ profesionalitu“. „Aktivity / vzdělávání / kurzy a volný čas“ zmínilo 4,5 % respondentů a „zajištění bydlení“ 2,2 % respondentů. Celkem 13 % respondentů uvedlo, že nemá pozitivní zkušenost se sociálními službami. Nejvíce respondentů (18,3 %) uvedlo jako negativní zkušenost se sociálními službami „nedostatek financí“. „Neochotu / nezájem / pasivitu“ uvedlo 16,7 % respondentů, „nedostatek bydlení“ 10,0 % respondentů. „Úzkou profilaci / nekompetentnost“ jako negativní zkušenost se sociálními službami uvedlo 5,0 % respondentů. Více než polovina respondentů (53,3 %) uvedla, že nemá se sociálními službami negativní zkušenost.

Potřeby pacientů odhalují achillovu patu reformy v psychiatrii. Přes veškerou angažovanost a entuziasmus všech pracovníků zainteresovaných do transformace péče v psychiatrii, narážíme na limity toho, co nám systém umožňuje. Hlavním problémem drtivé většiny psychiatrických pacientů z okruhu diagnóz SMI je bydlení. 41,7 % respondentů uvádí na prvním místě potřebu samostatného bydlení, což nám reforma není schopna zajistit. Využívá se stávajících kapacit zdravotnických zařízení a nová bohužel nevznikají. V rámci pracovní skupiny (zaměstnanci zdravotnického zařízení a sociální pracovníci) maximálně využívají příležitosti k tomu, aby bylo zajištěno adekvátní bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Kapacity vhodného bydlení jsou však zcela nedostatečné, což v důsledku

zvyšuje tzv. sociální hospitalizace, které z důvodu neexistence jiného řešení přetrvávají. Cílenou systematickou aktivitou zaměřenou na širší rodinu pacienta dosahujeme postupnými kroky alespoň částečného řešení této problematiky a ve spolupráci se sociálními službami jsou realizované pokusy začlenit osoby s duševním onemocněním do jejich přirozeného prostředí. V oblasti získávání finančních prostředků 46,5 % dotazovaných respondentů uvedlo, že jejich zdrojem finančních prostředků je invalidní důchod. Je to ukazatel toho, že psychiatričtí pacienti jsou ve většině případů invalidizováni a převážná část se v důsledku svého onemocnění není schopna zapojit do pracovního procesu a zajistit si tak základní životní potřeby. Proto je důležité v rámci reformy myslet i na to, jakým způsobem podporovat zaměstnanost těchto osob, aby byly schopni žít samostatným životem. Trend posledních let je takový, že narůstá křivka psychiatrických diagnóz a výhledově bude finančně náročné saturovat potřeby osob s duševním onemocněním jen ze státního rozpočtu prostřednictvím výplat invalidního důchodu, zvláště když si uvědomíme, že psychiatrická onemocnění jsou většinou celoživotní problém.

V oblasti sociálního zázemí 34,5 % respondentů uvedlo, že bydlí s rodinou, 21 % uvedlo, že bydlí samo a docela velká část respondentů, kteří uvedla, že nemají kde bydlet nebo jsou odkázáni na ubytovny nebo azylové domy. Drtivá většina respondentů, která uvedla, že bydlí „jinak“, jsou aktuálně hospitalizováni a jedná se o tzv. sociální hospitalizace. Jsou to osoby, které nemají vlastní sociální zázemí a jsou neumístitelní do jiných typů zařízení z důvodu naplněných kapacit nebo nesplňují kritéria k pobytu. I u těchto osob můžeme sledovat velkou angažovanost rodiny, ale „jen“ ve smyslu finanční podpory či morální pomoci. Společné bydlení je pro mnoho rodin neúnosnou zátěží. Typickým příkladem je například postupná ztráta schopnosti stárnoucích rodičů poskytovat nadále bydlení a finanční podporu svému dospělému dítěti s psychiatrickým onemocněním. Ze získaných dat můžeme dál vyzorovat, že s vypomáháním se zajištěním bydlení se rovnoměrně podílí sám pacient 45,5 %, rodina 38,5 %, sociální služby 33,5 % a opatrovník 24 %, který může být veřejný či osoba blízká, což je ta lepší varianta pro samotného pacienta.

Rehabilitace obecně cílí na postižení (disability – u psychicky nemocných např. na deficit sociálních dovedností). Navíc rehabilitační intervence zaměřené na změnu systému, ve kterém postižení fungují, pomáhají překonávat sociální aspekty handicapů vážně duševně nemocných. Cílený resocializační program dokáže osvojit a navrátit sociální dovednosti osobám s duševním onemocněním a v konečném důsledku zmírnit sociální dopady na tuto skupinu. Předcházet relapsům onemocnění a snížit počet opakovaných hospitalizací.

Jednotlivé činnosti uvedené ve výčtu reflektují důležitost pro konkrétního jedince. I přes evidentní prospěšnost těchto programů a jejich pozitivní dopad na kvalitu života pacientů je sociální rehabilitace stále využívaná nedostatečně především z důvodu omezených kapacit. Největší zastoupení má sociální rehabilitace/nácvik soběstačnosti 45,1 %, práce s výpočetní technikou 43,9 %, jednání s úřady 35,4 %, nabídka sociálních služeb 23,2 % atd. 52,5 % dotazovaných uvedla, že jsou po absolvování resocializačního programu sociálně zdatnější. To je důvod, aby tyto programy byly nadále rozvíjeny a zaváděny do praxe ideálně již v během hospitalizace. Sociální rehabilitace by měla být individualizovaná a měla by být schopna adekvátně reagovat na potřeby klientů.

Přes zmiňované výhody, které přináší reforma, 63 % respondentů uvedlo, že o probíhajících změnách nejsou informováni. Je to selhání osob, které jsou odpovědné za realizaci změn v oblasti poskytování péče v psychiatrii a apel na to, aby se pozornost zaměřila na poradenství a lepší informovanost o probíhajících změnách a možnostech systému poskytované péče. Pokud nebude informován dostatečně pacient, reforma nemůže být úspěšná. Zároveň je třeba zdůraznit, že neméně důležitá je informovanost poskytovatelů sociálních služeb o skutečných potřebách osob s psychiatrickým onemocněním. 22,5 % respondentů uvedlo, že vnímá určité změny v oblasti reformy. Nejvíce respondenti vnímají změnu v přístupu 58,3 %, širší nabídku služeb 48,1 %, komplexnost služeb 41,7 % apod. Naopak nejvíce respondentů je nespokojeno, s malou dostupností služeb 25,6 %, legislativní neukotveností 20,5 % nebo špatnou organizací služeb 12,8 %.

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým typem služby v systému péče o osoby s duševním onemocněním poskytující zdravotně – sociální služby. Je to jeden z dílčích kroků deinstytucionalizace, přeměrování péče do komunitní oblasti. I přes očividný význam je tato služba u nás málo využívaná především z důvodu neinformovanosti a zatím nedostatečné sítě těchto služeb. Vzhledem k tomu, že se jedná o novou službu, která se teprve etabluje v systému zdravotně - sociálních služeb se CDZ zatím potýká s nedostatečným finančním a personálním zajištěním. 77,5 % dotazovaných nevyužívá služeb CDZ. Zbylí uvádí výhody služeb CDZ, 22 % nabídka služeb, 22 % předcházení hospitalizací, 22 % multidisciplinární přístup. Naopak mezi nevýhody zmiňují např. legislativní problematiku 31,8 %, 18,2 % respondentů uvádí, že služby CDZ pro ně nejsou dostupné, protože nejsou v místě jejich bydliště. Respondenti by doplnili do portfolia služeb CDZ smysluplné využití volného času 48,5 %, širší nabídku služeb 18,2 % nebo problematiku bydlení 12,1 %.

V průřezu celé rigorózní práce je zmiňován postupný rozvoj komunitních služeb v souvislosti se snížením hospitalizací, což vede ke změnám, které jsou systematicky zaváděny do praxe v rámci transformace péče v psychiatrii. Tato uvedená data reflektují subjektivní názory pacientů o výhodách a nevýhodách institucionální péče. 17 % respondentů uvádí jako výhodu, že se nemusí o nic starat. Ovšem to, co mohou subjektivně vnímat jako výhodu, vede z dlouhodobého hlediska k sociálnímu vyčlenění a rozhodně to nepřispívá k jejich rozvoji a zotavení. Pacienti by měli být neustále motivováni a vedeni k maximálnímu využití svého potenciálu a k co největší míře samostatnosti a autonomie. 14 % dotazovaných kvituje permanentní dohled zdravotnického personálu, 11 % hodnotí pozitivně profesionalitu atd. Jako žádné nevýhody uvádějí dotazovaní 35,8 %, dále se jim nelíbí přísný režim 13,3 % a omezení svobody jako nevýhodu vnímá 12,7 % respondentů.

Oblast kvality života a jednotlivé determinanty, které ji ovlivňují, zmiňují v rigorózní práci. Jsou zásadní pro osoby s duševním onemocněním z jejich subjektivního pohledu a ve většině případů se shodují s našimi předpoklady. 57 % respondentů zmiňuje, že s kvalitou života spokojeno a 27 % nikoli. Právě tato skupina dotazovaných ve většině případů spojovala kvalitu života s vlastním bydlením, 35,7 % respondentů uvedla, že není spokojena z důvodu, že nedisponují vlastním sociálním zázemím. Dále respondenti uvádí, že kvalitu jejich života nepříznivě ovlivňuje stigmatizace a 53 % dotazovaných naopak uvedlo, že v důsledku svého onemocnění necítí být stigmatizováni. Přestože v posledních letech probíhá destigmatizační politika a je patrná snaha informovat širokou veřejnost o problematice psychiatrických onemocnění, zůstává stigmatizace nadále problémem, kterému je potřeba různými informačními a preventivními strategiemi předcházet.

Dále ve svém výzkumu prokazují, že osoby s omezením způsobilosti k právním úkonům využívají sociální služby statisticky významně častěji (v 62,0 % případů) než osoby bez omezení (ve 40,5 % případů). Proto je důležité, abychom cíleně pracovali s touto skupinou klientů a zajistili jim adekvátní služby, které zajistí odpovídající kvalitu života. Dále bylo prokázáno, že osoby se základním vzděláním využívají sociální služby statisticky významně častěji (v 69,4 % případů) než osoby se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním (v 39,9 % případů). Tento fakt poukazuje na to, že je nezbytná systematická edukace všech osob zainteresovaných do problematiky péče o duševně nemocné. A čím větší míra vzdělání, tím menší odkazování se do péče druhých. Osoby se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním vnímají ve statisticky významně vyšší míře změny v rámci reformy v psychiatrii

(v 27,5 % případů) než osoby se základním vzděláním (v 11,3 % případů). Naopak nebyl prokázán vyšší výskyt schizofrenie, schizoafektivní poruchy nebo bipolární afektivní poruchy u osob se základním vzděláním v porovnání s osobami se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním. U osob se základním vzděláním byl výskyt SMI 21,0 %, u osob se středoškolským nebo vysokoškolským vzděláním se SMI vyskytovalo ve 22,5 % případů. Můžeme tedy vyloučit, že nižší vzdělání a tedy i výše inteligenčního kvocientu není závislá na závažnosti duševního onemocnění. Osoby s duševním onemocněním, které využívají služeb Centra duševního zdraví, vnímají statisticky významně pozitivněji kvalitu svého života než osoby, které služeb Centra duševního zdraví nevyužívají. Spokojenost s kvalitou svého života vyjádřilo 75,6 % osob, které využívají služeb CDZ a 54,2 % osob, které služeb CDZ nevyužívají. Je nepopíratelný fakt, že nově vzniklé služby, především CDZ, mají příznivý dopad na subjektivní vnímání kvality života. Tato nově vzniklá služba je teprve na počátku, ale je příslibem do budoucna nejen pro samotné pacienty, ale i laickou veřejnost, která tuto službu může vnímat jako destigmatizační prvek a přístupnou službu z demonizovaného oboru jako je psychiatrie. Souvislost využívání sociálních služeb s kvalitou života se neprokázalo. Spokojenost s kvalitou svého života vyjádřilo 55,1 % osob, které využívají sociální služby a 62,7 % osob, které sociální služby nevyužívají. Celkem 50,0 % osob z celého souboru odpovědělo, že jsou uspokojeny jejich potřeby prostřednictvím sociálních služeb Olomouckého kraje. Celkem 60,0 % osob z celého souboru odpovědělo, že nemá momentálně zaměstnání. Sociální služby využívá celkem 98 osob. Z toho 67 osob, tj. 68,4 %, uvedlo, že má se sociálními službami pozitivní zkušenost a platí tedy předpoklad, že více než polovina respondentů, kteří využívají sociální služby, má pozitivní zkušenost se službami. Z vyzkoumaných dat potvrzují význam a přínos reformy v oblasti duševního zdraví. Pozitivním přínosem reformy je přesah do ostatních lékařských oborů, navýšení kapacit služeb, cílenými kroky dostat psychiatrii mezi širokou veřejnost a změnit náhled na ní. Ale i přes pozitivní změny v rámci transformace péče v psychiatrii jsou nadále oblasti, které ještě nejsou dostatečně zasaturovány. Jedná se především o problematiku bydlení. Ve spolupráci se sociálními službami Olomouckého kraje jsou nabízeny odpovídající a dostatečné služby, které pokryjí většinu elementárních potřeb osobám s duševním onemocněním.



## ZÁVĚR

Tématem rigorózní práce byla problematika transformace péče v psychiatrii a zjištění úrovně poskytovaných sociálních služeb v Olomoucké kraji, a to v přímé souvislosti s právě probíhající reformou psychiatrické péče, na které se podílí ve velké míře sociální sféra. A právě sociální služby zásadním způsobem ovlivní, jakým způsobem a jak kvalitně bude žít osoba s duševním onemocněním. Pokud se vrátíme k reformě, tak v našich uších rezonuje slovo plné naděje, pozitivních změn nebo vzniku něčeho nového, ale taktéž bolestivý proces s mnoha ztrátami, který ale přes veškeré překážky v cestě nakonec dospěje do zdárného konce. Jak si přesně definovat zdárný konec a jaké ztráty jsou ještě přijatelné? Pokud se vrátíme k naší problematice, můžeme vnímat pozitivní změny ve smyslu otevření psychiatrie veřejnosti, zbavení stigmatizačních okovů nebo zřizování nových služeb, ale i tak pociťovat negativní aspekty této změny v poskytování péče pro osoby s duševním onemocněním, a to je nedostatečné kapacity v ambulantní sféře, nedostatek kvalifikovaného personálu, nedostatek návazných služeb, a co je zcela fatální, tak roztržštění stávajícího systému z důvodu nejasného legislativního ukotvení a způsobu financování péče, protože pokud bude stávající rigidní systém financování lůžkové péče stejný, reforma psychiatrické péče nemůže být úspěšně dokončena.

Základním teoretickým konceptem rigorózní práce se stala idea moderních metod a postupů v oblasti duševního zdraví, implementovaných do praxe prostřednictvím nových reformních nástrojů a služeb. Na druhé straně konfrontace s realitou, kdy navrhované změny narážely na svoje limity v našem ekonomicko-politicko-kulturním prostředí. V nastaveném legislativním konceptu se jednalo především o financování a následnou udržitelnost služeb a v neposlední řadě problém zásadní, který by ani dostatečná finanční injekce nevyřešila, a to personální poddimenzovanost. Kompozice práce je částečně směřována k vymezení role sociálního pedagoga v průběhu reformy duševního zdraví. Jsou definovány důvody, činnosti a jednotlivé procesní kroky, které by mohl zastávat v celém tomto dynamickém procesu bouřlivých změn na poli nově vzniklých služeb, kdy se unifikuje oblast sociální a zdravotní. Dále definujeme determinanty, které ovlivňují kvalitu života a jsou zcela zásadní pro následnou resocializaci osob s duševním onemocněním. V závěru teoretické části je snaha nastínit jednotlivé činnosti sociálních služeb v Olomouckém kraji, jak se dokázaly adaptovat na změny a nové podmínky a využít svých finančních a personálních kapacit, které vedou ke smysluplné, efektivní a úspěšné práci s lidmi trpícími duševními nemocemi.

V praktické části rigorózní práce bylo ambicí prostřednictvím empirického výzkumu prokázat skutečnost, že po transformaci sociálních služeb Olomouckého kraje v důsledku probíhající reformy psychiatrické péče jsou poskytnuty adekvátní služby a podpora osobám s duševním onemocněním, především z okruhu SMI, a to především k udržení jejich běžného sociálního standardu s odpovídající kvalitou života. Široké spektrum jednotlivých determinantů, které ovlivňují kvalitu života, podrobně zmiňujeme v teoretické části. Cílem výzkumného šetření byla rekognoscace trhu v oblasti poskytování sociálních služeb v Olomouckém kraji a jejich portfolia služeb u osob s duševním onemocněním (okruh diagnóz SMI). Výzkum proběhl pomocí dotazníkového šetření a předem stanovené výzkumné předpoklady se víceméně potvrdily. Na základě vyzkoumaných dat reflektují význam a přínos reformy v oblasti duševního zdraví, která ve spolupráci se sociálními službami Olomouckého kraje nabízí odpovídající a dostatečné služby, které pokryjí většinu fundamentálních potřeb osobám s duševním onemocněním. Nezastupitelnou roli v celém procesu transformace služeb, poskytování pomoci a podpory těmto osobám reprezentuje sociální pedagog. Obecným cílem byla snaha nastínit problematiku jak samotné psychiatrie, tak aktivní zapojování a propojenost sociálních služeb do procesu transformace péče v oblasti duševního zdraví. Dále poukázat na fakt, že se psychiatrii dostává odpovídající pozornosti a pomocí reformních změn se snaží etablovat mezi prestižní odvětví medicíny a destigmatizovat ji v očích veřejnosti. Statistiky v posledních letech poukazují na to, že rapidně stoupá počet osob s psychiatrickou diagnózou a proto je nutné v co nejkratší době, a co nejefektivněji zajistit odpovídající služby, aby se pokryla poptávka a saturovaly se potřeby jednotlivců. Člověk s psychickým onemocněním v moderní společnosti nepodléhá pouze do oblasti zdravotnické péče, ale spadá i do sféry působnosti sociálních služeb. Je naprosto nezbytné, abychom tyto osoby neostrakizovali a pomocí různých metod a nástrojů tyto osoby socializovali a zbavili stigmatizační nálepky. Je zjevné, že tyto služby jsou propojené a do budoucna budou čím dál více komplexnější. Proto by měly více spolupracovat a spolupodílet se na prevenci, diagnostice, léčbě a edukaci v problematice duševního zdraví.

Závěrem můžeme konstatovat, že reformní kroky v rámci transformace péče v psychiatrii s horlivým entuziasmem zainteresovaných osob mají své opodstatnění. Sociálně-pedagogičtí pracovníci svojí činností smysluplně a efektivně aplikují jednotlivé změny, které mají především pozitivní dopad na cílovou skupinu, do běžné praxe. Svou roli sehrává i sociální pedagog, který mj. může díky vhodně zvoleným způsobům edukace pozitivně

ovlivňovat člověka s psychiatrickým onemocněním a ovlivnit jeho kvalitu života v jeho přirozeném prostředí. Pevně doufám, a to i přes veškeré komplikace způsobené pandemií COVID-19, že se podařilo naplnit předem stanovené cíle a poukázat na problematiku v oblasti duševního zdraví v době reformních změn.

Věřím, že uvedená práce v konečném důsledku přispěla k zamyšlení se nad těžkostmi života psychiatrických pacientů. Díky propojení sociálních a zdravotních služeb si mohou tito lidé sami řídit svůj život a využívat jen takovou podporu a pomoc, kterou v danou chvíli vyžaduje jejich životní situace. To umožní naplnění jejich elementárních potřeb, které jsou ukazateli kvality života. Pracovníci mnoha různých profesí se tak stávají průvodci a podporovateli psychiatrických pacientů na jejich cestě k zotavení.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociálna Pedagogika Ako životná Pomoc*. 2. vyd. Bratislava: Lorca, 2006. 187 s. ISBN 8096843753 (viaz.).
2. BENDL, Stanislav. *Základy sociální pedagogiky*. V Praze: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2016. 334 stran. ISBN 978-80-7290-881-3.
3. BICKOVÁ, Lucie a kol. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4.
4. BLAHUTKOVÁ, Marie, JONÁŠOVÁ, Daniela a OŠMERA, Milan. *Duševní zdraví a pohyb*. 1. vydání. Brno: Akademické nakladatelství CERM, s.r.o., Brno, 2015. 109 stran. ISBN 978-80-7204-916-5.
5. BRUEGGEMANN, G. William. *The Practice of Macro Social Work*. 2. edition. Belmont, California: Brooks/Cole Thomson Learning, 2002. ISBN 0-534-57322-3.
6. CICHÁ, Martina a kol. *Integrální antropologie*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2014. 421 s. ISBN 978-80-7387-816-0.
7. ČEŠKOVÁ, Eva a PŘIKRYL, Radovan. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, ©2013. 143 s. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
8. DeSISTO, M., HARDING, C. M., McCORMICK, R. V., ASHIKAGA, T. BROOKS, G. W. The Maine and Vermont three decade studies of serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 1995.
9. ESCH, Tobias. *Klíč k sebeuzdravení: neurobiologie zdraví a spokojenosti*. Praha: Dobrovský s.r.o., 2019. 373 stran. Via. ISBN 978-80-7585-513-8.

10. FESIČEK, Aleksandr Nikolajevič. *Zdraví, psychika, sex a nemoci mužů*. 1. české vyd. - zkrácená verze. [Česko]: Akademie klasické homeopatie, ©2004. 512 s., [12] l. obr. příl. ISBN 80-902174-2-7.
11. GABRIEL, Josef, ed., KAŠPAR, Michal, ed. a VANĚK, Tomáš, ed. *Kam jdou lidé s nemocnou duší*. 2. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s., [2019], ©2019. 140 stran. ISBN 978-80-907318-3-7.
12. GALLA, Karel. *Úvod do sociologie výchovy: její vznik, vývoj a problematika*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1967. 176, [2] s. Knižnice sociologické literatury.
13. GOLDMANN, Radoslav a CICHÁ, Martina. *Etika zdravotní a sociální práce*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 126 s. Skripta. ISBN 80-244-0907-0.
14. HEJZLAR, Petr, ed. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, ©2010. 136 s. ISBN 978-80-904009-6-2.
15. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre WILKEN. 2016. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
16. HRONCOVÁ, Jolana a kol. *K dějinám sociální pedagogiky v Evropě*. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Pedagogická fakulta Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, 2008. 212 s. ISBN 978-80-7414-072-3.
17. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. 254 stran. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
18. JÚZL, Miloslav. *K tradicím české sociální pedagogiky*. Vydání I. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2017. 128 stran. ISBN 978-80-7452-133-1.

19. KALVACH, Zdeněk a kol. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. Vyd. 1. [Praha]: Diakonie ČCE, 2014. 95 s. ISBN 978-80-87953-07-5.
20. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb Olomouckého kraje: ...* Olomouc: Olomoucký kraj, [2009]- .
21. KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
22. KNOTOVÁ, Dana a kol. *Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014. 115 s. ISBN 978-80-210-7077-6. Dostupné také z: <https://digilib.phil.muni.cz/handle/11222.digilib/131846>.
23. KRAUS, Blahoslav et al. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
24. KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. 215 s. ISBN 978-80-262-0643-9.
25. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4
26. KŘÍŽOVÁ, Eva. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1998. 108 s. Studie národohospodářského ústavu Josefa Hlávky; 3/1998.
27. KUBÍNEK, Radim. *Psychiatrie pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 145 s. ISBN 978-80-244-3057-7.

28. KUHNOVÁ, Eva et al. *Péče o duševní zdraví: metody hodnocení: FBF: Frankfurtská škála potíží*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s. ve spolupráci s ESET, psychologická a psychosomatická klinika, s.r.o., [2017], ©2017. 35 stran. ISBN 978-80-270-2616-6.
29. LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika versus sociální práce*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2016. ISBN 978-80-906237-0-5.
30. MAREČKOVÁ, Jana a Maroš MATIAŠKO. 2010. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde. ISBN 978-80-7201-801-7.
31. MARGIES, Wolfhard. *Uzdravení duševních nemocí: cesta k nové psychiatrii založené na důsledném návratu k biblickému pohledu na člověka*. První vydání. Příbram: Křesťanské centrum Příbram, [2016], ©2016. 411 stran. ISBN 978-80-905547-7-1.
32. MATOUŠEK, Oldřich. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.
33. MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
34. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2016. 271 stran. ISBN 978-80-262-1154-9.
35. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Národní ústav duševního zdraví: výzkumně inovační pracoviště pro studium neuropsychiatrických onemocnění, centrum excelence v oblasti duševního zdraví = National Institute of Mental Health: a research and innovation oriented institution for the study of neuropsychiatric disorders, a center of excellence in the area of mental health*. 1. vydání. Klecany: NUDZ, 2016. 33 stran. ISBN 978-80-87142-31-8.

36. *Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR*. [Praha]: Liga lidských práv, 2015. 61 stran. ISBN 978-80-87414-25-5.
37. *Objevte cestu, jak jít dál: podpora a rady pro každého, koho postihla schizofrenie*. Praha: Tigis, [2006]. 100 s. ISBN 80-903750-2-2.
38. OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015. 374 stran. Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3.
39. PÁV, Marek. 2014. *Přístup zaměřený na úzdravu*. In: HOLLÝ, Martin, Pavel DOUBEK a Marek PÁV. *Budoucnost péče o duševně nemocné v souvislostech: Sborník příspěvků X. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. Brno, s. 3. ISBN 978-80-263-0702-0.
40. MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. 143 s. ISBN 80-7178-700-0.
41. PETR, Tomáš a kol. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. 295 s. Sestra. ISBN 978-80-247-4236-6.
42. PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
43. PILÁT, Miroslav. 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0932-4.
44. POLÁCH, Ladislav a kol. *Příručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Vydání první. Bílovice: SYMEDIS PRO, [2016], ©2016. 197 stran. ISBN 978-80-906230-0-2.
45. PRAŠKO, Ján a LÁTALOVÁ, Klára. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. 855 s. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798- 4.



46. PREISSOVÁ, Andrea, CICHÁ, Martina a GULOVÁ, Lenka. *Jinakost, předsudky, multikulturalismus: možnosti a limity multikulturní výchovy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 234 s. ISBN 978-80-244-3287-8.
47. PROBSTOVÁ, Václava et al. *CAN: Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním: manuál. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. 63 s. ISBN 978-80-260-0138-6.
48. PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
49. PROCHÁZKA, Miroslav. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012. 203 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3470-5.
50. PRŮCHA, Jan, MAREŠ, Jiří a WALTEROVÁ, Eliška. *Pedagogický slovník*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
51. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Sjezd. *Duševní zdraví - věc veřejná: sborník příspěvků XI. sjezdu Psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí*. V Tribunu EU vydání první. Brno: Tribun EU, 2016. 263 stran. ISBN 978-80-263-1047-1.
52. RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2012. 466 s. ISBN 978-80-246-1985-9.
53. RABOCH, Jiří a kol. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. 466 stran. ISBN 978-80-246-4604-6.
54. RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Praha: Fokus, 2018. 75 stran. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

55. SCULL, Andrew T. *Šílenství a civilizace: kulturní historie duševních chorob od bible po Freuda a od blázince k moderní medicíně*. Vydání první. Praha: Academia, 2019. 528 stran, 32 nečíslovaných stran obrazových příloh. Historie. ISBN 978-80-200-2942-3.
56. SELIGMAN, Martin E. P. *Opravdové štěstí: pozitivní psychologie v praxi*. Vydání druhé. Praha: Ikar, 2015. 390 stran. ISBN 978-80-249-2944-6.
57. SCHEFFLER, Richard M., ed. a POTŮČEK, Martin, ed. *Mental health care reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the present*. 1st ed. Prague: Karolinum, 2008. 258 s. ISBN 978-80-246-1466-3.
58. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2009-2010*. 1. vyd. Olomouc: Olomoucký kraj, 2008. 99 s. ISBN 978-80-254-4082-7.
59. SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva a KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2015. 317 stran. ISBN 978-80-262-0976-8.
60. TEMPLEMORE, Vernon. *Nemoc jako cesta ke zdraví: holistický pohled na život a zdraví*. 1. vyd. Ostrava: OLDAG, 1998. 156 s. ISBN 80-85954-48-6.
61. TORESINI, Lorenzo, ed. a MEZZINA, Roberto, ed. *Za zdmi: deinstitucionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus, 2017. 230 stran. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-0-5.
62. VETEŠKA, Jaroslav a FISCHER, Slavomil. *Psychologie kriminálního chování: vybrané otázky etiologie, andragogické intervence a resocializace*. Vydání 1. Praha: Grada, 2020. 208 stran. Psyché. ISBN 978-80-271-0731-5.
63. VONDRÁČEK, Vladimír a HOLUB, František. *Fantastické a magické z hlediska psychiatrie*. V Praze: Columbus, 2012. 431 s., [80] s. obr. příl. ISBN 978-80-87588-04-8.

64. WALLACE IV, Edwin R. a John GACH. *History of psychiatry and medical psychology with an epilogue on psychiatry and the mind-body relation* [online]. New York: Springer, 2008 [cit. 2016-05-27]. ISBN 978-038-7347-080.
65. WEISS, Gilbert. A Ruth WODAK. *Critical discourse analysis: theory and interdisciplinarity*. New York: Palgrave Macmillan, 2003. ISBN 03-339-7023-3.
66. WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ. 2013. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Psychiatrické centrum Praha. ISBN 978-80-87142-21-9.

#### **Internetové zdroje:**

ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*. In: 2006. [online] 2006 [cit. 2020-06-30]. Dostupné také z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_108\\_2006](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006)

ČESKÁ REPUBLIKA. *Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon)*. In: 2009. [online] 2009 [cit. 2020-06-30]. Dostupné také z: [https://ppropo.mpsv.cz/zakon\\_198\\_2009](https://ppropo.mpsv.cz/zakon_198_2009)

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE A DUŠEVNÍ ZRAVÍ (CMHCD). 2017. *Politika péče o duševní zdraví: zpráva o současném stavu*. *Www.cmhcd.cz*. [online]. [cit. 2020-04-18]. Dostupné také z:

[http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/cast_1_1_3_05.pdf)

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE A DUŠEVNÍ ZRAVÍ (CMHCD). 2017a. *Stopstigma*. *Www.cmhcd.cz* [online]. [cit. 2020-04-10]. Dostupné také z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/uvod/>

ČAPZ. 2017. *Mezinárodní listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů*. *Www.capz-esprit.sweb.cz* [online]. [cit. 2020-04-04]. Dostupné také z: [http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar\\_mezinar\\_listina\\_prav.html](http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/deklar_mezinar_listina_prav.html)

EVROPSKÝ SOCIÁLNÍ FOND (ESFCR). 2017. *Principy komunitní práce: Principy komunitní práce a vodítka pro předkládání projektů komunitní práce*. *Www.esfcr.cz*

[online]. [cit. 2020-04-08]. Dostupné také z:

<https://www.esfcr.cz/documents/21802/2524297/P8+Principy+a+voditka+KP.pdf/8d56fa28-e648-451e-af32-1bba449dc881>

FOKUS ČR. 2013. *Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním: Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním*. *Www.fokus-cz.cz*

[online]. [cit. 2020-04-09]. Dostupné také z: [http://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-](http://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim)

[dusevnim-onemocnenim](http://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim)

HOLLÝ, Martin. *Reforma psychiatrické péče*. *Postgraduální medicína* [online]. 2014,

ročník 17, č. 6 [cit. 2020-08-10]. ISSN 1212-4184. Dostupné také

z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/reforma-psychiatricke-pece-475769>.

CHARITA OLOMOUC. *Lidé s duševním onemocněním* [online] 2020 [cit. 2020-09-19].

Dostupné také z: <https://www.olomouc.charita.cz/nase-sluzby/lide-s-dusevnim-onemocnenim/>

CHARITA PROSTĚJOV. *Sociální rehabilitace Cesta* [online] 2020 [cit. 2020-09-19].

Dostupné také z: <https://www.prostějov.charita.cz/poskytovane-sluzby/socialni-rehabilitace-cesta/>

CHARITA ZÁBŘEH. *SOREHA sociální rehabilitace* [online] 2020 [cit. 2020-09-19].

Dostupné také z:

[http://www.zabreh.caritas.cz/cs/cinnost/socrehabilitace.php?menu=nase\\_cinnost](http://www.zabreh.caritas.cz/cs/cinnost/socrehabilitace.php?menu=nase_cinnost)

ITINERARI BASAGLIANI. *Riforma in psichiatria* [online] 2020 [cit. 2020-09-18].

Dostupné také z: <https://www.itineraribasagliani.org/partner/>

MEDCALC. *Statistical software* [online] 2020 [cit. 2020-09-01]. Dostupné také

z: <https://www.medcalc.org/index.php>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR (MZ). 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. *Www.reformapsychiatrie.cz* [online]. [cit. 2020-03-07]. Dostupné také z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.WOCyhTvyjb0>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ České republiky [online]. 2020 [cit. 2020- 08-08]. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0. Praha, 2013. Dostupné také z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95dee355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pece.pdf?ext=.pdf>.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR (MZ). 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. *Www.reformapsychiatrie.cz* [online]. [cit. 2020-08-10]. Dostupné také z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf)

OLOMOUCKÝ KRAJ. *Katalog poskytovatelů sociálních služeb a vybraných zdravotních služeb v Olomouckém kraji* [online]. 2020 [cit. 2020- 07-10]. Dostupné také z: <https://kissosok-katalog.olkraj.cz/>

PĚČ, O. et al. 2009. *Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze*. *Psychiatrie* 13/1: 10-14. Dostupné také z: <http://www.cmhcd.cz/dokumenty/potreby-odborniku-psychiaticke-pece.pdf>

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Reforma psychiatrické péče* [online]. 2020 [cit. 2020- 09-30]. Dostupné také z: <https://www.psychiatrie.cz/reforma>

PSYCHOSOCIÁLNÍ CENTRUM PŘEROV. *Centrum duševního zdraví* [online]. 2020 [cit. 2020- 08-10]. Dostupné také z: <https://www.psyche.cz/cdz>

RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds.). 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí).: Odborná zpráva z projektu*. [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost o.s. [cit. 2020-04-02]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf)

SALUTE MENTALE. *Forumsalutementale* [online] 2020 [cit. 2020-09-18]. Dostupné také z: <http://www.news-forumsalutementale.it/l'uomo-che-sussurrava-ai-pazienti/>

SPOLEČNOST MANA, o. p. s. *Péče a podpora osob se závažným duševním onemocněním* [online] 2020 [cit. 2020-08-15]. Dostupné také z: <https://manaol.cz/projekty/centrum-dusevniho-zdravi/>

SPOLEK KOLUMBUS. *Usilování o dodržování základní listiny lidských práv a svobod pro duševně nemocné lidi* [online] 2020 [cit. 2020-08-15]. Dostupné také z: <https://www.spolekkolumbus.cz/cs/>

STATE OF MIND *Franco Basaglia* [online] 2020 [cit. 2020-09-19]. Dostupné také z: <https://www.stateofmind.it/2019/01/franco-basaglia/>

US Dept of Health and Human Services and SAMHSA Center for Mental Health Services (2004). *National Consensus Statement on Mental Health Recovery* [online] Dostupné také z: [http://www.apna.org/files/public/National\\_Consensus\\_Statement\\_trifold.pdf](http://www.apna.org/files/public/National_Consensus_Statement_trifold.pdf) [cit. 2020-05-27]

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR (ÚZIS). 2014. *Poruchy duševní a poruchy chování. Www.uzis.cz.* [online]. [cit. 2020-03-13]. Dostupné také z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

VLÁDA ČR. 2006. *Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání. Www.vlada.cz* [online]. [cit. 2017-04-04]. Dostupné také z: <https://www.vlada.cz/cz/ppov/rlp/dokumenty/zpravy-plneni-mezin-umluv/evropska-umluva-o-zabraneni-muceni-a-nelidskemu-nebo-ponizujicimu-zachazeni-nebo-trestani-17701>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *HEALTH21 – health for all in the 21st century* [online] 2020 [cit. 2020-09-11]. Dostupné také z: <https://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health21-health-for-all-in-the-21st-century>

ZAHRADA 2000. *Sociální služby a podpora a péče pro osoby s duševním onemocněním* [online] 2020 [cit. 2020-08-25]. Dostupné také z: <http://www.zahrada2000.cz/socialni-sluzby/>

ZÁKON PRO LIDI [online]. 2010-2020 [cit. 2020- 07-11]. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

- aj. a jiné.
- APA Americká psychiatrická asociace.
- apod. a podobně.
- atd. a tak dále.
- BP bipolární porucha.
- BSC metoda rovnováhy.
- CARe metoda, která napomáhá k zotavení.
- CDZ Centrum duševního zdraví.
- CIDI ucelený mezinárodní diagnostický rozhovor.
- CT výpočetní tomografie.
- č. číslo.
- ČR Česká republika.
- DNA deoxyribonukleová kyselina.
- DRD2 dopaminovaný receptor D2.
- DSM Americká klasifikace nemocí.
- ECT elektrokonvulzivní terapie.
- EEG elektroencefalografie.
- EU Evropská unie.
- FACT flexibilní asertivní model komunitní péče.
- Ha hypotéza alternativní.
- Ho hypotéza nulová.
- HDP hrubý domácí produkt.
- KBT kognitivně behaviorální terapie.
- MDD depresivní porucha.
- MDQ dotazník poruch nálady.



- MHD městská hromadná doprava.
- MKN Mezinárodní klasifikace nemocí.
- MMSE krátký test kognitivních funkcí.
- MPSV Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- MRI magnetická rezonance.
- MSE vyšetření duševního zdraví.
- MZ Ministerstvo zdravotnictví.
- např. například.
- NICE Mezinárodní institut zdraví a péče.
- OSN Organizace spojených národů.
- př. n. l. před naším letopočtem.
- s. stránka.
- Sb. Sběrka zákonů.
- SMI závažné duševní poruchy.
- sv. svatý
- tj. to jest.
- tzv. tak zvaný.
- USA Spojené státy americké.
- WHO Světová zdravotnická organizace.

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Věk respondentů

Graf č. 2: Omezení svéprávnosti

Graf č. 3: Vzdělání respondentů

Graf č. 4: Práce

Graf č. 5: Činnost sociálních služeb a

Graf č. 6: Činnost sociálních služeb b

Graf č. 7: Svéprávnost

Graf č. 8: Vzdělání

Graf č. 9: Vnímání reformních změn v psychiatrii

Graf č. 10: Dosažené vzdělání v souvislosti s typem diagnózy

## SEZNAM TABULEK

- Tabulka č. 1: Základní třídění respondentů
- Tabulka č. 2: Aktuální zaměstnanost
- Tabulka č. 3: Spokojenost s pracovním poměrem
- Tabulka č. 4: Vykonávaná pracovní činnost
- Tabulka č. 5: Odpovídající pracovní pozice
- Tabulka č. 6: Výpomoc s hledáním práce
- Tabulka č. 7: Činnost sociálních služeb
- Tabulka č. 8: První kontakt se sociálními službami
- Tabulka č. 9: Využívání sociálních služeb
- Tabulka č. 10: Saturace sociálními službami
- Tabulka č. 11: Využívání sociálních služeb
- Tabulka č. 12: Nevyužívání sociálních služeb
- Tabulka č. 13: Pozitivní zkušenost se sociálními službami I
- Tabulka č. 14: Negativní zkušenost se sociálními službami I
- Tabulka č. 15: Pozitivní zkušenost se sociálními službami II
- Tabulka č. 16: Negativní zkušenost se sociálními službami II
- Tabulka č. 17: Definice potřeb
- Tabulka č. 18: Získávání finančních prostředků I
- Tabulka č. 19: Získávání finančních prostředků II
- Tabulka č. 20: Bydlení I
- Tabulka č. 21: Bydlení II
- Tabulka č. 22: Pomoc rodiny I
- Tabulka č. 23: Pomoc rodiny II
- Tabulka č. 24: Pomoc rodiny III
- Tabulka č. 25: Výpomoc s bydlením
- Tabulka č. 26: Resocializační program
- Tabulka č. 27: Služby resocializačního programu
- Tabulka č. 28: Dostatečnost služeb
- Tabulka č. 29: Sociální zdatnost
- Tabulka č. 30: Vnímání reformních změn
- Tabulka č. 31: Pozitivní změny
- Tabulka č. 32: Negativní změny

Tabulka č. 33: CDZ

Tabulka č. 34: Zkušenost s CDZ

Tabulka č. 35: Výhody CDZ

Tabulka č. 36: Nevýhody CDZ

Tabulka č. 37: Portfolium CDZ

Tabulka č. 38: Výhody hospitalizace

Tabulka č. 39: Nevýhody hospitalizace

Tabulka č. 40: Kvalita života I

Tabulka č. 41: Kvalita života II

Tabulka č. 42: Stigmatizace

Tabulka č. 43: Přístup okolí

Tabulka č. 44: Omezení právní způsobilosti

Tabulka č. 45: Vzdělání I

Tabulka č. 46: Vzdělání II

Tabulka č. 47: Vzdělání v souvislosti se SMI

Tabulka č. 48: CDZ v souvislosti s reformou v psychiatrii

Tabulka č. 49: Využívání sociálních služeb v souvislosti s kvalitou života

Tabulka č. 50: Spokojenost se sociálními službami

Tabulka č. 51: Zaměstnanost

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník

Příloha P II: Informovaný souhlas s dotazníkovým šetřením

Příloha P III: Tabulky

Příloha P IV: Grafy

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dobrý den, jsem absolvent magisterského studia sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Součástí mé rigorózní práce je výzkum, který se snaží prokázat skutečnost, že po transformaci sociálních služeb Olomouckého kraje v důsledku probíhající reformy psychiatrické péče jsou poskytnuty adekvátní služby a podpora osobám s duševním onemocněním, především z okruhu SMI, a to především k udržení jejich běžného sociálního standardu s odpovídající kvalitou. Prosím o vyplnění dotazníku, který mi pomůže k realizaci mého výzkumu. Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte, případně odpověď vypište. Dotazník je anonymní a získaná data budou sloužit pouze pro účel mé rigorózní práce. Děkuji za Váš čas při vyplnění tohoto dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
  - A. Muž
  - B. Žena
  
2. Kolik je Vám let?
  - A. 15 – 30 let
  - B. 31 – 40 let
  - C. 41 – 50 let
  - D. 51 a více
  
3. Jste omezen ve svéprávnosti?
  - A. Ano
  - B. Ne
  
4. Vaše maximální dosažené vzdělání?
  - A. Základní
  - B. Středoškolské, bez maturity
  - C. Středoškolské, s maturitou
  - D. Vysokoškolské

5. Vykonáváte či vykonával jste práci, která odpovídá Vašemu vzdělání? Upřesněte.

A. Ano: \_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

6. Jste momentálně zaměstnaný?

A. Ano

B. Ne

7. Jste spokojený s pracovním poměrem/Vámi vykonávanou pracovní činností?

A. Ano

B. Ne

8. Pracujete na hlavní pracovní poměr?

A. Ano

B. Ne

9. Kdo Vám vypomáhá s hledáním a udržením práce?

A. Sám

B. Rodina

C. Přátelé

D. Soc. služby

10. Pokud sociální služby, jakým způsobem vypomáhaly?

A. Kontaktovaly Vás

B. Vy jste musel vyhledat jejich služby

C. Třetí strana (psychiatr, praktik, CDZ...)

11. Pokud Vás kontaktovaly, kde se to odehrálo?

A. Během hospitalizace

B. Po propuštění (CDZ, stacionáře, ambulance)

C. Jiné: \_\_\_\_\_

12. Využíváte sociální služby?

A. Ano

B. Ne

13. Pokud ano, o které služby se konkrétně jedná?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

14. Pokud nevyužíváte sociální služby, uveďte proč?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

15. Dokáží sociální služby saturovat/uspokojovat Vaše potřeby?

A. Ano

B. Ne

16. Jaké máte pozitivní zkušenosti se sociálními službami?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_



17. Jaké máte negativní zkušenosti se sociálními službami?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

18. Dokážete definovat/popsat Vaše potřeby?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

19. Jakým způsobem získáváte finanční prostředky? (můžete uvést více možností)

- A. Mzda (případně nemocenská)
- B. Podpora v nezaměstnanosti
- C. Důchod (invalidní, starobní)
- D. Sociální dávky (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, příspěvek na bydlení, mimořádná okamžitá pomoc)
- E. Jinak (uveďte, jakým způsobem)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

20. Máte dostatek peněz k uspokojení svých potřeb?

- A. Ano: \_\_\_\_\_
- B. Ne: \_\_\_\_\_

21. Kde v současné době bydlíte? (můžete uvést více možností)

A. Sám/a (ve vlastním bytě či domě)

B. S rodinou

C. Na ubytovně, v azylovém domě

D. Bez domova

E. Jinak: \_\_\_\_\_

22. Je Vaše rodina součinná při pomoci?

A. Ano

B. Ne

23. Pokud ano, jakým způsobem?

---

---

24. Pokud ne, uveďte proč?

---

---

25. Kdo Vám vypomáhá se zajištěním bydlení? (můžete uvést více možností)

A. Sám

B. Rodina

C. Opatrovník

D. Sociální služby

E. Jiné: \_\_\_\_\_

26. Kdo se stará o Vaše finance? Můžete uvést více možností)

A. Sám

B. Rodina

C. Opatrovník

D. Sociální služby

E. Jiné: \_\_\_\_\_

27. Prošel jste resocializačním programem?

A. Ano

B. Ne

28. Pokud ano, co Vám to přineslo pozitivního a co negativního?

A. Pozitivní

zkušenost: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Negativní

zkušenost: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

29. Jaké konkrétní sociální služby Vám byly nabídnuty v rámci resocializačního programu?

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

➤ \_\_\_\_\_

30. Domníváte se, že jsou tyto služby dostačující? Upřesněte

A. Ano: \_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

C. Nevím: \_\_\_\_\_

31. Cítíte se sociálně zdatnější/jistější po absolvování resocializačního programu?

Upřesněte.

A. Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. Vnímáte jednotlivé kroky/změny v rámci reformy v psychiatrii? Upřesněte

- A. Ano
- B. Ne
- C. Nevím

33. Pokud ano, jaké pozitivní změny vnímáte?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

34. Pokud ne, jaké negativní změny vnímáte?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

35. Navštěvujete CDZ, denní stacionáře, specializované rozšířené ambulance? Pokud ano, napište konkrétně jaké.

- A. Ano: \_\_\_\_\_
- B. Ne: \_\_\_\_\_

36. Jaké máte zkušenosti s CDZ?

---

---

---

37. Jaké vidíte výhody CDZ oproti předchozímu systému/lůžkovým zařízením/v mezioborové spolupráci?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

38. Jaké vidíte nevýhody CDZ oproti předchozímu systému/lůžkovým zařízením/v mezioborové spolupráci?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

39. Co byste změnil či co doplnil do portfolia/spektra služeb CDZ?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

40. V čem vidíte výhody institucionalizované péče/hospitalizace?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

41. V čem vidíte nevýhody institucionalizované péče/hospitalizace?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

42. Jak jste spokojen/a s intenzitou a kvalitou zdravotní péče poskytované lékaři, všeobecnými sestrami, soc. pracovníci?

A. Spokojen: \_\_\_\_\_

B. Nespokojen: \_\_\_\_\_

C. Nevím: \_\_\_\_\_

43. Pokud ano, jaké pozitivní změny vnímáte?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

44. Pokud ne, jaké negativní změny vnímáte?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

45. Jak byste aktuálně hodnotil/a kvalitu svého života? Upřesněte.

A. Spokojen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Nespokojen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. Nevím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

46. Máte pocit, že je s Vámi jednáno a zacházeno důstojně a s respektem k Vaším potřebám?

A. Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. Nevím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

47. Přijdete si stigmatizovaný/poznámenaný svou diagnózou?

A. Ano: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

B. Ne: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

C. Nevím: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

48. Jak subjektivně vnímáte pohled na Vaši osobu od okolí v souvislosti s Vaší diagnózou?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

49. Dokážete popsat, jakou nemocí trpíte?

---

---

50. Dokážete spolehlivě rozpoznat prvotní příznaky choroby? Jaké to jsou?

A. Ano: \_\_\_\_\_

B. Ne

C. Nevím

51. U koho vyhledáváte pomoc? (můžete uvést více možností)

A. Rodina

B. Sociální pracovník

C. Ambulantní psychiatr

D. CDZ

E. Nemocnice

F. Záchraná služba

G. Jiné: \_\_\_\_\_

52. Co aktuálně považujete za svůj největší problém?

---

---

53. Pokud nějaký problém vnímáte/pocítujete, víte jak ho řešit?

---

---



54. Když se necítíte dobře/máte problém, kde vyhledáváte jako první pomoc?

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

55. Co pro Vás momentálně můžu udělat?

---

---

## **PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS S DOTAZNÍKOVÝM ŠETŘENÍM**

Dobrý den,

jsem absolvent magisterského studia sociální pedagogiky na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Součástí mé rigorózní práce je výzkum, který se snaží prokázat skutečnost, že po transformaci sociálních služeb Olomouckého kraje v důsledku probíhající reformy psychiatrické péče jsou poskytnuty adekvátní služby a podpora osobám s duševním onemocněním, především z okruhu SMI, a to především k udržení jejich běžného sociálního standardu s odpovídající kvalitou.

### **Cíle a zdůvodnění**

Snahou rigorózní práce je mapování působnosti a následné transformace sociálních služeb v Olomouckém kraji, které se cíleně zaměřují na osoby s duševním onemocněním, především z okruhu diagnóz SMI (schizofrenie, schizoafektivní poruchy, bipolární afektivní poruchy) a zda dokáží saturovat potřeby ve všech oblastech života u této úzce profilované klientely v přímé souvislosti s probíhající reformou psychiatrické péče. Jednotlivé potřeby u osob s duševním onemocněním mohou být různé na základě subjektivního vnímání jedince. Mezi ně můžeme zařadit potřebu práce, mít rodinu, dostatek finančních prostředků, vlastní bydlení, důstojnou roli ve společnosti apod. Vzhledem k širokému spektru potřeb, které ovlivňují kvalitu života, se budeme zajímat především o ty potřeby, které mají ve svém portfoliu sociální služby Olomouckého kraje a zda dokáží promptně reagovat na změny v oblasti poskytování služeb u osob s duševním onemocněním v souvislosti s reformou v psychiatrii.

### **Výzkumný problém**

Jaká je profilace sociálních služeb Olomouckého kraje v souvislosti s poptávkou zajištění potřeb u osob s duševním onemocněním především z okruhu diagnóz SMI?

### **Cíl výzkumného šetření**

Cílem výzkumného šetření je zjistit fakt, jak je aktuálně saturovaný trh v oblasti poskytování sociálních služeb v Olomouckém kraji u osob s duševním onemocněním v souvislosti s právě probíhající reformou psychiatrické péče.

### Informovaný souhlas s dotazníkem

Tímto Vás žádám o provedení dotazníkové šetření u vašich klientů z důvodu mapování působnosti sociálních služeb Olomouckého kraje, které jsou cíleně zaměřeny pro osoby s duševním onemocněním. Dotazník je zcela anonymní a je dodržována legislativa související s GDPR ohledně ochrany osobních údajů.

#### Prohlášení účastníka:

Souhlasím s tím, že mi byl výše jmenovaný projekt vysvětlen k mé spokojenosti a souhlasím se svojí účastí v dotazníkovém šetření. Četl jsem informovaný souhlas a informace o projektu a rozumím tomu, co účast ve výzkumu obnáší.

STATUTÁRNÍ MĚSTO  
OLOMOUC  
odbor sociálních věcí  
779 11

Mgr. Bc. Kateřina Coufalová

## PŘÍLOHA P III: TABULKY

Tabulka č. 1

		počet	procento
1. Pohlaví	Muž	116	58,0 %
	Žena	84	42,0 %
2. Věk	15 - 30 let	23	11,5 %
	31 - 40 let	63	31,5 %
	41 - 50 let	69	34,5 %
	51 let a více	45	22,5 %
3. Omezení svéprávnosti	Ano	79	39,5 %
	Ne	121	60,5 %
4. Vzdělání	Základní	62	31,0 %
	Středoškolské bez maturity	45	22,5 %
	Středoškolské s maturitou	61	30,5 %
	Vysokoškolské	32	16,0 %

Tabulka č. 2

		počet	procento
6. Jste momentálně zaměstnaný?	Ano	80	40,0 %
	Ne	120	60,0 %

Tabulka č. 3

Odpovědi momentálně zaměstnaných		počet	procento
5. Práce odpovídající vzdělání	Ano	67	83,8 %
	Ne	13	16,3 %
7. Jste spokojený s pracovním poměrem/ Vámi vykonávanou pracovní činností?	Ano	66	82,5 %
	Ne	13	16,3 %
	bez odpovědi	1	1,3 %
8. Pracujete na hlavní pracovní poměr?	Ano	65	81,3 %
	Ne	14	17,5 %
	bez odpovědi	1	1,3 %

Tabulka č. 4

	počet	procento
úřední práce	6	7,5 %
účetní	1	1,3 %
pedagog	12	15,0 %
právník	1	1,3 %
lékař	4	5,0 %
zdravotní sestra	1	1,3 %
psycholog	1	1,3 %
gastronomie/ kuchař/ pekař/ číšník/ cukrář	7	8,8 %
sociální pracovník	2	2,5 %
profesionální řidič	2	2,5 %
řemeslník	6	7,5 %
OSVČ	6	7,5 %
pokladní	2	2,5 %
kód 17	1	1,3 %
neuvedeno	28	35,0 %
<b>Celkem momentálně zaměstnaných</b>	<b>80</b>	<b>100 %</b>

Tabulka č. 5

Odpovědi všech respondentů		počet	procento
5. Práce odpovídající vzdělání	Ano	108	54,0 %
	Ne	92	46,0 %
7. Jste spokojený s pracovním poměrem/ Vámi vykonávanou pracovní činností?	Ano	82	41,0 %
	Ne	115	57,5 %
	bez odpovědi	3	1,5 %
8. Pracujete na hlavní pracovní poměr?	Ano	73	36,5 %
	Ne	124	62,0 %
	bez odpovědi	3	1,5 %

Tabulka č. 6

		počet	procento
9. Kdo Vám pomáhá s hledáním a udržením práce?	Sám	108	54,0 %
	Rodina	31	15,5 %
	Přátelé	13	6,5 %
	Soc. služby	93	46,5 %

Tabulka č. 7

		počet	procento
10. Pokud sociální služby, jakým způsobem vypomáhaly?	Kontaktovaly Vás	59	63,4 %
	Vy jste musel vyhledat jejich služby	3	3,2 %
	Třetí strana (psychiatr, praktik, CDZ)	31	33,3 %

Tabulka č. 8

		počet	procento
11. Kde proběhl kontakt se sociálními službami?	Během hospitalizace	56	94,9 %
	Po propuštění (CDZ, stacionáře, ambulance)	2	3,4 %
	Jiné	1	1,7 %

Tabulka č. 9

		počet	procento
12. Využíváte soc. služby?	Ano	98	49,0 %
	Ne	102	51,0 %

Tabulka č. 10

Respondenti, kteří využívají sociální služby		počet	procento
15. Saturují soc. služby Vaše potřeby?	Ano	72	73,5 %
	Ne	26	26,5 %

Tabulka č. 11

13. Jaké sociální služby využíváte?	počet	procento
Denní stacionář	10	11,2 %
Pomoc s domácností/ jídlo	38	42,7 %
Opatrovník/ peníze/ důchod/ příspěvky	30	33,7 %
Poradenství/ Pomoc s oddlužením	8	9,0 %
Resocializační program / soc. rehabilitace/ nácvik soběstačnosti	14	15,7 %
Terénní služby/ doprovod na úřady/ CDZ	12	13,5 %
Bydlení ve fázi žádosti	23	25,8 %
Péče o děti/ krizová intervence	6	6,7 %
Hledání práce	16	18,0 %
Volný čas	10	11,2 %
Pomocné skupiny	3	3,4 %

Tabulka č. 12

		počet	procento
14. Pokud nevyužíváte sociální služby, proč?	Nepotřebuji/ soběstačný/ mám rodinu	68	66,7 %
	Nevím/ neinformovanost/ dostupnost	6	5,9 %
	Hospitalizace	11	10,8 %
	Chystám se	14	13,7 %
	Neuvedeno	3	2,9 %

Tabulka č. 13

16. Pozitivní zkušenost se sociálními službami	počet	procento
Snaží se mi pomoci/ podpora při léčbě/ ochota	38	41,3 %
Sociální kontakt	20	21,7 %
Zajištění financí	10	10,9 %
Individuální přístup/ plánování/ spolupodílení/ profesionalita	7	7,6 %
Aktivity/ vzdělávání/ kurzy/ volný čas	5	5,4 %
Zajištění bydlení	2	2,2 %
Nemám	12	13,0 %

Tabulka č. 14

17. Negativní zkušenost se soc. službami	počet	procento
Nedostatek financí	11	18,3 %
Neochota/ nezájem/ pasivita	10	16,7 %
Nedostatek bydlení	6	10,0 %
Úzká profilace/ nekompetentnost	3	5,0 %
Nemám	32	53,3 %

Tabulka č. 15

16. Pozitivní zkušenost se soc. službami	počet	procento
Sociální kontakt	18	18,4 %
Snaží se mi pomoci/ podpora při léčbě/ ochota	36	36,7 %
Aktivity/ vzdělávání/ kurzy/ volný čas	3	3,1 %
Zajištění bydlení	2	2,0 %
Nemám	4	4,1 %
Individuální přístup/ plánování/ spolupodílení/ profesionalita	3	3,1 %
Zajištění financí	5	5,1 %
neuvedeno	27	27,6 %

Tabulka č. 16

17. Negativní zkušenost se soc. službami	počet	procento
Nedostatek financí	10	10,2 %
Nedostatek bydlení	3	3,1 %
Nemám	23	23,5 %
Neochota/ nezájem/ pasivita	8	8,2 %
Úzká profilace/ nekompetentnost	1	1,0 %
neuveдено	55	56,1 %

Tabulka č. 17

18. Definování vašich potřeb	počet	procento
Samostatné bydlení	80	41,7 %
Práce	33	17,2 %
Jídlo/ soběstačnost/ nákupy	26	13,5 %
Rodina/ děti	23	12,0 %
Peníze	21	10,9 %
Zdraví	17	8,9 %
Psychoterapie/ arteterapie/ vzdělání	7	3,6 %
Přátelé	2	1,0 %
Volný čas/ sport/ sociální kontakt	2	1,0 %

Tabulka č. 18

19. Jakým způsobem získáváte finanční prostředky?	počet	procento
Mzda	66	33,0 %
Podpora v nezaměstnanosti	12	6,0 %
Důchod (invalidní, starobní)	93	46,5 %
Sociální dávky	39	19,5 %
E - Jinak	14	7,0 %

Tabulka č. 19

E - Jinak	počet	procento
Krádeže	5	35,7 %
Rodiče/ rodina	4	28,6 %
Brigády	5	35,7 %



Tabulka č. 20

		počet	procento
21. Kde v současné době bydlíte?	Sám/a (ve vlastním bytě či domě)	42	21,0 %
	S rodinou	69	34,5 %
	Na ubytovně, v azylovém domě	31	15,5 %
	Bez domova	23	11,5 %
	Jinak	35	17,5 %

Tabulka č. 21

E - Jinak	počet	procento
Hospitalizace	30	73,2 %
Přátelé/rodina	7	17,1 %
Podporované bydlení	4	9,8 %

Tabulka č. 22

		počet	procento
22. Je vaše rodina součinná při pomoci?	Ano	113	56,5 %
	Ne	87	43,5 %

Tabulka č. 23

		počet	procento
23. Pokud ano, jakým způsobem?	Finanční/ materiální/ morální pomoc	104	92,9 %
	Návštěvy	4	3,6 %
	Opatrovník	4	3,6 %

Tabulka č. 24

		počet	procento
24. Pokud ne, uveďte proč?	Nikoho nemám	42	50,0 %
	Nemají zájem	27	32,1 %
	Nechci	12	14,3 %
	Nevím	3	3,6 %

Tabulka č. 25

25. Kdo vypomáhá se zajištěním bydlení?	počet	procento
Sám	91	45,5 %
Rodina	77	38,5 %
Opatrovník	48	24,0 %
Sociální služby	67	33,5 %
Jiné	7	3,5 %

Tabulka č. 26

		počet	procento
27. Prošel jste resocializačním programem?	Ano	76	38,0%
	Ne	124	62,0%

Tabulka č. 27

29. Jaké konkrétní služby vám byly nabídnuty v rámci resocializačního programu?	počet	procento
Soc. rehabilitace/ nácvik soběstačnosti	37	45,1 %
Práce s PC	36	43,9 %
Jednání s úřady	29	35,4 %
Nabídka soc. služeb	19	23,2 %
Obsluha domácích spotřebičů/ práce v domácnosti	14	17,1 %
Poradenství dluhové, právní, sociální	9	11,0 %
Sociální kontakt	6	7,3 %
Cvičení/ sportovní aktivity	5	6,1 %
Finanční gramotnost	4	4,9 %
Nabídka práce	4	4,9 %
Hippoterapie/ canisterapie/ dílny	3	3,7 %

Tabulka č. 28

		počet	procento
30. Domníváte se, že jsou tyto služby dostačující?	Ano	116	58,0 %
	Ne	4	2,0 %
	Nevím	80	40,0 %

Tabulka č. 29

		počet	procento
31. Cítíte se sociálně zdatnější po absolvování resocializačního programu?	Ano	105	52,5 %
	Ne	78	39,0 %
	bez odpovědi	17	8,5 %

Tabulka č. 30

		počet	procento
32. Vnímáte jednotlivé kroky/ změny v rámci reformy?	Ano	45	22,5 %
	Ne	29	14,5 %
	Nevím	126	63,0 %

Tabulka č. 31

33. Pokud ano, jaké pozitivní změny vnímáte?	počet	procento
Více služeb	13	48,1 %
Zlepšena životní úroveň	3	11,1 %
Nové ambulance / CDZ	3	11,1 %
Destigmatizace	4	14,8 %
Méně hospitalizací	4	14,8 %
Individuální přístup / spolupodílení / plánování	7	58,3 %
Komplexnost	5	41,7 %
Regulace omezovacích prostředků	2	11,8 %
Erudovanost/ kvalita péče / profesionalita	11	64,7 %
Práce s rodinou	4	23,5 %

Tabulka č. 32

		počet	procento
34. Pokud ne, jaké negativní změny vnímáte?	Malá kapacita služeb	2	5,1 %
	Nedostupnost	10	25,6 %
	Dlouhé objednávací lhůty	2	5,1 %
	Legislativní ukotvenost/ proplácení výkonů/ nesystémovost/ nekompetentnost	8	20,5 %
	Málo organizovaných činností	5	12,8 %
	Nevnímám	12	30,8 %

Tabulka č. 33

		počet	procento
35 Navštívujete CDZ, denní stacionáře...?	Ano	45	22,5 %
	Ne	155	77,5 %
35. upřesnění	CDZ	9	36,0 %
	Denní stacionář	3	12,0 %
	Mana	7	28,0 %
	Sv. Vincenc	4	16,0 %
	Anonymní skupiny	2	8,0 %

Tabulka č. 34

		počet	procento
36. Jaké máte zkušenosti s CDZ?	Nemám	147	76,6 %
	Dobré	19	9,9 %
	Špatné	11	5,7 %
	Co to je?	13	6,8 %
	Nevyužil možnosti	2	1,0 %

Tabulka č. 35

37. Výhody CDZ	počet	procento
Vše na jednom místě/ propojenost služeb/ multidisciplinární přístup	13	22,0 %
Nabídka služeb/ spektrum/ komplexnost	13	22,0 %
Nemusím být hospitalizován/snížení hospitalizace	13	22,0 %
Spolupodílení na léčbě/ aktivizace/ plánování/ individuální přístup	9	15,3 %
Respektování lidských práv/ autonomie pacienta	2	3,4 %
Chodí do domácnosti	2	3,4 %
Kontakt s rodinou	1	1,7 %
Krizová intervence	1	1,7 %
Předcházení relapsům	1	1,7 %
Dobrovolnost	1	1,7 %
Nevím	12	20,3 %

Tabulka č. 36

38. Nevýhody CDZ	počet	procento
Legislativní problematika/ kompetentnost/ roztržštění systému	7	31,8 %
Není v místě bydliště/ dojíždění / malá propagace	4	18,2 %
Platby za služby	4	18,2 %
Podfinancováno	3	13,6 %
Motivace pacienta/ důslednost	3	13,6 %
Neschopnost řešit akutní stavy/ neprofesionalita	2	9,1 %
Nemůžu tam bydlet/bez pobytových služeb	2	9,1 %

Tabulka č. 37

39. Co byste změnil či doplnil do portfolia služeb CDZ?	počet	procento
Volný čas/sport	16	48,5%
Širší nabídka služeb	6	18,2%
Chráněné bydlení/Krátkodobé pobytové služby	4	12,1%
Podporované zaměstnání	4	12,1%
Setkávání s lidmi/edukační programy/prezentace ve školách	2	6,1%
Lepší dostupnost	2	6,1%
Podporovat vztahy	1	3,0%
Práce s rodinou	0	0,0%

Tabulka č. 38

40. V čem vidíte výhody institucionalizované péče hospitalizace?	počet	procento
Permanentní dohled zdravotníků/ důslednost	28	14,0%
Profesionalita/ multidisciplinarita	12	6,0%
Soustředěnost na léčbu/ komplexnost péče	10	5,0%
Vše pod jednou střechou (teplo, jídlo, postel)	13	6,5%
Odpočinku si od problémů venku/ relax	4	2,0%
Jídlo/ pravidelnost/ dodržování diety	2	1,0%
Našetření peněz	2	1,0%
Ochrana společnosti	1	0,5%
Předcházení relapsům	1	0,5%
Lékař každý den/ permanentní kontakt s personálem	1	0,5%
Nemusím se o nic starat	34	17,0%
Vyřešení soc. záležitostí	2	1,0%
Vše zdarma	10	5,0%
kamarádi	12	6,0%
Abstinence	2	1,0%
Žádné výhody	16	8,0%
Profesionalita/ ochota	11	11,0%
Nevím	22	5,5%
Neuvedeno	19	9,5%

Tabulka č. 39

41. V čem vidíte nevýhody institucionalizované péče hospitalizace?	počet	procento
Přísný režim	23	13,3 %
Zneužívání	2	1,2 %
Odloučení od rodiny	8	4,6 %
Pracovní neschopnost	6	3,5 %
Žádné povinnosti/omezená spolupráce	5	2,9 %
Délka hospitalizace	13	7,5 %
Hodně pacientů	1	0,6 %
Omezený pohyb/ bez vycházek do města	16	9,2 %
Omezení svobody	22	12,7 %
Pasivita/nuda	2	1,2 %
Málo soukromí	11	6,4 %
Žádné	62	35,8 %
Málo času	2	1,2 %

Tabulka č. 40

		počet	procento
45. Jak byste aktuálně hodnotil/a kvalitu svého života? Upřesněte.	Spokojen	114	57,0 %
	Nespokojen	54	27,0 %
	Nevím	32	16,0 %

Tabulka č. 41

45. upřesnění	počet	procento
Nemám bydlení	15	35,7%
Nemám peníze	6	14,3%
Snížená kvalita života	12	28,6%
Partnerské problémy	3	7,1%
Hospitalizace	5	11,9%
Nemám práci	1	2,4%

Tabulka č. 42

		počet	procento
47. Přijdete si stigmatizovaný svou dg.?	Ano	41	20,5%
	Ne	106	53,0%
	Nevím	53	26,5%

Tabulka č. 43

		počet	procento
46. Máte pocit, že je s vámi jednáno a zacházeno důstojně a s respektem k vašim potřebám?	Ano	136	68,0 %
	Ne	24	12,0 %
	Nevím	40	20,0 %

Tabulka č. 44

		Využívá sociální služby	Nevyužívá sociální služby	p
Omezení způsobilosti k právním úkonům	Ano	49 62,0 %	30 38,0 %	<b>0,003</b>
	Ne	49 40,5 %	72 59,5 %	

Tabulka č. 45

		Využívá sociální služby	Nevyužívá sociální služby	p
Vzdělání	ZŠ	43 69,4 %	19 30,6 %	<b>0,0001</b>
	SŠ/VŠ	55 39,9 %	83 60,1 %	

Tabulka č. 46

		Vnímáte jednotlivé kroky/ změny v rámci reformy v psychiatrii?			p
		ANO	NE	Nevím	
Vzdělání	ZŠ	7 11,3 %	7 11,3 %	48 77,4 %	<b>0,013</b>
	SŠ/VŠ	38 27,5 %	22 15,9 %	78 56,5 %	

Tabulka č. 47

		SMI		p
		ANO	NE	
Vzdělání	ZŠ	13 21,0 %	49 79,0 %	<b>0,813</b>
	SŠ/VŠ	31 22,5 %	107 77,5 %	

Tabulka č. 48

		Jak byste aktuálně hodnotil/a kvalitu svého života?			p
		Spokojen	Nespokojen	Nevím	
Navštěvujete CDZ?	ANO	34 75,6 %	8 17,8 %	3 6,7 %	<b>0,026</b>
	NE	84 54,2 %	40 25,8 %	31 20,0 %	



Tabulka č. 49

		Jak byste aktuálně hodnotil/a kvalitu svého života?			p
		Spokojen	Nespokojen	Nevím	
Využíváte sociální služby?	ANO	54 55,1 %	29 29,6 %	15 15,3 %	<b>0,189</b>
	NE	64 62,7 %	19 18,6 %	19 18,6 %	

Tabulka č. 50

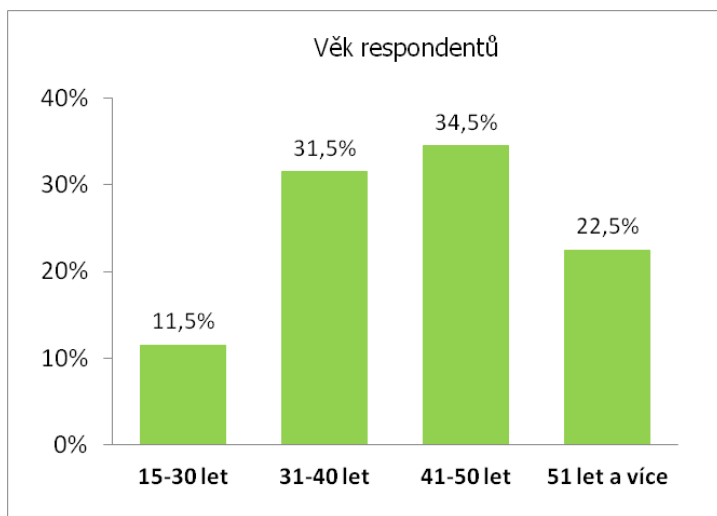
		počet	procento
15. Saturují soc. služby Vaše potřeby?	Ano	100	50,0 %
	Ne	96	48,0 %
	bez odpovědi	4	2,0 %

Tabulka č. 51

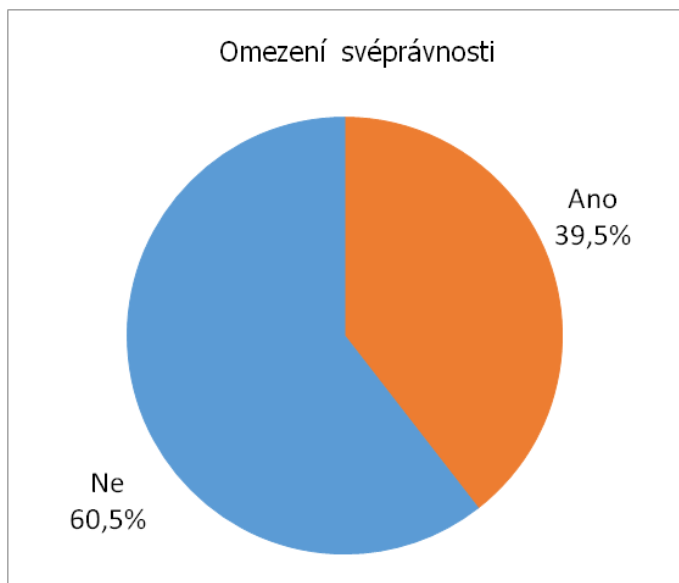
		počet	procento
6. Jste momentálně zaměstnaný?	Ano	80	40,0 %
	Ne	120	60,0 %

## PŘÍLOHA P IV: GRAFY

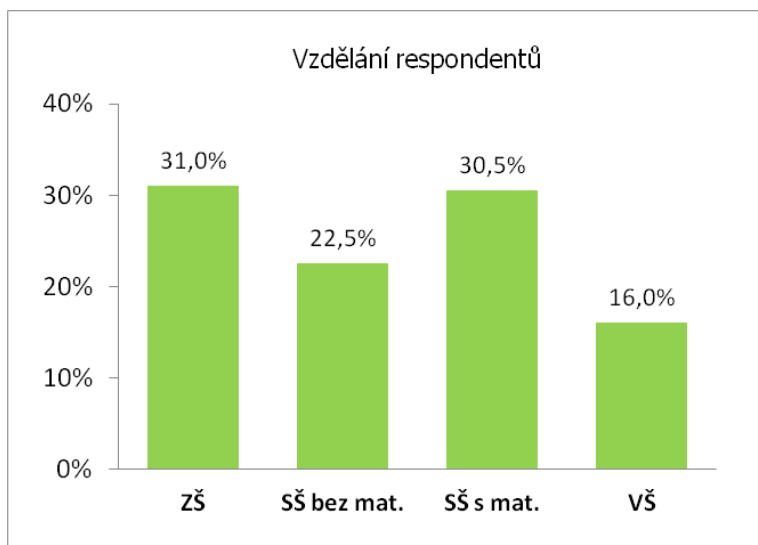
Graf č. 1



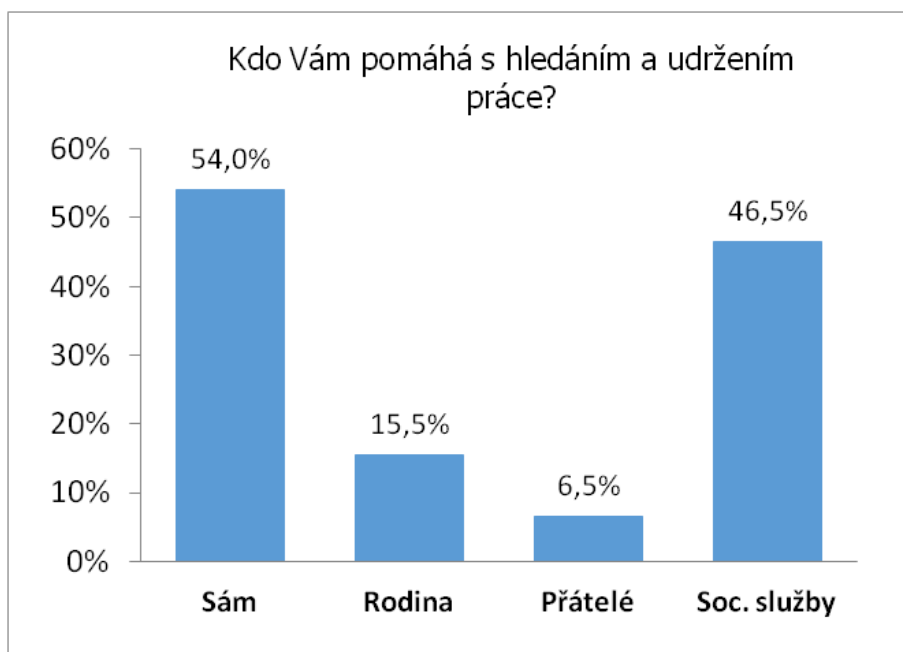
Graf č. 2



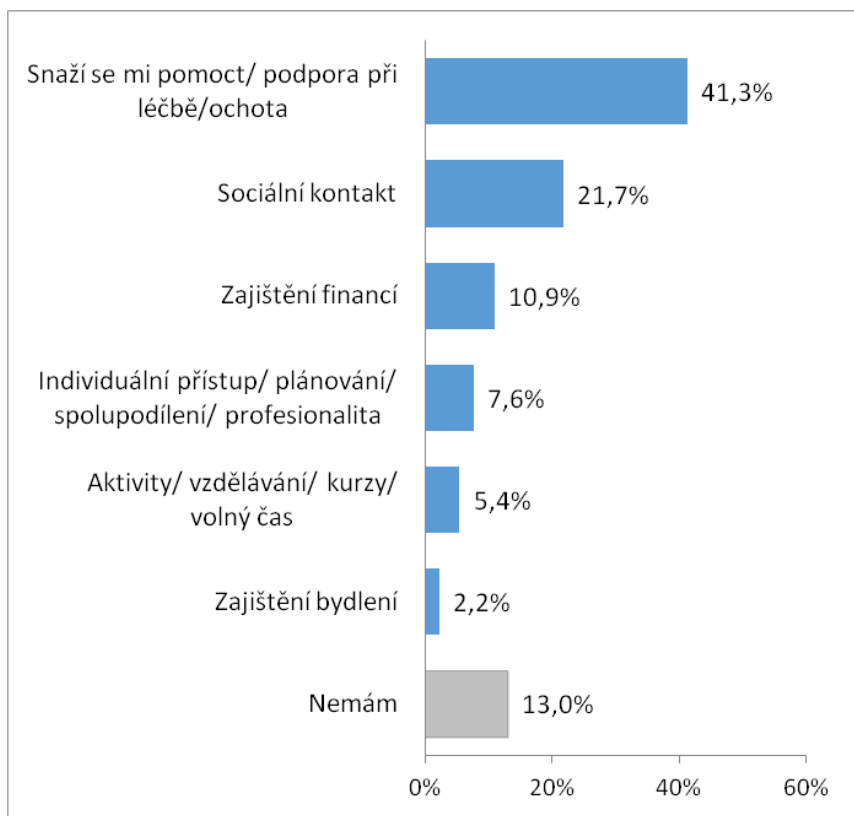
Graf č. 3



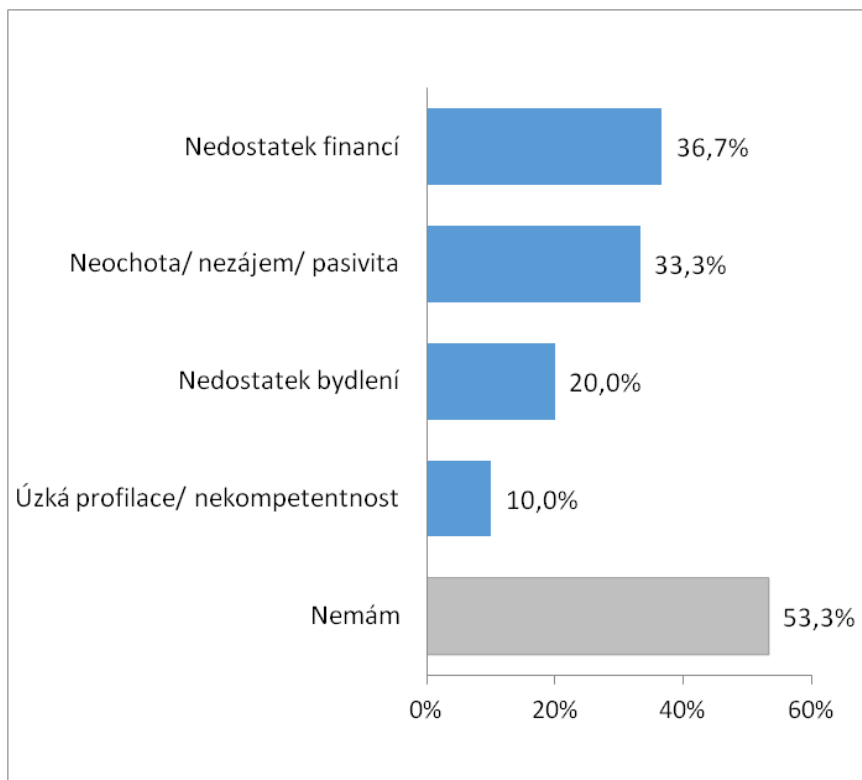
Graf č. 4



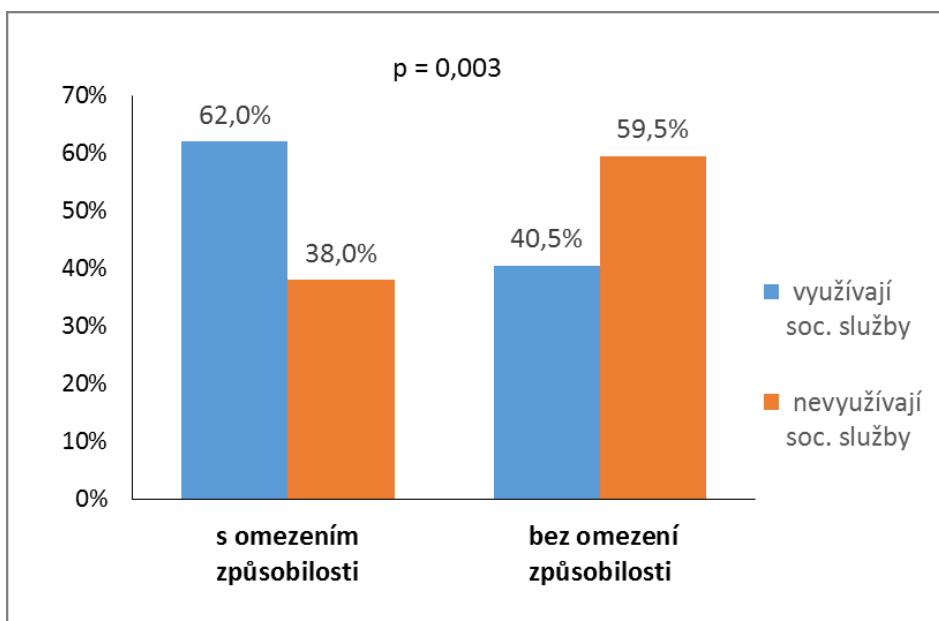
Graf č. 5



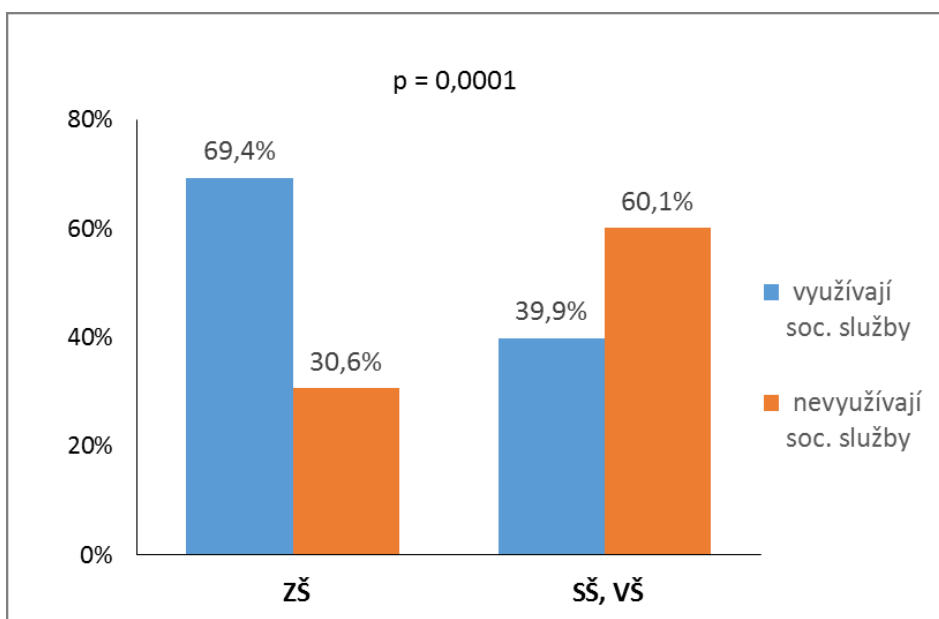
Graf č. 6



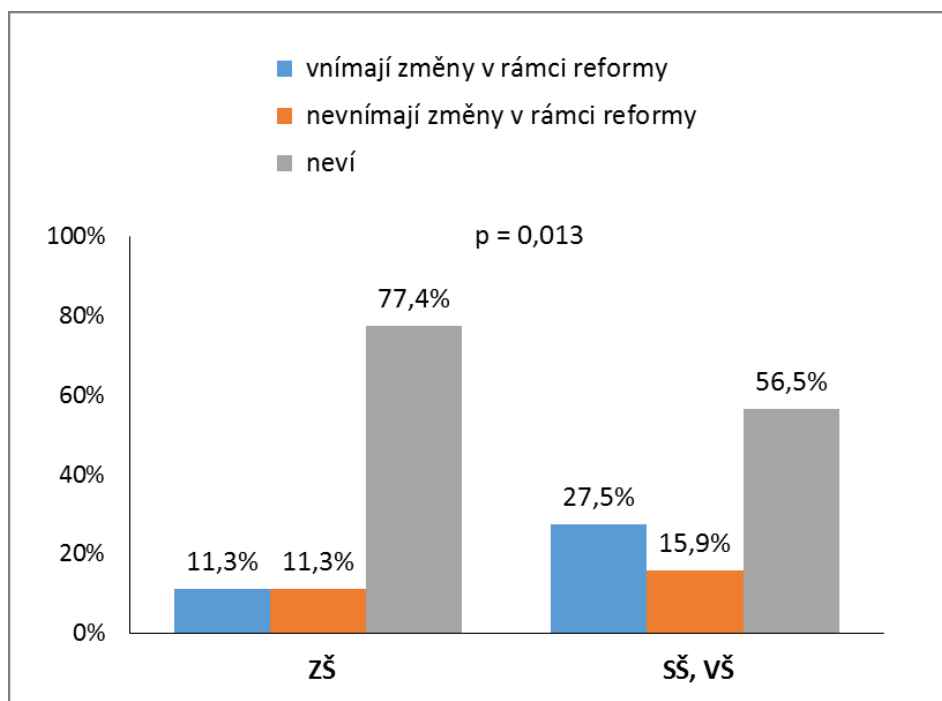
Graf č. 7



Graf č. 8



Graf č. 9



Graf č. 10

