

Psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných

Zuzana Kulhavá

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Zuzana KULHAVÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných**

Zásady pro vypracování:

Studium odborné literatury

Teoretická část – vymezení cílové skupiny, obecný popis psychiatrické léčby, služeb, vysvětlení odborných pojmů

Praktická část – zaměření na volnočasové aktivity klientů /výzkum/, v APZ (agentura podporovaného zaměstnávání), v psychiatrické léčebně, v bazální dílně

Vyhodnocení, diskuze, doporučení, závěr

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Raboch, J.: Psychiatrie. Triton, Praha 2003. ISBN 80-7254-156-0

Raboch, J.: Psychiatrie - Minimum pro praxi. Triton, Praha 2006. ISBN 80-7254-746-1

Matoušek, O.: Základy sociální práce. Portál, Praha 2001. ISBN 80-7367-331-2

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

Matoušek, O.: Slovník sociální práce. Portál, Praha 2003. ISBN 80-7178-549-0

Vedoucí bakalářské práce:

MUDr. Jan Stuchlík

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

18. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 18. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



L.S.




Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou 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 diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně5.5.2009.....

..........

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 nahlédnutí 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 užít 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 vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce uvádí do problematiky duševního onemocnění a psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných. Seznamuje s historií a vývojem zdravotní a sociální péče v oblasti duševního zdraví, institucemi, které tyto služby poskytují a zajišťují.

V další části práce je uveden a popsán systém péče o dlouhodobě duševně nemocné v regionu Mladá Boleslav. Popisuje jedno z nejstarších zdravotnických zařízení v České republice – Psychiatrickou léčebnu Kosmonosy a další organizace, které poskytují sociální služby - komplexní psychosociální rehabilitaci, dlouhodobě duševně nemocným.

Klíčová slova: psychóza, schizofrenie, psychosociální rehabilitace

ABSTRACT

Dissertation introduces us into problems of mental illness and psycho-social rehabilitation of patients with long-term mental disorder. It appraises with history and development of health and social care in area of mental health. It also brings the information about providers of these services.

In the second part is described system of care for people with long-term mental disorders in region Mladá Boleslav. It described one of the oldest medical facilities in the Czech Republic – Psychiatric hospital Kosmonosy and other institutions providing social services – comprehensive psycho-social rehabilitation for people with long-term mental disorder.

Key-words: Psychosis, psycho-analysis, schizophrenia, psycho-social rehabilitation

Poděkování, motto

Děkuji MUDr. Janu Stuchlíkovi, za odborné vedení práce, informační zdroje a podporu.
Mgr. Aleně Fialové děkuji za ochotu a trpělivost, se kterou mě seznamovala se sociální problematikou práce s duševně nemocnými v PL Kosmonosy.

V péči o štěstí druhých nacházíme své vlastní. Platón

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	11
1.1 PSYCHÓZA.....	12
1.1.1 Příčiny psychóz	12
1.1.2 Příznaky psychóz.....	12
1.1.3 Průběh psychóz	13
1.1.4 Diagnostika psychóz.....	14
1.2 SCHIZOFRENIE	15
1.2.1 Příznaky schizofrenie	15
1.2.2 Formy schizofrenie.....	16
1.2.3 Průběh schizofrenie a diagnostika.....	16
1.3 LÉČBA	17
1.4 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	19
1.4.1 Historie psychosociální rehabilitace.....	20
1.4.2 Hlavní směry rehabilitace.....	21
1.4.3 Cílová skupina psychiatrické rehabilitace	21
1.4.4 Úzdrava	21
1.4.5 Psychiatrická rehabilitace a léčebná péče.....	21
1.4.6 Pracovní rehabilitace	23
1.4.7 Podporované vzdělávání	24
1.4.8 Bydlení	24
1.4.9 Sociální kontakty.....	25
1.4.10 Volný čas.....	26
1.4.11 Psychiatrická rehabilitace a bezdomovectví.....	26
2 PSYCHIATRICKÁ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	28
2.1 OD HISTORIE K DNEŠKU	28
2.1.1 Starověk.....	28
2.1.2 Středověk.....	28
2.1.3 Novověk	29
2.2 ORGANIZACE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ	30
2.2.1 Ambulantní péče	31
2.2.2 Lůžková péče.....	31
2.2.3 Intermediární péče	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	39
3 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ.....	40
3.1 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA KOSMONOSY.....	40
3.1.1 Pavilon A.....	40
3.1.2 Pavilon B	41
3.1.3 Pavilon S	42
3.1.4 Pavilon K.....	42

3.1.5	Pavilon D.....	43
3.1.6	Sadská	43
3.1.7	Terapie.....	44
3.1.8	Vlastní pohled	44
3.2	AMBULANTNÍ PSYCHIATRICKÁ A PSYCHOLOGICKÁ PÉČE	47
3.3	PRAKTIČTÍ LÉKAŘI.....	48
3.4	ODDĚLENÍ DOMÁCÍ PÉČE	48
4	OBČANSKÁ SDRUŽENÍ.....	49
4.1	PACIENTSKÝ KLUB KLUBKO	49
4.2	FOKUS MLADÁ BOLESLAV	49
4.2.1	Tým sociální rehabilitace – case management	51
4.2.2	Program podpory v bydlení	51
4.2.3	Centrum sociální rehabilitace Nymburk.....	52
4.2.4	Centrum sociální rehabilitace Mladá Boleslav.....	52
4.2.5	Chráněné bydlení.....	52
4.2.6	Tým sociální rehabilitace – agentura podporovaného zaměstnávání	53
4.2.7	Sociálně-terapeutické dílny	53
4.2.8	Rehabilitační pobyty.....	53
4.3	VIDA	54
4.4	KOLUMBUS.....	56
4.5	DALŠÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY V REGIONU MLADÁ BOLESLAV.....	56
5	KAZUISTIKA.....	57
5.1	JANA	57
5.2	VÁCLAV	60
5.3	SROVNÁNÍ	63
6	DISKUSE	64
7	DOPORUČENÍ.....	65
	ZÁVĚR	67
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	68
	INTERNETOVÉ ZDROJE:	69
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	71

ÚVOD

Téma své bakalářské práce **Psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných** jsem si nevybrala náhodou. Motivací pro mě byla neznalost problematiky - změna zaměstnání - z místa chemické laborantky na pozici pracovní terapeutky v organizaci, která poskytuje služby dlouhodobě duševně nemocným a rovněž tak neznalost prostředí, ve kterém jsem svou práci začala dělat (v říjnu 2008 jsme se přestěhovali z Kroměříže do Mladé Boleslavi).

Ve své práci, v její teoretické části, se snažím zjistit co je psychosociální rehabilitace, vymezit skupinu, které je určena, přijít na to jak a proč se dělá a jaký má význam. V praktické části se snažím seznámit se systémem péče v daném regionu. Seznamuji se s praktickými případy jednotlivců, kteří ne/využili možnosti poskytovatelů služeb dlouhodobě duševně nemocným. Původní záměr, vypracovat výzkum v oblasti využívání volného času, jsem musela, právě z neznalosti specifik cílové skupiny, opustit. Vrátit bych se k němu chtěla v diplomové práci při ukončení následného magisterského studia.

Ve své práci se snažím poznat, přijmout a zpracovat to, co je dáno. Nečiním si právo hodnotit ani kritizovat stávající systém péče o duševně nemocné. Nicméně způsobem zpracování vyjádřit i své názory a svůj pohled. Sama sebe, v souvislosti s problematikou a tématy, které sebou psychosociální rehabilitace duševně nemocných nese, vidím jako horolezce, který podnikl teprve základní přípravy proto, aby mohl vystoupat na vrchol hory.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Na začátku své práce definuji pojmy, které jsou důležité a pro moji práci vlastně klíčové. Soustředí se na obecné vymezení cílové skupiny osob, kterým je psychosociální rehabilitace poskytována, konkrétně pak na schizofrenii, kterou trpí převážná většina osob, se kterými se při své práci setkávám. Dalšími částmi první kapitoly jsou léčba a psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných. Při teoretickém vymezení psychosociální rehabilitace kompletně vycházím z materiálu : **Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace in MATRA III – Komunitní psychiatrie v praxi, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Praha 2005.**

„**Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (Centrum, CRPDZ)** je nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1995 z rozhodnutí českých poskytovatelů péče v oblasti duševního zdraví.

Jeho posláním je napomáhat procesu rozvoje péče o osoby s duševním onemocněním v České republice. Základní cíle práce Centra jsou zcela v souladu se Zásadami ochrany osob trpících duševní poruchou a zlepšování péče o duševní zdraví, které byly přijaty rezolucí Valného shromáždění OSN č. 46/119 v prosinci 1991. Zásady prohlašují léčbu a péči o duševně nemocné za základní lidské právo“(www.cmhcd.cz/onas.html., 8.5.2009).

Region Mladá Boleslav leží ve Středočeském kraji. K 1.1.2008 měl celkem 120 779 obyvatel. Z toho 60 421 mužů, 60 358 žen. Průměrný věk byl 39,8 roků.
(www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/4E003F7AD7/\$File/13010801.xls, 10.5.2009).

Počet menších obcí začleněných v regionu je 96 (www.is.mb-net.cz, 10.5.2009).

Statutární město Mladá Boleslav, bylo založeno ve druhé polovině 10. století. Ve více než tisícileté historii, kdy se střídala období vzestupů a pádů mělo pro město velký význam založení (19. století) továrny Laurin & Klement, kde se vyráběly kola a motocykly. Později, v roce 1905 zde byl vyroben první automobil. V roce 1925 se továrna stala součástí Škodových závodů a dnes je součástí koncernu Volkswagen (www.mb-net.cz/?page=cz,omeste , 8.5.2009).

V současné době má město 13 městských částí na celkové výměře 2 487 ha. K 31.12. 2007 mělo město 40 877 obyvatel. Průměrný věk byl 39,79 roku.
(www.mb-net.cz/?page=cz,zakladni-informace, 10.5.2009).

1.1 Psychóza

Těžká duševní choroba, která se vyznačuje jak poruchou vztahů pacienta k sobě samému tak k ostatním jedincům a realitě obecně. Tyto vztahy buď nejsou, nebo jsou narušeny. Pacient žije ve svém vlastním imaginárním světě kam nikdo jiný nemá přístup a ve kterém je uzavřen. Realita druhých lidí se mu odcizuje, protože on je zainteresován – city, myšlením i jednáním ve „svém“ světě. Navenek se chová jinak než by se dalo reálně očekávat a pro mnohé je tak jeho chování zcela nepochopitelné (Malá, 2005).

Psychózy rozlišujeme: (Schmidbauer, 1994)

exogenní - způsobené vážným poškozením mozku, nebo jedy (alkohol, drogy, stařecké psychózy, kornatění cév)

endogenní - vznikají z vnitřních příčin, které nejsou dosud zcela známy, ale u kterých se, kromě jiného, předpokládají genetické dispozice. Nejdůležitější endogenní psychózy jsou deprese, mánie a schizofrenie.

1.1.1 Příčiny psychóz

V současné době se předpokládá, že schizofrenie je souhrou vlivů biologických, psychologických a sociálních. Biologické faktory (dědičnost, genetická informace, konstituce, temperament, CNS...) samy o sobě nestačí. Dalším vlivem mohou být poruchy vývoje v dětství, dlouhodobý stres v rodině, škole, který dítě nemusí díky svému „vybavení“ zvládat. V neposlední řadě mohou mít vliv na vznik psychózy i tělesné poruchy, úrazy, zánět mozku... Vlivem a vzájemným působením těchto vlivů může v určitém životním období (většinou období adolescence) plných změn a zvrátů dojít k nemoci (Kalina, 1987).

1.1.2 Příznaky psychóz

Halucinace jsou poruchou vnímání. Dochází u nich k tomu, že pacient bez zevního podnětu vnímá klamný vjem o jehož správnosti a pravdivosti je zcela přesvědčen a často jedná pod jeho vlivem (Musil a kol. 2006).

Halucinace dělíme na: (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

- elementární (jiskry, tóny)
- komplexní (scény, hovor)

- kombinované (poruchy vnímání více smyslů současně)

podle postižení smyslů na:

- sluchové
- zrakové
- čichové
- chuťové
- hmatové
- tělové

Zvláštní kategorií jsou halucinace **intrapsychické** u nichž je pacient přesvědčen o tom, že jsou mu do/z jeho mozku vkládány, odebírány nebo zveřejňovány myšlenky. Tyto halucinace jsou na pomezí mezi poruchou myšlení a vnímání (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006) .

Bludy jsou poruchou myšlení. Dochází při nich k mylnému přesvědčení vzniklému na chorobném podkladě, neodpovídají skutečnosti. Pacient je o nich zcela přesvědčen. Často ovlivňují jeho postoje a jednání (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

Podle emočního ladění a obsahu je dělíme na: (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

Makromanické – velikášské, sebevyvýšné - pacient je přesvědčen o svém vznešeném původu, předurčenosti ke změně společnosti...

Mikromanické – depresivní, sebeponižující – sebeobviňující, hypochondrické, negační...

Paranoidní – perzekuční, jejich základ je ve vztahovačnosti a podezřívosti

1.1.3 Průběh psychóz

Podle Kaliny (1987) se psychóza nenápadně ohlašuje **prodromálními příznaky** (nespecifické příznaky), únavou, nesoustředěností, nespavostí, tělesnými obtížemi, vztahovačností, pocity neskutečnosti. Mění se pacientův obraz o sobě samém, trpí stále víc a snaží se bojovat s obtížemi, které má. Odbornou pomoc, která by mohla psychózu v tomto stádiu odvrátit nehledá.

Rozvinutá psychóza – dochází ke změně vztahu k realitě. Obvykle vyžaduje psychiatrickou hospitalizaci, protože se, podle druhu psychóz, mohou hroutit pacientovi hranice jeho Já, které mohou provázet extrémní emoce, změny chování. Logika jeho chování, myšlení i citů je dána logikou jeho imaginárního světa, do kterého ostatní nemají přístup a neví tedy, nechápou, co se děje.

Vyhasínání může přijít ze dne na den, může však trvat i několik týdnů. Psychotický obraz ustupuje, přetrvávají jen jeho zbytky (netečnost, apatie, smutek...vnitřní prázdnota). Pacient se vrací do skutečného světa, což není jednoduché zvláště po zjištění, že ho jeho nemoc – prožitek, reálnému světu odcizil.

Remise ústup nemoci. Může být úplný (zůstává nadále zvýšená zranitelnost) a neúplný (některé příznaky mohou v menší míře přetrvávat nadále).

Recidivu nelze předpovědět. Není možné ji vyloučit ani předvídat. Pacient s rodinou a odborníky mohou udělat hodně proto, aby, v případě že přijde, měla „lehčí“ průběh. Nejkritičtějších je prvních 9-12 měsíců. Dochází k ní u 60% pacientů (Kalina, 1987).

1.1.4 Diagnostika psychóz

Dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 jsou psychotické poruchy schizofrenního okruhu (F20-F29) vymezeny následovně: (www.uzis.cz/cz/mkn/index.html, 29.3.2009)

F20 Schizofrenie

F21 Schizotypální porucha

F22 Poruchy s trvalými bludy

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Neurčené neorganické psychózy

1.2 Schizofrenie

„Duševní onemocnění, jehož název pochází z řečtiny (schizis = rozštěp, frén = mysl) a vy-
stihuje dobře jakési rozštěpení či roztříštění psychiky nemocného, jehož vnímání, myšlení,
city, vůle a vnější projevy jsou tak chorobně změněny, že jsou pro okolí velmi těžko po-
chopitelné, čímž se dále zhoršuje již primárně narušený kontakt nemocného s okolím a
jeho odtržení od společnosti a reality“ (Musil a kol. 2006, s. 105).

- Prevalence u schizofrenie je mezi 0,5 – 1%. Nemoc se vyskytuje u obou pohlaví stejně často, na celém světě u všech etnických skupin. 10% schizofreniků končí sebevraždou (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

1.2.1 Příznaky schizofrenie

Pozitivní (pacient má něco „navíc“)

- halucinace, intrapsychické halucinace, slyšení vlastních myšlenek
- bludy sledování, pronásledování, ovlivňování
- hlasy jež komentují a hovoří o pacientovi
- bludná přesvědčení, megalománství
- formální poruchy myšlení – roztříštěnost, poruchy toku myšlenky, logiky, nespojitost, nesouvislost
- katatonní projevy

Negativní (pacientovi něco „schází“)

- ztráta citových vztahů, oploštělost citů, nepřiměřené reakce
- oslabená vůle, nedostatek motivace, apatie, ztráta zájmů, zchudlost myšlení a řeči

(Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

1.2.2 Formy schizofrenie

Dle MKN10 (www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_01.pdf 23.3.2009).

Paranoidní – F 20.0

Nejčastější forma, převažují bludy a halucinace (nejčastěji sluchové).

Hebefrenní – F 20.1

Typická pro adolescentní věk, bludy a halucinace spíše nestálé. Projevuje se převážně zvláštním myšlením, nepřiměřenými emočními reakcemi, klackovitým chováním, manýrováním.

Katatonní – F 20.2

Velmi vzácná forma, převážně extrémní psychomotorický neklid, někdy naopak stupor – nehybnost, nemluvnost, setrvávání v nezvyklých polohách, negativismus.

Nediferencovaná – F 20.3

Může obsahovat rysy více předchozích forem.

Postschizofrenní deprese – F 20.4

V důsledku předchozí schizofrenní ataky dochází k rozvinutí depresivního syndromu.

Reziduální – F 20.5

Převažují negativní příznaky – chronické stádium ve vývoji onemocnění.

Simplexní – F20.6

Rozvíjí se plíživě bez pozitivních příznaků. Projevuje se bizarním chováním, sociální izolací, stažeností.

1.2.3 Průběh schizofrenie a diagnostika

Průběh onemocnění je různý. Začíná v mladém věku, obvykle mezi 16-35 rokem života.

Prodromální, nespecifické potíže nejsou sami o sobě dost specifické a nepostačují ke stanovení diagnózy. Depresivní nálady, úzkost, vztahovačnost atd. přechází do symptomů psychotických, které jsou charakterizovány změnou vztahu k realitě. Nemocný je „někým jiným“. Uzavírá se do sebe, hůř komunikuje, mluví nesrozumitelně, nesouvisle, sám pro sebe. Ztrácí původní zájmy, bývá podrážděný, má zvláštní rituály. Žádný příznak sám o

sobě (popsány výše) není specifický pro schizofrenii. U stanovení diagnózy je třeba opatrnosti – z důvodu stigmatizace. Symptomatika se v čase mění (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

„Důležitá je hloubka vyjádření příznaků, délka jejich trvání a také na tom, do jaké míry nemocného pohltí, znemožní mu jednat v souladu s okolnostmi a tím naruší jeho fungování v reálném světě, které mu před propuknutím choroby nedělalo nápadné potíže. Vývoj onemocnění je pro stanovení diagnózy rozhodující, schizofrenie je onemocnění procesuální“ (www.cmhcd.cz/dokumenty/brozury/amepra_brozura_01pdf, 23.3.2009).

U klinického vyšetření se pátrá po obsahových a formálních poruchách myšlení. V chování se objevují manéry, grimasy, impulzivní jednání. Psychicky motivovaná agresivita, občas namířená proti sobě. Afektivita bývá nepřiměřená situaci. V psychologických testech (Rorschachův protokol) signifikantní schizofrenní symptomatika (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006).

1.3 Léčba

Kalina (1987) ve své úvaze o léčbě psychóz hovoří o třínohých židlích. Připodobňuje léčbu psychóz k tělesu, které proto, aby pevně stálo potřebuje tři opěrné body.

Stejně tak je třeba třech opěrných pilířů proto, aby léčba proběhla úspěšně, nebo alespoň co nejlépe.

- první opěrnou trojicí je

biologická terapie – socioterapie - psychoterapie

- další opěrnou trojici vidí v propojení a spolupráci

odborníků – pacienta – rodiny

- poslední trojicí, kterou autor zmiňuje jsou

nároky nemoci – nároky léčení – nároky života

- obdobně ji lze vyjádřit

porozuměním – podporou – vedením k samostatnosti

Terapie (podle Markové, Venglářové, Babiakové, 2006)

Biologická – (elektrošoková terapie, inzulínová terapie, farmakoterapie - neuroleptika, antidepresíva, anxiolytika), usměrňuje poruchy mozkové činnosti a kontroluje jejich vliv na psychiku člověka.

Psychoterapie zahrnuje velké množství metod, technik a přístupů k jedinci. Probíhají formou verbální i nonverbální. (Behaviorální, kognitivní, psychoanalytické, interpersonální, individuální, skupinová, rodinná...). Při práci s duševně nemocnými jsou dále užívané:

- **Psychogymnastika** využívá k vyjádření mimiku, gesta, pohyb.
- **Psychodrama** používá k vyjádření pacientova nitra divadelní výrazové prostředky. Hraním role se může pacient více „odvázat“ a proniknout hlouběji do problému.
- **Relaxace** slouží k fyzickému i psychickému uvolnění, odpočinku, regeneraci.
- **Arteterapie** využívá k projekci zážitků, pocitů a osobního rozpoložení výtvarné metody práce. Může to být malba, kresba, modelování. Nehodnotí se umělecký výsledek, mluví se o tom, co „dílo“ znamená pro samotného autora. Mluví se o pocitech, které autor při práci měl, na co při práci myslel, co ho vedlo k tomu, že jeho dílo vypadá právě tak jak vypadá. K výtvorům se v případě, že arteterapie probíhá ve skupině mohou vyjádřit i ostatní členové skupiny.
- U **muzikoterapie** již ze samého názvu vyplývá, že využívá poslech hudby, hry na hudební nástroje, zpěv... Může probíhat individuálně nebo skupinově zakomponovaná do různých hudebně-pohybových her...Cílem je zlepšit, udržet nebo obnovit pocit duševní pohody skrze hudební prožitky.
- **Hipoterapie** je komplexní forma terapie, která využívá koně k biopsychosociální terapii. Má několik forem:
 - psychoterapie – kůň koriguje fyzické i psychické symptomy duševní choroby
 - sportovně-rekreační – k udržení dobré kondice
 - pedagogická – kůň slouží k úpravě chování a sociálních vztahů.

Jednotlivé terapie se mohou i prolínat, doplňovat. Jejich výhodou je, že se klienti aktivně zapojují do procesu léčby a údravy.

Socioterapie - ergoterapie využívá různé formy práce v komunitě, pracovní dílně, ale i práci na zahradě. Dochází jak k osvojování nových technik práce, tak ke společenskému kontaktu, nutnosti spolupráce, komunikace mezi sebou, ale i s terapeuty...

1.4 Psychosociální rehabilitace

Podle : Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace in MATRA III. – Komunitní psychiatrie v praxi, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Praha 2005.

(V textu při citacích uvádím odkaz na literaturu - zkrácený název Psychiatrická rehabilitace).

„Psychiatrická rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobými psychiatrickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory“ (Anthony, Cohen 1983, In Psychiatrická rehabilitace, 2005, s.4).

„**Filozofií** rehabilitace je přesvědčení a naděje, že každý člověk, ať má sebevětší psychiatrické postižení, je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost a zlepšit si kvalitu života“ (Psychiatrická rehabilitace, 2005, s. 5).

Psychiatrická nebo psychosociální rehabilitace?

Psychosociální rehabilitace neobsahovala ve svém původním konceptu (60.léta 20.století) možnost používání léků. Termín psychiatrická rehabilitace byl naopak blíže biologické psychiatrii. Nelze však oddělovat, co slouží společně, v 90.letech minulého století dochází ke sloučení obou proudů.

Proces rehabilitace

1. **Diagnostická fáze** (zjištění dovedností, skutečností týkající se klientova zázemí, vyhodnocení připravenosti klienta k procesu rehabilitace, naplánování intervencí, které zvýší klientovu připravenost, vytvoření vztahu klient-terapeut)
2. **Plánování** (klient s terapeutem spolupracují na vytvoření plánu na rozvoj klientových dovedností s využitím dostupných zdrojů)

3. **Provádění plánu** (vlastní činnost zaměřená na získání dovedností, rozšíření o využívání dalších zdrojů)
4. **Vyhodnocování** (má své důležité místo v celé rehabilitaci, vyhodnocování procesu často znovu vrací k diagnostické fázi) - cyklický charakter

Principy rehabilitace

Wilken a Hollander popisují principy rehabilitace, které se objevují ve všech rehabilitačních přístupech.

„**Emancipace** znamená obnovu sociálních rolí. Úzce souvisí se zplnomocňováním - procesem, kdy klienti prosazují své postavení a svá práva.

Normalizace znamená, že rehabilitační péče by měla klientovi pomáhat naplnit co nejvíce sociálních rolí. Normální v tomto kontextu neznámá, že klientovo chování by se nemělo zcela přizpůsobit požadavkům společnosti, ale že společnost umožní klientovi se plně začlenit do života v komunitě bez ohledu na jeho nedostačivost nebo omezení.

Participace je postupné podílení se klienta na procesu rozhodování až k dosažení úplné autonomie.“ (In Psychiatrická rehabilitace 2005, s.6)

1.4.1 Historie psychosociální rehabilitace

Počátky psychiatrické rehabilitace sahají do 50.let 20. století. Termín **psychosociální** se objevuje v souvislosti se zakládáním **klubových center** (Fountain House) lidmi, kteří měli zkušenosti s psychiatrickou léčbou. Jejich základem byla víra ve vlastní schopnosti a vzájemná pomoc. Za průkopníka rehabilitace je považován doktor Querid, který v holandském Amsterdamu ve 30. letech 20. století provozoval **mobilní psychiatrický tým**.

V 60.letech 20. století vznikají **komplexní centra denních aktivit**. Zaměřují se převážně na nácvik dovedností a rozvoj zdrojů podpor.

Psychosociální rehabilitace v Čechách

Historie psychosociální rehabilitace v Čechách se začíná datovat po roce 1989 – vznikají první nestátní neziskové organizace, ve kterých dochází k rozvoji komunitní péče. Zpočát-

ku se vývoj ubíral k vytváření příjemného přátelského prostředí, později se začaly využívat individuální rehabilitační přístupy a moderní přístupy psychiatrické rehabilitace.

1.4.2 Hlavní směry rehabilitace

1. **Bostonská škola** - (W.Anthony, Cohen, Farkas) Klient je především žák. Základem práce s klientem se stává stanovení rehabilitační diagnózy, plánu, intervence a hodnocení.

2. V Los Angeles je hlavním představitelem rehabilitace R.P.Liberman (tzv.**libermanovská škola**) - Klienta považuje za asertivního pacienta a rozpracovává podrobně trénink dovedností. Používá výrazy jako trenér, nácvik, zvládnání konfliktu, asertivita...

3. Britský model – **anglická škola** je představován G. Shepherdem a D. Bennetem. Upřednostňuje pečlivě vytvořený systém péče a úpravu prostředí, ve kterém klient – uživatel získává potřebné dovednosti.

1.4.3 Cílová skupina psychiatrické rehabilitace

Lidé s vážným duševním onemocněním, dlouhodobým duševním onemocněním nebo lidé s chronickým duševním onemocněním.

1.4.4 Úzdrava

Úzdravou se rozumí proces při němž dochází k:

- pochopení, uvědomění si duševní nemoci, hledání motivace ke změně k přijetí vnitřních i vnějších zdrojů
- obnovení sebevýznamu, převzetí kontroly a zodpovědnosti za svůj život
- zvýšení sebedůvěry, spolehlivosti, smyslu pro sebeovládání
- zvládnutí mechanismu jak něco zvládnout, fungovat
- sociálnímu fungování

1.4.5 Psychiatrická rehabilitace a léčebná péče

„Lidé s těžkým psychiatrickým postižením potřebují integraci psychiatrické léčby a rehabilitace. Takováto integrace vyžaduje vytvoření interdisciplinárního komunitního způsobu

poskytování služeb. Konceptní model, který je základem takovéto péče je biologicko-sociální“ (Psychiatrická rehabilitace, 2005, s.12).

Spojení léčebné a rehabilitační péče je důležité pro úspěšné zvládnutí duševního onemocnění. Člověk s duševní poruchou potřebuje **kontinuální péči** - od hospitalizace přes dlouhodobou terapii po stav, kdy je připraven a začíná s pracovní a sociální rehabilitací. Po celou dobu by o něj měl pečovat tým složený z odborníků (psychiatr, psycholog, sociální pracovník, rehabilitační pracovník).

Psychiatrickou rehabilitaci duševně nemocných provádí jednotlivý členové **multidisciplinálního týmu**. Jsou jimi:

- **Psychiatr**, který, mimo jiné, vyšetřuje, stanovuje diagnózu, provádí terapii psychofarmaky, vybírá pacienty vhodné k rehabilitaci, seznamuje tým s klientem a jeho nemocí atd.
- **Zdravotní sestra**, která je zodpovědná za udržování terapeutického milieu, dohlíží na tělesné zdraví pacienta, plní náhradní rodičovskou roli, poskytuje psychoedukaci, popřípadě krizovou intervenci atd.
- **Sociální pracovník** se zabývá komplexně životní situací klienta - je v kontaktu s jeho rodinou, poskytuje mu poradenství v sociálně právní oblasti, pomáhá řešit nastalé problémy s bydlením, zaměstnáním atd.
- **Ergoterapeut** např. zjišťuje pacientovi schopnosti, dovednosti a omezení. Na základě jejich vyhodnocení se pak s ostatními členy týmu podílí na sestavení terapeutického plánu. Trénuje schopnosti při zvládnání každodenní činnosti klienta, vyhodnocuje jeho pracovní potenciál a celkový pracovní výkon, s důrazem na dosažení rovnováhy v jeho aktivitách, připravuje pacienty na návrat do domácího, případně pracovního prostředí.
- **Klinický psycholog** provádí diagnostická vyšetření a funkční vyšetření. Provádí individuální, skupinovou, popřípadě rodinnou psychoterapii. Poskytuje krizovou intervenci, pracuje s rodinou pacienta atd.

Psychiatrická rehabilitace ve specifických úrovních

1.4.6 Pracovní rehabilitace

- **pracovní rehabilitace** – všechny aktivity (mapování práce, dovednosti, vedení v práci, trénink pracovních dovedností...) směřující k úzdavě, udržení a dalšímu rozvoji pracovních kompetencí ve všech pracovních situacích.

Čtyři funkce pracovní rehabilitace podle Van Weeghela

1. **příprava** - orientace v práci, předpracovní trénink a vzdělávání
2. **adaptace** – přezkoumání a přizpůsobení podmínek, krátká praxe na budoucím pracovišti...
3. **podpora v chráněných podmínkách** – vytvoření pracovního místa, vhodné vedení klientů...
4. **podpora v běžných pracovních podmínkách** – ovlivňování pracovního prostředí, ambulantní vedení klientů pracujících v běžném prostředí – jako prevence možného relapsu...(In Psychiatrická rehabilitace, 2005).

Druhy pracovní rehabilitace

Dobrovolná práce

Chráněné pracovní dílny

Přechodné zaměstnávání

Podporované zaměstnávání

Podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci

Krokový model - „Step by step system“ podle Libermana (In Psychiatrická rehabilitace, 2005. s. 75)

„Rehabilitační kroky: vyhodnocení pracovních možností

- příprava na práci (vč. job clubu)
- trénink sociálních (pracovních) dovedností
- chráněná dílna, sociální firma
- přechodné zaměstnání
- nalezení zaměstnání
- podpora v zaměstnání“

Job club – ucelený edukační program, který učí jak a kde hledat zaměstnání.

1.4.7 Podporované vzdělávání

Protože k rozvoji duševní choroby dochází většinou v době, kdy se mladý člověk vzdělává, je velmi důležitá podpora a asistence, která může zabránit diskriminaci, stigmatizaci, celkovému selhávání a regresi klienta. Podporované vzdělávání si tak klade za úkol poskytovat trvalou podporu lidem s psychiatrickými potížemi tak, aby mohli využívat vzdělání, znalosti, dovednosti, které již získali (osobnostní rozvoj, postgraduální vzdělávání...), a společně s tím jim umožňuje získat další definici sama sebe – z pacienta je i student.

1.4.8 Bydlení

Potřeba bydlení – domova je jednou z nejzákladnějších obecných potřeb každého člověka. Zahrnuje v sobě potřebu jistoty, bezpečí, soukromí, stability. U duševně nemocného může mít prostředí ve kterém žije zcela zásadní vliv na jeho úzdravu. Může pomoci, ale může i negativně ovlivňovat jeho schopnosti důležité pro zvládání problémů, které sebou samostatné bydlení přináší.

Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení má za cíl

- „Umožnit duševně nemocným lidem i přes individuální omezení a překážky samostatně a nezávisle bydlet, pečovat o své zdraví, pracovat a samozřejmě také nést zodpovědnost za svůj život a náklady s ním spojené
- Zajistit pro klienta adekvátní podporu tak, aby mohl udržet, získat nebo zlepšit dovednosti a sebedůvěru potřebné ke kvalitnímu životu v běžném prostředí

- Pomoci vytvořit stálý domov pro jedince a s jedincem v komunitě, takový, který pokud možno co nejvíce odráží jeho vlastní potřeby o vyhovujícím domově
- Umožnit a pomoci vytvořit klientovi takové prostředí, které bude podporovat proces jeho uzdravy
- Umožnit lidem s dlouhodobým duševním onemocněním separaci od jejich primární rodiny, na které jsou často do vysokého věku závislí
- Vytvářet alternativu dlouhodobým „sociálním“ hospitalizacím v psychiatrických léčebnách a snižovat jejich počet
- Umožnit využívat veřejné služby určené běžné populaci“

(Psychiatrická rehabilitace, 2005, s.83)

Typy nejčastěji poskytovaných služeb v ČR

Chráněné bydlení

Domy a byty na půl cesty

Komunitní bydlení

Podporované bydlení

1.4.9 Sociální kontakty

Sociální kontakty probíhají na rovině osobní (jedinec-jedinec), mezilidské (jedinec-malá skupina), společenské (jedinec-velká skupina) a mají velký vliv na zdraví a rozvoj osobnosti každého člověka. Interakce je důležitá pro poznávání sama sebe a při poznávání ostatních. Při hledání účelu a smyslu našeho života.

Funkce programů podporujících sociální kontakty

1. nácvik sociálních rolí (občanská, rodinná, profesní, pacienta, klienta...)
2. podpora a růst klientovi sebeúcty
3. trénink a obnova potřebných dovedností, obnova komunikace
4. zakládání sociálních vztahů, obnova již existujících vztahů a sociálních rolí

5. trénink zvládnání stresu
6. růst klientových kompetencí a nezávislosti

1.4.10 Volný čas

Volný čas využívá jedinec k tomu, aby si odpočinul, nabral nové síly, rozšířil svoje znalosti, pobavil se a rozptýlil od všedních starostí.

Protože většina duševně nemocných má problém uspět na pracovním trhu, je pro ně nahrazení práce (jedné ze základních lidských funkcí) smysluplnými volnočasovými aktivitami důležité a přínosné.

Dimenze volného času, podle Christensena & Bauma, 1991

Čas – základ konceptu, ve volném čase jedinec zažívá potěšení, je zbaven povinností a zproštěn odpovědnosti.

Vnitřní motivace – potřeba zbavení se povinností, proto, abych měl volný čas a mohl se něčím zaměstnat.

Volný výběr aktivity – podle představ každého jedince.

Schopnost, talent – mohou ovlivňovat vybrané aktivity.

Sociální a kulturní prostředí – mají vliv na to do jaké míry nemoc ovlivní výkonnost a schopnosti klienta.

(In Psychiatrická rehabilitace, 2005)

1.4.11 Psychiatrická rehabilitace a bezdomovectví

„Bezdomovectví znamená nedostatek vlastního trvalého a přiměřeného obydlí. Bezdomovci jsou lidé, kteří nejsou schopni získat vlastní trvalé a přiměřené obydlí nebo si nejsou schopni takovéto obydlí udržet kvůli nedostatku finančních prostředků nebo kvůli jiným sociálním bariérám“ (Psychiatrická rehabilitace, 2005, s.99).

Odhady počtu bezdomovců v ČR se velmi liší. Předpokládá se však, že dlouhodobě duševně nemocní mezi nimi tvoří velkou skupinu.

„Zahraniční výzkumy (Drake, Osher, 2001, Menezes et. al., 1996, Gournay, 2000) uvádějí, že počet dlouhodobě nebo chronicky duševně nemocných lidí v bezdomovecké populaci se pohybuje mezi 15 – 50%. Přitom v jednotlivých zemích Evropy je situace velmi různá“ (In Psychiatrická rehabilitace, 2005, s.100).

Strategie a opatření potřebná pro řešení problematiky duševně nemocných bez přístřeší definují Drake, Osher, 2001 (In Psychiatrická rehabilitace, 2005, s.99).

- „Aktivní prevence ztráty bydlení
- Aktivní ochrana na trhu s bydlením
- Podpora přístupu k dobrému bydlení přiměřenému individuálním potřebám“

2 PSYCHIATRICKÁ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

2.1 Od historie k dnešku

Postavení psychiatrie a jeho společenské postavení vedle ostatních medicínských oborů není příliš příznivé a ke zlepšení dochází velmi pomalu. Lze se ohlédnout za historií.

2.1.1 Starověk

Péče o duševně nemocné je, v rámci klasické medicíny, doložena již z období Řecka a Egypta (několik století před našim letopočtem). Melancholie se léčila tělesným cvičením a různými hrami v chrámech pro duševně nemocné. Jako nástroj léčby se užíval zpěv, tanec, hra na různé hudební nástroje, pobyt v příjemném prostředí kolem chrámů. Důraz se kladl také na denní režim a tělesnou hygienu. V dějinách lékařství má svoje místo řecký lékař a filozof Hippokrates (460-370 př.n.l.). Velký význam léčby viděl ve správném stanovení diagnózy, příčinu nemoci spatřoval ve vnějších a vnitřních vlivech, které na člověka působí. Všechny duševní nemoci nazýval „paranoia“. Duševně nemocné pak léčil projímadly, dávidly nebo pouštěním žilou proto, aby se z těla dostal nadbytek některé hlavní šťávy. Tuto léčbu doplňoval zábaly, cvičením, pohybem na čerstvém vzduchu, správnou životosprávou (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2.1.2 Středověk

Středověk nepřál léčbě duševně nemocných. Byla snaha vyčlenit ze společnosti šílence a blázny někam pryč, do ústraní, daleko od civilizace. Proto byli blázni vyháněni do lesa, nebo na loď – **lod' bláznů**, nebo také **opilý koráb** jak se lodi jinak přezdívalo. Na ně se pak chodili ostatní dívat z věže.

Léčba duševně nemocných byla ovlivněna faktem, že u moci v té době byla církev, která určovala i vývoj klasické medicíny. Proto byli duševně nemocní považováni za posedlé demony a ďábly, velký vliv pak měla víra v čarodějnictví. Pokud tedy nemocní nebyli upáleni, byli léčeni modlitbami, zaříkáváním, vyháněním ďábla z těla, ponořováním do studené vody, čicháním pronikavých tekutin, přivazováním ke kůlům... (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

2.1.3 Novověk

Velký vliv na rozvoj a reformu léčení měla vedle dalších osvícenských reforem také Velká francouzská revoluce (1789). Za prvního velkého psychiatra je považován **Phillipe Pinel**, který 11.zářím 1793 vyvedl z podzemí pařížského blázince Bicetre duševně nemocné a zajistil jim kromě lékařského ošetření, i právo na osobní svobodu. K nemocným zaujímal vlídný přátelský postoj a pochopení. Snažil se dosáhnout toho, aby blázni nebyli poutáni a nebylo k nim přistupováno jako k vězňům (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006). V tzv. „morální terapii“ Pinel pochopil, že strukturovaná činnost je účinnější a přínosnější než léčba mluvením (Psychiatrická rehabilitace, 2005).

Na konci 18.století začaly vznikat první samostatné ústavy pro duševně choré. Nejdříve v Londýně, Novgorodě, Vídni. V Praze byl v roce 1790 při otevření všeobecné nemocnice otevřen první samostatný ústav pro duševně choré. **1.listopadu 1790** byly položeny základy pro **samostatný rozvoj psychiatrie v Čechách**. Budova pro 57 nemocných, muže i ženy, byla dvoupatrová, pokoje vždy pro dva pacienty. Muži obývali přízemí, ženy první patro a druhé patro bylo rozděleno podle tříd – pro chudé a majetné. Péči zajišťovali lékaři a ošetřovatelé. Jejich práce byla velmi těžká a dostávali velmi špatně zapláceno – bydleli přímo na pokoji s nemocnými... V léčebně pracovali většinou ti nejchudší.

V roce 1826 byl vedle všeobecné nemocnice zakoupen a zrekonstruován bývalý augustiánský klášter sv. Kateřiny a Praha tak získala další místa pro nemocné. Dochází k rozvoji psychiatrie jako samostatného odvětví. Postupným rozšiřováním ústavu (Nový dům v r.1844) měla Praha přes 500 lůžek pro duševně nemocné. Při léčbě se začala používat pracovní terapie. Tkaní na tkalcovských stavech, práce v knihařské dílně, čtení knih v knihovně... Pro rozvoj hudebních schopností a obveselení se využívaly hudební nástroje. Pro radost byly pacientům zakoupeny kolotoče, střelnice s míči, kulečník...

Součástí léčby byla vodoléčba, procházky na čerstvém vzduchu, léčebný tělocvik. Začala se využívat i elektroterapie. Velkou zásluhu na tomto rozvoji měl **dr. Joseph Gottfried Riedel**, který zde byl ředitelem a díky němuž patřil tento ústav pro duševně choré ke špičkám v tehdejší Evropě.

Přestože docházelo k rozšiřování Pražského ústavu míst stále nebylo dostatek. Proto vznikají pobočky Na Slupi (1860), v Brně-Černovicích (1863), Kosmonosích (1869)...

Důležitou postavou pro psychiatrii se ve 20.století stal S.Freud – zvláště svou teorií o vzniku duševních chorob.

Velký vliv na postoj k duševně nemocným měly změny ve společnosti. Vznik samostatného českého státu, světové války... Zákon č.20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu povoloval národním výborům rozhodovat o oprávněnosti držení pacienta proti jeho vůli.

V 70.letech 20.století dochází k poskytování péče moderními prostředky (léky, terapie, rehabilitace). Jsou definovány nová odvětví – sexuologické, protialkoholní, gerontopsychiatrické.

Po roce 1989 nabírá na obrátkách nový přístup k duševně nemocným, snaha začlenit pacienta, klienta do komunitní péče, která může napomoci se začleněním do společnosti, snížit počet dlouhodobých hospitalizací v psychiatrických zařízeních, popřípadě zkrátit jejich délku. Na straně druhé je tu však snaha o vyloučení této skupiny osob za zdi léčeben.

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

2.2 Organizace péče o duševně nemocné

Česká psychiatrická společnost předložila v roce 2001 Koncepti oboru psychiatrie, která se, kromě dalších cílových skupin, zabývá vymezením a návrhem opatření pro osoby s dlouhodobým psychickým postižením. Navrhuje vytvoření potřebné sítě zařízení, služeb a programů, které by lidé s duševním onemocněním mohli využívat. V současné době je Koncepte oboru psychiatrie v revizi a čeká se na kroky, které budou následovat po jejím přijetí.

Autorky Marková, Venglářová a Babiaková v knize Psychiatrická ošetřovatelská péče (2007) rozvádí síť zařízení a služeb, proto čerpám převážně z jejich zdroje, který však doplňuji o další informace ze zákona, případně dalších materiálů.

System péče můžeme rozdělit na

- ambulantní péči
- lůžkovou péči
- intermediární péči

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006)

2.2.1 Ambulantní péče

Základním článkem v péči o duševně nemocné jsou psychiatrické ambulance. Jejich hlavním úkolem je diagnostika a posuzování duševních poruch, jejich léčba, rehabilitace a prevence. Ambulantní lékaři spolupracují s ostatními zařízeními, které zajišťují léčbu, eventuálně rehabilitaci duševně nemocným (léčebny, sanatoria, organizace poskytující služby duševně nemocným). Společně mohou koordinovat péči a spolupracovat na co nejúčinnějším přístupu a krocích k uzdravě pacienta (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

„Ambulantní zařízení můžeme rozdělit na:

- ambulance veřejné psychiatrické péče
- ordinace AT (pro alkoholismus a toxikomanii)
- substituční centra
- psychiatrické ambulance pro děti a dorost
- ambulance psychiatrické sexuologie
- ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy
- ambulance gerontopsychiatrické
- ambulance pro léčbu poruch paměti
- ambulance klinického psychologa“

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 39)

V roce 2007 bylo v České republice 933 ambulantních oddělení a pracovišť (Psychiatrická péče 2007).

2.2.2 Lůžková péče

Lůžková psychiatrická péče byla v roce 2007 zajišťovaná na 32 psychiatrických odděleních nemocnic s 1419 lůžky, 16 psychiatrických léčebnách pro dospělé s 9 307 lůžky, 3 psychiatrickými léčebnami pro děti s 320 lůžky.

Schizofrenie, poruchy schizotypálního charakteru a poruchy s bludy (F 20 – F 29), tvořili pětinu z celkového počtu hospitalizovaných osob (Psychiatrická péče 2007).

Rozdělení lůžková péče v ČR

- psychiatrická oddělení nemocnic
- psychiatrické kliniky fakultních nemocnic
- psychiatrické léčebny
- gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti
- sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí
- oddělení pro poruchy paměti
- lázeňská psychiatrická zařízení

(Marková, Venglářová, Babiaková 2006,)

Psychiatrická oddělení

Jsou zřizována jako součást nemocnic, ale mohou existovat i samostatně. Léčeni jsou většinou dobrovolně hospitalizovaní, s akutní duševní příhodou, nebo chronicky nemocní pacienti s akutní dekompenzací. Na psychiatrických odděleních dochází k diagnostikování, léčbě, rehabilitaci... V rámci tohoto oddělení může být zřízena i jednotka intenzivní psychiatrické péče. Lékaři tohoto oddělení spolupracují s ostatními odděleními nemocnice (Koncepce oboru psychiatrie, 2001).

Psychiatrické kliniky

Jsou psychiatrická oddělení, která vznikají při fakultních nemocnicích.

„Poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči, zdravotnické služby, konziliární služby, pregraduální i postgraduální výuku studentům vysokých škol a zabývají se výzkumnou činností. Slouží k propojení klinické praxe oboru psychiatrie s klinickým výzkumem, vědou a vzděláním“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 42).

Gerontopsychiatrická oddělení nemocnic

Zajišťují pobyt a léčbu stařeckých psychických poruch, oddělení jsou součástí psychiatrického nebo jiného oddělení nemocnice.

Psychiatrické léčebny

V psychiatrických léčebnách je zajišťována převážně dlouhodobá léčba a rehabilitace. Přijímání jsou pacienti k dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci. Hospitalizovaní jsou lidé s duševními poruchami, závislostmi na návykových látkách, poruchami osobnosti...poruchami nálad. V České republice jsou i specializované psychiatrické léčebny zaměřené na léčbu závislostí a péči o děti a mladistvé. V psychiatrických léčebnách jsou oddělení diferencována podle specializace – příjmová, gerontopsychiatrická, chronická, doléčovací, dětská, oddělení pro výkon ochranných léčeb...(Koncepce oboru psychiatrie, 2001).

2.2.3 Intermediární péče

Intermediární péče vytváří komplex služeb, které jsou duševně nemocným „šité na míru“. Služby, které jsou součástí intermediární péče pokrývají nabídku k uspokojení základních životních potřeb, jako jsou chráněné bydlení, práce v chráněných podmínkách, případové vedení – case management, ale i krizová centra, denní stacionáře a centra sociální rehabilitace.

V České republice začal jejich rozvoj v 80.letech 20.století.

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Krizová centra

Pro první kontakt klienta s odborníkem (psychiatr, psycholog, sociální pracovníce), slouží krizová centra. Ke kontaktování slouží telefonická linka – často 24 hodin denně, setkání se přímo v terénu – pracovníci vyjíždějí za klientem, nebo návštěva v krizovém centru. Jejich součástí může být i lůžková část – většinou pro pobyt na několik málo dní. Pracovníci poskytují první pomoc pro lidi, kteří se ocitli v tíživé životní situaci. Jejich služby mohou využívat děti i dospělí (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Telefonická pomoc

První linka důvěry v ČR vznikla již v roce 1964 na psychiatrické klinice v Praze. Děti i dospělí, pokud se odváží zvednout sluchátko a svěřit se s problémem, který ohrožuje jejich život nebo duševní zdraví se mohou obracet na odbornou pomoc na různých linkách důvěry, bezpečí, pomoci... Pomoc může být poskytována buď profesionálem, nebo laikem. Vždy jsou však pracovníci proškoleni na kursech a školeních určených pro poskytování první pomoci po telefonu (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

On-line pomoc

Podobná služba jako telefonická, k rozhovoru však využívá chatování na internetu. Klient se nepředstavuje přímo, ale používá přezdívku a pro vstup na stránky heslo (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Centra denních aktivit

Centra poskytují specializované programy pro duševně nemocné, kteří

- sem mohou docházet, dojíždět z léčeben, sanatorií – usnadňuje se tak jejich přechod z léčebenského do běžného života
- jsou zde v domácím, chráněném prostředí a mají tak možnost získat sociální, praktické a pracovní návyky a dovednosti – pro zvýšení své samostatnosti, zlepšení kvality života...
- potřebují sociální, právní nebo jinou odbornou pomoc,
- docházením a činností v těchto centrech předcházejí hospitalizaci v léčebně.

Mohou fungovat samostatně, ale mohou být i součástí širšího celku poskytovaných služeb (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Denní stacionáře

Poskytují specializovaný program pro dlouhodobě duševně nemocné. Především systematickou pomoc psychoterapeutickou, psychofarmakologickou a psychosociální rehabilitaci (Koncepce oboru psychiatrie, 2001).

Chráněné bydlení

Zákon o Sociálních službách vymezuje chráněné bydlení jako pobytovou službu, která je k dispozici lidem, kteří mají z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje pomoc či podporu ze strany jiné osoby. Služba chráněného bydlení může být poskytována jako bydlení skupinové nebo individuální (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.).

Ze zákona musí služba chráněného bydlení obsahovat tyto základní činnosti:

- „poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
 - poskytnutí ubytování
 - pomoc při zajištění chodu domácnosti
 - výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - sociálně terapeutické činnosti
 - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“
- (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 51, str. 20)

Programy chráněného zaměstnání

Chráněné dílny podporují klienta ve znovunabytí, popřípadě nabytí těch dovedností nebo zkušeností, o které klient díky své nemoci přišel, nebo je vlivem své nemoci nezískal. Zapojením do pracovního procesu, zažitím pocitu, že něco umím a zvládnou roste klientova sebedůvěra, výkonnost a dochází i ke zlepšení zdravotního stavu.

Podporované zaměstnávání je další službou, kterou mohou duševně nemocní v některých regionech České republiky využívat. Jde o proces, kdy dochází k přechodu z chráněné dílny na pracoviště na volném trhu práce. Klienta doprovází sociální pracovník nebo terapeut – asistent, a pomáhá mu zvládnout činnost, kterou bude v budoucnu vykonávat sám.

Přechodné zaměstnávání je pro klienty, kteří jsou dlouhodobě duševně nemocní a je v jejich možnostech pracovat v nechráněných podmínkách. Zaměstnavatel podepisuje smlouvu s organizací, která zastupuje klienta. V případě výpadku klienta ho zastupuje další klient, nebo pracovník poskytovatele služeb. Zaměstnavateli tak nehrozí žádné pracovní výpadky ze strany zaměstnance.

Smlouva je většinou sjednaná na dobu určitou 6 měsíců na 20 hodin týdně.

Sociální firma je firma, která přestože zaměstnává lidi s duševním onemocněním nevystupuje navenek jako chráněná dílna, ale jako profesionální firma. Klienti jsou více bráni jako zaměstnanci, řeší běžné pracovní problémy v celém pracovním kolektivu jehož jsou součástí.

Pracovní poradenství – je pro ty klienty, kteří potřebují pomoci zorientovat se na trhu práce. Pracovní asistenti reagují individuálně na klientovi otázky, obavy, pomáhají zvládnout vyřizování všech potřebností na úřadě práce, komunikaci s potenciálním zaměstnavatelem.

Job klub – je určen pro zájemce, kteří mají chuť pracovat a potřebují se seznámit se všemi náležitostmi, které jsou potřeba proto, aby získali pracovní místo. Pracovníci job-klubu jim tak pomáhají definovat činnosti, které by mohli dělat, vytvořit životopis, „natrénovat“ přijímací pohovor,... Důležité u job-klubů je fakt, že se zde naráz setkává větší množství klientů, kteří tak mají možnost vyměnit si své zkušenosti, sdělit si poznatky z již získaných zkušeností.

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Rehabilitační a chráněné dílny

V těchto dílnách pracují klienti /5-15 osob/ ve zkrácené pracovní době a nejsou zde stresováni „tlačáním“ na jejich pracovní výkon. Činnosti se odehrávají v přátelské atmosféře za příznivých podmínek – o tu se starají profesionální terapeuti, kteří znají problematiku duševních poruch, téma psychosociální rehabilitace... Pracovní činnost je klientům přizpůsobována. Vychází z jejich možností. V rehabilitačních dílnách jde především o vytváření a udržování nových sociálních vztahů, návyk sociálních a pracovních dovedností (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Case management – případové vedení – asertivní komunitní přístup

Podle Stuchlíka (2001) case-management poskytuje možnost zlepšení organizace služeb v péči o duševní zdraví. Klient má svého klíčového pracovníka – **case managera**. Ten má několik funkcí – vyhledává a kontaktuje osoby, je terapeut a poradce, hájí práva klienta, je prostředníkem při zprostředkování služeb a nákupčím potřebných služeb pro klienta.

Základní prvky case - managementu:

- 1) přehled o schopnostech a potřebách klienta
- 2) plánování péče
- 3) uskutečňování plánu
- 4) monitorování ne/dosažených pokroků, cílů
- 5) vyhodnocování se všemi, kteří se na práci s klientem podíleli

„Šest zásad case – managementu (Stuchlík, 2001, s.17)

1. Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii
2. Podstatný je vztah klienta a case managera
3. Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí
4. Asertivita intervencí
5. Lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat
6. Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity, společenství, ve které klient žije je zdroj, nikoliv překážka“

Aktivity klientů, svépomoc – do činností těchto skupin lze zahrnout

- poskytování informací a pomoci nemocným a jejich rodinám od těch, kteří „ví o co jde“
- právní rady, účast na psychiatrických konferencích, ovlivňování veřejného mínění

- aktivity, které slouží k vyplňování volného času v příjemných „chráněných „ podmínkách...
- vydávání časopisů, pořádání přednášek pro laickou veřejnost...

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006).

Domácí léčba a domácí péče

Je určena lidem, kteří potřebují podporu a pomoc v domácím prostředí.

Předpokládá spolupráci psychiatra, klinického psychologa a pečovatele. Ve zvláštních případech může nahradit hospitalizaci, může být zavedena po hospitalizaci a zkrátit tak dobu v lůžkovém zařízení. Vykouávat ji mohou agentury domácí péče, ale může být i součástí péče psychiatrického zařízení (Koncepce oboru psychiatrie, 2001).

PRAKTICKÁ ČÁST

3 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

3.1 Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Je jedna z nejstarších psychiatrických léčeben v České republice. Založena byla roku 1869 a zpočátku, do roku 1871, v ní byli léčeni pouze muži. Pacienti, kteří zde byli hospitalizováni byli označováni za nevléčitelně duševně nemocné, značná část z nich měla tělesné problémy. Během vývoje času doznala vlastní funkce psychiatrické léčebny změny, které korespondovaly s vývojem společnosti – vztah k duševně nemocným, společenské proměny, vývoj medicíny, rozvoj nových vědních oborů. Psychologický přístup k duševně nemocným jako k jedinečným bytostem je vidět zejména v několika posledních letech, kdy se pojetí psychiatrické péče proměňuje z čistě ústavního zařízení v instituci, která dokáže spolupracovat i s dalšími organizacemi, které mohou napomoci k „úzdavě“ duševně nemocných - Česká asociace pro psychické zdraví, patientská organizace KOLUMBUS, VIDA, FOKUS (www.plkosmonosy.cz/historie.html 1.4.2009).

Dnes je Psychiatrická léčebna v Kosmonosích odborným léčebným ústavem, s šesti sty lůžky, zřízeným Ministerstvem zdravotnictví poskytujícím léčbu, komplexní služby a rehabilitaci duševně nemocných dospělých jedincům. Poskytuje i ambulantní psychiatrickou léčbu s využitím mnoha terapeutických postupů (www.plkosmonosy.cz/index 1.4.2009).

Léčebná složka

K psychiatrické léčebně přímo v areálu v Kosmonosích náleží i Léčebné sanatorium v Sadské a objekt v Žižkově ulici v Mladé Boleslavi.

Samotný objekt PL v Kosmonosích je rozdělen do několika pavilónů:

3.1.1 Pavilon A

A 12 – příjmové oddělení pro muže od 15 – 65 roků. Jde o uzavřené oddělení, na kterém dochází zejména k diagnostice a léčbě psychických poruch – akutní a dekompenzované psychotické poruchy, duševních poruch vyvolaných stresem, nekomplikovaných odvykacích stavů při závislosti na lécích, návykových látkách.... Mohou zde být i pacienti, kteří jsou nebezpeční pro sebe i okolí, s tím může být spojena i nedobrovolná hospitalizace.

A 13 – gerontopsychiatrické oddělení pro ženy – z názvu vyplývá, že jde o oddělení pro pacientky, které za sebou mají delší psychiatrickou minulost, většinou s pokročilou demencí... Z hlediska ošetrovatelské péče však nevyžadující zvláštní péči.

A 14 – příjmové gerontopsychiatrické oddělení mužské – na rozdíl od oddělení A 13 jsou zde umísťováni muži, kteří vyžadují velkou ošetrovatelskou péči.

A 16 – oddělení soudem nařízených léčeb – mužské – na tomto oddělení jsou hospitalizováni jedinci, kterým byla soudem nařízená ochranná léčba (www.plkosmonosy.cz/pavilon_a.html 1.4.2009).

3.1.2 Pavilon B

B 1 - příjmové oddělení žen – oddělení pro příjem a léčbu žen s celým psychiatrickým spektrem nemocí od 15 let. Přijímány nejsou osoby s těžkou demencí a akutní intoxikací. Toto oddělení jsem měla možnost poznat. Rozděleno je na tkz. filtr a druhou část. Na filtru jsou většinou pacientky, které jsou přijímány a mají těžké psychotické stavy, jsou zde umístěna i klecová lůžka, aby se zabránilo tomu, že pacientka v těžkém stavu ublíží sobě nebo ostatním. V okamžiku, kdy je pacientka „stabilizována“, přechází na „normální“ pokoj.

B 2 – oddělení intenzivní psychiatrické péče – oddělení pro pacienty, kteří během pobytu v PL mají problémy, které vyžadují zvýšenou pečovatelskou péči. Tyto problémy mohou být způsobeny jak tíží psychického stavu tak somatickými onemocněními. Oddělení je smíšené.

B 3 – příjmové gerontopsychiatrické oddělení ženské – oddělení které zajišťuje péči ženám, s gerontopsychiatrickou problematikou a současně se vyskytující somatickou problematikou.

B 5 – uzavřené ženské oddělení – oddělení na které jsou přijímány pacientky s nařízenou soudní léčbou, mentálními retardacemi, poruchami chování, které znemožňují pobyt pacientky doma nebo v ÚSP. Většinou jsou zde umístěny pacientky s předpokládanou dlouhodobou hospitalizací.

(www.plkosmonosy.cz/pavilon_b.html 1.4.2009)

3.1.3 PAVILON S

S 6 – rehabilitační oddělení ženské – polootevřené oddělení, na kterém jsou umístěovány ženy s lehkou mentální retardací, sociálně nepřizpůsobivé a s reziduálními stavy schizofrenních psychóz. „Rehabilitační“ na tomto oddělení znamená nácvik běžné samoobslužnosti – ranní hygienu, oblékání se, činnost v rámci oddělení, společné vycházky.

S 7 – oddělení léčby závislostí – oddělení, které se specializuje na střednědobou odvykací léčbu závislostí, většinou, na alkoholu, ale v malé míře jsou tu zastoupeny i závislosti na drogách, event. hráčství. Personál aktivně spolupracuje s ambulantními lékaři. Důležité pro úspěch léčby je zajištění návaznosti léčby – tj. socioterapeutické kluby, týdenní posilovací pobyty pacientů, spolupráce s rodinou.

S 8 – rehabilitační mužské oddělení – polootevřené oddělení s režimem podobný režimu v komunitách. Protože jde většinou o dlouhodobě hospitalizované je tu zajištěna rehabilitační činnost jak na zahradě psychiatrické léčebny, tak v keramické dílně. Vycházky mají klienti společné i individuální.

S 10 – rehabilitační koedukované oddělení – otevřené oddělení, které je zaměřeno na doléčování psychotických pacientů, pacientů se schizofrenií, ale i schizoafektivními poruchami... Pacienti na tomto oddělení mají možnost chodit na centrální terapii, na arteterapii, do knihovny pacientů na rehabilitační a relaxační aktivity a na hipoterapii.

S 11 – gerontopsychiatrické ženské oddělení – oddělení pro pacientky, které jsou fyzicky soběstačné. Diagnosticky převažují demence těžkého a středního stupně, vleklé psychotické procesy, depresivní stavy...

S 9 – sexuologické oddělení – uzavřené oddělení pro diagnostiku a léčbu sexuálních deviací.

(www.plkosmonosy.cz/pavilon_s.html 2.4.2009)

3.1.4 PAVILON K

K 20 - Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20 a Detox K20.

Oddělení K20 má dvě části - **Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20 a Detox K20**. Resocializační a psychoterapeutické oddělení K20 je zaměřeno na léčbu osob s neurotickými, psychotickými a dalšími psychickými poruchami. Kontraindikací pro přijetí je

nedobrovolná léčba, špatný zdravotní stav, užívání drog. Přijímání jsou muži i ženy (od 15 let) ze spádové oblasti léčebny, kteří jsou schopni účastnit se resocializačních a terapeutických aktivit. Přicházejí na základě doporučení svého ambulantního lékaře, popřípadě přeložením z příjmových oddělení léčebny.

Oddělení má charakter polootevřeného oddělení s komunitním režimem a nabízí komplexní psychiatricko-psychologickou léčbu. V rámci léčby probíhá skupinová psychoterapie, v indikovaných případech i individuální psychoterapie (zvláště pro osoby s neurotickým a s psychotickým onemocněním). Mezi další nabízené aktivity patří: ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie, hipoterapie, nácvik každodenních dovedností, sportovní a kulturní aktivity, z nichž některé si klienti platí sami. Dále možnost spolupráce se sociální pracovníci, setkávání s rodinami pacientů.

Oddělení spolupracuje se sdruženími VIDA, FOKUS, KOLUMBUS.

Léčba má pomoci pacientům ke zmírnění duševních obtíží, porozumění sama sobě, svému onemocnění a usnadnit tak zapojení do každodenního života.

Detox K20 je koedukované zařízení pro pacienty od 15 let s celorepublikovou působností. Přijímá pacienty, k detoxifikaci od návykových látek, kteří mají sjednanou následující léčbu. Během pobytu jsou pacienti, podle svých možností, zapojeni do komunitního režimu - rozcviček, pracovní terapie, arteterapie atd.

(www.plkosmonosy.cz/pavilon_k.html, 2.4.2009)

3.1.5 Pavilon D

Pavilon, ve kterém mají svoje místo ambulantní lékaři – gynekolog, oční, kožní, neurolog, internista... K dispozici jsou pro pacienty všech oddělení psychiatrické léčebny. /www.plkosmonosy.cz/pavilon_d.html 2.4. 2009/

3.1.6 Sadská

Sadská – detašované pracoviště PL v Kosmonosích – nachází se v pěkném prostředí nedaleko Nymburka. Je pro zhruba 90 pacientů. Rozdělené na stanice A B, obě jsou smíšené – mužské i ženské zastoupení. Stanice A je příjmové oddělení pro věkově mladší pacienty s velkým množstvím terapeutických přístupů. Stanice B je pro pacienty vyššího věku,

s méně náročným programem. Diagnosticky - počínající organické poruchy, psychotické pacienti. (www.plkosmonosy.cz/sadsk.html 2.4. 2009)

3.1.7 Terapie

Terapie, které se při práci s pacienty PL v Kosmonosích využívají jsou jednak klasické – psychoterapie, ergoterapie, socioterapie, hipoterapie, ale i relativně „moderní“ expresivní metody práce s pacientem jako arteterapie, muzikoterapie. Terapie provádí vždy profesionálové, kteří k tomu mají příslušné vzdělání nebo výcvik na místech většinou k terapii přesně určených (centrální dílna, klubovna, ateliér, jízdárna, zahrada, pracovní dílny na odděleních).

3.1.8 Vlastní pohled

Psychiatrická léčebna Kosmonosy

Psychiatrická léčebna v Kosmonosích stojí na vršku za městem Mladá Boleslav. Ve své době to musel být pěkný moderní areál s krásnou velkou zahradou, kostelem... V dnešní době jsou však některé budovy zchátralé, nevzhledné, na první pohled ponuré a depresivní. Rozlohou a množstvím budov je areál snad až příliš velký. Vyvolává tak pocit jakési stagnace, těžkopádnosti, ustrnutí v minulosti. Těžko říct, zdali je to jen zdání nebo skutečnost. Pozitivně tak působí příchod jara, kdy se všechno zelená. Pacienti mohou na procházky do zahrady, o kterou někteří z nich pečují, ale ve které také mohou trávit chvílky prožité v léčebně. Dalším místem, kde mohou pacienti posedět, popovídat si, vypít kávu nebo smlsnout něco dobrého je terapeutická kavárna o.s. FOKUS Mladá Boleslav, kde jsou i zácviková místa pro pacienty. Kromě kavárny je zde i malý obchůdek, ve kterém se dá (kromě dalšího) koupit vše potřebné pro pobyt v léčebně.

Neumím odhadnout, jak moc se na „chodu“ léčebny projevuje fakt, že je v těsném sousedství dnes velmi rušného města Mladá Boleslav.

Oddělení v PL jsem měla možnost poznat pouze tři. **B 1, S 10 a K 20 + Detox na K 20.** Nemohu říci, že bych pronikla hlouběji do jejich chodu, za jeden den na B 1 a S 10 se toho příliš poznat nedá, za tři dny na K 20 jsem stihla poznat o něco více – přesto však jen povrchně.

B 1 – Příjmové oddělení žen

Byla jsem překvapená přeplněností příjmového oddělení žen všech věkových kategorií. Zde jsem také poprvé viděla plně obsazená sít'ová lůžka a měla možnost přemýšlet o jejich využívání. Poznala jsem činnost práce sociální pracovnice, která vyřizuje především příjmovou agendu, spolupracuje s odesílajícími lékaři, soudem – při řešení nedobrovolné hospitalizace, zajišťuje odesílání potvrzení o hospitalizaci – pro vystavení potvrzení o pracovní neschopnosti, nákupy základních potřeb – protože jde o uzavřené oddělení a spolupráci se sociálními pracovníci dalších oddělení při přeložení pacientů. Na velké vizitě jsem se měla možnost blíže seznámit s pacientkami a jejich diagnózami. Pro mne bylo důležité zjištění, že pracovní rehabilitace je zde dobrovolná. Je zřejmé, že příjmové oddělení má v první řadě diagnostikovat nemoci pacientů, kteří do léčebny přicházejí, stabilizovat jejich stav a „postarat“ se o jejich přeložení na další oddělení.

S 10 - Rehabilitační koedukované oddělení

Oddělení **S 10** má ve svém názvu **rehabilitační koedukované**. Nepochopila jsem tak úplně proč. Pacienti mají možnost docházet na centrální terapii, arteterapii nebo hipoterapii, ale je to pouze na jejich vůli. Z prožitku toho dne mi utkvěla myšlenka, že se lidé zabývají pouhým bytím na oddělení (hygiena, stravování, setkání, vizita) a k ničemu dalšímu nejsou dost motivováni zvnějšku – od personálu ani z nitra své osobnosti (čemuž se vlivem nemoci nelze divit). Jde však jen o mé subjektivní pocity, které bych možná přehodnotila po delší době strávené na oddělení. Velmi jsem ocenila setkání se sociální pracovníci na tomto oddělení, která je profesionální na všech úrovních a mohla jsem se kromě jiného dozvědět o nedostatku míst v ÚSP i domovech a penzionech pro seniory, zvláště pak pro pacienty s psychiatrickou diagnózou. Pochopila jsem, že pro některé z pacientů může být léčebna „konečnou“ z prostého důvodu – že nemají kam jít, není dostatek zařízení, ve kterých by důstojně žili.

K 20 Resocializační a psychoterapeutické oddělení a Detox K 20

Na oddělení **K 20 a Detox K 20** jsem společně s pacienty, lékaři, sestrami, sociální pracovníci strávila tři dny a měla tak možnost více poznat jak tady vypadají ne-všední dny. Z názvu Resocializační a psychoterapeutické – vyplývá, že jde o rehabilitační v pravém smyslu slova. Oddělení bylo otevřeno na podzim 2008.

Každý den ráno **budíček**, který zajišťuje vždy jeden člen ze samosprávy (ta je volená na 14 dní). Na chodbě **povinná rozsvička** (vede ji další člen samosprávy). Po ní ranní hygiena, **úklid pokojů**. Snídaně, větší úklid pokojů – včetně přestýlání postelí. Na sesterně schůzka sester, lékařů, psychologa, sociální pracovnice a předsedy samosprávy – dotazy, stížnosti od pacientů, upřesnění si programu dne – kdo odchází na dovolenku, kdo se vrací, popřípadě upřesnění si nejasností. Během dopoledne **terapie, individuální, skupinová** – přesné rozpisy, kdy skupina A, kdy skupina B. Individuální terapie podle rozpisu s lékařem, psychologem, sociální sestrou. **Pracovní terapie** podle skupin A, B. „Vystřídání se“ na „centrále“ (pracovní dílna, ve které terapii vedou školené ergoterapeutky). Keramika, výroba svíček, pletení z proutí, šperky technikou tiffany, pletení z příze i na tkalcovském stavu, šití paňáčků, malování... Oběd, chvíle oddechu, výměna skupin na terapiích, **ergoterapie na oddělení, arteterapie v ateliéru** s vycvičeným arteterapeutem. **Hipoterapie** přímo v areálu PL. Jednou týdně **cvičení v tělocvičně Sokola** – na její pronájem vybírá peníze od pacientů „sporták“ – další člen samosprávy. To, že si pronájem platí pacienti sami pro mě byla zcela nová zkušenost – přímé finanční zainteresování pacientů se mi zdá jako dost dobré... V tomto nabitém programu je kromě středy čas na odpolední **individuální vycházky** a setkání s rodinou. Pro ty, kteří sportu během týdne mají málo jsou na oddělení k dispozici **posilovací stroje a rotoped**. Každý čtvrteční večer je věnovaný **společné zábavě**, kterou si **pacienti připravují a organizují sami**. V týdnu, kdy jsem na oddělení pobývala se chystal večer v maskách – v rámci ergoterapie jsem tak mohla společně s pacienty vymýšlet a dělat jejich přestrojení a výzdobu. Kromě výroby skvělých masek, řetězů, plakátů jsem společně s pacienty zažila skvělou náladu při přípravě. Členové samosprávy zorganizovali zajištění pohoštění, takže pozdě odpoledne bylo vše připraveno k tomu, aby rej masek začal. Přestože bych se jejich večírku alespoň na chvíli velmi ráda účastnila, neměla jsem odvahu požádat je o dovolení. Měla jsem pocit, že bych „narušovala“ něco co bylo jen jejich – už při přípravě výzdoby jsem měla zvláštní pocit jakéhosi cizáctví – ten jsem například neměla během skupinové terapie (očekávala jsem opak). Další den jsem si však mohla vyposlechnout jak se večírek vydařil – která maska vyhrála v soutěži o tu nejkrásnější a prohlédnout si fotky.

Když se vrátím k týdennímu rozvrhu nesmím zapomenout na **pravidelné vizity, komunity, povinnosti pacientů psát si denně deník** – každý den je vybírá člen samosprávy a odevzdává personálu, nově přichází vypracovávají velmi **podrobný životopis**

(4strany A4), ti co se vracejí opakovaně vždy píší **úvahu** o tom co se odehrálo mezi hospitalizacemi. Sledování televize je ve všedních dnech povoleno od 18.15 do 22.00 hodin, o víkendu od 10.30 hod. O prodloužení, v pátek a sobotu, si musí pacienti požádat na páteční komunitě. Každý **druhý víkend v měsíci se jezdí na výlet** – ten si opět pacienti organizují i platí sami. Je povinný pro všechny, omluvou je jediné špatný zdravotní stav. Výletů druhou sobotu v měsíci se mohou účastnit i rodinní příslušníci.

Protože jsem byla „hostem“ především sociální pracovnice, účastnila jsem se pohovorů s pacienty, kteří hledali následnou péči – v chráněném bydlení, ÚSP, i jinde, řešili rozvod a problémy s ním spojené – ať majetkové nebo vztahové mezi sebou, ale i s dětmi, finanční krize - velké zadlužení u různých společností, které dnes poskytují tak „výhodné“ půjčky.

S pacientkou, která byla obětí domácího násilí jsme byli v Krizovém centru v Liberci, kam pacientka spádově patřila. V čase, který pacientka trávila s pracovníci centra a zjišťovala svoje možnosti jsem se já od vedoucího dozvěděla vyčerpávající množství informací o fungování tohoto programu.

Další činností, které jsem se na své stáži účastnila byla arteterapie na **Detoxu K 20**. Celkem asi pět hodin /během dvou dnů/ jsem měla možnost účastnit se „sezení“ s pacienty, kteří se rozhodli pro léčbu ať drogové nebo alkoholové závislosti a na tomto oddělení probíhala jejich detoxikace.

Na oddělení K 20 a Detox K 20 jsem měla možnost vidět práci lidí - profesionálů, kteří jsou pro ni zapálení, dělají ji rádi a dobře.

V **Léčebném sanatoriu v Sadské** jsem strávila jedno odpoledne prohlídkou pracovních dílen. Léčebným efektem působí již samotné prostředí, ve kterém se objekt nachází.

3.2 Ambulantní psychiatrická a psychologická péče

Ambulantní psychiatrická péče je ve městě zastoupena ordinacemi sedmi lékařů psychiatrů, včetně sexuologické ambulance a ambulance pro závislosti.

Denní sanatorium v Mladé Boleslavi fungovalo do roku 2006, po kratší prodlevě ho nahradilo Resocializační a psychoterapeutické oddělení K 20 v PL Kosmonosy v roce 2008.

Psychologická péče, která by i po propuštění z psychiatrické léčebny, měla jít (podle mého názoru) s psychiatrickou léčbou „ruku v ruce“, je ve městě zajišťována třemi psychology, další psychologická ambulance je pak přímo v PL.

3.3 Praktičtí lékaři

Další nedílnou částí v komplexu poskytování zdravotní péče jsou praktičtí lékaři, kteří mohou odhalit příznaky nemoci, znají jak pacienta, tak rodinnou anamnézu.

3.4 Oddělení domácí péče

Zdravotnická služba, kterou poskytují v domácím prostředí zdravotní sestry tzv. domácí zdravotní péče z Klaudiánovy nemocnice v Mladé Boleslavi.

Na doporučení praktického nebo ošetřujícího lékaře mohou spolupracovat s pacientem v jeho prostředí a poskytovat mu nezbytnou pomoc v náročné situaci (např. pooperační pomoc).

4 OBČANSKÁ SDRUŽENÍ

4.1 Pacientský klub Klubko

Pacientský klub Klubko vznikl v Mladé Boleslavi 7.4.1984.

Počátky vzniku vidí sami členové v **prosazení skupinové terapie** na odděleních psychiatrické léčebny v Kosmonosích (do počátku osmdesátých let 20.století nebyla u psychotiků uznána psychoterapie – práce ve skupině, nepoužívala se při léčbě). Systematický a intenzivní kontakt v rámci skupinové psychoterapie byl prospěšný pro sdílení problémů a potřeb. Sami pacienti pak přišli s nápadem pokračovat v něm i po propuštění z léčebny.

Do konce devadesátých let 20.století pracovalo „KLUBKO“ v prostorách PL v Kosmonosích, jejich snahou však bylo přestěhovat se z léčebenského areálu. To se zdařilo. Ve stejné době došlo také k přestěhování Denního sanatoria pro psychotiky, které bylo rovněž součástí léčebny v Kosmonosích. Podařilo se, že obě „společnosti“, sídlily a sídlí v jedné budově. Začala spolupráce, která byla velmi úspěšná (spojení psychiatra+psychologa+rehabilitace).

Pokračovatelem Klubka se v roce **1989** stala **Společnost pro duševní zdraví**, pobočka Mladá Boleslav. Je organizační složkou občanského sdružení, řádným právním subjektem a registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Dnes pro své zájemce realizuje klubový program.

Od **roku 2 000** vychází **měsíčník „Klubko“**, do kterého přispívají členové i odborníci. K dvacátému i pětadvacátému výročí vzniku byly vydány jubilejní almanachy (Jubilejní sborník – 25let, 2009).

4.2 Fokus Mladá Boleslav

Samostatné občanské sdružení FOKUS Mladá Boleslav vzniklo v roce 1992 oddělením od FOKUSu Praha, který vznikl v roce 1990, ale jehož počátky pamětníci datují před toto datum.

„Cílem Fokusu je pomoci lidem s duševním onemocněním žít plnohodnotný život ve společnosti. Za tímto účelem FOKUS rozvíjí široký vějíř služeb sociální a pracovní rehabilita-

ce, které směřují k obnově sebedůvěry a praktických životních dovedností duševně nemocných“ (www.fokus-cr.cz/onas.htm, 28.4.2009).

V současné době má občanské sdružení FOKUS Mladá Boleslav asi 45 zaměstnanců - profesionálů, kteří splňují požadavky vyplývající z jejich pracovního zařazení (vzdělání - podle zákona č. 108/2006Sb., odborné vzdělání, psychiatrické minimum, kurz o sociální a pracovní rehabilitaci...). Pravidelně 1x za měsíc se účastní supervize (individuální, týmové).

Cílovou skupinou jsou:

Duševně nemocní starší 18-ti let, kteří mají diagnózu schizofrenie, schizoafektivní poruchu, těžkou poruchu osobnosti, těžkou neurózu a potřebují pomoc a podporu v oblasti bydlení, práce, využívání volného času, protože neovládají dovednosti k tomu potřebné.

Mohou být **pacienty psychiatrické léčebny**. Jejich zdravotní stav je stabilizovaný a jejich případné propuštění z psychiatrické léčebny při postupném získávání a upevňování sociálních dovedností může ve většině případů vést k samostatnosti.

Žijí trvale v **péči příbuzných** (většinou rodičů), kde však nemají dostatek příležitostí vytvořit si potřebné sociální, pracovní, dovednosti a návyky, popřípadě žijí **samostatně**.

Poskytované služby:

- 1) Tým sociální rehabilitace - case management
- 2) Program podpory v bydlení
- 3) Centrum sociální rehabilitace Mladá Boleslav
- 4) Centrum sociální rehabilitace Nymburk
- 5) Chráněné bydlení
- 6) Tým sociální rehabilitace - agentura podporovaného zaměstnávání
- 7) Sociálně-terapeutické dílny

Každá služba má vypracovaný svůj operační manuál, kde je rozpracováno do podrobností její fungování. Před vstupem do kterékoliv z dílen je klient seznámen s pracovním řádem, pravidlech rehabilitace, podepisuje Dohodu o pracovní rehabilitaci, Dohodu o využívání služby, popřípadě Smlouvu o placené práci.

4.2.1 Tým sociální rehabilitace – case management

Multidisciplinární tým v němž se setkávají psychiatr, zdravotní sestra, sociální pracovníci. Členové týmu vyhledávají a **kontaktují** případné zájemce z řady duševně nemocných jedinců. To se může dít na pravidelných **poradách s primáři** některých oddělení v Psychiatrické léčebně v Kosmonosích, kontaktováním od **členů rodiny** potenciálních klientů, popřípadě kontaktem přímo s nastávajícím **klientem**, který pomoc vyhledá sám.

Co v tom případě může tým nabídnout?? Spolupráci a pomoc na všech úrovních. Každý klient má „svého“ **klíčového pracovníka**, který ho od vstupu do FOKUSu provází a na kterého se může obracet v případě potřeby. Na schůzkách společně vyplňují **mapovací formulář**, ve kterém jsou uvedeny všechny důležité informace o klientovi (sociální i zdravotní stav) a jeho zázemí. Dále jsou mapovány klientovi **potřeby a naplněnost v oblasti bydlení, práce, trávení volného času**.

Snahou je vytvoření **pevného vztahu pracovník CM – klient**, a postupné **začleňování** klienta do dalších služeb a širšího společenství.

Četnost schůzek se odvíjí **podle aktuální potřeby**, stavu klienta.

4.2.2 Program podpory v bydlení

Program, který takto definován vznikl nedávno /březen 2009/ - ukazuje se, že stále více klientů má problémy se samostatným bydlením. Může to však souviset i s tím, že se daří pro stále větší počet klientů získat od Magistrátu města Mladá Boleslav samostatné bydlení.

4.2.3 Centrum sociální rehabilitace Nymburk

4.2.4 Centrum sociální rehabilitace Mladá Boleslav

Centrum sociální rehabilitace – dříve bazální dílna, je mnohdy první službou, kterou klientům pracovníci CM týmu nabízejí. Jde vlastně o chráněný prostor, ve kterém dochází k aktivizaci lidí, **strukturování jejich času, činností, vztahů**. Dále k nábivku **praktických dovedností pracovních** (přijít včas do práce, dodržovat osobní hygienu, dodržovat přestávky, při práci sledovat činnosti – spolupracovat s terapeutem, aktivně pracovat...), **sociálních dovedností** (spolupráce s ostatními klienty, dovednost požádat o pomoc, odmítnout druhého, umět přijmout kritiku – unést ji...), **dovednosti soužití** (vnímání ostatních klientů, jejich potřeb, dodržování osobních hranic svých i ostatních...), **přípravě klienta na práci v chráněné pracovní dílně...**

Také rozvíjení nadání a schopností, které každý má a prostřednictvím kterých se může vyjádřit.

4.2.5 Chráněné bydlení

Poskytuje ubytování v jedno a dvoulůžkových pokojích pro 8 klientů.

Cíle služby

- získání dovedností potřebných k samostatnému bydlení
- umožnění sociální integrace dlouhodobě duševně nemocných do komunity
- snížení počtu dlouhodobých hospitalizací, zkrácení délky hospitalizace
- poskytnutí možnosti svobodné volby mezi ústavní a komunitní formou péče
- v tréninkovém programu Chráněného bydlení připravit klienty na samostatný život v komunitě
- ve spolupráci s magistrátem Mladá Boleslav pomoci aktivním klientům získat samostatné bydlení v malometrážních bytech
- zapojení služeb chráněného a podporovaného bydlení do regionálního systému sociálních a zdravotních služeb pro duševně nemocné

4.2.6 Tým sociální rehabilitace – agentura podporovaného zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je služba pro osoby se zdravotním či sociálním znevýhodněním, mentálním postižením a psychickým onemocněním. Všem těmto osobám, které přicházejí do agentury podporovaného zaměstnávání nabízejí pracovníce informace o možnostech uplatnění na trhu práce a pomoc a podporu při:

- vytváření představ o vhodném pracovním zařazení, mapování trhu práce
- sestavování životopisu
- komunikaci s budoucím zaměstnavatelem, přípravu na pohovor, konzultaci ohledně správnosti uzavírané pracovní smlouvy, vhodné pracovní doby
- asistenci na pracovišti
- jednání na úřadě práce, registraci na ÚP, vyřizování formalit při žádosti o invalidní, starobní důchod...

Další službou, kterou agentura poskytuje jsou **Job kluby**, ve kterých jsou aktivní zájemci o pracovní místo zapojováni ve skupině a společně tak nacvičují dovednosti důležité při jednání na úřadech, s možným zaměstnavatelem.

Součástí přípravy uchazeče o zaměstnání je i výuka na PC v prostorách agentury.

4.2.7 Sociálně-terapeutické dílny

Dílny slouží, jak pro pracovní rehabilitaci, tak pro dlouhodobou chráněnou práci, která je některým klientům nabídnuta. Klienti si zde mohou obnovit a zlepšit pracovní dovednosti, schopnost komunikace s ostatními lidmi, posílit sebevědomí. Část klientů přichází do dílen s cílem připravit se na práci v běžných podmínkách, jiným jde o společenský kontakt.

4.2.8 Rehabilitační pobyty

FOKUS Mladá Boleslav organizuje i pro ostatní klienty z dalších FOKUSů 2x do roka týdenní rekreační pobyt na horách, který je spojen s hipoterapií. Klienti z Mladé Boleslavi mají možnost setkat se s uživateli služeb z ostatních sdružení. Během týdne jsou kromě jízdy na koních výšlapy do hor, toulání se po lese atd. Klienti mohou jet i s rodinnými příslušníky a strávit tak příjemnou aktivní dovolenou.

4.3 Vida

VIDA = Vize – Informace – Důvěra – Asistence

VIDA je občanské sdružení s celostátní působností, registrované v ČR od roku 2003.

„**VIDA centra** – informační centra pro problematiku duševního zdraví a nemoci, která fungují v rámci právnických subjektů, která působí v oblasti péče o duševní zdraví. Ve VIDA centrech uživatelé psychiatrických služeb poskytují bezprostřední podporu a cílené informace v oblasti duševní nemoci a péče o duševní zdraví, např. o službách pro duševně nemocné a pro lidi v kontaktu s duševní nemocí, o svépomocných aktivitách, volnočasových aktivitách, pracovních příležitostech. VIDA centra nabízejí bezplatné poradenství formou „občan občanovi“ pro osoby s duševním onemocněním, rodiče a příbuzné, veřejnost“ (www.vidacentrum.cz/o-nas/stanovy 26.4. 2009).

V současné době pracuje v České republice devět VIDA center (Praha, Plzeň, Pardubice, Kolín, Ústí nad Labem, Brno, Jihlava, Jeseník, Rakovník).

(www.vida.partnerprozdravi.cz/zakladni-udaje-vida/Default.aspx, 26.4.2009)

Poslání

Záměrem center je aktivní zapojení uživatelů psychiatrických služeb do procesu předávání informací dalším klientům, pacientům v psychiatrických léčebnách.

Klienti mají, na rozdíl od odborníků, s nemocí vlastní zkušenost, skrze kterou jsou „blíží“ ostatním pacientům. Tyto jejich aktivity nejenom, že pomáhají ostatním, ale i sami klienti mají činnost, skrze níž dochází k jejich rehabilitaci.

Zástupci z centra **VIDA Kolín** pravidelně jezdí do PL v Kosmonosích (2x měsíčně) a LS Sadská (1x měsíčně). Pořádají besedy s pacienty, kontaktují se s jednotlivci, kterým se snaží poskytnout potřebné informace a zpětně získat informace, o tom, jak a zda jsou dodržována jejich práva. V areálu PL je umístěna schránka s letákem na němž jsou kontakty, na které se mohou v případě potřeby pacienti obrátit. Do schránky mohou házet anonymní dotazy a připomínky.

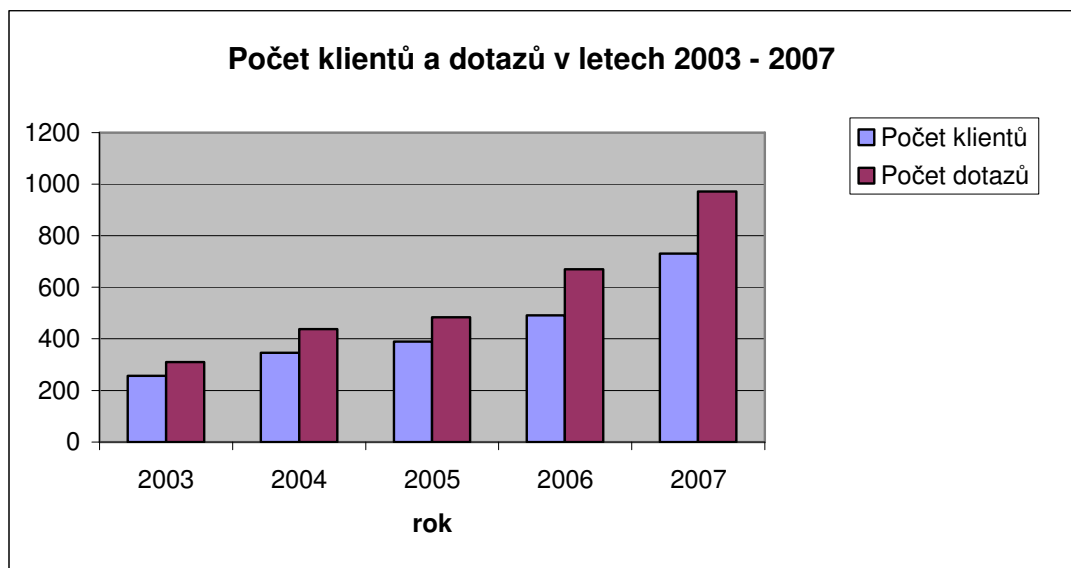
Odborné sociální poradenství v číslech

Rok	Počet klientů	Počet dotazů	Počet kontaktů
2003	257	309	x
2004	346	438	x
2005	390	483	x
2006	492	670	Kolem 1000*
2007	731	971	1225

Údaje jsou zpracovány podle dat z výročních zpráv a dále ze statistik z let 2003-2007 o.s. VIDA

x – počty dotazů a kontaktů nebyly sledovány.

*V roce 2006 došlo ke sledování počtu kontaktů během roku, údaj je proto přibližný.



Základním údajem pro VIDU a VIDA centra je počet zodpovězených dotazů. Jeden klient může chodit opakovaně s jedním dotazem, nebo může mít několik dotazů naráz. Dotazy jsou přijímány e-mailem, telefonicky, osobní konzultací, formou vhození do schránky (v PL – viz fotodokumentace), popřípadě poštou. Dotazy jsou z oblasti zdravotní péče, lidských práv, chráněného bydlení, bydlení, chráněné práce, práce, majetkových vztahů, rodinných vztahů, volného času, sociálních dávek. (www.vida.partnerprozdravi.cz/vyrocnizpravy-vida/Default.aspx, 9.5.2009).

Je patrný nárůst klientů i dotazů. Nárůst z původních šesti center na dnešních devět.

4.4 KOLUMBUS

Občanské sdružení KOLUMBUS je celorepubliková organizace, která vznikla v roce 2002. Poskytuje **bezplatné právní poradenství** lidem s duševní nemocí a usiluje o **zkvalitnění** jejich života. Poskytovateli služeb jsou kromě profesionálních pracovníků i uživatelé (současní i bývalí) psychiatrických zařízení a služeb.

Mezi její aktivity patří poradenská a přednášková činnost, účast na konferencích týkající se psychiatrie a léčby duševně nemocných u nás i v zahraničí, aktivní podpora v rozvoji komunitní péče, spolupráce s různými poskytovateli péče atd. (<http://www.os-kolumbus.org/>, 15.4.2009).

„**Pacientský důvěrník**“ (chodí vždy 2) navštěvuje 1x za 14 dní areál Psychiatrické léčebny v Kosmonosích, kde se kontaktuje s pacienty, získává informace, poskytuje podporu.

V případě potřeby o.s. KOLUMBUS zasahuje a snaží se o zlepšení konkrétních podmínek.

4.5 Další sociální služby v regionu Mladá Boleslav

Další ze služeb, které mohou dlouhodobě duševně nemocným v regionu pomoci:

Linka důvěry SOS – terénní služba první pomoci

Pečovatelská služba města Mladá Boleslav - klienti mohou využívat možnosti donášky obědů, úklid doma, pomoc s hygienou

K – centrum Mladá Boleslav – spolupráce při řešení komplikovaných problémů např. u klientů s duální diagnózou

Penzion pro důchodce Mladá Boleslav – chráněné bydlení, pečovatelská služba

Naděje, o.s. – pomoc a služby osobám v krizi, nouzi, bez přístřeší.

Všechny zde uvedené služby jsou registrovány podle zákona č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března, o sociálních službách. Na jejich financování se podílí např. MPSV, Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo kultury, Evropská unie prostřednictvím svých fondů, kraje, obce, různé nadace, sponzoři atd.

5 KAZUISTIKA

Veškeré informace byly získány a zpracovány v souladu se zákonem č. 100/2001 Sb. na ochranu osobních údajů.

5.1 Jana

Jana přišla do FOKUSu Mladá Boleslav na doporučení sociální pracovníce z PL.

Klientka potřebovala zajistit svoje potřeby v oblasti bydlení a práce.

Anamnéza:

Rodinná

Matka – 53 roků, profesorka, otec – 57 roků, horník, bratr 25 roků, studující.

Rodina žila v menším městě, rodiče se rozvedli, nyní žije víceméně každý sám.

Psychiatrická zátěž: prababička z otcovi strany – maniodepresivní psychóza, bez léčby, umírá v psychiatrické léčebně.

Osobní

Klientka má 31 roků.

Z dětství má nepříjemné vzpomínky na otcovo hrubé chování k ní i ostatním členům rodiny, fyzické i psychické týrání. Podle klientky si vždy rád „zgustl“ na ní – snad proto, že byla chytrá a inteligentní. Matka se snažila o mírnou výchovu, domluvu, trpěla chováním manžela, otce dětí.

Docházka do školky od čtyř let, nástup do první třídy v šesti letech. Bezproblémové dítě. Pozitivní vztah k matematice, čtení oblíbené neměla. Navštěvovala počítačový kroužek. V deváté třídě se objevuje, především ve škole, nepozornost, výrazné střídání nálad – po delších časových intervalech /týdenních a více/. Třídní učitelka si zve matku k pohovoru, Jana však před matkou nechce přiznat žádné problémy. První pocity, že sebevražda by „vše“ vyřešila. Po ukončení základní školy Jana nastupuje na gymnázium do jiného města. Stěhuje se od rodičů a bratra k babičce. Tuto dobu zpětně posuzuje jako zatím nejšťastnější období. Učivo zvládá na jedničky a dvojky, začíná mít větší zájem o chemii. Ve volném čase chodí do posilovny, plavat. Dochází ke zkracování intervalů při střídání nálad (po dvou dnech). Stále si nechce připustit problémy a snaží se zvládnout školní povinnosti –

„třeba budu blázen, tak ať jsem aspoň vzdělaná“. V tomto období navazuje první partnerský vztah. Přítel byl však podle Jany cholerik a brzy se rozešli.

Po maturitě si Jana dala tři přihlášky na vysokou školu, na všechny se dostala. Nastupuje na jednu z nich. Chodí s novým partnerem. První projevy nemoci – halucinace si uvědomuje „snad“ v prvním ročníku. Ve třetím ročníku těsně před zkouškou si je halucinacemi jistá. Mluví o velkém napětí a stresu, který měla. Stále nenavštěvuje lékaře. Někdy se snaží svoje problémy „přepít“ alkoholem, moc to nepomáhá. Vysokou školu úspěšně dokončuje. Při doktorandském studiu zhoršení zdravotního stavu – partner volá sanitku, ta klientku převáží do PL.

Sociální

Jana nikdy nepracovala, má přiznaný nárok na plný invalidní důchod. Po odchodu z PL nemá zázemí, kde by mohla žít. Stýká se s přítelem z dob studií.

Psychiatrická

Poprvé hospitalizována z psychoafektivní psychózou – depresivní typ v roce 2004. Je hospitalizovaná několik měsíců. Začíná období pobytu střídavě ve dvou psychiatrických léčebnách, celkem 6x, kde klientku léčí i elektrošoky, poprvé to pomáhá, podruhé už ne. Lékaři mají velké problémy s nastavením medikace (Jana má rezistenci na léky). Jednou se pokouší o útěk z léčebny. Pokouší se i o sebevraždu. Před nástupem do chráněného bydlení délka poslední hospitalizace rok a půl.

Diagnóza nyní: psychoafektivní psychóza – smíšený typ. Má náhled na nemoc.

Sociální diagnostika

Zajištění bydlení, začlenění do dostupných služeb, psychosociální rehabilitace.

Sociální intervence

Po propuštění z PL a navázání komunikace se sociální pracovníci ve FOKUSu Mladá Boleslav byla Janě nabídnuta možnost bydlet v chráněném bydlení a navštěvovat sociálně-terapeutické dílny. Využívá možnosti, které služby nabízí. Začíná docházet do centra soci-

ální rehabilitace, později přechází do sociálně terapeutické dílny. Při práci je samostatná, manuálně zručná, přátelská, v kolektivu oblíbená. Ve volném čase studuje chemii a vaří.

Během pobytu v chráněném bydlení krátkodobá hospitalizace na PL, klientka se vrací do chráněného bydlení a dál dochází do dílen.

Prognóza

Jana bydlí v chráněném bydlení, pracuje v sociálně-terapeutických dílnách, využívá nabídek a možností k trávení volného času. Disponuje vysokou emoční inteligencí. Nestraní se lidí, nechová se nadřazeně – vzhledem k ukončenému vysokoškolskému vzdělání. Sama přemýšlí, že by doučovala středoškolskou chemii a matematiku a přivydělávala by si tak k invalidnímu důchodu. Ráda by pracovala ve firmě, která se zabývá vývojem plastů – alespoň na částečný úvazek. Do regionu, kde by sehnala práci by se i přestěhovala.

Janina prognóza na úzdravu je dobrá, musí však dodržovat pravidelné užívání léků, bez toho aniž by si sama stanovovala dávkování.

5.2 Václav

Pacient byl na vlastní žádost přijat na oddělení PL v Kosmonosích

Anamnéza:

Rodinná

Matka – 68 let, sledovaná pro vyšší cholesterol a problémy se štítnou žlázou. Vyučená je švadlena, pracovala však na technické pozici.

Otec (zemřel v 67 letech) po operaci střev, byl vyučený kovářem.

Nevlastní sestru – z matčina předchozího manželství, stejně jako nevlastního bratra – z otcova předchozího manželství, viděl někdy před 5-6 lety.

Psychiatrická zátěž v rodině nebyla.

Osobní

Pacientovi je v současné době 28 roků. Z poskytnutých informací vyplývá, že v jeho dětství nebyly závažnější problémy, narodil se jako zdravé dítě. Před vstupem na základní školu chodil do mateřské školy. Do základní školy nastoupil v 7 letech. Oblíbenými předměty byly chemie, přírodopis, ostatní předměty „jak kdy“, celkově průměr. Ve třídě se držel zpátky, v kruhu svých známých. Po ukončení základní školy chtěl jít na průmyslovku – neudělal však přijímací zkoušky. Nastupuje na SOU – obráběč kovů, kde má skoro vyznamenání. Maturitu si dodělává dálkově na nástavbě – baví ho to, jen má problém, že se musí učit. Po maturitě začal studovat VŠ, po prvním semestru skončil.

Zaměstnán byl 5 roků, jako obráběč kovů – to ho bavilo. Pracoval i v zahraničí – přes agenturu, v Anglii, Německu, chtěl až do Španělska, kam se mu vzhledem k nedostatku financí nepodařilo dostat.

Sociální

Nyní žije na ulici nebo v azylovém zařízení. Dříve bydlel společně s matkou, po předchozí hospitalizaci (před dvěma měsíci) však s matkou bydlet odmítá. Finančně vychází – má plný invalidní důchod, chtěl by spolupracovat s FOKUSEm, najmout si garsonku. Kamarádí se s bývalými známými z práce, některými klienty z centra sociální rehabilitace. Chtěl by začít dálkově studovat vysokou školu. Partnerku měl sem - tam, nejdéle asi šest měsíců, od první hospitalizace je bez partnerky.

Zajímá ho programování, databáze, tvorba www. stránek. Občas hraje basketbal. Má klidnou povahu, s každým se snaží vyjít.

Alkohol pije příležitostně – „když už něco musí být, jinak by člověk na ulici zmrznul“

Kouří 20cig/den od 18 let.

Drogy – zkoušel marihuanu, LSD 1x, pervitin asi 2x, automaty nikdy

Má řidičský průkaz sk. A, B, ale ztratil ho.

Psychiatrická

Poprvé hospitalizován v roce 2004 s dg. akutní psychotická porucha. Druhá i třetí hospitalizace proběhly následně po sobě v roce 2009.

Při poslední hospitalizaci - nemá náhled na schizofrenní onemocnění, není nakloněn medicaci, na některé možnosti léčby vůbec nepřistupuje, trvá si na svém. Z psychologických testů, které si sám vyžádal, je patrné vysoké IQ. V režimu na oddělení se aktivně zapojuje do činností, občas má drobné konflikty se spolupacienty, v terapii spolupracuje dobře.

Před propuštěním (na vlastní žádost) z léčebny je provedeno toxikologické vyšetření moči – z výsledků je patrné, že neužívá všechny léky.

Současná diagnóza: Paranoidní schizofrenie.

Sociální diagnostika

Zajištění bydlení, začlenění do služeb, které lidem s duševním onemocněním poskytují různé organizace, začlenění do společnosti.

Sociální intervence

Pacient si během pobytu v PL, společně se sociální pracovníci na oddělení a pracovníkem case-management týmu FOKUSu Mladá Boleslav, který přichází za klientem do léčebny, zjišťuje a ověřuje, které služby mu organizace může nabídnout. Protože potřebuje zajistit bydlení směřuje jeho zájem především do této oblasti. Nárok na chráněné bydlení je podmíněn užíváním některé další služby – tzn. docházky do centra sociální rehabilitace nebo některé ze sociálně-terapeutických dílen. Rozhoduje se pro centrum sociální rehabilitace,

s vyhlídkou na práci v sociálně-terapeutické dílně. Pracovníkem CM je seznámen s možností pobytu v komunitě pro psychotiky v Mýtě u Rokycan. To odmítá. Stále přemýšlí o studiu na VŠ kam si sám podal přihlášku a možnosti odstěhovat se pryč z regionu. Je poučen o potřebě docházet do ambulance psychiatrického lékaře a nutnosti užívat léky.

Prognóza

Václav se svým vystupováním snaží působit velice sebevědomě. Někdy působí jako člověk, který všechno zná a ví nejlépe. Odmítá práci a činnosti, se kterými ostatní nemají problém snad z pocitu vlastní nadřazenosti. Také jeho tvrdošíjné odmítání brát některé léky mu situaci neusnadňují. Stejně tak jako jeho ne/vztahy s matkou a nevlastními sourozenci. V tuto chvíli je bez střechy nad hlavou a dalšího sociálního a hygienického zázemí. Do sociálně – terapeutické dílny chodí podle nálady, stejně tak je to s jeho činností v dílně.

Vzhledem k délce schizofrenního onemocnění, absence náhledu na nemoc, struktury osobnosti, je prognóza nepříznivá.

5.3 Srovnání

Obě kasuistiky jsou si zdánlivě velmi podobné. Jana i Vašek jsou v přibližně stejném věku, žijí ve stejném městě. Jsou nadprůměrně inteligentní. Mají zájem o přírodní vědy a techniku. Oba dva experimentují s vysazováním léků, i když každý trochu jinak. I jejich dětství sebou nese do dalšího života zátěž. Liší se jejich psychiatrická diagnóza. Věk, kdy byly poprvé hospitalizovány v PL. Jana ve 26 letech, Vašek ve 23 letech.

Jana trpí chováním svého otce (rodič opačného pohlaví), který duševně i fyzicky týrá ji, ale i matku a bratra.

Vašek vyrůstá v rodině, kde každý z rodičů má dítě z předchozího vztahu. Otec nadužívá alkohol, Vašek se s ním proto názorově rozchází. Neznáme poměry rodičů s bývalými partnery.

Z Janina vyprávění je patrné, že měla dobrý vztah jak s matkou tak babičkou, u které bydlela během studia na střední škole. V době studií na vysoké škole je vedle ní přítel, který ji pomáhá i v době onemocnění, během hospitalizací. Z informací o docházce na střední i vysokou školu je patrná Janina snaha a píle, odhodlání a projev vůle, něco dokázat a zvládnout, přestože se projevují první vážnější příznaky nemoci a Jana začíná tušit problémy. V Janině životě jsou lidé, kterým může důvěřovat a má od nich oporu. Vzhledem k tomu, že ukončila vysokou školu ví, že přestože je nemocná – a ona to připouští, něco dokázala.

Vašek má naopak s učením problém – na jedné straně něco chce, na druhé však nemá dostatek vůle, motivace, energetické zdroje?, aby proto něco udělal a zvládl to. Na rozdíl od Jany nemá člověka, kterému by důvěřoval, na kterého by se mohl obrátit v případě potřeby nebo nouze. Jakoby mu chyběla základní důvěra v ostatní i v sebe sama. Jeho leckdy „sebevědomé“ vystupování může být zástěrkou pro pocit osamocení a jeho chaotický přístup k životu snahou o to, aby se nemusel „zastavit“ a začít dělat některé věci jinak. Při práci s ním jsem z něj cítila ostych a jakoby nadřazenost, se kterou ke mně přistupoval – na druhé straně, po nalezení společného tématu, byl srdečný, přátelský, otevřený... Při dalším setkání na zcela jiném místě se ke mně rád hlásí... I proto si myslím, že by mu prospěla intenzivní práce na sobě prostřednictvím psychoterapie. Obávám se však, že k ní není dostatečně motivován především ze svých vnitřních zdrojů (chybí mu náhled na nemoc).

Jeho úzdravu tak oproti Janině příznivé prognóze nevidím jako reálnou.

6 DISKUSE

Záměrem mojí práce bylo seznámit se s problematikou a hlavními tématy z oblasti psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných. Realizovala jsem ho prostřednictvím četby a studia literatury, kterou jsem měla k dispozici, návštěvou zařízení, které se zabývají poskytováním péče, kontaktováním odborníků a lékařů. Důležitým zdrojem byly informace od osob s duševním onemocněním. Dva případy zpracovávám v podobě kasuistik.

V teoretické části vymezuji pojmy psychóza, schizofrenie, vracím se do historie psychiatrické péče, popisují různé druhy zařízení, které poskytují léčbu a psychiatrickou rehabilitaci. Pro samotnou kapitolu psychosociální rehabilitace využívám materiály: **Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace in MATRA III – Komunitní psychiatrie v praxi, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2005.**

V praktické části zmiňuji a popisují zařízení a organizace, které se v regionu Mladá Boleslav zabývají poskytováním péče a rehabilitací dlouhodobě duševně nemocných.

Ze zjištěných faktů usuzuji, že **obsah projektu psychiatrické rehabilitace je ve zmíněném regionu velmi dobře nastartován a stávající služby odpovídají požadavkům, které jsou na psychosociální rehabilitaci dlouhodobě duševně nemocných kladeny.**

Oblast zdravotní péče, bydlení, podpory práce i samotné pracovní příležitosti jsou uskutečňovány poskytováním péče ve zdravotnických zařízeních nebo službami občanských sdružení. Slabinu vidím v **absenci systematické psychoterapie po propuštění pacientů z PL, absenci možnosti vzdělávání se klientů a činností směřující k využívání volného času.**

Každá z organizací, které v oblasti působí se soustřeďuje na jiný okruh poskytovaných služeb, společně pak vytváří podmínky pro komplexní psychosociální rehabilitaci dlouhodobě duševně nemocných.

7 DOPORUČENÍ

V průběhu času, který jsem strávila v „terénu“ a zvláště pak z rozhovorů s uživateli těchto služeb mi na mysl přicházela témata, na nichž by bylo dobré do budoucna zpracovat a to nejen v regionu Mladá Boleslav:

- usilovat o zlepšení a zdokonalení podmínek, péče a přístupu k duševně nemocným v léčebných zařízeních (úprava prostor, vzdělávání personálu, získávání odborníků)
- budovat ÚSP, domovy důchodců pro klienty s psychiatrickou diagnózou
- zlepšovat komunikaci mezi zdravotnickými zařízeními a sdruženími, jež poskytují služby
- součástí následné komplexní psychosociální rehabilitace po propuštění z psychiatrické léčebny by měla být psychoterapeutická péče, kterou bych navrhovala realizovat i prostřednictvím některé z expresivních terapií (arteterapie, drama-terapie, taneční a pohybové terapie), u kterých je předpokládáno aktivní zapojení klientů
- jako další součást celého komplexu psychosociální rehabilitace - zavedení práce s rodinou – rodinné terapie
- kontinuálně odborně vzdělávat pracovníky v občanských sdruženích, poskytujících služby, podporu a pomoc, předcházet syndromu vyhoření
- vzdělávat pacienty léčeben a klienty občanských sdružení formou
 - tématických besed, které by si připravovali sami (cestopisné projekce, „exkurze“ do historie)
 - přednášek, jejichž cílem by bylo poznávání tradic, hodnot a kultury, které jsou součástí, ale také kultur ostatních zemí
 - přednáškami na různá odborná témata
- usilovat o rozšiřování kapacity bydlení (budování bytů s asistenční službou, sociálních bytů)

- rozšířit služby, které by klientům pomáhali zaplnit jejich volný čas
- provádět primární prevenci na středních školách společně s uživateli služeb
- věnovat čas a energii do „odtabuizování“ psychiatrických diagnóz ve společnosti
- zvýšit finanční podporu do sektoru státních i nestátních organizací, které poskytují léčbu i služby duševně nemocným

ZÁVĚR

V bakalářské práci je prezentována problematika psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných. Snažila jsem se podat ucelený pohled na teorii, která je k dané problematice k dispozici a dále pak přehled o reálném stavu v regionu Mladá Boleslav.

Činím tak pro seznámení širší veřejnosti s danou problematikou v tomto regionu, dále pro vlastní seznámení s odbornou tematikou, kterou bych dále chtěla rozšířit ve své diplomové práci o výzkum v oblasti využívání volného času dlouhodobě duševně nemocných.

Psychosociální rehabilitace dlouhodobě duševně nemocných je v ČR poměrně nový obor sociální práce. Rozvíjí se postupně stejně jako se postupně mění pohled většiny společnosti na duševně nemocné. Pokud přemýšlím, proč by většina společnosti měla podporovat a pomáhat právě této cílové skupině je mi odpovědí zjištění, ke kterému jsem během času stráveného s odborníky, v zařízeních, ale hlavně se samotnými pacienty, klienty došla, totiž, že duševně nemocný má mít právo ovlivňovat, měnit a žít svůj život do nejvyšší možné míry, které je schopný. A společnost by mu měla poskytnout nástroje a podporu k tomu, aby to zvládal co nejlépe.

Doba, kdy bylo pohodlnější poslat „blázný“ v korábu na širé moře je, doufám, navždy pryč...

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Avicenum, 1994. ISBN 08-080-87
- [2] *Klubko – jubilejní sborník*. Mladá Boleslav: Česká společnost pro duševní zdraví, 2009
- [3] *Koncepce oboru psychiatrie*. Praha: Česká psychiatrická společnost, 2001
- [4] MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0737-3
- [5] MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6
- [6] MUSIL, J. A KOL. *Klinická psychologie a psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1153-9
- [7] *Psychiatrická péče 2007, Zdravotnická statistika*. Praha: Ústav zdravotnických a statistických informací 2007. ISBN 978-80-7280-789-5
- [8] RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1
- [9] SCHMIDBAUER, W. *Psychologie (Lexikon základních pojmů)*. Praha: Naše vojsko, 1994. ISBN 80-206-0459-6
- [10] *Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace: In Matra III. – Komunitní psychiatrie v praxi*, Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2005
- [11] STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: FOKUS, 2001
- [12] *Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách*
- [13] *Zákon č. 100/2001 Sb. ze dne 4. dubna 2000 na ochranu osobních údajů*

INTERNETOVÉ ZDROJE:

www.ceskapsychiatrie.cz

www.cmhcd.cz

www.czso.cz

www.fokus-mb.cz

www.mb-net.cz

www.os-kolumbus.org

www.plkosmonosy.cz

www.uzis.cz

www.vida.partnerprozdravi.cz

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CM	Case-management
LS	Léčebné sanatorium
PL	Psychiatrická léčebna

SEZNAM PŘÍLOH

1. Deklarace lidských práv a duševního zdraví
2. Deklarace práv duševně postižených lidí
3. Etický kodex sociálních pracovníků České republiky
4. Pozvánka na cyklus přednášek v PL KOSMONOSY
5. Sociální karta pacienta v PL KOSMONOSY
6. Dohoda o pracovní rehabilitaci o.s. FOKUS Mladá Boleslav
7. Informační leták o.s. KOLUMBUS

Fotodokumentace

Příloha č. 1

DEKLARACE LIDSKÝCH PRÁV A DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Práva duševně nemocných

Diagnóza duševní choroby má být v souladu s přijatými lékařskými, vědeckými a etickými normami. Obtíže při adaptaci na morální, sociální a politické a jiné hodnoty nemají být samy o sobě považovány za duševní nemoc.

Základní práva osob, které jsou označeny jako duševně nemocné, odborně diagnostikovány jako duševně nemocné, léčeny jako duševně nemocné a považované za duševně nemocné nebo trpící emočními problémy, jsou stejná jako práva všech ostatních občanů.

Proto je také nutné:

- nepovažovat duševně nemocného v žádné situaci a za žádných podmínek za vyčleněného z lidské společnosti
- jednat s ním jako rovný s rovným, byť by tuto představu svým myšlením, chováním, konáním a stavem narušoval
- chránit jeho práva ve všech ohledech, byť si jich není vědom nebo nedává najevo, že si jich je plně vědom
- informovat jej o jeho stavu sociálním i zdravotním, o možnostech nápravy a léčby a být mu nápomocen
- informovat jej o jeho právech, respektovat je a pomáhat mu k jejich dosažení

schválená Světovou federací pro duševní zdraví v r. 1989

Příloha č. 2

DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standard. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
4. Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovnickou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakémukoli formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole jakož i právu se odvolat k vyšší instituci.

rezoluce schválená VS OSN dne 20. prosince 1971

Příloha č. 3

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČESKÉ REPUBLIKY

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

Etické zásady

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o

celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

Ve vztahu ke kolegům

Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

Ve vztahu ke společnosti

Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat.

Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních

a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
- kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
- kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
- kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.
2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.
3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

Příloha č. 4

Pozvánka na cyklus přednášek v PL Kosmonosy



Vzhůru do života – prevence relapsu

První uzavřený cyklus osmi přednášek v Psychiatrické léčebně Kosmonosy pro klienty a uživatele psychiatrických služeb

každé úterý od 9:30 do 10:30 hod. na oddělení K 20

Program:

- 7. 4. 2009 - prim. MUDr. V. Kotková: Co je psychóza a jak se léčí?
- 14. 4. 2009 - Mgr. A. Fialová: Přehled služeb pro osoby s duševním onemocněním
- 21. 4. 2009 - Ing. B. Šelbická: Jak komunikovat s počítačem?
- 28. 4. 2009 - Mgr. A. Fialová: Způsobilost k právním úkonům
- 5. 5. 2009 - pí. Bišková: Jak žádat o sociální dávky?
- 12. 5. 2009 - pí. Palounková: Péče o děti
- 19. 5. 2009 - o.s. Kolumbus: Svépomocná hnutí v ČR
- 26. 5. 2009 - MUDr. Stuchlík: Jaká jsou práva psychiatrických pacientů?

Příloha č. 5

SOCIÁLNÍ KARTA PACIENTA

ČÍSLO CHOROBOPISU:

roz.

Hospitalizace:		Přijat na odd.
Datum propuštění:		Prop. z odd.
Rodné číslo:		Rodinný stav:
Narozen:		
Národnost:		St. Občanství:
Pojišťovna:		
Číslo OP:		Platný do:
Jiné doklady:		
Bydliště:		
Přechodné bydliště:		
Vzdělání:		
Povolání:		
Zaměstnavatel:		
	Tel.	Mobil
Číslo DPN:		Neschopen od:
	Vystavená:	Vystavil:
Důchod:		
	Výše:	Splatnost:
Příkazní smlouva:		Datum podepsání:
Způsobilost:		
	Soud:	
	Spis č. :	
	Nabytí právní moci:	
	Poznámka:	
Opatrovník:		
	Soud:	
	Spis č.:	
	Nabytí právní moci:	
Pozn. k čerp. fin.:		
Příbuzní:	Otec:	
	Matka:	Mobil:
	Manžel/ka:	
Praktický lékař:	tel.	mobil
Zdravotnické zařízení:	tel.	mobil
Poznámka:		

Příloha č. 6

Dohoda o pracovní rehabilitaci o.s. FOKUS Mladá Boleslav

Vedoucí centra sociální rehabilitace:

Pracovní terapeut:

Klient:

Uzavírají

Dohodu o pracovní rehabilitaci v centru sociální rehabilitace

1. Dohoda vzniká dne:
2. Dohoda se sjednává na dobu určitou, maximálně na 6 měsíců
3. Klientovi za vykonanou práci nepřísluší mzda

Podmínky poskytování služby pracovní rehabilitace

1. Klient:

- čerpá službu na základě svého vlastního rozhodnutí
- je povinen dodržovat provozní řád centra sociální rehabilitace a pravidla bezpečnosti práce
- se zavazuje dle svých možností spolupracovat s terapeuty v centru sociální rehabilitace, případně se domlouvá o změně či ukončení dohody
- klient má právo podat stížnost komukoliv z terapeutů nebo odbornému řediteli sdružení v případě, že má pocit, že je porušována jeho dohoda o pracovní rehabilitaci

2. Terapeuti:

- se snaží v maximální míře vyhovět sjednané zakázce klienta
- informují klienta o chodu a pravidlech poskytované služby
- jsou povinni zachovávat mlčenlivost o všech skutečnostech, které se o klientovi dozvěděli
- očekávají případné připomínky, nápady, postřehy týkající se poskytované služby
- mají právo stejně jako klient vypovědět tuto dohodu v případě, že je porušována či není naplňována dohoda o pracovní rehabilitaci

3. FOKUS Mladá Boleslav

- se zavazuje po dobu trvání dohody o pracovní rehabilitaci hradit klientovi náklady na jízdné, kromě jízdného v městské hromadné dopravě. Jízdné je propláceno v den výplatního termínu organizace zpětně za uplynulý měsíc. Klient je povinen předložit jízdenky do 5. dne v měsíci.

V Mladé Boleslavi dne:

Klient:

Vedoucí centra:

Pracovní terapeut:

Příloha č. 7

INFORMAČNÍ LETÁK o.s. KOLUMBUS

AKTIVITY O.S. KOLUMBUS

1. Poradenská činnost a hájení práv lidí s duševním onemocněním.
2. Přednášková a osvětová činnost pro personál psychiatrických léčeben, komunitní zařízení a širší veřejnost.
3. Výměna dobré praxe v psychiatrických léčebnách.
4. Aktivní účast na konferencích a seminářích týkajících se psychiatrie a péče o duševní zdraví v ČR i zahraničí.
5. Připomínkování zákonů a právních předpisů, návrhy změn stávajících právních předpisů, příprava návrhu zákona o duševním zdraví.
6. Organizování vzdělávacích seminářů a školení pro uživatele a uživatelské organizace /internet, práva pacientů, poradenství apod./.
7. Práce s médii / publikace článků a rozhovorů týkajících se duševního zdraví a destigmatizace psychiatrie/.
8. Rozvoj spolupráce s domácími i zahraničními občanskými sdruženími působícími v oblasti zdravotní, sociální a v oblasti hájení lidských práv.
9. Pořádání výstav výtvarných děl uživatelů psychiatrické péče
10. Organizace výletů, rehabilitačních a výměnných pobytů pro uživatele.

Sdružení KOLUMBUS usiluje o:

- Zlepšení péče v psychiatrických léčebnách
- Rozvoj komunitní péče a služeb pro duševně nemocné
- Přijetí komplexního zákona o duševním zdraví
- Ochranu a zajištění právní pomoci duševně nemocným zejména právního zastoupení před soudy v řízení o nedobrovolném umístění do léčebny a způsobilosti k právním úkonům
- zlepšení kvality života lidí s duševním

Občanské sdružení Kolumbus

Keplerova 712/32
400 07 Ústí nad Labem
Telefon: 475 207 775, 774 279 350
E-mail: jan.f.jaros@seznam.cz
<http://os-kolumbus.org>



Sdružení uživatelů
psychiatrické péče ČR

Hájení práv duševně
nemocných

Cílem sdružení je
především hájit práva a
zájmy duševně nemocných
v České republice a
zkvalitnit jejich život

Psychiatrická léčebna KOSMONOSY



Terapeutická kavárna a obchůdek o.s. FOKUS v PL KOSMONOSY



Schránka na dotazy v Terapeutické kavárně o.s. FOKUS v PL KOSMONOSY

