

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**  
**Institut mezioborových studií**

**Psychosociální rehabilitace duševně nemocných**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
**Mgr. Olga Doňková**

**Vypracovala:**  
**Dana Holá**

**Brno 2012**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Psychosociální rehabilitace duševně nemocných“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Perninku dne 30.dubna 2012

.....

## **Poděkování**

Děkuji paní Mgr. Olze Doňkové za odborné vedení, velmi užitečnou metodickou pomoc a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce.

Občanskému sdružení Fokus v Karlových Varech děkuji za spolupráci a ochotu při získávání dat do praktické části práce.

Dana Holá

## OBSAH

ÚVOD.....	2
<b>I</b> <b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>4</b>
<b>1</b> <b>PROBLEMATIKA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ</b> .....	<b>5</b>
1.1    DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	6
1.2    DUŠEVNĚ NEMOCNÍ A SPOLEČNOST .....	7
<b>2</b> <b>VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY</b> .....	<b>9</b>
2.1    SCHIZOFRENIE F20.....	10
2.2    PORUCHY NÁLADY (AFEKTIVNÍ PORUCHY) F30 – F39 .....	12
2.3    NEUROTICKÉ A ÚZKOSTNÉ PORUCHY F40 – F49 .....	14
2.4    PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ F60 – F69.....	15
<b>3</b> <b>PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE</b> .....	<b>16</b>
3.1    PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....	17
3.2    POČÁTKY PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE VE SVĚTĚ .....	18
3.3    SITUACE V ČESKÉ REPUBLICE.....	19
3.4    FILOSOFIE PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	20
3.5    HLAVNÍ ŠKOLY.....	21
3.6    CÍLOVÁ SKUPINA .....	21
3.7    PRINCIPY .....	22
3.8    FÁZE PROCESU PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE .....	23
3.9    KOMUNITNÍ PÉČE .....	24
<b>II</b> <b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>29</b>
<b>4</b> <b>SITUACE V KARLOVARSKÉM KRAJI</b> .....	<b>30</b>
4.1    SLUŽBY SOCIÁLNÍ REHABILITACE FOKUS .....	32
<b>5</b> <b>CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK</b> .....	<b>34</b>
<b>6</b> <b>CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU</b> .....	<b>35</b>
<b>7</b> <b>POUŽITÉ METODY</b> .....	<b>38</b>
<b>8</b> <b>PREZENTACE VÝSLEDKŮ</b> .....	<b>39</b>
8.1    SKUPINA Č.1 – KLIENTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB FOKUS (K).....	40
8.2    SKUPINA Č.2 – PRACOVNÍCI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB FOKUS (P).....	43
<b>9</b> <b>DISKUZE</b> .....	<b>48</b>
<b>10</b> <b>ZÁVĚR</b> .....	<b>51</b>
RESUMÉ.....	53
ANOTACE.....	54
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	55
SEZNAM PŘÍLOH.....	58

## ÚVOD

*„Stav veřejné péče o duševně choré podává neklamné měřítko o stupni kulturní vyspělosti země.“*

Heinrich Damerow (1728 – 1866)

Duševně nemocný člověk nemusí být v plné sociální a klinické remisi a přesto díky fungující podpoře přirozených zdrojů či rehabilitačních služeb může žít relativně spokojený a naplněný život v prostředí podle své volby.

Profesně se orientuji na sociální práci. Několik let pracuji v soukromé psychoterapeutické ordinaci na pozici sociální pracovnice, asistent. Vážím si skutečnosti, že působím ve zdravotním zařízení pod vedením lékaře psychiatra, který ve své profesi neuplatňuje pouze medicínská hlediska. Je mu zřejmé, že kvalitní péče o lidi s vážným duševním onemocněním musí být komplexní – to znamená propojená jak v oblasti biologické léčby, psychologické terapie, tak i sociální. Ze své praxe mám zkušenost, že tento přístup není obvyklý. Během posledních let jsem absolvovala několik odborných kurzů týkající se problematiky péče o duševně nemocné a zaměřila jsem se na metody komunitní péče – psychosociální rehabilitaci a case management (případové vedení).

Cílem mé bakalářské práce je poukázat na význam psychosociální rehabilitace a objasnit, jaký vliv má na zvýšení kvality života duševně nemocného člověka v různých jeho osobních a životních oblastech (sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví). Dalším cílem je odpovědět na otázky směřující na zkušenosti klientů a profesionálů s metodou psychiatrická rehabilitace a zmapovat spokojenost klientů s nově otevřenými sociálními službami Fokusu s využitím náhledů dalších profesionálů – psychiatrů.

V teoretické části bakalářské práce bude nastíněna problematika duševního zdraví, budou zde popsány vybrané diagnózy duševních poruch, možnosti terapie duševních nemocí a jejich vliv na úzdravu klientů. Velká pozornost bude věnována vysvětlení základních pojmů vztahujících se k danému tématu – psychosociální rehabilitace a komunitní péče.

Empirická část práce se bude zabývat současnou situací v Karlovarském kraji; bude analyzovat stav psychiatrických služeb a zaměří se na nově vzniklé sociální služby pro duševně nemocné Fokus, kde bude částečně probíhat praktická část. Výzkum bude proveden kvalitativní metodou s využitím polostrukturovaných rozhovorů s klienty a pracovníky Fokusu. Zmapuje první zkušenosti v nově otevřených sociálních službách a pokusí se zjistit, jaký vliv má psychosociální rehabilitace na kvalitu života duševně nemocných. Dále se bude zabírat otázkami: jak se změnil život klientům užívajících těchto služeb a jak hodnotí služby klienti, pracovníci sociálních služeb a psychiatři.

Zjištěné poznatky budu analyzovat a porovnávat s informacemi získanými jak v relevantní odborné literatuře, tak i ve vícestranných rozhovorech s klienty, poskytovateli sociálních služeb a psychiatry.

Domnívám se, že téma mé bakalářské práce Psychosociální rehabilitace duševně nemocných úzce souvisí s oborem sociální pedagogika, která nachází v rehabilitaci své uplatnění při terénní práci, komunitní péči, sociální komunikaci a v metodologii sociálněvýchovné činnosti.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 PROBLEMATIKA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Předmětem mého zájmu je psychosociální rehabilitace duševně nemocných lidí a proto se v první kapitole budu věnovat objasnění a zmapování pojmů týkajících se duševního zdraví, nemoci, postoje společnosti k duševně nemocným a stigmatizaci.

Světová zdravotnická organizace (WHO in Zelená kniha, 2005, s.4) popisuje duševní zdraví jako „stav duševní pohody, v němž jedinec uskutečňuje své schopnosti, dokáže se v životě vyrovnat s běžnými stresy, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen se podílet na životě své komunity“.

## Činitelé podmiňující duševní stav lidí:

- biologické - genetika, pohlaví;
- individuální - osobní zkušenosti;
- rodinné a sociální - sociální podpora;
- ekonomické;
- environmentální - společenské postavení a životní podmínky.

Co charakterizuje duševně zdravého člověka? Umí přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Zdravý člověk plánuje a plány uskutečňuje. Dokáže se podílet na změnách, vytváří nové věci. Nečiní mu potíže komunikovat, je aktivní a zúčastňuje se dění kolem sebe. Adaptuje se na nové situace. Je citově vyrovnaný, zvládá vlastní emoce a dovede se uvolnit. Duševně zdravý člověk pracuje, dokáže si udržovat partnerský vztah (Marková, 2006).

**Deklarace o duševním zdraví pro Evropu** s podtextem „čelit výzvam, nalézat řešení“ je dokument, který poukazuje na snahu Světové zdravotnické organizace, Evropské unie a Rady Evropy podporovat duševní zdraví, prevenci a terapii poruch duševního zdraví spolu s odpovídající péčí. V Deklaraci je zdůrazněno pět základních priorit (WHO, 2005 in Analýza 2010):



1. „podporovat existenci duševní pohody;
2. řešit kolektivní stigma, diskriminaci, nerovnost, zmocnění, a podporu jedinců s psychickými problémy a jejich rodin ve smyslu zapojit je do procesu;
3. navrhnout a zavést komplexní, integrovaný a výkonný systém duševního zdraví, který bude zahrnovat podporu, prevenci, léčbu, rehabilitaci, péči a zotavení;
4. řešit potřeby kvalifikovaného personálu;
5. uznávat zkušenosti a znalosti uživatelů služeb a opatrovníků jako podkladu pro následné plánování a rozvoj psychiatrických a sociálních služeb“.

Navazující dokument **Akční plán duševního zdraví pro Evropu** navrhuje způsoby a prostředky přípravy, zavedení a zpevnění komplexních koncepcí duševního zdraví v zemích Evropského regionu. Jednotlivé země promítnou tyto politické koncepce do svých vlastních strategií a plánů duševního zdraví, aby určily, co konkrétně v příštích pěti a deseti letech nastane (WHO 2005 in Analýza, 2010).

## 1.1 Duševní onemocnění

V psychologickém slovníku najdeme následující definici duševní nemoci: „chorobu, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce. V nejstarších dobách je považována za následek provinění proti bohům. Příznaky duševních chorob jsou podobné na celém světě, i když jsou modifikovány vlivem kultury, která má vliv na obraz nemoci. Například schizofrenici v USA se nejčastěji vydávají za sportovní nebo filmové hvězdy, v nábožensky založených společnostech za apoštoly nebo představitele pekla, v Africe za Asijce, v ČR za agenty tajných služeb nebo jejich oběti, popřípadě za kontaktní osoby pro styk s mimozemskými civilizacemi“ (Psychologický, 2000, s. 346 – 347).

Lidé s duševním onemocněním trpí úzkostí, nespavostí, nebo nemohou dostatečně komunikovat s druhými lidmi. Jejich intelekt přitom většinou není vůbec postižen. Duševní poruchy propukají až v průběhu života, například v důsledku velkých nároků ve škole, úmrtí blízkého člověka nebo ztráty zaměstnání, ale i bez takové příčiny (brožura, www.rpkk.cz).

I přes zlepšení možnosti léčby se lidé s duševním onemocněním stále setkávají s vyloučením ze společnosti, stigmatizací, diskriminací nebo nedodržováním základních lidských práv a nerespektováním jejich důstojnosti (Zelená kniha, 2005).

## 1.2 Duševně nemocní a společnost

Duševně nemocní jedinci se snadno dostávají do společenské izolace. Jejich onemocnění jim často znemožňuje volně a přirozeně budovat mezilidské vztahy. Mohou se jim také zbortit dříve vybudované vztahy. V neposlední řadě jsou omezováni fyzickými i finančními prostředky a v souvislosti s tím pak mají limitované možnosti trávit čas ve veřejných prostorech (Paterniti 1996 in Mahrová, 2008).

Na člověka, který je společností označován nálepkou „duševně nemocný“, by mělo být nahlíženo jako na jedince, který je tvořen čtyřmi základními činiteli: biologickým, psychickým, sociálním, spirituálním. Tento jedinec má svá práva, potřeby, povinnosti a místo ve společnosti (Analýza, 2010).

Ze společenského hlediska je nezbytné věnovat pozornost podpoře duševního zdraví, neboť otázka duševních poruch a duševního zdraví je stále opomíjena a podceňována. Veřejností, státní správou i médií.

V současnosti přetrvávají u lidí představy, které ovlivňují myšlení a chování veřejnosti vůči duševně nemocným, nejčastěji pak lidem se schizofrenií, manickými epizodami, hysterií či neurózou. Podstatou představ o duševních onemocněních je strach a obavy z duševních nemocí a jejich nositelů.

Díky negativnímu vnímání duševní nemoci často dochází ke stigmatizaci. **Stigma** se dá volně přeložit jako označení, znamení. V současnosti se stigma používá pro vydělení, oddělení „jiných“ lidí od „nás“. Člověk, který se nachází v neobvyklém vztahu ke světu, bývá často stigmatizován, jsou mu přisuzovány jisté vlastnosti a způsoby chování. V očích ostatních lidí je degradován, je nahlížen jako nekompetentní (Šupa, 2006).

Stigma a pověry o duševně nemocných přetrvávají nadále. Lidem s psychickými potížemi se stává, že se od nich společnost distancuje. Duševní nemoc se projevuje jinak, než tělesná nemoc. Většinou tělesná nemoc je porucha nějakého orgánu, je srozumitelná a dobře ohraničená. U duševně nemocného je ohraničení méně zřetelné a chování se může jevit jako

vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat. Člověk s duševním onemocněním budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav překonat. Jeví se jako člověk s vadami povahy: neschopný, nespolehlivý, nekontrolovatelný a možná i hloupý a nebezpečný (Libiger, 2001).

**Stigmatizace** je velmi negativní jev, který člověka udržuje v sociální izolaci. Bránit se jí lze zvyšováním informovanosti veřejnosti: jednak veřejnými akcemi (přednášky, vystoupení) nebo prostřednictvím médií (reklama, film, dokument, články), případně integrací prostřednictvím tréninkových pracovišť. Proti stigmatizaci rodinnými příslušníky je vhodná rodinná psychoedukace. Informovanost pomáhá lépe zacházet s duševně nemocným, příbuzní mají větší vhlad do potíží. Velkým přínosem je takové setkání, kdy jedinec přestává být vnímán jen skrze svoje onemocnění, ale může prokázat svoje schopnosti a dovednosti (Šupa, 2006).

Negativní předsudky a mýty spojené s duševními poruchami jsou velmi škodlivé a předpokládá se, že navzdory medicínským pokrokům mají stupňující se tendenci a stále zhoubnější následky pro pacienty. Stigma postihuje vše, co souvisí s duševními onemocněními. Kromě pacientů také jejich rodiny, psychiatrické instituce, odborníky, léčbu. Stigma je největší překážkou k dosažení lepší péče a vyšší kvality života. Je základem pro negativní diskriminaci, kterou pacienti s duševní poruchou zažívají denně. Důsledkem jsou potíže se získáním a udržením zaměstnání, problémy s bydlením, závislost na návykových látkách a alkoholu, zvýšení izolace, menší spolupráce s lékaři a ochota se léčit. Jedním z řešení do budoucna je zaměření se na důsledky, které stigma způsobuje a tím je nesnadné zapojování lidí s duševními poruchami do společnosti – práce, bydlení, vztahy. I proto je důležitý proces transformace psychiatrické péče, který povede k možnosti žít co nejvíce v přirozených podmínkách, bez dlouhodobých hospitalizací mimo své osobní a pracovní prostředí (Analýza, 2010).

## 2 VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

Diagnostika duševních poruch je založena na pozorování a popisu příznaků, výpovědi a chování nemocného. Objektivní a nezávislé metody ještě nemáme. Psychiatrie a psychologie mají svoji specifickou terminologii i pojmosloví (Slovník psychiatrických termínů, 1998).

Duševní porucha je diagnostikována podle skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, jsou viditelné ostatními a nemohou reprezentovat jinou nemoc. Dělí se do skupin podle Mezinárodní klasifikace nemocí /MKN – 10). Jsou označeny kódovým znakem „F“ s následnými dvěma až čtyřmi číslicemi (Malá, Pavlovský, 2002).

Výběr diagnóz, léčebných metod a stručný přehled symptomů jsem zaměřila na ty, kterých se nejvíce dotýká téma mé práce - psychosociální rehabilitace duševně nemocných. Jedná se o diagnosticky rozmanité okruhy, které si však mohou být podobné závažností narušení pacientova života a dlouhodobým a vlnovitým průběhem (období zhoršení se střídají s obdobím zlepšení):

- F20 – F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy;
- F30 – F39 poruchy nálady (afektivní poruchy);
- F40 – F49 neurotické a úzkostné poruchy;
- F60 – F69 poruchy osobnosti a chování dospělých.

## 2.1 Schizofrenie F20

*„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronicky narušeným myšlením a vnímáním, poruchou emotivity a osobnostní integrity“ (Vágnerová, 2008).*

Z medicínského hlediska se jedná o onemocnění nejsložitějšího orgánu lidského organismu: mozku. Schizofrenie má silný sklon k chronicitě. Má vleklý průběh a velmi mění kvalitu života. Zasahuje do pracovních schopností jedince a snižuje jeho společenské uplatnění – především tam, kde se zdůrazňuje individuální výkon a zodpovědnost (Libiger in Psychiatrie, 2004).

Je to porucha s výraznými a charakteristickými deformacemi myšlení, vnímání a afektů, které jsou nepřiměřené nebo otupené. Schizofrenie postihuje funkce, které dávají jedinci pocit individuality, jedinečnosti a sebesměrování. Nejintimnější myšlenky, city a počiny jsou vnímány jako by okolí o nich vědělo anebo i sdílelo; to dává vznik bludům (Slovník psychiatrických pojmů, 1998).

### Charakteristické symptomy schizofrenie

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz, její symptomy jsou relativně různorodé. Lze je členit na: **pozitivní, negativní, afektivní příznaky a kognitivní deficit.**

Mezi pozitivní příznaky patří bludné představy a myšlenky (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání a vysílání myšlenek); halucinace různých smyslů a druhů; dezorganizace řeči – neschopnost držet základní linii, nesouvislost a zárazy; dezorganizované chování nebo katatonní projevy (ztuhlost, negativismus, mutismus, stupor, katatonní raptus).

Za negativní příznaky je považováno otupení a oploštění emocí; úpadek vůle, iniciativy a spontánnosti; chudost řeči; ztráta zájmů, bezcíllost, nečinnost; ztráta vztahů k okolí a sociální izolace (Malá, Pavlovský, 2002).

K afektivním příznakům řadíme depresi, demoralizaci, úzkost, podrážděnost.

Kognitivní deficit vykazuje zhoršené soustředění, problémy s pamětí, obtížné myšlení, obtíže s plánováním, zmatené myšlenky (brožura, 2011).

### Formy onemocnění

Bohatá proměnlivost symptomů schizofrenního onemocnění od samého počátku vedla k jeho rozdělení do několika forem (Libiger in Psychiatrie, 2004).

Dělení schizofrenie do základních typů je spíše teoretické, protože v praxi se mohou překrývat. Jedna forma může přecházet do jiné a průběh choroby může být značně různorodý. V praxi se lze setkat i s kombinovanými variantami (Vágnerová, 2008).

**Paranoidní schizofrenie (20.0)** – nejčastější a nejobvyklejší, charakterizovaná relativně stálými paranoidními bludy, obvykle se sluchovými halucinacemi a zkresleným vnímáním (Slovník psychiatrických pojmů, 1998).

**Hebefrenní schizofrenie (20.1)** – obvykle začíná v adolescenci nebo v časně dospělosti; typické je narušení afektivity, prchavé bludy a halucinace, nezodpovědné a nepředvídatelné chování, manýrování. Nálada bývá povrchní a nepřiměřená, dezorganizované myšlení, inkoherentní řeč, tendence k sociální izolaci. Rychle se rozvíjí negativní příznaky, zvláště dochází k oploštění afektů a ke ztrátě vůle. Mívá špatnou prognózu (Slovník psychiatrických pojmů, 1998).

**Katatonní schizofrenie (20.2)** – projevuje se funkčními poruchami motoriky; v klinickém obrazu dominují: katatonní stupor, mutismus, negativismus, rigidita, nástavy (zaujímání nezvyklých poloh), excitace (bezúčelná motorická aktivita). Psychomotorické poruchy se pohybují mezi dvěma extrémy – od aktivity ke stuporu. (Malá, Pavlovský, 2002).

**Simplexní schizofrenie (F20.6)** – porucha s nenápadným, ale s vyvíjejícím se rozvojem podivností v jednání a s úpadkem celkové výkonnosti s neschopností plnit společenské požadavky. Negativní symptomy postupují bez předchozích zjevných psychotických příznaků (Slovník psychiatrických pojmů, 1998).

#### Léčba a resocializace

*„Péče o pacienta se schizofrenií by měla být vysoce individualizovaná a zacílená“*  
(Libiger in Psychiatrie, 2004).

Schizofrenie je léčitelná, i když ne vždy dojde k úplnému uzdravení. Léčba může trvat dlouho s různými výkyvy, využívá se kombinované terapie. Jde o psychofarmakologickou léčbu, respektive léčbu pomocí jiných biologických metod, která je doplněna psychoterapií a socioterapií (Vágnerová, 2008).

## 2.2 Poruchy nálady (afektivní poruchy) F30 – F39

Poruchy nálady jsou třetí nejčastější duševní poruchou, postihují téměř pětinu populace (Raboch, Pavlovský, 2001).

Základem těchto poruch je chorobná změna nálady nebo afektu směrem k depresi nebo elaci (emoční stav radostné veselosti, znak mánie a hypománie). Změna nálady je většinou provázena změnou stupně celkové aktivity. Afektivní poruchy mají často opakující se průběh a začátek jednotlivých epizod (Slovník psychiatrických pojmů, 1998).

Problémem je rozlišení různých stupňů tíže onemocnění. Jsou specifikovány tři stupně: mírný, středně těžký a těžký. Termíny „mánie“ a „těžká deprese“ se užívají k označení opačných konců afektivního spektra. „Hypománie“ je označení přechodného stavu mezi těmito extrémy (MKN – 10, 2000).

**Manická epizoda (F30)** – porucha projevující se rozjařenou, nepřiměřenou náladou; přítomna je hyperaktivita a velikášský postoj s nápadným, nevhodným společenským chováním.

### Symptomy mánie

Afektivními příznaky jsou nadnesená nálada, blaženost, rozjařenost, optimismus, radost, sebejistota, změny nálad, podrážděnost, netýkavost, roztržitost, vztahovačnost.

Mezi kognitivní příznaky u mánie patří zrychlené až překotné myšlení, spousta nápadů, přeskakování myšlenek, horší soustředěnost, přesvědčení o svých schopnostech, snížená sebekritičnost.

Při mánii lze určit i somatické příznaky: zvýšená energie, zrychlené pohyby, snížená potřeba spánku a jídla nebo naopak zvýšená chuť, změny tělesné hmotnosti.

Behaviorální symptomy se projevují hovorností, hlučností, nepřiměřeným smíchem, změnami aktivity, lehkomyšlným nebo riskantním chováním, ztrátou sociálních zábran, rušivým nebo agresivním chováním, utrácením, zvýšenou sexuální energií, užíváním alkoholu, tabáku a někdy drog (Základy komunitní péče, 2011).

### Léčba mánie

V léčbě se využívá komplexní terapie – farmakoterapeutická i psychosociální. Cílem psychosociální terapie je vytvoření spolupráce s pacientem i s rodinou. Je důležité, aby

všichni zúčastnění byli dostatečně informováni a na léčbě se podíleli (Malá, Pavlovský, 2002).

**Bipolární afektivní porucha (F31)** - onemocnění, při kterém se střídají stavy deprese se stavy s nadměrně zvýšenou nadnesenou náladou, tedy hypománií nebo mánií či těžkou mánií. Dříve se tato porucha nazývala maniodepresivní psychóza. Jde o závažné celoživotní onemocnění.

**Depresivní epizoda (F32)** – diagnostická kategorie vyznačující se chorobně pokleslou náladou. Závažnost příznaků a i diagnóza se určují mj. i podle fungování pacienta v praktických záležitostech i v jeho sociálních rolích.

Abychom mohli diagnostikovat depresivní epizodu, obtíže musí být přítomny alespoň dva týdny. Rozlišujeme tři formy deprese: mírné, střední a těžké (Raboch, Pavlovský, 2001).

#### Symptomy deprese

Afektivními příznaky jsou neschopnost prožívat radost, smutná nálada, zoufalství, úzkost, strach, podrážděnost, apatie, snížená sebeúcta a sebedůvěra, nerozhodnost, nejistota.

Ke kognitivním symptomům patří zpomalené a stereotypní myšlení, nesoustředěnost, sebeobviňování, obavy z budoucnosti a o zdraví, úvahy o smrti a myšlenky na sebevraždu.

Somatické příznaky ukazují pokles energie, zpomalené pohyby a chudou mimiku, zvýšenou spavost nebo naopak nespavost, nechutenství, hubnutí.

Behaviorální příznaky se projevují zpomalenou a chudou řečí, zhoršenou pracovní výkonností, vyhýbání se lidem, zanedbávání běžných návyků a povinností, plačtivostí, nezájmem o sex, ztrátou vůle, sebevražedném jednání (Základy komunitní péče, 2011).

#### Léčba deprese

Hlavními metodami léčby jsou antidepresiva, neměla by chybět psychoterapie nebo intervence. Nejtěžší deprese se řeší elektrokonvulzivní terapií (Malá, Pavlovský, 2002).



### 2.3 Neurotické a úzkostné poruchy F40 – F49

*„Úzkostné poruchy jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí, která se může projevovat vyhocenými akutními atakami, nebo iracionálním a vystupňovaným strachem. Nemocní nejsou schopni své pocity a z nich vyplývající jednání ovládat“ (Vágnerová, 2008).*

Tyto diagnózy bývají považovány za „lehčí“, i když průběh nemoci může být nepříznivý a chronický, pacienta těžce omezující. Nejvíce se to týká obsedantně kompulzivní poruchy, generalizované úzkostné poruchy, některých fobií. Obdobně jako pacienti s psychózami, mohou být i pacienti z úzkostnými poruchami postiženi sociálními důsledky (nezvládají zaměstnání, ale nedostanou invalidní důchod), stigmatizací a nepochopením. Větší část úzkostných pacientů žije plnohodnotným, samostatným a ve vztazích, studiu, zaměstnání, rodičovství výkonným životem (Základy komunitní péče, 2011).

Úzkostnými poruchami trpí jedinci, jejichž výchozí hladina úzkosti je vyšší než běžný průměr v populaci. Lidé s touto poruchou se cítí ohroženi situacemi, které ostatní jedinci snadno zvládnou a tím se u nich zvyšuje úzkost a symptomy napětí. Čím jsou tyto příznaky vyšší, tím častěji přicházejí obsedantní myšlenky a je těžké se jich zbavit (Psychologický slovník, 2000).

#### Symptomy úzkostných poruch

K afektivním příznakům patří tíseň, úzkost, panika, vnitřní napětí, skleslost, podrážděnost, nerozhodnost, nejistota.

Do kognitivních symptomů úzkostných poruch zahrnujeme zaujaté až ulpívavé myšlení, sníženou schopnost soustředění, zvýšené sebezpozorování, problémy s pamětí, obavy z budoucnosti a obavy o zdraví, sebeobviňování i výčitky, sníženou sebeúctu, poruchy spánku.

Somatické příznaky ukazují na napětí ve svalech, na bolesti různé lokalizace, na ztížené dýchání a tíseň na hrudi, na bušení srdce, zvýšenou únavu, na problémy se zažíváním a někdy na mdloby.

Mezi behaviorální příznaky těchto poruch patří vyhýbání se situacím zvyšujícím úzkost, někdy zhoršená pracovní výkonnost, fixace na blízké osoby, snížení zájmu o sex, pasivně agresivní chování, výčitky, někdy plačtivost (Základy komunitní péče, 2011).

### Léčba a resocializace

Rozvoj onemocnění bývá pozvolný, léčba usiluje o zmírnění potíží. Vhodnými metodami jsou farmakologie, psychoterapie, terapeutická práce s rodinou a socioterapie (Vágnerová, 2008).

## **2.4 Poruchy osobnosti a chování F60 – F69**

Projevy lidí s poruchou struktury osobnosti se výrazně odlišují od běžných způsobů chování, myšlení a cítění dané společností. Mají nepříznivé nebo nadměrně zvýrazněné povahové vlastnosti v oblasti emocí a nálad, pudů, temperamentu, vůle a charakteru. Jedinci s touto poruchou se projevují podivným, neadaptivním až rušivým chováním. Důsledkem jejich chování jsou potíže, kterými trpí sám jedinec nebo jeho okolí, případně oba (Raboch, Pavlovský, 2001).

### Typy poruch osobnosti

Paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestálá, histriónská, anankastická, anxiózní, závislá, narcistická, pasivně-agresivní (negativistická). V praxi se setkáváme se smíšenými poruchami osobnosti, u kterých jsou přítomny povahové rysy z různých diagnostických kategorií. K dalším typům poruchy osobnosti ještě patří: trvalé změny osobnosti, změny osobnosti po extrémních zátěžích a změny osobnosti po duševních chorobách (Raboch, Pavlovský, 2001).

### Léčba a resocializace

Terapie poruch osobnosti je velmi náročná s efektem, který nebývá uspokojivý. Léčba by měla být komplexní, dlouhodobá a musí brát na zřetel individuální rysy pacienta. Využívá se metod farmakologických a psychoterapie. Resocializace je zaměřena na odstranění vztahových problémů, zvládnutí různých rolí, na způsob komunikace a jednání s lidmi (Vágnerová, 2008).

### 3 PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

V předchozích kapitolách jsem se věnovala vysvětlení pojmů z oblasti duševního zdraví a popsání vybraných psychiatrických diagnóz vztahmo na cílovou skupinu. V následujícím textu se zaměřím na hlavní téma mé práce - psychosociální rehabilitaci a s ní související komunitní péči.

Popíši cíle péče o duševně nemocné, objasním pojem psychosociální rehabilitace a její filosofii. Budu se stručně věnovat historii, po které zpřehledním rehabilitační školy a fáze. Následovat bude popis základní metodiky psychosociální rehabilitace.

**Psychosociální rehabilitace duševně nemocných** (také se užívá termín stejného významu **psychiatrická rehabilitace**) se týká duševních poruch a navazuje na ostatní psychiatrickou léčbu.

William Anthony a jeho spolupracovníci popsali v osmdesátých letech minulého století rozsah působnosti psychiatrické rehabilitace: „*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory*“ (Anthony a kol. in Pěč, Probstová 2009, s. 94).

Psychosociální rehabilitace je proces, který svými činnostmi pomáhá lidem s psychosociální nedostatečností optimalizovat jejich kvalitu života a soběstačnost, proto mohou působit v různých, svobodně zvolených prostředích (bydlení, zaměstnání) a tím jim přináší osobní a sociální uspokojení (Wilken, Hollander, 1999, s. 6).

Psychosociální rehabilitaci můžeme chápat v různých významech - jako proces sociální emancipace, ve kterém jsou zapojeni pracovníci péče, klienti, jejich rodina a další osoby. Jiným hlediskem rehabilitace je poslání pojímat klienta jako individualitu a znovuustavit jeho místo ve společnosti. Může jít i o přístup vyjádřený v solidaritě s klientem a ve schopnosti přijímat jeho potřeby a cíle jako prioritu. Rehabilitace je také metodologie, kterou se realizuje její poslání (Hejzlar, 2004).

Výsledek rehabilitace by měl vyhovovat jak vnitřnímu uspokojení jednotlivce, tak i požadavkům prostředí. Současná psychiatrická léčba dokáže zmírnit nebo odstranit

příznaky závažných psychiatrických poruch, , ale nedokáže zmírnit funkční deficity vyplývající z poruchy (Anthony a Liberman in Psychózy, 2009).

### 3.1 Péče o lidi s duševním onemocněním

**Cílem péče o duševně nemocné** je podpora schopností pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s psychiatrickou poruchou k dosažení produktivního a uspokojivého života. K těmto cílům se využívají tyto **léčebné postupy** (Základy komunitní péče, 2011):

- biologické (farmakoterapie, elektrokonvulzivní terapie, fototerapie);
- psychoterapeutické (psychoterapie individuální, skupinová, rodinná);
- socioterapeutické (volnočasové aktivity, podpora bydlení, práce a vzdělávání);
- rehabilitační (rozvoj, obnovení schopností a dovedností).

**Kvalita života** v psychiatrii je rozhodující pro hodnocení účinnosti terapeutických programů, které nesledují jen redukci symptomů, ale napomáhají klientovi vrátit se do jeho přirozeného prostředí (CAN, 2011).

**Kvalita života lidí s duševním onemocněním** dle Laura (1993 in studijní texty, 2005, s. 24):

1. *„Kvalita života dlouhodobě duševně nemocných a postižených je snížena především při trvalém umístění v psychiatrických zařízeních. Po skončení hospitalizace se kvalita života zpravidla zvyšuje.*
2. *Subjektivní kvalita života je celkově snížena. Nejdůležitější roli hraje: depresivita (anhedonie), úzkost (zejména obavy ze ztráty výkonu) a sociální úzkost (obavy, že nesplní očekávání druhých).*
3. *V různém rozsahu a v různých oblastech je kvalita života ovlivněna stupněm zneschopnění, trváním nemoci a vedlejšími účinky terapie.“*

Snahou moderní sociálně zdravotní péče je minimalizovat hospitalizace, obzvláště u osob s dlouhodobým onemocněním.

### 3.2 Počátky psychosociální rehabilitace ve světě

Kořeny psychiatrické rehabilitace je možné najít hluboko v historii. Již ve středověku byla duševně nemocným poskytována hudba, léčba prací, příjemná atmosféra. V 19.století v tzv. éře „morální terapie“ se objevovaly záměry vytvářet pacientům co nejpohodlnější podmínky, věnovat se vyšetřením v oblasti práce, hry a sociálních aktivit. Z této doby jsou poznatky, že strukturovaná aktivita má terapeutický význam, pozornost se zaměřovala na opětovný návrat do sociálního života a asistenci při nalézání zaměstnání (Pěč, Probstová, 2009).

Koncem 19.století se rehabilitační prvky z psychiatrické léčby postupně vytrácely, když vývoj vědeckého poznání „odvedl lékaře od nemocných do laboratoří ke studiu patologických mozkových změn“ (Hejzlar, 2004).

Zásadní událostí byl vznik služby domácí léčby a intervence pod vedením psychiatra Querida ve 30.letech minulého století v Amsterdamu. Důvodem byla snaha radních města ušetřit pomocí snížením počtu psychiatrických lůžek v městské nemocnici. Querido zjistil, že je více efektivní provádět intervenci před přijetím pacienta do nemocnice než propouštět dlouhodobé pacienty. Služba se stala vzorem pro rodinné krizové týmy, které vznikaly v 60.letech v Británii a v USA (Hejzlar, 2004).

Začátky psychiatrické rehabilitace můžeme sledovat od padesátých let minulého století. První směr od „shora“ (za podpory vlád v USA a ve Velké Británii) umožnil deinstitucionalizaci a vznik komunitních center duševního zdraví, se kterými byla rehabilitace spojena. Díky principům komplexnosti, přístupnosti a kontinuity služeb vznikají nové formy péče – např. případové vedení, advokacie, svépomocné hnutí, asertivní vyhledávání. Druhý směr „zdola“ souvisí se vznikem tzv. klubových center - nejnámějšími jsou Fountain House, Horizon House nebo Threshold, která zakládali lidé se zkušeností s psychiatrickou léčbou. Se vznikem klubových center se objevil termín psychosociální rehabilitace (Pěč, Probstová, 2009).

Ve druhé polovině 20.století se v péči o pacienty s dlouhodobými a těžkými duševními poruchami otevřel velký výběr nových možností. V mnohých západních zemích vedle rozvoje farmakoterapie a dalších biologických terapií začal proces deinstitucionalizace psychiatrické péče a tím i potřeba zajistit dlouhodobě duševně nemocným sociální podporu

a zvýšit jejich šanci na sociální adaptaci. Vyvíjely se koncepty provádění resocializace duševně nemocných a modely komunitní péče jako alternativy hospitalizace (Hejzlar, 2004).

Od 60.let minulého století je patrný systematictější rozvoj rehabilitace, kdy vznikala takzvaná komplexní centra denních aktivit. Zaměřovala se především na nácvik dovedností a na rozvoj zdrojů podpory. Psychiatrická rehabilitace byla blíže k biologické psychiatrii, psychosociální rehabilitace původně ve svém pojetí vylučovala používání léků. V 90.letech nastala potřeba spojení obou proudů – psychiatrických i psychosociálních, a proto se oba termíny začaly používat souběžně (Matra III., 2005).

V osmdesátých a devadesátých letech 20. století se moderní psychiatrická rehabilitace stala součástí zdravotního a sociálního systému.

### **3.3 Situace v České republice**

Do roku 1989 byla rehabilitace u nás vázána na léčebné prostředí, prosazující pouze medicínský model léčby duševních poruch. V psychiatrických léčebnách se prováděly různé druhy ergoterapie a jen výjimečně šlo o dílny (Družstvo Obzor – MUDr. Vorlíčková). Zdravotnické instituce neumožňovaly kvalitní socioterapii a kreativitu potřebnou k rozvoji rehabilitačních aktivit (Pěč, Probstová, 2009).

Rozvoj mimonemocničních služeb pro duševně nemocné nastal až po roce 1989. Vznikaly telefonní linky důvěry v oblasti urgentní pomoci v psychiatrických, charitativních a sociálních zařízeních. Dále se otevírala krizová centra – první vzniklo v roce 1989 při Psychiatrické klinice v Brně. Objevovaly se programy pro doléčování a rehabilitaci psychotických pacientů (Bouček in Hejzlar, 2004). Od roku 1990 se zakládaly samostatné subjekty, především neziskového typu, které rozvíjely komunitní péči o duševní zdraví – Fokus Praha a další. Nejprve se zaměřovaly na vytvoření přátelského prostředí, později uplatňovaly ve svých programech moderní principy psychiatrické rehabilitace a systematicky používaly individuální rehabilitační přístupy (Matra III., 2005).

V tomto období se rozvinuly první svépomocné aktivity jak mezi rodinnými příslušníky, tak i mezi samotnými klienty. U nás se nejčastěji zaměřovaly na klubovou činnost a oblast hájení práv a zájmů duševně nemocných samotnými uživateli. K těmto organizacím patří: Česká společnost pro duševní zdraví s pobočkami v Praze, Ostravě, Mladé Boleslavi a dále např. Fokus-Self-help Ústí nad Labem (Pfeiffer in Hejzlar, 2004).

Přes uvedené změny je „stav proměny psychiatrické péče u nás spíše neuspokojivý. K důslednější restrukturalizaci lůžkového fondu prozatím nedošlo. Síť poskytovatelů komunitní péče je nedostatečná a jejich provoz naráží na legislativní, koncepční a v neposlední řadě i finanční nepřípravenost celého systému zdravotní a sociální péče“ (Pěč, et al in Hejzlar, 2004).

### 3.4 Filosofie psychosociální rehabilitace

Rehabilitace je uskutečňována profesionály a pomáhá duševně nemocnému jedinci v jeho procesu uzdravy (recovery). Pojem „recovery“ je někdy překládán jako zotavení.

**Úzdava** je proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí člověka, který je hluboce osobní, jedinečný. Zotavení zahrnuje rozvoj nového smyslu a významu života i přes přetrvávající psychiatrické postižení. Úzdava je často složitý a velmi časově náročný proces (Anthony in Pěč, Probstová, 2009).

Lidé s duševním onemocněním se často navíc musejí zotavit (Pěč a Probstová, 2009, s. 104):

- ze stigmatu, které duševní nemoc přináší a které je často klientem zvnitřněno,
- z iatrogenních efektů nastavení léčby a z nedostatku příležitostí pro sebeurčení,
- z negativního vedlejšího efektu nezaměstnanosti,
- z rozbitých snů.

Hlavním cílem psychosociální rehabilitace je dlouhodobá úzdava, samostatnost a fungování v sociálních rolích.

Systém péče o duševní zdraví by měl podporovat zotavení jako osobní vývoj každého člověka, který se potýká s dlouhodobým onemocněním (Cagne in Pěč a Probstová, 2009).

„Filosofii rehabilitace je přesvědčení a naděje, že každý člověk, ať má sebevěšší psychiatrické postižení, je schopen rozvíjet své dovednosti a osobnost a zlepšit si kvalitu života“ (Matra III., 2005).

### 3.5 Hlavní školy

V současnosti psychiatrická rehabilitace pojímá značné množství různých programových modelů. Jejich snahou je pomoci dlouhodobě nemocným zvládat život v komunitě. Existují tři hlavní „školy“ moderní psychiatrické rehabilitace, které se v praxi kombinují (Probstová, 2005).

1. **Anglická škola** – orientuje se na přizpůsobení se a na přijetí nezpůsobilosti; hlavními principy jsou kompenzace, reedukace a reorientace; program je vhodný u starých lidí či u osob, kterým nemoc omezuje jejich aktivity (Hume a Pullen, 1994).
2. **Losangeleská (tzv. libermanovská) škola** – souvisí s rozvojem tréninkových sociálních dovedností (Lieberman, 1988); tento směr je zaměřený na chování, je programově optimistický a soustředí se na trénink dovedností (*skills*).
3. **Bostonská škola** (Anthony, Cohen, Farkas aj.) – je spjata s modelem klinické rehabilitace, je orientovaná na rozvoj klientových dovedností a na podporu okolí; podstatou jsou rozvoj a vzdělání klienta; význam přikládá k potřebám a přáním klienta; věří v posun.

### 3.6 Cílová skupina

Psychiatrická rehabilitace je určena pro osoby s vážným duševním onemocněním, dlouhodobým duševním onemocněním nebo pro osoby s chronickým duševním onemocněním. Součástí této skupiny jsou osoby s duševním onemocněním, jehož průběh má střednědobý až dlouhodobý charakter a kde došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností a rolí (Pěč, Probstová, 2009).

Ne každá duševní porucha či nemoc vyžaduje rehabilitační přístup. Psychiatrická rehabilitace je nejvhodnější pro klienty s přetrvávajícím poškozením, s nedostatečnými schopnostmi a dovednostmi pro výkon praktických a sociálních rolí (Hejzlar, 2009).

Psychosociální rehabilitace by neměla být ohraničena na exkluzivní přístup k vyvoleným klientům s dobrými komunikačními a sociálními dovednostmi. Systematická rehabilitace slučuje více praktických metod, které zvyšují pravděpodobnost, že profesionálové najdou přiměřený přístup v souladu s klientovými přáními a potřebami (Wilken, 1999).



### 3.7 Principy

Principy psychiatrické rehabilitace studovala spousta autorů a všichni se shodují v podstatě s principy, které definoval Anthony a kol. (In Matoušek et al. (2005), s. 140):

1. Základní zaměření psychiatrické rehabilitace je na klienta a na zvyšování jeho „kompetence“.
2. Ziskem pro klienta je zlepšení života v prostředí, které potřebuje a jež odpovídá jeho vlastní tvorbě.
3. Psychiatrická rehabilitace má být eklectická v použití různých technik.
4. Psychiatrická rehabilitace má pracovat se zdravou částí osobnosti, využívat dovednosti klienta.
5. Základem procesu psychiatrické rehabilitace má být stálá naděje.
6. Zvyšování klientovy závislosti (dobře naplánované) může vést ke zvyšování klientova nezávislého fungování.
7. Rehabilitace usiluje o aktivní zapojení klienta do procesu údravy.
8. Základními nástroji psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj podpory z okolí.
9. Během rehabilitace je třeba zachovávat běžné klientovy aktivity.

Wilken a Hollander (1999) uvádějí následující **principy rehabilitace**: emancipace, normalizace a participace (začleňování se). Těžiště péče se průběžně přemísťuje mezi třemi úrovněmi rehabilitace: klient, jeho okolí a společnost.

- Hlavním cílem **emancipace** je snížení nebo odstranění omezení, aby klient měl větší svobodu a zodpovědnost. Úzce souvisí s procesem, kdy klienti prosazují svoje postavení a svá práva. Psychosociální rehabilitace bojuje za odstranění omezení, která brání klientům naplňovat sociální role.
- **Normalizace** znamená, že rehabilitace pomáhá klientovi naplnit co nejvíce obvyklých sociálních rolí. Normální v této souvislosti neznamená, že klient by se měl přizpůsobit společnosti, ale že společnost umožní klientovi plné začlenění do života v komunitě bez ohledu na jeho nedostatečnost nebo omezení.

- **Participace** je důležitou podmínkou pro emancipaci, je to postupné podílení se klienta v rozhodování až k dosažení úplné autonomie. Klient je zcela odpovědný za rozhodnutí, týkající se jeho rehabilitačního procesu.

### **3.8 Fáze procesu psychosociální rehabilitace**

Rehabilitace probíhá v několika fázích, které se překrývají a mají svůj obsah. Proces má cyklický charakter. Fáze rehabilitačního procesu dle Tiliosové a Matušky (In Hejzlar, 2004) lze zřehlednit:

#### **1. Orientace (navázání vztahu):**

- seznámení s klientem, první kontakt;
- položení základů pro budování vztahu;
- vzájemné poznávání; posouzení, co je pro klienta důležité (osobní zásady, přání, kvalita života).

#### **2. Šetření (mapování):**

- sbírání, třídění a analýza informací;
- klientovy potřeby a požadavky;
- schopnosti a omezení klienta nezávisle na potřebě, která má být naplněna;
- klientova osobní kritéria (co považuje za důležité pro realizaci svého přání);
- žádoucí a nezbytné vlivy a zdroje;
- možnosti a omezení prostředí ve vztahu ke kvalitě života, kterou klient považuje za žádoucí.

#### **3. Fáze stanovování cílů:**

- obecné dlouhodobé cíle;
- specifické krátkodobé cíle;
- specifické cíle vztahující se k pozdějším aktivitám.

#### 4. Fáze plánování:

- obecné dlouhodobé plány a specifické krátkodobé plány (plán podpory, protikrizový plán);
- rozdělení úkolů a zodpovědnosti za realizaci dílčích kroků mezi pracovníka, klienta a další relevantní zúčastněné osoby;
- souhrnným výsledkem fáze má být individuální rehabilitační plán.

#### 5. Provádění (realizace plánu):

- vykonávání dílčích kroků v rámci plánu;
- pravidelné kontroly vykonaných aktivit a záznam překážek realizace.

#### 6. Hodnocení (reflexe):

- hodnocení procesu ( v dimenzích vztahu, aktivit, času);
- hodnocení výsledku či cílů;
- využití hodnocení a vzájemné zpětné vazby k opakování některých kroků tam, kde nebylo dosaženo uspokojivé kvality nebo i tam, kde potenciál klienta umožní stanovit náročnější cíle.

### 3.9 Komunitní péče

Komunitní péče se začala vyvíjet ve druhé polovině 20.století v souvislosti změn péče o duševně nemocné v mnohých západních zemích, když začal proces **deinstitucionalizace** - neboli redukce a náhrada velkých psychiatrických léčeben za služby, které jsou bližší přirozenému prostředí (Analýza, 2010).

*„Středobodem není řád instituce, ale samotný nemocný (Matra III., 2005, s. 2)“.*

Deinstitucionalizace představuje změnu místa, kde jsou pacienti umístěni a léčeni – nikoliv instituce, ale komunita.

*„Hlavním rysem filosofie komunitní péče se stává orientace na všechny základní přirozené lidské potřeby nemocného, nejen na znaky – symptomy nemoci. Úsilí nového přístupu je soustředěno na podporu toho, co dotyčný může“ ( Matra III, 2005, s. 2).*

Komunitní přístup nabízí množství různých služeb, které jsou navzájem propojené a které zahrnují sociální a zdravotní oblast.

Podle Faloona a Falden (in Matra III., 2005) je možné **služby pro duševně nemocné** dělit do skupin, které znázorňují i **vývoj komunitní péče**:

1. Nemocniční model komunitní péče – od konce 60. let minulého století v Evropě a USA; místem akutní péče i rehabilitace je nemocnice, zahrnuje tyto služby: psychiatrická oddělení, denní sanatoria (stacionáře), denní péče (např. chráněné dílny), ambulantní služby, residenční alternativy v nemocnici.
2. Komunitní přístup v komunitní péči – 70. léta minulého století; klade důraz na komunitu jako centrum péče; základem jsou ambulantní služby, které podporují klienty v jejich vlastním prostředí během všech fází nemoci s pomocí individualizovaných intervencí; nemocnice není centrem, odkud vychází všechny ostatní programy; služby tohoto modelu: krizová intervence, mobilní komunitní rehabilitační programy, rezidenční péče s dohledem.
3. Integrované služby péče o duševní zdraví – přelom 80. a 90. let minulého století; jsou plně propojeny 3 typy zdrojů: neformální pečovatelé (např. rodina), primární lékařská péče (praktický lékař) a specializovaná péče (multidisciplinární týmy psychiatrických profesionálů); cílem je pojmout do péče všechny profesionální i neprofesionální zdroje komunity; zahrnuje tyto služby: krizová intervence, dlouhodobá rehabilitace v přirozeném prostředí, zapojení klienta do pracovních, sociálních a rekreačních nabídek komunity s ostatními občany.

**Pojetí komunitní péče** splňuje cíl Koncepce oboru psychiatrie (Šupa, 2005, s. 11):

*„Cílem péče o osoby s duševními poruchami je, co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozené zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nepřirozenějších podmínkách.“*

**Sociální služby v oblasti komunitní péče**:

Psychosociální rehabilitace se zaměřuje v péči o duševně nemocné na tzv. **životní domény** (bydlení, práce, učení se, volný čas – rekreace) a tzv. **osobní domény** (osobní péče, zdraví,

účel a smysl, sociální vztahy). Organizace poskytující psychiatrickou rehabilitaci vytváří rehabilitační intervence, programy a služby, které s těmito doménami pracují. Pěč (Základy komunitní péče, 2011) uvádí tyto:

#### Bydlení:

- chráněné bydlení,
- domy a byty na půl cesty,
- komunitní (skupinové) bydlení,
- podporované bydlení.

#### Práce:

- dobrovolná práce,
- chráněné pracovní dílny,
- přechodné zaměstnávání,
- podporované zaměstnávání,
- edukativní programy – job club,
- centra denních aktivit.

#### Učení se:

- podporované vzdělávání.

#### Volný čas, rekreace , sociální kontakty:

- svépomocné uživatelské kluby.

#### **Pozitiva komunitní péče** dle Hejzlara (2004):

1. Komunitní služby dotvářejí komplexnost péče a to odpovídá pojetí duševní nemoci jako biopsychosociálního jevu;
2. aplikace komunitní péče může být alternativou hospitalizace nebo umožnit její podstatné zkrácení;
3. působí preventivně;
4. pozitivně ovlivňuje kvalitu života.

**Charakteristika komunitní péče:** (profesionálové, představitelé „dobré praxe“, Matra III., 2005):

- probíhá v přirozeném prostředí klienta;
- vstřícnost a motivace vůči klientovi;
- cílem je otevřená komunikace – důležitost vztahu klient, profesionál, okolí;
- musí mít smysl a cíl, aby se klient směřoval ven, do života;
- dostupnost (místní i časová), co nejbližší ke klientovi;
- ucelenost a koordinace (návaznost, propojenost) péče: zdravotnické, rehabilitační, poradenské služby;
- respektování individuálních potřeb;
- „odpsychiatrizování“ problémů;
- vstřícnost, nabízet kontakt lidem, kteří ztratili své sociální zázemí, nabídnout denní aktivity, nácvik dovedností, vytvořit prostor kde získají oporu a sociální kontakty;
- stanoveny hranice a pravidla, jak se klient podílí na rehabilitačním procesu;
- existence krizových služeb;
- služby by neměly být příliš pečující (podpora jednotlivců k využívání svých dovedností k samostatnému žití v normálním prostředí bez závislosti na odborných službách);
- potřeba multiprofesionálních týmů;
- osvěta veřejnosti o duševní nemoci, odbourávání předsudků;
- společenská podpora (podpora úřadů – získávání bydlení v komunitě, trh práce);
- informovanost o službách;
- profesionálové by měli mít odpovídající odborné znalosti, přípravu a dovednosti.

**Case management** (někdy se používá pojem **případové vedení**) je specifická metoda komunitní práce spočívající v koordinaci služeb a péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem.

Mezi základní prvky case managementu patří (Stuchlík, 2002):

1. přehled o potřebách a schopnostech klienta,
2. plánování péče – plán obsahuje jasně definované cíle,
3. uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,
4. monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,
5. vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Case management byl původně vytvořen pro práci s dlouhodobě duševně nemocnými a později byl využíván i dalšími cílovými skupinami - klienty s duálními diagnózami, duševně nemocnými bezdomovci a duševně nemocnými pachateli trestných činů (Scott a Lehman, 2001 in Pěč a Probstová, 2009).

Case manager dle Stuchlíka (2002, s. 9) je „*klíčová osoba nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytované péče. Je koordinátorem práce týmu, zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče a v některých modelech je také osobou, která určuje rozdělení finančních prostředků v rámci systému.*“

Pro case management jsou charakteristické multidisciplinárními týmy, které poskytují různé druhy péče – od psychiatrických lůžkových až po sociálně rezidenční (chráněné bydlení). K propojování péče mají tyto týmy potřebné řídicí kompetence. Nejčastěji v týmu působí psychiatr, sociální pracovník, psychiatrická zdravotní sestra, psycholog a ergoterapeut. Vedoucím týmu může být pracovník jakékoliv uvedené profese (Philips 2001 in Komunitní přístup, 2010).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 SITUACE V KARLOVARSKÉM KRAJI

V rámci projektu „Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ jehož realizátorem byl Karlovarský kraj a hlavním dodavatelem Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví byla vypracována v letech 2010 – 2011 **Situační analýza stavu péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje.**

Domnívám se, že vzhledem k aktuálnosti zmíněné analýzy a cílům mé bakalářské práce jsou data z tohoto dokumentu pro tuto podkapitulu přínosná.

Úkolem analýzy bylo shrnout a zpřehlednit situaci v oblasti psychiatrické péče v mezinárodním, celonárodním a regionálním kontextu a dojít k zadáním pro tvorbu modelu přeměny a koncepce péče v Karlovarském kraji.

V koncepci Zásady rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji pro období let 2007 – 2017 jsou stanoveny následující **cíle rozvoje sociálních služeb** (Situační analýza, 2011):

- zvyšování kvality sociálních služeb, zavedení nových standardů kvality sociálních služeb, jejichž hlavním posláním je vytvoření podmínek pro ochranu lidské důstojnosti uživatele sociálních služeb a podpora jeho začleňování do společnosti;
- podpora zejména v rozvoji takových služeb, které umožňují setrvání uživatele v jeho přirozeném prostředí (domácnost, rodina, místní komunita);
- zajištění dostatečné nabídky všech druhů sociálních služeb ve vztahu k zjištěným potřebám procesem komunitního plánování a na základě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb;
- věnovat zvýšenou pozornost vzdělávání pracovníků sociálních služeb.

Tyto cíle byly převzaty i do Programu rozvoje Karlovarského kraje 2007 – 2013.

Podle kvalifikovaných statistických odhadů žije je v kraji asi 8 500 duševně nemocných, kteří se léčí - přibližně 3 % obyvatel. Mimo osob léčených jsou ještě osoby s duševním onemocněním, kteří se neléčí a ti představují tzv. skrytou psychiatrickou nemocnost. Dle šetření a odborných sdělení tato skupina je stejně velká jako skupina duševně nemocných léčených. Celkově je v Karlovarském kraji nejméně 17 000 osob s duševním onemocněním (Situační analýza, 2011).

Stav psychiatrických služeb (Situační analýza, 2011):

### **Zařízení v resortu zdravotnictví**

- Ambulantní psychiatrická péče: 15 ambulantních psychiatrů jako samostatná zařízení, 14 klinických psychologů.
- Lůžková psychiatrická péče: jedno lůžkové oddělení v soukromé nemocnici v Ostrově (40 lůžek, z toho 25 akutních a 15 na psychoterapeutickém oddělení), neexistuje ani jedno specializované lůžko, lůžka následné a akutní péče v počtu 200 – 300 k dispozici v Psychiatrické léčebně Dobřany (Plzeňský kraj).
- Denní stacionáře s psychiatricko – psychoterapeutickou péčí: 2 denní stacionáře (17 míst).
- Komunitní psychiatrické sestry: není evidována činnost terénních psychiatrických sester.

### **Zařízení v resortu sociálních služeb**

Z dotazníkového šetření vyplývá, že v roce 2008 chyběly v Karlovarském kraji určité typy služeb - denní stacionáře, krizová centra, komunitní sestry, adiktolog – case manager, přechodné a podporované zaměstnání, domy a byty na půl cesty, podporované bydlení, případové vedení nebo služby existovaly - chráněné a rehabilitační dílny, komunitní a chráněné bydlení, centrum denních aktivit, avšak nebyly specificky zaměřené pro skupinu duševně nemocných.

### **Zařízení v resortu školství**

V Karlovarském kraji jsou tři pedagogicko- psychologické poradny (Karlovy Vary, Cheb, Sokolov).

### **Svépomocné aktivity**

- Občanské sdružení Paprsek: aktivita rodinných příslušníků

Svépomocná aktivita samotných pacientů není evidována.

Z dalších výsledků situační analýzy, týkající se výzkumu stigmatu a diskriminace u osob duševně nemocných, vyplynula neinformovanost a neznalost problematiky duševních

onemocnění. Často i v nejbližším okolí nemocných se ukázaly zakořeněné mýty a předsudky.

*„Lidi, a to zejména s depresí, provází velké nepochopení při hledání práce – po četných neúspěších na volném trhu začíná bludný kruh výčitek a sebepodceňování. Podobný model je nastartován v případě navazování přátelství, dochází k přerušení vazeb a sociální exkluzi, skrývání a maskování onemocnění“ (Analýza, s. 36).*

S ohledem na výsledky výzkumu v Situační analýze (2011) **bylo doporučeno:**

- edukace veřejnosti, rodin a pacientů;
- poradenské služby;
- osvětové akce;
- služby integrace duševně nemocných do společnosti.

#### **Potřeby poskytovatelů a uživatelů služeb v Karlovarském kraji**

Podle vyjádření profesionálů a uživatelů je podstatné navýšení těchto služeb (Situační analýza, 2011):

- případové vedení (case management);
- rezidenční komunitní služby;
- denní stacionáře a psychoterapeutické programy;
- pracovní rehabilitace;
- poradenství.

### **4.1 Služby sociální rehabilitace Fokus**

V roce 2011 byly v Karlových Varech otevřeny dvě nové sociální služby pro duševně nemocné: **Centrum sociální rehabilitace (ambulantní a terénní forma) a sociálně terapeutická dílna**. Služby byly registrovány občanským sdružením Fokus Mladá Boleslav jako jeho nová pobočka v Karlových Varech. Fokus novým službám zajišťuje odborné metodické vedení a předává zkušenosti, které jako první poskytovatel komunitní péče v České republice, za dobu své praxe získal. Přínosem těchto sociálních služeb je

předcházení dlouhodobé hospitalizace v lůžkových zdravotních zařízeních a usnadnění sociálního a pracovního začlenění těm osobám, která taková zařízení opouštějí.

### **1. Centrum sociální rehabilitace**

Služby centra jsou určeny dospělým lidem s chronickým duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Činnost je zaměřena na pomoc a podporu při opětovném získávání sebejistoty, na obnovu a zdokonalování sociálních dovedností a na smysluplnou náplň volného času. Centrum sociální rehabilitace poskytuje ambulantní a terénní formu péče. Významnou úlohou Fokusu je program podpory života v komunitě. Pracovníci podporují klienty v pravidelném docházení k lékaři, užívání léků, navazování vztahů. Terénní pracovníci navštěvují své klienty a poskytují jim pomoc i v přirozeném prostředí, tj. v domácnostech uživatelů centra. Služby jsou poskytovány zdarma na základě jejich rozhodnutí a individuálních potřeb.

### **2. Sociálně terapeutické dílny**

Základním zaměřením služby je pracovní rehabilitace a aktivace klienta s cíly (leták Fokusu):

- u klientů rozvíjet sociální dovednosti,
- obnovovat jejich pracovní návyky,
- upevňovat psychickou rovnováhu,
- posilovat zdravou stránku osobnosti,
- smysluplně využívat volný čas.

**Sociální služby Fokus v Karlových Varech spolupracují** s ambulantními psychiatry a dalšími specialisty, s psychiatrickým oddělením nemocnice v Ostrově nad Ohří, s Psychiatrickou léčebnou v Dobřanech, sociálními a dalšími odbory městských úřadů a jiných státních institucí a aj. V případě hospitalizace pracovníci týmu dochází za klientem a podporují jeho návrat domů.

## 5 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

**Cílem mé bakalářské práce je poukázat na význam psychosociální rehabilitace a objasnit, jaký vliv má tato metoda na zvýšení kvality života duševně nemocného člověka v různých jeho osobních a životních oblastech (sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví).**

Snažila jsem se zmapovat první praktické zkušenosti z nově otevřených sociálních služeb pro duševně nemocné Fokus v Karlovarském kraji a zjistit, jak se změnil život uživatelům těchto služeb; jak hodnotí přínos sociálních služeb klienti a jak profesionálové (sociální pracovníci Fokusu, psychiatři).

### Výzkumná otázka

Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných (v rámci čerpání služeb Fokusu v Karlových Varech) na zvýšení kvality života těchto osob?

### Dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti sociálních vztahů?
2. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti volného času?
3. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti péče o sebe?
4. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti zdraví?
5. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti spokojenosti se službami ve Fokusu?

## 6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Respondenty jsem volila z klientů a sociálních pracovníků občanského sdružení Fokus v Karlových Varech. Pro výzkum vznikly dvě skupiny respondentů:

1. **klienti sociálních služeb Fokus** (tabulka č.1, s. 37),
2. **sociální pracovníci sdružení Fokus** (tabulka č.2, s. 38).

Zcela na počátku výzkumu jsem plánovala ještě 3. skupinu respondentů: ambulantní psychiatry a lékaře z psychiatrického oddělení v nemocnici Ostrov nad Ohří. Vzhledem k tomu, že z osmi oslovených se zapojili pouze tři lékaři, rozhodla jsem se jejich názory a postoje využít v diskuzi bakalářské práce.

Respondenti byli seznámeni s cílem mé bakalářské práce, byli požádáni o poskytnutí rozhovoru a ubezpečeni o anonymitě.

Výzkum obou skupin probíhal v občanském sdružení Fokus Mladá Boleslav v pobočce Karlovy Vary v březnu 2012 v době mé odborné stáže.

Fokus v Karlových Varech zahájil činnost služeb centra sociální rehabilitace a sociálně terapeutické dílny 1.7. 2011. Služby jsou určeny dospělým lidem s chronickým duševním onemocněním karlovarského regionu. Centrum psychosociální rehabilitace nabízí dvě formy péče: ambulantní a terénní (viz podkapitola 4.1 Služby sociální rehabilitace Fokus). Sociálně terapeutická dílna je zaměřena především na pracovní rehabilitaci: společné vaření, šití a vyšívání, drobná výroba šperků, práce na PC, rozličné výtvarné techniky. Dílna je omezena prostorem a počtem klientů – maximum je 15 klientů denně. Pracují zde čtyři ergoterapeuti. Tým psychosociální rehabilitace tvoří pět sociálních pracovníků – case managerů. Služby sociálně terapeutické dílny, ambulantní a terénní psychosociální rehabilitace koordinuje a řídí oblastní ředitel (tabulka č. 2).

V průběhu výzkumu bylo uskutečněno 30 rozhovorů s 20 respondenty 1. skupiny (klienti – K) a s 10 respondenty 2. skupiny (profesionálové – P). První skupinu zastupovalo 12 žen a 8 mužů, ve druhé skupině byli 2 muži a 8 žen.

Jak jsem již uvedla, rozhovory probíhaly v sociálně terapeutické dílně Fokusu v Karlových Varech. Snažila jsem se, abychom měli po dobu rozhovoru klid a respondent se cítil bezpečně. S respondenty „K“ (klienti služeb) jsme nejčastěji volili ateliér, s respondenty „P“ (profesionálové) jsme vedli rozhovory v kanceláři služeb.

**Tab. č. 1. Základní charakteristika respondentů – klientů služeb Fokus (K)**

Označení respondenta, pohlaví	Věk	Dg (okruhy)	Délka užívání služeb
KM 1	62	F 2	9 měsíců
KM 2	26	F 2	5 měsíců
KM 3	28	F 2	6 měsíců
KM 4	47	F 3	6 měsíců
KM 5	24	F 2	8 měsíců
KM 6	22	F 6	6 měsíců
KM 7	32	F 3	6 měsíců
KM 8	36	F 3	7 měsíců
KŽ 1	30	F 2	6 měsíců
KŽ 2	41	F 2	8 měsíců
KŽ 3	52	F 2	6 měsíců
KŽ 4	53	F 2	9 měsíců
KŽ 5	42	F 6	8 měsíců
KŽ 6	31	F 3	6 měsíců
KŽ 7	27	F 2	6 měsíců
KŽ 8	29	F 2	8 měsíců
KŽ 9	33	F 2	7 měsíců
KŽ 10	28	F 2	6 měsíců
KŽ 11	26	F 3	8 měsíců
KŽ 12	23	F 2	8 měsíců

**Tabulka č. 2 Základní charakteristika respondentů – profesionálů Fokusu (P)**

Označení respondenta, pohlaví	Věk	Pracovní pozice	Vzdělání	Poznámka
PM 1	33	oblastní ředitel	SŠ	psychoterapeutický kurz
PM 2	52	ergoterapeut	SŠ	
PŽ 1	31	ergoterapeut	SŠ	studuje VOŠ
PŽ 2	29	ergoterapeut	SŠ	
PŽ 3	54	ergoterapeut	SŠ	
PŽ 4	28	case manager	Mgr.	
PŽ 5	26	case manager	Mgr.	
PŽ 6	24	case manager	DiS.	studuje magisterské
PŽ 7	26	case manager	DiS.	
PŽ 8	55	case manager	SŠ	zdravotní sestra



## 7 POUŽITÉ METODY

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání a porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswel, J. in Hendel, 2008, s. 48).*

K zodpovězení výzkumných otázek vzhledem k cíli práce jsem využila kvalitativní výzkum prostřednictvím individuálních polostandardizovaných rozhovorů. Metoda polostandardizovaného rozhovoru se mi jevila pro skupinu klientů ze sociálních služeb s chronickým duševním onemocněním nejvhodnější vzhledem k jejich postižení a zranitelnosti, a také jsem si zajistila možnost doplnění nebo přeformulování otázek (v případě potřeby). Volila jsem otázky otevřené, aby mohli respondenti volně vyjádřit své názory a pocity.

*„Nesmíme zapomenout, že posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích“ (Disman, 2008, s. 289).*

Rozhovory jsem záměrně uskutečnila v poslední dekádě odborné stáže v sociálně terapeutické dílně, kdy jsme se s klienty i profesionály Fokusu lépe znali. Předpokládala jsem, že mně budou více důvěřovat a budou ochotni k otevřenějším rozhovorům.

Při rozhovorech jsem se snažila dodržovat tyto zásady:

- jasně stanovit cíle a rozmyslet si postup při vedení rozhovoru (neklást zbytečně otázky, které nesouvisí s cílem výzkumu);
- promyslet prostředí, kde bude rozhovor veden;
- zajistit „bezpečí“ pro respondenta, obzvláště pokud budou otázky i intimní;
- otázky prezentovat jasně a srozumitelně;
- neklást více otázek najednou;
- přizpůsobit otázky možnostem klienta (respektovat diagnózy, intelekt apod.);
- nepoužívat sugestivní otázky; ponechat co nejvíce aktivity respondentovi.

## 8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V následující kapitole se budu věnovat analýze a interpretaci informací, které jsem získala při sběru dat pomocí individuálních polostandardizovaných rozhovorů s klienty Fokusu (K) a se sociálními pracovníky – profesionály (P). Zcela na počátku výzkumu jsem plánovala ještě 3. skupinu respondentů: psychiatry a lékaře psychiatrického oddělení nemocnice. Jak jsem již uvedla v kapitole č.6 - z osmi oslovených lékařů se zapojili pouze tři a proto jsem se rozhodla jejich názory a zkušenosti prezentovat v diskuzi.

*„Výzkumníkovou úlohou je nalézt významné struktury v množině všech proměnných, které respondent považuje za relevantní“ (Disman, 2008, s. 290).*

Otázky pro klienty a pracovníky Fokusu byly rozděleny do pěti kategorií a zjišťovaly vliv psychosociální rehabilitace na kvalitu života klientů v daných osobních a životních oblastech – sociální vztahy, zdraví, osobní péče, volný čas. Poslední kategorie se týkala spokojenosti klientů se službami ve Fokusu ( příloha č.1). Zajímala mě především efektivita intervencí v rámci služeb Fokusu, která je schopna ovlivnit výše vyjmenované osobní a životní oblasti života klientů.

Psychiatři se vyjadřovali ke čtyřem specifickým okruhům, které se týkaly především jejich názoru na metodu psychosociální rehabilitace a jejího efektu v léčbě duševně nemocných. Popisovali své praktické zkušenosti s občanským sdružením Fokus v Karlových Varech (příloha č.2). Vzhledem k časovému vytížení a u některých psychiatrů i k neochotě poskytnout rozhovor, domluvili jsme se na zodpovězení otázek prostřednictvím elektronické pošty.

Délka rozhovorů byla různě dlouhá, průměr byl kolem 40 - 50 minut. U 1.skupiny respondentů (klientů) často záleželo na aktuálním zdravotním stavu klienta, na jeho slovní vybavenosti a někdy i rozhodovalo, jak jsme se dlouho znali. Rozhovory jsem si zapisovala, poté jsem je kódovala, třídila do kategorií a vyhodnocovala.

Kapitolu jsem rozdělila do dvou podkapitol dle skupin respondentů (tabulky č.1 a č. 2) , dále dělila do kategorií (osobní a životní oblasti klientů) dle připravených okruhů otázek (příloha č.1).

Citace jednotlivých respondentů jsem stylisticky neupravovala a pro lepší orientaci je uvádím kurzívou.

## 8.1 Skupina č.1 – klienti sociálních služeb Fokus (K)

### Sociální vztahy

- **Jak se cítíte mezi lidmi ve Fokusu?**

Více jak polovina (13) klientů uvedla, že se ve Fokusu cítí dobře. Pět klientů odpovědělo, že ne vždy stejně. 2 klientky (KŽ7 a KŽ8) se k této otázce nedokázaly vyjádřit.

KM7: *„dle sympatií s lidmi s kterými se tady potkám, někdy dobře“*, KM1: *„cítím se tady dobře, jsem tady rád.“*

- **Našel jste si zde nějaké kamarády?**

12 klientů potvrdilo, že si našlo ve Fokusu kamarády, 7 klientů je nemělo (dle výpovědi je více zajímal kontakt s pracovníky) a KŽ12 nevěděla, co má odpovědět.

KM2: *„ano, mám tady pět kamarádů“*, KM7: *„kamarády jsem si tady nenašel, já jim nerozumím, bavím se s terapeuty.“*

- **Čím Vám pomáhá přítomnost ostatních klientů a pracovníků ve Fokusu?**

Na tuto otázku většina respondentů odpovídala kladně - 19 klientů vyjadřovalo pozitivní přínos, KM8 nechtěl odpovědět.

KŽ1: *„pomáhají mi zahnat nudu“*, KŽ4 : *„cítím se jako mezi svými, pomáhají mi zvládat některé činnosti“*, KŽ10: *„pomáhá mi kontakt s lidmi“*, KŽ9: *„přítomnost ostatních mě zbavuje pocitu samoty“*, KŽ12: *„vším“*, KM3: *„cítím se tu dobře, jsem uvolněný“*, KM2: *„je mi s nima dobře na duši.“*

### Volný čas

- **Pomáhají Vám služby ve Fokusu k rozvíjení volnočasových aktivit, jakým způsobem?**

18 klientů se vyjádřilo kladně a uváděli, že pomoc spočívá především v kontaktech, komunikaci, vykonávání konkrétních činností a učení se. KM2 a KŽ3 nevěděli, co odpovědět.

KM1: „*ano, komunikací, rád tady vařím*“, KM7: „*ano, šiju*“, KŽA: „*hodně se učím nových věcí*“.

- **Které jsou Vaše oblíbené činnosti?**

17 klientů potvrdilo, že mají zájmy a že mohou vyjmenovat své oblíbené činnosti. K nejoblíbenějším patřily: vaření, malování, PC, šití, hudba, úklid, filmy, knihy, turistika. KŽ7 a KŽ8 nedokázaly a nevěděly, co říci (obdobně jako u otázky – jak se cítí mezi lidmi ve Fokusu).

KM1: „*mám rád malování, baví mě tady vařit, povídat si o hudbě*“, KM8: „*co se mi líbí a baví, tak se odvíjí od nálady*“, KŽ10: „*baví mě mluvení*“.

- **Umožňují Vám služby ve Fokusu zapojení vlastních aktivit či uplatnění Vašich schopností v těchto aktivitách?**

16 klientů uvedlo a popsalo, jak se zapojují ve Fokusu. U tří klientů jsem zaznamenala nevyužití vlastních aktivit (KŽ3, KŽ7, KŽ8) a KM7 uvedl: „*nemám co rozvíjet*“.

KM1: „*ano, vařím tady a mám rád turistiku, chodíme zde na výlety*“, KM2: „*rád maluji, podporují mě tady*“, KŽ5: „*mám ráda šperky, baví mě to, děláme je tady*“.

### Péče o sebe

- **Do jaké míry zvládáte hygienu a úpravu zevnějšku?**

17 klientů zhodnotilo, že v péči o sebe nemají výrazné problémy. KŽ6, KŽ12 řekly, že mají někdy výpadky a KŽ7 uvedla, že zvládá s potížemi.

KM8: „*zvládám maximálně*“, KŽ9: „*na plné úrovni*“, KŽA: „*zvládám tak na 70%*“.

- **Dostáváte pomoc od svého okolí, pomáhají vám služby ve Fokusu?**

19 klientů se shodlo, že pomoc od okolí a z Fokusu jistě mají, pouze KM2 se vyjádřil: „*od okolí se nedočkám pomoci, jen zde ve Fokusu*“.

- **Podporují tyto služby Vaši samostatnost, jakým způsobem?**

17 klientů vnímá podporu Fokusu k samostatnosti, KM2 a KŽ11 uvedli, že se necítí být samostatní a KŽ12 se nedovedla k otázce vyjádřit.

KŽ1: „ano, cítím že mě vedou a začínám být samostatná“, KŽ2: „ano, vážím si opět sama sebe, moc mi to pomáhá“, KŽ4: „ano, nechávají mi volnou ruku v tom, co chci dělat“, KŽ5: „ano, přestala jsem se bát, věřím si.“

### Zdraví

- **Jak se cítíte po zdravotní stránce?**

6 klientů uvedlo, že se cítí dobře a stejný počet (6) se cítilo špatně. Zbývajících 8 klientů uvedlo neutrální odpověď.

KM1: „cítím se duševně nemocný, jinak to jde“, KM2: „špatně – pády, halucinace..“, KŽ4: „cítím se tak na 50%“, KŽ5: „jak kdy, různě“, KŽ7: „cítím se špatně, jsem vyčerpaná“, KŽ11: „někdy dobře, někdy zápolím.“

- **Domníváte se, že spolupráce se službami ve Fokusu může ovlivnit Váš zdravotní stav, jakým způsobem?**

18 klientů souhlasilo s pozitivním zdravotním vlivem Fokusu, KŽ3 a KŽ8 neuměli odpovědět.

KM1: „ano, můj zdravotní stav tady ovlivňuje komunikace s lidmi“, KM7: „ovlivňuje mě hlavně psychicky“, KM8: „cítím tady psychickou podporu“, KŽ2: „ovlivňuje mi, že se nebojím lidí“, KŽ4: „při výtvarných činnostech se zde více uvolním“, KŽ7: „vliv má jistě spolupráce Fokusu s ambulantními psychiatry a nemocnicí“, KŽ12: „ano, v lepším životě a situacích.“

- **Je zde zajištěna návaznost péče a spolupráce s jinými službami: zdravotnickými a sociálními?**

18 klientů odpovědělo shodně jako u předešlé otázky, KM2 a KŽ4 nevěděli, co mají říct. KM5, KM6 a KŽ6 uvedli, že mají zkušenosti v oblasti spolupráce v době, kdy byli hospitalizováni v nemocnici v Ostrově či v léčebně Dobřany. KM5, KM6, KŽ6, KŽ8 popisují pomoc Fokusu se sociálními odbory.

KŽ12: „ano, v řešení pro mě svízelných a náročných situací mi pomáhají sociální pracovnice, že kontaktují i jiné služby.“

### Spokojenost se službami ve Fokusu:

- **Jaký přínos má pro Vás psychosociální rehabilitace ve službách Fokusu?**

Všichni klienti (20) se shodli, že Fokus je pro ně přínosný a vyprávěli o konkrétním přínosu služeb.

KM2: „cítím se volněji“, KM5: „pomáhají mi při hledání práce“, KM6: „pomohli mi při hledání bydlení a práce“, KM7: „dává mi to svobodu od úřadů“, KM8: „všechno se lepší“, KŽ1: „kolektiv a komunikace“, KŽ3: „dává mi to tady, že jsem znovu mezi lidmi“, KŽ4: „lépe zvládám komunikaci a kontakt s lidmi“, KŽ5: „cítím se lépe“, KŽ6: „pomáhají mě, že spolupracují s mými doktory a že sem mohu jezdit“, KŽ7: „pomáhají mi tady s prací, bydlením a že se snaží, aby moje rodina se mnou mluvila“, KŽ9: „mám tu dobrý pocit“, KŽ11: „dává mi to duchaplnost.“

- **Je něco, s čím nejste zde v rámci psychosociální rehabilitace spokojeni?**

15 klientů uvedlo, že není nic, v čem by nebyli ve Fokusu spokojeni, 3 klienti odpovídali ve smyslu: „nic mě teď nenapadá“, KM1 nevěděl, jak odpovědět a KM7 se vyjádřil: „měli by nás zde víc hlídat – při nemoci (např. viróze) posílat k lékaři.“

- **Napadá Vás nějaké zlepšení v rámci služeb ve Fokusu, jaké?**

7 klientů se domnívá, že není třeba žádné zlepšování služeb, jsou spokojeni. 9 klientů se vyjádřilo neutrálně a 4 klienti měli připomínky a návrhy.

KM1: „chtěl bych, aby tady bylo více terapií“, KM2: „chybí mi tady tanec, procházky, poznávání památek v Karlových Varech“, KŽ3: „ne, jsem se vším spokojena“, KŽ6: „ne, jsem spokojena, mám potíže jen s dopravou sem“, KŽ9: „ještě bych zařadila společné hry typu soutěží.“

## **8.2 Skupina č.2 – pracovníci sociálních služeb Fokus (P)**

### Sociální vztahy

Polovina (PM2, PŽ1, PŽ2, PŽ3, PŽ5) pracovníků služeb se domnívá, že psychosociální rehabilitace v oblasti sociálních vztahů má dobrý vliv především na vytváření meziosobních a skupinových vztahů v bezpečném a následně i v přirozeném prostředí. Další tři pracovníci

(PM1, PŽ4, PŽ6) uvedli, že klienti ve Fokusu dostávají podporu a pomoc při začleňování se do společnosti. PŽ7 a PŽ8 se shodly, že klienti se cítí bezpečněji při řešení různých situací.

PM1: *„Jde o jednu ze základních potřeb a proto se od programu očekává, že dojde v této oblasti ke zlepšení. Část klientů žilo před hospitalizací ve velké sociální izolaci, docházkou do programu sociálně terapeutické dílny se toto chtě nechtě u klientů změnilo“*, PŽ1: *„navazují zde přátelství a učí se komunikovat s cizími lidmi“*, PŽ2: *„dochází zde k prohlubování sociálních vztahů“*, PŽ4: *„vliv rehabilitace spatřuji v podpoře a pomoci při začleňování klientů do společnosti“*, PŽ7: *„klienti mají pocit bezpečí.“*

### Volný čas

Většina pracovníků služeb (PM2, PŽ1, PŽ2, PŽ3, PŽ4, PŽ6, PŽ7, PŽ8) se shodne, že klienti díky službám Fokusu se učí využívat svůj volný čas strukturovaně a smysluplně dle svých možností. PM1 spojuje efekt služeb s předchozí oblastí (sociální vztahy) a klade důraz na snižování sociální izolace.

PM2: *„klientům v našich službách je umožněno hledat a zkoušet nové možnosti a využívat nabízené zdroje“*, PŽ1: *„vliv rehabilitace na trávení volného času u našich klientů hodnotím pozitivně – umějí s ním naložit smysluplně a to i mimo dílnu“*, PŽ4: *„klient využívá svůj volný čas podle svých možností“*.

### Péče o sebe

Sociální pracovnice PŽ1, PŽ2, PŽ4, PŽ6, PŽ7, PŽ8 popsaly propojení motivace péče o sebe s docházkou do služeb – klienti se zde snaží působit dobrým dojmem. PM1, PŽ2, PŽ3, PŽ4 připomněli, že služby nabízejí v této oblasti program.

PM1: *„program nabízí jak technické vybavení, tak i pracovní postupy, které s touto oblastí souvisí“*, PM2: *„klienti jsou motivováni k větší péči o sebe samé ve všech aspektech, ne vždy je však motivace adekvátní“*, PŽ1: *„se začleněním do kolektivu lidí zde se tato snaha zvyšuje“*, PŽ8: *„klienti se snaží působit na okolí dobrým dojmem a zvyšuje se jim sebevědomí.“*

### Zdraví

Pracovnice Fokusu PŽ4, PŽ7, PŽ8 se shodly, že díky pravidelnější docházce klientů k lékaři se v rámci možností u klienta zlepšuje jeho zdravotní stav. PM2 a PŽ2 se domnívají, že pozitivní vliv rehabilitace na zdraví klienta je díky monitorování a spolupráci s lékaři.

PM1: *„rehabilitace je primárně zaměřena na negativní příznaky, ale motivuje i k užívání psychofarmak“*, PŽ1: *„klienti se zde mohou dozvědět nové informace směřující ke zlepšení jejich zdravotního stavu“*, PŽ3: *„vytváření příjemného a kvalitního prostředí napomáhá ke zlepšení zdraví klienta“*, PŽ6: *„vliv rehabilitace velmi příznivý – klienti zjišťují, že nejsou jen oni nemocní“*, PŽ7: *„klient pravidelně navštěvuje lékaře a tím je jeho zdravotní stav pod kontrolou a zlepšuje se v rámci možností.“*

### Spokojenost klientů se službami ve Fokusu

Většina pracovníků služeb (PM1, PŽ1, PŽ3, PŽ4, PŽ5, PŽ6, PŽ7, PŽ8) je přesvědčena, že zapojení klientů do služeb Fokusu zvyšuje kvalitu jejich života. PM2 se domnívá, že na hodnocení je příliš brzo.

PM2: *„odezvy klientů jsou kladné, cítí dílčí zlepšení a mnozí se aktivně podílejí na rozvoji dílny, aby byla co nejlepší a co nejvíce plnohodnotná“*. PŽ2: *„vždy se dá něco zlepšovat, přirozenost je velké plus ve vztahu terapeut – klient“*.

## **Výsledky dílčích výzkumných cílů**

### **1. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti sociálních vztahů?**

Pro většinu klientů je důležitý kontakt jak s klienty, tak s pracovníky služeb. Respondenti uváděli, že důvodem je komunikace, nebýt sám, najít si kamaráda. Jeden klient řekl, že do Fokusu dochází proto, aby byl v kontaktu s terapeuty a podotkl, že klientům nerozumí. Profesionálové se shodli, že se jedná se o jednu ze základních potřeb, která souvisí s překonáváním sociální izolace.



## **2. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti volného času?**

Většina klientů i terapeutů se shodla, že trávení volného času za pomoci Fokusu je pro uživatele služeb smysluplné. Dle klientů pomoc spočívá především v kontaktech, komunikaci, vykonávání konkrétních činností a učení se. Pracovníci Fokusu potvrdili, že klienti v dílnách rozvíjí své schopnosti a dovednosti. Nejvíce jsou oblíbené tyto činnosti: společné vaření, výtvarná činnost v ateliéru, PC, šití, hudba, úklid, filmy, knihy, turistika. Profesionálové jsou přesvědčeni, že klienti Fokusu se učí využívat svůj volný čas strukturovaně a smysluplně dle svých možností. Efekt služeb souvisí s předchozí oblastí (sociální vztahy) a klade důraz na snižování sociální izolace.

## **3. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti péče o sebe?**

Většina klientů zhodnotilo, že v péči o sebe nemají výrazné problémy, vnímají podporu Fokusu i okolí a jsou podporováni k samostatnosti. Problémy s péčí o sebe mívají v době zhoršení nemoci. Pracovníci Fokusu upozornili na propojení motivace péče o sebe s docházkou do služeb (klienti se zde snaží působit dobrým dojmem) a připomněli, že služby v této oblasti nabízejí program.

## **4. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti zdraví?**

Výzkum potvrdil, že v oblasti zdraví klientů je psychiatrická rehabilitace obzvlášť důležitá. Klienti uváděli, že i když nejsou v dobré zdravotní kondici, přesto do služeb docházejí, protože zde nacházejí efekt ve zlepšení zdravotního stavu. Napomáhá tomu komunikace, uvolnění při výtvarné činnosti a pomoc od terapeutů. Dotazovaní profesionálové z Fokusu potvrdili, že spolupracující klienti více dodržují pravidelné lékařské kontroly a jsou motivováni k užívání psychofarmak.

**5. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti spokojenosti se službami ve Fokusu?**

V rozhovorech klienti vyjadřovali spokojenost se službami , jmenovali konkrétní přínos pro jejich osobu – ten souvisí především s uspokojováním potřeb v osobních a životních doménách: kontakt, komunikace, mezilidské vztahy, smysluplné trávení volného času, bydlení, učení, pomoc při zdravotních obtížích. Navrhovali i vylepšení programů: více soutěží, tanec, výlety. Profesionálové služeb Fokusu jsou přesvědčeni, že zapojení klientů do služeb Fokusu zvyšuje kvalitu jejich života.

## 9 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda metoda psychosociální rehabilitace duševně nemocných ovlivňuje kvalitu života v daných osobních a životních doménách (sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví) a zmapovat spokojenost klientů s nově užívanými sociálními službami Fokusu v Karlových Varech.

Dle WHO (in Matra III., 2005): „Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“.

U nás přetrvává hodnocení potřeb duševně nemocných stojící na „objektivním“ hodnocení profesionálů (lékařů, terapeutů), toto však často nezohledňuje názor klienta. Vliv na vnímání potřeb klienta mají hodnoty a očekávání klinického pracovníka, který hodnocení provádí (CAN, 2011).

Do pojetí kvality života lze zahrnout i kvalitu sociálního prostředí (bydlení, práce a ostatní domény života) a kvalitu sociální sítě (Wilken a Hollander in Matra III., 2005).

V oblasti péče o duševně nemocné se kvalita života vnímá jako rozhodující pro hodnocení účinnosti terapeutických programů, které se nezaměřují jen na snížení symptomů, ale pomáhají klientovi vrátit se do jeho přirozeného prostředí (CAN, 2011).

**Z výzkumu skupin respondentů č. 1 a č. 2** (viz tabulky v kapitole č. 6) vyplývá, že pro většinu klientů je významný vzájemný kontakt s klienty a také i s pracovníky služeb. Jedná se o jednu ze základních potřeb, která souvisí s překonáváním sociální izolace a z odpovědí klientů je zřejmé, jak jsou pro ně důležité mezilidské vztahy a s nimi související komunikace. V uskutečněných rozhovorech popisovali, jak se cítí uvolněni, „*je jim dobře na duši*“, necítí se sami, lépe se učí nové věci a mohou své problémy řešit „*mezi svými*“ *nebo* „*s pracovníky – tím, že jsou*“. Většina profesionálů (skupina č. 2) se shodla, že trávení volného času za pomoci Fokusu je pro ně smysluplné. Je jisté, že kontakty a společná činnost ve službách podporují proces socializace, rozvíjí schopnosti a dovednosti klientů, motivují je a aktivizují. Tímto Fokus přispívá ke kvalitě života klientů (viz kapitola č. 8).

Dále je z výzkumu zřejmé, že v oblasti zdraví klientů je psychiatrická rehabilitace velmi důležitá. Klienti uváděli, že i když nejsou v dobré zdravotní kondici, přesto do služeb

docházejí. Nacházejí zde pomoc od terapeutů; komunikace a programy služeb zlepšují zdravotní stav. Dotazovaní profesionálové z Fokusu k této problematice dodávali, že klienti spolupracující se službami více dodržují pravidelné lékařské kontroly a jsou i motivováni k užívání psychofarmak (viz kapitola č. 8).

**Oblastní ředitel občanského sdružení Fokus** v Karlových Varech v rámci rozhovoru vyvodil a hodnotil spokojenost klientů se službami: *„Toto můžeme odvozovat z využívání našich programů: sociálně terapeutickou dílnu navštěvuje 54 klientů a strávili zde cca 1100 klient/dnů. Služby sociální rehabilitace užívá 112 klientů a využilo cca 1900 intervencí. Za 9 měsíců provozu toto považujeme za úspěch a vyjadřuje to jistě spokojenost našich klientů.“*

**Profesionálové (ambulantní psychiatr, lékař psychiatrického oddělení)**, které jsem v rámci sběru dat oslovila, se vyjádřili k daným okruhům otázek (příloha č. 2) podle svých zkušeností a názorů: *„Psychiatrickou rehabilitaci považuji za nezbytnou pro péči o pacienty resp. klienty. Když jsem před 20 lety převzal v nemocnici psychiatrické oddělení, byly zde pouze dvě uzavřené stanice (muži, ženy) a nic. Vybudovali jsme oddělení koedukované: jedno uzavřené a jedno otevřené ( a naráželi na předsudky), s komunitním systémem, psychoterapiemi, pracovní a rodinou terapií, propustkami atd. Jsem rád, že tato podstata se ukázala funkční a trvá dodnes. Pochopitelně, v pozici ambulantního psychiatra, vítám nové služby Fokusu v Karlových Varech a považuji je za velmi přínosné. Pro ambulantního psychiatra , který těžko stíhá věnovat se vyšetřování, diagnostice a terapii (ať s důrazem na léky či psychoterapii, dle potřeby) je existence možnosti další nezdravotnické péče nezbytná. Zatím po krátkém trvání Fokusu v Karlových Varech, pravda, příliš společných klientů a zkušeností není. Ale již jen u některých z mála je patrné, že komplexní socioterapie s pracovním programem vede k ústupu jejich sociální izolace, obav z lidí a podstatně se zlepšuje jejich sociální fungování. Sám jistě rehabilitaci klientů z mé ordinace dlužím v tomto směru větší péči, podporu a s Fokusem spolupráci. K poslednímu okruhu (příloha č. 2) mohu jen dodat, že bych nerozděloval jednotlivé rehabilitace a netvrdil bych, že tato oblast je důležitější než druhá či třetí. Podstatou je právě komplexnost a co u kterého klienta může více ta či ona oblast podpořit a zlepšovat – je to individuální.“*

Lékař psychiatrického oddělení v nemocnici hodnotil přínos psychosociální rehabilitace takto: „Psychiatrickou rehabilitaci do své práce zapojujeme – jednak socioterapiemi (je v kompetenci sociální pracovníce) a také spolupracujeme s oběma sociálními službami (terénní tým a dílna) Fokus v Karlových Varech. Toto považujeme za nedílnou součást komplexní terapie. Máme dobré zkušenosti zejména ze stran kooperace - aktuální přizpůsobování potřebám klientů a situacím, týmová práce. U klientů zaznamenáváme aktivitu, zájem; mají témata, nové cíle a projekty ve spolupráci s Fokusem.“

V posledním okruhu (příloha č. 2) má dotazovaný psychiatr z nemocnice oproti svému kolegovi z ambulance jiný náhled: „Z uvedených kategorií má velký podíl psychiatrická rehabilitace na oblast sociálních vztahů a volného času.“ Oba dva lékaři zmiňují psychiatrickou rehabilitaci jako důležitou součást komplexní terapeutické léčbě duševně nemocných.

## 10 ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje problematice psychosociální rehabilitace duševně nemocných. Cílem bakalářské práce bylo poukázat na význam psychosociální rehabilitace a objasnit, jaký vliv má na zvýšení kvality života duševně nemocného člověka v různých jeho osobních a životních oblastech (sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví). Dalším cílem bylo odpovědět na stanovené výzkumné otázky směřující na zkušenosti a názory klientů a profesionálů na metodu psychiatrická rehabilitace a mapováním spokojenosti klientů s nově otevřenými sociálními službami Fokusu s využitím náhledů dalších profesionálů – psychiatrů.

V teoretické části jsem vymezila základní pojmy vztahující se k problematice duševního zdraví, popsala vybrané diagnostické okruhy duševních poruch a zaměřila se na hlavní téma práce - metodu psychosociální rehabilitace duševně nemocných.

V praktické části jsem se věnovala situaci péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji a prezentovala občanské sdružení Fokus. Ve větším rozsahu jsem se zaměřila na výzkum bakalářské práce. Uvedla jsem metodologii, kterou jsem ve výzkumu použila - seznámila se základní charakteristikou kvalitativního výzkumu a odůvodnila zvolenou metodu polostandardizovaného rozhovoru. Pokračovala jsem popisem a charakteristikou výzkumných vzorků, vymezila výzkumné cíle a podrobně prezentovala výsledky výzkumu.

Kvalita života je úzce spojena s potřebami člověka. Na fyzické a duševní zdraví člověka má vliv i jeho vnímání okolního světa, a tím působí na jeho přání a potřeby. Psychiatrická rehabilitace je komplexní přístup zasahující velkou oblast lidských potřeb, jejich naplnění souvisí s kvalitou života duševně nemocného. Aby mohla být kvalita života zvyšována, musí být známy klientovy potřeby. Základem dobré spolupráce na určených cílech je klientova motivace (Matra III., 2005).

Pochopení tohoto kontextu je důležité pro vyhodnocení základní výzkumné otázky a cíle bakalářské práce.

Odpověď na základní výzkumnou otázku - jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných v rámci čerpání služeb Fokusu v Karlových Varech na zvýšení kvality života těchto osob - je z mého výzkumu zřejmá. Na základě získaných informací (vícestranné pohledy: uživatelé služeb, profesionálové) lze konstatovat, že programy sociálních služeb Fokus mají pozitivní vliv na kvalitu života klientů.

Ve všech zkoumaných oblastech (sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví) byly potvrzeny přínosy pro uživatele služeb. Nejvýrazněji se projevily výsledky v oblasti sociálních vztahů - která souvisí s překonáváním sociální izolace.

## RESUMÉ

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychosociální rehabilitace duševně nemocných. Cílem bylo zmapovat a objasnit, jaký vliv má na zvýšení kvality života duševně nemocného člověka v různých jeho osobních a životních doménách (sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví) a jak jsou spokojeni klienti s nově otevřenými službami Fokusu v Karlových Varech.

V teoretické části jsou vysvětleny pojmy týkající se duševního zdraví, nemoci, postoje společnosti k duševně nemocným, stigmatizaci. Dále jsou zde popsány vybrané psychiatrické diagnózy vztahmo na cílovou skupinu. Třetí kapitola je zaměřena na hlavní téma mé práce - metodu psychosociální rehabilitace duševně nemocných a s ní úzce související komunitní péči. Charakterizuje cíle péče o duševně nemocné, vysvětluje pojem psychosociální rehabilitace a její filozofii. Obsahuje souhrn historie, seznamuje se školami psychiatrické rehabilitace a popisuje fáze této metody. Závěr teoretické části pojednává o problematice komunitní péče a case managementu.

Praktická část se v úvodu věnuje situaci a stavu péče o duševně nemocné v Karlovarském kraji a seznamuje s nově otevřenými sociálními službami Fokus pro osoby s duševním onemocněním. V dalších kapitolách je popsán kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaných rozhovorů dvou výzkumných skupin (klienti a pracovníci Fokusu). Mapuje první zkušenosti v nově otevřených sociálních službách a pokouší se zjistit, jaký vliv má psychosociální rehabilitace na kvalitu života duševně nemocných. Dále se zabývá otázkami: jak se změnil život klientům užívajících těchto služeb a jak hodnotí služby klienti, pracovníci sociálních služeb a psychiatři.

Zjištěné poznatky jsou v osmé kapitole podrobně analyzovány ve vztahu ke stanoveným dílčím otázkám. Výsledky analýzy jsou v závěru praktické části (v diskuzi) shrnuty a porovnány s informacemi získanými v relevantní odborné literatuře a dále se zkušenostmi z vícestranných rozhovorů s klienty, s poskytovateli sociálních služeb a s psychiatry.

Ze získaných informací jsou vyvozené patřičné závěry a hodnocení splnění cíle bakalářské práce.



## **ANOTACE**

HOLÁ, D. *Psychosociální rehabilitace duševně nemocných*. Bakalářská práce, Brno, 2012, 58 stran textu.

Bakalářská práce se věnuje tématu: „Psychosociální rehabilitací duševně nemocných“. Jejím cílem je poukázat na význam psychosociální rehabilitace a objasnit, jaký vliv má na zvýšení kvality života duševně nemocného člověka v jeho osobních a životních oblastech - sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví.

Výzkum probíhal v občanském sdružení Fokus v Karlových Varech.

### **Klíčová slova**

Duševní onemocnění, stigma, komunitní péče, deinstitucionalizace, psychosociální rehabilitace, kvalita života.

## **ANNOTATION**

HOLÁ, D. *Psychosocial Rehabilitation of Mentally Ill Patients*. Bachelor Thesis, Brno, 2012, 58 pages of text.

This bachelor thesis deals with the topic: „Psychosocial rehabilitation of mentally ill patients“. The aim of this thesis is to draw attention to the importance of psychosocial rehabilitation and explain its influence on increase of quality of mentally ill people's lives in their personal as well as life areas, such as social relationships, leisure time, self-service, health.

The research took place in civic association Fokus in Karlovy Vary.

### **Key words**

Mental disease, stigma, community care, deinstitutionalization, psychosocial rehabilitation, quality of life.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

1. Babiaková, M., Marková, E. & Venglařová, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, a.s.
2. Baštecký, J. (1997). *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén. 210 s. ISBN 80-85824-45-0.
3. Disman, M. (2008). *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.
4. Dorner, K. & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-628-5.
5. *Duševní poruchy a poruchy chování* (2000). Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-44-1.
6. Hartl, P. & Hartlová, H. (2000). *Psychologický slovník*. Praha: Portál. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
7. Hejzlar, P. (2004). *Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace*. Praha: Grada Publishing, s. 98-112.
8. Hejzlar, P. (2009). *Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách*. In *Psychiatrie pro praxi.*, 10(5), s. 226-230.
9. Hejzlar, P., et al. (2010). *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné*. In *Psychiatrie*, 14(3), s.146-151.
10. Hendl, J. (2008). *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Portál. 243 s. ISBN 978-7178-563-6.
11. Höschl, C., et al. (2004). *Psychiatrie*. Praha: Tigis. ISBN 80-900130-7-4.
12. Jarolímek, M. (2002). *Je bláznivé být odlišný?* In *Esprit* 6(11), s. 4-5.
13. Jarošová, D. (2007). *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing. 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.
14. Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
15. Libiger, J. (2001). *Stigma duševního onemocnění*. In *Psychiatrie* 5(1).

16. Mahrová, G. § Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 176 s., ISBN 978-80-247-2138-5.
17. Malá, E. § Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
18. Matoušek, O. et al. (2005). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
19. Matra III. (2005). *Komunitní psychiatrie v praxi. Studijní texty k modulu psychiatrická rehabilitace*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
20. Mentzos, S. (2005). *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál. 128 s. ISBN 80-7178-992-5.
21. *MKN-10* (2000). Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-44-1.
22. Pěč, O. § Probstová, V. (2009). *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
23. Probstová, V. (2005). *Sociální práce s duševně nemocnými*. Praha: Portál.
24. Probstová, V. et al. (2011). *CAN: Camberwelské šetření potřeb*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. ISBN 978-80-260-0138-6.
25. Raboch, J. § Pavlovský, P. (2001). *Psychiatrie – minimum pro praxi*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-156-0.
26. *Slovník psychiatrických termínů* (1998). Psychiatrické centrum Praha. 106 s. ISBN 80-85121-78-6.
27. Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books.
28. Šupa, J. (2006). *Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním onemocněním“*. Brno.
29. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

30. Wenigová, B., et al. (2011). *Situační analýza stavu péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
31. Wilken, J.P. & Hollander den D. (1999). *Komplexní přístup k rehabilitaci*. In Matra III. (2005).
32. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním* (2011). Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
33. *Zelená kniha* (2005). Evropská komise.

**www. zdroje:**

- [www.cmhcd.cz](http://www.cmhcd.cz)
- [www.fokus-mb.cz](http://www.fokus-mb.cz)
- [www.stopstigmapsychiatrie.cz](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz)
- [www.psychiatrie.cz](http://www.psychiatrie.cz)

## **SEZNAM PŘÍLOH**

1. Příloha č.1: Okruhy a otázky pro klienty Fokusu (K)
2. Příloha č.2: Okruhy otázek pro pracovníky Fokusu a psychiatry (P)

## **Příloha č.1 – Okruhy a otázky pro klienty Fokusu (K)**

1. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti sociálních vztahů?

### **Otázky:**

- Jak se cítíte mezi lidmi zde ve Fokusu?
- Našel jste si zde nějaké kamarády?
- Čím Vám pomáhá přítomnost ostatních klientů a pracovníků ve službách Fokusu?

2. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti volného času?

### **Otázky:**

- Pomáhají Vám služby ve Fokusu k rozvíjení volnočasových aktivit, jakým způsobem?
- Které jsou Vaše oblíbené činnosti, proč?
- Umožňují Vám služby ve Fokusu zapojení vlastních aktivit či uplatnění Vašich schopností v těchto aktivitách?

3. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti péče o sebe?

### **Otázky:**

- Do jaké míry zvládáte hygienu a úpravu zevnějšku?
- Dostáváte pomoc od svého okolí, pomáhají Vám služby ve Fokusu?
- Podporují tyto služby Vaši samostatnost, jakým způsobem?

4. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti zdraví?

### **Otázky:**

- Jak se cítíte po zdravotní stránce?
- Domníváte se, že spolupráce se službami ve Fokusu může ovlivnit Váš zdravotní stav, jakým způsobem?
- Je zde zajištěna návaznost péče a spolupráce s jinými službami: zdravotnickými a sociálními?

5. Jaký je vliv psychosociální rehabilitace duševně nemocných na zvýšení jejich kvality života v oblasti spokojenosti se službami ve Fokusu?

**Otázky:**

- Jaký přínos má pro Vás psychosociální rehabilitace ve službách Fokusu?
- Je něco, s čím nejste zde v rámci psychosociální rehabilitace spokojeni?
- Napadá Vás nějaké zlepšení v rámci služeb ve Fokusu, jaké?

## **Příloha č.2 – Okruhy otázek pro pracovníky Fokusu a pro psychiatry (P)**

### **Okruhy otázek:**

1. Zapojujete do své odborné práce psychiatrickou rehabilitaci? Jaký je Váš názor na význam této metody?
2. Jaké máte zkušenosti s nově působící sociální službou pro duševně nemocné Fokus v Karlových Varech?
3. Pokud máte zkušenosti s Fokusem, zaznamenali jste v léčbě pacientů změny? Jaké?
4. Ve které oblasti péče o osoby s duševním onemocněním dle Vašeho názoru je nejvíce potřebná psychosociální rehabilitace – zdraví, péče o sebe, sociální vztahy, volný čas, učení se, práce, bydlení (popřípadě uveďte jiné)?