

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Metody sociální práce u klientů s psychózou

Iveta Richter Jančová

Diplomová práce

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Praha 2018

Prague College of Psychosocial Studies

Metody sociální práce u klientů s psychózou

Iveta Richter Jančová

The Diploma Thesis

The Diploma Thesis Work Supervisor:

doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Prague 2018

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 21.7.2018

Podpis

Poděkování:

Ráda bych poděkovala touto cestou doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, PhD., za pomoc při realizaci mé diplomové práce, za podporu, odborné rady a vstřícný přístup. Dále bych chtěla poděkovat multidisciplinárnímu týmu Psychiatrické nemocnice Opava oddělení H psychiatrické rehabilitace Stanice 17BC, za umožnění provedení výzkumu.

Anotace

Předkládaná diplomová práce se zabývá metodami sociální práce u klientů s psychózou a možnostmi jejich psychosociální rehabilitace.

V teoretické části je popsána činnost a kompetence sociálního pracovníka, sociální služby, příčiny psychózy a diagnostika duševních poruch dle MKN-10. Z hlediska psychóz je zastoupená bipolární afektivní porucha, manická porucha a depresivní porucha. Dále byly popsány metody a nástroje specifické pro psychózy, možnosti psychosociální rehabilitace na úrovni jedince a metoda CARE jako komplexní přístup k rehabilitaci klientů s psychózou a s tím související vnímání jejich kvality života.

V praktické části je pak stanovena hlavní cílová otázka a ověření hypotéz. Pro zjištění odpovědi bude provedeno šetření pomocí české verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF.

Cílem diplomové práce je na základě získaných poznatků zjistit vnímání kvality života klientů, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka.

Klíčová slova

Bipolární afektivní porucha, kvalita života, klient, komunitní péče, metoda CARE, metody sociální práce, multidisciplinární tým, psychosociální rehabilitace, psychóza, sociální pracovník, stigmatizace, zotavení (recovery), zplnomocnění (empowerment).

Abstract

This diploma thesis deals with the methods of social work with clients dealing with psychosis and possibilities of their psychosocial rehabilitation.

The theoretical part describes the activities and competencies of a social worker, social services, psychosis as a sickness and diagnostics of mental illnesses according to ICD-10. From psychoses I focused on the bipolar affective disorder, manic disorder and depressive disorder. In addition, specific methods and tools to work with clients with psychoses, psychosocial rehabilitation at the individual level and the CARE method, were described as a comprehensive approach to the rehabilitation of clients with psychosis and the associated perception of their life quality.

At the practical part, the main target question and hypothesis verification are set. To determine the answers, an inquiry had been carried out using the WHOQOL-BREF Czech Quality of Life Questionnaire.

The aim of the diploma thesis is to determine the perception of the quality of life of clients who passed through the CARE method under the guidance of a social worker, based on the acquired knowledge.

Key words

Bipolar affective disorder, quality of life, client, community care, CARE method, social work methods, multidisciplinary team, psychosocial rehabilitation, psychosis, social worker, stigmatization, recovery, empowerment.

Obsah

ÚVOD.....	2
1. VYMEZENÍ POJMŮ	3
1.1 Sociální práce	3
1.2 Sociálně právní minimum duševního onemocnění	4
1.3 Sociální služby.....	6
1.4 Základní druhy sociálních služeb	7
1.5 Sociální pracovník	8
1.6 Klient	11
2. PSYCHÓZY	12
2.1 Duševní nemoc.....	12
2.2 Rozdíl mezi psychózou, neurózou	12
2.3 Příčiny psychózy.....	14
2.4 Příčiny z psychických funkcí	15
2.5 Diagnostické kategorie pro sociálního pracovníka	20
2.5.1 Základní diagnostické kategorie duševních poruch podle MKN-10.....	21
2.5.2 Afektivní poruchy (F30- F32)	22
2.5.3 Stigmatizace a sebestigmatizace, destigmatizace	29
3. METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE SPECIFICKÉ PRO PSYCHÓZY	31
3.1 Individuální sociální práce.....	32
3.2 Případová práce (casework)	33
3.3 Metody a nástroje šetření specifické pro psychózy	35
3.4 Specifická komunikace s klientem s psychózou	38
3.5 Krizová intervence	40
3.6 Case management (CM) na úrovni jedince	40
3.7 Multidisciplinární tým jako týmová práce	45
3.8 Práce s rodinou klienta v komunitní péči	45
3.9 Práce se skupinou	48
3.10 Moderní možnosti psychosociální rehabilitace	50

3.11 Socioterapie.....	52
3.12 Poradenství jako součást systému ucelené rehabilitace.....	53
3.13 Metoda CARE	54
3.13.1 Zplnomocňování (empowerment)	56
3.13.2 Recovery (zotavení)	58
4. VÝZKUMNÁ ČÁST (praktická část).....	62
4.1 Fáze přípravy.....	62
4.2 Teoretická východiska kvality života, kvantitativního výzkumu, cíl výzkumu a stanovení výzkumné otázky	64
4.3 Cíl výzkumu a stanovení výzkumné otázky	65
4.4 Hypotézy.....	65
4.5 Metodologie výzkumu	66
4.5.1 Popis výzkumné metody a sběr dat	67
4.5.2 Etické aspekty	69
4.5.3 Výzkumné prostředí.....	69
4.5.4 Popis praktického užití Metody CARE na psychiatrickém oddělení H Stanice 17BC.....	71
4.5.5 Popis a výběr výzkumného vzorku respondentů.....	74
4.6 Analýza respondentů- Afektivní bipolární poruchy	75
4.6.1 Analýza domény fyzické zdraví	78
4.6.2 Analýza domény prožívání	78
4.6.3 Analýza domény sociální vztahy.....	79
4.6.4 Analýza domény prostředí.....	79
4.6.5 Analýza samostatných položek kvality života a smyslu života	80
4.7 Diskuze a výsledky zjištění kvality života podle dotazníku, vyhodnocení hypotéz, zodpovězení hlavní výzkumné otázky.....	80
4.8 Závěr výzkumu	84
5. ZÁVĚR.....	84
SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	87
Základní odborná literatura:	87

Seznam internetových zdrojů:.....	90
Seznam grafů:	91
Seznam tabulek.....	91
Přílohy:	92

ÚVOD

„Nikdo si nepřeje být pacientem nebo klientem. Jedná se o nechtěný stav, kdy jsme nuceni vyhledat odbornou pomoc. Každý chce být považován za člověka rovnocenného s jakýmkoli jiným, který má stejná práva a výsady.“ (Hollander,Wilken2016, s.13)

Úplně poprvé jsem se setkala s klienty s psychózou při absolvování odborné praxe v psychiatrické nemocnici Opava na oddělení H-Psychiatrické rehabilitace během studia na Pražské vysoké škole psychosociálních studií a.s. Psychózy jsou dnes často diskutovaným tématem jak mezi laickou veřejností, tak i mezi odborníky. Hovoří se o nich především s nástupem reformy psychiatrické péče.

Za posledních 20 let se v České republice podařilo starostlivost o duševně nemocné jen málo posunout k praxi obvyklé v řadě vyspělých evropských států. Jde zejména, o změnu z převažujícího ústavního, hospitalizačního typu péče, na služby méně stigmatizující, zaměřené na maximální začlenění lidí s duševní poruchou do přirozeného prostředí a do komunity a zlepšení kvality jejich života a spokojenosti. Metoda CARE je v posledních letech konceptem moderních služeb duševního zdraví. Představuje nový způsob myšlení o člověku s duševním onemocněním, ve kterém se prolínají různé způsoby podpory pro klienty s psychózou (rehabilitace, psychoterapie, psychiatrická léčba), kdy hlavní důraz je kladen na recovery a empowerment.

Cílem teoretické části je popsat sociální práci specifickou pro klienty s psychózou, náplň sociálního pracovníka, přehled sociálních služeb, příčiny psychózy a diagnostiku duševních poruch dne MKN-10. Z hlediska psychóz je nejvíce zastoupená především bipolární afektivní porucha, mánie a deprese. Tato psychotická onemocnění mají největší procento výskytu z hlediska psychóz, a proto jim věnuji část pozornosti. Dále popíši možnosti psychosociální rehabilitace, socioterapii, zotavení (recovery), zplnomocnění (empowerment) a metodu CARE, jako komplexní přístup k rehabilitaci klientů s psychózou a s tím související vnímání kvality svého života, zdraví a ostatních životních oblastí.

Praktická část se týká samotného sběru dat u klientů s psychotickým onemocněním v Psychiatrické nemocnici v Opavě na oddělení H stanice 17BC a výzkumu jejich kvality života metodou české verze dotazníku kvality života WHOQOL – BREF, která vychází ze zkoumání kvality života ve čtyřech doménách – fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí.

1. VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Sociální práce

Žijeme ve společnosti, která je tvořena jednotlivci a skupinami lidí. Právo člověka na důstojný život od narození až po stáří je základním principem společnosti. Sociální práce jako společensky akceptovaná forma pomoci je přítomná v lidské historii od konce 19. a zejména ve 20. století až po současnost. Převážně byla poskytována rodinou, sousedskou výpomocí, církevní charitou, později obcemi a státem.

Pro definici sociální práce je charakteristický vývoj lidské osobnosti a ekonomická situace v socio-kulturním prostředí člověka, v jeho sociálním prostředí. V sociální pomoci je definice rozšířena o prevenci, předcházení vzniku negativních sociálních událostí, zdůrazňuje snahu o zabránění opakování nepříznivé sociální události s cílem začlenění jedince do jeho přirozeného prostředí s využitím jeho vlastních lidských zdrojů. (Laca, 2016 s. 243)

Sociální práce je odborná disciplína, která vychází z poznatků společenských věd psychologie, sociologie, filosofie, etiky, pedagogiky, lékařství, psychiatrie, práva, ekonomie, která speciálními metodami a aplikací vědeckých poznatků do praxe, zajišťuje sociální starostlivost o člověka na profesionálním základě. (Laca 2016, s. 242)

Nejpoužívanější definici sociální práce popisuje Matoušek v *Slovníku sociální práce* jako *společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů*. (Matoušek, 2003, s. 213)

Posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Zároveň v sociální práci jde o to, skloubit to, co chce společnost ve svých normách, s tím, co chce klient. Cílem je vzájemná spolupráce obou objektů i subjektů.

V širším pojetí se za sociální práci považují sociálně technická opatření a jejich organizace např. sociální dávky a sociální služby. V oblasti péče o duševní zdraví je sociální práce multidisciplinární cílenou pomocí ve sférách sociálního zabezpečení, občanského, pracovního, rodinného práva, či specifické intervence, poradenství, případové práce, krizové intervence, psychoterapie a socioterapie. (Matoušek, 2005, s. 133)

Komplexnost péče o duševní zdraví vyžaduje vzájemnou spolupráci mezi zdravotní a sociální pomocí.

1.2 Sociálně právní minimum duševního onemocnění

Duševně nemocní mohou využívat „zákonné úpravy“ k pomoci v řadě problémů, které jim duševní onemocnění přináší. Náhlé či dlouhodobé onemocnění s sebou přináší řadu komplikací. Člověk má své závazky a povinnosti, které ale náhle není schopen plnit. Duševní onemocnění zasahuje do všech částí života, což se odráží po související sociální a právní stránce na všechny, kteří s duševně nemocným dlouhodobě žijí. Každý má „právo na ochranu zdraví“ a na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, které stanovuje zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., a čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Sociální pracovník a další odborníci pracují s problematikou dlouhodobého onemocnění, kdy klientovi pomáhají s „nemocenskými dávkami“, které jsou řešeny v zákoně o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb., zákonem 100/1988, zákonem č.54/1956, zákonem č.582/1991, vyhláškami č. 143/1965, č.165/1979 ,č.31/1993 a v jejich novelách. Dávka je určena osobám, které odvádějí daně do nemocenského pojištění, kdy pokud onemocní, je jim dávka vyplácena.

O „invalidní důchod“ žádá osoba pro dlouhodobý špatný zdravotní stav. Podmínky přiznání plného invalidního důchodu a částečného invalidního důchodu upravuje zákon o důchodovém pojištění č.155/195Sb a další zákon 582/1991 a vyhlášky 284/1995 a jejich novely. „Příspěvek na péči“ je opakující se dávka pro osoby, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc jiné osoby při zvládnání běžných základních životních potřeb, které definuje vyhláška č. 389/2013Sb. Možnosti získání „pomoci v hmotné nouzi“ (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádná okamžitá pomoc) zpracovává zákon č.110/2006 Sb. o hmotné nouzi a životním minimu a existenční minimu, zákon č. 111/2006 Sb. o pomoc v hmotné nouzi a vyhláška č. 504/2006Sb., a navazující zákony a vyhlášky zákon č. 108/2006Sb., o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006, zákon č. 100/1988Sb., o sociálním zabezpečení a vyhláška č.182/1991 Sb.

V případě dlouhodobé nemoci může dojít k snížení příjmů až k určité hranici, kdy není možné zvládnout svými finančními prostředky běžné náklady. Občanský zákoník č. 40/1964 Sb.,§10 řeší problematiku „zbavení svéprávnosti“ a občanský

soudní řád, zákon č. 99/1963 Sb., a jeho novely, věnující se především problematice detenčního a opatrovnického řízení.

Problematiku „*nedobrovolné hospitalizace*“ řeší zákon o péči o zdraví č. 20/1966Sb., a jeho pozdější úpravy, který se zaměřuje na vedení dokumentace o pacientech na souhlasy s prováděním lékařských výkonů a na souhlasy s léčbou. Zákon o poskytování zdravotní péče a podmínkách jejich poskytování řeší zákon 372/2011 Sb., dále Listina základních práv a svobod a občanský soudní řád, zákon č. 99/1963Sb.

V souvislosti s ochranou osobních údajů, sběr osobních údajů a zacházení s nimi jsou zpracovány v zákoně o ochraně osobních údajů č. 101/2000 Sb. Zvláštní kategorií pomoci v právních událostech je „*problematika rodičovství*“, možnosti odebrání dětí z péče rodičů s diagnostikovanou duševní nemocí, kterou řeší zákon o sociálně-právní ochraně dětí č.358/1999 Sb. „*Prostřednictvím sociálních služeb*“ je zajišťována pomoc a podpora při péči o vlastní osobu, pomoc při běžném chodu domácnosti, stravování, ubytování, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytováním informací, zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím, socioterapii a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Obecná i konkrétní pravidla, jako nástroj podpory řešení etických dilemat sociální práce, jsou obsažena v „*Etickém kodexu sociálních pracovníků České republiky*“. Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabyl účinnosti 20. 5. 2006. Obsahuje etické zásady, pravidla etického chování sociálního pracovníka (ke klientovi, ve vztahu ke svému zaměstnavateli, ve vztahu ke kolegům, ve vztahu ke svému povolání a odbornosti, ve vztahu ke společnosti). Sociální pracovník má klientům pomáhat a současně má klienty kontrolovat. (Mahrová,Venglářová, 2008, s.48-57), (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014 s. 60-67)

„*Práva psychiatrických pacientů/klientů*“ jsou shrnuta v několika dokumentech, a to: Deklarace lidských práv duševně nemocných (1989), Deklarace lidských práv a duševního zdraví (1989), Všeobecná deklarace lidských práv (OSN 1948), Listina základních práv a svobod (součást ústavy ČR 1993), Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (ČR ratifikace 1994), Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Evropská úmluva pro prevenci mučení a nelidského či ponižujícího zacházení nebo trestání (ČR ratifikováno 1993), Mezinárodní dohoda o občanských a politických právech, Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou, Mezinárodní

listina práv hospitalizovaných psychiatrických pacientů, Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou, Deklarace o duševním zdraví pro Evropu. (*Deklarace duševního zdraví pro Evropu*, Dostupné z: https://www.crpdz.cz/dokumenty/2006_03_30_002.pdf)

1.3 Sociální služby

Úlohou sociálních služeb je pomoci klientům vyrovnat se s jejich neodvratitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů. (Řezníček, 1994 s. 21) Jedním z hlavních cílů je zlepšení kvality života nebo alespoň v maximálně možné míře opětovné začlenění do společnosti či samotnou společnost ochránit před riziky, která v sobě klienti nesou. (Matoušek, 2011, s. 9-10)

Sociální služby spadají do oblasti řízené v České republice Ministerstvem práce a sociálních věcí MPSV. Služby lze poskytovat pouze na základě *oprávnění k poskytování sociálních služeb* rozhodnutím o registraci vydaným příslušným krajským úřadem. (Matoušek, 2007 s. 9,46) Podmínky poskytované pomoci prostřednictvím sociálních služeb upravuje zákon 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. Základní zásady jsou obsaženy v ustanovení § 2 tohoto zákona o nároku na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství, možnostech řešení a předcházení nepříznivé situace, dále rozsah, formu pomoci a podpory o zachování lidské důstojnosti. Musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, působit aktivně, podporovat samostatnost, motivovat, posilovat sociální začlenění. (Zákon 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách ze dne 14. března 2006, dostupné na: https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

Mezi poskytovatele služeb pro lidi s psychotickým onemocněním patří organizace zřizované státem, krajem, obcemi, ale i nestátní neziskové organizace a privátní subjekty. Přehled sociálních služeb poskytující pomoc klientům s duševním onemocněním má širokou dimenzi ve svých cílech, účelu, který spočívá v komplexnosti snížení sociálního a zdravotního rizika.

„Kvalita standardu sociálních služeb“ přímo souvisí s dodržováním lidských práv a základních svobod a se zachováním lidské důstojnosti. Kvalitu služeb je možné garantovat podle standardů, které slouží jako metodický nástroj orientace uživatele služeb. Dělí se na tři okruhy procedurální, personální, provozní. „*Procedurální standardy*“ definují cíle, poslání, postupy, způsoby služby, ochranu práv uživatelů,

informace o službě, dohodě o poskytnutí služby, plánování a průběh poskytovaných služeb, osobní údaje, spolupráci s dalšími dostupnými službami. „*Personální standardy*“ stanovují zajištění služeb, celkových pracovních podmínek a profesní rozvoj. „*Provozní standardy*“ se zabývají místem, časem dostupnosti služby, havarijními situacemi, kontrolou poskytované služby a finančním rozpočtem. (Matoušek,2007 s.127,128)

Průběh vážné duševní nemoci není možné předvídat. Nemoc se může vyléčit zcela, může dojít k odeznění akutních potíží, ale také se může opakovat mezidobí méně naléhavé. V akutní nemoci se využívá lůžkových nebo ambulantních zdravotnických zařízení. Ústavní péče v psychiatrickém zařízení je nutná, pokud si klienti nejsou schopni zajistit své základní potřeby a pokud představují vážné nebezpečí pro sebe (sebevražedné jednání) nebo pro své okolí (násilné jednání). Docházka do denního stacionáře je forma péče u klientů, kterým jejich stav umožňuje samostatně se do zařízení dopravovat. Pokud klienti nechtějí nebo nemohou bydlet s rodinou a jejich stav jim umožní samostatnost, mohou využít podporované bydlení, které je jednou z forem pobytových služeb. (Matoušek, 2007, s.100).

„*Pobytové služby*“ jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Do „ambulantních služeb“ osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována. U ambulantního zařízení sociálních služeb není součástí služby ubytování. „*Terénní služby* se poskytují osobě v jejím přirozeném sociálním prostředí“. (Zákon 108/2006 Sb. §33).

1.4 Základní druhy sociálních služeb

„*Sociální poradenství*“ je základní činností všech druhů sociálních služeb, je zaměřeno na poskytování potřebných informací osobám při řešení jejich nepříznivé sociální situace, tato služba je poskytována bezplatně. (Zákon č.108/2006 Sb.)

„*Služby sociální péče*“ napomáhají osobám s jejich fyzickou a psychickou soběstačností, s cílem umožnit se zapojit do běžného života, sociálně znevýhodněným, pokud to jejich stav neumožňuje, zajišťují důstojné prostředí a zacházení. (Zákon 108/2006 Sb.)

„*Služby sociální prevence*“ napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, překonání jejich nepříznivé situace a současně chrání společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (Zákon 108/2006 Sb.)

Tabulka č. 1 Přehled sociálních služeb

Sociální služby		
sociální poradenství	sociální péče	sociální prevence
<ul style="list-style-type: none"> • základní • odborné 	<ul style="list-style-type: none"> • Osobní asistence • Pečovatelská služba • Tísňová péče • Průvodcovské a předčitatelské služby • Podpora samostatného bydlení • Odlehčovací služby • Centra denních služeb • Denní stacionáře • Týdenní stacionáře • Domovy pro osoby se zdravotním postižením • Domovy pro seniory • Domovy se zvláštním režimem • Chráněné bydlení • Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče 	<ul style="list-style-type: none"> • Raná péče • Telefonická krizová pomoc • Tlumočnické služby • Azylové domy • Domy na půl cesty • Kontaktní centra • Krizová pomoc • Intervenční centra • Nízkoprahová denní centra • Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež • Noclehárny • Služby následné péče • Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi • Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením • Sociálně terapeutické dílny • Terapeutické komunity • Terénní programy • Sociální rehabilitace

1.5 Sociální pracovník

Práce „sociálních pracovníků“ není snadná a měla by v sobě spojit profesionalitu s lidskostí. Podle legislativy je sociální pracovník definovaný v Zákoně

č.108/2006 Sb, jako pracovník vykonávající sociální starostlivost, který zabezpečuje sociální agendu, řeší sociálně-právní problémy, poskytuje sociální poradenství, provádí analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních služeb sociální prevence, poskytuje krizovou pomoc a sociální rehabilitaci. Zákon definuje i podmínky a předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka a k němu patřící právní způsobilost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. (Zákon o sociálních službách, č.108/2006 Sb. HLAVA I §109,§110)

Činnost sociálního pracovníka lze vykonávat minimálně s vyšším odborným vzděláním specializovaným na sociální práci. Zákon taktéž stanovuje povinnost dalšího vzdělávání absolvováním specializačních vzdělání zajišťovanými vysokými a vyššími odbornými školami, akreditovanými kurzy, odbornými stážemi a školicími akcemi.

Profesní zařazení jako „zdravotně sociální pracovník“ získá sociální pracovník směřující ve své erudici v psychiatrických léčebnách a jiných zdravotnických zařízeních většinou z oblasti rezidenční péče o duševně nemocné. Ke své pracovní náplni si musí rozšířit znalosti z oblasti medicínských oborů a ošetrovatelství, kde získají osvědčení o možnosti pracovat ve zdravotnictví bez odborného dohledu registrace Ministerstva zdravotnictví ČR. Sociální pracovníci, kteří pro přímou práci s klienty s duševním onemocněním mají absolvovaný psychoterapeutický výcvik, vedou sociálního pracovníka víc do role terapeuta. (Mahrová, Venglářová, 2008 s.15)

V oblasti sociálních služeb figurují i „pracovníci v sociálních službách“, kde Zákon č.108/2006 Sb. jejich činnost definuje jako přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních, pobytových zařízeních, jako pečovatelskou činnost a základní výchovnou nepedagogickou činnost. Požadavky na odbornou způsobilost pracovníka v sociálních službách jsou absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost. (Matoušek 2007, s.48)

„Sociální pracovník pracující v oblasti péče o duševní zdraví (nebo v souladu se zavedenou terminologií v oblasti psychiatrické péče) využívá své profesní znalosti a dovednosti ve službě pomoci specifické a zároveň značně různorodé cílové skupině – lidem trpícím duševními potížemi.“ (Probstová, Pěč, 2014 s.17)

Matoušek popisuje výčet „kompetencí sociálního pracovníka“ jako poskytovatele péče o duševně nemocné jak v umění získání informací o klientovi, celkovém sociálním šetření o klientově okolí, zázemí, mapování sociální sítě,

sestavení, realizování, provádění, vyhodnocování plánů a efektivity intervencí, tak i v komunikaci s klienty a jejich blízkými. Schopnostmi navázání kontaktu, pozorování, vedení rozhovoru, empatického naslouchání, sledování verbálních i neverbálních projevů klienta i ostatních respondentů, tak i s členy multidisciplinárního týmu i institucemi, se kterými umí komunikovat ústně i písemně. To vše je jen malým výčtem v umění komunikace, které při své práci sociální pracovník ovládá. (Matoušek, 2005 s.137)

Základní znalostí a předpokladem k práci s duševně nemocnými je přesto schopnost rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch, vliv medikace, provádět základní diagnostické úvahy a komunikovat s odborníky v oblasti psychiatrické péče. (Probstová,Pěč, 2014 s.17) Odborné psychiatrické a psychologické výrazy slouží praktickým účelům, zda pacienta hospitalizovat, či nikoliv, jaký lék předepsat, ale také mohou naprosto zablokovat porozumění tzv. nálepkováním v přirozeném prostředí klienta. Právo veřejně pojmenovávat znamená velkou moc.

Kopřiva popisuje moc u sociálního pracovníka jako velmi důležitou. Kdy na jedné straně je moc pracovníka vymezena zákonem, organizačním řádem, nepsanými zvyky, normami platnými v celé společnosti a na druhé straně může vzniknout v přímém vztahu sociální pracovník – klient, jako projev mocenské pozice ovlivňující možnosti a způsob poskytování pomoci, který vede k oboustranné manipulaci, odstupu a nedůvěře. (Lidský vztah jako součást profese, 1997 s. 40). Sociální pracovníci se podílejí na rozhodnutích o závažných změnách v životě klientů, výrazně ovlivňují kvalitu života jednotlivců, rodin, skupin osob, a proto jejich rozhodnutí musí být na vysoké profesionální úrovni, protože zároveň mají rozhodující vliv i na efektivitu sociální politiky.

Specializovat se v péči o klienta s duševním onemocněním je možno ve třech oblastech. V „*psychiatrické rehabilitaci*“, která zahrnuje bydlení, práci se sociální rehabilitací a psychoedukaci. Dále je to „*případové vedení – case management*.“ a poslední odvětví je „*psychoterapie*“, kde sociální pracovník musí mít pro výkon psychoterapie absolvovaný psychoterapeutický výcvik spolu s vysokoškolským vzděláním. (Matoušek, 2005 s. 138)

„*Supervize*“ je v oblasti sociální práce poměrně běžnou metodou profesního rozvoje při řešení náročných situací v práci s klienty. Je pro sociální pracovníky významná pro prevenci vyhoření. Podle potřeby organizace a pracovníka jsou pravidelné (od naléhavosti případů, při terénní sociální práci, v krizové intervenci),

příležitostné (obvykle jednou za několik měsíců), a krizová supervize (řešení mimořádné situace), která může vhodně doplnit pravidelnou. Nejčastěji je v zařízeních prováděna forma týmové supervize, která je zaměřena na spolupráci v týmu. Lze vytvořit i skupinovou supervizi s cílem profesionálního rozvoje. Individuální supervize probíhá formou strukturovaného rozhovoru mezi jedním sociálním pracovníkem a supervizorem. Systematickou metodou v supervizi je balintovská skupina, která má standardní průběh v pěti fázích. V první fázi dochází k nabídce kazuistik a hlasováním k vybrání konkrétního případu. Ve druhé fázi pracovník představí případ a pojmenuje obtíže. Třetí fáze doplňuje dotazy ostatních členů. Čtvrtá fáze přichází s nápady na postup v dané situaci. Pracovník ve čtvrté fázi jen naslouchá. Pátá fáze shrne všechny postupy, které předkladatele něčím zaujaly. V šesté fázi dochází k doporučení a na závěr sedmé fáze k hodnocení případu. Při organizování supervize je výhodou i externí pozice supervizora, kdy je přenos informací přehlednější. Další formou je konzultace kolegů jako případová supervize bez supervizora (intervize). Forma supervize, kdy dochází k zamýšlení nad svými postupy, sebereflexe a hledání odpovědí se nazývá autovize.

Profesionalita sociálního pracovníka stojí na základech celoživotního vzdělávání a péče o klienta s duševním onemocněním je také o znalostech z psychologie, sociologie, oblasti práva, sociální politiky, teorie a metod sociální práce, metodologie výzkumu a zároveň komunikační a psychosociálně-terapeutické dovednosti a organizační schopnosti. (Mahrová, Venglářová, 2008 s.15)

1.6 Klient

„*Klient*“ jako subjekt, užívající sociální služby, může být osoba, rodina, skupina i komunita. (Matoušek, 2003 s. 90) Výraz klient v kontextu pacient se oddělil od tradiční psychiatrické péče k alternativní psychiatrické a sociální službě. Nicméně klient sociálních služeb nemá takové možnosti výběru a rozhodování, jako klient jiného druhu služby, protože je tady vždy přítomna zakázka jeho nepříznivá situace a poskytovatele služby. (Matoušek, 2013 s. 215)

„*Pacient*“ v tradičním pojetí je osoba, která trpí nemocí nebo citovým hnutím, má možnost volby, i když zúženou. (Matoušek, 2013 s. 215) Dle slovníku sociální práce je pacient člověk, který je léčen ve zdravotnickém zařízení, případně v zařízení poskytující sociální služby, pokud má zdravotní prvky. (Matoušek, 2003 s.140) Lidé s duševním onemocněním jsou velmi často v patientské i klientské roli dobrovolně i

nedobrovolně. Jejich sociální fungování, zdraví a život jsou ohroženy a nejčastěji jsou v postavení lékař – pacient a sociální pracovník – klient.

Mahrová definuje „*klienta s duševním onemocněním*“ především jako člověka. „*Nikdy bychom na něj neměli pohlížet jen jako diagnózu nebo jako na problém. Je to člověk, který má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení.*“ (Mahrová, Venglářová, 2008 s.27, 28)

Lidé s duševní nemocí vykazují deficity, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování. Je významné, jakým způsobem o lidech s duševním onemocněním mluvíme. To, jaký jazyk používáme, může předznamenat, jakým způsobem budeme o člověku s duševním onemocněním smýšlet a jak s ním budeme následně pracovat. (Matoušek, 2013 s. 4)

2. PSYCHÓZY

2.1 Duševní nemoc

Mezi lidmi je stále ještě mnoho těch, kteří nemají představu o duševní nemoci, protože s ní neměli osobní zkušenost. Znalosti lidí o duševních nemocech jsou spíše zkreslené z médií a osobních představ. "Blázni, chudáci, šílenci, kteří jsou nebezpeční a mají být zavřeni v ústavech"; takovou představu o lidech s duševním onemocněním má velká část populace. Ve skutečnosti jsou to lidé spíše mlčenliví, nesmírně trpící, ztichlí. „*Ze strachu nebo z bezradnosti, že nedovedeme rozumět my jim a oni nám, odtahujeme se od nich a zavrhuje je do sociální izolace.*“ (Hausner, 1978 s.16,17)

Dle Světové zdravotnické organizace WHO duševní porucha je chápána jako zjevná porucha duševní činnosti, natolik specifická ve svých klinických projevech, že dle jasně definovaných souborů znaků je spolehlivě rozpoznatelná a natolik závažná, aby jedinci způsobila ztrátu pracovní schopnosti, sociálního postavení a to v takovém stupni, který je hodnocen jako selhání. (Mahrová, Venglářová, 2008, s.69)

Otázka „*Co znamená být psychicky nemocný?*“ je stejně všeobecná jako otázka „*Co znamená být člověkem?*“ Každé psychické poruše je třeba porozumět v kontextu celého života. (Dorner, Plog, 1999, s. 6,7)

2.2 Rozdíl mezi psychózou, neurózou

„*Psychóza*“ je často zaměňována s termínem neuróza, ale jedná se o odlišné pojmy. Ačkoliv se oba tyto pojmy týkají duševní nemoci, existují mezi nimi rozdíly. Obecně lze definovat psychózu jako závažné psychické onemocnění, které může mít

mnoho podob a které můžeme zařadit do několika diagnostických kategorií. Samotné slovo „psychóza“, je složené slovo „psyché“, což řecky znamená „duše“ a koncovka „óza“, což je označení, které se používá v medicíně pro význam „nemoc.“ Dohromady tedy znamená psychóza jako psychiatrický pojem nemoc duše neboli duševní nemoc. (Kalina,1987, s.14) U psychotické poruchy, člověk zásadně mění způsob, jak prožívá sám sebe, druhé a společnost. Do popředí se na jeho místo dostávají stavy přeludů, fantazií a halucinací, vytváří si svůj vlastní svět smyšlenek a bludných představ. Člověk není schopen správně vnímat a hodnotit skutečnost. Odpoutává se od všedního života, její reality, od rodiny, přátel. Jeho vztahy k nejbližšímu okolí a světu se mění. Svět se mu zdá cizí. Jeho reakce jsou nereálné dané skutečnosti, jedná spíše tak, jak se mu jeví v jeho narušené mysli. Pro ostatní v jeho nejbližším okolí se chová podivně, nepochopitelně, nedovedou mu rozumět, vcítit se do něj, je jakoby cizí, vzdálený a jeho projevy vzbuzují u ostatních pocity ohrožení, zmatku a provinění. (Hausner, 1978 s. 2)

Jako každá nemoc má svůj nástup, průběh, odeznění či případné vyléčení. U psychózy můžeme tato období rozlišovat jako přípravné „*prodromální*“, období rozvinuté „*ataka*“, období vyhasínání „*reziduální*“ a období úpravy „*remise*“. Trvání nejsou u jednotlivých období stejná, závisí a liší se individuálně u různých pacientů i forem psychózy. (Kalina,1987 s.27)

Pro „*neurózu*“, na rozdíl od psychózy je typická úzkost, smutek, depresivní rozlady, stres, strach z určitých situací, únava, předrážděnost, hysterické projevy, pocity méněcennosti, různé tělesné obtíže, které postiženému v kontaktu se světem komplikují život, ale neoddělují ho od něj. Maladaptivní chování je málo kdy tak závažné, aby vyžadovalo hospitalizaci. Jedinec trpící neurózou, obvykle ve společnosti dokáže fungovat. (Atkinsonová a Hilgarda, 2012 s.626) Na rozdíl od psychózy si nevytváří jiný svět. Neurotik je někdy „divný“ a obtížný, ale ve své podstatě v zásadě srozumitelný pro ostatní. Jeho příznaky a problémy jsou pro lidi blízké, protože se s nimi sami setkávají ve stresových situacích. Přesto je neuróza závažné psychické onemocnění a není na místě ji zlehčovat. (Kalina, 1987 s. 17) Dle Hausnera příčina neurózy tkví většinou v konfliktních vztazích mezi lidmi. Neurotik si konflikty sám pomáhá vytvářet dlouhodobým působením, aniž by si toho byl vědom. Neuroticky mohou reagovat i vnitřní orgány přechodnou poruchou funkce např. neuróza žaludku, střev, srdeční neuróza. (Hausner,1978 s. 22)

2.3 Příčiny psychózy

Vývoj psychických vlastností, jejich běžných, méně obvyklých či patologických variant, je závislý na mnoha faktorech. Způsob zpracování různých podnětů je předurčen geneticky. Průběh závisí na interakci vrozených dispozic a komplexu různých vlivů prostředí. (Vágnerová, 2014 s 25) Psychóza má řadu příčin, které působí společně. Nejde o jedinou příčinu svého vzniku, ale o souhru většího počtu nepříznivých vlivů, biologických, psychologických i sociálních. Mluvíme o ní jako o onemocnění *multifaktoriálním*. Dědičné dispozice, nevyrovnané založení organismu, temperament, vrozené vznikající odchylky, poruchy vývoje v raném dětství, tíživá rodinná situace, dlouhodobý nebo opakovaný stres, tělesné poruchy, odchylky látkové výměny, úrazy, záněty mozku, to vše je kombinací vytvoření zranitelnosti, na jejímž základě v určitém životním období a krizi vzniká příčina nemoci. (Kalina, 1987 s.20)

Mnoho autorů mluví o převažujícím vlivu sociálního a kulturního prostředí, které dává impuls k tomu, zda nemoc propukne, či nikoli. Psychická zátěž, stres, silné emotivní situace (např. ztráta blízkého člověka, nástup do zaměstnání či propuštění, nemoc v rodině) a spousta dalších stresujících situací přispívají k dispozici propuknutí nemoci. Příznaky psychózy jsou tedy z velké části ukazatelem vztahů lidí mezi sebou. Pro srozumitelnější uchopení duševních nemocí z hlediska jejich vzniku, použijeme tzv. „*model psychosociální vulnerability*“, kdy každý člověk disponuje nějakou silnou osobností, mírou zranitelnosti, či naopak stability, kdy je schopen snášet, zvládat či selhávat v krizových situacích. Zranitelný člověk snadněji selhávat a míra stresu vyvolávající psychopatologické projevy je u něj nesrovnatelně nižší, kdežto naopak u stabilního člověka, který snese vysokou míru zátěže, se symptomy duševní poruchy objeví až při působení silných, kumulovaných stresorů. (Mahrová, Venglářová, 2008 s.70)

Podle příčiny se duševní nemoci rozdělují do tří velkých skupin. „*Organické duševní poruchy*“ mají prokazatelný organický základ. Příčinami bývají atrofie, zranění, porucha výživy, zánět, nádor, stařecký úbytek a rozpad mozkových buněk. Mezi organické duševní poruchy se řadí demence, delirium, amnestický syndrom, dále pak deprese, poruchy osobnosti, poruchy nálad, psychotické projevy. (Mahrová, Venglářová, 2008 s. 71) „*Toxické psychózy*“ jsou způsobené užitím návykových látek jako LSD, THC, amfetaminy apod. Obvykle odezní poté, co se tělo zbaví návykové látky. Za „*funkční duševní poruchy*“ označujeme takové, jejichž příčina je převážně psychologická nebo se dosud nepodařilo příčinu nebo hrubší poškození mozku zjistit.

Porucha funkce přechází do nenapravitelného poškození mozkové tkáně. Jednou poškozené a zničené nervové buňky nelze obnovit. (Hausner,1978 s. 18)

2.4 Příčiny z psychických funkcí

Pro lepší porozumění příčin duševních poruch, je možné podívat se do základů psychologie. Odchytky projevů jednotlivých psychických funkcí se mohou vyskytovat v různých kombinacích u různých onemocnění. Obecně můžeme duševní poruchu členit podle toho, která z psychických funkcí je narušena.

„Vědomí“ je z psychologického resp. psychopatologického hlediska jako schopnost uvědomit si podněty, přijímat je a reagovat na ně. Vědomí člověka je tvořeno jeho vjemy, pocity a myšlenkami. Poruchy vědomí se dělí na „kvantitativní“ (projevují se poklesem bdělosti a schopnosti přiměřené reagovat) a „kvalitativní“ (neschopnost integrovat jednotlivé psychické funkce a adekvátně vnímat své okolí i sebe sama). Do kvantitativních poruch je zařazena „*somnolence*“ (stav snížené bdělosti, ospalosti), „*sopor*“ (natolik omezená bdělost, že lze člověka probudit obtížně a na kratší dobu, poté opět usíná), „*kóma*“ (stav bezvědomí, nemocného nelze probudit, nereaguje ani na bolest). Kvalitativní poruchy zahrnují stav „*delirium*“ (zmatenost, nemocný je dezorientován, průběh deliria si nepamatuje, u alkoholiků je to delirium tremens) a „*mráкотný stav*“ tzv. obnubilace (charakteristické náhlým začátkem a koncem, dezorientací, postižený si nic nepamatuje, vyskytuje se např. u epilepsie, úrazu hlavy, hladovění, opilosti). „*Poruchy pozornosti*“ (neschopnost přiměřené koncentrace na určitý podnět či aktivitu). (Vágnerová, 2014 s.49-50)

Prostřednictvím „*vnímání*“ (*percepce*) se člověk orientuje v sobě a v okolí. Poruchy vnímání se vyskytují i u zdravých lidí. Známe je jako „*smyslové klamy*“ (způsobené subjektivním zpracováním smyslové a fyzikální skutečnosti). Dosti časté jsou zkreslené vjemy z únavy, strachu nebo u emocionálního vypětí, kdy je člověk přesvědčen o pravosti iluze. Iluze nemusí být vždy projevem jen u psychické poruchy. Za to závažnou poruchou vnímání jsou „*halucinace*“ (falešné, klamné smyslové vjemy např. hlasy, které přikazují či zakazují), typické jsou u schizofrenie. U halucinací platí, že klientovi nikdy halucinace nevymlouváme. Narušení funkce příslušných mozkových center je u poruchy „*gnóze*“ (neschopnost rozpoznat či identifikovat objekt nebo situaci). Poruchy „*paměti*“ (souvisí schopnost přijímat, uchovávat následně si vybavit minulé poznatky a zkušenosti). Důležitým pojmem v paměti je zapomínání. Často je způsobeno selháním vybavování. Z poruch paměti můžeme jmenovat „*hypomnézii*“ (snížení paměťové výkonnosti), kdy paměťové funkce nemusí být postiženy ve stejné

míře. Dále je to „*amnézie*“ (představuje ztrátu paměti, částečnou nebo úplnou), „*hypermnézie*“ (je zvýšena výbavnost, neschopnost zapomenout emočně významný traumatizující zážitek). U psychotických klientů je velmi typická patická forma paramnézie neboli „*vzpomínkový klam*“ (nemocný je přesvědčený o realitě vzpomínky). Poruchy paměti lidé skrývají, stydí se za ně a obtížně o nich mluví. Sociální pracovník může přesto hodně pomoci klientovi ve spolupráci s rodinou. (Mahrová, Venglářová, 2008 s. 31,32)

Další psychickou funkcí je „*myšlení*“. Myšlení je komplexní poznávací schopnost člověka, která mu slouží ke zpracování, interpretaci, kategorizaci získaných informací a k volbě řešení určitého problému. Myšlení je úzce spjaté s jazykem „*řeč myslí*“ a schopností komunikace, „*imaginativní myšlení*“ proud vět, které slyšíme v mysli. Poruchy myšlení se dělí pro větší přehlednost na kvantitativní, které jsou charakteristické poruchou tempa myšlení a kvalitativní, které se vyznačují narušením jeho obsahu, správnosti a přiměřenosti. V kvantitativních poruchách myšlení, hovoříme o formálních poruchách myšlení. „*Bradypsychismus*“ (celkové zpomalení, obtíže vybavování, soustředění, vyskytuje se např. u depresí nebo demencí), mezi poruchy dynamiky dále patří „*tachypsychismus*“ (zrychlené myšlení, rychlost řeči nemusí stačit tempu uvažování, až myšlenkový trysk). Do poruch průběhu a zaměřenosti myšlení, které jsou charakteristické ulpíváním na hlavním tématu spadají poruchy, „*zabíhavé myšlení*“ je (charakteristické odbočováním k jiným nepodstatným tématům), „*ulpívavé myšlení*“ (opakování slov či slovních spojení, vyskytuje se u mentálních retardací a demencí), „*nutkavé, obsedantní myšlení*“ (přetrvávání určitých myšlenek ve vědomí jedince proti jeho vůli, nelze je potlačit). Poruchou obsahu, správnosti a přiměřenosti se vyznačují kvalitativní poruchy myšlení. Nejvýznamnější je „*bludné uvažování*“ (nepravdivé představy, kterým nemocný nevyvratně věří a nedá si je vymluvit), patří mezi ně blud pronásledování, blud megalomanský (vznešený původ, zvláštní schopnosti), mikromanický (podcenění vlastní osoby). (Vágnerová, 2014 s. 52,53)

„*Emoce*“ vystihuje subjektivní vztah člověka ke světu i k sobě samému. Vyvolává v nás určité reakce, příjemné či nepříjemné. Má vliv na vnitřní prostředí organismu, jsou složeny z vnitřní tělesné reakce, z myšlenek doprovázející emoce, z výrazu obličeje, z reakce na prožitek. Poruchy emocí dělíme na „*afekty*“ a „*nálady*“. Poruchou afektu se vyznačuje „*patický afekt*“ (velmi silný emoční výbuch spojený s krátkodobou poruchou vědomí), kdy člověk není odpovědný za své činy. Vyskytuje se u epileptiků a může se objevit u lidí s poškozením mozku, pod vlivem psychotropních

látek, u demence, při velkém vyčerpání, po nevyspaní nebo zdrcujícím zážitku). „Fobie“ (vtíravé, chorobné strachy), patří mezi poruchy emocí, kdy člověk si rozumově uvědomuje nesmyslnost svých obav, nicméně je nedokáže vůlí ovládat. (např. klaustrofobie-strach z uzavřených prostor, nosofobie – strach z nemocí).

„*Poruchy nálady*“, přetrvávají mnohem déle než poruchy afektů. V porovnání s běžnou náladou, bývají vyhraněnější. „*Depresivní nálada*“ (extrémní smutek spojený s celkovým útlumem). „*Manická nálada*“ (nepřiměřeně optimistická, celkově zvýšená), „*euforická nálada*“ (je spojená s blažeností), „*úzkostná nálada*“ (zvýšené napětí, nepřiměřené obavy z neurčeného ohrožení), „*výbušná nálada*“ (je charakteristická sklonem k hněvu, vzteku, agresii), vyskytuje se u alkoholiků. Mezi posledními poruchami nálad se řadí „*apatická nálada*“ (typická svou vyhaslostí, nezájmem a sníženou aktivitou k jakékoliv činnosti), setkáme se s ní u lidí s demencí, u závažného somatického onemocnění.

„*Řeč*“, jako znakový systém slouží jako prostředek komunikace, sdělování a přijímání informací. Řeč spolu s jazykem závisí na fungování levé mozkové hemisféry, specifický význam má Brocovo a Wernickeho centrum, ale i asociační oblasti kůry pravé hemisféry. „*Poruchy receptivní složky*“ řeči (člověk není schopen porozumět verbálnímu sdělení), „*poruchy expresivní složky*“ (porozumění obsahu a formální podobě), kdy nemocný není schopen se adekvátně vyjádřit mluveným slovem tzv. „*afázie*“. Narušení motoriky mluvidel „*dysartrie*“ (porucha artikulace), „*balbuties*“ tj. koktavost (porucha plynulosti řeči) a poslední poruchou řeči je „*mutismus*“, tj. nemluvnost (i když člověk umí mluvit, z určitého důvodu, dočasně komunikovat nedokáže). Vyskytuje se u katatonní formy schizofrenie. (Vágnerová ,2014 s.54,55,56)

Existuje mnoho různých definic inteligence, někteří teoretikové považují inteligenci za veličinu, která je měřena inteligenčními testy. Jinými je považována za soubor všeobecných schopností, mezi něž patří schopnost učit se ze zkušeností, uvažovat v abstraktních pojmech a umět účinně zacházet s vnějším prostředím. „*Intelligence*“ lidem umožňuje orientovat se, správně usuzovat, využívat získané znalosti a dovednosti, porozumět problému, zpracovávat zadané úkoly a uchovávat informace. O inteligenci bychom měli uvažovat z mnohem širšího pohledu. Metody posuzování intelektových schopností mají praktický význam a jsou nezbytné i pro výzkum inteligence. Výsledky testů inteligence jsou základem pro zařazení školáků do tříd, jsou součástí přijímacího řízení o studium, jako podklad pro výběr uchazečů o zaměstnání. (Atkinsonová,Hilgarda, 2012 s.504)

S rozvojem kognitivní psychologie spočívá základní myšlenka ve snaze pochopit inteligenci z hlediska kognitivních procesů, které nastávají při intelektuální činnosti. Howard Gardner zdůrazňuje, že inteligence není nějaká věc v hlavě, ale potenciál, jehož přítomnost umožňuje jedinci přístup k formám myšlení. Podle „*Gardnerovy teorie mnohočetné inteligence*“ existuje sedm samostatných a na sobě nezávislých typů inteligence (1)lingvistická, (2)hudební, (3)logicko-matematická, (4)prostorová, (5)tělesně-kinestetická, (6)intrapersonální, (7)interpersonální. Pro každého jedince je typická jedinečná kombinace jednotlivých druhů inteligence. Obvyklé testy IQ jsou dobrými prediktory pro úspěch na vysoké škole, ale už pro pozdější úspěch v práci a životě selžou. (Atkinsonová,Hilgarda, 2012 s.511,512)

Základní inteligence je měřitelná psychologickými testy a vyšetřeními, které provádí klinický psycholog. Osoby s IQ nad 110% jsou nadprůměrně inteligentní, průměr je v rozmezí 90-110%, lidé s IQ 69-90% jsou podprůměrní a poslední u osob s IQ 20-69% je to mentální retardace. Světová zdravotnická organizace určila kritéria, podle nichž se diagnostikuje „*mentální retardace*“. Jsou to jedinci s podprůměrnými intelektovými a praktickými dovednostmi, mají potíže při plnění běžných úkolů každodenního života jako je jízda v hromadných prostředcích, velmi nízké studijní a pracovní schopnosti, ve volném čase se nezabývají žádnou činností, trpí opožděným vývojem řeči, nedokážou se postarat o své zdraví a osobní bezpečnost. Mentální retardace může být lehká, středně těžká, těžká a hluboká. (Atkinsonová,Hilgarda, 2012 s.524) Při pomoci rodině, kde žije osoba s mentální retardací je důležitá komplexní pomoc a spolupráce lékařů, pedagogů, psychologů, terapeutů, sociálních pracovníků a dalších odborníků. Sociální pracovník je poskytovatelem sociálních služeb, ale i koordinátor, který pomáhá v celém spektru péče, jak v rodině, tak i v ústavech sociální péče, kde při těžkém až hlubokém mentálním postižení musí být klienti doživotně umístěni a kde může pomoci k uchování rodinných vazeb. (Mahrová, Venglářová, 2008 s. 36)

"*Jednání*", můžeme chápat jako plánovité, promyšlené, cílené. Člověk určitým způsobem uvažuje a volí si z možných variant. Porucha jednání se může projevit snížením celkové aktivity „*hypoagilita*“ nebo jejím zvýšením, nadměrnou aktivitou „*hyperagilita*.“ U nemocných schizofrenií se můžeme setkat s poruchou „*impulzivního jednání*“ (typické s tendencí k uskutečňování náhlých nápadů bez rozmyslu, posouzení jeho následků - pacient náhle vyskočí z okna). „*Raptus*“ (náhle vzniklé až zuřivé, útočné jednání), vyplývá ze silné úzkosti. „*Katatonní poruchy*“ (nepřiměřené motorické

projevy) mohou být dvojího druhu „stuporózní“ (útlum, strnulost) a „produktivní“ (nadbytek neúčelných pohybu). Když je člověk vnitřně nucen konat opakovaně činnost, která je mu nepříjemná, ale nedokáže přestat, protože by mu vyvolávala pocity úzkosti, mluvíme o „*obsedantním jednání*“. Potřeby, které navozují různé aktivní motivy mohou být dané dispozičně nebo se rozvinout v průběhu života. (Vágnerová , 2014 s. 56,57)

„*Pudy*“ jsou vrozené tendence k určitému jednání zaměřené na uspokojení některé základní potřeby. Pudové poruchy se objevují u různých duševních onemocnění. Mezi nejvýznamnější „*poruchou pudu obživy*“ je „*bulimie*“ (chorobné zvýšení potřeby jídla) nebo „*anorexie*“ (snížení až odpor k jídlu). Jídlo v těchto případech kompenzuje starosti, problémy, nedostatečné emocionální prožívání, potlačuje strach, zklamání, úzkost, navozuje pocit uklidnění. „*Porucha pudu sebezáchovy*“ se vyskytuje jako projev psychické poruchy sebepoškozování nebo suicidního jednání, je typická u depresí a schizofrenie. „*Porucha pohlavního pudu*“ v oblasti lidských pudů a instinktů je velice široká a vyskytuje se v ní celá řada závažných poruch, které mohou vést k páchání trestných činů či končit smrtí klienta. Poruchy pohlavního pudu se projevují zvýšenou potřebou sexuálního uspokojení u žen „*nymfomanie*“, u mužů „*satyriasis*“, změnou zaměření „*pedofilii*“ (preference dětí), „*fetišizmem*“ (neživého předmětu), nebo odchylným způsobem sexuálního uspokojování „*sadismem* či *masochismem*“. Projevem nezájmu o potomstvo je „*porucha rodičovství*“ (zanedbávání, týráním dětí). Nutnost zásahu sociálního pracovníka spolu s ostatními institucemi (OSPOD, policie) je v případě poruch pudů velmi častým zásahem pomoci. Týká se ve velkých případech týrání, zneužívání dětí. Multidisciplinární přístup sociálního pracovníka je nedílnou součástí a možností předcházení takovýchto činů. (Mahrová, Venglářová, 2008 s. 36,37)

Sociální práce obsahuje z velké části motivační práci s klientem. Hledáním motivů vedoucích ke změně, podpora k motivaci k činnostem vytváření motivačního prostředí. Toto směřování je podmíněno přítomností motivu. Motivace je nedílnou součástí vůle. Poruchy vůle jsou charakteristické ztrátou rozhodnosti a chybějící vytrvalostí. Vůle je naučenou autoregulační schopností. Je to vědomá činnost vedoucí k uspokojení určitého cíle. Poruchy vůle lze chápat jako narušení autoregulace. Úbytek vůle může mít charakter „*hypobulie*“ nebo „*abulie*“ (úplné chybění). Vyskytuje se u depresí, kdy klient ví, že by měl něco dělat, ale neumí se přinutit. Naproti tomu neadekvátní zvýšená aktivní vůle, která je spojená s nadměrnou aktivitou rozhodnosti, ale nikoli už realizací „*hyperbulie*“, je typická u manického syndromu.

Poslední poruchou psychických funkcí pro lepší porozumění příčin duševních poruch je „*porucha osobnosti*“. Dle Praška osobnost představuje individuální soubor duševních a tělesných vlastností člověka, které se utvářejí v průběhu vývoje a projevují se v sociálních vztazích. Vrozené a získané vlastnosti, tvořící strukturu osobnosti, jeho myšlení, emoce a chování jsou pro každého člověka charakteristické. Osobnost se vyvíjí a zároveň je utvářena vnějšími vlivy. Poruchy osobnosti jsou variantou charakterových a temperamentových rysů, které se významně odlišují od rysů psychicky zdravých lidí. K těmto rysům patří zakořeněné a přetrvávající vzorce chování, které se projevují jako stereotypní reakce na obsáhlý rozsah osobních a sociálních situací. Specifické poruchy nejsou omezeny jen na určitý spouštěcí podnět, ale projevují se v celé šíři okruhů. Mezi nejzávažnější poruchy patří „*dezintegrace (rozpad)*“ osobnosti, kdy složky osobnosti netvoří celek a fungují nekoordinovaně. „*Transformace osobnosti*“ je přesvědčení jedince, že je někým jiným. Mezi uváděnými poruchami osobnosti podle 9. decenální revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-9), publikované v roce 1977 v Ženevě jsou v sociální práci nejvíce zastoupeny specifické poruchy – paranoidní, schizoidní, hysterická osobnost, hypotymní, hypertymní, cyklotymní osobnost, explozivní, astenická osobnost a osobnost s projevy převážně sociopatickými nebo asociálními poruchami. (Praško, 2003,2009,2015 s.15,16)

2.5 Diagnostické kategorie pro sociálního pracovníka

Na duševní zdraví a duševní poruchu se lze dívat jako na dva protikladné jevy. Organismus je vybaven určitým rozsahem přizpůsobivosti k prostředí a prostředí klade na organismus jistý rozsah nároků. Pokud přizpůsobivost organismu převyšuje hranici nároků prostředí, jedinec se nachází ve stavu zdraví, když rozsah nároků prostředí přesáhne hranici adaptability organismu, dojde k poruše rovnováhy a vzniká nemoc. Touto laickou definicí by se dalo na duševní zdraví versus duševní nemoc pohlížet. Při diagnostice hraje vedle samotného klinického obrazu důležitou roli i mnoho faktorů jakými jsou interpersonální vztahy nemocného, vývoj procesu nemoci, tolerance okolí a další. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015 s.24, 34)

O sjednocení psychiatrické diagnostiky se nejvíce pokusila současná 10. revize MKN (Mezinárodní klasifikace nemocí) začátkem devadesátých let 20. století, kdy ve dvaceti zemích v různých částech světa přibližně 90% klinických pracovníků shledalo tento systém klasifikace jako použitelný. V roce 1996 vyšlo první vydání a stalo se

základem pro diagnostiku duševních poruch. (Dušek, Večeřová -Procházková, 2015 s.31)

Duševní poruchy pro sociálního pracovníka dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 slouží jako vodítko ke znalosti symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění k orientování se ve změnách, obtížích a specifikách lidského chování a prožívání. Lidé sice trpí symptomy, syndromy a duševními poruchami, přesto žijí každodenní reálný život. Přínos diagnózy má svůj význam na cestě k většímu pochopení, umožňuje chápat chování a prožívání klienta, kdy běžná lidská empatie nestačí. (Probstová, Peč, 2014 s.20, 21). Jak v oblasti zdravotní péče o duševně nemocné, tak v oblasti sociální, nelze zůstat jen u diagnostické klasifikace. Vědět, v jaké diagnostické kategorii se pohybujeme, je jedním z prvních kroků v péči o klienta. Abychom však mohli klientovi co nejvíce porozumět, je potřeba brát v úvahu v první řadě jeho jedinečnost. Nejen symptomy duševního onemocnění, ale i příčinu jejich vzniku, prostředí klienta, jeho zázemí, slabé a silné stránky. Nemocní se stejnou diagnózou podle MKN-10 mohou mít rozdílné přístupy k životu. (Mahrová, Venglářová, 2008 s. 70)

2.5.1 Základní diagnostické kategorie duševních poruch podle MKN-10

Tabulka č. 2 Základní diagnostické kategorie duševních poruch podle MKN-10

Kapitola MKN-10	Název diagnostického okruhu
F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství
F99	Neurčená duševní porucha

(Probstová, Peč, 2014 s.24)

2.5.2 Afektivní poruchy (F30- F32)

Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného, narušuje jeho uvažování, chování i somatické funkce. Afektivní poruchy mohou mít různý průběh, nemocný může trpět jedním typem nebo se střídá mánie s depresí, různá může být i četnost a délka. Freud (1917) velmi výstižně rozlišil smutek, který je součástí běžného lidského prožitku a depresi, kterou lze chápat jako afektivní poruchu. MKN-10 popisuje afektivní poruchy jako soubor symptomů a syndromů. Vedoucím příznakem je porucha nálady, kterou doprovází celá řada potíží (fyzické a kognitivní, poruchy ke vztahu k sobě, potíže v projevech chování). MKN-10 do afektivních poruch zařazuje: „*manickou epizodu (F30), depresivní epizodu (F32), bipolární afektivní poruchu (F31), rekurentní depresivní poruchu (F33) a trvalé poruchy nálady (F34).*“ Výskyt těchto poruch patří k nejčastějším. Afektivní poruchy se vyskytují v rodinách napříč generacemi, což vede k mnohým úvahám o jejich dědičnosti. Mnozí popisují příčinný vliv raných psychických a sociálních faktorů, které se v rodinách opakují z generace na generaci. Sociální pracovník se u těchto klientů setkává s celou řadou problémů. U lidí s mánií jsou to ekonomické, finanční a sociální situace, ignorování varovných příznaků. U depresivních klientů je to opakované uvíznutí v neuspokojivých vztazích, ochuzení sociálních kontaktů, stažení se či pracovní zneschopnění. Zvláště u bipolární poruchy mohou být socioekonomické dopady až tragické, a to nejen pro jedince, ale i celou jeho rodinu. Jsou to dluhy, zpertrané vztahy, konzumace drog, alkoholu, někdy i trestná činnost. Jsou pak velmi častými klienty služeb poskytující psychosociální rehabilitaci.

Významné je šetření suicidality, rozsahu náhledu člověka na onemocnění, šetření sociální sítě, rodinné situace. V mnoha případech je důvod hospitalizace celkové vyčerpání okolí. Významná je také špatná situace u dětí. Kdy rodina netoleruje chování člověka, které může mít neblahý vliv na výchovu a péči dětí. Sociální pracovník je často v roli toho, kdo spíše pomáhá zmírnit dopad rozsáhlých škod (finanční situace, bytová, chybějící dokumenty, dluhy, vztahové konflikty). Po ústupu akutní symptomatiky je důležité šetření rozsahu a dopadu na vnitřní prožívání člověka. (Probstová, Pěč, 2014 s.63, 71)

Výskyt a příčiny vzniku afektivní poruchy jsou podmíněny multifaktoriálně. Důvodem obtížného odlišení je, že se z hlediska symptomů podobají. Existence genetické dispozice pro vznik afektivních poruch je nesporná. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, různých zátěží, dispozičních, spouštěcích

faktorů. Vnější vlivy působí v interakci s biologickými dispozicemi, které předurčují, jakým způsobem budou různé zkušenosti zpracovány. Psychosociální vlivy, které mohou přispívat ke vzniku afektivních poruch, obvykle vychází z rodiny. Důležité přitom jsou zátěže, které jsou spojené se zvládáním role dospělého, s jeho samostatností, odpovědností, neúspěšností v práci či partnerské roli. Nemocný upadá do depresí, když ztrácí role, které se staly důležitou součástí jeho identity, a on není schopen se do změn přizpůsobit. Jsou to změny spojené například se stěhováním, rozvodem, ztrátou zaměstnání. Působící zátěže mohou tak být spouštěcím faktorem, kterým mohou přispět k rozvoji afektivní poruchy. Vznik afektivní poruchy závisí ve velké míře především právě na zpracování dané zátěže. (Vágnerová, 2014 s. 353,355)

Na úrovni biologické je nezbytná léčba zvláště u těžších fází antipsychotiky, antidepresiva a hospitalizací. Na úrovni psychologické je to psychoterapie (individuální, kognitivně-behaviorální) a navázání vztahu pro dlouhodobější změnu. Na úrovni sociální je velmi důležitá práce s rodinou (zlepšení komunikace, změna komunikačního stylu, postupu při řešení problémů), psychoedukační činnost, jak u pacienta, tak u rodiny, blízkých v širším pohledu onemocnění, jeho kontextu. Může probíhat individuálně nebo v rámci skupiny, pravidelnost medikace, pravidelnost a řád denních aktivit a životního stylu. Role sociálního pracovníka a jeho úkoly se také liší podle fáze onemocnění (navazování vztahu, rodinná anamnéza, šetření aktuální situace, návaznost terapie, práce s rodinou, příprava rehabilitace, dlouhodobé cíle a další). (Probstová,Pěč, 2014.s.73)

Pro uzdravení člověka s bipolární afektivní poruchou je ideální kombinovat farmakologii s psychologickými a sociálními intervencemi. Klást důraz na edukaci celé rodiny, na zdravý životní styl, na užívání léků a dbát na podporu pacienta v nalézání psychologické podpory, protože její význam je nezpochybnitelný napříč mnoha výzkumy z celého světa. (Colom,Lam, 2005 s.359-364).

2.5.2.1 F30- Manická epizoda

F30.0- Hypomanie

F30.1- Mánie bez psychotických příznaků

F30.2- Mánie s psychotickými příznaky

Pro mánii jsou diagnostická kritéria: povznesená, zvýšená nebo podrážděná nálada, odlišuje se od normy postiženého a trvá alespoň čtyři dny, zvýšená aktivita,

hovornost, roztržitost, obtížná koncentrace, snížená potřeba spánku, zvýšená sexuální energie nebo indiskrétnost, zvýšení utrácení peněz, nadměrná familiárnost, ztráta sociálních zábran, zvýšené sebehodnocení, proměnlivá chuť k jídlu, nezodpovědné chování. Mánie je v našich podmínkách podstatně méně častá než deprese. Při myšlenkovém trysku se stává, že postižený nedokáže vyjádřit všechny myšlenky, slovní produkce se zdá nesouvislá a roztržitá. U mánie je fantazie velmi bohatá, mají velké plány, ale nejsou schopni je plnit. Snadno navazují známosti, mají sklon k alkoholu, výrazné sexuální podnikavosti. U psychotických forem dochází k sluchovým halucinacím, výskytu bludu. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015 s.239)

Vždycky však nejde jen o bezstarostnost, ale nemocný může být podrážděný, v napětí, může u něj převažovat hádavá nálada, podezíravost. Subjektivně může být mánie příjemnější než deprese, ale z pohledu okolí tomu tak není. Nemocný je nekritický, vše se mu jeví nerealisticky pozitivně, vymýšlí riskantní a nesmyslné plány. Je přesvědčen, že velmi snadno a všechno chápe, nic pro něj není problém, nevidí žádné komplikace, často hazarduje. Vzácně se objevují megalomaničké bludy. Velikášství bývá spojeno s pocitem ukřivděnosti, dokazovat ostatním svou hodnotu. Častý je i paranoidní a reformační blud, kdy se nemocný cítí být bohem všeho lidstva. Mánie se většinou objevuje v třetím desetiletí života. Manická nálada se projevuje i v celkovém vzhledu. Je vidět v mimice, pantomimice i v ostatních motorických projevech. Fyzicky vypadají mladí, mají radostný, živý výraz v obličeji, pružné držení těla. Pohybují se rychle, jsou neunavitelní. Nemocní v manické fázi mívají silnou motivaci k různým činnostem, ztrácejí standardní sociální zábrany. Dopouštějí se různých excesů – jezdí velkou rychlostí, nadměrně utrácejí, uzavírají podivné obchody. Dochází u nich i k nadměrné aktivizaci fyziologických procesů. (Vágnerová, 2014 s. 364,365)

Přístup sociálního pracovníka jako člena multidisciplinárního léčebného týmu k lidem s manickými poruchami je v navazování vztahu, časté otázky jsou na rodinnou anamnézu, rodinné vazby. Velmi důležitá je „práce se sociální sítí“, ve fázi stabilizace, kdy se objevují problémy a konflikty. Pomáhá s návazností na další terapie, vytváří plán na předcházení relapsů, připravenost k rehabilitaci. Sociální pracovník si uvědomuje, že jde skutečně o problém, byť klient nabízí svou iluzi bezproblémového světa, kdy škody v jeho životě poruchou mánie mohou být paradoxně daleko větší, než si uvědomuje. Sociální pracovník chápe, jak je důležitý systémový pohled na klientovo okolí (rodinu, komunitní zařízení), práci s jeho sociální sítí. Snaží se klienta nasměrovat

k odbornému lékaři. U mánie je vyhledání odborné péče psychologa, psychiatra méně časté, nežli u deprese. Po odeznění příznaků je velmi důležitá spolupráce s klientem, jeho rodinou a okolím, pomoci jim zvládnout návrat zpět do běžného fungování.

Zásady komunikace platí u klientů s mánií v udržení hranic (stanovení času, ohraničení témat), nepodléhat svodu hry na veselost, nenechat se zavléci do iluze světa bez problémů, nepřecházet do odlehčeného vtipkování. (Probstová, Pěč, 2014 s. 74,75)

2.5.2.2 F32 – Depresivní epizoda

Pro depresi existují diagnostická kritéria. Depresivní nálada je přítomna téměř každý den po celou dobu, ztráta zájmů, pokles energie, zvýšená unavitelnost, ztráta sebedůvěry, bezdůvodné výčitky, opakované myšlenky na smrt mohou být různého charakteru, od obav ze smrti, až po pocit nežít, až po jasné plány na sebevraždu či sebevražedný pokus. Snížená schopnost myslet, soustředit se, nerozhodnost, váhavost, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu, agitovanost. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015 s.241)

Deprese se projevuje změnou nálady, odlišným způsobem uvažování, poklesem energie a aktivity, mezi hlavní příznak patří patologická depresivní nálada, která neodpovídá životní situaci nemocného. Depresivní pacienti mají zvýšený sklon k podceňování, neadekvátním pocitů viny, ztrácí schopnost prožívat radost. Depresivní ladění velmi silně ovlivňuje veškeré prožívání. U závažnější deprese jsou poškozeny homeostatické mechanismy, což vede k pocitu beznaděje, zoufalství a bezmoci. Narušení kognitivních funkcí se projevuje celkovou deteriorací. Deprese může vést i k funkční strukturální změně mozku, jejichž důsledkem je kognitivní porucha. Významný symptom deprese je automatické negativní myšlení. Ve svém hodnocení je postižený příliš pesimistický, všechno je špatně. Veškerá očekávání jsou negativní, neexistuje žádná naděje. Poznávací procesy jsou narušené, neschopnost soustředění, ovládání pozornosti, poruchy koncentrace, myšlení se stává ulpívavé, celkové zpomalení. Lidé trpícími depresemi mívají pocity méněcennosti, narušené sebepojetí vztahů k jiným lidem. U některých se vyskytují bludné symptomy. Pokud se objeví, znamená to, že nemocný ztrácí soudnost, souvisí to s neadekvátně nízkým sebehodnocením. (Vágnerová, 2014 s. 358)

Některé teorie tvrdí, že vznik depresí souvisí s mezilidskými vztahy, nespokojeností v manželství nebo partnerství, napětí a úzkost v kolektivu. Častou

potíží jsou tísnivé pocity osamělosti, nedostatku pocitu kontaktu s ostatními, potřeba lásky. Paradoxně tyto nemocní tyto pocity posilují dobrovolnou izolací. Vzniká u nich tedy jakýsi bludný kruh. Mnoho pacientů s depresí má závislost na druhých, na hodnocení ostatních. Sami nejsou schopni ocenit sebe samé, a proto očekávají pochvalu okolí. S tím souvisí jejich nadměrná potřeba oceňování, povzbuzování, kritiku nepřijímají. (Látalová,2010,s.32)

Deprese může vést k psychomotorické agitovanosti, bývá spojena s narušením vůle. Deprese je vůbec nejčastější vyskytující se duševní porucha, zároveň bývá také nejčastěji zneužívanou kategorií. Depresivní prožívání není spojeno jen se smutkem, ale i s velkou tenzí, je popisováno jako bolestivé sevření na hrudi, únava jim znemožňuje vstát z postele i několik dní, znehybňuje je. Dochází k somatickým poruchám, neschopnost prožít potěšení, neschopnost usnout, ranní nespavost, narušený vztah k jídlu, změny váhy, bolesti hlavy, svalů, zácpa, snížení sexuální aktivity. Depresivní syndromy se objevují u osobnostních poruch (hraniční poruchy osobnosti, narcistní). Podle MKN-10 je průběh depresivních poruch různý. Někdo má epizodu jen jednou za život, jiný má opakující se tzv. rekurentní depresi, kdy dochází k opakování epizod do různé hloubky. Depresivní fáze dle MKN-10 vyděluje „*mírnou depresivní fázi*“ (člověk má některé příznaky, většinou, ale dokáže pracovat a žije běžným životem), „*středně těžká depresivní fáze*“ (člověk jen s potížemi zvládá běžné životní aktivity, práci, kontakt s lidmi), „*těžká depresivní fáze*“, (psychomotorický útlum, agitovanost, výrazné pocity viny, sebeobviňování, mohou se objevit bludy, halucinace, depresivní stupor), „*trvalé poruchy nálady* (častěji tuto diagnózu mají lidé, kteří se léčí ambulantně u psychiatrů). (Probstová, Pěč,2014 s.76,78)

Depresivní poruchy mohou ovlivnit i klimatické podmínky (v zemích, kde je méně slunce a více chladu, bývá častější). Depresivní porucha obvykle spadá do období 20. a 40. rokem. Deprese postihuje častěji ženy než muže, vykazuje rovněž závislost na ročním období. Depresivní symptomy se můžou vyskytovat u mnoha dalších duševních onemocnění. (Vágnerová,2014 s. 353)

Sociální dopady depresivního onemocnění mají nejvýraznější dopad na sociální fungování. Nedostatek energie v sociální oblasti, nesplnění očekávání, povinností, nechutí do aktivit může působit na okolí nepříjemně. Lidé s depresí o sebe nedbají, mají problém s dodržováním hygieny. Díky poruchám pozornosti mohou mít problémy s udržením konverzace, reagují zpomaleně, strádají neverbální sociální dovedností (oční kontakt, ochuzená gestikulace, postoj těla). Tito lidé potřebují služby poskytující

psychiatrickou rehabilitaci. Většinou se dokážou zpátky vrátit do práce i mezi epizodami onemocnění. Sociální pracovník se setkává s klienty a jeho úkolem je šetření, které se sestává ze získání informací o aktuální situaci, zdrojích, míře aktuálního sociálního poškození a pracovního zneschopnění. Navazuje plán intervencí. Pokud byla diagnostikována deprese, je nezbytně důkladné šetřit riziko suicidia. Depresivní člověk je sám sobě nepřítelem a sebedestruktivní a sebevražedné myšlenky a jednání jsou u těžších průběhů deprese pravidlem. Sociální pracovník by neměl opakovat to, co dělá většinou okolí pro lidi s depresí. Nejdříve se snaží člověku pomoci, zvyšují péči a komunikaci, ale když pomoc nepomáhá a oni zjistí, že vůle a pokusy rozveselit člověka s depresí selžou, většinou se stáhnou. Deprese patří k nejčastějším psychotickým onemocněním a intervence zde významně svojí měrou přispívá ke zlepšení kvality života těchto lidí. (Probstová,Pěč, 2014 s.88)

2.5.2.3 F31 – Bipolární afektivní porucha

Bipolární afektivní porucha je obvykle celoživotní onemocnění, charakteristické opakovanými epizodami manických a depresivních projevů. U většiny osob s BAP dochází k prvním projevům nemoci ve věku mezi 15 a 30 roky. První epizoda bipolární poruchy bývá manická, hypomanická, smíšená nebo depresivní. Trvání jednotlivé epizody je v rozsahu délky od 4 do 13 měsíců, depresivní epizody jsou delší než manické a hypomanické. (Látalová,2010 s.55). Mezi fázemi bývá období „*remise*“ (klidu, bezpříznakové období). Manické fáze začínají obvykle náhle v délce dvou týdnů až 4-5 měsíců. Deprese bývají delší v průměru 6 měsíců. Frekvence fází (časovém úseku), remisí (klidu, přechodné vymizení příznaků nemoci) a relapsu (návratu, opětovnému propuknutí), je velmi variabilní. Remise s postupem času mívají tendenci ke kratšímu trvání, deprese se stávají častější a trvají déle po dosažení středního věku. (Mahrová,Venglářová,2008 s.79). Současná klasifikace MKN-10 rozlišuje varianty podle toho, jaká je současná epizoda: „*bipolární porucha typu I*“ (střídají se epizody mánie a deprese) a „*bipolární porucha typu II*“ (střídají se epizody deprese a hypomanie). (Vágnerová,2014 s. 356). Tato porucha v minulosti měla řadu názvů – cyklofrenie, maniomelancholie, maniodepresivní porucha.

Příčiny bipolární afektivní poruchy mají základ v předpokladu vzájemného působení a interakce mezi biologickými a psychosociálními vlivy. Záleží na působení nejrůznějších příčin a událostí (významné události v rodině, v práci, v okolí, vztazích, po úrazech hlavy, infekčních onemocněních, přechodových obdobích puberty, klimakteria). Kombinace vrozené zvýšené zranitelnosti a negativních životních událostí

může vést ke snížené adaptaci na stres a postupnému rozvoji biochemických změn v mozku, které vyústí do deprese či mánie. Na rozvoji příčiny BAP se rovněž podílí stres, ale neznamená to, že je stres příčinou této poruchy. Nadměrný stres nicméně bývá spouštěčem. Vrozené předpoklady se nemusí celý život projevit, pokud však nedojde k jejich aktivizaci vlivem stresujícího zážitku či životní události, kdy stačí i minimální podnět na to, aby epizoda poruchy nálady vznikla. Mezi typické stresory mající souvislost s bipolární afektivní poruchou patří: ztráta práce, rozvod, rozchod, úmrtí blízké osoby, pracovní nebo studijní neúspěch, finanční ztráta, náhlá láska, sňatek, narození dítěte, náhlý finanční úspěch, abúzus alkoholu a jiných psychoaktivních látek, nedostatek spánku, pobyty v jiných klimatických pásmech, změny režimu spánku/bdění, práce v noci, rivalita sourozenců, partnerské hádky, šikana, špatné vztahy na pracovišti. (Látalová,2010 s.65)

Komorbidity je u dospělých pacientů s bipolární afektivní poruchou velmi častá, někteří autoři ji považují víc za pravidlo nežli výjimku. Taktéž kombinace komorbidity a zneužívání návykových látek. Psychiatrickou komorbidity rozumíme výskyt dvou a více symptomů nebo psychických poruch u jednoho jedince. Až 40% pacientů s BAP má alespoň jednu z úzkostných poruch. Důsledky komorbidity BAP s dalšími psychickými poruchami (úzkostné poruchy, panická porucha, fobie, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, poruchy osobnosti, bulimie, somatizační porucha a dysmorfofobie) jsou dvojí. Komorbidity může ovlivňovat fáze afektivní bipolární poruchy a za druhé, léčba BAP v kombinaci s jinou psychickou poruchou mnohdy bývá zdlouhavá. Bipolární pacienti s komorbidity mají horší prognózu na léčbu, nežli pacienti se samotnou bipolární afektivní poruchou. (Látalová,2010 s. 84)

Nejzávažnějším zhodnocením nebezpečnosti pro pacienta BAP může být suicidium. Podle studií mortality (úmrtnosti) mají nemocní s bipolární afektivní poruchou mnohem vyšší frekvenci sebevražedných myšlenek, suicidálních pokusů a sebevražd. Riziko suicidia je v průběhu depresivní epizody, ale objevuje se i při mánii a dokonce i v remisi. V posledních letech významně přispívá ke stabilizaci nemoci a suicidality psychosociální intervence (psychoedukace, kognitivně behaviorální terapie, interpersonální terapie sociálních rytů, rodinná terapie, nácvik komunikačních schopností, aktivní řešení problémů. (Látalová,2010 s. 79-84,198)

Samotná bipolární afektivní porucha není zbavena nepříjemných okolností spojených s nežádoucími účinky léků, nutností pravidelného režimu, návštěv

psychiatra, monitoringu prodromálních příznaků, pro které řada pacientů zaujímá ambivalentní postoj k nemoci a spolupráci na léčbě. Možnost se aktivně podílet na výběru léčby posiluje sebedůvěru i adherenci všech pacientů bez rozdílu životního stylu, intelektu, životních zkušeností. K tomu jim velmi pomáhá edukace o nemoci, informace o léčbě, zpětné vazby, kterou jim poskytuje okolí, příbuzní, rodina. Na druhou stranu se pacienti také liší v míře, v jaké jsou schopni samotnou nemoc akceptovat. Jedná se o onemocnění nanejvýš nepříjemné, nemocní s bipolární poruchou trpí následky předchozích epizod. Jsou ohroženi trvalou vulnerabilitou vůči vzniku budoucích epizod a akutní i udržovací léčba je omezující svými nežádoucími účinky medikace, emoční nestabilitou, přetrváváním reziduálními či subsyndromálními projevy poruchy a v neposlední řadě i psychosociálními problémy. Průběh choroby je chronický a těžce předvídatelný. Léčba bipolární afektivní poruchy patří k nejkompikovanějším, k nejkontroverznějším a finančně náročným. (Látalová, 2010 s. 202,205)

Psychické problémy se nevyhýbají ani slavným. Bipolární afektivní poruchou trpěly a trpí i známé osobnosti jako skladatel Ludwig van Beethoven, 16. prezident USA Abraham Lincoln, bývalý premiér Winston Churchill, americký baptistický kazatel Martin Luther, malíř Vincent van Gogh, spisovatel Ota Pavel, novinářka Barbora Tachecí, herec Miloš Kopecký, zpěvák Petr Muk, herečka Angelina Jolie, herečka Catherine Zeta-Jones, herec Mel Gibson a mnoho dalších. Bipolárně afektivní porucha, jejich pohnuté osudy a projevy nemocí v kontextu umělecké tvorby se staly podkladem zájmu odborníků zkoumat možný vztah mezi tímto onemocněním a kreativitou. Základní domněnkou byl předpoklad, že nadaní lidé se vlivem depresivní fáze nemoci stávají citlivější a naopak v době mánie produktivnější. To znamená, že v době deprese sbírají emocionální zážitky, byť nepříjemné a v době mánie jsou pak schopni tyto emoce předat v tvorbě. Celkově existuje málo důkazů o spojitosti BAP a kreativity. Touto domněnkou, která je překážkou kvalitní léčby, je že kreativní lidé často chybně věří tomu, že existuje spojitost mezi jejich utrpením, psychickou poruchou a tvořivostí. Také často podléhají mýtu, že potlačení nebo zlepšení jejich nemoci bude mít neblahý vliv na jejich nadání. Výsledkem je nevyhledání pomoci. (Látalová , 2010 s 93-96).

2.5.3 Stigmatizace a sebestigmatizace, destigmatizace

K poruchám, které prožívají nejvýraznější „*stigmatizaci*“, patří psychózy. Je to kvůli toho, že chování lidí s psychotickou poruchou, lidé z druhého pohledu, hodnotí

jako zvláštní, jiné, odlišné, jejich prožívání je pro ně nepochopitelné. (Ocisková, Praško, 2015 s.43)

Pokud člověk onemocní psychickou poruchou, stává se tato porucha v jeho životě součástí, která ovlivňuje celé jeho bytí. Jedinec se na ni dívá jako na přechodný problém a nechce přijmout, že nejspíš s touto poruchou již bude žít až do smrti. (Křivohlavý,2002) Nejen samotná diagnóza, ale také stigmatizace samotné osoby i rodiny, je velmi stresující. Postoje, se kterými se pacient setkává, jsou často ovlivněny stereotypem podporovaným mnohdy sdělovacími prostředky, kde jsou lidé trpící psychickou poruchou líčeni jako útočníci, nebezpeční psychopati, šílenci, směšní nekompetentní, neschopní si udržet zaměstnání. Stigma výrazně zasahuje do života lidí s vážnou psychickou poruchou. Jedinec se více izoluje od společnosti, což vede k osamělosti, pocitu beznaděje, slabosti a sociální izolaci. (Ocisková, Praško, 2015 s.35-36) Hospitalizace v psychiatrické nemocnici je obvykle spojována s větší stigmatizací než léčebný pobyt na klinice nebo specializovaném psychiatrickém oddělení. (Janík,1987)

Ne každý člověk trpící psychózou internalizuje stigma. „*Sebestigmatizace*“ se objevuje tam, kde jedinec přijme za své stereotypy panující ve společnosti. Sebestigmatizace je spojena s nižší kvalitou života, nižším sebevědomím, zvýšeným vyhýbavým chováním, snížení pracovního fungování, snížením volnočasových a sociálních aktivit. (Ocisková, Praško, 2015 s.82,83)

Duševní nemoc, je pro klienty dvojsečnou zbraní. Na jedné straně je to psychický stres a samotné duševní onemocnění, které lidem brání dosažení životních cílů. A na druhé straně jsou to reakce, chování, předsudky ostatních a množství škodlivých přesvědčení veřejnosti, které způsobují self-stigma a diskriminaci lidí s duševním onemocněním. (Corrigan, 2004 s. 109)

Stigmatizace klientů s psychotickým onemocněním je vážným problémem, který vede k diskriminaci. Povědomí populace o současné problematice psychických poruch je velmi malá, respektive je značně ovlivňována stereotypy vlivem médií. V České republice existují destigmatizační aktivity pořádané neziskovými organizacemi formou kampaní a destigmatizačních projektů na školách. Nezisková organizace Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, která se celostátně zaměřuje na boj se stigmatizací a diskriminaci duševně nemocných informuje o duševním zdraví, dodává naději, mění postoje veřejnosti, ale i profesionálů. „*Projektem Stop Stigma*“ se snaží zvýšit povědomí o duševních nemocech, snížit stigmatizaci, negativní „nálepkování“

samotných nemocných, jejich rodin a celého oboru a péče o duševní zdraví. Zajímavým přístupem, jak snížit stigmatizaci je umělecký projekt „Mezi ploty“, který se v České republice koná každoročně v Praze, Brně a Plzni. Cílem je otevřít dveře psychiatrické nemocnice veřejnosti. Dalšími destigmatizačními projekty jsou „Blázníš? No a!“ (Fokus Praha o.s.) zaměřený na mladé lidi ve věku 15-25 let. „Týdny pro duševní zdraví“ se konají na mnoha místech ČR a obsahují workshopy a výstavy. Existuje několik nadací podílejících se na destigmatizačních aktivitách. Patří mezi ně Sympatheia, Vida, Green Doors, Práh, Lomikámen, ESET-HELP, Fokus. Kampaň #davamzididokruhu - Nadační fond GEVO, který slouží k tomu, aby podporoval činnost destigmatizace. Národní ústav duševního zdraví spustil v září 2017 pětiletý projekt: „Destigmatizace,“ realizovaný v rámci reformy psychiatrické péče v ČR. (Ocisková, Praško, 2015 s. 82, 83, 261, 263)

3. METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE SPECIFICKÉ PRO PSYCHÓZY

Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mají různý rozsah, cíle, od prevence, obnovení duševní rovnováhy, až po dlouhodobé léčení duševních poruch. Sociální práce s klienty s duševním onemocněním je nezastupitelná při spolupráci v multidisciplinárním týmu a v některých fázích i primární cílené pomoci (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního, rodinného práva), specifické intervenci (v poradenství, rodinné psychoterapii). Průběh duševního onemocnění je do značné míry ovlivněn sociálními faktory, stigmatizací jak klientů, tak pomáhajících profesionálů. (Matoušek ,2005 s.133)

Činnost sociální práce probíhá na „mikroúrovni, střední úrovni a makroúrovni“. Mikroúroveň je práce s jednotlivcem formou případové práce (case management, poradenství, sběrem anamnestických informací a rozhovorem), na střední úrovni, na základě zjištěných skutečností může sociální pracovník zvolit práci s rodinou a malými skupinami (rekvalifikační kurzy, různé programy, pracovní aktivity, volnočasové aktivity, poradenství, psychoedukace, rodinná terapie, posilování rodinného systému) a na makroúrovni je to práce s velkými skupinami, organizacemi a komunitami (organizace akcí, jejichž cílem je řešení místního problému, vytváření a uskutečňování koncepcí, strategií, návrhy zákonů a vyhlášek). (Matoušek, 2008,2013 s. 14)

Konkrétní volbou vhodné intervence sociálního pracovníka u práce klienta s psychózou je jednak zdravotní stav klienta, jeho sociální a rodinné zázemí, ale také jeho dovednosti a teoretické znalosti duševního onemocnění. (Kuzníková a kolektiv, 2011 s.65) Sociální práci s klienty s duševním onemocněním sociální pracovník vykonává v institucích (psychiatrická léčebna, psychiatrické oddělení, psychiatrický domov důchodců, nespécializovaná zařízení, ústav sociální péče pro mentálně postižené), v léčebných komunitách, komunitních zařízeních (krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, zařízeních podpory práce a bydlení) nebo službách poskytovaných obcí případně jinými organizacemi. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005 s. 135)

3.1 Individuální sociální práce

V současné době lze definovat individuální sociální práci jako metodu sociální práce s jednotlivcem, který potřebuje podporu jakoukoliv formou osobní (individuální pomoci). Jde o pomoc individualizace, vyjádření jedinečnosti problému klienta, jde o interakci mezi sociálním pracovníkem a klientem, s cílem orientace na dorozumění, společnou definici klientova problému. (Mahrová, Venglářová, 2008 s.21) Klíčem úspěšné intervence sociální práce je motivace klienta a sociálního pracovníka. Klient přistoupí ke spolupráci, pokud v rámci jeho životních zkušeností a konkrétní životní situace má pro něj smysl. Sociálně pracovní intervence má za účel zmírnění nebo odstranění toho, co klient nebo společnost definují jako sociální problém. I když má klient problémů několik, sociální intervence se musí soustředit na jeden nanejvýš dva. Aby byla intervence úspěšná, musí být hierarchizována a jasně vymezena. (Řezníček, 1994 s.47)

Původ individuální případové práce pochází z USA a její zakladatelkou je Mary Richmondová. Za hlavní metody je kladen důraz na intervenci do klientova prostředí a rozvoj pevného vztahu se sociálním pracovníkem. Vzniká „*medicínský model*“ používající termíny sociální diagnóza, anamnéza a terapie. Představiteli „*funkcionalizmu*“ byli Taft a Robinsonová, kteří se orientovali na problematiku sociální práce jako služby. Freudovský přístup, nazývaný „*diagnostický*“ byl základem vzniku zkoumání minulosti klienta. Představitelkou byla Hamiltonová, která zdůrazňovala jedinečnost klientových cílů a práva manipulace autoritou, kdy poprvé použila termín „*psychosociální přístup*“, to znamená, že jedinec a okolí se vzájemně ovlivňují. „*Přístup orientovaný na řešení problému*“ zformulovala Perlmanová, s cílem zaangažovat

klienta do činnosti vedoucí k řešení jeho problému a zmobilizovat i jeho okolí. Českou individuální sociální práci Charvátová definovala jako snahu, aby klient svoje vadné životní postoje změnil a byl schopen své osobní, rodinné či společenské problémy samostatně řešit. Mezi koncepty navazující na psychosociální přístup patří „*terapeutické*“, orientované na terapii, „*případová analýza*“ a „*multifunkční koncepty*“, které určují pomoc nabídkami, jež jsou k dispozici. „*Koncept zaměřený na specifické cílové skupiny*“, se přizpůsobuje aktuálním požadavkům pro definované skupiny (klienty s duševním onemocněním, drogové služby a další). Tyto postupy jsou založeny na „*multifunkčním přístupu*“ a zahrnují i „*individuální sociální práci*“. (Mahrová, Venglářová, 2008 s.19-21)

Nejužívanější a nezastupitelnou intervencí sociální práce u psychózy je beze sporu individuální práce, která začíná prvním kontaktem s klientem a seznámením s jeho diagnózou. První kontakt by měl být kratší, klient má mít možnost zpracovat setkání se sociálním pracovníkem, připravit se na další jeho návštěvu. (Kuzníková,2011 s.65) Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem s duševním onemocněním by měl napomoci klientovi přijmout rozsah svého postižení. Přístup sociálních pracovníků ke klientům s psychózou, by měl obecně respektovat několik specifických skutečností. Tou první je podpora nedostatečně rozvinutých kapacit zvládnout vlastními silami běžné životní nároky. Cílem je, aby klient postupně zvládal bez vnější pomoci, své každodenní úkoly, přebíral sám zodpovědnost za svůj život. Sociální pracovníci poskytují podporu vlastními přímými intervencemi, ale také koordinací a nasměrováním různých zdrojů k pomoci klientovi (rodina, přátelé, služby, sociální zabezpečení, zdravotní služby). (Probstová, Pěč, 2014 s. 57)

3.2 Případová práce (casework)

Úkolově orientovaný přístup je formou krátkodobé práce s klientem. Je zařazen do skupiny přístupu orientovaného na řešení problému, jehož představitelkou je Perlmanová. Je znám pod různými pojmy jako krátkodobá práce (*short-term work*) nebo práce založená na smlouvě (*contract work*). V české odborné literatuře se můžeme setkat s názvy *cílově orientovaná sociální práce* (Řezníček,1994) nebo *případová práce* (Matoušek 2008,2013). (Špiláčková,Nedomová,2014 s.17,21). Zaměření na případ, na jedince, je v oblasti sociální práce v problematice duševního zdraví často uplatňovaným přístupem. Případová práce vznikla jako reakce společnosti na potřebu změnit způsob poskytování sociálních služeb, který byl v minulosti

manipulativní. Přestože je to přístup náročný na profesionální vybavenost a osobnostní dispozice sociálního pracovníka, umožňuje operativní rozhodování, pružnost, tvořivost a významně přispívá k řešení nepříznivé situace klientů. Lidé, kteří využívají sociálních služeb, jsou často přesvědčeni o svém selhání v sociální roli, cítí se neúspěšní. Sociální role se stávají determinantami chování svých představitelů.

Úkolem případového sociálního pracovníka je zabývat se „*komplikovanými problémy klienta*“ v celé jejich šíři: dostupnou zdravotní péčí, potřeby odpovídajícího příjmu (neadekvátní zdroje), bydlení, rekvalifikace, získání státní sociální podpory, pomoci s vyhledáváním zaměstnání, obtíže v rámci interakce s ostatními lidmi (konflikty v rodině), neuspokojení ze sociálních vztahů, problémy s formálními organizacemi (škola, soud, sociální odbor), problémy s chováním (užívání návykových látek). Případový pracovník musí velmi dobře znát možnosti, nabídky nejružnějších institucí poskytujících sociální služby, stejně tak způsoby jak s nimi spolupracovat a jak na ně klienty případně odkázat. Nezbytná je informovanost na další odborníky, pracoviště nabízející služby specializované na určitý typ klientů nebo problémů, profesionální nebo svépomocné organizace. Zprostředkováním potřebné služby je jedním z nejdůležitějších úkolů případového sociálního pracovníka v pomoci klientům s duševním onemocněním. (Matoušek, 2008,2013 s.86)

Za stěžejní v případové práci se považují principy: „*orientace na klientův problém*“ (které on sám označuje za své problémy), „*úkoly směřující k řešení problému*“ (aktivity/úkoly, které klient vykonává mimo setkání), „*integrativní přístup*“ (využíván v kombinaci s jinými přístupy a metodami), „*plánovaná krátkodobost*“ (krátkodobý model zahrnuje 6-12 setkání během čtyřměsíčního období), „*vztah založený na spolupráci*“ (kroky by měly být prováděny ve spolupráci s klientem), „*empirická orientace*“ (teorie, které jsou podloženy empirickým výzkumem). (Špiláčková, Nedomová, 2014 s.27) Případová práce je u klientů s psychózou zaměřena v celém spektru: na jedince, rodinu, skupinu, komunitu, nedobrovolného klienta, v rámci ambulantních a pobytových služeb. Praktická práce s klientem je směsicí „*postupů při plánování s klientem*“ zahrnutých v pěti krocích: 1. identifikace vhodného klienta, 2. určení klientových potřeb, 3. naplánování služeb a léčby, 4. klientovy adekvátní zdroje, 5. monitorování případu se zpětnou vazbou. „*Případová práce jako proces*“ zahrnuje: „*sociální studii, vyšetření, intervenci, ukončení*“. Přestože každá „*jednotlivá fáze*“ je typická, mohou probíhat simultánně. (Matoušek 2008,2013 s.89)

Obvykle se úkolově orientovaný přístup dělí na: fázi I. „*sociální studie*“ zahrnuje následující aktivity (vysvětlení role, účelu intervence, získání nezbytných údajů, identifikaci problémů, exploraci a zhodnocení problémů, specifikaci problémů, stanovení cílů a uzavření smlouvy). Obvykle tato fáze trvá 1-2 setkání. Klíčová je motivace klienta ke změně. Častým problémem je očekávání pomoci zvenčí. Hlavním úkolem je angažovat klienta, aby se stal účastníkem interakce. Anamnéza má zachytit pouze důležité body. Je třeba pamatovat na to, že v první fázi je klient nejzranitelnější. (Špiláčková, Nedomová, 2014 s. 47), (Matoušek, 2008,2013 s 89)

Ve fázi II. „*vyšetření*“, střední fáze zahrnuje aktivity (naplánování úkolů, posílení motivace, hledání alternativních úkolů, plánování detailů a realizaci úkolů, identifikaci a řešení překážek, nácvik práce, sumarizaci, realizaci, zhodnocení úkolů). Jde o přesné vymezení problému a stanovení pracovní hypotézy, proměňující se v životní situaci klienta. Reaguje na dostupnost služeb, klientovy potřeby a cíle. (Matoušek, 2008,2013 s. 89) (Špiláčková,Nedomová, 2014 s. 57)

III. fáze „*intervence*“, spočívá v rozhovorech, vztahu, uklidněním hladiny emocí, která je zásadním léčebným prostředkem. Cíle intervence určuje klient a případový sociální pracovník společně. Poslední IV. závěrečnou fází je „*ukončení*“, které zahrnuje závěrečné hodnocení problému, identifikaci úspěšných strategií, posílení úspěchů, plány do budoucna, přehled získaných dovedností, diskusi. Ukončení by mělo nastat, když klient i pracovník vidí jeho schopnost poradit si v různých situacích. Zbytečné prodlužování posiluje jen klientovou závislost. (Špiláčková,Nedomová, 2014 s. 66), (Matoušek, 2008,2013 s. 90).

3.3 Metody a nástroje šetření specifické pro psychózy

K „*šetření u lidí s duševním onemocněním*“ potřebuje sociální pracovník teoretické znalosti, praktické dovednosti a jistou míru zkušenosti. U nováčků je důležitá možnost supervize či intervize s kolegy. Komplexní šetření probíhá od prvního kontaktu s klientem, může být přímé (osobně, telefonicky, přes internet), skrze reference od kolegů (psychiatr, psycholog) nebo klientovy sociální sítě (příbuzní, sousedé, přátelé). Sociální pracovníci, kteří poskytují služby lidem s duševním onemocněním, jejichž potřeby jsou zdravotně-sociální, potřebují tedy ke svému šetření i údaje ze zdravotní oblasti. Ke zdravotní dokumentaci, ale jako pracovníci v sociálních službách nemají přístup. Závěry psychiatrických a psychologických vyšetření nemá sociální pracovník

vždy k dispozici. Závisí to na míře spolupráce a na zapojení v rámci multidisciplinárního týmu, kdy ne vždy je jeho členem. Zatím u nás chybí, až na výjimky, užší propojení případového vedení (case managementu) s týmy nemocničními. (Probstová, Pěč, 2014 s178,179)

V důsledku tzv. primitivních psychických obranných mechanismů, je vnitřní psychický svět klienta více obsažen v jeho nejbližším domácím prostředí. Terénní činnost je nezbytnou součástí sociální práce u klientů s duševním onemocněním. Navázání kvalitního vztahu je předpokladem dobrého výsledku sociální práce. Vytvoření důvěry je komplikovanější u klientů podezřívavých, nedůvěřivých, pasivních, nemotivovaných, u klientů s omezenou reflexí druhého, také u klientů, kteří nemají náhled na svou nemoc, odmítají léčbu a pomoc v sociální oblasti. Někdy dojde k prolomení nedůvěry až po opakovaném pokusu, nebo když klient přijme pomoc ve sféře, která zdánlivě s nemocí nesouvisí (zprostředkování opravy v bytě). Místo setkávání sociálního pracovníka a klienta s duševním onemocněním by mělo být vždy bezpečné, nerušené ostatním děním (telefony, pohyb a práce kolegů). Také je nezbytné dodržovat časové hranice setkání a to včetně začátků a ukončení. Klienti často řeší neřešitelný paradox mezi tendencí přilnout k druhému a zároveň se od něho zcela izolovat. Potřebují mít prostor, optimální vzdálenost mezi ním a pracovníkem, která jim může ulevit v intenzivní úzkosti. Taktéž frekvence setkání, časové hranice pro některé klienty může být špatně únosné, pokud sezení trvají déle než 30minut. Pracovník by měl tuto potřebu akceptovat a udržovat potřebnou dobu například telefonicky nebo písemně (e-mailem). K bezpečí vztahu také patří akceptace některých odlišností klienta. Je však potřeba odlišit, co v daný čas více patří k onemocnění a je stěžejí ovlivnitelné a co klade překážky (zanedbávání hygieny, oblečení). Je dobré, aby pracovník dokázal ve vztahu s klientem detekovat neostré hranice mezi jeho vnitřním světem a okolím.

Sociální pracovník by ve vztahu s klientem na jedné straně měl být otevřený a autentický, na druhé straně není klientovým kamarádem a měl by si stále uvědomovat svou profesní roli a úkol. Lze doporučit, aby sociální pracovník prošel osobní psychoterapeutickou sebezkušeností, aby dokázal co nejlépe u sebe protipřenosové pocity diferencovat. Nejlépe se osvědčuje supervize. Sociální pracovník se orientuje na celou osobu klienta (jeho historii, vztahy, přednosti, potíže, kognitivní dysfunkce). Někdy jsou období, kdy klient potřebuje zůstat v nemoci a sociální pracovník by to měl respektovat. V případě rozhovoru bychom měli vždy používat množné číslo a mluvit o

sérii rozhovorů. Při rozhovoru, který je součástí šetření, zpravidla požadujeme informace. Ptáme se na fakta, názory, pocity klienta. Využíváme otevřených otázek. Zvnitřnělá stigmatizace, pocity bezvýchodnosti, zranitelnosti jsou obvyklým obsahem vnímání sebe sama u klientů s psychózou. Zraněné sebevědomí můžeme posilovat pozitivními komentáři, které jsou však pravdivé. Nerealistické hodnocení klientových schopností může zhoršit jeho přizpůsobení se realitě. Zásadní je vždy respektovat pohled klienta, i když by se zdál sociálnímu pracovníkovi nesprávný, neproduktivní. Pohled klienta může být ovlivněn psychotickými příznaky. Klienti mají značné potíže s rozhodováním, jsou nejistí, bojí se vlastních rozhodnutí, a proto žádají pracovníka o radu. Sociální pracovníci by se měli udílení rad co nejvíce vyhnout, nemuselo by to odpovídat tomu, co klient potřebuje. (Probstová, Pěč, 2014 s. 57-62)

Pozorování je zejména u lidí s duševním onemocněním základní metodou. Rozhovor (zahrnujeme sem i naslouchání) je technika, kterou sociální pracovník běžně považuje za jednu z hlavních metod, kterou ovládá. Rozhovor zůstává u lidí s duševním onemocněním jedním z nejdůležitějších diagnostických nástrojů. Získání a hodnocení informací z dokumentů a dokumentace (ze zdravotních, sociálních zařízení, institucí) sociální pracovníci v praxi považují za častý problém. Sociální pracovníci nedostávají informace, protože jejich zdravotničtí kolegové dodržují lékařské tajemství. Některé služby toto řeší s písemným souhlasem klienta k nahlížení do jeho zdravotní dokumentace. Získávání informací od členů sociální sítě, mapování je tradiční doménou šetření sociální práce. Sociální pracovník může využít některé škály a posuzovací nástroje šetření. Zejména HoNOS (*škála Hodnocení zdravotního stavu*, Pěč a kol, 2011), CAN (*Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných*, Probstová a kol., 2006). CAN poskytuje šetření i ve zkrácené verzi CANSAS (šetření potřeb klientů, hodnocení potřeb z pohledu rodinných příslušníků, poskytovatelů služeb).

Jednotlivé fáze šetření v pojmech: „*mapování*“ (navázání kontaktu, pozorování, šetření situace v nejbližším okolí, interakcí klienta a okolí z historie i přítomnosti), „*srovnání, analýza*“ (analýza získaných informací srovnáním s minulou zkušeností, se situacemi, příběhy se kterými se setkal klient v minulosti), „*popis*“ (rozeznávat, odlišit, následně popsat psychopatologii zasazenou do psychosociálního rámce, určit funkční kapacitu, potřeby, zdroje, rodinnou anamnézu, aktuální fungování rodiny i širší sociální sítě daného klienta), „*stanovení diagnózy*“ (je součástí případové diagnózy podrobena společné rozvaze celého týmu), „*sepsání závěrečné zprávy*“ (co bych mu mohl

poskytnout, více otevřených hypotéz, které postupně ověřujeme dalším šetřením). (Probstová, Pěč, 2014, s. 171,172)

V sociální práci zaměřenou na psychózy znalosti MKN-10, porozumění duševních poruch v kontextu biologických, vývojových, psychologických a sociálních faktorů s důrazem na psychosociální faktory, jsou pro sociálního pracovníka nezbytné. Ke komplexnímu šetření získávání informací otevřeným způsobem a schopností dávat je do souvislostí s předcházejícími diagnostickými závěry je speciální dovedností sociálního pracovníka při práci s klienty s duševním onemocněním. Schopností orientovat se v dokumentaci, rozumět základním medicínským, psychiatrickým a psychologickým závěrům, umět se na ně ptát a současně komunikovat a spolupracovat v multidisciplinárním týmu. Umět pomoci šetřit funkční kapacitu člověka v reálném prostředí. Dodržovat jasné struktury komplexního vyšetření odpovídající požadavkům celkového pohledu na klienta. Adekvátně užívat zdroje a metody šetření, umět jasně a zřetelně formulovat výsledky šetření v podobě závěrečné zprávy v podobě souhrnu základních informací, analýzy a odborné expertízy. (Probstová, Pěč, 2014 s. 174-178)

3.4 Specifická komunikace s klientem s psychózou

Všechny metody jsou propojené s tématem „*specifické komunikace s klientem s psychózou*“. (Gulová, 2011 s.55) Nejdůležitější zásadou při práci s klientem s psychózou je „*první kontakt a udržení vztahu*.“ Snažíme se navázat a udržet spolupráci, i když se klient chová odmítavě, nepřístupně. Klienti často po odeznění potíží oceňují, že sociální pracovník byl vytrvalý a v kontaktu s ním aktivní. (Probstová Pěč, 2014 s.86) Klienti mohou mít také obavu z nadměrné kontroly sociálním pracovníkem, kdy by bylo vhodné zajistit, aby si klient mohl co nejvíce řídit svůj rehabilitační plán. „*Způsob a vedení rozhovoru*“ by měly pokaždé „*odpovídat stavu a schopnostem klienta*“ s ohledem na jeho kognitivní schopnosti. V přítomnosti klienta se pohybujeme pomalu, vedeme rozhovor pokud možno v situacích, kdy je klient klidný, mluvíme pomalu, stále užíváme oslovení klienta jménem. Pokud jsou kognitivní schopnosti klienta pomalé, používáme jednoduchý jazyk. Na druhé straně není dobré používat přehnaně zjednodušené způsoby rozhovoru, kde to u klienta stav jeho kognitivních funkcí nevyžaduje. Dochází pak k dominanci pracovníka nad klientem a ze strany klienta může dojít k osobní regresi, apatii a ztrátě sebeúcty. (Probstová, Pěč, 2014 s.37)

V přístupu ke klientovi s duševním onemocněním v sociální práci, kdy všechny situace klient vnímá jako bezvýchodné (vyrovnávání se s onemocněním, adaptuje se na novou životní situaci) či neřešitelné (mnohdy opravdu řešení nemají), je vhodný přístup orientovaný na člověka podle Carla Rogerse. Součástí je již zmíněný „*rogersovský rozhovor*“, dále „*empatie*“, „*aktivní naslouchání*“ (soustředění na klienta, poskytování dostatek zpětných vazeb, objasňování, parafrázování, reflektování, udržování očního kontaktu, rekapitulace, kotvení, zrcadlení, shrnování), autentické přátelství, kongruence, „*opravdovost*“ (prožívání je v souladu s chováním), „*ericksonovské provázení*“ (při provázení a vedení rozhovoru jde pracovník obrazně vedle klienta jeho rytmem a tempem), „*otevřené a uzavřené otázky*“ (pokud nejde právě o sběr anamnestických dat, neměly by se objevovat uzavřené, klientovi může být takové dotazování nepříjemné), „*akceptace a bezpodmínečnost*“ (sociální pracovník zcela přijímá klienta bez hodnocení jeho chování. (Kuzníková, 2011 s.66,67), (Matoušek, 2008,2013 s.95-97).

Pro komunikaci s klientem je nezbytné pochopit, co potřebuje, odhadnout do jaké míry je otevřený, nakolik je schopen sociálnímu pracovníkovi důvěřovat a spolupracovat s ním. Pro lidi je běžná komunikace dorozumívání prostřednictvím slov, verbálního kontaktu, rozhovoru. Stejně běžná je „*neverbální komunikace*“. Mimoslovní vyjadřování se děje většinou bezděčně a sociálnímu pracovníkovi umožňuje víc porozumět klientovi, který vysílá mnoho zpráv svými neverbálními projevy a pomáhá tím dokreslit mnoho nejasných detailů, kterými si říká o pomoc. Pozorné vnímání „*očního kontaktu*“ (vyjadřuje ochotu angažovat se, nedostatek bývá interpretován jako neúčast, nezájem, neupřímnost), „*odstín hlasu*“ (příliš hlasitý, silný je známkou agresivity, ovládat a uplatňovat sílu a tichý, monotónní je vyjádřením nezájmu a odmítnutí), „*výraz obličeje*“ (úsměv, přikyvování, vrtění hlavou, zčervenání, chvění rtů jsou důležité zprávy vnitřních rozporů, nejistoty, strachu, rozpaků a vzteku), „*ruce*“ začínají mluvit, když zmlknou ústa, řečeno slovy Freuda (ruce, paže dokreslují emoční obsah slov, jsou to gesta sevřených pěstí, zkřížených paží na hrudi), „*pozice těla*“ na jednu stranu podporuje vzájemnou důvěru, ale taky křehkou hranici zasahování do osobního prostoru, kdy uspořádání poskytuje pocit bezpečí (sezení vůči sobě zhruba v pravém úhlu) naproti sezení čelem proti sobě (může provokovat ke konfrontaci), „*oblečení a celkový zjev*“ (styl, účes, celková upravenost o člověku mnohé vypovídají). Sociální pracovník je také člověk a klient s duševním onemocněním jej také vnímá, i když třeba neumí pojmenovat a neuvědomuje si, co na něj právě působí. Proto by při

své práci měl dbát na to, jak svým neverbálním projevem na klienta působí. (Matoušek, 2008,2013 s. 98,99)

3.5 Krizová intervence

Krizová intervence je odborná metoda, při které dochází k pomoci lidem v psychické krizi k dosažení psychosociální rovnováhy. Její časové omezení se zaměřuje na řešení problému a posilování klientových kompetencí. Krizová intervence pohlíží na člověka v celé kontinuitě (biologické, psychické, sociální duchovní). Každá krize je životní příběh, který je zauzlením tělesného vývoje, sociálního, kulturního, rodinného, duchovního kontextu. V rámci krizové intervence jsou jasně vymezené metody. Model podle Robertse zahrnuje plánování, zásah, navázání kontaktu, vytvoření vztahu, určení závažnosti a definování problému, vyjádření pocitů a emocí, explorační minulých pokusů, obnovení kognitivních funkcí, vytvoření akčního plánu a poslední fáze zahrnuje vytvoření plánu návazné péče. Klient s duševním onemocněním v krizi říká neobvyklé věci, působí a jedná zmateně, nedokáže se zastavit, nedokáže usnout, své sexuální pudy nezvládá, odmítá pomoc, vypadá netečně, nekomunikuje, je utlumený nebo naopak ohrožuje sebe nebo druhé, jedná ve zlosti, je opilý nebo pod vlivem návykových látek, popisuje prožitky strachu, jedná ze strachu, popisuje prožitky úzkosti, bezmoci, beznaděje, truchlí, je pomočený, pokálený, pozvracený, zraněný. To je základní výčet jak poznat klienta v krizi. S krizovou intervencí se může klient potkat v krizové komunitě, přes telefonickou krizovou intervenci, přímo na krizových centrech nebo při intervenci v terénu. (Probstová, Pěč, 2009 s. 155)

3.6 Case management (CM) na úrovni jedince

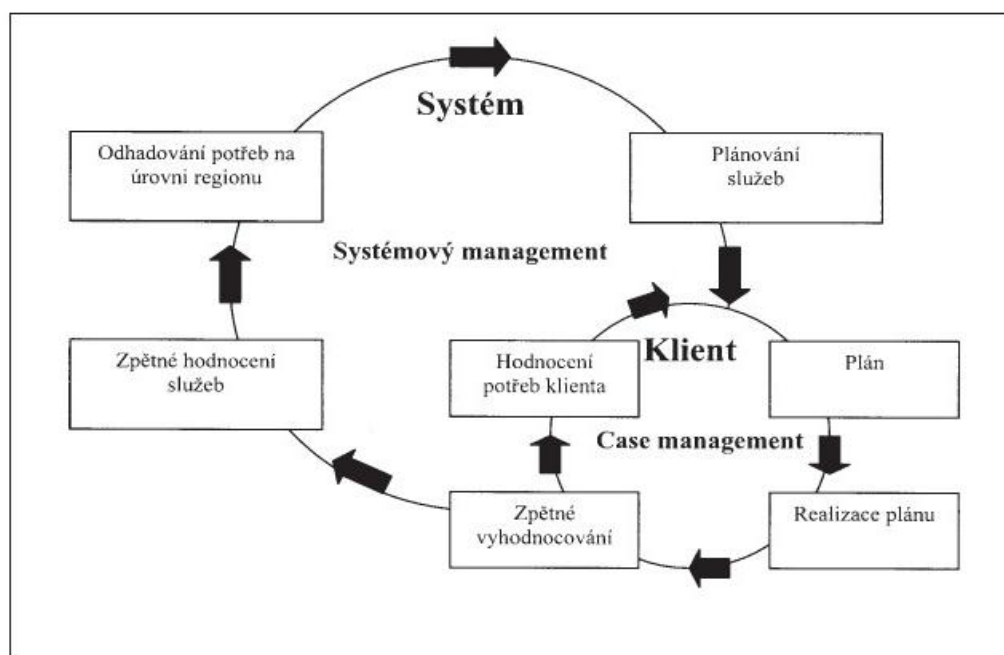
Case management je metoda sociální práce nejvíce efektivní a uplatnitelná pro klienty obecně definované jako lidé s chronickým sociálním selháváním v několika oblastech života. U nás největší zastoupení má v rámci psychiatrické péče pro lidi s dlouhodobým a těžkým duševním onemocněním. Jako hlavní cíl má znovu začlenění klientů do společnosti a udržení či zlepšení jejich stávajícího statutu. V zahraniční literatuře byla popsána již v 60-tých letech 20. st. (Stuchlík 2001, s. 6). V českém překladu, podle Probstové znamená, case management „*případové vedení*“ duševně nemocných. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005 s. 140) Tento termín není zcela přesný a lze ho zaměnit s případovou prací, která byla popsána již ve 30-tých letech 20. st. V České republice je metoda case managementu používána pro klienty s duševními diagnózami, ale v jiných zemích je realizována i při práci s klienty

závislími na návykových látkách, bezdomovci a klienty páchající trestné činnosti. V angloamerické literatuře je tento pojem „nahrazován termínem asertivní komunitní přístup nebo asertivní komunitní léčba“. (Stuchlík, 2001 s.7)

Rozvoj postupů označovaných jako „case management“ (případové vedení) duševně nemocných, přišel odchodem pacientů s dlouhodobým duševním onemocněním z nemocnic (deinstutucionalizace) a to umožnilo pracovat s klienty právě podle jejich individuálních potřeb, zároveň umožnilo propojit služby a návaznost poskytované péče Tuto koordinaci zabezpečuje „klinické případové vedení“. Klíčový pracovník sám poskytuje služby pro klienty formou nácviku dovedností, zvládnání denních problémů, vytváření klientovy podpůrné sociální sítě, podporuje klientovu motivaci k léčbě, sebevědomí, vytváří s klientem dlouhodobý vztah, využívá nácviku modelových situací. „Sociální případové vedení“ velký důraz klade na podporu sociální sítě klienta, využívá technik psychiatrické rehabilitace. (Matoušek, 2005 s.141)

Stuchlík definuje, case management jako soubor základních prvků a to především přehled o potřebách a schopnostech klienta, plánování péče, uskutečňování plánu za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí, monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku a také vyhodnocování dosažených výsledků, společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Obrázek č. 1 Case management



(Stuchlík, 2001 s.8)

Užívání case managementu jako metody v sociální práci s klientem s psychózou má výhody jak pro klienta, tak pro systém služeb, které v daném regionu jsou. Metoda case managementu, mezi hlavní výhody řadí dostupnost (case manager ví kam a na koho se obrátit), kontinuitu (tím, že case manager, vyhledává další služby a pohybuje se v prostředí klienta, získává další kontakty pro spolupráci), koordinaci, přizpůsobivost a efektivitu (přizpůsobuje služby potřebám klienta a tím je využívá efektivně) a výkonnost. Mezi „*zásady case managementu*“ patří: zaměření se na zdravé stránky klienta nežli na psychopatologii. Partnerský vztah, který mezi sebou klient a case manager vybudují, je proto, aby klient byl motivován ke spolupráci, kdy většina intervencí je realizována na základě jeho rozhodnutí a respektu. Tím, že má case manager znalosti o klientově potřebách a zdrojích, by mu měl umět nabízet intervence asertivně. Mezi další zásady pak patří neustálá iniciativní nabídka informací o zdrojích v okolí klienta, ale také získání informací ze sociálního okolí klienta. Case manager by měl vycházet se silných stránek klienta jeho schopností a dovedností a na tom základě poskytovat intenzivní spolupráci se všemi možnými službami v dané lokalitě. (Stuchlík, 2011 s.15-17)

Monitorování stavu klienta je jedním ze základních úkolů case managementu. Úkolem case managera je „*nespustit klienta z očí*“. Nejde jen o monitorování zdravotního stavu, ale celkového sociálního fungování, sociálních interakcí, jeho prožívání a jednání. (Stuchlík, 2011 str.27) Prakticky se týmová práce realizuje v každodenní péči, která má dané fáze procesu. Spolupráce začíná doporučením klienta do péče. To může přijít jak ze strany rodiny či samotného budoucího klienta, tak i ze strany různých zařízení či úřadů. Následuje schůzka, jejímž účelem je získání „*navázání vztahu*“ (vzájemné poznávání) a „*mapování potřeb*“ (šetření pomocí dotazníku, šetření ústně i pozorováním), podrobných informací o klientovi (potřeby, přání požadavky, osobní kritéria, zdroje podpory, možnosti a omezení klienta), „*stanovení cílů*“, aby mohlo být zahájeno samotné „*plánování*“ péče. Následuje realizace „*naplňování cíle*“ (plány se můžou v průběhu změnit) a „*hodnocení*“ (jde o celkové vyhodnocení, co se povedlo, kde došlo ke změnám). Je velice důležité zjištění slabých stránek, což bývají většinou jeho potřeby a silných stránek, jež představují možnosti i zdroje klienta. (Stuchlík , 2011 s. 21-27)

Case management je realizován prostřednictvím case managera. Je to člověk, profesionál (sociální pracovník, ergoterapeut, psychiatr, psycholog, zdravotní sestra) s vysokoškolským vzděláním alespoň bakalářského stupně. Doporučuje se, aby měl

absolvovaný výcvik v krizové intervenci včetně telefonické, sebezkušenostní psychoterapeutický výcvik, výcvik v rodinné terapii, výcvik v KBT, kurzy, semináře zaměřené na práci s duševně nemocnými, kurzy a semináře o pracovní rehabilitaci, vzdělání o sociálním zabezpečení a jeho právních normách, kurz první pomoci a v neposlední řadě semináře a kurzy rozvíjející pregraduální vzdělání. Case manager pracuje s klienty individuálně nebo v rámci týmu dle principů a pravidel daného modelu. Jeho role se liší. Může svou péči poskytovat jako „osoba, kterou klient vyhledává a kontaktuje, terapeut či poradce, osoba, která hájí zájmy klienta (obhájce), zprostředkovatel služeb poskytovaných někým dalším, nákupčí služeb pro konkrétního klienta, koordinátor služeb v systému, průvodce klienta“. (Stuchlík, 2011 s. 10)

Metoda case managementu je především týmová práce. Case managementové týmy by měly být multidisciplinární a multidovednostní. Nejde o to, aby každý člen v týmu uměl všechno, ale aby vzdělání, kompetence schopnosti a dovednosti byly v týmu distribuovány rovnoměrně. „Tým je praktickou strukturou pro každodenní práci case managementu, v níž case manageři mohou využívat zdroje znalostí, zkušeností a dovedností, které izolovaný pracovník nikdy nemá k dispozici.“ Case manageři nabízejí své služby individuálně, ale spolupracují mezi sebou navzájem. Každý má svého klienta, ale zároveň jsou jednotlivými specialisty na konkrétní služby. Mezi ně patří například rehabilitační přístup ke každodenním dovednostem (nákup potravin a oblečení, umět si uvařit, asistenci při používání dopravních prostředků), nebo práce s rodinou (má ji na starosti specialista krizový intervent či socioterapeut), dále specialista na zaměstnávání (napomáhá při hledání pracovních příležitostí a vzdělávání), specialista doprovázení na úřady (pro jednání s konkrétními úřady, získání rozhodnutí o dávkách), specialista na bydlení (napomáhá nalézat vhodné bydlení, ale také spolupracuje s klientem při získávání a zlepšování dovedností v bydlení hospodaření, úklid).

Dalším odborníkem v týmu je specialista na finanční poradenství (napomáhá řešit finanční situaci, včetně dluhů, problémů platební neschopnosti, splátkových kalendářů, ale také učí jak vyjít s rozpočtem apod.), specialista na zdravotní podporu (poskytuje kontakty na odborníky, či organizace zabývající se například závislostním chováním, zajištění pravidelných návštěv u lékaře, sexuální a těhotenskou edukaci) a poradenský specialista (podporuje komunikační dovednosti, přístupy na řešení problémů). (Stuchlík, 2011 s.18-19) Case manager si musí uvědomit, že je součástí služeb v regionu i jako člen týmu, který pro své handicapované klienty musí tento

system zpřehledňovat a s těmito službami spolupracovat. Nelze nabízet klientovi něco, o čem neví, jak to funguje a pro koho je která služba určena. Case manager musí nejprve zmapovat stávající služby, jejich pravidla, podmínky přijetí, pro jakou cílovou skupinu jsou určeny. (Stuchlík, 2011 s. 27)

Case management v České republice funguje a realizuje se v práci s duševně nemocnými. Probstová v knize Sociální práce v praxi píše, že „nejintenzivnější model práce je ATC (*assertive community treatment*), který pracuje se zastupitelností pracovníků týmu a je používán u klientů s velkou šíří potřeb“. Případový manažer musí, podle Probstové, při volbě intervencí zohlednit nejen věk, životní styl a situaci, a podle toho volí klinické či sociální případové vedení. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005 s.141)

K používání case managementu jako metody práce, poskytující služby cílové skupině dlouhodobě těžce duševně nemocným, se hlásí v České republice asi 4 organizace. Jde o nestátní neziskové organizace FOKUS Mladá Boleslav z.s., FOKUS Praha, z.ú., ESET-HELP Praha, Péče o duševní zdraví – region Pardubice a MENS SANA, z.ú. Ostrava. V zahraničí, především v USA, Velké Británii a Nizozemí, je metoda case managementu využívána jako metoda sociální práce s klienty trpícími duševním onemocněním, ale také jako metoda s cílovými skupinami, které mají různé sociální problémy (lidé bez domova, osoby závislé na psychotropních látkách a jiných závislostech, i nelátkových). Kroon a Weeghel popisují různé modely. Jedním z nich je ICM - „Intensive case management.“ Tento model je více zaměřen klinicky. Case manažeři se zde snaží sami o poskytování služeb a intervencí svým klientům. Je kladen důraz na kvalitní vzdělání a dovednosti pracovníků. Model je postaven na psychoterapeutických základech. Hlavním znakem tohoto modelu je nejdříve řešení klientových problémů, teprve poté zaměření se na budoucnost. Dalším modelem je „Strengths based“, který je založený na silných stránkách klienta. Důraz je kladen na hledání možností a zdrojů (osobních, z komunity), které může ve svůj prospěch klient využít.

Skutečná týmová práce je potom zastoupena modelem ACT–Assertive community treatment. Nejintenzivnější model služeb (ve smyslu case managementu). Je to přístup směřující ke klientům, kteří vyžadují intenzivní intervence 24 hodin denně, po celý týden. (Kroon, Weeghel, 2002 s.170-179). Je určen klientům, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické léčebně, dlouhodobě trpí vážnými a neustupujícími symptomy duševních poruch s výrazně sníženou funkční kapacitou.

Členové týmu mohou strávit s klientem s akutními potřebami tolik času, kolik je potřeba. V okamžiku stabilizace se délka a četnost snižují. Tým je složen z 10-12 pracovníků (psychiatr, sociální pracovník, ošetřovatel, klinický psycholog). Týmový přístup je umožněn díky denním setkáním týmu, kde se aktualizují a předávají informace a organizují se aktivity (Stuchlík, 2011 s. 37)

3.7 Multidisciplinární tým jako týmová práce

„Multidisciplinární tým jako týmová práce“ je základním principem moderní psychiatrické péče. Je založen na spolupráci specialistů a koordinaci postupu. Zástupci jednotlivých profesí (psychiatr, psycholog, sociální pracovník, psychiatrická sestra, terapeut, adiktolog, peer specialista, ergoterapeut) do týmu přináší své specifické dovednosti a spolupracují společně s dalšími institucemi i osobami náležející do klientovy sociální sítě. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, 143). Dle Stuchlíka, je CM (case management) tým, skupina pracovníků různých profesí a dovedností, kteří spolu úzce komunikují, spolupracují, sdílí společný prostor a jsou považováni za jednu službu. Společně jsou zodpovědní za výsledek, jsou na sobě závislí při naplňování společných cílů, mají vyzkoušené a stanovené standardy práce, podle nichž se řídí a postupují. Je důležité, aby specialisté byli součástí multidisciplinárního týmu, kdy se každý specialista, může stát zároveň case managerem některého klienta, nebo mu může poskytovat konzultace a poradenství v oblasti, která se ho týká. (Stuchlík, 2011 s. 43) Týmová spolupráce není jednoduchá. Podmínkou pro vytvoření bezpečného prostředí se vzájemným respektem je ochota členů ke spolupráci. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, 143).

3.8 Práce s rodinou klienta v komunitní péči

„Být duševně nemocný je často pro rodinu společenskou tabu“. Velice často se příbuzní cítí za duševní poruchu vinni. Život s někým, kdo trpí psychickou poruchou, způsobuje ostatním členům rodiny nemalé problémy, které předtím nikdy nezažili. Někteří rodiče řeknou dalším členům rodiny, přátelům až velice pozdě, že chování syna/dcery je nezvyklé. Manželé, manželky nemluví o zátěži a nepředvídatelném chování svých partnerů. Děti ve škole a mezi svými vrstevníky nemluví o divném chování některého z rodičů, sourozenců ani o tom, jak se cítí oni sami. O člena rodiny je třeba se starat, což znamená, že se v rodině mění role. Duševně nemocný tak

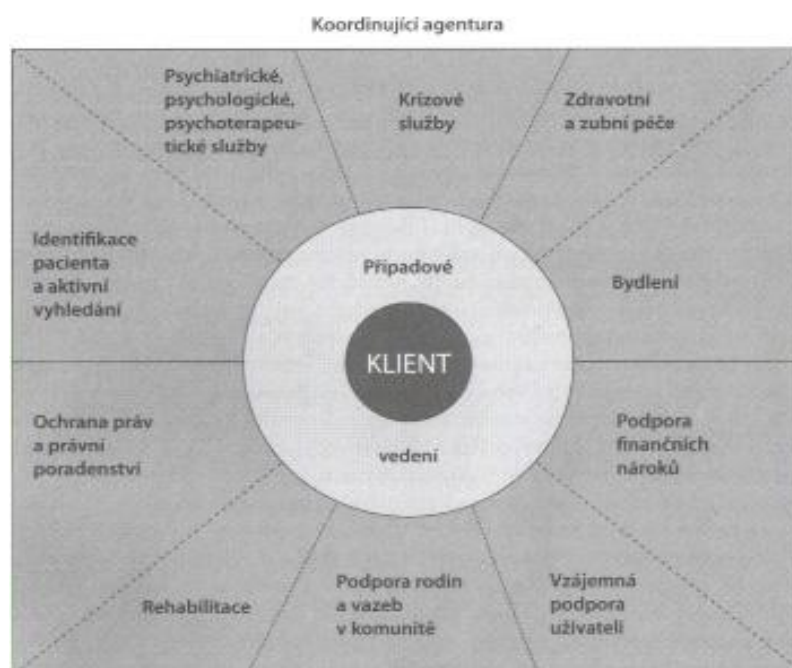
narušuje rovnováhu mezi zátěží a vnitřní silou ostatních členů a vztahů v rámci rodiny. (Pěč, Probstová, 2009 s. 200)

Protože je případová práce téměř totožná jako při práci s jednotlivcem, jednotlivé fáze, struktura a náplň při práci s rodinou se v mnohém neliší. Je potřeba nahlížet na problémy rodiny z multisystémové perspektivy, kde rodina představuje jeden z nejvýznamnějších systémů. Potřeba jí rozumět nejen v kontextu rodinných vztahů, ale také v rámci funkcí jednotlivých členů, tak prostředí, jehož je rodina a její jednotliví členové součástí. Obecně důvody, proč zahájit spolupráci s rodinou jsou: rodina o pomoc požádá, rodina je jedním z příčinných faktorů problému, problémy vznikají mimo rodinu a mají dopad na její fungování, rodina je zdroj řešení problémů. V rámci případové práce se s rodinou nejčastěji pracuje jako s celkem, tedy se všemi členy současně. Jen v nezbytných případech se jednotliví členové zvou na individuální schůzku.

V první fázi se pozornost soustředí na vysvětlení role případového sociálního pracovníka, získání nezbytných informací, vysvětlení účelu, smyslu, identifikaci problémů, specifikaci problémů, stanovení cílů a dosažení dohod. Ve střední fázi jsou plánovány a realizovány úkoly. Závěrečná fáze je soustředěna na zhodnocení problémů, identifikaci úspěšných strategií, posílení úspěchů, dovedností, plány do budoucna a diskusi. Je tedy patrné, že postup jednotlivých kroků se v mnohém neliší, ale je nezbytné si uvědomit, že spolupráce na úkolech je ovlivněna počtem účastníků. (Špiláčková, Nedomová, 2014 s. 81)

Komunita je systémem jako živé společenství lidí služeb, organizací. Začlenění do komunity a léčba v komunitě je cílem komunitní péče o lidi s psychózou. Komunitní péče nezahrnuje jenom odborné služby uzpůsobené pro poskytování péče v přirozeném prostředí. Ale komunitní péče znamená i profesionální podporu lidem v blízkém vztahu ke klientovi, organizacím, institucím, aby mohli právě poskytovat těmto klientům co nejúčinnější pomoc. (Pěč, Probstová 2009 s. 198)

System komunitní podpory (dle NIMH 1987) dle Národního institutu duševního zdraví, znázorňuje obrázek č. 2.



(Pěč, Probstová 2009 s.198)

„Komunitní péče“ přinesla zvýšený důraz na podporu rodin lidí s duševním onemocněním, jež se stávají primárními pečovateli. S příbuznými žije 30-60% lidí se závažným duševním onemocněním, kdy práce s rodinou se tak stává důležitou součástí práce multidisciplinárního týmu. Potřeby rodin klientů s psychózou, pro které je důležité chápat podstatu duševního onemocnění, zvládat projevy nemocí, rizikové chování, vědět jak se chovat v krizových situacích, udržovat dobrou komunikaci v rodině, mít kapacitu a dovednosti pro zvládání problémů, udržovat pocit sebedůvěry všech členů, jsou nelehkým cílem intervencí. Vedle práce individuální může být použita i práce skupinová. Mnozí sociální pracovníci procházejí psychoterapeutickými výcviky a podílejí se i na rodinné psychoterapii, která je další z možností péče o rodinu. (Matoušek 2005,s.14).

Sociální pracovník působící u klientů s duševním onemocněním, by měl reflektovat současné trendy v oblasti rodinného chování založeného na individualizaci (vysoké zastoupení rodin v rozvodové či porozvodové situaci, zvyšující se počet svobodných matek), sledovat demografické změny ve vývoji obyvatelstva (stárnutí). Na

rodinu můžeme pohlížet z hlediska tradičního užšího pojetí (pokrevní příbuzenství, právní svazky, adopce) anebo z širšího pojetí (skupina lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti). To, jak je rodina schopná jednotlivé funkce (ekonomické, biologické, emocionální) naplňovat, je významné pro posouzení sociálního šetření rodiny sociálním pracovníkem. Sociální práce s rodinou se vyvinula z rodinné terapie, ze které čerpá a přijímá některé techniky. V našich podmínkách je nutné pro výkon sociální práce s rodinou rozlišovat mezi rodinnou terapií a sociální práci s rodinou. Pracujeme-li s problémem (např. vyřízení sociálních dávek), jsme v pozici sociálního pracovníka, který vykonává sociální práci s rodinou. Potýká-li se rodina s problémy, které kvalifikujeme jako poruchu (např. závislosti), pak jsou kompetence sociálního pracovníka nedostatečné a pokud nemá absolvovaný speciální psychoterapeutický výcvik pro práci s rodinou, využíváme pro řešení klientových problémů psychoterapii a odborníků (klinický psycholog, sociální pracovník s výcvikem, psychiatr).

Kromě základních zásad pomáhajících profesí (empatie, vstřícnost, opravdovost, flexibilita), by měl sociální pracovník v práci s rodinou uplatňovat neutralitu a nestrannost. (Kuzníková, 2011 s.73-75) Rodina klienta s psychózou není nemocná, ale je nemocí ovlivněná, zasahuje rodinu hlouběji. Vyvolává v rodině krizi, kdy rodina potřebuje někdy více podpořit, aby mohla zase zdravě fungovat. V krizi se rodina příliš hluboce zabývá tím, že něco zavinila, udělala špatně a potřebuje ujasnit, co je možné dělat dobře. Každé léčení nějak rodinu ovlivňuje (hospitalizace, pracovní neschopnost, účinky léků, účast jednoho člena v psychoterapii). (Kalina, 1987 s.90-92) Zásadní strategií podpory rodiny je, aby rodina udržovala kontakt s lékařem a nemocný měl zajištěnou přiměřenou léčbu. V akutní fázi nemoci, může být pobyt v léčebně nebo soustavná docházka do psychiatrického stacionáře pro klienta nutná. Situaci nemocným a jejich rodinám v ČR komplikuje fakt, že všude nejsou dostupné komunitní služby pro psychiatrické pacienty. Komunitní služby jsou zakládány jako neziskové organizace s nejistým financováním. (Matoušek, Pazlarová ,2014 s.134)

3.9 Práce se skupinou

Hlavním cílem je poukázat na užitečnost efektivitu a výhody skupinových metod v práci s psychózou. Termín skupinová práce je obecný výraz používaný k označení profesionální práce se skupinami lidí. Cílem není podrobné seznámení a popis práce se skupinou či její vymezení, ale poukázat na její užitečnost. Metody sociální práce se staly rovnocenné k ostatním metodám oboru sociální práce. Poskytují specifické

možnosti, které individuální sociální práce s klientem nabídnout neumí. (Kuzníková,2011, s. 82)

Život ve skupině vyjadřuje základní lidskou potřebu sdílet, spoluvytvářet, dávat, brát realizovat se ve vztazích. Ve skupině žijeme a fungujeme a jsme na nich závislí. Lidé ve svém životě potřebují komunikovat, sdílet pocity, myšlenky, zkušenosti, přijímání druhých. Potřebujeme vzájemnost, abychom mohli pocítit svou jedinečnost, učíme se v ní naslouchat, tolerovat, respektovat, ale také vymezovat svůj prostor a obhajovat se. Učíme se rozumět sobě i druhým, hledat společně řešení, nalézat nové způsoby. (Matoušek, 2008,2013 s. 169)

„*Skupinová sociální práce*“ je metoda, která k sociálnímu fungování využívá skupinový proces členů skupiny i skupiny samé. Snaží se informovaným způsobem pomáhat jednotlivcům, skupinám, organizacím a komunitám ovlivňovat, měnit individuální i skupinové potřeby a problémy. „*Sociální práce se skupinami*“ se věnuje skupině a pak i jednotlivci. Zaměřuje se na dosahování svých cílů, které jsou vymezeny ve skupině smlouvou. Sociální pracovník pomáhá sociálnímu fungování různých skupin ve smyslu rozvoje, aby se každý jedinec jako člen skupiny vyvíjel v souladu s cíly skupiny.

„*Úloha sociálního pracovníka*“ je pomáhat získat informace jeden o druhém, vědomí sounáležitosti, smysluplnosti práce ve skupině, podporuje komunikaci a sounáležitost mezi členy. Rozumí skupinovému procesu a vede skupinu k svépomoci. (Matoušek, 2008,2013 s.171). Skupiny můžeme rozdělit podle jejich zaměření na „*rekreační*“ (zabývající rekreačními aktivitami), „*skupiny zaměřené na řešení problému*“ (rozvoj nových programů), „*vzdělávací skupiny*“ (osvojení vědomostí a dovedností), „*skupiny zaměřené na socializaci*“ (rozvoj sociálních dovedností, změna postojů), „*skupiny zaměřené na rekreační dovednosti*“ (zlepšení volnočasových dovedností), „*svépomocné skupiny*“ (poskytnutí vzájemné podpory)“, „*terapeutické skupiny*“ (jdou do hloubky závažných emocionálních a sociálních problémů), „*encounterové skupiny*“ (vytvářejí blízké interpersonální vztahy). Možností a využití sociální práce se skupinou je mnoho. Jejím cílem je prevence nežádoucích jevů, socializace ve formě začleňování a získávání sociálních dovedností, znovunabytí schopností fungovat v běžném životě (rehabilitace), pomáhá v osobním růstu, zdravém vývoji, v řešení problémů a nápravě nežádoucího chování a jednání. (Mahrová,Venglářová ,2008 s.24)

Hlavním rysem skupin je předávání vzájemné podpory a zkušeností se členy se stejnými problémy či zájmy v podobné situaci. Právě erudovaní sociální pracovníci disponují

prostředky k realizaci a rozvoji skupinové práce, v psychoedukaci, emoční podpoře, předávání zkušeností a zpětné vazby mezi členy. Pokud klient nezíská během svého procesu léčby onemocnění odbornou podporu, diagnostiku, bývá často odkázán na rady laiků léčitelů amatérů, čerpání informací z literatury případně internetu. (Kuzníková, 2011, s. 83)

3.10 Moderní možnosti psychosociální rehabilitace (na úrovni jedince)

Významnými impulzy rozvoje moderní „*psychiatrické*“ (psychosociální) *rehabilitace*“ byly: programy pracovní rehabilitace, v padesátých letech 20. století objev psychofarmak, v šedesátých letech deinstitucionalizace a boj za lidská práva, rozvoj komunitní péče a vznik svépomocných skupin. V osmdesátých a devadesátých letech 20. století se stala integrální součástí zdravotního a sociálního systému. Dnes moderní psychosociální rehabilitace již zahrnuje velké množství různých programových modelů, kterými se snaží pomoci klientům s duševním onemocněním zvládat běžný život. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005 s139)

„*Psychosociální rehabilitace*“ zahrnuje širokou škálu služeb přizpůsobených potřebám sociálně či psychicky znevýhodněným lidem, kteří se ocitli v nepříznivých podmínkách ohrožení. Zaměřuje se na jejich podporu „*zotavení*“, zapojení se do života v oblasti práce, vzdělávání, společenských aktivit a životu v komunitě. Způsoby práce prostřednictvím „*komplexního přístupu k psychosociální rehabilitaci metodou CARE*“, který byl původně vyvinut v Nizozemsku, ale dnes jej využívá řada dalších zemí včetně České republiky. (Hollander, Wilken, PN Bohnice, 2016 s.11)

Mezi hlavní školy moderní psychiatrické rehabilitace v praxi patří „*anglická škola*“, která se orientuje na přizpůsobení, kompenzaci (vzájemné vyrovnání), reedukaci (znovu obnovení) a reorientaci (zaměření), „*losangeleská škola*“ je spjata s rozvojem tréninků sociálních dovedností, orientovaných na chování a model klinické rehabilitace prosazuje „*bostonská škola*“, která se zaměřuje na rozvoj klientových dovedností a podporu jeho okolí. „*Psychiatrická rehabilitace*“ začíná již během hospitalizace na psychiatrickém oddělení. Je důležitým prvkem procesu zotavení. Zahrnuje všechny potřebné kroky k co nejspokojenějšímu a co nejsamostatnějšímu životu člověka. Mezi základy rehabilitační práce (dle Anthony a kol.1990) patří „*rehabilitační diagnóza*“ (skládá se z celkového rehabilitačního cíle, funkčního vyšetření a šetření zdrojů), „*intervence*“ a „*hodnocení*“. Zahrnuje popis stávajících dovedností

klienta a úroveň současné podpory okolí v určité životní oblasti – bydlení, vzdělávání se, práce a volný čas. „Rehabilitační plán“ (soupis krátkodobých a dlouhodobých cílů) v sobě spojuje tři otázky: kdo (klient, klíčový pracovník, jiná osoba), kde (v jakém prostředí) a kdy. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005 s 139,140)

Celosvětově je dnes přijímána definice „psychosociální rehabilitace“ jako procesu, který dává člověku příležitost dosáhnout optimální úrovně nezávislého fungování ve společnosti. Zahrnuje jednak vylepšení schopností dotyčného jednotlivce, jednak zavedení změn v okolním prostředí s cílem umožnit život nejvyšší možné kvality lidem se zkušeností s duševním onemocněním, které vytváří určitý stupeň postižení. Cílem psychosociální rehabilitace je zajištění optimální úrovně fungování jednotlivců a společenství a minimalizace postižení a handicapů s důrazem na možnost rozhodování o úspěšném životě v komunitě“ (WHO, 1996). (Hollander, Wilken, PN Bohnice 2016 s.14)

Proces psychosociální rehabilitace pomáhá lidem s duševním onemocněním (lidem s psychosociálními obtížemi) zvyšovat kvalitu jejich života a může významně pomoci na jejich osobní cestě zotavení. Psychiatrická rehabilitace je zaměřena na osoby s „vážným duševním onemocněním“, „dlouhodobým duševním onemocněním“ nebo na osoby s „chronickým (trvalým) duševním onemocněním“. Průběh duševního onemocnění má střednědobý až dlouhodobý charakter, v jehož důsledku již došlo k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, rolí, či toto nebezpečí hrozí. (Pěč, Probstová 2009 s.97)

Psychosociální rehabilitace probíhá ve třech úrovních: „pracovní rehabilitace a podpora vzdělávání“, „rehabilitace v oblasti bydlení“ a rehabilitace v oblasti sociálních kontaktů a volného času“. V úrovni pracovní rehabilitace se jedná o přípravu klienta s psychiatrickým onemocněním pro práci a vyhledávání nebo vytvoření přiměřené pracovní činnosti nebo pracovního místa. K těm patří „dobrovolná práce, chráněné pracovní dílny, podporované zaměstnávání a podporované vzdělávání.“ Pojmy „přístřeší, bydlení a domov“ patří k nejzákladnějším lidským potřebám (potřeba jistoty, stability, bezpečí soukromí). Duševní onemocnění často brání naplňovat tyto potřeby. „Kontinuum návazných zařízení“ obsahuje několik zařízení, kde má být klient klinicky stabilizován a má se naučit specifickým dovednostem. Někdy sahají od institucí až po prostředí připomínající domácnost (nemocnice, domy s ošetrovatelskou péčí, zařízení intermediární péče, zařízení poskytující péči a stravu, pěstounskou rodinnou péči, skupinové domácnosti, chráněné byty a nezávislé bydlení). I když se realizace modelu

kontinua v mnohém liší, typické kontinuum nabízí dům na čtvrt cesty, dům na půl cesty, chráněné byty a nezávislé bydlení. „*Podporované bydlení*“ vzniklo s cílem přesunout největší těžiště podpory ze sociální služby domů. Důsledkem duševního onemocnění se hroutí sociální role, zůstává jen role pacienta a klienta. Cílovou skupinou sociální rehabilitace jsou proto lidé, kteří v důsledku duševního onemocnění mají snížené „*sociální kontakty*“, sociální dovednosti, schopnost komunikace, nemají funkční zázemí a potřebují podporu okolí. Podpora v sociálních dovednostech nemusí být vždy jen od formalizovaných služeb, ale přirozenou podporu lze hledat v rodině, u přátel, kolegů či spolupacientů. V oblasti vlastní služby můžeme považovat centra denních aktivit, uživatelské kluby.

„*Rehabilitace v oblasti volného času*“ se vyvíjela z pracovní rehabilitace. Je třeba připomenout, že člověk svůj volný čas věnuje k obnově sil a nacházení smyslu života. Z volnočasových aktivit pramení vnitřní hnací síla a motivace. Výběr volnočasové aktivity závisí na znalostech, vlastních schopnostech, oblasti zájmů, je provozována pro naplnění určitých osobních cílů, pro radost, zábavu, sebeuspokojení nebo seberealizaci, pro rozptýlení, relaxaci či rekreaci. V rehabilitačním kontextu jsou volnočasové aktivity cílovým efektem. Ovlivňují život jedince jeho role a chování. (Pěč, Probstová, 2009 s.115,119-122,124,128,129)

3.11 Socioterapie

Definice „*sociální terapie*“ dle Slovníku sociální práce je „*profesionální intervence zaměřená na podporu klientových významných blízkých osob*“ čili péče o pečující. Rozhodující činitelé jsou v sociální podpoře (emocionální podpora, poskytování informací a praktická přímá pomoc). (Matoušek, 2003 s.216). Podle českého návrhu zákona o sociální pomoci jde o soubor opatření, které slouží k příznivému ovlivnění stavu a situace osob, jež se ocitly v sociální nouzi. „*Socioterapie*“ směřuje k jejich sociální rehabilitaci a integraci. Rozumí se jí obnovení sociálních vztahů a praktických schopností a dovedností, které jsou narušeny důsledkem sociálního hendikepu a způsobu života dané osoby. (Matoušek, 2003 s. 219).

V legislativě je socioterapie zahrnuta do zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v §35. Sociální terapii není možné zaměňovat za psychologickou terapii, nelze se však obejít bez psychologických i terapeutických prostředků (komunikační a

vztahovou oblast). Podobně jako psychoterapie se zabývá chováním a interakčními charakteristikami, ale svůj záměr víc zaměřuje na sociální fungování a významné vztahy klienta, velmi často realizováním v terénu. Sociální terapie nezachází do takové hloubky psychiky člověka jako psychoterapie, používá metody a techniky zaměřené na komunikaci a motivaci, uvědomění si vlastních pocitů, emocí a získání reálného pohledu. Diagnóza v sociální terapii nepoužívá testy inteligence, škály, není vyšetřován tělesný stav klienta ani klinické hodnocení jeho psychického stavu, nepracuje s klientem na medicínské bázi. Sociální terapie se zabývá více primární prevencí, je kladen velký důraz na řešení, pozornost je zaměřená na současnost a budoucnost. (Zakouřilová,2014 s. 18,19)

Sociální terapii provádějí zejména sociální pracovníci. Posláním sociálního terapeuta je zvětšit klientovu kapacitu řešení problému podporou klientových kompetencí a jeho aktivního přístupu ke změně situace. (Matoušek,2013 s. 264)

Jedním ze základních úkolů při práci s klientem s duševním onemocněním je zjistit, co pro něj je největším problémem, co prožívá. Pouze při rozhovoru nelze vyloučit, že se skutečného mínění klienta nedopátráme, a proto terapeutovi mohou pomoci poskytnout odpovědi speciální techniky, které sociální terapii přispívají. Techniky lze realizovat i opakovaně. Volbu a způsob provedení je třeba přizpůsobit charakteru, problému, věku klienta, jeho zralosti, současnému psychickému stavu, náladě, momentálním časovým a prostorovým možnostem. Jsou jimi genogram (schéma rodinné mapy), výměna rolí (klient se stane terapeutem-terapeut klientem), zásobárna radostí (napsat 20 a více věcí, co mu v jeho životě mohou dělat radost), ruka (napsat na papír do vytvořené ruky co se mu líbí na jeho rodiči, dítěti, sourozenci, kamarádovi, co je hezké zkrátka jen pozitivní postřehy), graf, domeček a další. (Zakouřilová 2014 s.75,76)

3.12 Poradenství jako součást systému ucelené rehabilitace

„*Ucelená poradenská rehabilitace*“ (léčebná, zdravotnická, psychologická, sociální, pedagogická, rodinná, pracovní a volnočasová) tvoří oborový rámec a společná metodická východiska pro klienta s duševním onemocněním. Nutná týmová provázanost, posloupnost dílčích opatření se tímto výrazně odlišuje od jiných poradenských aktivit. Úkolem poradenské rehabilitační činnosti je zmírnění, eliminování a kompenzování příčin, které klientovi s psychotickým onemocněním brání

jeho plnohodnotnému začlenění do společnosti. Aktuální změny spočívají v propojení mezi jednotlivými složkami tohoto procesu. Koordinovaná týmová práce zabezpečuje provázanost. Pro osoby s duševním onemocněním je poradenství nástrojem, který jim může zprostředkovat sociální kontakt tak, aby člověk nebyl sociálně vyloučen a nežil v nevyhovujících podmínkách. Rehabilitačně-poradenský proces je vždy osobní, kdy s adekvátně motivovaným klientem pracujeme, abychom společně dosáhli zdravotní stabilizace a napomohli seberealizaci i sociální inkluzi, při využití stávajících možností vzdělávacího systému, sociální péče, zdravotní péče a nástrojů zaměstnanosti.

Poradenská praxe či poradenská podpora lidí s psychotickým onemocněním je integrální součástí ucelené rehabilitace. Schopnost pohybu, komunikace, fyzické a psychické zdraví bezprostředně ovlivňuje psychické zdraví, schopnost prožívat pocity a spoluprožívat, sdružovat se, pěstovat zájmy, podílet se na komunitních aktivitách. (Novosad, 2009, s. 91, 92). Centra léčebné rehabilitace zajišťují specializované poradenství. Práce je založena na týmové spolupráci odborníků. Jejich úkolem je posouzení zdravotního stavu (pracovní uplatnění, závislost na sociálním zabezpečení a sociálních službách, adaptabilitu, získání vzdělání, kvalifikaci, předpoklady k sociální integraci, zázemí, kvalitu života) k doporučení další klientovy orientace. (Novosad, 2009 s. 246)

3.13 Metoda CARE

„*CARE neboli Comprehensive Approach to Rehabilitation*“ je jedním ze světově uznávaných komplexních přístupů k sociální rehabilitaci. Jeho „*autory jsou Holanďané Jean-Pierre Wilken a Dirk den Hollander*“. Model CARE, se zaměřuje na kvalitu života lidí v oblasti duševního zdraví v sociálním kontextu, převzetí odpovědnosti sám za sebe a začlenění do komunity. Jako nástroj pomáhá pracovníkům k podpoře klientů na cestě k dosažení jejich kvality života. Metodika CARE byla vyvinuta v 80-tých letech v Nizozemsku, inspirována rehabilitačními přístupy Velké Británie a Spojených států, směřující na dosahování významných životních cílů a partnerskou spolupráci mezi klienty, jejich rodiny a pomáhající profesionály. CARE, se v komplexním přístupu rehabilitace zaměřuje především na klienta, kterého vnímá celkově jako lidskou bytost, nezapomíná ani na jeho životní prostředí a sociální síť. Všechny sféry klientova života jsou vzájemně propojeny a podpora je poskytována ve všech oblastech s cílem zlepšit jeho kvalitu života.

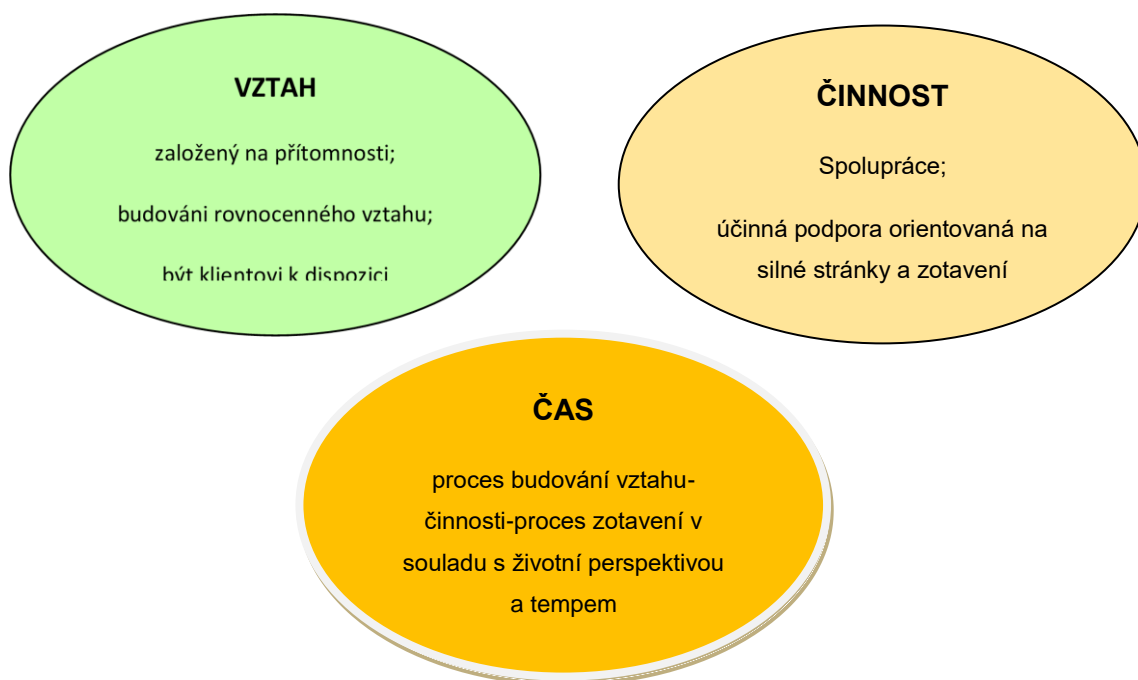
Metoda CARE, je využívána ve službách v oblasti péče o duševní zdraví, v týmech asertivní komunitní léčby, (ACT a FACT), v chráněném bydlení, ve forenzní

péči, v podporovaném bydlení, v geriatrické péči, při léčbě závislostí v domech s pečovatelskou službou, v oblasti opětovného začleňování do pracovního prostředí, ve službách pro lidi bez domova, využívá se k podpoře klientů s mentálním postižením a klientů s poruchou autistického spektra. (Hollander, Wilken, PN Bohnice, 2016 s.7,13-15) CARE jako „*inovativní metoda*“ se stále rozvíjí. Jean-Pierre Wilken realizoval řadu výzkumů zaměřených na hledání účinných prvků zotavování. Výstupy z těchto studií se promítly do změn v přístupu i v metodických postupech. Wilken se nechal ovlivnit Strengths-Based modelem Charlese Rappa a Richarda Goschi z Kansasu a jádro rehabilitačních nástrojů se stalo velmi srozumitelným a výborně použitelným v praxi. CARE, se snaží o „*využití a propojení funkčních prvků z jiných rehabilitačních škol*“ – především z „*Bostonské univerzity*“ (Centrum pro psychiatrickou rehabilitaci – W. Anthony a kol.: poskytující důraz na individuální metodické podpory zaměřené na rozvoj), z „*UCLA univerzity*“ (R. P. Liberman: rozvoj znalostí a dovedností klientů). Mezi hlavní prvky CARE modelu je zaměření na práci s okolním prostředím. Autoři modelu CARE, se v této oblasti nechali ovlivnit britskými autory (D. Bennett, G. Shepherd) a kolegy z Itálie (Basaglia a kol.), rozvinuli myšlenku zapojení klientů do komunity, kdy v první řadě jsou vnímáni jako občané. V roce 2015 The CARE Europe otevřelo mezinárodní Trénink trenérů v modelu CARE. První vzdělávací kurzy trenérů v CARE modelu v ČR se konaly v letech 1999 – 2001. Především v komunitních sociálních službách je CARE nejrozšířenější metodikou psychosociální rehabilitace. V roce 2016 byla založena „*Platforma CARE Česká republika*“. (<http://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>).

CARE je metoda založená na „*zplnomocňování*“ *napomáhající k „zotavení“*, je *zakotvená v blízkém vztahu a lásce bližnímu zaměřené na „přítomnost“* a je komplexním přístupem k rehabilitaci. Zaměřuje se na: zvýšení „*kvality života*“ lidí s psychosociálními problémy prostřednictvím podpory v realizaci jejich přání a cílů, ve zvládnutí příznaků nemoci a v přístupu k prostředí, které je s jejich přáními v souladu. Na „*zotavení*“, které je zejména individuálním procesem uzdravování, hledání způsobů, jak se naučit žít s nemocí, i s jejich dopady. Na „*přítomnost*“, kdy podstatou je být druhému k dispozici. Jedná se o vztah založený na blízkosti, péči, skutečné hodnotě druhého člověka, jakkoliv je zvláštní nebo odlišný. Posledním zaměřením vedle zotavování a přítomnosti je „*zplnomocňování*“. Každá lidská bytost v sobě nese jak možnosti, tak překážky, ty ale nemusí ovládat naše životy. V případě postižení a onemocnění duševní nemocí se omezení rychle dostávají do centra pozornosti a vytváří celkový obraz, který je určován, co nelze, není možné. Model CARE, vychází

z řad nástrojů: „osobního profilu“ (mapování silných stránek a zdrojů člověka a prostředí), z „osobního plánu“ (recovery), „plánu prevence relapsu onemocnění“ a posledním nástrojem „profilu prostředí“. Metodiku můžeme chápat jako turistického průvodce, který pomáhá odborníkům nastavení správného směru pro poskytování individuální podpory. Metoda CARE, se zaměřuje v první řadě na zlepšení kvality života, převzetí odpovědnosti sám za sebe a začlenění se do komunity. (Hollander, Wilken, PN Bohnice, 2016 s.7,13-15,17-21,44,45,50)

Obrázek č.3: Tři dimenze CARE



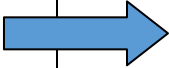
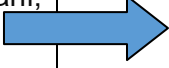
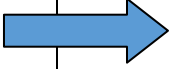
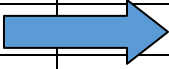
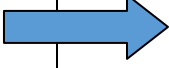
(Hollander, Wilken ,PN Bohnice 2016)

3.13.1 Zplnomocňování (empowerment)

Práce založená na „zplnomocňování“ (*empowerment*) spočívá v posílení vnitřních možností člověka a přítomných možností v jeho přirozeném prostředí, které by mohly k procesu zotavení přispět. Každý člověk v sobě nese možnosti a překážky. Tyto překážky by neměly ovládat naše životy. V případě psychotického onemocnění se omezení dostávají do popředí centra pozornosti a celkový obraz o sobě si člověk určuje tím, co nelze, co nejde dosáhnout. Pokud hledáme problémy a omezení, naši celkovou perspektivu to výrazně ovlivní. CARE, je holisticky zaměřena na celou lidskou bytost. Při práci s klientem na procesu zplnomocňování se nepouštíme do zkoumání problémů a postižení, ale máme na zřeteli vnímat klienty jako lidi se souborem možností a postižení. Vycházíme z předpokladu rehabilitace a obnovy důstojnosti.

Obnovení důstojnosti obnáší změny na straně člověka i změny v jeho okolním prostředí. Způsob práce CARE je přístup založený na proces posilování, kdy se jednotlivci, stejně jako organizace a společenství vyrovnávají s vlastní situací prostřednictvím své kontroly kritického myšlení. V rámci empowerment je kladen důraz na zdraví, životní pohodu, silné stránky, vlivy okolního prostředí, nikoli na rizikové faktory a individuální problémy. Jsme si vědomi své zranitelnosti na individuální, sociální i společenské úrovni. Ale soustředíme se na svůj silný potenciál a silné stránky. Přístup založený na empowerment (zplnomocňování) má za cíl zmírnit negativní aspekty dané situace vyhledáním pozitivních aspektů. Model silných stránek představený Charliem Rappem obsahuje charakteristiky zplnomocňování zaměřeného na podporu recovery lidí s duševním onemocněním. Základní prvky, jsou integrovány v metodice CARE zaměřením na „*mapování silných stránek*“ v minulosti (v čem člověk vytrval, jeho odolnost, dosažené úspěchy, dosavadní podpůrné osoby a okolnosti) a současnosti (přání, touhy, ambice, osobní kvality, věci přinášející potěšení, vloh, nadání, dovednosti, zkušenosti, inspirativní a motivující faktory. Přehled v tabulce.

Tabulka č. 3 Prvky metody CARE

Osobní kvality dle konceptu Ofmana (jsou to specifické silné stránky, které dělají člověka tím, kým je)		Jsem
Vlohy, nadání a dovednosti (hra na hudební nástroj, psaní, běhání, luštění křížovek apod.)		Umím
Silné stránky v prostředí (dle Rappa jsou to všechny druhy zdrojů v prostředí. Přítel, který v nás věří, pomáhající pracovník, který nám dává naději) Hrdost je důležitou silnou stránkou		Mám
Zájmy, touhy a ambice		Chci
Mé znalosti a zkušenosti (všechny naše životní zkušenosti jsou zdroje síly)		Vím

(Hollander, Wilken, PN Bohnice, 2016 s. 45)

3.13.2 Recovery (zotavení)

V posledních letech je procesu zotavování přikládán stále větší rozměr. Mezi zotavením a vyléčením je podstatný rozdíl. Vyléčení implikuje návrat do původního stavu před propuknutím nemoci. Zotavení je individuálním procesem uzdravování. (Hollander, Wilken, PN Bohnice, 2016 s. 23) Hlavním principem poskytování péče klientům/pacientům s duševním onemocněním ve vyspělých zemích, je princip údravy. „Údrava je stav, kdy má nemocný pouze běžné, každodenní starosti“. (neznámý autor). (www.psychiatrickarehabilitace.cz) Existuje mnoho definic, ale často se používá definice ředitele centra pro psychiatrickou rehabilitaci Bostonské univerzity Williana Anthonyho: *zotavení (recovery) je „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.“* (www.zotaveni.cz). Jedním z nejznámějších peer odborníků je Američanka *Patricia Deeganová*, která pojmenovala podstatné charakteristiky zotavení jako: vnitřní proces, cestu s pády a opětovnými vzestupy, klíč je přijetí skutečnosti a přijetí je aktivní proces, procesem zotavení je učení, zrání a zapojení dalších lidí. (Hollander, Wilken, PN Bohnice, 2016 s.22)

V rámci medicínského modelu se jedná o ústup poskytování péče, který se zaměřuje na nemoc, deficit, diagnózu, deskriptivní psychopatologii. Naopak přístup zaměřený na zotavení vychází z naděje, že je možné žít kvalitní život i přes dopady duševního onemocnění, který je řízen samotným nemocným, posiluje jeho vlastní odpovědnost. Úlohou je co nejvíce posílit vztahy (podporou rodiny, přáteli a osobami se zkušeností duševního onemocnění (peer pracovníky) a jeho začlenění do komunity. (www.psychiatrickarehabilitace.cz).

Základním principem podle Dr. Marka Raginse je osobní přesvědčení, že zotavení je možné, i tehdy, když nemoc kterou trpím, není léčitelná. Změna ze zaměření na nemoc (z centra pozornosti na nemoc) k zaměření na osobu (na jeho osobnost). Důležitým prvkem recovery je setření hranice mezi nemocnými a zdravými. Ragins je silným zastáncem zapojení peer pracovníků (lidí se zkušeností duševního onemocnění) do týmů pomáhajících profesionálů. Ragins uvádí stádia zotavení v „naději“ (přesvědčení, že bude líp), „*zplnomocnění*“ (vědomý přesun od léčení nemoci k pomoci konkrétnímu člověku), „*zodpovědnost za sebe*“ (postupné vedení k práci se sebou samým). Jakmile lidé mají dostatek naděje, jsou dostatečně zplnomocnění,

mohou za sebe převzít zodpovědnost. Duševní onemocnění obere člověka o důležité životní role, zkomplikuje mu vzdělání, kariéru, poruší rodinné vztahy, vezme mu přátele. Každý má ve světě jedinečné místo a „*smysluplná životní role*“ je v jejich hledání ve čtyřech oblastech (práce, láska, rodina spiritualita). (Fojtíček, 2013 s. 3-5)

Rozlišujeme „*zotavení symptomatické*“ (znamená úplné vymizení příznaků onemocnění, symptomatickou remisi), „*zotavení sociální*“ (týká se zapojení a opětovného začlenění, příznaky jsou nadále přítomny, ale člověk je schopen ve společnosti fungovat) a „*zotavení osobní*“ (člověk se učí zvládat vlastní zranitelnost a znovu hledá pevné body v přítomnosti i v budoucnosti). (Hollander, Wilken, PN Bohnice, 2016 s.26)

Proces zotavení není ani lineární, prochází určitými fázemi. Je rozdělen do tří fází: „*stabilizace, reorientace a reintegrace*“. Ve fázi stabilizace je cílem získat kontrolu nad projevy onemocnění, ve fázi reorientace zahrnuje období popření, zoufalství. Je nutné zpracování prožité zkušenosti, hledání nějakého smyslu v životě, znovunalezení vlastní identity a sociálních rolí. Ve fázi reintegrace se klient znovu zmocňuje svého života, pomalu vzrůstá klientova sebeúcta, jsou trénovány a obnovovány potřebné dovednosti, založeny začátky každodenní rutiny, dochází k postupnému uplatnění člověka ve funkčních rolích.

Tabulka č. 4 Proces zotavení

STABILIZACE	RE ORIENTACE	RE INTEGRACE
zaostřeno na: ovládnutí symptomů a snížení utrpení	zaostřeno na: zkoumání důsledků nemoci pro blízkou budoucnost	zaostřeno na: obnova smysluplných vztahů a sociálních rolí
podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> ▪ farmakoterapie ▪ lékový management ▪ nabídka bezpečí ▪ osobní péče 	podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> ▪ poradenství ▪ psychoedukace ▪ učení zvládat symptomy ▪ hovory o důsledcích nemoci ▪ pomoc při plánování budoucnosti 	podpora péče o duševní zdraví: <ul style="list-style-type: none"> ▪ pomoc vrátit se k všednímu životu ▪ nácvik dovedností ▪ zvýšení sebevědomí ▪ pracovní reintegrace ▪ podpora rodině

(Willken, Hollander, 1999 s. 12)

Do nedávna byl systém péče o duševní zdraví nasměrován výhradně na stabilizaci příznaků a zabezpečení, kontrolu těch, jimž byla diagnostikována těžká a trvalá duševní porucha. Výzkumy z celého světa ukazují, jakým mýtem je přesvědčení v běžné populaci, že se lidé s duševním onemocněním nezotavují. Polovina až dvě třetiny lidí, kteří zažijí psychiatrické symptomy, se uzdraví. S tím, jak se systémy péče o duševní zdraví mění a odstraňují se bariéry, bude procento zotavených bezesporu stoupat. (Ridgway, McDiarmid, Davidson, Baye|s, Ratzlaff-Charvátová, 2014 s.8,12) Na člověka s duševním onemocněním se dá pohlížet z několika úhlů. Prvním z nich je klasický model, kdy je brán ve společnosti jako někdo nežádoucí, pro společnost neúčinný. Druhým pohledem je to, že psychiatrická diagnóza sice člověka ochromí, ale pokud pracuje na svém zotavení, může být užitečným přínosem pro ostatní ve stejné situaci, anebo se uplatnit jako nositel své zkušenosti a tu předávat dál. Tento proces lze nastartovat, pokud budou „*organizace zdravotní a sociální péče při najímání zaměstnanců nahlížet na zkušenost s duševním onemocněním jako na něco pozitivního*“. (Thornicroft, 2006, s. 258)

Společné pro psychoterapii a zotavení je proces, na jehož konci očekáváme změnu. Psychoterapie je metoda, která používá psychologické prostředky, především v podpoře porozumění nemoci jako životní události a zároveň respektuje zotavení (recovery) ve smyslu, které je nezbytné k ovlivnění i dalších faktorů, zejména sociálních, vědomí onemocnění jako komplexní příběh, který jedinec sděluje sobě i okolí. Styčným bodem zotavení, sociální práce a psychoterapie je vytvoření tzv. pracovní aliance. Vytvoření vztahu důvěry pacient-klient-uživatel a psychoterapeut-sociální pracovník, či jiný profesionál, jako základní předpoklad i nástroj v psychosociální rehabilitaci. (Probstová, Pěč, 2014 s. 216-218)

„*Peer pracovníci*“ jsou lidé, kteří měli nebo mají zkušenosti duševního onemocnění, používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje. V oblasti duševního zdraví lze slovem peer označit osoby se zkušeností s duševním onemocněním, který využívá svoji zkušenost ve prospěch dalších osob v podobné situaci, stává se pro ně zdrojem cenné podpory, sdílení a obohacení. Po absolvování odpovídajícího školení se může stát tzv. peer pracovníkem (anglicky peer worker, peersupport worker, peer specialist): svoji zkušenost s nemocí využívá v pracovní roli. Směr jejich práce může být zaměřením na „*peer konzultant*“ (plnohodnotný člen multidisciplinárního týmu, který má svou specifickou roli, kdy využívá vlastní zkušenost s duševním onemocněním jako nástroj zotavování. „*Peer*

lektor, peer poradce a peer výzkumník“. V přístupu orientovaném na zotavení se peer podpora považuje za klíčový prvek pro vzájemnou podporu čelit stigmatizaci spojenou s duševním onemocněním. Výzkumy ukazují, že svépomocné skupiny, které vedou peer pracovníci, přinášejí zlepšení psychiatrických symptomů, vedou ke snížení hospitalizací, rozšíření podpůrné sociální sítě, posílení sebevědomí a zlepšení sociálního fungování.

(Centrum pro rozvoj duševního zdraví, Publikace 2015 s. 10,11) *Manuál zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví 2*

http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf

4. VÝZKUMNÁ ČÁST (praktická část)

V teoretické části jsme se zabývali specifickými metodami sociální práce pro klienty s psychózou, popisem činností a kompetencí sociálního pracovníka, přehledem sociálních služeb, příčinami psychózy a diagnostikou duševních poruch dne MKN-10. Z hlediska největšího procenta výskytu z psychóz byla popsána především bipolární afektivní porucha, mánie a deprese. Dále byly popsány možnosti psychosociální rehabilitace, socioterapie, zotavení (recovery), zplnomocnění (empowerment) a metoda CARE jako komplexní přístup k rehabilitaci klientů s psychózou a s tím souvisejícího vnímání jejich kvality života. Předpokládá se ovšem, že je to sám klient, kdo ví nejlépe, co je pro něj nejlepší a úlohou pracovníků v péči o duševní zdraví je nabízet své vědomosti, odbornost a prostředky, které mu mohou pomoci ke zlepšení vnímání jeho kvality života. Z teoretického hlediska tento přístup vychází z paradigma, že závažná duševní onemocnění jsou jako jiná vážná onemocnění, u nichž disponujeme celou škálou účinných intervencí, které můžeme dotyčnému poskytnout. Sám jedinec se rozhodne, jaké intervence vyzkouší, za jakých podmínek, okolností a za jakým cílem.

V praktické části nejprve popíšu fázi přípravy na výzkumu, teoretická východiska, metodologii výzkumu, následně budeme zkoumat klienty s duševním onemocněním bipolární afektivní poruchou, formou české verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF. V kvantitativním výzkumu se zvláště zaměříme na hypotézy domén v oblasti fyzického zdraví, v oblasti prostředí, v oblasti prožívání a v oblasti sociálních vztahů. V poslední části bude odpovězeno na hlavní cílovou otázku, jak budou klienti s psychózou vnímat vliv metody CARE (před a po), a jak se dokáže zlepšit jejich vnímání kvality života.

4.1 Fáze přípravy

Motivací k realizaci výzkumu klientů s duševním onemocněním bipolární afektivní poruchou byl osobní zájem o tuto skupinu, se kterou jsem pracovala při mé stáži v Psychiatrické nemocnici v Opavě na oddělení H-psychiatrické rehabilitace Stanice 17BC. Nejen zájem o tuto skupinu, ale i o problematiku psychosociální rehabilitace a znovunalezení duševního zdraví mě právě oslovila Metoda CARE a samotná sociální práce sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který je součástí celého procesu recovery klienta s psychózou. Na základě této vlastní

zkušenosti z praxe na Stanici 17BC, jsem dospěla k názoru, že klienti, kteří prošli metodou CARE, se jeví spokojenější, pozitivnější, soběstačnější, než klienti, kteří odcházeli pouze z institucionální péče psychiatrické nemocnice. Setkala jsem se osobně na oddělení H Psychiatrické rehabilitace i s trenéry metodiky CARE, kteří mě zasvětili do procesu zotavení (recovery). Dostala jsem materiály k prostudování a natolik mě metoda CARE zaujala, že jsem se rozhodla absolvovat samotný výcvik v Centru rozvoje péče o duševní zdraví, kde tento vzdělávací kurz vedou. Hlavním cílem kurzu je naučit se v praxi užívat základní principy, hodnoty a metody práce orientované na zotavení, které je základem metody CARE. Získání komplexního pohledu na oblast péče o duševní zdraví a získání dovedností a znalostí k aplikaci metody CARE je specifickým přínosem v mé práci sociálního pracovníka s klienty s psychózou, kterým se chci v další profesní dráze věnovat.

O psychózy jsem se začala zajímat i z druhé stránky (pohledem na klienta jako člověka a ne jako pacienta / klienta) a kladla si otázku, jak v roli sociálního pracovníka při stávající reformě psychiatrické péče, zlepšit vnímání kvality života lidí s duševním onemocněním v celém systému směrem ke klientovi. Rozhodla jsem se hledat moderní možnosti zlepšení psychosociální rehabilitace. Zkoumat metodu CARE, v kontextu přímo s bipolární afektivní poruchou ve svém výzkumu, jsem rozhodla z důvodu největšího počtu respondentů ve výzkumném prostředí. Bylo to na oddělení psychiatrické rehabilitace, kde v rámci projektu S.U.P.R. probíhá transformace deinstitucionalizace psychiatrické péče.

Příprava na výzkum probíhala již během absolvování praxe, kde jsem oslovila nejprve sociální pracovníce a poté po jejich doporučení i primáře oddělení. Následně jsme společně projednali, zda by mi umožnil na svém oddělení samotný výzkum. Dohodli jsme konkrétní kroky, kdy a za jakých podmínek bude výzkum prováděn. Se staniční sestrou a vedoucí sociálního oddělení jsme zažádali o povolení ředitele nemocnice a následně jsem podnikla kroky k sestavení plánu výzkumu.

Pro kontaktování klientů jsem se na doporučení sociální pracovníce obrátila na psychoterapeutky, které vedou vzájemné komunitní skupiny v odpoledních hodinách, zda by mi umožnili po skončení komunity práci s klienty na výzkumném šetření. Vzhledem k tomu, že znaly celkové složení komunity, bylo potřeba, aby s výzkumem souhlasili samotní klienti. Byla jsem každý měsíc přizvána na probíhající komunitní sezení, kde proběhly s klienty diskuze, ve kterých jsem se představila jako studentka sociální práce Pražské vysoké školy psychosociální, která pro svou

diplomovou práci bude na oddělení provádět výzkum týkající se jejich kvality života. Dále jsem klientům vysvětlila, k čemu získané informace budou sloužit a ujistila je, že veškeré informace, které mi sdělí, budou anonymní. Poté mi dali souhlas s účastí ve výzkumu. Protože fáze sběru dat byla náročná, bylo zapotřebí se domluvit na pravidelné komunitní setkávání, kde všichni klienti, kteří nastoupili na oddělení, i ti, kteří byli před propuštěním, společně vyplňovali předtištěný dotazník. Setkávání probíhalo každé pondělí po komunitní skupině, kdy klienti s duševním onemocněním bipolární afektivní poruchou zůstávali na výzkumné šetření společně s odcházejícími a nově příchozími klienty. Protože jsem chodila na oddělení v přesně stanovený den i čas, navázali jsme oboustranný na důvěře založený vztah, který jsme po skončení šetření využívali k povídání o jejich prožívání, léčbě, rehabilitaci a samotném onemocnění, aby tak byl zachován přirozený a nenucený průběh s vřelou a uvolněnou atmosférou. Fázi důvěry klienta v sociálního pracovníka tak i celého multidisciplinárního týmu považuji za nejhlavnější krok na cestě ke komplexní léčbě i následné psychosociální rehabilitaci.

4.2 Teoretická východiska kvality života, kvantitativního výzkumu, cíl výzkumu a stanovení výzkumné otázky

Pro „*subjektivní vnímání kvality života*“ je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které nemusí být v přímé úměře se socioekonomickým statusem a ani biologickým zdravím. Studium kvality života v současné době znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a pocitu lidského štěstí. Z jistým zjednodušením lze konstatovat, že subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem a „*objektivní kvalita života*“ znamená splnění požadavků, které se týkají sociálních, materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

V pojetí zdraví WHO, je zdraví chápáno jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a „*kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu*“. Je nutné zmínit, že i přes nespornou popularitu pojmu „*kvalita života*“ se ozývají hlasy, které poukazují na nejednoznačnost, neexistenci jasného vymezení a obecně přijímané definici, která by měla propracovaný teoretický model. Mít tendenci akademicky rozhodnout, jak by měl

vypadat „kvalitní život“ a toto v jistém smyslu vnucovat jako určitou normu. I přes tyto oprávněné výhrady zůstává studium kvality života v současné vědě jako nosný a užitečný směr. Výsledky výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí člověka a pochopení podstaty jeho lidské existence. (Payne, 2005, s.206,208, 213,214)

„Cílem kvantitativního výzkumu je testování hypotéz“. Používá se „deduktivní metoda.“ To znamená, že je schopna řešit jen určitou kategorii problémů. Může nalézt řešení jen pro takové problémy, které je možno popsat v termínech vztahů mezi pozorovatelnými proměnnými. „Analýza“ je prováděna na kumulovaných datech o mnoha jedincích a data kumulujeme jen tehdy, jsou-li totožná a jsou-li totožné i otázky. Na začátku problém existuje buď v teorii, nebo sociální realitě, který je přeložen do hypotéz, ty jsou základem pro výběr proměnných. Sbíráme jen data, která nutně potřebujeme k použití pro testování hypotéz, jejich výstupem je soubor přijatých nebo zamítnutých hypotéz. Nesnažíme se sbírat všechna data. Kvantitativní výzkum testuje jen hypotézy, které byly formulovány. (Disman, 2008 s. 77,126,287)

4.3 Cíl výzkumu a stanovení výzkumné otázky

Cílem práce je provést výzkum pomocí české verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF a zjistit míru spokojenosti kvality života u klientů s psychózou, kteří se po komplexním zotavení metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka připravují na život ve svém přirozeném prostředí. Výzkum jsem realizovala v Psychiatrické nemocnici v Opavě na oddělení H psychiatrické rehabilitace na Stanici 17BC. Výzkumu se účastnilo 62 respondentů po dobu jednoho roku. Výstupem bude odpověď na hlavní výzkumnou otázku, vyhodnocení hypotéz, které byly položeny a první zhodnocení pohledů vnímání klientů na jejich kvalitu života po komplexní rehabilitaci praktikovanou metodou CARE pro oddělení psychiatrické rehabilitace stanice 17BC. Výsledky bude možné použít ke zkvalitnění a zlepšení poskytované péče.

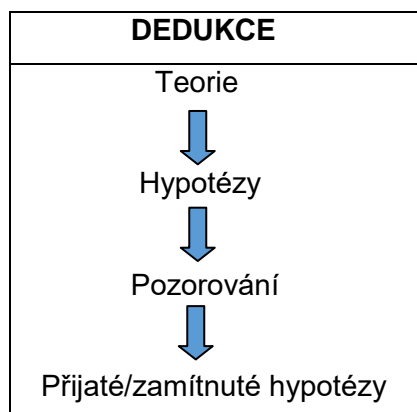
Hlavní výzkumná otázka: Vliv metody CARE na zlepšení vnímání kvality života.

4.4 Hypotézy

„Hypotézy“ navrhuji, jaké spojení mezi proměnnými bychom měli najít, je-li naše hypotéza pravdivá. Při následném sběru dat odpovídají-li závislosti mezi sebranými

vzorci předpovězenému v hypotézách, přijmeme hypotézy jako platné. Jinak hypotézy musíme odmítnout. (Disman, 2008 s. 6) Z teorie nebo obecně formulovaného problému vychází deduktivní metoda, kterou pro přehlednost ukazuje tabulka č. 5 (Disman, 2008 s. 77)

Tabulka č.5 Deduktivní metoda



Pro výzkum byly stanoveny tyto hypotézy:

1 Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v oblasti fyzického zdraví méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka.

2 Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v oblasti prostředí méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka.

3 Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v oblasti prožívání méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka.

4 Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v oblasti sociálních vztahů méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka

4.5 Metodologie výzkumu

V této kapitole se budu věnovat popisu výzkumné metody, sběru dat a prostředí, ve kterém probíhalo. Samozřejmostí bude i popis výběru průzkumného vzorku.

4.5.1 Popis výzkumné metody a sběr dat

Kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv. Jako „objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér, zdrojů okolí“ (bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny), jako „subjektivní celkový odhad spokojenosti se životem“ (spokojenost v oblastech, ve kterých sám jedinec určuje důležitou celkovou spokojenost) a jako „subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými oblastmi v životě“ (fyzická kondice, schopnost provádět každodenní činnost, prožívání, vztahy s blízkými a sociálním okolím, trávení volného času). Zjišťování kvality života „doplňuje objektivní ukazatel zdravotního stavu“ tím, že popisuje dopad nemoci a léčby na každodenní život pacienta, zprostředkuje subjektivní pohled pacienta a hodnotí účinnost terapie, při které nedochází k úplnému vyléčení. Kvalitu života lze sledovat na individuální úrovni, úrovni skupin pacientů a úrovni populačních šetření. Pro výzkum bude použita nejobvyklejší metoda zjišťování kvality života využití dotazníků, a to pomocí české verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF. Jejich výhodou je vzájemné umožnění srovnání různých podmínek a souborů osob a lze je využít i pro populační šetření. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006 s. 10)

„Česká verze WHOQOL-BREF“ je zkrácenou verzí WHOQOL-100. Verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, byla vytvořena pracovní skupinou WHOQOL na základě analýzy dat 20 výzkumných center z celého světa. Při výběru položek pro WHOQOL-BREF se vycházelo ze struktury se čtyřmi doménami, fyzickým zdravím, prožíváním, sociálními vztahy a prostředím. Aby dotazník pokrýval široké spektrum aspektů kvality života, byly zachovány všechny faceti. Pro každou facetu byla vybrána položka, která s ní nejsilněji korelovala. Položky byly dále posuzovány z hlediska koncepční reprezentativnosti a v šesti případech nahrazeny vhodnější položkou. WHOQOL-BREF „představuje výběr 26 položek“, z nichž 24 zastupuje faceti a dvě položky jsou samostatným hodnocením celkové kvality života a celkového zdravotního stavu. Znění položek a škál je beze změn převzato z dotazníku WHOQOL-100. Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyjadřují jako (a) *doménové skóre*, které představují průměrný hrubý skóre spočtený z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20 nebo od 0 do 100, a (b) *hodnoty odpovědí dvou samostatných položek*, které hodnotí celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006 s. 17)

„Dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF (krátká verze) zjišťuje, jak vnímáme kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních

oblastí“. Odpovídá se na všechny otázky, zakroužkováním čísla, pokud si klient není jistý jak na nějakou otázku odpovědět, vybere odpověď, která se mu zdá nejvhodnější. Často to bývá první, která ho napadne. V úvahu při odpovědích se bere jak klient běžně žije, jeho plány, radosti i starosti. Ptáme se na život před započatou rehabilitací v den nástupu na oddělení Stanice 17BC a po skončení v den propuštění. „*Získávání dat*“ probíhalo po celý kalendářní rok od 1. června 2017 až do 31. května 2018, každé pondělí v měsíci. Během této „*fáze sběru dat*“ jsem získávala informace o klientech zachycující stav před absolvováním komplexní rehabilitace a po skončení.

U „*vyplnění dotazníků*“ jsem byla osobně přítomna. Užití dotazníků proběhlo „*písemnou formou*“, kdy každý klient anonymně dostal lístek s číslem, který po skončení výzkumu zpět odevzdal, aby nedošlo k záměně respondentů. Na konci poslední fáze sběru jsem vždy osobně každému klientovi poděkovala za účast na výzkumu. Zjištěné údaje byly použity pouze pro účely této práce. V přípravné fázi jsem již popsala „*ústní souhlas od klientů*“ i předání informací k prováděnému výzkumu ještě před samotným šetřením. V rámci celého výzkumu bylo dotazováno 62 respondentů, kteří odpověděli na všechny otázky dotazníku WHOQOL–BREF. Aby nedošlo k nedoplnění nějaké otázky, vždy jsem klienty znovu poprosila o překontrolování, zda jsou všechny položky zodpovězeny. Následně v měsíci červnu 2018 byla provedena „*kontrola dat a seřídění dat do tabulky v Excelu*“ a postup jak je uveden v manuálu za použití „*statistického programu SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*“ (Dragomirecká ,Bartoňová, 2006 s. 23-25)

Pro provedení měření kvality podle instrumentu WHOQOL-BREF bylo potřeba spočítat „*průměrné hrubé skóry*“ jednotlivých domén standardizované průměrné hodnoty položek příslušných každé doméně. Pro první „*doménu fyzické zdraví průměrný hrubý skór ze sedmi položek, doménu prožívání ze šesti položek, doménu sociální vztahy ze tří položek, doménu prostředí z osmi položek.*“ Před použitím hrubých skórů jsem datový soubor sjednotila, aby bylo možné použít stejné vzorce v buňkách. Pak už došlo k samotnému použití aplikace Excel k tvorbě skóru. Poté co byly vypočteny hrubé skóry v jednotlivých doménách tohoto dotazníku před a po, se tyto domény vzájemně porovnaly „*neparametrickým Wilcoxonovým testem*“ pro dva závislé soubory, z důvodu méně početného výzkumného souboru. K samotnému dotazníku byla přidána „*sociodemografická data*“ (věk respondentů, pohlaví, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, děti respondentů).

4.5.2 Etické aspekty

Při provádění výzkumu a zpracování výsledků jsem dbala „*etických zásad*“. Vzhledem k tomu, že získané data od respondentů jsou osobní a citlivá, věnovala jsem etickým pravidlům zvýšenou pozornost. „*Souhlas Psychiatrické nemocnice oddělení H, stanice 17BC* „jsem dostala z ředitelství nemocnice na základě absolvované stáže a žádosti zpracování výzkumu, kterou jsem předně projednala ústně s primářem oddělení, který mi následně žádost schválil a potvrdil. „*Všichni oslovení respondenti vstupovali do výzkumu dobrovolně*“. Svůj „*souhlas k účasti ve výzkumu vyjádřili slovně*“ ještě před samotným předáním dotazníku.

4.5.3 Výzkumné prostředí

Výzkum se uskutečnil v „*Psychiatrické nemocnici Opava na oddělení H psychiatrické rehabilitace Stanice 17BC*“, kde v současné době probíhá implementace celonárodního programu transformace a deinstitucionalizace psychiatrické péče formou projektu S.U.P.R. u psychotických pacientů, na kterém oddělení H aktivně spolupracuje. Rehabilitační péče je součástí léčebného procesu a je možná po zvládnutí akutní fáze onemocnění na uzavřených a polootevřených odděleních. Stanice 17BC je „*oddělením s otevřeným režimem*.“ Klienti jsou zde „*hospitalizováni 6 týdnů*“, slouží k „*léčbě psychóz, duálních diagnóz a poruch osobnosti*“. Pacienti/klienti přicházejí převážně z uzavřených oddělení a specialitou je „*přítomnost mužů i žen dohromady. Počet pacientů je 43 osob*“. Stanice je rozdělena na B (je určená zejména pro klienty s první zkušeností s nemocí) a C (určená klientům s opakovanou zkušeností s psychózou), které jsou ve stejné budově. Psychiatrická nemocnice Opava v současnosti prošla řadou změn a zásadním způsobem se podílí na utváření duševního zdraví zejména v Moravskoslezském kraji. Stanice 17 BC je koedukované oddělení, kam „*přicházejí pacienti po odeznění akutní ataky psychotického onemocnění*“.

Oddělení současně plní „*funkci přemostění mezi klasickou ústavní léčbou a léčbou komunitní*.“ Dochází zde k „*prolínání zdravotní a sociální péče*“. Nemocní se díky komplexní terapii „*připravují na život ve svém přirozeném prostředí*“. Takzvaný „*opavský systém komplexní léčby psychóz*“, má v tomto ohledu dlouholetou tradici (vznik koedukovaných oddělení, Klub pacientů, samostatný primariát pro doléčování a resocializaci psychotiků, doléčovací ambulance, práce s rodinou a denní stacionář). Psychosociální rehabilitace je v současnosti nedílnou součástí komplexní léčby vážných duševních onemocnění rehabilitačního oddělení H a nezbytně doplňuje

psychofarmakologickou léčbu. Aktuálně dochází v nemocnici k systémovým změnám v oblasti realizací Strategie reformy psychiatrické péče, kdy cílem je vybudování systému péče komunitní. Do projektu „*S.U.P.R. Systém Ucelené Psychiatrické Rehabilitace*“ je zapojeno 12 psychiatrických nemocnic alespoň jedním svým oddělení následné péče (PN Bohnice, Psychiatrická klinika VFN UK v Praze, PN Kosmonosy, PN Horní Beřkovice, PN v Dobřanech, PL Petrohrad, PN Jihlava, PN Havlíčkův Brod, PN Brno, PN v Kroměříži, PN v Opavě, PL Šternberk, PN Marianny Oranžské Bílá Voda), Centrum duševního zdraví Praha 8 a stacionář PK VFN, které spolupracují s NUDZ a Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví Praha 8. Ustupuje se tedy od poskytování péče v rámci medicínského modelu, kde převažuje zaměření na nemoc (deficit, diagnózu, deskriptivní psychopatologii).

Péče je poskytována profesionály se znalostí farmakoterapie a přístup je kladen na úzdravu, poskytování podpory a spolupráce nemocných. Někteří nemocní pacienti nejsou schopni ani v podmínkách plně rozvinutého komunitního systému po ukončení akutní léčby využít komunitních služeb a je nutné jim poskytovat další péči v lůžkových zařízeních. Přestože dělení péče na akutní a následnou, je do značné míry umělé, proces rehabilitace v užším slova smyslu je vhodné zahajovat až ve fázi po stabilizaci psychického stavu, „následné“ léčby – reorientace z hlediska rehabilitačního procesu. Složení oddělení H Stanice 17BC jsou primář oddělení, psychiatři (atestace z psychiatrie, psychoterapeutický výcvik, atestace z psychoterapie), psycholog (atestace z klinické psychologie, psychoterapeutický výcvik), psychoterapeuti (kvalifikace zdravotnické vzdělání, specializace v psychiatrii + psychoterapeutický výcvik, VŠ zdravotního nebo sociálního směru), zdravotní sestry, sociální sestry, ošetřovatelky, sociální pracovnice, vedoucí sociální pracovnice. Výhodou Stanice 17BC je týmová spolupráce, psychoterapeuti mají, navíc absolvovaný výcvik metody CARE. Vlastnosti týmu jsou kladeny především na emoční vztah k psychoticky nemocným, značná míra tolerance a trpělivosti, zvládnání zátěže a schopnost čekat dlouho na kýžený efekt práce. (<http://www.psychiatrikarehabilitace.cz/psychiatricke-nemocnice/psychiaticka-nemocnice-opava/>)

Obrázek č. 4 (oddělení rehabilitace H Stanice 17BC zapojená do projektu S.U.P.R)



4.5.4 Popis praktického užití Metody CARE na psychiatrickém oddělení H Stanice 17BC

Všichni pacienti jsou zařazeni do programu projektu S.U.P.R. jako vhodná rehabilitační metodika je zvolena „CARE (*Comprehensive Approach to Rehabilitation*)“. Pacienti, jak jsem již popsala, jsou všichni společně na Stanici 17BC jak muži, tak ženy nezávisle na svém duševním onemocnění. Délka pobytu je zhruba 6 týdnů. Během této doby by si měli ujasnit několik svých zásadních životních témat, kterými jsou: porozumět tomu, co se stalo, oddělit zdravé prožívání od nemocného, rozvinout svůj potenciál, naučit se účelně plánovat činnosti, utvořit si kritický náhled na nemoc, umět si zmapovat varovné příznaky, posílit či znovu nabýt komunikační schopnosti, vytvořit si reálnou představu o své budoucnosti (bydlení, pracovní kariéra, hmotné zabezpečení, smysluplně trávený volný čas, společenské vyžití, naučit se motivovat pro využití další návazné péče). Věřit naději zotavení, že je možné žít kvalitní život i přes fakt duševního onemocnění. V těchto otázkách je právě nejvíce zapojen sociální pracovník, psychoterapeut a návazné sociální služby. V procesu uzdravy se posilují vztahy, sociální vazby daného nemocného a jeho začlenění do komunity, je podporován rodinou, přáteli a osobami se zkušeností duševního onemocnění (peer pracovníky).

V první fázi psychosociální rehabilitace je sestaven plán z následujících součástí „*mapování potřeb/osobní profil pacienta (klienta), individuální plán a krizový plán*“. Složení „*multidisciplinárního týmu*“, který na stanici s klienty pracuje, je složen z psychiatrů, psychologa, psychoterapeutů, sociálních pracovníků, zdravotních sester, ošetřovatelek, sociální sestry a primáře oddělení. Týmová práce je zainteresována do komplexní péče o klienta. Každodenně se v rámci skupiny provádí nácvik kognitivních funkcí, sociálního vnímání a verbální komunikace. Cílem programů v rámci „*sociální rehabilitace*“ je navrácení sociálních dovedností a návyků, podpora komunikace,

zabránění sociální izolace, která psychotické onemocnění často doprovází a zvrácení negativních dopadů nemoci, zvýšením prahu odolnosti vůči stresujícím vlivům a snížením intenzity chronického stresu.

Klienti v léčebné výchově k soběstačnosti se učí pod vedením lékaře, psychologa, psychoterapeutky a sociální pracovnice návyky a sociální dovednosti potřebné pro samostatný život. Třítýdenní každodenní program nabízí nácvik praktických činností denního života (nácvik sociálních rolí, podpory a vzrůstu sebeúcty, zvládnání stresu, podpora nezávislosti, komunikaci s vnějším světem).

Zdůraznit je potřeba „využití volného času“, podle schopností a možností člověka, sportovní terapii, rehabilitační dílny, pracovní terapii, posílení obnovy sil, sociálních dovedností, zábavy, relaxace, odpočinek, různé kulturní programy, výstavy, koncerty, návštěvy knihovny, muzea, čajovny. Na všech těchto programech získávají klienti větší jistotu v sociální interakci.

Důležitou složkou sociální rehabilitace oddělení jsou „*ranní a večerní komunity*“ jsou součástí každodenního programu a organizují je sami pacienti. Služby v komunitě, které jsou realizovány formou besed a přednášek, na kterých mají pacienti možnost získat informace. Ranní komunity jsou prostorem na seznámení se s náplní dne, pro dotazy, řešení konfliktů, náplní večerní komunity jsou socio-kulturní programy, které připravují jednak sami pacienti. V praxi jsou to „*edukační programy*“ s lékařem, součástí snahy je, aby pacienti aktivně vstoupili do léčby a byli v ní partnery. Probíhají 1x za čtyři týdny.

Video-edukační programy poskytují potřebné informace, aby nemocný srozumitelně a jasně pochopil, co s nemocí přichází. Cílem je přijetí nemoci, získání vědomostí o možnostech léčby, rizik. Pomáhá uvědomit se, co se stalo a co pro něj a jeho život nemoc znamená. Pro tým je důležitá maximálně průchodná komunikace mezi klienty i mezi personálem navzájem. V rehabilitačním programu metody CARE každý den pod vedením psychoterapeuta, psychologa a sociálního pracovníka s výcvikem, probíhají „*psychoterapeutické skupiny*“. Skupina je otevřená, koedukovaná. Nově příchozím členům skupiny pomáhají klienti, kteří jsou již orientováni v nemoci a dávají jim vzor a naději v léčbě. Témata (nemoc, vztahy, plány do budoucna) přinášejí terapeuti s ohledem na momentální potřebu.

Psychoterapeutická skupina se skládá ze dvou skupin. První skupina je pro klienty s první zkušeností s nemocí a orientuje se převážně na náhled chorobnosti.

Provádí ji lékař s psychoterapeutickou atestací a psychoterapeutka. Počet 8-12 členů. Je určena klientům s opakovanou zkušeností s psychózou a podporuje nácvik praktických sociálních a pracovních dovedností. Provádí ji psycholog a psychoterapeutka, sociální pracovníce s absolvovaným psychoterapeutickým výcvikem. Metodami terapie jsou psychogymnastika (vyjádření různých pocitů, vztahů beze slov), u psychotiků je velmi důležitá pro prožívání, pomáhá zvýšení vzájemné koheze skupiny, psychodrama (posiluje spontánní jednání klienta, zlepšuje jeho kontakt s ostatními), arteterapie (dává možnost vyjádřit se nonverbálními prostředky, kresba je pak základem pro probírání témat ve skupině). „*Práce s rodinným systémem*“ je na Stanici prováděna 1x měsíčně, v případě potřeby a vstřícného postoje rodiny se pracuje na aktuálním tématu přímo těch, kterých se to týká. Rodina má nezastupitelné místo v možnosti ovlivnění průběhu nemoci. Cílem setkání s rodinami je poskytnutí orientace v problému, pochopení projevů nemoci. Nemocný netrpí sám, ale velké nároky jsou kladeny právě na rodinu a blízké okolí. Výhodou je, když je do léčby angažovaná celá rodina, má jednotný postoj k otázkám onemocnění a dokáže na změny související s návratem onemocnění včas upozornit a přijmout potřebná opatření. V těchto skupinách, které probíhají 1x měsíčně jsou častá témata viny, osamocení či úzkosti, hovoří se o stadiích vyrovnávání se s onemocněním. Cíleně jsou zváni rodinní příslušníci, kdy v první části jsou dohromady s pacienty, tato hodina funguje více informativně, časté jsou dotazy.

Rodiny si předávají cenné zkušenosti, ale mohou se také naučit správnou strategii komunikace, zvládnání konstruktivní kritiky a dostat odpovědi na otázky, které se týkají zachování vlastní duševní rovnováhy i prevence osobního vyhoření. Neméně důležitá je možnost emočního odventilování. Rodiče často hovoří o tom, že jsou rádi, že v takové situaci nejsou osamoceni. Ve druhé hodině si rodiny navzájem poskytují pomoc, rodinní příslušníci konečně mají pocit, že se jim někdo věnuje a rozumí jim. Součástí edukace rodin je přehled a kontakty na zařízení, která poskytují následnou péči v Moravskoslezském kraji a kartička první pomoci, kde jsou telefonní čísla na krizovou pomoc. Práci s rodinami se účastní celý psychoterapeutický tým, vrchní sestra, sociální sestra, sociální pracovníce, a pokud je zájem ze strany pacienta či rodinných příslušníků mohou využít konzultaci se staničním lékařem.

Pacienti mají denně možnost využívat „*sociální poradenství a pomoc*“ a konzultovat svou problematiku se sociální pracovnící a s vedoucí sociální pracovnící, která je schopna konkrétně přispět k řešení jejich potíží. Témata se týkají sociálních

dopadů nemoci (dluhové poradenství, někdy i trestná činnost, otázky bydlení, zázemí, péče o děti, pomoc v otázkách příspěvků, invalidních důchodů, pracovní uplatnění, finanční zajištění). Pro pacienta po odeznění akutní fáze nemoci mohou být mnohé situace obzvláště náročné. Sociální pracovnice zprostředkovává 1x v týdnu informativní komunitu, na kterou přijíždějí zástupci následných organizací z Moravskoslezského kraje a představují své aktivity. Výhodou je osobní kontakt a navazování na další péči. (Rovnováha Ostrava, Anima Viva Opava, Charita Opava, Mens Sana Ostrava, ČSDZ Ostrava, Denní centrum Frýdek Místek, Fokus Opava, Ester Javorník, Jordán Třinec, Galaxie Karviná). Od ledna 2016 probíhá v Psychiatrické nemocnici Opava na rehabilitačním oddělení H Stanice 17BC zavedení rehabilitační metodiky CARE, kdy bude prováděna studie ověřující účinnost a použitelnost v našich podmínkách.

Svým výzkumem jsem si chtěla ověřit pohled klientů na nový přístup k péči o duševní onemocnění v rámci reformy psychiatrické péče. Svůj subjektivní pohled jsem si mohla na své praxi na oddělení ujasnit jako kladný, pomalý, s malými, ale viditelnými krůčky ke zlepšení.

4.5.5 Popis a výběr výzkumného vzorku respondentů

Jak už bylo v předešlých popisech řečeno, výzkumu se účastnilo 62 respondentů, konkrétně klientů/pacientů z regionu Moravskoslezského kraje, kteří jsou hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici v Opavě na oddělení H psychiatrické rehabilitace Stanice 17BC. Pacienti přicházejí převážně z uzavřených oddělení. Počet pacientů je 43 osob, je zde přítomnost jak mužů, tak žen dohromady. Použila jsem metodu prostého záměrného (účelového) výběru respondentů. Tento výběr je vhodné aplikovat při menším počtu dotazovaných, kteří jsou snadno oslovitelní.

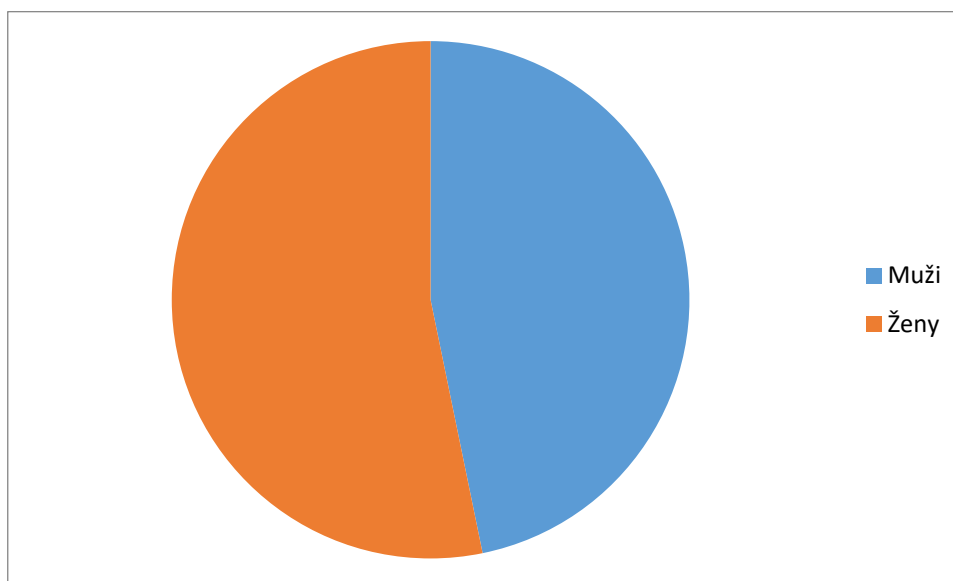
Kritéria pro výběr jsem stanovila následující: klient v přímé péči Stanice 17BC s diagnostikovanou duševní poruchou - bipolární afektivní porucha, doba pobytu - po celých šest týdnů péče hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Opavě na oddělení psychiatrické rehabilitace, kde probíhá komplexní psychosociální rehabilitace metodou CARE. Záměrně jsem výzkum zaměřila na jediné psychotické onemocnění z důvodu největšího průzkumného vzorku po tuto zkoumanou dobu. Výhodou pro účely výzkumu bylo samotné absolvování praxe na Stanici 17BC, kdy jsem mohla své šetření konzultovat s personálem (sociální pracovníci, vedoucí sociální pracovníci, staniční

sestrou, psychoterapeutkami a primářem oddělení), kteří mě z doby mé stáže již znali. Pro zachování anonymity a pro účely zpracování dat jsem respondenty označila číslem, které ale záměrně nebudu u vyhodnocení výsledků užívat, jelikož by mohlo dojít k odhalení. Byli informováni s výzkumným záměrem a užitečností získaných informací. Svůj souhlas s účastí potvrdili na dotaz ústně. Dotazník byl anonymní, kdy klienti jak jsem již zmínila, měli přiřazené své číslo, aby mohlo být dále s dotazníkem pracováno v rámci práce před šetřením a po šetření metody CARE.

4.6 Analýza respondentů- Afektivní bipolární poruchy

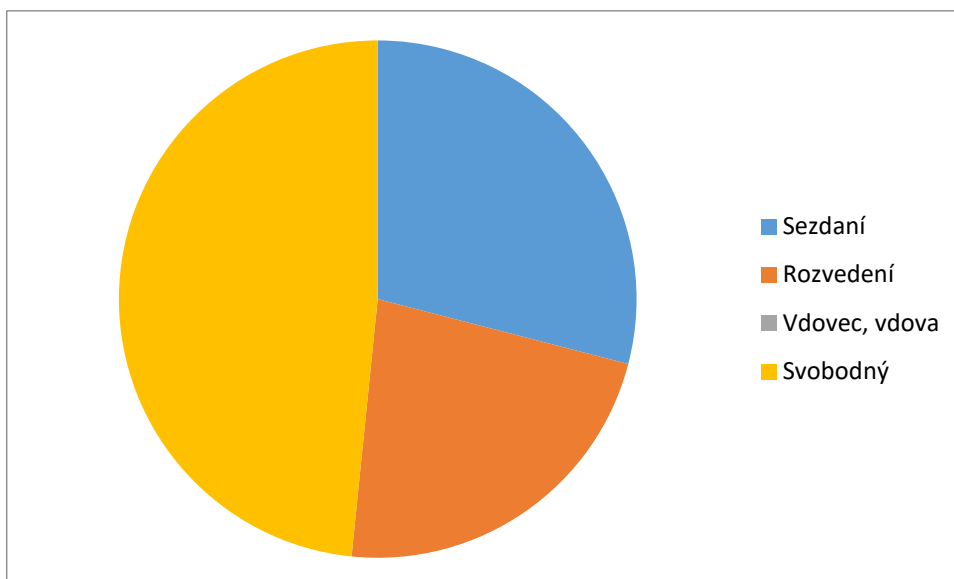
Nadcházející analýzy 62 respondentů proběhly z hlediska demografických údajů (pohlaví, rodinného stavu, zaměstnání, věku, dosaženého vzdělání) a v doménách (fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů, prostředí, zdravotního stavu a celkové kvality života).

Graf č. 1 Rozložení zkoumaného vzorku z hlediska pohlaví



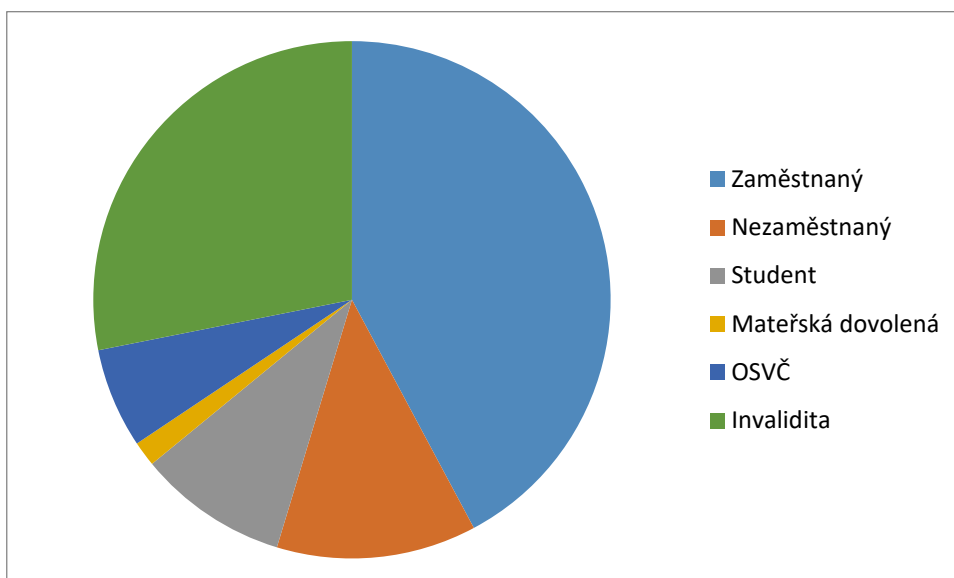
Výzkumu se účastnilo 62 respondentů, z toho bylo 33 žen a 29 mužů.

Graf č. 2 Rozložení vzorku z hlediska rodinného stavu



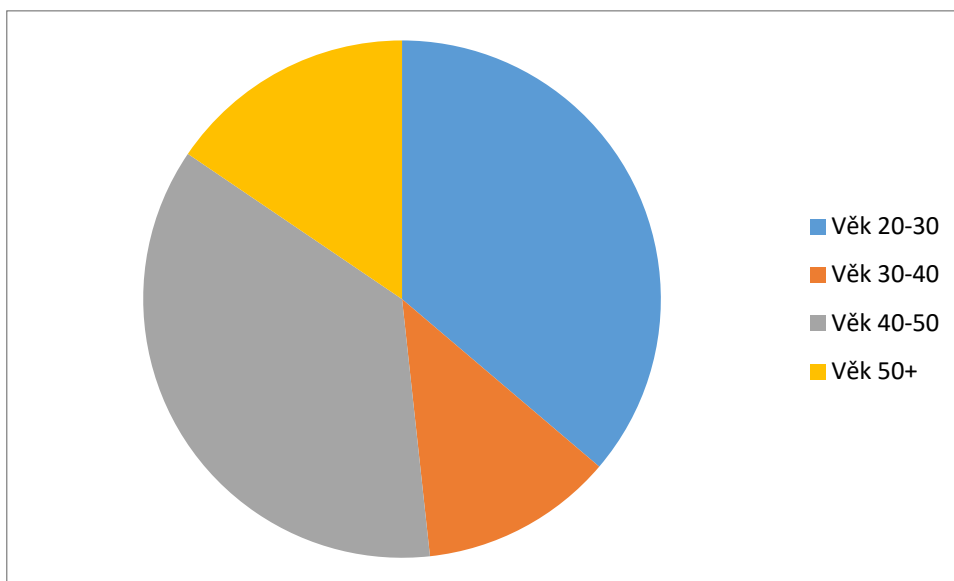
Největší skupinu respondentů z hlediska rodinného stavu tvořili svobodní, kterých bylo celkem 30. Druhou největší skupinou byli sezdaní, kterých bylo 18 a poslední skupinou rozvedení, kterých bylo 14. Žádný ze skupiny respondentů nebyl vdovec. Z hlediska toho jestli respondent má, či nemá děti, byla skupina rozdělena na dvě poloviny po 31 respondentech.

Graf č. 3 Rozložení zkoumaného vzorku z hlediska zaměstnání



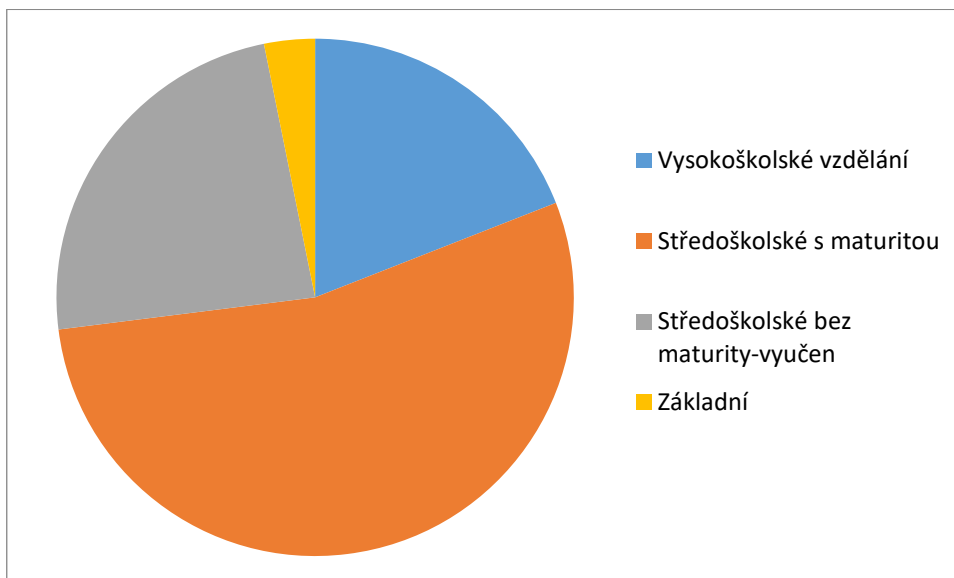
Největší skupinu a to 27 osob tvořili zaměstnaní. Druhou největší skupinou byli respondenti pobírající invalidní důchod. 8 osob bylo nezaměstnaných, 6 studentů, 4 osoby samostatně výdělečně činné a 1 osoba na mateřské dovolené.

Graf č. 4 Věkové rozložení zkoumaného vzorku



Nejpočetnějšími věkovými skupinami zastoupenými ve zkoumaném vzorku byly shodně po 21 osobách skupiny 20-30 let a 40-50. Z toho 9 osob mělo více než 50 let a 7 osob patří do skupiny 30-40. Žádný z respondentů nebyl mladší 20 let.

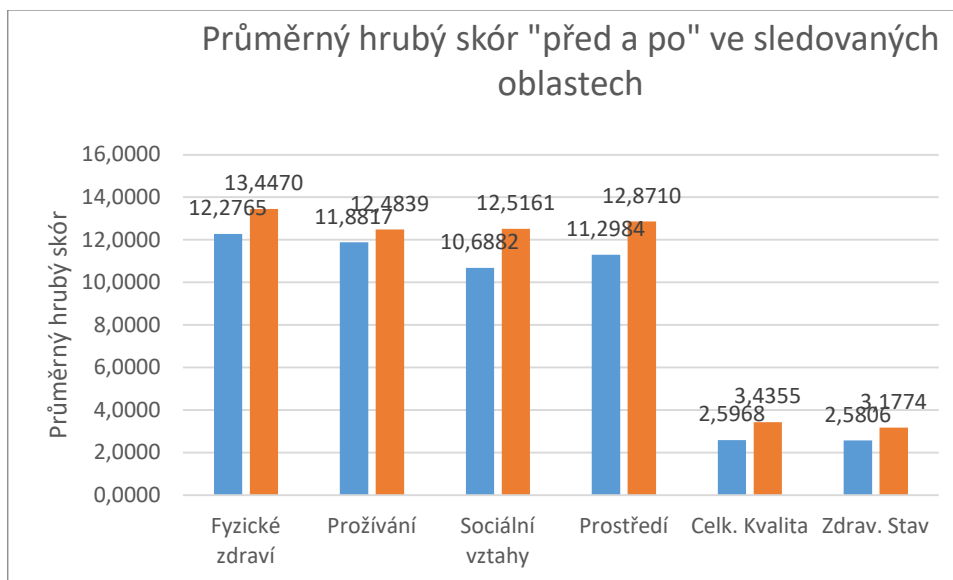
Graf č. 5 Rozložení zkoumaného vzorku z hlediska dosaženého vzdělání



Nejpočetnější skupinou z hlediska dosaženého vzdělání byli absolventi střední školy s maturitou a to v počtu 34 osob. Druhou nejpočetnější skupinou s 15 osobami

byli středoškolsky vzdělaní bez maturity (vyučeni), následování skupinou respondentů s vysokoškolským vzděláním, kterých bylo 12. Základní vzdělání pak ze zkoumaného vzorku. měli 2 osoby.

Graf č. 6 Průměrný hrubý skór ve sledovaných oblastech



4.6.1 Analýza domény fyzické zdraví

Doména se skládá ze 7 položek, průměrný hrubý skór (q3, q4, q10, q15, q16, q17, q18). q3 (bolest a nepříjemné pocity), q4 (závislost na lékařské péči), q10 (energie a únava), q15(pohyblivost), q16 (spánek), q17 (každodenní činnost), q18(pracovní výkonnost).

Tento oddíl (*bolest a nepříjemné pocity*) se zabývá nepříjemnými tělesnými pocity, které člověk prožívá, a tím jsou pro něj tyto pocity zatěžující a narušují mu život. Otázky se zabývají, zda člověk může kontrolovat bolest, jak snadno dosáhne úlevy od bolesti. Oddíl (*energie a únava*) je zaměřen na energii a chuť do života a schopnost provádět nezbytné úkoly denního života i aktivity volného času. Oddíl (*spánku a odpočinku*) se zabývá jak množství spánku a odpočinku a potíže v této oblasti ovlivňují kvalitu života.

4.6.2 Analýza domény prožívání

Doména se skládá z 6 položek, průměrný hrubý skór je z (q5, q6, q7, q11, q19, q26). q5 (potěšení ze života), q6 (smysl života), q7 (soustředění), q11 (přijetí tělesného vzhledu) q19 (spokojenost se sebou), q26 (negativní pocity).

Tento oddíl (*pozitivní pocity*) zkoumá, nakolik respondent prožívá pozitivní pocity spokojenosti, klidu, štěstí, naděje. Součástí této facety tvoří respondentův pohled na budoucnost a pocity s tím spojené. Faceta (*myšlení, učení, paměť, soustředění*) zkoumá respondentův názor na jeho myšlení, učení, paměť. Oddíl (*sebedůvěra a sebeúcta*) se zabývá, jak o sobě lidé smýšlí, jak jsou lidé schopni vycházet s ostatními, schopností provádět určité úkony a jejich rodinnými vztahy. Záměrem je vědomí vlastní ceny. Oddíl (*vnímání těla a vzhledu*) se zabývá, jak respondent nahlíží na vlastní tělo. Oddíl (*negativní pocity*) zjišťuje, nakolik respondent prožívá negativní pocity sklíčenosti, pocitů viny, smutku, plačtivosti.

4.6.3 Analýza domény sociální vztahy

Doména se skládá ze 3 položek průměrného hrubého skóru (q20, q21, q22).

q20 (osobní vztahy), q21 (sexuální život), q22 (podpora přátel)

Faceta (*osobní vztahy*) zjišťuje, do jaké míry se respondentovi v životě dostává od nejbližších přátelství, lásky, podpory, kterou si přeje. Faceta (*sociální podpora*) zjišťuje, do jaké míry člověk cítí, že mu jsou členové rodiny ochotni a schopni poskytnout praktickou pomoc. Faceta (*sexuální život*) se zabývá sexuální potřebou a touhou člověka a měrou, ve které je člověk schopen tyto své potřeby vyjádřit a uspokojit. Otázky se zaměřují pouze na sexuální touhu, její vyjádření a naplnění.

4.6.4 Analýza domény prostředí

Doména se skládá z 8 položek, průměrný hrubý skór (q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25). q9 (životní prostředí), q12 (finanční situace), q13 (přístup k informacím), q14 (záliby), q23 (prostředí v okolí bydliště), q24 (doprava)

Faceta (*fyzické bezpečí a jistota*) zkoumá respondentův pocit bezpečí a jistoty, že mu nehrozí fyzické napadení. Otázky zjišťují, zda má respondent pocit útočiště, pocit bezpečí a jistoty. Faceta (*domácí prostředí*) se zaměřuje na nejdůležitější místo, kde člověk žije, spí, má uloženu většinu svých věcí, jak to ovlivňuje jeho život. Faceta (*finanční situace*) zjišťuje pohled respondenta na jeho finanční prostředky, nakolik tyto prostředky uspokojují potřeby zdravého a pohodlného životního stylu. Faceta (*zdravotní a sociální péče a dostupnost a kvalita*) zjišťuje názor respondenta na zdravotní a sociální péči v jeho blízkém okolí, dostupnost zdravotní a sociální péče i kvalitu a rozsahu péče, která se mu dostává. Faceta (*možnosti získávat nové informace a dovednosti*) zjišťuje možnosti a zájem respondenta se dále vzdělávat, získávat nové znalosti, mít přehled o současném dění. Faceta (*volný čas záliby,*

zájmové a rekreační činnosti) se zabývá schopnostmi, možnostmi a preferencemi respondenta při trávení volného času. Faceta (*životní prostředí*) zjišťuje názor respondenta na jeho životní prostředí, hluchnost, znečištěné ovzduší, celkový vzhled prostředí. Faceta (*doprava*) zjišťuje jak je podle respondentova názoru dostupné a snadné používat dopravní prostředky.

4.6.5 Analýza samostatných položek kvality života a smyslu života

Doména se skládá z 2 položek q1, q2. q1 (kvalita života), q2 (spokojenost se zdravím)

Faceta (*duchovní oblast, víra, osobní přesvědčení*) zkoumá osobní přesvědčení respondenta a jeho vliv na kvalitu života. Faceta (*celková kvalita života*) zjišťuje, jak člověk hodnotí celkovou kvalitu svého života, zdraví a duševní pohody.

4.7 Diskuze a výsledky zjištění kvality života podle dotazníku, vyhodnocení hypotéz, zodpovězení hlavní výzkumné otázky

Tabulka č. 6 Výpočet Wilcoxonova párového testu

	Hrubý skór	Medián	Směrodatná odchylka	Platné pozorování	T	Z	p
Pre Fyzické zdraví	12,27650	12,57143	1,841471	53	93	5,5108	0,0000
Po Fyzické zdraví	13,44700	13,14286	1,551068				
Rozdíl	1,1705	0,5714					
Pre Prožívání	11,88172	11,33333	2,403774	44	228,5	3,1101	0,0019
Po Prožívání	12,48387	12,00000	2,009701				
Rozdíl	0,6022	0,6667					
Pre Sociální vztahy	10,68817	10,00000	3,384240	39	0	5,4424	0,0000
Po Sociální vztahy	12,51613	12,00000	2,659606				
Rozdíl	1,8280	2,0000					
Pre Prostředí	11,29839	11,00000	2,455271	54	0	6,3931	0,0000
Po Prostředí	12,87097	12,50000	2,032392				
Rozdíl	1,5726	1,5000					
Pre Celk. Kvalita	2,5968	3,0000	1,0156	29	0	4,7030	0,0000
Po Celk. Kvalita	3,4355	3,5000	0,7601				
Rozdíl	0,8387	0,5000					
Pre Zdrav. Stav	2,5806	2,0000	0,9843	24	0	4,2857	0,0000*
Po Zdrav. Stav	3,1774	3,0000	0,8967				
Rozdíl	0,5968	1,0000					

Vzhledem k tomu, že bylo provedeno vzájemně závislé párové pozorování, byl výpočet statistické významnosti použit neparametrický Wilcoxonův párový test. Tento test ověřuje tzv. nulové hypotézy, které vycházejí z předpokladu, že ve výsledku výzkumu kvality života ve sledovaných parametrech mezi klienty s psychózou, před psychosociální rehabilitací metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka a po ní nebude rozdíl. V testu se hledá důkaz, že hypotéza neplatí, aby mohla být zamítnuta nebo potvrzena. Nejdůležitějším parametrem je hladina významnosti (v tabulce označena "p") Pokud p přesáhne hodnotu 0,05 tak hypotézu nelze přijmout.

První sloupec tabulky představuje výpočet hrubého skóru a rozdíl v hrubých skórech před a po sociální rehabilitaci. Vzhledem k tomu, že Wilcoxonův test nezahrnuje výpočet míry účinku, která se používá pro porovnávání výzkumů, uvádím medián. Směrodatná odchylka ukazuje, jak moc se od sebe liší jednotlivé případy v souboru zkoumaných hodnot. Pokud je malá, jsou si prvky souboru podobné, a naopak velká směrodatná odchylka ukazuje velké vzájemné odlišnosti. Nejvyšší směrodatná odchylka byla zaznamenána u položky Sociální vztahy a nejnižší u Fyzického zdraví. Vzhledem k tomu, že se u Wilcoxonova testu vyřazují nulové hodnoty 0 (když jsou oba testy vyplněny stejně) uvádím hodnotu Platná pozorování, která představuje počet vzorků bez nulových hodnot. Hodnoty T a Z představují mezivýpočty a jsou uvedeny pro úplnost. Nejdůležitějším parametrem je hladina významnosti, označená v tabulce jako "p".

U fyzického zdraví, sociálních vztahů, prostředí, celkovou kvalitu života a zdravotní stav, vyšla hodnota významnosti 0,000 což znamená, že ze statistického hlediska, jsou tyto výsledky velmi vysoce signifikantní. U hodnoty Prožívání je pak výsledek "pouze" vysoce signifikantní. Vzhledem k hodnotám 0 respektive 0,019 jsou hypotézy ze statistického hlediska potvrzené a výsledky výzkumu statisticky významné.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku

Vliv metody CARE na zlepšení vnímání kvality života.

Dle již zmíněného statistického hlediska bylo potvrzeno, že „metoda CARE dokáže zlepšit vnímání kvality života u klientů s psychózou (afektivní bipolární poruchy) pod vedením sociálního pracovníka.“ Klienti u sebe vnímali zlepšení a přisuzují největší míru důležitosti v pořadí domén jako první nejvíce v oblasti facet „sociálních vztahů“ (osobních vztahů, sexuálního života, podpory přátel), následně v doméně „prostředí“

(životního prostředí, finanční situace, přístupu k informacím, zálibám, prostředí v okolí bydliště a dopravy), „fyzického zdraví“ (bolesti, nepříjemných pocitů, závislosti na lékařské péči, energii a únavě, pohyblivosti, spánku, každodenních činností, pracovním výkonu) a v poslední zkoumané doméně „prožívání“ (potěšení ze života, smyslu života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenosti se sebou a negativních pocitů). Ve facetě „celkové kvality a smyslu života“ klienti zhodnotily, že došlo k vlivu zlepšení v oblastech (osobního přesvědčení, zdraví a duševní pohody) a pomoci se vyrovnat s životními problémy.

Pro výzkum byly stanoveny tyto 4. hypotézy:

1. Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v „oblasti fyzického zdraví“ méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka.

Hypotéza se potvrdila

Pro klienty je snadnější dosáhnout ve svém fyzickém zdraví úlevy, pokud mají menší strach z následné bolesti a tím méně to ovlivňuje jejich kvalitu života. Lidé reagují na bolest rozdílně a různá tolerance a snášení bolesti pravděpodobně také ovlivňuje jejich prožívání a vnímání fyzické úlevy. Únava v oblasti fyzického zdraví může být důsledkem mnoha příčin nemoci, duševních potíží, přepracování. Dostatečné osvěžení spánkem, pozitivní a aktivní směřování na fyzické zdraví náhled na své zdraví snižují závislost na ostatních.

2. Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v „oblasti prostředí“ méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka.

Hypotéza se potvrdila

Ohrožení bezpečí může přicházet z jakéhokoliv zdroje od jednotlivce nebo politického režimu. Týká se respondentova bezprostředního pocitu. Kvalitu vnímaného prostředí respondent hodnotí jako bezpečnou. Důraz se klade na to, co si může a nemůže dovolit. Pocit spokojenosti nebo nespokojenosti s věcmi, které mu jeho příjem umožňuje získat. Pocit závislosti, nezávislosti, pocit dostatku s danými finančními prostředky. Jak je snadné nebo dostupné dostat se do zdravotního nebo sociálního zařízení v respondentově okolí a mít tam své rodinné příslušníky nebo přátele. Respondent má možnost naplnit svou potřebu nových informací a znalostí, formou

vzdělávacích programů, kurzů pro dospělé, zájmovou činností. Respondent při svém trávení volného času, zábavy a odpočinku, sportu, četbě, sledování televize má možnosti, podmínky, celkový vzhled prostředí, které zvyšují kvalitu života. Podle respondentova názoru je pro něj dostupné a snadné používat dopravní prostředky (kolo, auto, autobus, vlak), pokud se potřebuje někam dostat.

3. Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v oblasti „*prožívání*“ méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka.

Hypotéza se potvrdila

Respondent prožívá pozitivní pocity spokojenosti, harmonie, klidu, štěstí, naděje, radosti a potěšení z dobrých věcí. Soustředění a schopnost rozhodování se zlepšily, souvisí to s rychlostí a jasností myšlení. Hodnotí vlastní kompetentnost, výkonnost, spokojenost se sebou, v rozmezí pozitivních názorů na vlastní osobu, respondent si začíná cenit sám sebe. U některých lidí závisí sebeúcta, pocit důstojnosti a sebepřijetí na jejich výkonech nebo na tom, jak je hodnotí ostatní lidé. Respondent je spokojenější s tím, jak vypadá. Prožívá negativní pocity zoufalství, nervozity, úzkosti a nedostatku radosti ze života podstatně mnohem méně. Negativní pocity jsou pro něj méně zatěžující a méně ho ovlivňují v jeho každodenním životě.

4. Klienti s psychózou budou vnímat kvalitu svého života v „*oblasti sociálních vztahů*“ méně pozitivně, než klienti, kteří prošli metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka

Hypotéza se potvrdila.

Závazky vůči ostatním, schopnost a možnost milovat a být milován, mít blízké vztahy k lidem se jak emočně, tak fyzicky zlepšily. Míra sdílení radosti, smutku s milovanou osobou, vědomí, že člověk miluje a je milován. Po fyzické stránce blízkost, objetí, pohlazení, důvěrné přátelství, manželství, partnerství. Došlo ke zlepšení se členy rodiny a přáteli v pomoci v řešení osobních a rodinných problémů. Respondenti cítí míru podpory od rodiny a přátel, především, zda se na ně, mohou spolehnout v případě vážných problémů a mají pocit, že jim rodina a přátelé věří a povzbuzují je.

4.8 Závěr výzkumu

Pro účely práce, byl zkoumaný vzorek dostatečný. Mohlo by být zajímavé obohatit skupinu respondentů o celkovou kapacitu obou oddělení Stanic 17BC, po celou dobu stávajícího programu projektu S.U.P.R. od roku 2016 a následně je porovnat s klienty, kteří neprošli metodou CARE. Při provádění výzkumu bylo zřejmé, že respondenti mají upřímný zájem se podílet na změnách v reformě psychiatrické péče. Lze do budoucna předpokládat, že po ukončení celonárodního programu transformace a deinstitucionalizace psychiatrické péče, rehabilitace psychotických pacientů, *„je metodika CARE“ na jejich cestě zotavení (recovery) z duševního onemocnění a zlepšení jejich kvality života v oblasti duševního zdraví i v sociálním kontextu pro klienty přínosná.“*

Během celého výzkumu jsem se snažila zmírňovat případné obavy klientů zaručením jejich anonymity při vyplnění dotazníku, dostatkem času, prostoru, který potřebovali, klidným, bezpečným prostředím a dobrovolnou účastí. Domnívám se, že výzkum provedený pro účely této práce může být pro pracovníky oddělení rehabilitace H přínosný, ale může být i zkreslující, vlivem vybraného výběru respondentů zaměřených pouze na jedno duševní onemocnění, kterým je bipolární afektivní porucha.

5. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá metodami sociální práce u klientů s psychózou a možnostmi psychosociální rehabilitace.

V jednotlivých kapitolách teoretické části jsem pomocí odborné literatury definovala základní pojmy, se kterými jsem pracovala a snažila se objasnit situaci klientů s duševním onemocněním. Stručně charakterizovat sociální práci, sociální služby, sociálního pracovníka, sociálně právní minimum a legislativu specifickou pro psychózy. Základní znalostí a předpokladem k práci s duševně nemocnými je přesto orientace v rozlišování nejdůležitějších příznaků duševních poruch, vlivu medikace a schopnost provádět základní diagnostické úvahy včetně komunikace s odborníky v oblasti psychiatrické péče. Proto samotnou kapitolu psychóz jsem pojala za důležité obsáhnout hlouběji. Psychóza je často zaměňována s termínem neuróza, bylo potřeba tyto pojmy objasnit. Nejde o jedinou příčinu vzniku psychóz, ale o souhrn většího počtu nepříznivých vlivů, biologických, psychologických i sociálních. Pro lepší porozumění příčin duševních poruch, je možné podívat se do základů psychologie popsané

v samotné podkapitole příčin z psychických funkcí. Duševní poruchy pro sociálního pracovníka dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 slouží jako vodítko ke znalosti symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění k orientování se ve specifikách lidského chování a prožívání při práci s klienty s duševním onemocněním.

Z hlediska psychóz je nejvíc zastoupená bipolární afektivní porucha, mánie a deprese. Tato psychotická onemocnění mají největší procento výskytu z hlediska psychóz, a proto jim věnuji pozornost i ve výzkumné části své práce. Bipolární afektivní porucha je obvykle celoživotní onemocnění, charakteristické opakovanými epizodami manických a depresivních projevů. Vědět v jaké diagnostické kategorii se pohybujeme, je jedním z prvních kroků v péči o klienta. Abychom však mohli klientovi co nejvíce porozumět, je potřeba brát v úvahu v první řadě jeho jedinečnost. Nejen symptomy duševního onemocnění, ale i příčinu jejich vzniku, prostředí klienta, jeho zázemí, slabé a silné stránky.

Nejen samotná diagnóza, ale také stigmatizace samotné osoby i rodiny, je velmi stresující. Povědomí populace o současné problematice psychických poruch je velmi malé.

V zadání a celé diplomové práci jsem se zabývala metodami sociální práce, které jsou specifické pro psychózy a možnostmi psychosociální rehabilitace, které mají vliv na kvalitu života klientů s psychózou. Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mají různý rozsah a cíle, od prevence, obnovení duševní rovnováhy, až po dlouhodobé léčení duševních poruch.

Život s někým, kdo trpí psychickou poruchou, způsobuje členům rodiny nemalé problémy, které předtím nikdy nezažili, kde jim pomáhá komunitní péče, která přinesla zvýšený důraz na podporu rodin lidí s duševním onemocněním.

Dále, jsem se v práci zabývala možnostmi psychosociální rehabilitace, socioterapie, zotavení (recovery), zplnomocnění (empowerment) a metodou CARE neboli Comprehensive Approach to Rehabilitation, jako komplexního přístupu k rehabilitaci klientů s psychózou a s tím souvisejícího vnímání kvality života, zdraví a ostatních životních oblastí. Smyslem sociální rehabilitace je to, aby klienti s duševním onemocněním žili v běžných životních podmínkách, vykonávali obvyklé sociální a osobní role a fungovali co nejvíce samostatně, s co nejmenší možnou mírou odborné péče. Zároveň jde o to, aby je jejich prostředí bylo schopno přijmout a nedocházelo k diskriminaci a sociálnímu vyloučení.

V praktické části jsem popsala fázi přípravy výzkumu, teoretická východiska,

metodologii výzkumu. Cílem práce byl výzkum pomocí české verze dotazníku kvality života WHOQOL-BREF a zjištění míry spokojenosti kvality života u klientů s psychózou, kteří se po komplexním zotavení metodou CARE pod vedením sociálního pracovníka připravují na život ve svém přirozeném prostředí. Vzhledem k výsledným hodnotám "p", které vyšlo 0 respektive 0,019 ,jsou hypotézy ze statistického hlediska potvrzené a výsledky výzkumu statisticky významné. Bylo tedy potvrzeno, že vliv metody CARE, dokáže zlepšit vnímání kvality života u klientů s psychózou (afektivní bipolární poruchy) pod vedením sociálního pracovníka. Klienti u sebe vnímali zlepšení a přisuzují největší míru důležitosti v pořadí oblastí facet sociálních vztahů, následně v doméně prostředí, fyzického zdraví a v poslední zkoumané doméně prožívání. Výsledky bude možné použít ke zkvalitnění a zlepšení poskytované péče pro oddělení H psychiatrické rehabilitace Stanice 17BC Psychiatrické nemocnice v Opavě.

Role sociálního pracovníka je při práci s klienty s psychózou nezastupitelná.

SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

Základní odborná literatura:

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠENÍ ZDRAVÍ, a kol. *Manuál zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví* 2.vyd. Praha: Publikace, 2016. CZ.1.04/5.1.01/77.00385

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠENÍ ZDRAVÍ *Umíme se domluvit, aneb Co potřebuje člověk s duševní poruchou při jednání na úřadě i jinde*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: CMHCD, 2014

COLOM, F. & LAM, D. *Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder*. Eur Psychiatry. Paris, 2005. ISSN 1778-3585.

CORRIGAN, P. W. *Don't call me nuts: an international perspective on the stigma of mental illness*. Acta Psychiatr Scand. Copenhagen, 2004, ISSN 1600-0447.

DAVIDSON, L., TONDORA, J.,LAWLESS, M.S., O'CONNELL M.J., ROWE, M. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha:PN Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 6.dotisk 3.vyd. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-0139-7.

DÖRNER, K. a PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-628-5.

DRAGOMIRECKÁ, E. & BARTOŇOVÁ,J. *WHOQOL–BREF.WHOQOL-100.Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

DUŠEK, K. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9855-4 (ePub) ISBN 978-80-247-9854-7 (pdf) ISBN 978-80-247-4826-9(print)

FOJTÍČEK, M. *Recovery podle Dr.Raginse- inspirace pro služby psychosociální podpory na Ledovci* . Praha: Seminární práce pro kvalifikační kurz sociální pracovník, 2013.

GULOVÁ, L. *Sociální práce pro pedagogické obory*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAUSNER, M. *Duševně nemocný mezi námi*. 3.vyd. Praha: Avicenum, 1978. ISBN 08-026-78.

HOLLANDER, D. a WILLKEN, JP. *Podpora zotavení a začlenění, úvod do metodiky CARE*. 1. vyd. Praha: PN Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-080-87.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X.

KROON, J. D. WEEGHEL, J. V. *Case management, quo vadis? In Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness. Edited by Jaap Van Weeghel*. Utrecht: Timbos Institute, 2002. ISBN 966-7841-28-6.

KUZNÍKOVÁ, I. a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LACA, S. *Sociálna pedagogika verzus Sociálna práca*. PVŠPS, 2016. ISBN 978-80-906237-0-5.

LÁTALOVÁ, K. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3. aktualizované a doplněné vydání Praha: Portál, 2008, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001,2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

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

MATOUŠEK, O. KOLÁČKOVÁ, J. KODYMOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O. PAZLAROVÁ, H. a kol. *Podpora rodiny* 1.vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.

MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

NOLEN-HOEKSEMA, S. FREDRICKSON, B. L. LOFTUS, G. R. WAGENAAR, W. A. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. přepracované 3.vyd., přeložila ANTONÍNOVÁ, H. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0083-3.

NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

OCISKOVÁ, M. PRAŠKO, J. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Pardubice: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-9906-3 (ePub), ISBN 978-80-247-9905-6(pdf), ISBN 978-80-247-5199-3(print).

PALEČEK, J. *Komunitní péče*. Praha: Pražská vysoká škola psychosociálních studií, 2006.

PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PĚČ, O. PROBSTOVÁ, V. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. 3.vyd. Praha: Portál, 2003,2009,2015. ISBN 978-80-262-0900-3.

PROBSTOVÁ, V. PĚČ, O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RIDGWAY, P. McDIARMID, D. DAVIDSON, L. BAYES, J. RATZLAFF, S. *Cesty k zotavení*. Přeložila CHARVÁTOVÁ, J. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014. ISBN 978-1-50317191-6.

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1.

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Books, 2001.

ŠPILÁČKOVÁ, M. NEDOMOVÁ, E. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0726-9.

THORNICROFT, G. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Přeložil Cross Channel Praha: Centrum péče o rozvoj duševního zdraví, 2006. ISBN 978-80-260-0302-1.

VÁGNEROVÁ, M. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha:Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

WILKEN, J. P., den HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci* Praha: Komunitní psychiatrie v praxi, 1999.

ZAKOUŘILOVÁ, E. *Speciální techniky a sociální terapie rodin*. Praha:Portál, 2014, ISBN 978-80-262-0583-8.

Seznam internetových zdrojů:

Centrum pro rozvoj péče a duševní zdraví [online]. Copyright © [cit. 20. 6. 2018]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/umime_se_domluvit_final.pdf

http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf

www.cmhcd.cz [online]. Copyright © [cit. 20. 6. 2018]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/publikace>

<http://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/platforma-care/>

www.crpdz.cz [online]. Copyright © [cit. 20. 7. 2018]. Dostupné z:

https://www.crpdz.cz/dokumenty/2006_03_30_002.pdf

www.mpsv.cz [online]. Copyright © [cit. 21. 6. 2018]. Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf

www.psychiatrickarehabilitace.cz [online]. Copyright © [cit. 4. 6. 2018]. Dostupné z: http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/obj/files/1/sys_media_212.pdf

<http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/projekt-s-u-p-r/>

<http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/psychiatricke-nemocnice/psychiatricka-nemocnice-opava/>

108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © [cit. 12. 06. 2018]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>,
<https://www.zakonyprolidi.cz/hledani?text=108%2F2006>

www.zotaveni.cz [online]. Copyright © [cit. 4. 6. 2018]. Dostupné z:

<http://www.zotaveni.cz/co-je-zotaveni>

Seznam grafů:

Graf č. 1 Rozložení zkoumaného vzorku z hlediska pohlaví

Graf č. 2 Rozložení vzorku z hlediska rodinného stavu

Graf č. 3 Rozložení zkoumaného vzorku z hlediska zaměstnání

Graf č. 4 Věkové rozložení zkoumaného vzorku

Graf č. 5 Rozložení zkoumaného vzorku z hlediska dosaženého vzdělání

Graf č. 6 Průměrný hrubý skór ve sledovaných oblastech

Seznam tabulek:

Tabulka č. 1 Přehled sociálních služeb

Tabulka č. 2 Základní diagnostické kategorie duševních poruch podle MKN-10

Tabulka č. 3 Prvky metody CARE

Tabulka č. 4 Proces zotavení

Tabulka č. 5 Deduktivní metoda

Tabulka č. 6 Výpočet Wilcoxonova párového testu

Přílohy:

Příloha č. 1 Dotazník kvality života WHOQOL-BREF

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA

Pořadové číslo.....

Datum.....

Vážený pane, vážená paní,

tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života.

Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Myslete prosím, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti, zásady, očekávání, potěšení a zájmy.

Ptáme se na Váš život **před** (v den nástupu) nástupu na psychosociální rehabilitaci

(prosím zakroužkujte)

po (v den propuštění) nástupu na psychosociální rehabilitaci

Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů. Děkuji za Váš ústní souhlas a písemné vyplnění.

KVALITA ŽIVOTA

DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE

WHOQOL-BREF (krátká verze)

INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odovězte laskavě na všechny otázky.** Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte prosím odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	④	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	①	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	velmi špatná	špatná	ani špatná ani dobrá	dobrá	velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **v jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

	velmi špatně	špatně	ani špatně ani dobře	dobře	velmi dobře
15. Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	velmi nespokojen/a	nespokojen/a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

	nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále
26. Jak často prožíváte negativní pocity jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Iveta Richter Jančová

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Metody sociální práce u klientů s psychózou

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Rok: 2018

Počet znaků hlavního textu práce bez příloh: 180261

Celkový počet slov: 28434

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: DP- Richter Jančová - Metody sociální práce u klientů s psychózou

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Iveta Richter Jančová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Metody sociální práce u klientů s psychózou
 Vedoucí/oponent* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 92

Počet stránek příloh: 5

Počet titulů v seznamu literatury: 47

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	•			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	•			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	•			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	•			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		•		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	•			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		•		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	•			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

		•		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		•		
--	--	---	--	--

*

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznosť kapitol a subkapitol

	•			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

		•		
--	--	---	--	--

Vhodnosť prezentácie záverů práce (publikácie, referáty, apod.)

		•		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi při obhajobě:

Nemám otázky do diskusie.

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Iveta Richter Jančová sa zaoberá vo svojej práci problematikou metódami sociálnej práce u klientov s psychózou. Štruktúra práce je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V jednotlivých kapitolách a podkapitolách je práca vyvážená. V úvode autorka uviedla cieľ práce a charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách a podkapitolách. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen ČR literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike). Záver práce je ukončený prílohou, v ktorej sa nachádza štandardizovaný dotazník.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku a to vymedzuje základné pojmy v prvej kapitole a v ďalších kapitolách sa venuje psychóze a jednotlivým metódam sociálnej práce, ktoré sa dotýkajú skúmanej problematike. Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu dotazníka a to štandardizovaného dotazníka na kvalitu života WHOQOL-BREF, kde si stanovila jednotlivé hypotézy. V rámci vyhodnotenia hypotéz použila autorka Wilcoxonova párového testu. „Musím pochváliť diplomantku, a jej praktické skúsenosti z danou problematikou s ktorou sa stretla vo svojej praxi, taktiež chválím jej prístup k písaniu práce a spoluprácu, hodnotím veľmi kladne.

Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 1 (výbornee).

Datum, podpis: 18.08.2018



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Iveta Richter Jančová
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Metody sociální práce u klientů s psychózou
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 91
 Počet stránek příloh: 5
 Počet titulů v seznamu literatury: 43
 Počet internetových odkazů: 7

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		x		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. V samém závěru práce stručně zmiňujete nezastupitelnost role sociálního pracovníka při práci s klienty s psychózou. Můžete toto tvrzení více rozvést? V čem konkrétně tuto nezastupitelnost spatřujete?
2. Jakým konkrétním praktickým způsobem bude možné využít výsledky vašeho výzkumu?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka pro svou diplomovou práci zvolila téma, jehož zpracování může přispět ke zkvalitnění práce konkrétní organizace a být inspirací pro subjekty, které pracují s obdobnou cílovou skupinou. Jedná se tedy o téma aktuální a potenciálně přínosné.

Práce je rozdělena do teoretické a výzkumné části.

Teoretická část je věnována východiskům sociální práce zaměřené na klienty s psychotickým onemocněním. Problematika je zachycena v široké perspektivě, autorka zpracovává mnohá související témata – sociální práci, psychózy, její příčiny a diagnostiku, specifické metody sociální práce s lidmi s psychotickým onemocněním. Tento široký záběr je však na škodu, autorka uvádí notoricky známá učebnicová fakta bez jakékoli přidané hodnoty např. **Základní druhy sociálních služeb** (s. 7). Problematická je kapitola **2.3 Příčiny psychózy** (s. 14), v níž autorka přináší obsahově chudý, jednotnou vodící linii postrádající přehled příčin psychóz. Na začátku druhého odstavce odkazuje na „mnoho autorů“ a cituje jeden zdroj. Kapitola **2.4 Příčiny z psychických funkcí** (s. 15. – 20.) je velmi obsáhlým popisným přehledem poruch psychických funkcí, obsahově a tematicky neodpovídající rovněž vágnímu a nejasnému názvu kapitoly (např. s. 17 – 18. definice a dělení inteligence, kritéria mentální retardace apd.).

V empirické části se autorka zabývá výzkumem, který vychází z teoretické části a nastoluje odpovídající cíl výzkumu, jímž je zjištění vlivu metody CARE na zlepšení vnímání kvality života klientů konkrétního psychiatrického oddělení. Autorka zvolila kvantitativní metodu s využitím české verze standardizovaného dotazníku kvality života WHQOL-BREF, předkládá výzkumnou otázku a hypotézy. (Výzkumnou otázku by bylo dobré formulovat jako otázku nikoli jako tezi). Velmi podrobně zpracovává metodologii výzkumu, jehož statisticky významné výsledky mohou být přínosem v dalším praktickém využití uvedené metody CARE. V podkapitole 4.7 navzdory názvu zcela chybí diskuse. Výzkumná část je zdařilejší než teoretická, autorka v ní přesvědčivě dokládá svou znalost prostředí, v němž výzkum po dobu jednoho roku probíhal a schopnost výzkumné práce s uvedenou cílovou skupinou.

Pro stylistické a jazykové stránce je práce vyhovující, občas se v ní vyskytují gramatické chyby či neobratná vyjádření. Po formální stránce by bylo vhodnější začínat hlavní kapitoly na nové stránce a výrazněji oddělovat subkapitoly, místy je text nepřehledný (str. 80).

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 1 - 2

Datum, podpis:

A handwritten signature in blue ink, consisting of several fluid, overlapping strokes that form a stylized, abstract shape.