

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2015

Lucie Chotěnovská

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Možnosti zdravotně sociální péče o klienty s vážnou duševní poruchou

Lucie Chotěnovská

Bakalářská práce

2015

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Chotěnovská**
Osobní číslo: **Z12087**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Název tématu: **Možnosti zdravotně sociální péče o klienty s vážnou duševní poruchou**
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**

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

Seznam odborné literatury:

1. ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. Praktická psychiatrie. Praha: Maxdorf, 2013, 143 s. Jessenius. ISBN 978-807-3453-169.
2. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-802-4721-385.
3. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 143 s. ISBN 978-807-3677-237.
4. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2. vyd. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.
5. KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 212 s. ISBN 978-802-4736-761.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Magda Taliánová, Ph.D.


Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2013**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. července 2015**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 27. března 2015

Prohlašuji: Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Horní Rovni dne 29. 5. 2015

Lucie Chotěnovská

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala PhDr. Magdě Taliánové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při psaní této bakalářské práce. Také děkuji všem respondentům za spolupráci a ochotu při vyplňování dotazníků. Dále bych chtěla poděkovat MUDr. Petru Hejzlarovi za rady při volbě tématu a pomoc při tvorbě dotazníku.

V neposlední řadě patří můj dík přítelovi, rodině a přátelům za podporu a pomoc při studiu.

Anotace

Práce se věnuje problematice klientů s vážnou duševní poruchou a oblasti zdravotních a sociálních služeb pro tyto klienty. Teoretická část zahrnuje vysvětlení termínu vážná duševní porucha, jednotlivá duševní onemocnění z tohoto termínu a zdravotní a sociální služby určené pro klienty s vážnou duševní poruchou. Dále se věnuje komunitní péči o klienty s vážnou duševní poruchou, přístupům k nim a reformě psychiatrické péče u nás i v zahraničí.

Výzkumná část se zaměřuje na prezentaci a interpretaci dat získaných kvantitativním výzkumem, který byl realizován pomocí dotazníků. Zjišťuje pokrytí zdravotních a sociálních služeb určených klientům s vážnou duševní poruchou, funkčností těchto služeb a komunitním plánováním ve vybraných krajích podle sociálních pracovníků/pracovnic.

Klíčová slova

Vážná duševní porucha, schizofrenie, afektivní poruchy, zdravotní služby, sociální služby, komunitní péče, reforma psychiatrie

Annotation

This work deals with an issue of clients with serious mental illness and also the area of health services and social services for these clients. Theoretical part includes the explanation of term - serious mental illness, particular mental illnesses from this term, health and social services which are assigned for these clients. Further takes care about the community care for the clients with serious mental illness, approaches to them and reform of psychiatric care here in this state and abroad.

Research section focuses on presentation and interpretation of data which were gained by quantitative research which was implemented by questionnaires. The research found out the coverage of health and social services which are appropriate for clients with serious mental illness and also the functionality of these services and community planning in chosen regions according to social workers.

Key words

Serious mental illness, schizophrenia, affective disorders, health and social services, community care, reform of psychiatric

OBSAH

ÚVOD	10
Cíle práce	11
I. Teoretická část	12
1 Vážná duševní porucha (VDP)	12
1.1 Charakteristika klientů s VDP	12
1.2 Onemocnění řazená do termínu VDP	13
1.2.1 Schizofrenie	13
1.2.2 Afektivní poruchy – mánie a deprese	16
2 Služby vhodné pro klienty s VDP	18
2.1 Resort zdravotnictví	18
2.1.1 Lůžková péče	18
2.1.2 Ambulantní péče	19
2.1.3 Centrum krizové intervence	20
2.1.4 Terénní služby pro klienty s vážnou duševní chorobou	20
2.2 Resort sociálních věcí	20
2.2.1 Sociální služby využitelné osobami s VDP	21
3 Komunitní péče o klienty s vážnou duševní chorobou	23
3.1 Komunita	23
3.2 Komunitní péče	23
3.3 Koncepty v komunitní péči	24
3.3.1 Asertivní komunitní péče	24
3.4 Služby v komunitní péči	25
4 Vývoj v péči o klienty s VDP u nás	26
4.1 Reforma psychiatrie v ČR	27
5 Modely péče o klienty s duševním onemocněním v Evropě a jejich reforma	29
5.1 Německo	29

5.2	Francie.....	29
5.3	Spojené království.....	29
5.4	Itálie.....	30
5.5	Dánsko.....	30
5.6	Švédsko	30
5.7	Španělsko	30
5.8	Maďarsko	31
5.9	Řecko.....	31
II.	Výzkumná část	32
6	Metodika výzkumu.....	32
6.1	Výzkumné otázky.....	32
6.2	Metodika výzkumu.....	33
6.3	Výzkumný nástroj	33
6.4	Výzkumný vzorek	33
6.5	Analýza dat.....	33
7	Interpretace výsledků.....	34
8	Diskuze	59
9	Závěr.....	64
	Zdroje.....	65
	Tištěné zdroje	65
	Elektronické zdroje	66
	Přílohy.....	70

SEZNAM ILUSTRACÍ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1 Grafické znázornění odpovědí respondentů podle místa výkonu povolání (kraj) ..35	35
Obrázek 2 Grafické znázornění četnosti pracovní pozice respondentů	36
Obrázek 3 Grafické znázornění odpovědí respondentů podle oblasti sociální práce, ve které pracují	37
Obrázek 4 Grafické znázornění problémů klientů, které jsou nejčastěji řešeny se sociálním pracovníkem.....	38
Obrázek 5 Grafické znázornění pokrytí zdravotních služeb podle sociálních pracovníků.....	39
Obrázek 6 Grafické znázornění pokrytí sociálních služeb podle sociálních pracovníků	40
Obrázek 7 Grafické znázornění četnosti odpovědí respondentů na zdravotní služby, kterých by mělo být více.....	42
Obrázek 8 Grafické znázornění četnosti odpovědí respondentů na sociální služby, kterých by mělo být více.....	44
Obrázek 9 Grafické znázornění potřeby změny sociálních služeb podle respondentů.....	50
Obrázek 10 Grafické znázornění potřeby změny zdravotních služeb podle respondentů	51
Obrázek 11 Grafické znázornění odpovědí respondentů na zařízení, se kterými nejčastěji spolupracují.....	52
Obrázek 12 Grafické znázornění odpovědí respondentů na zařízení, se kterými je nejlepší spolupráce	53
Obrázek 13 Grafické znázornění četnosti komunitního plánování podle respondentů	54
Obrázek 14 Grafické znázornění existence pracovní skupiny komunitního plánování pro klienty s VDP podle respondentů	55
Obrázek 15 Grafické znázornění znalosti respondentů jednotlivých plánů z komunitního plánování.....	56

Seznam tabulek

Tabulka 1 Četnost pohlaví respondentů.....	34
Tabulka 2 Četnost odpovědí respondentů podle délky praxe	35
Tabulka 3 Četnost odpovědí respondentů podle zájmu klientů o zdravotní služby	46
Tabulka 4 Četnost odpovědí respondentů podle zájmu klientů o sociální služby	48
Tabulka 5 Četnost zahájení prvního kontaktu se sociálním pracovníkem/pracovnicí.....	58

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

atd. – a tak dále

ČSSZ – česká správa sociálního zabezpečení

ČSÚ – Český statistický úřad

GAF – Global Assessment of Functioning

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

např. – například

NCONZO – Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

PDZ – Péče o duševní zdraví

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VDP – vážná duševní porucha

vyd. - vydání

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

ÚVOD

Toto téma vnímám jako velmi důležité, mimo jiné kvůli sociálním důsledkům duševního onemocnění. Klienti s vážnou duševní poruchou jsou často sami bez podpory rodiny, často mají nízké ekonomické, bytové a materiální zajištění. Podle Výběrového šetření zdravotně postižených osob z roku 2013 v oblasti bydlení je druhý nejvyšší počet klientů s vážnou duševní poruchou ve skupině bez domova (35%) a podporovaného bydlení (30%). (ČSÚ, 2014)

Mnozí z těchto klientů mimo jiné pobírají nejen invalidní důchod, ale i dávky hmotné nouze. Podle mého názoru je nutné zajistit těmto klientům příslušné sociální a zdravotní služby tak, aby je podpořili co nejvíce k samostatnosti.

Podle statistické ročenky České správy sociálního zabezpečení z roku 2013 jsou duševní onemocnění druhým nejčastějším důvodem k udělení invalidního důchodu třetího stupně, zejména v mladém věku. Již v období do 34 let u mužů a do 29 let u žen je to dokonce nejčastější příčinou. Z celkového počtu nově přidělených invalidních důchodů je to u mužů 955 invalidních důchodů třetího stupně kvůli duševnímu onemocnění, což je asi 17% z celkového počtu a u žen 782 duševních onemocnění, což je asi 20% ze všech onemocnění. V roce 2012 a 2011 bylo duševní onemocnění druhá nejčastější příčina udělení invalidních důchodů třetího stupně. (ČSSZ, 2014, ČSSZ 2013, ČSSZ 2012)

Podle výběrového šetření mají klienti s duševní poruchou největší problém s komunikací, dále s příjmem informací a vedením domácnosti. Služby, jak zdravotní a sociální, provozované v duchu komunitního přístupu zaměřené na podporu těchto oblastí mohou těmto klientům velice pomoci. (ČSÚ, 2014)

Tato práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část obsahuje pět kapitol. Zabývá se problematikou klientů s vážnou duševní poruchou a jednotlivými diagnózami, které mají klienti s vážnou duševní poruchou, dále zdravotními a sociálními službami pro tyto klienty, komunitní péčí a reformou psychiatrie v České republice a jiných zemích. Výzkumná část se zabývá sociálními a zdravotními službami pro klienty s vážnou duševní poruchou. Zahrnuje rozbor pokrytí, využívání a vhodnost služeb, které se věnují klientům s vážnou duševní poruchou a dotýká se tématu komunitního plánování.

Cíle práce

Cílem teoretické části této bakalářské práce je vytvořit souhrn informací a klientech s vážnou duševní poruchou, zdravotních a sociálních službách pro ně určené, dále teoretická část má za cíl popis reformy psychiatrie u nás i v zahraničních zemích včetně přístupů k těmto klientům.

Pro výzkumnou část byl stanoven hlavní cíl, který měl za úkol zjistit, jak jsou klienti s vážnou duševní poruchou zabezpečeni po stránce zdravotních a sociálních služeb pro ně určené. Z hlavního cíle bylo vytyčeno několik dílčích cílů.

Dílčí cíle:

1. Zjistit využívání sociálních a zdravotních služeb pro klienty s vážnou duševní poruchou v Pardubickém a Královéhradeckém kraji z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic.
2. Zjistit pokrytí sociálních a zdravotních služeb pro klienty s vážnou duševní poruchou v Pardubickém a Královéhradeckém kraji podle sociálních pracovníků/pracovnic.
3. Zjistit, jaké skupiny klientů s vážnou duševní poruchou nejčastěji žádají o sociální nebo zdravotní službu v Pardubickém a Královéhradeckém kraji z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic.
4. Zjistit, zda jsou zdravotní a sociální služby vyhovující pro klienty s vážnou duševní poruchou v Pardubickém a Královéhradeckém kraji podle sociálních pracovníků/pracovnic.
5. Zjistit, jaká je spolupráce se sociálními a zdravotními zařízeními z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, včetně znalosti sociálních pracovníků/pracovnic komunitního plánování?

I. Teoretická část

1 Vážná duševní porucha (VDP)

V první části popisují termín vážné duševní poruchy a konkrétní onemocnění z tohoto termínu. Vybrala jsem onemocnění, která jsou nejčastější a spadají pod obě definice vážné duševní poruchy, které popisují níže. Podle Zdravotnické ročenky je nejčastější onemocnění ze skupiny vážné duševní poruchy onemocnění z okruhu F2 (schizofrenie) a F3 (afektivní poruchy nálady). Nejprve popisují schizofrenii a dále z afektivních poruch mánií a deprese. Tyto onemocnění popisují zejména pro objasnění charakteru nemoci, proto například nepopisují léčbu. (ÚZIS, 2014)

VDP je termín zahrnující skupinu klientů s psychiatrickou diagnózou a splňující určitá kritéria. Podle Veldhuizena, Bählera lze do kategorie VDP zahrnout klienta s psychiatrickou diagnózou, která vyžaduje péči a léčbu, tato nemoc ho omezuje v sociálním fungování, problémy spojené s nemocí nemají přechodný charakter a je nutné sestavit plán léčby. Nejčastěji jsou to klienti s psychózami, dále s afektivními poruchami, poruchami osobnosti a organickými poruchami. Méně početnou skupinou jsou klienti s poruchami autistického spektra, klienti se závislostí a s duální diagnózou. (Veldhuizen, Bähler, 2013, s. 15)

Další charakteristikou klientů s VDP podle Foitové, Pěče a Wenigové je délka trvání onemocnění, která je delší než 2 roky. Dále tím, jak je klient schopný fungovat v běžném životě a diagnózou, což se hodnotí škálou GAF (Global Assessment of Functioning). Škála GAF zahrnuje hodnocení symptomů nemoci, ale i praktické a sociální fungování klienta. V tomto hodnocení musí klient získat 50 bodů a méně. Tato škála je stobodová, tudíž při skóre 50 bodů je souhrnné postižení na úrovni 50%. Podle této charakteristiky je dalším kritériem diagnóza dle Mezinárodní klasifikace nemocí. Zahrnuje okruh F2, F3 a eventuelně F6. Seznam těchto diagnóz je uveden v příloze A. Mohou zde být zahrnuty i duální diagnózy. Do této definice nelze zahrnout klienty se závislostí na návykových látkách, klienty s mentálním postižením ani klienty s organickými mozkovými syndromy jako je například demence. Tato charakteristika se liší oproti předešlé tím, že zahrnuje méně diagnóz. (Foitová, Pěč, Wenigová, 2011, s. 7)

1.1 Charakteristika klientů s VDP

Klienty s VDP lze charakterizovat jako zranitelné v mnoha ohledech. Tito lidé mají velké potřeby v oblasti péče, ale někdy jsou naprosto samostatní. Mohou být plaší. Někdy projevují

podivínském, nápadném či pro společnost nepřijatelném chování. Ve společnosti často mají problémy z důvodu předpokladů většinové společnosti, jako je představa, že většina duševně nemocných je i násilných či nepřátelských. Těmito předpoklady často trpí i jejich nejbližší. V určitých fázích nástupu a průběhu duševní nemoci si většinou nepřipouštějí svoje onemocnění a dochází k zanedbávání péče o své duševní i fyzické zdraví. (Foitová, Pěč, Wenigová, 2011, s. 8)

1.2 Onemocnění řazená do termínu VDP

1.2.1 Schizofrenie

Dle MKN – 10 jsou schizofrenické poruchy typické deformací myšlení a vnímání. Schizofrenie se také projevuje v afektivní sféře, která je buď nepřiměřená, nebo otupělá. Schizofrenii považuje Češková a Kučerová za jedno z nejzávažnějších onemocnění. (WHO, 2013, Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 181-182)

1.2.1.1 Příznaky schizofrenie

Příznaky schizofrenie se dělí na pozitivní a negativní. Pozitivní příznaky jsou takové, které ovlivňují normální funkce ve smyslu plus, něco „přidávají“. Patří sem například halucinace, bludy, dezorganizovaná řeč, chování, manýrování, atd. Negativní příznaky se vyznačují oslabením normálních funkcí pacienta, tedy ve smyslu minus. Je to například emoční oploštělost, anhedonie, tedy neschopnost prožívat radost, abulie, neboli ztráta vůle, atd. (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 248, Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 221)

Klienti se schizofrenií nedovedou rozlišit informace na podstatné a nepodstatné. Tito klienti mají velmi narušené vnímání reality, přičemž jsou bez náhledu na jejich situaci. Komunikace u lidí se schizofrenií je mnohem obtížnější a hlavně více vyčerpávající než u běžné populace. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 75, Juklová, Skorunková, 2009, s. 33)

Typickým projevem schizofrenního onemocnění je tzv. „slovní salát“. Jedná se o inkoherentní myšlení, které se projeví v řeči klienta a řeč je nesrozumitelná. (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 249) Klient má problém rozlišit podstatné informace od nepodstatných a nepodstatné, nebo jinak zkrácené informace využívá nevhodně, nepřiměřeně situaci. Nebo naopak klient s touto poruchou vnímá všechny informace jako stejně důležité a proto je pro něj obtížné vyhodnotit, co si má zachovat v paměti. Často se stává, že špatné vyhodnocení situace v klientovi vyvolá pocit sledování jeho osoby, ohrožení. Chování klienta v důsledku

tohoto může být bizarní, bez náhledu. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 75, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 249, Češková, Příkryl, 2013, s. 10)

Schizofrenie se prvotně projeví v chování. Klient nepřiměřeně, přecitlivěle reaguje, je silně citově labilní a vztahovačný. Klienti se schizofrenií se uzavírají do sebe, mají tendenci k izolaci od okolního světa. Později je klient citově otupělý, apatický. (Juklová, Skorunková, 2009, s. 36, Vágnerová, 2014, s. 326)

Dominantní skupinou příznaků u schizofrenie jsou bludy, halucinace. Halucinace jsou šalebné vjemy, které ve skutečnosti neexistují a mohou se projevovat na všech smyslech. Nejčastější jsou halucinace sluchové, kam zahrnujeme jak různé zvuky, tak i hlasy. Hlasy mohou mít různou podobu. Halucinace, které klientovi něco přikazují, se nazývají imperativní. Pacient také může hlasy slyšet v hlavě, takovýmito halucinacím se říká intrapsychické. Při těchto halucinacích může mít klient pocit, že mu někdo vkládá, nebo odnímá myšlenky. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 181, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 248, Kučerová, 2013, s. 14)

Halucinace zrakové, vizuální jsou typické tím, že klient vidí věci, postavy, lidi, zvířata, která neexistují. Často jsou spojena se sluchovými halucinacemi. Čichové a chuťové halucinace jsou často spojené s bludy. (Kučerová, 2013, s. 14-15)

V tělesné oblasti se mohou vyskytovat halucinace somatické, viscerální, taktilní, kinestetické. Při viscerálních halucinacích může mít klient pocit, že mu např. chybí orgán, že se jeho orgán změnil v neživou hmotu, nebo že má v orgánu nějakého parazita apod. Mohou se objevovat pocity, že klienta někdo štípe, hladí, dotýká se ho. Při halucinacích kinestetických, nebo motorických má klient pocit, že létá, padá, je posedlý, někdo ovládá jeho pohyby. Kučerová upozorňuje na závažnost problému, kdy klient jde se somatickými problémy k obvodnímu lékaři a ten ho pošle na mnoho dalších vyšetření, než se objeví psychiatrická diagnóza. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 91, Kučerová, 2013, s. 15)

Blud je nevyvratné přesvědčení, které není na reálném podkladu, nelze ho klientovi rozmluvit a ovlivňuje klientovo myšlení, jednání a fungování v běžném životě. Bludy můžeme dělit na bludy na paranoidní, při kterých má klient pocit, že je ohrožen, nebo vše souvisí s ním. Paranoidně perzekuční blud klientovi vnucuje myšlenku, že je sledován. Při paranoidním bludu otrávanosti je klient přesvědčen, že se ho někdo snaží otrávit. Ve zdravotnickém prostředí, mimo psychiatrii, se často můžeme setkat s klientem, který má

hypochondrický blud. Při tomto bludu si klient myslí, že je nemocný. Další jsou bludy žárlivecké, bludy náboženské, bizarní, sebeobviňování a méněcennosti. U klientů se schizofrenním onemocněním se také mohou objevovat bludy velikášské, kdy si pacient myslí, že je výjimečný. Opakem je blud méněcennosti. (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 249, Kučerová, 2013, s. 16-18)

Negativní příznaky způsobují u klienta ochuzení citového prožívání. Tyto příznaky se projevují v oblasti afektivní, tzn. ztráta vůle, zájmu, schopnost plánovat. Patří sem např. omezení mimiky v obličeji. Negativní příznaky jsou patrné i v afektivní sféře. Objevuje se zhoršená nálada, pocity beznaděje a často i sebevražedné myšlenky. (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 249-250)

1.2.1.2 Epidemiologie

V určitých geografických oblastech byla popsána různá variabilita výskytu v prevalenci i incidenci. Schizofrenie vzniká nejčastěji v období mezi 15. – 25. rokem u mužů a mezi 25. - 35. rokem u žen. Simplexní schizofrenie obvykle začíná v době od 15 do 20 let. Ostatní druhy schizofrenie nastupují obvykle později. Schizofrenní porucha se objevuje zhruba u 25% psychiatrických hospitalizací. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 182, Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 227)

1.2.1.3 Druhy schizofrenie

Onemocnění schizofrenie má několik forem. Paranoidní schizofrenie je nejčastější z forem schizofrenie. Je typická bouřlivými atakami nemoci s bludnými přesvědčeními a halucinacemi. Dalším typem schizofrenie je hebefrenní schizofrenie. Ta se vyznačuje pubertálními projevy a nepřiléhavým chováním, emocemi, inkoherentním myšlením a ztrátou sociálních zábran. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 76, Juklová, Skorunková, 2009, s. 37)

U katatonní formy schizofrenie stojí v popředí poruchy psychomotoriky. Projevují se útlumem motoriky, které mohou přejít až v katatonní stupor nebo naopak nadměrnou vzrušivost a neklid. Mezi další projevy můžeme zařadit manýrování, nebo negativismus. Simplexní schizofrenie je málo častá, charakteristická změnami v chování s úpadkem vůle, zpovrhněním, ztrátou zájmů. Také je charakteristická oploštěním emocí. Často končí trvalou změnou osobnosti pacienta. (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 251, Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 186)

1.2.2 Afektivní poruchy – mánie a deprese

Základním znakem tohoto okruhu je patologická nálada a to buď ve smyslu plus nebo minus. Hlavními třemi komponenty afektivních poruch jsou epizody depresivní, manické a smíšené. (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 201)

Můžeme rozlišovat dva typy afektivních poruch, unipolární a bipolární. Unipolární je typický výskytem jen depresivních, nebo jen manických epizod a bipolární je typický střídáním depresivních i manických epizod. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 248)

1.2.2.1 Mánie

Toto onemocnění je časově ohraničeným obdobím, ve kterém převládá nadnesená, euforická nálada. V chování se projevuje nadměrná činorodost. Objevuje se myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí a sebehodnocení. Dále je toto onemocnění typické velikášstvím, ztrátou sociálních zábran a nezodpovědným chováním. Nálada se může projevovat jako přehnaně dobrá, veselá, ale i naopak podrážděná, hostilní, přičemž hrozí i agrese. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 77-78 Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 204)

Klienti v mánii jsou přehnaně hovorní. Významným faktorem je také snížená potřeba spánku. U některých pacientů se mohou objevit psychotické projevy a příznaky (halucinace, bludné představy). (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 256, Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 233)

1.2.2.2 Deprese

Toto onemocnění je svým charakterem velmi závažné. Touto chorobou trpí 10 - 18 % populace. Podle Češkové má významný dopad i na ekonomickou stránku života klienta. Světová banka vyslovila prognózu, kdy zátěž depresivní poruchy překoná zátěž řady tělesných chorob. Ve vyspělých zemích jsou psychické poruchy mezi pěti hlavními příčinami vedoucích k neschopnosti. Podle odhadu Světové banky bude v roce 2020 deprese druhou nejčastější příčinou neschopnosti, morbidit a mortality ve světě. (Vágnerová, 2014, s. 353, Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 201)

Deprese je charakteristická příznaky, které trvají alespoň dva týdny. Toto onemocnění by se dalo charakterizovat bolestně smutnou náladou. Dalšími příznaky jsou ztráta radosti, zájmu, snížení energie, psychomotorický útlum, nebo neklid, zvýšená únavnost a odlišný způsob uvažování. Klient může cítit pocity viny, bezradnosti, bezcennosti. Klienty s touto diagnózou provází automatické negativní myšlení. Významným tématem jsou myšlenky na

smrt, nebo na sebevraždu, případně pokus o sebevraždu. Objevuje se pokles volných schopností, obtížné rozhodování. Klient nepečuje o svůj zevnějšek, nedodrží hygienu. Vyskytuje se také pokles schopnosti se soustředit. Nejčastěji se klient s depresí cítí ráno, během dne se může nálada zlepšit. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 78, Vágnerová, 2014, s. 358, 363, Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 204, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 250)

Deprese se může projevat i tělesnými příznaky, ve výrazu obličeje. Nejčastějším tělesným příznakem je porucha chuti k jídlu, změna tělesné hmotnosti, poruchy spánku. Onemocnění může provázet například zácpa a ztráta sexuální funkce. U larvované deprese se vyskytují převážně jen somatické obtíže, smutná nálada obvykle chybí. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 240, Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 204, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 250)

2 Služby vhodné pro klienty s VDP

V této části popisují zdravotní a sociální služby, které mohou být využívány klienty s VDP.

V České republice je celá síť péče a zařízení pro klienty s VDP. V oblasti péče o duševní zdraví vymezuje cíl Marková: „*Cílem je poskytování kvalitní péče v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické i sociální.*“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 38)

2.1 Resort zdravotnictví

Péči o klienty s VDP v oblasti zdravotnictví můžeme rozdělit na péči intramurální, extramurální a semimurální. Intramurální péče zahrnuje oblast služeb a intervencí poskytovaných na psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách, je to tedy péče institucionální. Extramurální péče je poskytována mimo institucionální péči, kam můžeme zahrnout například terénní zdravotní služby. Mezi intramurální a extramurální péčí leží péče semimurální, kam lze zařadit psychiatrické ambulance a centrum krizové intervence. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 38)

2.1.1 Lůžková péče

Lůžková péče se dělí na akutní a následnou. Akutní lůžkovou péči poskytují psychiatrické nemocnice, psychiatrické kliniky ve fakultních nemocnicích a psychiatrická oddělení nemocnic. Psychiatrické nemocnice také zajišťují dlouhodobou resocializaci a rehabilitaci. Psychiatrická péče je poskytována po vzniku či dekompenzaci duševní choroby klientům s vážnou duševní chorobou po dobu delší než 24 hodin. Klient zde může být hospitalizován dobrovolně či ve výjimečných případech nedobrovolně. Ochranné léčení je vždy nařízeno soudem na základě doporučení soudního znalce a vykonáváno ve zdravotnickém zařízení. Důvodem pro ochranné léčení je obvykle prevence trestných činů nebo nevhodné jednání pacienta. Podobná ochrannému léčení je zabezpečovací detence. Toto opatření je pro klienta, který je nebezpečný svému okolí a není pro nepřítomnost trestně odpovědný. Přistupuje se k němu tehdy, pokud by ochranné léčení u klienta nezajistilo dostatečné zabezpečení proti spáchání trestného činu. (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008, s. 10, Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 80, Mahrová, Venglářová, 2008, s. 148, Raboch, Pavlovský, 2012, s. 452)

Podle Koncepce oboru psychiatrie by mělo připadat 100 lůžek na 100 000 obyvatel. Z toho by mělo být 30% lůžek pro akutní péči a dostupnost této péče by měla být pod 50 km.

Tým odborníků ve zdravotnickém zařízení lůžkové péče tvoří lékaři – psychiatři, případně další lékaři, kliničtí psychologové, všeobecné sestry, které absolvovaly specializační vzdělávací program Ošetrovatelská péče v psychiatrii. Dále také ošetrovatelka, sanitář, sanitářka, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další pracovníci. Psychiatrická akutní lůžková zařízení musí mít zajištěny nepřetržitě služby dalších oborů (např. laboratoř) a ve dne dostupnost služeb jiných oborů (neurologie, internista). (Psychiatrická společnost ČLS J. E. P., 2008, s. 10, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 41, NCONZO, cit. 2015-05-13)

Lůžka následné psychiatrické péče jsou určena pro pacienty, kteří mají nastavenou terapii a jejich stav je stabilizován. Oproti tomu jim projevy nemoci nedovolují pobyt v domácím nebo jiném než zdravotnickém zařízení. Těžiště péče se přesouvá z lékařské péče k ošetrovatelské. (Psychiatrická společnost ČLS J. E. P., 2008, s. 11)

2.1.2 Ambulantní péče

Ambulantní péče je realizována zejména pomocí praktických lékařů a ambulantních psychiatrů. Aktivita praktických lékařů v této oblasti se projevuje zejména při onemocnění depresí, kdy praktický lékař má možnost předepisovat bezpečnější a lépe snášená antidepresiva. Dále také při odkrývání skryté psychiatrické nemocnosti (např. identifikace úzkostných a psychosomatických poruch). (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006, s. 80, Psychiatrická společnost ČLS J. E. P., 2008, s. 9-10)

V ambulantní formě jsou důležité psychoterapeutické ambulance, specializované ambulance a ambulance v lůžkových psychiatrických zařízeních. Psychoterapeutické ambulance a centra jsou charakteristická zejména poskytováním psychoterapeutické péče. Psychoterapeutickou péči zajišťují psychoterapeuti, kteří mají v oblasti zdravotnictví povinnost vykonat atestaci z klinické psychologie, nebo psychiatrie a absolvovat speciální vzdělávací výcvik. Specializované ambulance se zaměřují na určité diagnostické skupiny či poruchy (např. ambulance pro léčbu depresí). V lůžkových zařízeních jsou běžně zřizovány příjmové a doléčovací ambulance. Ambulance klinického psychologa je součástí systému ambulantní péče o klienty s duševní poruchou. (Psychiatrická společnost ČLS J.E.P., 2008, s. 7, 9, Kobic, 2012)

2.1.2.1 Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí

Denní stacionáře jsou krokem k deinstitucionalizaci a komunitní péči v psychiatrii. Náplní denního stacionáře je poskytování psychoterapeutické péče odbornými pracovníky se

stejným vzděláním jako v psychoterapeutických ambulancích a resocializace klienta. Cílem je prevence hospitalizace a předcházení negativním důsledkům institucionální péče. Cílovou skupinou denních stacionářů jsou klienti se střední závažností duševního onemocnění, případně klienti po odeznění akutních stavů po hospitalizaci. (Hejzlar, 2010, s. 65, Hoskovcová, 2009, s. 57)

2.1.3 Centrum krizové intervence

Centrum krizové intervence poskytuje pomoc lidem v krizi celodenně a okamžitě. Poskytuje psychiatrickou a psychologickou pomoc klientům, kteří se ocitli v náročné životní situaci, objevili se u nich psychické potíže bez zjevné příčiny, nebo kteří mají podezření na propukání psychické choroby, případně poskytují pomoc lidem se závislostí. (Příhoda, 2015)

2.1.4 Terénní služby pro klienty s vážnou duševní chorobou

Tato péče je poskytována v domácím prostředí klienta. Za klientem dojíždí terénní tým, který zhodnotí situaci a podle stavu pacienta jedná. Pokud klient není v akutním stavu, tak mu tým pomáhá s běžným fungováním, to znamená pomoc s hospodařením s penězi, péči o domácnost, zajištění osobní hygieny, kontrola užívání léků atd. Při zhoršení psychického stavu klienta tým zajišťuje převoz do zdravotnického zařízení. Také spolupracuje s rodinou a dalšími poskytovateli služeb. (Hoskovcová, 2009, s. 56-57)

2.2 Resort sociálních věcí

Klienti s VDP mohou využívat sociální služby upravené zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. V tomto zákoně jsou uvedeny sociální služby, které jsou rozdělené do tří skupin a to, sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální služby můžeme také dělit na pobytové, ambulantní a terénní. (MPSV, 2006, Matoušek, 2007, s. 43)

Sociální poradenství se člení na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Cílem je poskytování informací pro lidi v nepříznivé situaci. Základní sociální poradenství jsou povinni poskytnout všichni provozovatelé sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na konkrétní jevy nebo cílové skupiny. Služby sociální péče jsou orientované na zajištění klientovi soběstačnosti. Služby sociální prevence se zaměřují na zabránění sociálnímu vyloučení osob. Jedná se zejména o oblast sociálně negativních jevů, jako je kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek atd. (MPSV, 2006, Mahrová, Venglářová, 2008, s. 41)

2.2.1 Sociální služby využitelné osobami s VDP

Klienty s VDP může být využívána služba osobní asistence, která je poskytována terénní formou a pomáhá těmto klientům v běžném fungování. Pečovatelská služba je poskytována terénní nebo ambulantní formou péče, která je charakterem podobná jako osobní asistence. Důležitou službou v péči o duševně nemocné je chráněné bydlení. Cílem je resocializace klienta a podpora v jeho samostatném životě. Také pomáhá předcházení dlouhodobého pobytu v lůžkovém psychiatrickém či sociálním zařízení. (MPSV, 2006, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 46)

Odlehčovací služby jsou poskytovány ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové. Zajišťují dočasnou pomoc lidem, o které je jinak pečováno v domácím prostředí druhou osobou. Pro tuto skupinu klientů existuje také služba center denních služeb, denních a týdenních stacionářů, kde je služba poskytována jen v určitém časovém úseku. Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby. Problémem je, že tyto služby často nejsou určené pro klienty s vážnou duševní chorobou. Domovy se zvláštním režimem zajišťují péči o klienty s psychiatrickou diagnózou. (MPSV, 2006)

Krizová pomoc a telefonická krizová pomoc se poskytuje osobám v situaci ohrožení zdraví, nebo v jiné tíživé situaci. Často jsou to „*pacienti s akutními příznaky duševní poruchy, lidé bez duševní poruchy v akutní psychosociální krizi a dlouhodobě duševně nemocní s dekompenzací duševního stavu*“. (MPSV, 2006, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 161)

Služby následné péče zajišťují pomoc osobám s duševním onemocněním, kteří absolvovali pobyt v lůžkovém zařízení, nebo aktuálně absolvují ambulantní léčbu. Podobnou službou jsou terénní programy, které minimalizují rizika plynoucí z rizikového způsobu života a jsou určené také pro klienty s duální diagnózou. Sociální rehabilitace podporuje dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob. Poskytuje se formou terénních a ambulantních služeb, případně formou pobytové služby. (MPSV, 2006)

Další formou podpory pro klienty s VDP jsou služby, které podporují zaměstnanost, případně návrat do běžného zaměstnání těchto klientů. Tyto služby pomáhají klientům s VDP k sociální adaptaci. Jsou to sociálně terapeutické dílny, chráněné dílny, chráněná místa, podporované zaměstnání, přechodné zaměstnávání a sociální firma. Další podporou může být pracovní poradenství. V samostatném bydlení (chráněném bydlení) je většinu času pomáhající pracovník a v sociálním bytu bývá zajištěn klíčový pracovník. Oba tyto pracovníci

poskytují podporu klientům. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 165, Vágnerová, 2014, s. 348)

Někteří klienti s VDP využívají služeb azylových domů, domů na půli cesty a nocleháren, které zajišťují krátkodobé, nebo dlouhodobější ubytování. Osoby, které se staly obětí násilného chování mohou využít služeb intervenčních center. (MPSV, 2006)

3 Komunitní péče o klienty s vážnou duševní chorobou

V této kapitole popisují komunitní péči, která je v současné době trendem v péči o klienty s VDP. Je zde vysvětlen pojem komunita a komunitní péče, koncepty v komunitní péči a služby, které jsou často využívány v komunitní péči.

3.1 Komunita

Pojem komunita zahrnuje termíny společenství, společnost, společné soužití, vlídnost, laskavost, družnost. Pojem komunita vychází z latinského *communitas*. V anglickém překladu v tomto termínu můžeme nalézt i další významy jako: společenství majetku, shoda, totožnost, společenský styk, obec, město, stát, občanstvo, obyčejnost, všednost. Ze sociologického hlediska je komunita charakterizována jako: *„souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku.“* Komunitu lze charakterizovat také z psychologického hlediska a to jako: *„typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.“* (Peč, Probstová, 2009, s. 210)

Terapeutická komunita je typ péče o klienty s VDP, která zajišťuje resocializaci těmto klientům v prostředí podobném domácímu prostředí. Terapeutická komunita poskytuje chráněné pobytové prostředí, kde se klienti učí samostatnosti, komunikaci a pracovním návykům a pomáhá jim tým odborníků. Tato služba je určena zejména klientům se schizofrenií, kteří mají kompenzovaný stav a užívají pravidelně medikaci. (Hoskovcová, 2009, s. 61)

3.2 Komunitní péče

Komunitní péče zahrnuje zdravotní, sociální a další služby, které se poskytují nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity. Tato komunita může být vymezena geograficky nebo etnicky. Komunitní péči popisuje Peč a Probstová: *„Komunitní péče znamená poskytovat intervence a podporu na správné úrovni, ve správné podobě a ve správný čas tak, aby pacient dosáhl co největší úrovně soběstačnosti a kontroly nad svým životem.“* Cílem pro pacienta je setrvat v přirozeném prostředí, udržet si kvalitu života na úrovni, která se rovná běžné populaci a předchází sociální exkluzi. (Holmerová in Jarošová, 2007, s. 25, Peč, Probstová, 2009, s. 211-212)

Vznik konceptů komunitní péče je založen na vzrůstající kritice psychiatrických léčen 20. století. Tato kritika podnítila hledání lidsky přijatelnějších alternativ péče o

klienty s VDP. V poválečném období Evropa a USA více zaměřuje pohled na práva jedince, tedy i na práva osob s duševní chorobou. Vzniká Organizace spojených národů a je definována charta lidských práv. Péči v psychiatrických léčebnách bylo vytýkáno několik faktů. Pacient byl vytržen z reálného světa, nebyly zohledňovány jeho potřeby a nemohl rozhodovat o své léčbě. Dále také chyběl prostor pro využívání a rozvoj sociálních dovedností, chyběla provázanost s dalšími službami a tímto vznikali symptomy, které byly podmíněné hospitalismem. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 155)

3.3 Koncepty v komunitní péči

Weeghel popisuje několik charakteristik dobré komunitní péče. Je to dobré pracovní spojení mezi klientem a poskytovatelem pomoci, efektivní intervence zaměřené na posílení a společenskou participaci klienta. Dále široká nabídka péče, která je přístupná klientům, rodině i širší veřejnosti a také je zde kladen důraz na rodinu a její podpora. (Weeghel in Peč, Probstová, 2009, s. 19)

Křička k těmto charakteristikám přidává předpoklady nutné k vyhovující komunitní péči o duševně nemocné: péče probíhá co nejvíce v přirozeném prostředí klienta, jsou identifikovány individuální potřeby klienta a jsou plněny v co nejvyšší míře v komunitě. Také je důležitá fungující škála služeb potřebných pro komplexní řešení problému klienta. Péče je koordinovaná a dobře dostupná a také vystupuje v roli osvěty. Jako příklad osvěty uvádím kulturní akci Mezi ploty. (Křička in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, 155)

3.3.1 Asertivní komunitní péče

Dalším přístupem v komunitní péči je asertivní komunitní léčba. Je to forma psychiatrické domácí péče, poskytovaná v životním prostředí klienta, podporující naplnění jeho potřeb a cílů. Pomoc je tvořena léčením symptomů, rehabilitací, praktické podpoře a koordinací služeb pomoci. (Peč, Probstová, 2009, s. 24-25)

Dle Weeghela se „asertivní komunitní léčba zaměřuje na výhradně 10 až 20% osob s největšími omezeními: nestabilně fungující osoby s komplexními problémy ve vícero životních oblastech, kteří byli často hospitalizováni nebo jsou dlouhodobými pacienty psychiatrické nemocnice a kteří mají někdy ambivalentní postoj vůči běžné péči.“ (Weeghel in Peč, Probstová, 2009, s. 24-25)

3.4 Služby v komunitní péči

Existuje několik služeb, které pomáhají osobám s VDP v rámci komunitní péče. Od psychiatrických nemocnic, přes ambulantní psychiatry a klinické psychology až po krizové služby, stacionáře a centra specializovaná v oblasti duševního zdraví. (Peč, Probstová, 2009, s. 232)

V péči o duševně nemocné jsou důležité také služby podpory bydlení (podporované bydlení, tréninkové bydlení, dům na půli cesty, dlouhodobé chráněné bydlení) a podpory v práci (chráněné dílny, přechodné zaměstnávání, pomoc při hledání zaměstnání a sociální firmy a sociální družstva). Další oblastí je informační a poradenská činnosti probíhající v informačních centrech a poradnách, skrze odborníky. Důležitá je i činnost v oblasti volného času, různé kluby, svépomocné skupiny orientované jak na lidi s duševním onemocněním, tak i na jejich příbuzné a pečující. Neposlední složkou je aktivita v oblasti advokacie duševně nemocných. (Peč, Probstová, 2009, s. 232, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 163)

4 Vývoj v péči o klienty s VDP u nás

V této kapitole je popsán historický vývoj péče o klienty s VDP u nás, včetně reformy psychiatrie.

Již v Rakousku-Uhersku vznikaly ústavy pro klienty s duševní poruchou. Příkladem může být psychiatrická léčebna Brno-Černovice, která byla založena roku 1863, nebo psychiatrická léčebna Dobřany založená roku 1880. První praktické kroky ke změně v péči o duševně nemocné se uskutečnily v meziválečném období. Cílem bylo vytvořit takovou péči, která by působila jako prevence hospitalizace, nebo usnadnila adaptaci pacientům propuštěným z psychiatrické léčebny. (Höschl in Winkler, Janoušková, 2013, s. 66, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 155-156)

V období komunismu byla psychiatrie vytlačována na okraj z důvodu neslučitelnosti s ideologií a propagandou. Rozšířený názor byl, že sociální problémy a psychické onemocnění jsou jen dočasný fenomén. V zemích východního bloku byly psychiatrické léčebny zneužívány k izolaci politických odpůrců. Ústavy také fungovaly jako místo pro izolaci duševně nemocných nebo handicapovaných, kteří nepodporovali obraz zdravé společnosti. (Höschl in Winkler, Janoušková, 2013, s. 66, Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 155-156)

Po pádu komunismu se situace v České republice příliš nelišila od zemí východního bloku. Nicméně se objevovali i pozitivní znaky. Psychiatrie zde nebyla zneužívána. Jako součást léčby sem vstoupila psychoterapie a vznikala první denní sanatoria. Psychiatrické ambulance a psychiatrické oddělení spolu dobře komunikovali, avšak ne s dalšími složkami psychiatrické péče. V roce 1997 vznikali teoretické podklady pro rozvoj komunitní péče o duševně nemocné – Koncepce psychiatrické péče v České republice. Také vznikaly služby, které měly ambice stát se součástí komunitní péče do budoucna, například sdružení Fokus. V Pardubicích, Mladé Boleslavi a v Praze 11 umožnil vznik ucelenějšího systému komunitní péče program MATRA: Regionální komunitní péče. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 156-157)

V současnosti je u nás rozšířený model balancované péče, který je zakotvený zejména v institucích, ale nemá těžiště ve velkých psychiatrických ústavech. Primárně je péče poskytována v zařízeních, jako jsou denní sanatoria, krizová centra, zařízení podporované práce a bydlení. Její součástí je i lůžková péče v psychiatrických odděleních nemocnic a s malým počtem pacientů v psychiatrických nemocnicích. (Peč, Probstová, 2009, s. 231)

4.1 Reforma psychiatrie v ČR

V České republice probíhá od roku 2012 proces přípravy strategie pro reformu psychiatrické péče, která bude pokračovat do roku 2020. Strategie je rozdělena do tří částí. První částí je formulace strategie, druhou částí je tvorba Národního plánu péče o osoby s duševním onemocněním a třetí částí je implementace strategie. Samotná implementace je rozdělena na další tři etapy. První etapa, iniciace a zajištění podmínek zahrnuje zkušební provoz různých center duševního zdraví a vypracování studií. Tato etapa aktuálně probíhá od roku 2014 a bude pokračovat do roku 2016. Další etapa s názvem realizace a provoz bude probíhat do roku 2020 – 2023. Zahrnuje realizaci projektů, zajištění legislativních změn apod. Poslední etapa je vyhodnocení, která bude probíhat v roce 2023. (MZ, 2013)

Pro potřeby vypracování strategie bylo sestaveno osm pracovních skupin. První skupina má za úkol vypracovat standardy a metodiky. Standardy se dotýkají všech typů péče o klienty s duševním onemocněním a metodiky oblastí destigmatizace těchto klientů, indikátorů kvality poskytované péče a kvality života klientů. Druhá pracovní skupina se zabývá rozvojem sítě psychiatrické péče jak v oblasti akutní péče, tak i následné a dlouhodobé péče o klienty s duševní chorobou. Významné je i zajištění dobré komunikace s poskytovateli služeb a pokrytí těchto služeb s propojeností těchto služeb. Třetím tématem řešení je humanizace psychiatrické péče. Cílem je definování současného prostředí, dovedností personálu a změna, která bude nutná ke zlepšení situace. Tato změna se týká jak lůžkové, tak i ambulantní a komunitní péče. (MZ, 2013)

Čtvrtá pracovní skupina se zaměřuje na destigmatizaci a komunikaci plošně po celé České republice. Jarolínek například považuje za velmi stigmatizující fakt, že je pacient hospitalizován v psychiatrické léčebně, oproti psychiatrickému oddělení nemocnice. Uvádí příklad, kdy se pacient vrací z psychiatrického oddělení nemocnice do práce a může říct, že byl v nemocnici a kolektiv ho neodsoudí. Oproti pacientovi, který byl v léčebně a musí říct, že byl v psychiatrické léčebně a díky tomu se mohou objevit problémy s přijetím od kolektivu. (MZ, 2013, Jarolínek in Gabriel, 2009, s. 11)

Pátá pracovní skupina řeší vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví a dalších lidí, kteří přijdou do styku s klientem s duševní chorobou, nebo i samotných uživatelů péče. Také zpracovává výzkum. Šestá oblast se dotýká legislativních změn, jako například analýza dopadů při zřízení samostatného zákona o duševním zdraví. Sedmá pracovní skupina nese název udržitelné financování. Zabývá se dlouhodobým udržitelným financování psychiatrické

péče a přípravou nového modelu financování psychiatrické péče. Osmým tématem je meziresortní spolupráce a koordinace změn, která se snaží o nastavení nových pravidel spolupráce s jinými resorty (MPSV, MŠMT, atd.). (MZ, 2013)

5 Modely péče o klienty s duševním onemocněním v Evropě a jejich reforma

V mnoha zemích v poslední době docházelo ke změnám v přístupu k lidem s duševním onemocněním. V následující kapitole popisují modely péče v jiných zemích a snahu některých o co nejvyšší naplnění principů komunitní péče. Většina zemí v Evropě zaměřuje reformu na cílovou skupinu klientů s VDP a na klienty se závislostí a gerontopsychiatrické klienty. (Kolektiv autorů, 2014)

5.1 Německo

Péče je zde poskytována veřejným i soukromým sektorem a existuje vymezení péče v nemocnicích a ordinacích na jedné straně a rehabilitační péče na straně druhé. Z důvodu chybějícího komplexního celonárodního plánu péče o duševně nemocné je síť poskytovatelů péče komplikovaná. Nevýhodou je dlouhá čekací doba na některé služby, naopak výhodou je dostupnost péče z důvodu hustého pokrytí lůžkových a ambulantních služeb. (Gaebel, Zielasek in Winkler, Janoušková, 2013, s. 67)

5.2 Francie

K transformaci služeb ve Francii dochází od roku 1986. Finance, které byli původně využívány k hospitalizaci, se začaly využívat spíše na služby komunitního typu, jako jsou kliniky, terénní týmy a ambulantní služby. Významným znakem reformy byla tzv. sektorizace, kdy byly vymezeny spádové oblasti, ve kterých byla zajištěna široká škála služeb multidisciplinárním týmem zahrnující primární, sekundární a terciární prevenci. Tato opatření zajistila redukci lůžek o 60% (za posledních 15 let). (Leguay, Boyer in Winkler, Janoušková, 2013, s. 66)

5.3 Spojené království

Reforma je zde spojena se systémem Národní zdravotní služby. V 80. letech začal být kladen větší důraz na management a administrativu. Také byl významný důraz na rozšíření soukromé lékařské praxe. Péče byla nasměrována z nemocnic do komunity. Přesun ke komunitní péči byl podmíněn zejména skandály v léčebnách. V nemocnicích je teď minimum lůžek pro pacienty vyžadující nouzovou péči, kde je krizový tým 24 hodin denně. Služby jsou poskytovány především primární péčí, charitou a z části střednědobou péčí a rehabilitací. (Deakin, Bhugra, 2012, s. 380 - 383)

5.4 Itálie

Významným krokem v Itálii bylo hnutí za demokratizaci psychiatrie, což vedlo ke změnám v péči o klienty s VDP. Pro péči o duševně nemocné byla zřizována psychiatrická oddělení nemocnic sloužící k akutní péči. Pro určité geograficky vymezené celky vznikala komunitní centra, v současné době je 211 center pro duševní zdraví. Pro nezbytnou hospitalizaci zde slouží psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Na péči se také podílejí soukromí poskytovatelé služeb. K velkým změnám došlo také v oblasti dobrovolné hospitalizace pacienta, kde byla stanovena přísnější pravidla. (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 155-156, Ammadoe et al. in Winkler, Janoušková, 2013, s. 66-67)

5.5 Dánsko

Počet lůžek byl v posledních třiceti letech snížen o dvě třetiny a nyní je důraz kladen na komunitní služby. Služby v oblasti péče o duševní zdraví spadají do oblasti zdravotnictví a oblasti sociální. Zdravotní služby jsou téměř výlučně financovány ze zdravotního pojištění. Zdravotnickou péči má na starosti 5 regionů a oblast sociální zajišťuje 98 samospráv. Kapacita ambulantní péče v tomto systému je nedostatečná. Je zde plně využíváno primární péče, která poskytuje péči klientům s méně vážnými problémy (z 80-90%), pro ostatní nemoci je zde 150 psychiatrů. Čekací lhůty jsou zde dlouhé ve všech oblastech péče o klienty s duševním onemocněním. (Bauer et al. in Winkler, Janoušková, 2013, s. 66)

5.6 Švédsko

Reforma ve Švédsku začala přijetím zákona o sociálních službách v roce 1982. Z tohoto zákona vyplývá povinnost pro samosprávné celky zaměstnávat a poskytovat ubytovací služby lidem dlouhodobě duševně nemocným. Další reforma v roce 1995 byla orientována na redukci institucionální péče a přesun duševně nemocných do komunitních služeb. Nepřipravenost personálu na nárůst počtu pacientů do služeb komunitního typu způsobila velké problémy. V současné době je péče zajišťována praktickým lékařem u lehčích problémů a vážnější problémy jsou řešeny v jednom ze specializovaných zařízení. (Hadlaczky et al. in Winkler, Janoušková, 2013, s. 68)

5.7 Španělsko

První snahy o reformu psychiatrické péče ve Španělsku započali v roce 1986, kdy vznikl Všeobecný zdravotní zákon. Další změny souvisely se vznikem Akčního plánu pro duševní zdraví vydaným v roce 2005 Světovou zdravotnickou organizací. Největším problémem v té době byla velká variabilita služeb, nedostatečné financování v regionech,

nedostatek epidemiologických informací a nedostatky ve vzdělávání. Došlo ke změnám v oblasti koordinace mezi službami pro duševně nemocné a primární péči a zlepšení péče o klienty s VDP a o klienty se závislostí. V současnosti je velká geografická roztržitost služeb a nedostatek vědecké evidence. (Bobes et al. in Winkler, Janoušková, 2013, s. 68)

5.8 Maďarsko

System péče o duševně nemocné v Maďarsku byl v posledních dvou desetiletích značně omezen díky snižování rozpočtu. Komunitní služby byly rozvíjeny až po roce 2000 a bez legislativní i politické podpory. V roce 2006 vyšel nemocniční zákon, který způsobil několik problémů, jako například nedostatečnou spolupráci mezi jednotlivými typy služeb. Největší změny v péči o duševně nemocné v Maďarsku začaly v roce 2011. Cílem bylo vytvoření efektivního systému péče o duševně nemocné, který bude podporovat adekvátní financování a výzkum. Největším problémem v oblasti péče o duševně nemocné v Maďarsku je odchod vzdělaných lidí na západ a téměř neexistující forenzní psychiatrie. (Bitter, Kurimay in Winkler, Janoušková, 2013, s. 67)

5.9 Řecko

Reforma v Řecku začala v 80. letech, kdy byl počet tradičních léčeb redukován a současně vznikly služby podporující komunitní péči o duševně nemocné. Vznikly nové ubytovací služby, byla založena psychiatrická oddělení v nemocnicích, zařízení psychosociální rehabilitace, gerontopsychiatrické služby a terénní jednotky pro odlehlá místa. V současnosti trpí systém ekonomickou krizí, která se dotýká také skupiny osob s duševním onemocněním. Problémem je také nedostatečná komunikace mezi jednotlivými sektory péče a nedostatky v primární péči. (Christodoulou et al. in Winkler, Janoušková, 2013, s. 67)

II. Výzkumná část

6 Metodika výzkumu

V této části je zpracována metodika a interpretace dat z dotazníkového šetření. Na začátku zahájení výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky.

6.1 Výzkumné otázky

1. Jaké sociální a zdravotní služby využívají klienti s vážnou duševní poruchou v Pardubickém a Královéhradeckém kraji z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic?
2. Jaké je pokrytí sociálních a zdravotních služeb pro klienty s vážnou duševní poruchou v Pardubickém a Královéhradeckém kraji z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic?
3. Jaká je charakteristika klientů s vážnou duševní poruchou, kteří nejčastěji žádají o sociální a zdravotní služby v Pardubickém a Královéhradeckém kraji z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic?
4. Jak vyhovují služby určené pro klienty s vážnou duševní poruchou těmto klientům v Pardubickém a Královéhradeckém kraji z pohledu sociálních pracovníků/pracovnic?
5. Jaká je spolupráce se sociálními a zdravotními zařízeními z pohledu sociálních pracovníků v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, včetně znalosti sociálních pracovníků komunitního plánování?

6.2 Metodika výzkumu

Kvantitativní šetření bylo provedeno v období od začátku února 2015 do konce března 2015. Výzkum byl prováděn na Magistrátech, Úřadech práce a Krajském úřadu Pardubického a Královéhradeckého kraje.

6.3 Výzkumný nástroj

Pro zjištění dat byla využita metoda dotazníkového šetření. Dotazník obsahuje 20 otázek a je zcela anonymní. Dotazník je uveden v příloze pod písmenem B. Prvních 5 otázek se týká identifikačních údajů respondentů a zjišťují pohlaví, kraj, ve kterém pracují, délku praxe respondenta, pracovní pozici a oblast sociální práce, ve které pracují. 6. otázka je filtrační a zajišťuje, aby v dotazníku pokračovali jen ti, kteří se setkali s cílovou skupinou výzkumu. Dotazník obsahuje také otázky škálové (č. 7, 8), výčtové (č. 9, 10), polootevřené, u kterých je možné doplnit vlastní odpovědi (č. 13, 14, 17, 19), otevřené (č. 15, 16) a otázku uzavřenou (č. 18). Dále obsahuje otázky stupnicové komparativní (č. 11, 12) a otázku formou rozdělovací škály (č. 20).

6.4 Výzkumný vzorek

Výběr výzkumného vzorku byl záměrný. Podmínkou bylo, aby respondenti vykonávali praxi sociálního pracovníka/pracovnice úřadech Pardubického a Královéhradeckého kraje. Výzkumného šetření se zúčastnilo 28 (93 %) žen a 2 (7 %) muži. Průměrná délka praxe v oblasti sociální práce byla u respondentů přibližně 7 let.

6.5 Analýza dat

Data byla vyhodnocena deskriptivní statistikou. Pro vyhodnocení dat byl využit vzorec: $f_1 (\%) = n_1 / n \times 100$. V tomto vzorci představuje f_1 relativní četnost v procentech, n_1 je absolutní četnost a n představuje celkový počet respondentů. Grafy a tabulky byly sestaveny v programu Microsoft Office Excel 2007 a Microsoft Office Word 2007.

Celkově bylo rozdáno 90 (100 %) dotazníků, z toho v Pardubickém kraji 50 (56 %) a v Královéhradeckém kraji 40 (44 %). V Pardubickém kraji se zpět vrátilo 47 (94 %) dotazníků a z toho jsem ještě musela 32 (68 %) vyřadit pro nekompletnost, bylo tedy 15 (32 %) využitelných. Z Královéhradeckého kraje se zpět vrátilo 27 (68 %) dotazníků a z toho jsem ještě musela 12 (44 %) vyřadit pro nekompletnost, bylo tedy také 15 (56 %) využitelných.

7 Interpretace výsledků

Otázka č. 1. – Jaké je vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

Tato identifikační otázka se týkala četnosti respondentů podle pohlaví. Z celkových třiceti respondentů bylo ve výzkumném vzorku 28 (93 %) žen a 2 (7 %) muži.

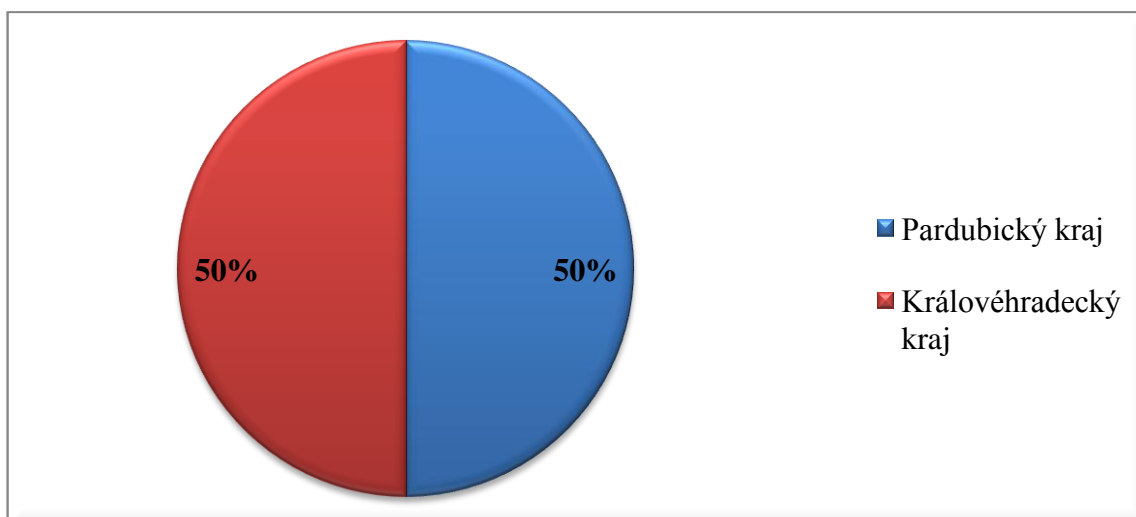
Tabulka 1 Četnost pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost
ženy	28	93 %
muži	2	7 %
Σ	30	100 %

Otázka č. 2. – V jakém kraji pracujete?

- a) Pardubický
- b) Královéhradecký

Druhá otázka zjišťovala kraj, ve kterém respondenti vykonávají práci sociálního pracovníka. Respondenti měli na výběr ze dvou možností a to Pardubický nebo Královéhradecký kraj. Bylo zjištěno, že z Pardubického kraje bylo 15 (50%) respondentů a Královéhradeckého také 15 (50%) respondentů.



Obrázek 1 Grafické znázornění odpovědí respondentů podle místa výkonu povolání (kraj)

Otázka č. 3. – Jak dlouho vykonáváte praxi sociálního pracovníka?

Tato otázka zjišťovala délku praxe respondentů. Otázka byla otevřená, respondenti měli možnost napsat délku praxe v letech.

V tabulce můžeme vidět, že z celkového počtu respondentů vykonává nejdelší praxi 1 respondent 20 let a nejkratší praxe respondentů je 1 rok, což je zároveň i modus. Průměrná délka praxe respondentů je 6,9, medián je 6 a směrodatná odchylka je 5,8.

Tabulka 2 Četnost odpovědí respondentů podle délky praxe

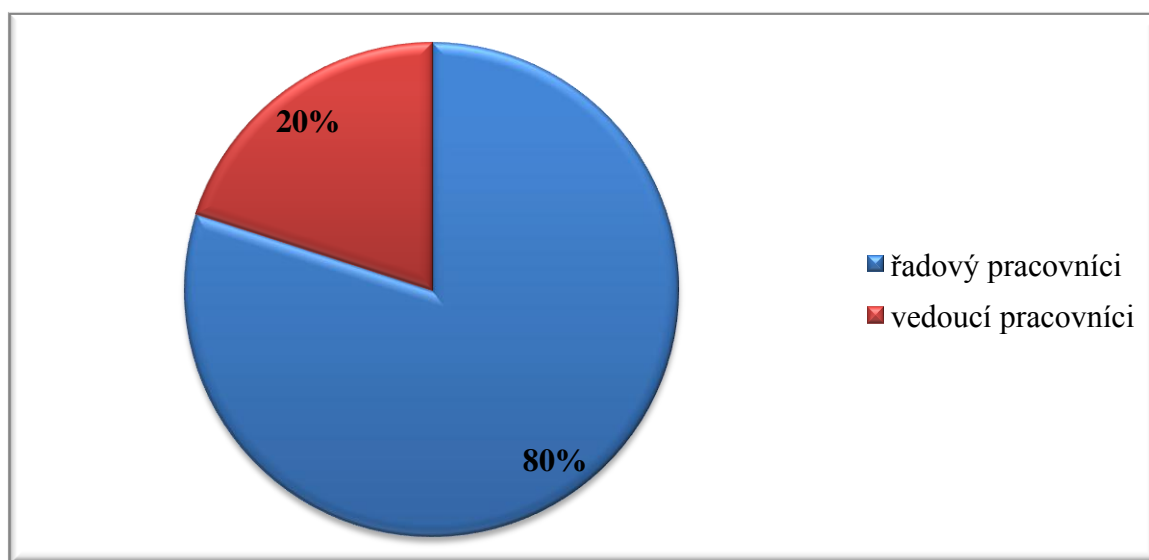
	MAX	MIN	Průměr	Medián	Modus	Směrodatná odchylka
délka praxe	20 let	1 rok	6,9	6	1	5,8

Otázka č. 4. – Na jaké pracovní pozici pracujete?

- a) vedoucí pracovník
- b) řadový pracovník
- c) jiné:

Respondenti měli možnost vybrat ze dvou možností – vedoucí a řadový pracovník, případně rozepsat vlastní odpověď.

V grafu je vidět, že většina respondentů z třiceti odpovědělo, že vykonávají pozici řadového pracovníka. Celkově těchto respondentů je 24 (80 %) a vedoucích pracovníků je 6 (20 %). Žádný respondent neuvedl jinou možnost.



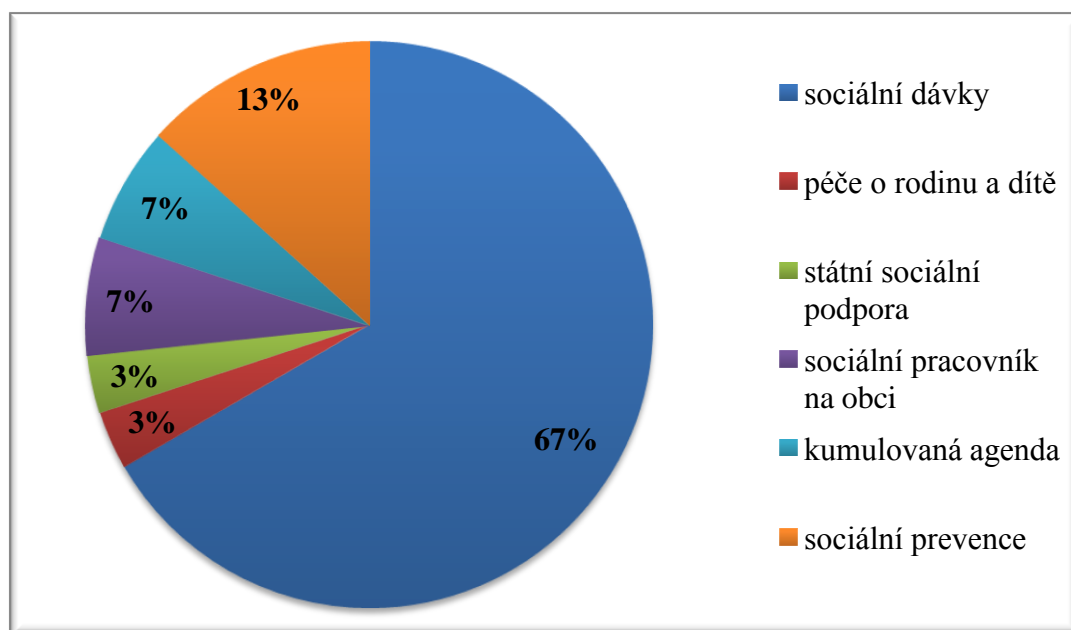
Obrázek 2 Grafické znázornění četnosti pracovní pozice respondentů

Otázka č. 5. – V jaké oblasti sociální práce pracujete?

- a) oblast péče o rodinu a dítě
- b) oblast sociálních služeb
- c) oblast sociální prevence (např. kurátor pro dospělé)
- d) jiné:

V této otázce měli respondenti vybrat ze tří možností (oblast péče o rodinu a dítě, oblast sociálních služeb a oblast sociální prevence), případně doplnit jinou oblast, která nebyla uvedena. Volné odpovědi jsem zařadila do skupin podle charakteru náplně práce.

Nejvíce respondentů z celkového počtu třiceti respondentů zadalo vlastní možnost oblasti dávek obecně, v této oblasti pracuje 20 (67 %) respondentů. Další 4 (13 %) respondenti odpověděli, že pracují v oblasti sociální prevence, 2 (7 %) respondenti pracují na pozici sociálního pracovníka na obci a další 2 (7 %) respondenti mají na starosti kumulovanou agendu. V oblasti státní sociální podpory pracuje 1 (3 %) respondent a 1 (3 %) respondent vykonává práci sociálního pracovníka v oblasti péče o rodinu a dítě.



Obrázek 3 Grafické znázornění odpovědí respondentů podle oblasti sociální práce, ve které pracují

Otázka č. 6. – Máte zkušenosti s péčí o klienty s vážnou duševní poruchou?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ne, dále dotazník nevyplňujte.

Pokud ano, jaká témata nejčastěji řešíte? (vypište)

.....

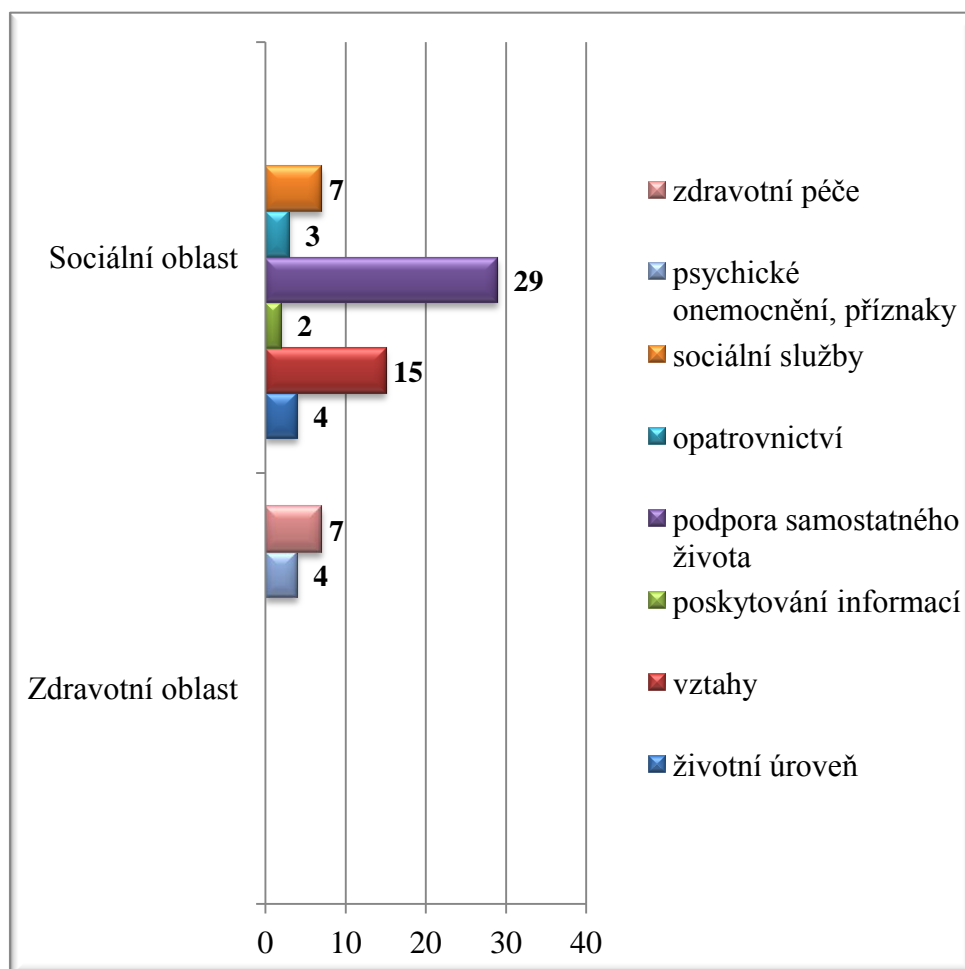
Otázka se zaměřovala na to, zda se respondenti vůbec někdy setkali, nebo pracovali s touto cílovou skupinou. Mohli vybrat ze dvou možností, ano – ne. Pokud odpověděli ne, dále dotazník nevyplňovali a tyto dotazníky jsem vyřazovala.

V případě, že respondenti odpověděli ano, pokračovali na další otázky v dotazníku. Tímto bylo použito všech 30 (100 %) dotazníků s odpovědí ano.

K doplnění respondenti vypisovali témata, která nejčastěji řeší s klienty. Mohli uvést i více témat, relativní četnost je vztahována k počtu respondentů, což je 30.

Tyto témata jsem rozdělila do skupin podle charakteru. Respondenti s klienty s vážnou duševní poruchou řeší nejčastěji témata ze sociální oblasti a to podpora samostatného života (bydlení, finance, zaměstnání), což uvedlo 29 (97 %) respondentů, témata z oblasti vztahů, to uvedlo 15 (50 %) respondentů. 7 (23 %) odpovědí se týkalo sociálních služeb. Dále se objevovali témata týkající se životní úrovně, 4 (13 %) respondenti, opatrovnictví, 3 (10 %) respondenti a poskytování informací, 2 (7 %) respondenti.

Ze zdravotní oblasti se objevovali témata týkající se zdravotní péče, což uvedlo 7 (23 %) respondentů a témata psychického onemocnění, příznaků, což uvedli 4 (13 %) respondenti.



Obrázek 4 Grafické znázornění problémů klientů, které jsou nejčastěji řešeny se sociálním pracovníkem

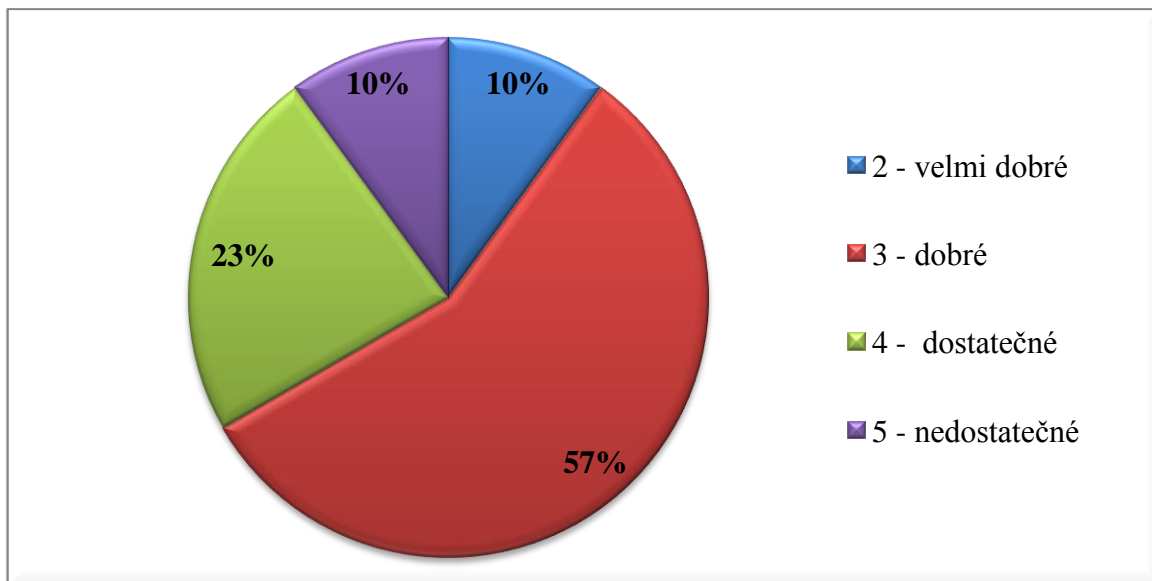
Otázka č. 7. – Jaké je pokrytí zdravotních služeb dle Vašeho názoru ve Vašem kraji pro pacienty s vážnou duševní poruchou?

(zakroužkujte jednu možnost ze škály, 1 = výborné, 2 = velmi dobré, 3 = dobré, 4 = dostatečné, 5 = nedostatečné)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

V této otázce měli respondenti za úkol vybrat jednu možnost ze škály od jedné do pěti.

Z obrázku číslo šest je patrné, že nejčastěji z celkového počtu dotazovaných respondenti hodnotili pokrytí zdravotních služeb průměrně, tedy zadávali možnost dobré, takto odpovědělo 17 (57 %) respondentů. Necelá polovina, 7 (23 %) respondentů odpovědělo, že pokrytí zdravotních služeb je dostatečné. Stejný počet respondentů odpověděl velmi dobré, 3 (10 %) respondenti a nedostatečné, také 3 (10 %) respondenti. Žádný respondent nezadal možnost výborné. Průměrná hodnota je 3,3 a medián je 3.



Obrázek 5 Grafické znázornění pokrytí zdravotních služeb podle sociálních pracovníků

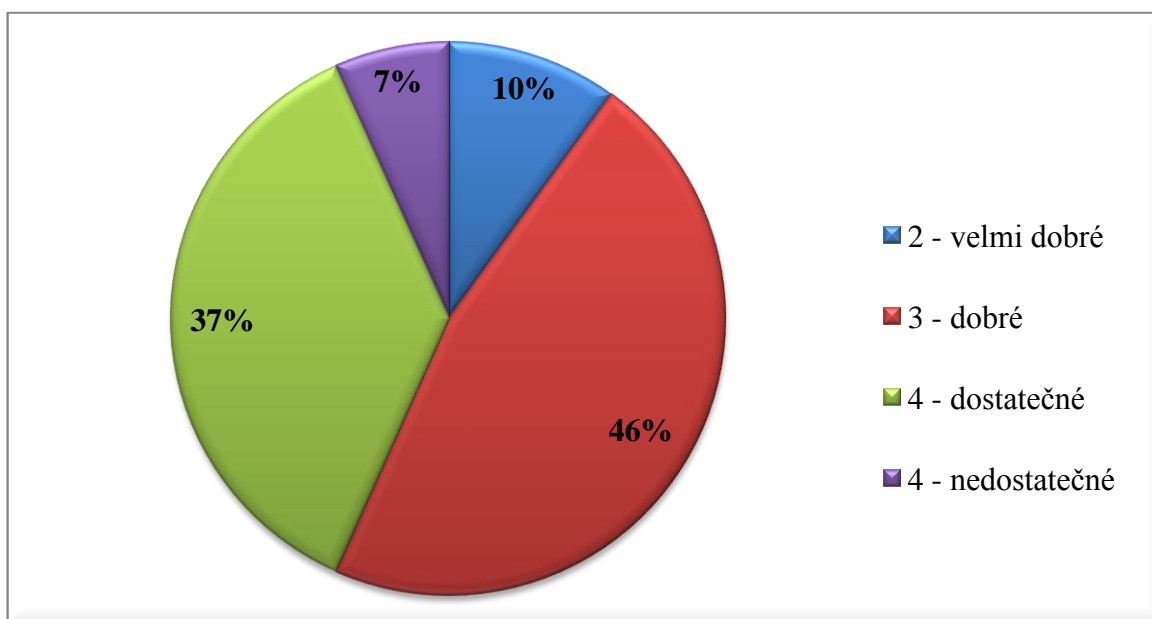
Otázka č. 8. – Jaké je pokrytí sociálních služeb dle Vašeho názoru ve Vašem kraji pro pacienty s vážnou duševní poruchou?

(zakroužkujte jednu možnost ze škály, 1 = výborné, 2 = velmi dobré, 3 = dobré, 4 = dostatečné, 5 = nedostatečné)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

Tato otázka byla podobná jako předešlá. Respondenti měli vybrat ze škály od jedné do pěti.

Z celkového počtu respondentů uvedlo 14 (46 %) respondentů možnost dobré, o něco méně respondentů uvedlo možnost dostatečné, 11 (37 %) respondentů a 3 (10 %) respondenti uvedli možnost velmi dobré. Nejméně respondentů zadalo možnost nedostatečné, 2 (7 %) respondenti. Žádný respondent neuvedl možnost výborné. Průměr je 3,4 a medián je 3.



Obrázek 6 Grafické znázornění pokrytí sociálních služeb podle sociálních pracovníků

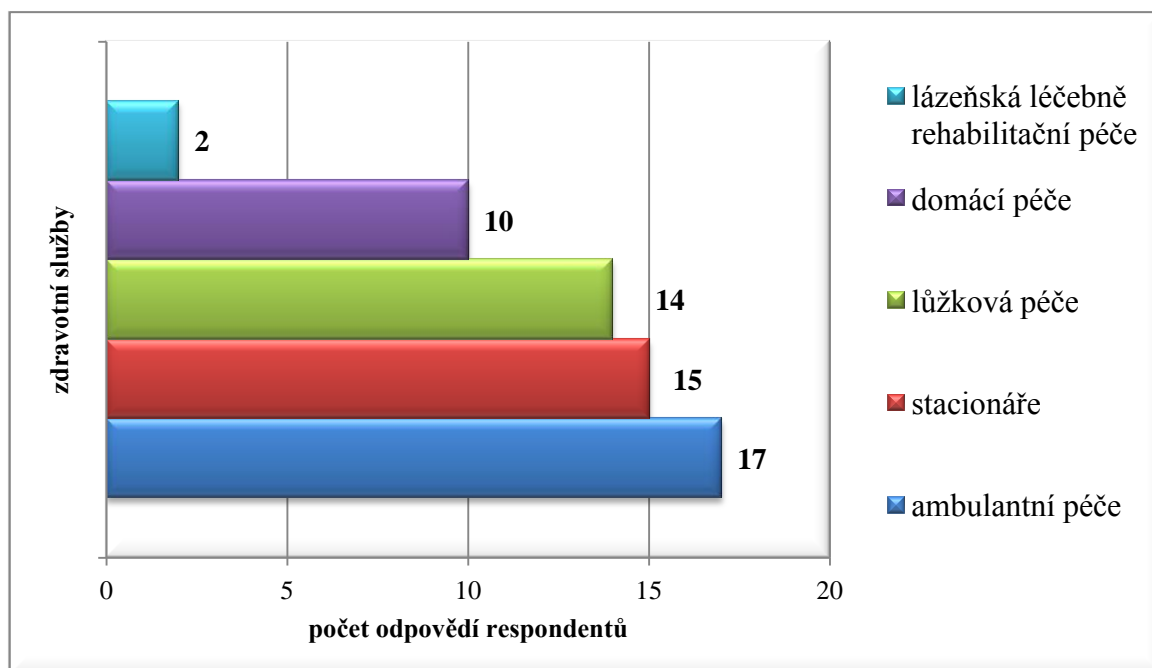
Otázka č. 9. – Jakých zdravotních služeb, zaměřených na klienty s vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji by mělo podle Vašeho názoru být více?

(můžete vybrat více možností)

- a) lůžková péče (např. psychiatrická léčebna, léčebna dlouhodobě nemocných)
- b) ambulantní péče (např. ambulance psychiatra)
- c) domácí péče
- d) stacionáře
- e) lázeňská léčebně rehabilitační péče (např. lázeňský pobyt)
- f) jiné:.....
- g) žádné

V této otázce respondenti mohli vybrat i více možností. Možností bylo sedm a případně mohli doplnit svoji odpověď. Relativní četnost se vztahuje k celkovému počtu respondentů.

Z celkového počtu respondentů byla nejčastější odpověď ambulantní péče, kterou uvedlo 17 (57 %) respondentů. Dalších 15 (50 %) respondentů uvedlo možnost stacionáře, možnost lůžková péče byla respondenty uvedena 14krát (47 %) Další možnost, domácí péče, uvedlo 10 (33 %) respondentů a lázeňskou léčebně rehabilitační péči uvedli 2 (7 %) respondenti. Nikdo nevyužil možnost doplnit jiné.



Obrázek 7 Grafické znázornění četnosti odpovědí respondentů na zdravotní služby, kterých by mělo být více

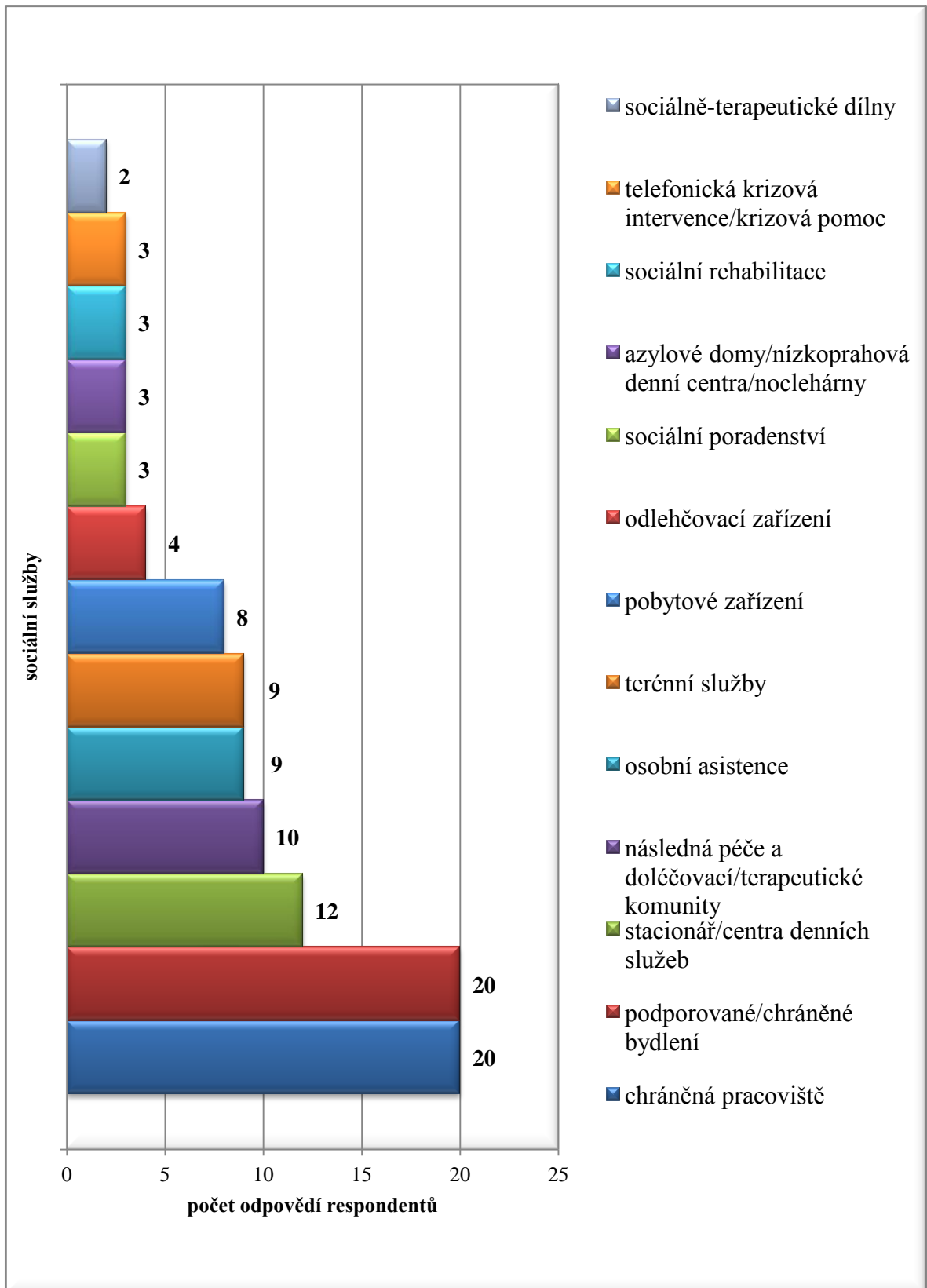
Otázka č. 10. – Jakých sociálních služeb, které se věnují klientům se vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji by mělo podle Vašeho názoru být více?

(můžete vybrat více možností)

- a) sociální poradenství
- b) osobní asistence
- c) stacionář/centra denních služeb
- d) podporované bydlení/ chráněné bydlení
- e) odlehčovací služby
- f) chráněná pracoviště
- g) azylové domy/nízkoprahová denní centra/ noclehárny
- h) telefonická krizová intervence/ krizová pomoc
- i) služby následné péče a doléčovací/ terapeutické komunity
- j) terénní služby
- k) pobytové zařízení (např. domovy pro OZP, domovy se zvláštním režimem)
- l) jiné:.....
- m) žádné

V této otázce respondenti vybírali i více možností z celkových třinácti. Mohli také doplnit svoji odpověď. Relativní četnost je uvedena k celkovému počtu respondentů.

Z celkového počtu respondentů uvedlo 20 (67 %) respondentů, že by mělo být více chráněných pracovišť, dalších 20 (67 %) respondentů si myslí, že by mělo být více služeb podporovaného/chráněného bydlení. Téměř o polovinu méně, 12 (40 %) respondentů odpovědělo, že by mělo být více stacionářů/center denních služeb a dalších 10 (33 %) respondentů by chtělo více následné péče a doléčovacích/terapeutických komunit. Služby osobní asistence by chtělo navýšit 9 (30 %) respondentů a terénní služby by chtělo navýšit také 9 (30 %) respondentů. Podle 8 (27 %) respondentů není dostatek pobytových zařízení a podle 4 (13 %) respondentů by mělo být více odlehčovacích zařízení. Sociální poradenství uvedli 3 (10 %) respondenti, stejný počet, 3 (10 %) respondenti uvedli služby azylových domů/nízkoprahových denních center/nocleháren a 3 (10 %) respondenti uvedli možnost telefonická krizová intervence. Jako volné odpovědi uváděli 3 (10 %) respondenti sociální rehabilitaci a 2 (7 %) respondenti sociálně-terapeutické dílny.



Obrázek 8 Grafické znázornění četnosti odpovědí respondentů na sociální služby, kterých by mělo být více

Otázka č. 11 – O jaké zdravotní služby mají klienti s vážnou duševní poruchou dle Vaší zkušenosti ve Vašem kraji největší zájem?

(doplňte do tabulky pořadí; 1 = nejvíce, 6 = nejméně, 0 = nesetkal/a jsem se s touto možností – můžete zvolit i vícekrát)

<i>Zdravotní služby</i>	<i>Pořadí</i>
a) lůžková péče (např. psychiatrická léčebna, léčebna dlouhodobě nemocných)	
b) ambulantní péče	
c) domácí péče	
d) stacionáře při zdravotnických zařízeních	
e) lázeňská léčebně rehabilitační péče (např. lázeňský pobyt)	
f) jiné (uved'te jaké):	

V této otázce měli respondenti možnost vybrat ze šesti možností, přičemž přiřazovali ke každé možnosti pořadí podle zájmu klientů. Také měli možnost uvést nulové pořadí, pokud se s touto možností nesetkali a také pořadové číslo uvést i vícekrát. Jedna znamenala největší zájem a šest nejmenší zájem.

Tuto otázku jsem vyhodnotila pomocí bodů. K jednotlivým službám respondenti přiřazovali hodnoty ze škály, kterým jsem přiřadila body (vždy jeden bod za každý stupeň na škále) a poté body za každou možnost sečetla.

Touto metodou jsem zjistila, že největší zájem mají klienti o služby ambulantní péče, dále o služby domácí péče a stacionáře. O něco méně se klienti zajímají o lůžkovou péči a lázeňskou léčebně-rehabilitační péči. Žádný z respondentů nevyužil možnost doplnit jinou službu. Jednotlivé body jsou dobře vidět v tabulce.

Tabulka 3 Četnost odpovědí respondentů podle zájmu klientů o zdravotní služby

Možnosti	Počet bodů
1. ambulantní péče	105
2. domácí péče	98
3. stacionáře	65
4. lůžková péče	60
5. lázeňská léčebně rehabilitační péče	26
6. jiné	0

Otázka č. 12 – O jaké sociální služby mají klienti s vážnou duševní poruchou dle Vaší zkušenosti ve Vašem kraji největší zájem?

(doplňte do tabulky pořadí; 1 = nejvíce, 12 = nejméně, 0 = nesetkal/a jsem se s touto možností – můžete zvolit i vícekrát)

<i>Sociální služby</i>	<i>Pořadí</i>
a) sociální poradenství	
b) osobní asistence	
c) stacionář/centra denních služeb	
d) podporované bydlení/ chráněné bydlení	
e) odlehčovací služby	
f) chráněná pracoviště	
g) azylové domy/nízkoprahová denní centra/ noclehárny	
h) telefonická krizová intervence/ krizová pomoc	
i) služby následné péče a doléčovací/ terapeutické komunity	
j) terénní služby	
k) pobytové zařízení (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem)	
l) Jiné (uveďte jaké):	

Otázka číslo 12 se týkala zájmu klientů o sociální služby v daném kraji. Na výběr bylo ze dvanácti možností a také zde byla možnost doplnit další službu. Respondenti udávali pořadí k možnostem podle zájmu klientů od jedné do dvanácti, přičemž jedna bylo nejvíce a dvanáct nejméně. Respondenti měli také možnost uvést nulovou odpověď v případě, že se s touto možností nesetkali. Pořadové číslo mohli uvést i několikrát. V této otázce bylo využito bodové hodnocení jako v předešlé otázce.

V tabulce můžeme vidět, že nejvíce mají klienti zájem o sociální poradenství, dále o podporované, chráněné bydlení a o stacionáře, centra denních služeb. Dále respondenti uváděli možnost terénních služeb, chráněných pracovišť a osobní asistence. Již méně respondenti uváděli služby pobytových zařízení, služeb následné péče a doléčovacích, terapeutických komunit, služeb azylových domů, nízkoprahových denních center a nocleháren. Další služby, o které se zajímají klienti, ale v menším počtu, jsou odlehčovací služby, telefonická krizová intervence a krizová pomoc. Respondenti využili možnost doplnit jiné a uvedli sociální rehabilitaci a poskytování sociálních dávek.

Tabulka 4 Četnost odpovědí respondentů podle zájmu klientů o sociální služby

Možnosti	Počet bodů
1. sociální poradenství	275
2. podporované/chráněné bydlení	265
3. stacionář/centra denních služeb	237
4. terénní služby	230
5. chráněná pracoviště	200
6. osobní asistence	173
7. pobytové zařízení	157
8. služby následné péče a doléčovací/terapeutické komunity	122
9. azylové domy/nízkoprahová denní centra/noclehárny	120
10. odlehčovací služby	116
11. telefonická krizová intervence/krizová pomoc	79
12. jiné: sociální rehabilitace	12
13. jiné: sociální dávky	11

Otázka č. 13 – Myslíte si, že je potřebné změnit obsah, charakter nějaké sociální služby pro skupinu klientů s vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji?

- a) Ano
- b) Ne

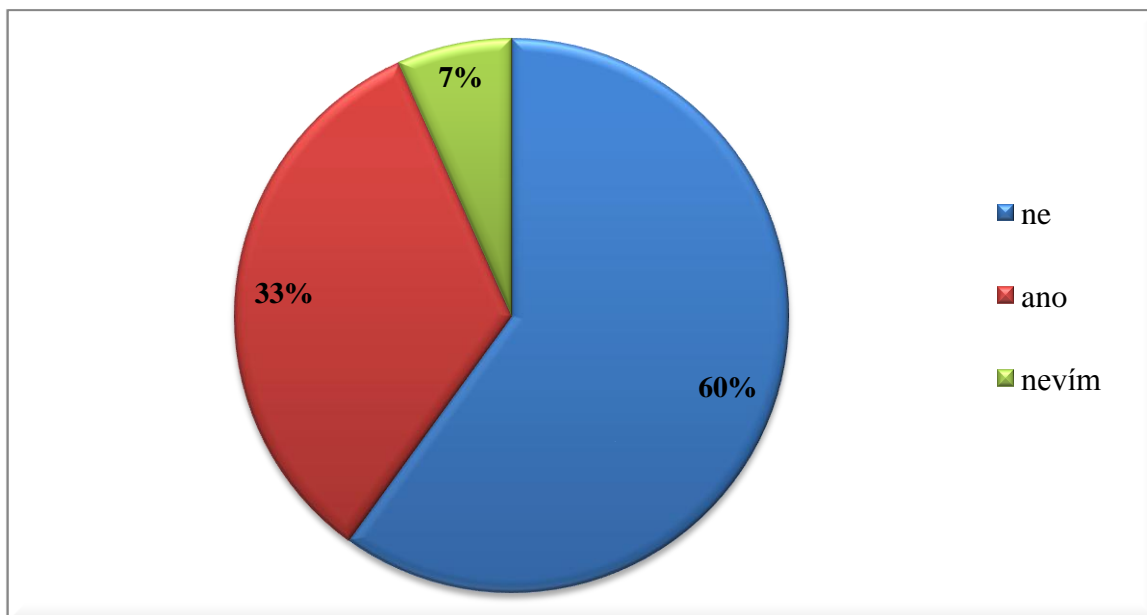
Pokud ano, jak?

.....

Tato polootevřená otázka dávala respondentům možnost zhodnotit, zda je podle jejich názoru potřebné změnit nějakou sociální službu. Mohli uvádět i více poznámek. Doplňující odpovědi byly rozděleny do skupin podle charakteru.

Z grafu je vidět, že většina respondentů nepovažuje za potřebné měnit charakter sociální služby. Z celkového počtu respondentů nepovažuje za důležité měnit charakter sociálních služeb 18 (60 %) respondentů. Sociální služby by změnilo 10 (33 %) respondentů. 2 (7 %) respondenti nevěděli, zda je potřebné měnit charakter nějaké sociální služby.

Respondenti, kteří odpověděli ano, měli doplnit, jakým způsobem by chtěli změnit služby. Tímto bylo 10 respondentů, kteří doplnili, jakým způsobem by změnili charakter služby. Někteří respondenti uváděli i více poznámek a proto se relativní četnost vztahuje k počtu 10ti respondentů. Většina poznámek se vztahovala k ubytování a k inkluzi klientů s vážnou duševní chorobou. Podle některých respondentů by bylo nutné změnit podmínky pro přijetí do ubytovacích a pobytových služeb pro klienty s vážnou duševní chorobou a to přijímat klienty se závislostí, toto uvedli 3 (30 %) respondenti. Další respondent (10 %) by chtěl navýšit kapacitu ubytovacích míst pro klienty s vážnou duševní chorobou, kterým je pod 50 let. Další poznámku uvedl 1 (10 %) respondent o zřízení chráněných bydlení pro osoby s duševní poruchou. Podobnou poznámku uvedli další 2 (20 %) respondenti, který považují za potřebné navýšit služby, kde by se setkávali mladší lidé se stejnou diagnózou, tedy zřízení klubů pro klienty s vážnou duševní chorobou. Další poznámkou bylo snížení finančních a ubytovacích nákladů pro klienty s vážnou duševní chorobou, což uvedl 1 (10 %) respondent. Další respondent (10 %) považuje za důležité zintenzivnit sociální práci v sociálních službách a další respondent (10 %) by chtěl zvýšit provázanost orgánů zabezpečujících sociální služby. Další 2 (20 %) respondenti směřovali poznámku ke komunitnímu přístupu, to znamená celkově pracovat s klienty více komunitně, skupinově, kdy terénní služby budou poskytovány individuální formou a další poznámka směřovala ke kapacitě, kvalitě a spolupráci služeb.



Obrázek 9 Grafické znázornění potřeby změny sociálních služeb podle respondentů

Otázka č. 14 – Myslíte si, že je potřebné změnit obsah, charakter nějaké zdravotní služby pro skupinu klientů s vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jak?

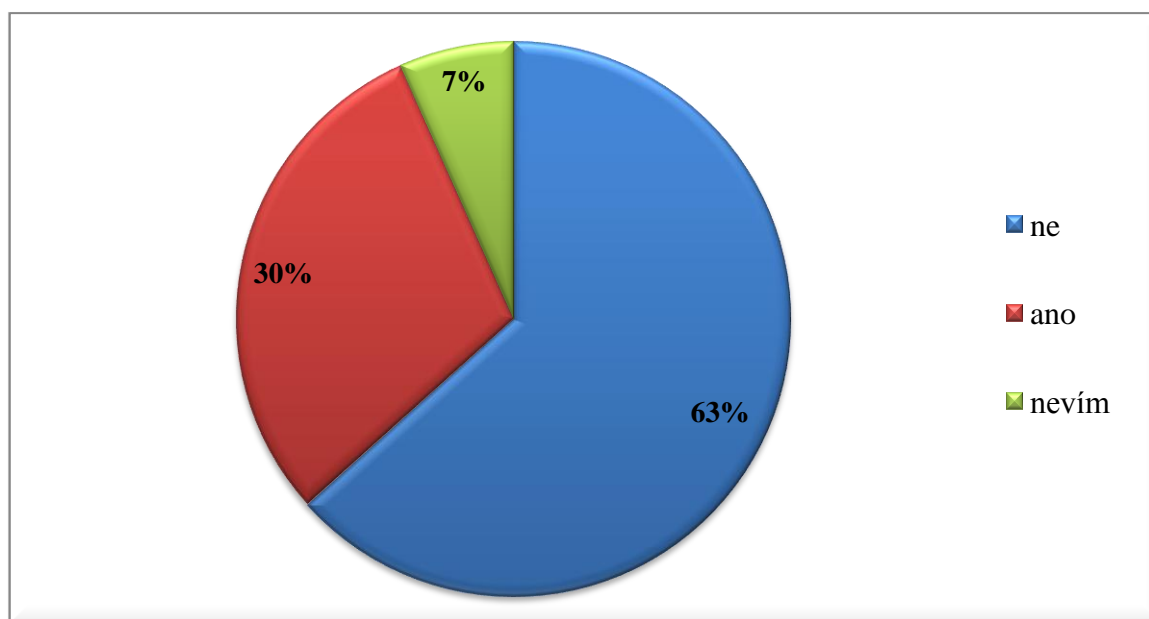
.....

Zadání této otázky bylo stejné jako u předešlé otázky, pouze se lišila se zaměřením na zdravotní služby.

Z grafu je vidět, že většina respondentů z celkového počtu si myslí, že zdravotní služby jsou vyhovující. Změnu zdravotní služby nechce 19 (63 %) respondentů, naopak změnu by uvítalo 9 (30 %) respondentů a 2 (7 %) respondenti nevědí.

Respondenti, kteří zadali, že by chtěli změnit obsah nějaké zdravotní služby, doplňovali, jak by ta změna měla vypadat. Respondenti uváděli i více poznámek. Relativní četnost se vztahuje k počtu respondentů, kteří odpověděli ano, tedy 9 respondentů. Nejvíce poznámek se vztahovalo k tématu navýšení počtu psychiatrů a specializovaných lékařů, což uvedli 4 (44 %) respondenti. S tímto tématem se pojí další poznámka k rozšíření ambulantní péče, konkrétně o návštěvní službu psychiatrů do domácího prostředí klienta, případně zřídit

celé týmy terénních psychiatrů, toto by chtěli změnit 3 (33 %) respondenti. Další respondent (11 %) dává důraz na zlepšení následné péče a kontroly. 1 (11 %) respondent poukazuje na potřebu změny podmínek pro přijetí do zdravotnického zařízení, jelikož je podle jeho názoru nedostatek zařízení pro klienty s vážnou duševní chorobou do věku pod 50 let a také z důvodu nedostatků financí klientů. Další respondent (11 %) poukazuje na neefektivnost stacionáře při zdravotnickém zařízení, na který si klienti stěžují.



Obrázek 10 Grafické znázornění potřeby změny zdravotních služeb podle respondentů

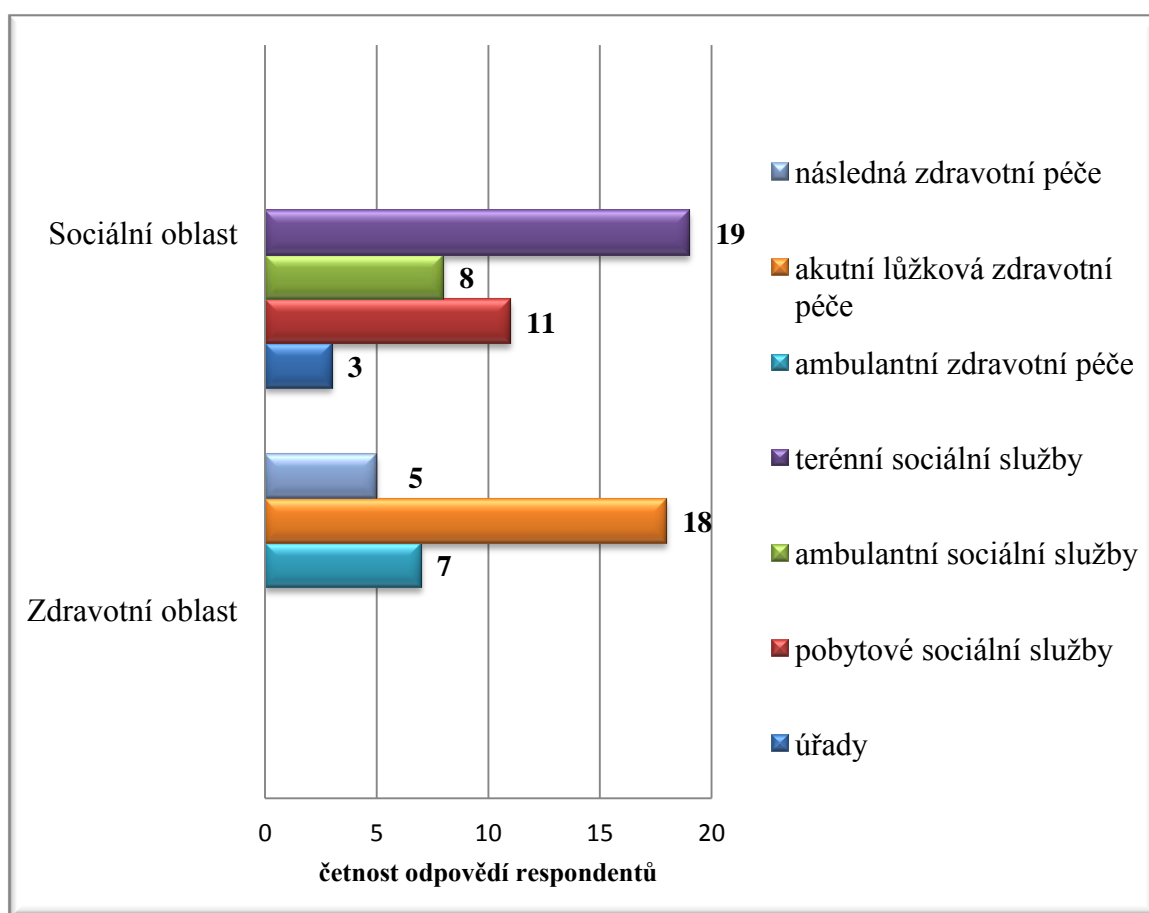
Otázka č. 15 - S jakými zdravotními a sociálními zařízeními určenými pro cílovou skupinu klientů s vážnou duševní poruchou nejčastěji spolupracujete?

V této otázce mohli respondenti uvádět libovolný počet zařízení, se kterými nejčastěji spolupracují. Každý uvedl alespoň jedno zařízení. Odpovědi byly rozděleny do skupin podle typu zařízení a služeb, které poskytují, na sociální a zdravotní oblast. Relativní četnost se vztahuje k absolutnímu počtu respondentů.

Z celkového počtu respondentů uvádělo nejvíce respondentů ze sociální oblasti terénní sociální služby, 19 (63 %) respondentů, což zahrnuje zařízení zabývající se péčí o duševní zdraví, charitní služby a terénní péči. Další skupinou, kterou respondenti uváděli, byly pobytové sociální služby, toto celkem uvedlo 11 (37 %) respondentů. Zde byly zahrnuty domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem, azylové domy, chráněná bydlení a domovy pro osoby se zdravotním postižením. 8 (27 %) respondentů uvedlo některé za

zařízení spadající do skupiny poskytující ambulantní sociální služby. V této kategorii respondenti uváděli zařízení poskytující sociálně-aktivizační služby, chráněné dílny a psychosociální služby. Poslední skupinou ze sociální oblasti jsou úřady, které uvedli 3 respondenti (10 %), konkrétně Úřad práce a sociální odbor města.

Respondenti také uváděli zařízení ze zdravotní oblasti a to zařízení akutní lůžkové zdravotní péče, 18 (60 %) respondentů, kam spadají psychiatrická oddělení nemocnic/psychiatrické nemocnice. Dále ambulantní zdravotní péče, 7 (23 %) respondentů zahrnující odborné lékaře a psychiatry. Respondenti uváděli také následnou zdravotní péči, 5 (17 %) respondentů zajišťovanou léčebnami dlouhodobě nemocných a sanatorii.



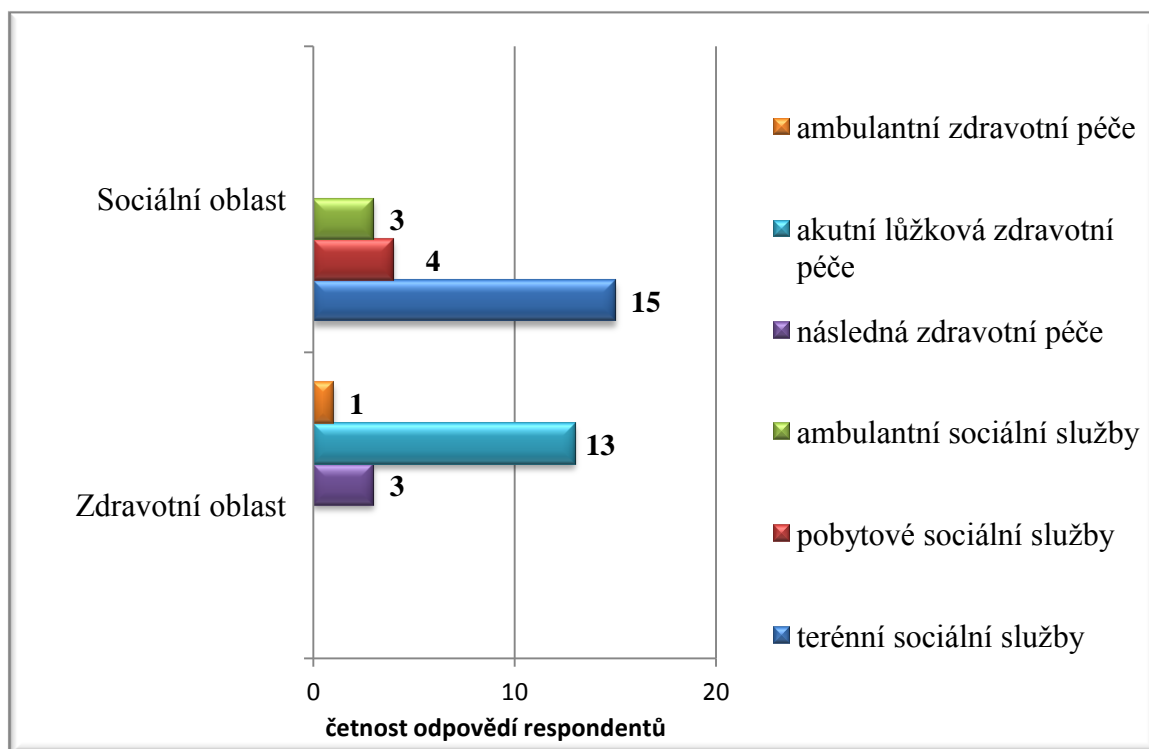
Obrázek 11 Grafické znázornění odpovědí respondentů na zařízení, se kterými nejčastěji spolupracují

Otázka č. 16 – S jakými zařízeními je dle Vašeho názoru nejlepší spolupráce?

V této otázce měli respondenti za úkol napsat zařízení (i více) se kterými je dle jejich názoru nejlepší spolupráce. Stejně jako u předešlé otázky byly odpovědi rozděleny do skupin. Relativní četnost se vztahuje k absolutnímu počtu respondentů.

Z celkového počtu respondentů uvádělo nejvíce respondentů ze sociální oblasti terénní služby, 15 (50 %) respondentů, což zahrnuje zařízení zabývající se péčí o duševní zdraví, charitní služby a terénní péči. Další skupinou, kterou respondenti uváděli, byly pobytové služby, toto celkem uvedli 4 (13 %) respondenti. Zde byly zahrnuty domovy se zvláštním režimem, azylové domy a chráněná bydlení. 3 (10 %) respondenti uvedli zařízení spadající do skupiny poskytující ambulantní sociální služby. Konkrétně sociálně-aktivizační služby, chráněné dílny a psychosociální služby.

Respondenti také uváděli zařízení ze zdravotní oblasti a to zařízení akutní lůžkové zdravotní péče, 13 (43 %) respondentů, kam spadají psychiatrická oddělení nemocnic/psychiatrické nemocnice. Dále ambulantní péče, což uvedl 1 (3 %) respondent a zahrnuje odborné lékaře. Respondenti uváděli také následnou zdravotní péči, 3 (10 %) respondenti zajišťovanou léčebnami dlouhodobě nemocných a sanatorii.



Obrázek 12 Grafické znázornění odpovědí respondentů na zařízení, se kterými je nejlepší spolupráce

Otázka č. 17 – Probíhá ve Vašem kraji komunitní plánování?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

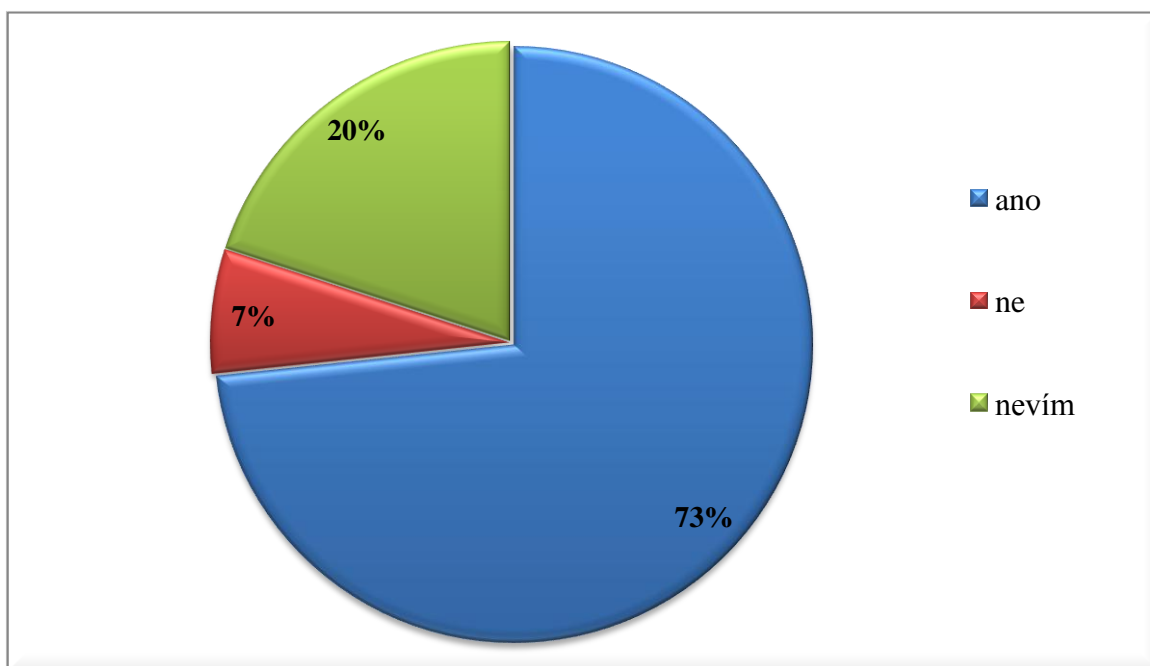
Pokud ano, jak často?

.....

Tato otázka zjišťovala povědomí respondentů o komunitním plánování v příslušném kraji. Respondenti vybírali jednu ze tří možností (ano, ne, nevím) a možnost ano byla doplněna o volnou odpověď jak často.

Z celkového počtu respondentů nejvíce zvolilo odpověď ano, těchto respondentů bylo 22 (73 %). Možnost ne zvolili 2 (7 %) respondenti a nevím odpovědělo 6 (20 %) respondentů.

Respondenti, kteří zvolili možnost ano, vypisovali jak často. Nejvíce z těchto respondentů si myslí, že komunitní plánování probíhá 1krát měsíčně, takto odpovědělo 18 (82 %) respondentů. Další 2 (9 %) respondenti odpověděli, že probíhá individuálně dle obcí. 1 (4,5 %) respondent, že je pětileté období komunitního plánování a 1 (4,5 %) respondent odpověděl čtyřikrát ročně.



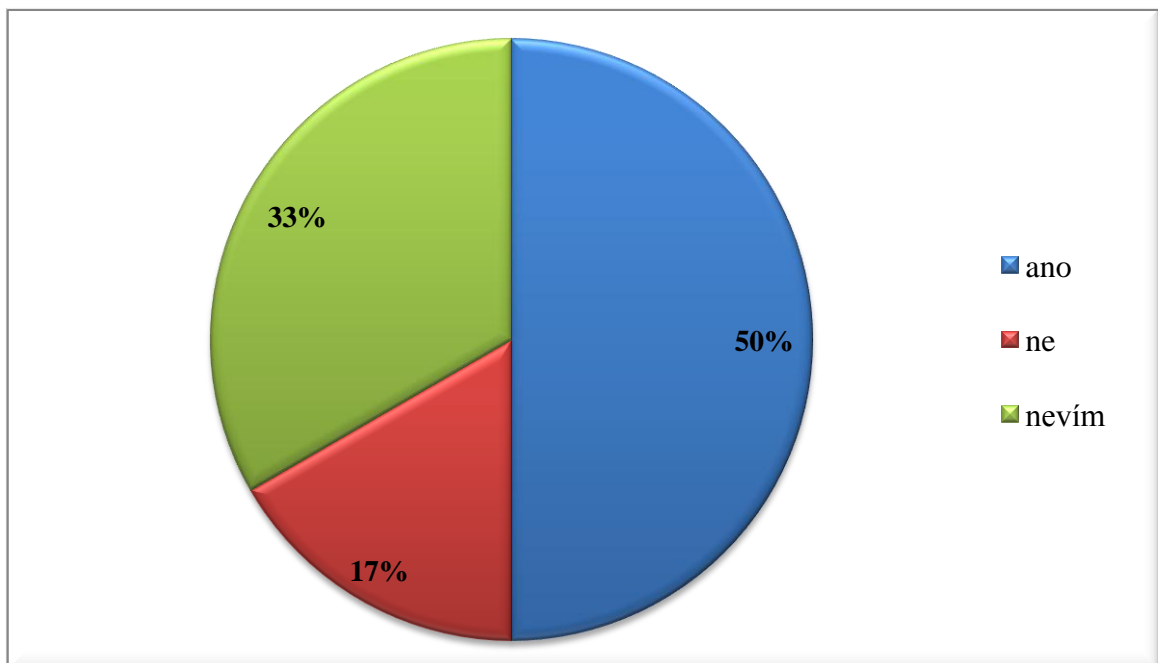
Obrázek 13 Grafické znázornění četnosti komunitního plánování podle respondentů

Otázka č. 18 – Máte ve Vašem kraji pracovní skupinu v rámci komunitního plánování pro klienty s vážnou duševní chorobou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Tato uzavřená otázka zjišťovala znalost respondentů komunitního plánování a jeho pracovních skupin. Respondenti měli na výběr ze tří možností (ano, ne, nevím).

Z grafu můžeme vidět, že polovina z celkového počtu respondentů, 15 (50 %) respondentů, zvolila možnost ano. Dalších 5 (17 %) respondentů si myslí, že pracovní skupina pro klienty s vážnou duševní chorobou neexistuje a 10 (33 %) respondentů neví.



Obrázek 14 Grafické znázornění existence pracovní skupiny komunitního plánování pro klienty s VDP podle respondentů

Otázka č. 19 – Jste seznámeni s místními/krajskými plány týkající se zajištění služeb pro duševně nemocné ve Vašem kraji?

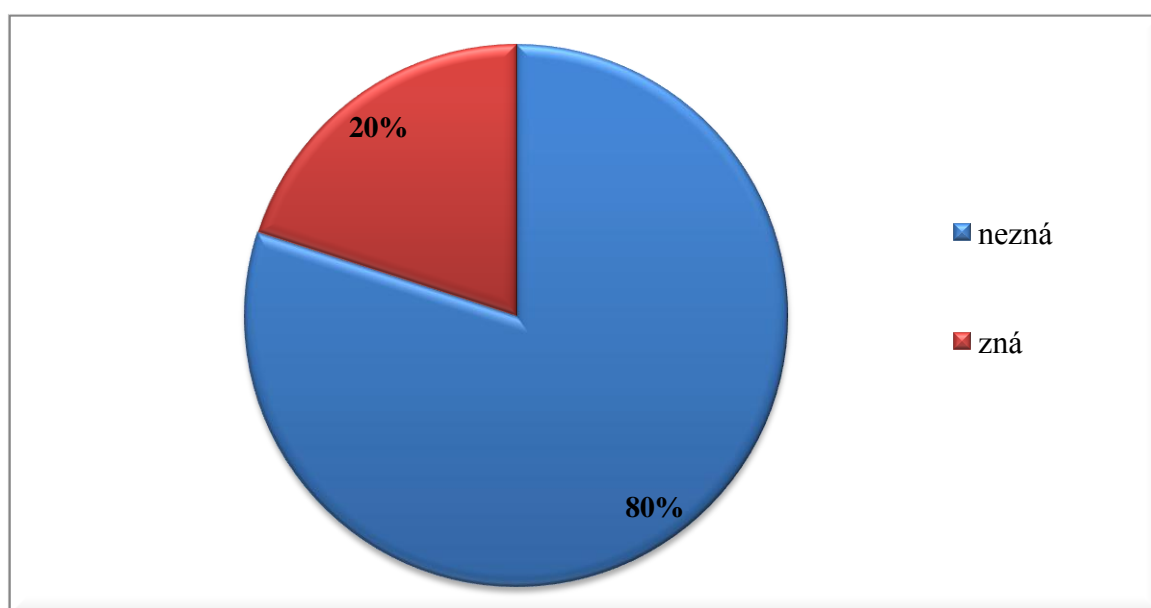
- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, uveďte alespoň 1 konkrétní opatření z krajského plánu týkající se zajištění služeb pro duševně nemocné ve Vašem kraji:

.....

V této otázce respondenti volili mezi odpovědí ano/ne a pokud odpověděli ano, tak měli uvést alespoň jedno konkrétní opatření týkající se zajištění služeb pro duševně nemocné v jejich kraji.

Z celkového počtu respondentů 24 (80 %) respondentů odpovědělo, že nezná plány týkající se zajištění služeb pro duševně nemocné. Pouze 6 (20 %) respondentů odpovědělo, že zná tyto plány, ale už jen 5 respondentů z předchozích 6ti dokázalo napsat konkrétní plán. Mezi uvedené plány patří „Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením akční plán 2015 a střednědobý plán rozvoje sociálních služeb“, „sít' ambulantních pracovišť v okresních městech“, „deinstitucionalizace sociálních ústavů, chráněné bydlení – vznik nové služby spolu s Péčí o duševní zdraví“, „podpora ústavní péče místními centry pro tyto klienty“ a „rozšíření služeb (chráněné bydlení pro tyto klienty)“.



Obrázek 15 Grafické znázornění znalostí respondentů jednotlivých plánů z komunitního plánování

Otázka č. 20 – Kdo nejčastěji zahajuje první kontakt s Vámi jako se sociální pracovníci/pracovníkem?

(Rozdělte ke kategoriím 100% podle toho, kdo nejčastěji zahajuje první kontakt)

Klient	
Rodina klienta	
Klient s rodinou	
Blízcí, přátelé klienta	
Složky státní správy (policie, soud)	
Zdravotnická zařízení	
Jiná (uved'te jaká):	

V této otázce měli respondenti rozdělit ke kategoriím 100%, podle toho, kdo s nimi zahajuje první kontakt. Respondenti měli sedm možností a poslední byla volná odpověď, to znamená, že respondenti mohli doplnit další možnost.

V tabulce je vidět, že z celkového počtu respondentů nejčastěji zahajuje první kontakt se sociální pracovníci klient. Velmi často také zahajuje první kontakt rodina klienta a klient s rodinou. Další skupinou, kterou respondenti uváděli, jsou složky státní správy, za nimi zdravotnická zařízení a blízcí, přátelé klienta. 1 respondent využil možnosti doplnit jiné a uvedl možnost sousedi, spolubydlíci.

Tabulka 5 Četnost zahájení prvního kontaktu se sociálním pracovníkem/pracovnicí

Možnosti	%
1. Klient	24
2. rodina klienta	22,3
3. klient s rodinou	18,5
4. složky státní správy	15,4
5. zdravotnická zařízení	14,5
6. blízcí, přátelé klienta	4,3
7. jiné: sousedi, spolubydlící	1

8 Diskuze

Tato část se zabývá výzkumnými otázkami. Tyto otázky se shodují s cíli bakalářské práce a jsou založené na výsledcích dotazníkového šetření. Vzhledem k záměrnému výběru výzkumného vzorku lze vztahovat výsledky jen na určitou část populace. V této části jsou také uvedeny výsledky jiných výzkumů a statistik, které souvisí s tématem.

Výzkumná otázka č. 1.: Jaké sociální a zdravotní služby využívají klienti s vážnou duševní poruchou v Pardubickém a Královéhradeckém kraji z pohledu sociálních pracovníků?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 11 a 12 v dotazníku. Otázka č. 11 zjišťovala, o jaké zdravotní služby mají klienti s vážnou duševní chorobou největší zájem podle sociálních pracovníků v praxi. Největší zájem podle respondentů mají klienti o ambulantní péči a domácí péči. Vyplývá z toho tedy, že klienti chtějí setrvávat v domácím prostředí, ale potřebují podporu.

Otázka č. 12 také zjišťovala, o jaké služby mají klienti s VDP největší zájem podle sociálních pracovníků v praxi, ale zaměřovala se na sociální služby. Nejčastější odpovědí bylo sociální poradenství, dále podporované, chráněné bydlení a stacionář, centra denních služeb.

Podle katalogu sociálních služeb v Pardubickém a Královéhradeckém kraji je sociální poradenství poskytováno na 23 místech v těchto krajích, ale podporovaná, chráněná bydlení jsou poskytována na 2 místech. ČSÚ v roce 2013 zjistilo, že služeb stacionářů a center denních služeb využívalo v Pardubickém kraji 292 klientů a v Královéhradeckém kraji 490 klientů. Z toho vyplývá, že klienti mají zájem o takové služby, které podpoří setrvání v jejich domácím prostředí. (ČSÚ, 2014, PDZ, cit. 2015-06-01, Krajský Úřad Pardubického kraje, 2011, Krajský Úřad Královéhradeckého kraje, 2008)

Výzkumná otázka č. 2.: Jaké je pokrytí sociálních a zdravotních služeb pro klienty s vážnou duševní poruchou z pohledu sociálních pracovníků v Pardubickém a Královéhradeckém kraji?

Na tuto výzkumnou otázku si můžeme odpovědět otázkami z dotazníku č. 7, 8, 9 a 10. Otázka č. 7 se přímo ptala na pokrytí zdravotních služeb určených klientům s vážnou duševní chorobou. Více než polovina respondentů hodnotila pokrytí zdravotních služeb jako dobré, to znamená středně. Takto to uvedlo 17 respondentů (57 %). Průměrná hodnota je 3,3. S daty získaných z této otázky souvisí data z otázky č. 9. Tato otázka hodnotila, jakých zdravotních

služeb by mělo být více. 17 (57 %) respondentů uvedlo ambulantní péči, což je více než polovina. Z těchto dat a dat z předešlé výzkumné otázky vyplývá, že by mělo být více ambulantní péče, z důvodu nedostatku ambulantních specializovaných lékařů, ale i zájmu klientů o tento typ péče.

Podle ČSÚ z roku 2013 bylo v Pardubickém a Královéhradeckém kraji celkem 747 ambulancí specializovaných lékařů (mimo praktické lékaře pro dospělé, praktické lékaře pro děti a dorost, stomatology a gynekology). Tento počet zahrnuje ostatní odborné lékaře, tedy ne pouze psychiatry. Je nutné předpokládat, že psychiatrů bude méně. Podle Databáze psychiatrů je v Pardubickém kraji 17 psychiatrů a v Královéhradeckém kraji 32 psychiatrů. Do této databáze jsou zahrnuti i psychiatři v nemocnicích. (ČSÚ, 2014, Národní ústav duševního zdraví, cit. 2015-06-01)

V oblasti sociálních služeb odpovídá na výzkumnou otázku otázka č. 8, která zjišťovala pokrytí sociálních služeb. Podle 14ti (46 %) respondentů je pokrytí sociálních služeb dobré, stejně jako u zdravotních služeb. Zde je průměr o trochu vyšší, tedy 3,4. K této otázce se také vztahuje otázka č. 10, která se ptala na to, jakých sociálních služeb by mělo být více, čímž upřesňovala, v čem jsou služby nedostatečné. Z dat z této otázky vyplývá, že podle názoru respondentů by mělo být více podporovaných, chráněných bydlení, chráněných pracovišť, což uvedlo vždy 20 (67 %) respondentů a stacionářů, center denních služeb podle 12ti (40 %) respondentů.

Podle katalogu sociálních služeb je v Pardubickém kraji pouze 1 chráněné bydlení a v Hradci Králové jsou pouze 3 tréninkové byty pro osoby s duševním onemocněním. Podle ČSÚ v roce 2013 bylo 191 neuspokojených žadatelů o chráněné bydlení v Pardubickém kraji a 29 v Královéhradeckém kraji. Na tuto skutečnost reaguje Péče o duševní zdraví, která v současné době zavádí program rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové. S touto službou rehabilitačního bydlení se rozšíří podpora klientů s VDP. Tvůrci komunitního plánu pro Pardubický kraj se shodli, že pro osoby s duševním onemocněním chybí chráněné bydlení, bydlení pro bezdomovce a dostupné volnočasové aktivity, což potvrzuje názory respondentů. (ČSÚ, 2014, PDZ, cit. 2015-06-01, Krajský Úřad Pardubického kraje, 2011, Krajský Úřad Královéhradeckého kraje, 2008, Magistrát města Pardubice, 2013)

Výzkumná otázka č. 3.: Jaká je charakteristika klientů s vážnou duševní poruchou, která nejčastěji žádá o sociální a zdravotní služby v Pardubickém a Královéhradeckém kraji?

Tato výzkumná otázka je zodpovězena otázkami č. 6 a 20 z dotazníku. Otázka č. 6 mimo jiné vyřazovala respondenty, kteří dále neodpovídali, ale také zjišťovala témata, která nejčastěji klienti s respondenty řeší. Nejčastějším tématem je podpora samostatného života, což uvedlo 97 % respondentů, dále dle 50 % respondentů vztahy. Také se objevovali témata jako zdravotní péče 23 % a sociální služby (23 %). Z tohoto je jednoznačné, že nejvíce klienty tíží finanční oblast života, bydlení a zaměstnání a vztahy. Ze zájmu o informace k sociálním a zdravotním službám usuzují, že služby mají v životě klientů s VDP velký význam.

Toto potvrzuje také výzkum k bakalářské práci Růžičkové, která se zabývala tématem komunitní péče pro dlouhodobě duševně nemocné. Při rozhovorech s respondenty se nejčastěji objevovala témata zdraví, setkávání se s lidmi se stejnou diagnózou, kluby pro tyto klienty, vztahy v rodině, bydlení, soužití s ostatními lidmi, práce a péče o sebe. (Růžičková, 2010)

Otázka č. 20 zjišťovala, s kým se nejčastěji setkávají sociální pracovníci poprvé. Nejčastěji za sociálními pracovníky přicházejí klienti (24 %), rodina klienta (22,3 %), nebo klient s rodinou (18,5 %). Z toho je zřejmé že je nutné zdravotní a sociální služby zaměřovat nejen na klienty, ale i na jejich nejbližší, rodinu.

Výzkumná otázka č. 4.: Jak vyhovují služby určené pro klienty s vážnou duševní chorobou z pohledu sociálních pracovníků těmto klientům v Pardubickém a Královéhradeckém kraji?

K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 13 a 14. Otázka č. 13 se ptala respondentů na to, zda si myslí, že je potřebné změnit charakter nějaké sociální služby a otázka č. 14 se ptala na to samé ve zdravotních službách. 33 % respondentů by změnilo nějakou sociální službu a 30 % by změnilo nějakou zdravotní službu.

Respondenti uváděli změnu podmínek pro přijetí do ubytovací služby, s čímž se potýkají nejčastěji a tato poznámka se týká jak zdravotnických, tak i sociálních služeb. Problémem bývá duševní onemocnění v kombinaci se závislostí na návykových látkách, jako je alkohol, nebo drogy. Další poznámkou bylo navýšení kapacity pobytových zařízení pro osoby s duševním onemocněním, kterým je pod 50 let. V Pardubickém a Královéhradeckém kraji je celkem 14 domovů se zvláštním režimem, které poskytují služby lidem s chronickým

duševním onemocněním, ale často poskytují služby domova pro seniory, která podmiňuje zvýšený počet klientů staršího věku. S touto informací souvisí poznámka k navýšení počtu služeb, kde by se setkávali mladší lidé s duševním onemocněním. Toto zajišťují v obou krajích služby sociální rehabilitace, které jsou poskytovány na 16ti místech. Další službou, která zajišťuje setkávání mladých lidí s duševním onemocněním, jsou služby denních stacionářů a center denních služeb, kterých je 5, sociálně-aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, které jsou 4, 3 sociálně-terapeutické dílny a 5 zařízení zajišťující následnou péči. Další poznámky, které se často objevovali, bylo navýšení počtu psychiatrů a rozšíření ambulantní péče o návštěvní služby psychiatrů ke klientům domů. Tuto službu například zajišťuje komunitní - asertivní tým, kdy za klientem přijíždí domácnosti psychiatr, sociální pracovník a terénní psychiatrická sestra. Tato služba zatím není hodně rozšířená. (Krajský úřad Pardubického kraje, 2011, Krajský úřad Královéhradeckého kraje, 2008, Černá, 2014)

Výzkumná otázka č. 5.: Jaká je spolupráce se sociálními a zdravotními zařízeními z pohledu sociálních pracovníků v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, včetně znalosti sociálních pracovníků komunitního plánování?

Na tuto otázku si můžeme odpovědět otázkami č. 15, 16, 17, 18 a 19. Otázka č. 15 se respondentů tázala na to, s jakými zdravotními a sociálními zařízeními nejčastěji spolupracují a otázka č. 16 zjišťovala s jakými zdravotními a sociálními zařízeními se respondentům nejlépe spolupracuje. 19 (63 %) respondentů nejčastěji spolupracuje s terénními sociálními službami a 18 (60 %) respondentů nejčastěji spolupracuje se zařízeními poskytující akutní lůžkovou zdravotní péči. Na otázku č. 16 byly odpovědi respondentů téměř totožné. Nejlépe se 15ti (50 %) respondentům spolupracuje s terénními sociálními službami a 13ti (43 %) respondentům s akutní lůžkovou zdravotní péčí.

Další otázky č. 17, 18 a 19 se týkaly tématu komunitního plánování. V otázce č. 17 respondenti uváděli, zda v jejich kraji existuje komunitní plánování. Nejvíce respondentů si myslí, že probíhá komunitní plánování, 22 (73 %) respondentů. Otázka č. 18 zjišťovala, zda si respondenti myslí, že v jejich kraji existuje pracovní skupina komunitního plánování pro klienty s VDP, kdy si 15 (50 %) respondentů myslí, že tato skupina existuje.

V obou krajských městech probíhalo komunitní plánování sociálních služeb. V Pardubicích existuje přímo pracovní skupina pro osoby s duševním onemocněním a v Hradci Králové jsou klienti zahrnuti ve skupině s názvem Zdravotně postižení, přičemž

každá pracovní skupina se scházela jednou měsíčně. (Magistrát města Pardubice, 2013, Šimůnek, 2013)

Otázka č. 19 zjišťovala, zda jsou respondenti seznámeni s konkrétními plány týkající se zajištění služeb pro duševně nemocné, což vědělo 6 (20 %) respondentů a jen 5 respondentů je dokázalo napsat. Respondenti uvedli konkrétně „*Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením akční plán 2015 a střednědobý plán rozvoje sociálních služeb*“, což odpovídá dokumentu s názvem Akční plán 2015. Další 2 respondenti uvedli opatření, které se týká podpory ústavní péče založením sítě ambulantních pracovišť v okresních městech. Toto opatření odpovídá konkrétnímu opatření s názvem Podpořit projekty denních stacionářů, stacionářů následné péče, sociálně aktivizačních služeb a volného času. Další 2 respondenti uváděli opatření týkající se rozšíření komunitních služeb v oblasti bydlení. Existenci tohoto opatření dokazuje vznik nového bydlení pro osoby s duševním onemocněním, které je uvedeno ve výzkumné otázce č. 2. (Magistrát města Pardubice, 2014, Šimůnek, 2013)

9 Závěr

Tato teoreticko-výzkumná bakalářská práce nese název Zdravotně sociální péče o klienty s vážnou duševní poruchou. Je rozdělena na teoretickou část a výzkumnou část. Cílem teoretické části bylo nastínit obsah pojmu VDP a charakter některých vážných duševních onemocnění. Za cíl si také klade podat ucelený přehled o zdravotních a sociálních službách, které mohou klienti s VDP využívat, o komunitní péči a také poskytuje přehled vývoje přístupu k lidem s duševním onemocněním včetně reformy u nás i v zahraničí.

Výzkumná část zjišťovala pokrytí a využívání zdravotních a sociálních služeb klienty s VDP a znalost sociálních pracovníků/pracovnic komunitního plánování. Přínosem pro praxi by mohla být výzkumná část této bakalářské práce, která pomáhá osvětlit, jaké problémy nejčastěji klienti řeší, jaká je charakteristika klientů a tímto směrem navádět zdravotní a sociální služby pro ně určené. Případně tyto služby rozšířit, nebo zaměřit jiným směrem. Tato část také dává přehled o pokrytí zdravotních a sociálních služeb ve vybraných krajích z pohledu sociálních pracovníků a zájmu klientů o jednotlivé služby. Nejvíce podle tohoto výzkumu chybí služby zdravotní ambulantní péče, a proto by bylo vhodné navýšit počty ambulantních služeb, případně rozšířit službu o asertivní komunitní týmy. Výzkumná část také potvrdila vhodnost aplikace současného trendu komunitního přístupu k lidem s duševním onemocněním. Zejména v podpoře bydlení v co nejpřirozenějším prostředí, zaměstnávání a volnočasových aktivit pro klienty s VDP. Tento výzkum také zjistil, že by bylo vhodné více pracovat s lidmi s duševním onemocněním, kteří jsou navíc závislí na návykových látkách a zajistit jim vhodné, zejména ubytovací služby.

Výzkumná část také sledovala spolupráci sociálních a zdravotních zařízení se sociálními pracovníky na úřadech. Mimo jiné několika otázkami hodnotila znalost komunitního plánování sociálními pracovníky/pracovnicemi, kdy většina sociálních pracovníků/pracovnic zná komunitní plánování jen okrajově.

Pro mě bylo vypracování této práce přínosem nejen z důvodu nabytí nových informací, ale i pochopení systému fungování zdravotních a sociálních služeb. Navíc jsem také více poznala cílovou skupinu této práce a více pochopila potřeby těchto klientů. Věřím, že naše práce bude pro zdravotně-sociální praxi také přínosem.

Zdroje

Tištěné zdroje

- 1 ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-316-9.
- 2 ČEŠKOVÁ, Eva, Hana KUČEROVÁ a Mojmír SVOBODA. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.
- 3 DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.
- 4 GABRIEL, Josef. Klady a zápory psychiatrických léčeben a komunitních center. *Esprit*. 2009, č. 3.
- 5 HEJZLAR, Petr. *Na cestě ke komunitní psychiatrii: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakladatelstvím Theo, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2.
- 6 HOSKOVCOVÁ, Simona. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1626-1.
- 7 JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, Sestra. ISBN 978-80-247-2150-7.
- 8 JUKLOVÁ, Kateřina a Radka SKORUNKOVÁ. *Základy psychopatologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. ISBN 978-80-7041-815-4.
- 9 KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.
- 10 MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.
- 11 MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- 12 MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- 13 PEČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- 14 RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a kol. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.

- 15 VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- 16 WINKLER, Petr a Miroslava JANOUŠKOVÁ. Systémy psychiatrické péče v Evropě I: Popis reformních procesů ve 12 zemích EU. *Psychiatrie*. 2013, roč. 17, č. 2.

Elektronické zdroje

- 1 ČERNÁ, Petra. *Aserktivní tým*. Databáze komunitních služeb, přehled sociálních a zdravotních služeb komunitní psychiatrické péče. [online]. 2014 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <http://dks.greendoors.cz/sluzby/eset-help-os/asertivni-tym>
- 2 ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2013*. [online]. 1. vyd., Praha, 2014. ISBN 978-80-87039-36-6 [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/FF083D00-F1F2-4584-B2A3-61E42FF416F6/0/SR_2013.pdf
- 3 ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2012* [online]. 1. vyd., Praha, 2013. ISBN 978-80-87039-32-8 [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/14F33E39-B858-4C93-BC13-3153EBB7099E/0/SR2012_WEB.pdf
- 4 ČESKÁ SPRÁVA SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ. *Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2011* [online]. 1. vyd., Praha, 2012. ISBN 978-80-87039-29-8 [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/27F3455C-AFD4-465B-B3E7-8A1499F7DC0D/0/SR2011.pdf>
- 5 ČSÚ. *Výběrové šetření zdravotně postižených osob - 2013* [online]. 2014 [cit. 2015-05-11]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/20543019/k3_260006-14_1.pdf/4384f318-fcae-4a20-941c-33f10d5a6324?version=1.0
- 6 ČSÚ. *Statistická ročenka Královéhradeckého kraje- 2014, sociální zabezpečení*. [online]. 2014 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/22-socialni-zabezpeceni3272>
- 7 ČSÚ. *Statistická ročenka Pardubického kraje- 2014, sociální zabezpečení*. [online]. 2014 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/22-socialni-zabezpeceni323>
- 8 ČSÚ. *Statistická ročenka Pardubického kraje- 2014, zdravotnictví*. [online]. 2014 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/21-zdravotnictvi8297>

- 9 DEAKIN, Nicholas a Dinesh BHUGRA. State of psychiatric services in the UK. *International Review of Psychiatry*. 2012 [online]. [cit. 2015-02-28] Dostupné z: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.3109/09540261.2012.696057>
- 10 FOITOVÁ, Zuzana, Ondřej PĚČ a Barbora WENIGOVÁ. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, 2011 [online]. [cit. 2014-12-15]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>
- 11 KOBLIC, Karel. *Mantinely poskytování psychoterapie*. Česká psychoterapeutická společnost [online]. 2012 [cit. 2014-12-15]. Dostupné z: http://psychoterapeuti.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=222&Itemid=15
- 12 KOLEKTIV AUTORŮ. *Reforma psychiatrické péče*. Zdravotnictví medicína. [online]. 2014 [cit. 2015-06-03]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/reforma-psychiatricke-pece-475769>
- 13 KRAJSKÝ ÚŘAD PARDUBICKÉHO KRAJE. *On-line katalog sociálních služeb Pardubického kraje*. [online]. 2011 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: http://www.socialnisluzbypk.cz/osoby_s_chronickym_dusevnim_onemocnenim/
- 14 KRAJSKÝ ÚŘAD KRÁLOVÉHRADECKÉHO KRAJE. *On-line katalog sociálních služeb Královéhradeckého kraje*. [online]. 2008 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/cz/sluzby-zajemce/dusevne-nemocni/sluzby-pro-dusevne-nemocne-51021/>
- 15 MAGISTRÁT MĚSTA PARDUBICE. *Komunitní plán sociálních a souvisejících služeb města Pardubic na období 2013-2016*. [online]. 2013 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <file:///C:/Windows/system32/config/systemprofile/Downloads/kp-2013-2016.pdf>
- 16 MAGISTRÁT MĚSTA PARDUBICE. *Komunitní plánování sociálních služeb v Pardubicích. Akční plány 1. 4. 2015 – 31. 12. 2015*. [online]. 2014 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <file:///C:/Windows/system32/config/systemprofile/Downloads/akni-plany-2015.pdf>
- 17 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR*. [online]. 2013 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr_8306_2778_1.html

- 18 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Rozpracování strategie (pracovní skupiny)*. [online]. 2013 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/implementacni-ramec/#.VRZzPPyG_FV
- 19 MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Strategie*. 2013 [online]. 2013 [cit. 2015-02-28]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/strategie/#.VRZrX_yG_FU
- 20 MPSV. Zákon č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, v platném znění. [online]. 2006 [cit. 2015-03-21]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf
- 21 NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Psychiatri ČR*. [online]. [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <http://www3.pcp.lf3.cuni.cz/psyweb/>
- 22 NCONZO. *Seznam vzdělávacích programů Centra dle Nařízení vlády č.31/2010 Sb.* [online]. [cit. 2015-05-13]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/seznam-vzdelavacich-programu-centra-dle-narizeni-vlady-c.31/2010-sb>.
- 23 PDZ. *Rehabilitační bydlení Hradec Králové*. [online]. [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/rehabilitacni-bydleni-HK.html>
- 24 PŘÍHODA, Petr. *Komunitní péče*. Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online]. 2015 [cit. 2015-05-27]. Dostupné z: <http://www.bohnice.cz/lecba/centrum-krizove-intervence-a-resocializace/>
- 25 PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS J.E.P. *Koncepce oboru psychiatrie*. [online]. 2008, 1. revize [cit. 2014-12-15]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/005-koncepce-oboru-psychiatrie2008.pdf>
- 26 RŮŽIČKOVÁ, Michaela. *Komunitní péče pro dlouhodobě duševně nemocné*: Bakalářská práce. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta, 2010. s. 66. Vedoucí bakalářské práce: Martin Smutek.
- 27 ŠIMŮNEK, Marek. *4. plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb města Hradce Králové na období 2013 – 2015*. Statutární město Hradec Králové. [online]. 2013 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: [file:///C:/Windows/system32/config/systemprofile/Downloads/4KP%20text%20\(1\).pdf](file:///C:/Windows/system32/config/systemprofile/Downloads/4KP%20text%20(1).pdf)
- 28 ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. [online]. 2014 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: <file:///C:/Windows/system32/config/systemprofile/Downloads/zdroccz2013.pdf>

- 29 VELDHUIZEN, J. Remmers van a Michiel BÄHLER. *Flexible Assertive Community Treatment: Vision, model, practice and organization* [online]. 2013 [cit. 2015-06-03]. Dostupné z: <http://www.factfacts.groenestein.org/>
- 30 WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. Desátá revize. [online]. 2013 [cit. 2015-06-01]. Dostupné z: http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf

Přílohy

Příloha A: MKN-10: F20 – F69

<i>Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy F20–F29</i>	
F20	Schizofrenie
F20.0	Paranoidní schizofrenie
F20.1	Hebefrenní schizofrenie
F20.2	Katatonní schizofrenie
F20.3	Nediferencovaná schizofrenie
F20.4	Postschizofrenní deprese
F20.5	Reziduální schizofrenie
F20.6	Schizofrenia simplex
F20.8	Jiná schizofrenie
F20.9	Schizofrenie nespecifikovaná
F21	Schizotypní porucha
F22	Poruchy s trvalými bludy
F22.0	Porucha s bludy
F22.8	Ostatní poruchy s přetrvávajícími bludy
F22.9	Persistující porucha s bludy nespecifikovaná
F23	Akutní a přechodné psychotické poruchy
F23.0	Akutní polymorfní psychotická porucha bez schizofrenních symptomů
F23.1	Akutní polymorfní psychotická porucha se symptomy schizofrenie
F23.2	Akutní psychotická porucha podobná schizofrenii
F23.3	Jiné akutní psychotické poruchy převážně s bludy
F23.8	Jiné akutní a přechodné psychotické poruchy
F23.9	Akutní a přechodné nespecifikované psychotické poruchy
F24	Indukovaná porucha s bludy
F25	Schizoafektivní poruchy
F25.0	Schizoafektivní porucha, manický typ
F25.1	Schizoafektivní porucha, depresivní typ
F25.2	Schizoafektivní porucha, smíšený typ
F25.8	Jiné schizoafektivní poruchy
F25.9	Schizoafektivní porucha, nespecifikovaná

F28	Jiné neorganické psychotické poruchy
F29	Neurčené neorganické psychózy
<i>Afektivní poruchy nálady F30-F39</i>	
F30	Manická fáze
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie bez psychotických symptomů
F30.2	Manie s psychotickými symptomy
F30.8	Jiné manické fáze
F30.9	Manická fáze nespecifikovaná
F31	Bipolární afektivní porucha
F31.0	Bipolární afektivní porucha, současná fáze je hypomanická
F31.1	Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů
F31.2	Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy
F31.3	Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese
F31.4	Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů
F31.5	Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy
F31.6	Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená
F31.7	Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi
F31.8	Jiné bipolární afektivní poruchy
F31.9	Bipolární afektivní porucha nespecifikovaná
F32	Depresivní fáze
F32.0	Lehká depresivní fáze
F32.1	Středně těžká depresivní fáze
F32.2	Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků
F32.3	Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky
F32.8	Jiné depresivní fáze
F32.9	Depresivní fáze nespecifikovaná
F33	Periodická depresivní porucha
F33.0	Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká
F33.1	Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká
F33.2	Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, bez psychotických

	symptomů
F33.3	Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky
F33.4	Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi
F33.8	Jiné periodické depresivní poruchy
F33.9	Periodická depresivní porucha nespecifikovaná
F34	Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)
F34.0	Cyklothymie
F34.1	Dysthymie
F34.8	Jiné perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)
F34.9	Perzistentní afektivní porucha (porucha nálady) nespecifikovaná
F38	Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)
F38.0	Jiné jednotlivé afektivní poruchy (poruchy nálady)
F38.1	Jiné periodické afektivní poruchy (poruchy nálady)
F38.8	Jiné určené afektivní poruchy (poruchy nálady)
F39	Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)
<i>Poruchy osobnosti a chování u dospělých F60-F69</i>	
F60	Specifické poruchy osobnosti
F60.0	Paranoidní porucha osobnosti
F60.1	Schizoidní porucha osobnosti
F60.2	Disociální porucha osobnosti
F60.3	Emočně nestabilní porucha osobnosti
F60.4	Histrionská porucha osobnosti
F60.5	Anankastická porucha osobnosti
F60.6	Anxiosní (vyhýbavá) osobnost
F60.7	Závislá porucha osobnosti
F60.8	Jiné specifické poruchy osobnosti
F60.9	Porucha osobnosti nespecifikovaná
F61	Smíšené a jiné poruchy osobnosti
F62	Přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku
F62.0	Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti
F62.1	Přetrvávající změna osobnosti po psychiatrickém onemocnění
F62.8	Jiné přetrvávající změny osobnosti

F62.9	Přetrvávající změna osobnosti nespecifická
F63	Nutkavé a impulzivní poruchy
F63.0	Patologické hráčství
F63.1	Patologické zakládání požárů (pyromanie)
F63.2	Patologické kradení (kleptomanie)
F63.3	Trichotillomanie
F63.8	Jiné nutkavé a impulzivní poruchy
F63.9	Nutkavá a impulzivní porucha nespecifická
F64	Poruchy pohlavní identity
F64.0	Transsexualismus
F64.1	Transvestitismus dvojí role
F64.2	Porucha pohlavní identity v dětství
F64.8	Jiné poruchy pohlavní identity
F64.9	Poruchy pohlavní identity nespecifikované
F65	Poruchy sexuální preference
F65.0	Fetišismus
F65.1	Fetišistický transvestitismus
F65.2	Exhibicionismus
F65.3	Voyerismus
F65.4	Pedofilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	Mnohočetné poruchy sexuální preference
F65.8	Jiné poruchy sexuální preference
F65.9	Porucha sexuální preference nespecifikované
F66.0	Porucha sexuálního vyzrávání
F66	Poruchy psychické a chování související se sexuálním vývojem a orientací
F66.0	Porucha sexuálního vyzrávání
F66.1	Egodystonická sexuální orientace
F66.2	Porucha sexuálních vztahů
F66.8	Jiné poruchy psychosexuálního vývoje
F66.9	Porucha psychosexuálního vývoje nespecifikovaná
F68	Jiné poruchy osobnosti a chování u dospělých
F68.0	Zpracování somatických symptomů psychologickými vlivy

F68.1	Záměrná produkce nebo předstírání symptomů nebo neschopností somatických nebo psychických (padělání poruchy)
F68.8	Jiné určené poruchy osobnosti a chování u dospělých
F69	Neurčená porucha osobnosti a chování u dospělých

(WHO, 2013)

Příloha B: Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Lucie Chotěnovská a jsem studentkou 3. ročníku univerzity Pardubice, oboru Zdravotně sociální pracovník. Ve své bakalářské práci zkoumám Možnosti zdravotně-sociální péče o klienty s vážným duševním onemocněním. Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku.

Dotazník, který máte před sebou, obsahuje 20 otázek týkající se využití sociálních a zdravotních služeb určených pro klienty s vážným duševním onemocněním v Pardubickém a Královéhradeckém kraji.

Pojem vážné duševní onemocnění zahrnuje diagnózy dle Mezinárodní klasifikace nemocí:

- okruh F2 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- okruh F3 - Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- okruh F6 - Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Pro vyplnění tohoto dotazníku je třeba asi 5 minut Vašeho času. Prosím Vás proto, abyste si těchto 5 minut našli a pomohli mi tak tuto problematiku prozkoumat. Dotazník je zcela anonymní a informace z něho budou využity pouze k tomuto výzkumu.

Pokud není jinak uvedeno, zakroužkujte jednu odpověď. V případě otevřených otázek, prosím vypište vlastní odpověď.

Předem děkuji za spolupráci a ochotu.

1. Vaše pohlaví?
 - a) Muž
 - b) žena

2. V jakém kraji pracujete?
 - a) Pardubický
 - b) Královéhradecký

3. Jak dlouho vykonáváte praxi sociálního pracovníka?
(uved'te v letech)

-
4. Na jaké pracovní pozici pracujete?
- a) vedoucí pracovník
 - b) řadový pracovník
 - c) jiné:

5. V jaké oblasti sociální práce pracujete?
- a) oblast péče o rodinu a dítě
 - b) oblast sociálních služeb
 - c) oblast sociální prevence (např. kurátor pro dospělé)
 - d) jiné:

6. Máte zkušenosti s péčí o klienty s vážnou duševní poruchou?
- a) Ano
 - b) Ne

Pokud ne, dále dotazník nevyplňujte.

Pokud ano, jaká témata nejčastěji řešíte? (vypište)

.....

.....

7. Jaké je pokrytí zdravotních služeb dle Vašeho názoru ve Vašem kraji pro pacienty s vážnou duševní poruchou?
(zakroužkujte jednu možnost ze škály, 1 = výborné, 2 = velmi dobré, 3 = dobré, 4 = dostatečné, 5 = nedostatečné)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

8. Jaké je pokrytí sociálních služeb dle Vašeho názoru ve Vašem kraji pro pacienty s vážnou duševní poruchou?
(zakroužkujte jednu možnost ze škály, 1 = výborné, 2 = velmi dobré, 3 = dobré, 4 = dostatečné, 5 = nedostatečné)

1 – 2 – 3 – 4 – 5

9. Jakých zdravotních služeb, zaměřených na klienty s vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji by mělo podle Vašeho názoru být více?

(můžete vybrat více možností)

- a) lůžková péče (např. psychiatrická léčebna, léčebna dlouhodobě nemocných)
- b) ambulantní péče (např. ambulance psychiatra)
- c) domácí péče
- d) stacionáře
- e) lázeňská léčebně rehabilitační péče (např. lázeňský pobyt)
- f) jiné:.....
- g) žádné

10. Jakých sociálních služeb, které se věnují klientům s vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji by mělo podle Vašeho názoru být více?

(můžete vybrat více možností)

- a) sociální poradenství
- b) osobní asistence
- c) stacionář/centra denních služeb
- d) podporované bydlení/ chráněné bydlení
- e) odlehčovací služby
- f) chráněná pracoviště
- g) azylové domy/nízkoprahová denní centra/ noclehárny
- h) telefonická krizová intervence/ krizová pomoc
- i) služby následné péče a doléčovací/ terapeutické komunity
- j) terénní služby
- k) pobytové zařízení (např. domovy pro OZP, domovy se zvláštním režimem)
- l) jiné:.....
- m) žádné

11. O jaké zdravotní služby mají klienti s vážnou duševní poruchou dle Vaší zkušenosti ve Vašem kraji největší zájem?

(doplňte do tabulky pořadí; 1 = nejvíce, 6 = nejméně, 0 = nesetkal/a jsem se s touto možností – můžete zvolit i vícekrát)

<i>Zdravotní služby</i>	<i>Pořadí</i>
a) lůžková péče (např. psychiatrická léčebna, léčebna dlouhodobě nemocných)	
b) ambulantní péče	
c) domácí péče	
d) stacionáře při zdravotnických zařízeních	
e) lázeňská léčebně rehabilitační péče (např. lázeňský pobyt)	
f) jiné (uved'te jaké):	

12. O jaké sociální služby mají klienti s vážnou duševní poruchou dle Vaší zkušenosti ve Vašem kraji největší zájem?

(doplňte do tabulky pořadí; 1 = nejvíce, 12 = nejméně, 0 = nesetkal/a jsem se s touto možností – můžete zvolit i vícekrát)

<i>Sociální služby</i>	<i>Pořadí</i>
a) sociální poradenství	
b) osobní asistence	
c) stacionář/centra denních služeb	
d) podporované bydlení/ chráněné bydlení	
e) odlehčovací služby	
f) chráněná pracoviště	
g) azylové domy/nízkoprahová denní centra/ noclehárny	
h) telefonická krizová intervence/ krizová pomoc	
i) služby následné péče a doléčovací/ terapeutické komunity	
j) terénní služby	
k) pobytové zařízení (např. domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem)	
l) jiné (uved'te jaké):	

13. Myslíte si, že je potřebné změnit obsah, charakter nějaké sociální služby pro skupinu klientů s vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jak?

.....

14. Myslíte si, že je potřebné změnit obsah, charakter nějaké zdravotní služby pro skupinu klientů s vážnou duševní poruchou ve Vašem kraji?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, jak?

.....

15. S jakými zdravotními a sociálními zařízeními určenými pro cílovou skupinu klientů s vážnou duševní poruchou nejčastěji spolupracujete?

.....
.....

16. S jakými 2 zařízeními je dle Vašeho názoru nejlepší spolupráce?

.....
.....

17. Probíhá ve Vašem kraji komunitní plánování?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

Pokud ano, jak často?

.....

18. Máte ve Vašem kraji pracovní skupinu v rámci komunitního plánování pro klienty s vážnou duševní chorobou?

- a) Ano
- b) Ne
- c) Nevím

19. Jste seznámeni s místními/krajskými plány týkající se zajištění služeb pro duševně nemocné ve Vašem kraji?

- a) Ano
- b) Ne

Pokud ano, uveďte alespoň 1 konkrétní opatření z krajského plánu týkající se zajištění služeb pro duševně nemocné ve Vašem kraji:

.....
.....

20. Kdo nejčastěji zahajuje první kontakt s Vámi jako se sociální pracovníci/pracovníkem?

(Rozdělte ke kategoriím 100% podle toho, kdo nejčastěji zahajuje první kontakt)

Klient	
Rodina klienta	
Klient s rodinou	
Blízcí, přátelé klienta	
Složky státní správy (policie, soud)	
Zdravotnická zařízení	
Jiná (uveďte jaká):	

Děkuji za vyplnění dotazníku.