UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Romana Šimková

Hodnocení potřeb klientů s dlouhodobým duševním onemocněním pomocí metody CANSAS v zařízeních psychosociální rehabilitace (ve Fokusu-Praha, o.s.)

Obor: Sociální práce
Forma studia: Bakalářské, prezenční
Akademický rok: 2006/2007
Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Václava Probstová, CSc.
Oponent bakalářské práce:
Datum obhájení:
Výsledek obhajoby:

P R O H L A Š U J I ,

že tuto předloženou bakalářskou práci jsem vypracoval/a zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použil/a.

V ……, dne …… Podpis:

Obsah

Úvod…….....6
Teoretická část
1. Potřeby……..8
1.1. Co jsou potřeby?.....8
1.2. Potřeby člověka z různých hledisek……...10
1.3. Příklady teorií potřeb……..……13
2. Komunitní přístup v psychiatrii, psychiatrická rehabilitace…..……..……....16
2.1. Pojem komunita……..……....16
2.2. Komunitní přístup a psychiatrie…….....18
2.3. Psychiatrická neboli psychosociální rehabilitace,
hlavní charakteristiky a principy……..……20
2.3.1. Vývoj psychiatrické rehabilitace – stručný popis……21
2.3.2. Přístupy a školy psychiatrické rehabilitace……..……23
2.3.3. Principy psychiatrické rehabilitace……..……25
2.3.4. Rehabilitační proces, jeho dimenze a jednotlivé fáze……..……26
2.4. Specifické potřeby klientů s duševním onemocněním v rámci psychosociální rehabilitace……..……30
2.5. Šetření potřeb klienta s duševním onemocněním obecně……..32
3. Metoda CANSAS……..……34
3.1. Původ a vznik metody……...34
3.2. Zaměření, specifika a forma hodnocení potřeb u metody……...35
3.3. Použití v práci s klienty, šetření potřeb a vyplnění dotazníku…….36

Praktická část
4. Občanské sdružení Fokus-Praha……...38
4.1. Stáž v zařízení psychosociální rehabilitace……...40
4.2.Zařízení Fokusu-Praha, kde probíhalo šetření ……..40
4.2.1. Centrum denních rehabilitačních aktivit……....41
4.2.2. Centrum psychosociální rehabilitace, Komunitní centrum Břevnov……..42
4.2.3. Klub s terapeutickou podporou - Dům u Libuše……42
4.3. Průběh šetření potřeb u klientů……43
4.3.1. Navázání vztahu a domluva na šetření s klienty……...46

4.3.2. Odlišnosti jednotlivých klientů, s nimiž bylo šetření potřeb provedeno……..47
4.3.3. Spolupráce a zpětná vazba od klientů……47
5. Závěry a vyhodnocení získaných poznatků……..48
5.1. Nejčastěji identifikované potřeby a problémové oblasti ve všech zařízeních a u všech klientů ……..……...……..49
5.2. Nejčastěji identifikované potřeby a problémové oblasti v jednotlivých zařízeních a u jednotlivých klientů…….53
5.3. Zhodnocení zjištěných informací…….57

Závěr……...60
Seznam použité literatury…….62

Úvod

V bakalářské práci se zabývám obecně potřebami lidí s dlouhodobým duševním onemocněním a konkrétně pak šetřením a hodnocením potřeb různých oblastí života, které se mohou u této cílové skupiny klientů, ale nejen u ní, objevovat.

Právě mapování a identifikace potřeb klientů, které jsou aktuální či stále zůstávají nenaplněny, neuspokojeny, jsou důležitým nástrojem či východiskem pro různé postupy řešení problémů. Podle nich je možné takové postupy či způsoby řešení v konkrétních situacích upravit a dané služby v oblasti pomoci a podpory klientům s duševním onemocněním přizpůsobit tak, aby byly snadněji dostupné, využitelné a co možná nejefektivnější. Hodnocení potřeb klientů může samotným zařízením, poskytujícím služby duševně nemocným klientům pomoci posoudit jejich kvalitu a funkčnost, poskytnout prostor pro uvědomění si případných rezerv v individuální pomoci a přístupu ke klientovi. Výsledky šetření mohou případně zařízení inspirovat k tomu, aby vyvinuly nové formy služeb či techniky a zaměřily se na to, co je dle potřeb klienta v dané chvíli opravdu důležité pro úspěšné zvládnutí celého průběhu rehabilitačního procesu. Takový přístup by měl lidem duševně nemocným zprostředkovat v procesu psychosociální rehabilitace dostatečné naplnění potřeb tak, aby překonali překážky, jež jim doposud bránily znovu se plně a suverénně zapojit do společenského života a sociálních vztahů a nebyli pouze pasivním objektem stigmatizace.

Samotným klientům pak může hodnocení pomoci nahlédnout do toho, co skutečně cítí jako svá přání a potřeby, pomoci jim popsat a vymezit to, co skutečně potřebují, s čím je nutné jim pomoci, co zvládnou sami apod.

Inspirací pro výběr tématu pro mě bylo absolvování studentské stáže v Centru denních rehabilitačních aktivit občanského sdružení Fokus-Praha. Z tohoto důvodu jsem také praktické dotazníkové šetření potřeb s klienty provedla celkem ve třech zařízeních občanského sdružení Fokus-Praha. Všechna jsou zařízeními poskytujícími psychosociální rehabilitaci, přesto se však v rámci určitých charakteristik liší, ať již se jedná o kapacitu zařízení, specifika klientely nebo také o pravidla a režim programu poskytovaného klientům.

Pro hodnocení potřeb jsem zvolila metodu CANSAS, jež využívá zkrácený dotazník Camberwellského hodnocení potřeb metody CAN (Camberwell Assessment of Need)

a je jednou z forem metody CAN. Metoda CANSAS byla poprvé publikována v roce 1995 ve Velké Británii a do českých podmínek byla adaptována v roce 2002.

V teoretické části práce obecně popisuji potřeby, definuji tento pojem a uvádím jaké mohou být potřeby lidí obecně. Poté představuji také některé z teorií potřeb, typologie či hierarchie potřeb od různých autorů. Stručně dále charakterizuji komunitní psychiatrii, psychiatrickou (psychosociální) rehabilitaci, její přístupy, smysl a poslání.

Popisuji též samotnou metodu CANSAS, její vznik a použití jejího dotazníku. V této části čerpám informace kromě dostupné literatury, která je uvedena v seznamu použité literatury, také z diplomové práce H. Kalvody, absolventa katedry sociální práce a částečně se inspiruji též postupovou prací G. Sochorové, rovněž studentky katedry sociální práce FF UK. Dále vycházím z české verze manuálu CAN: Camberwelské šetření potřeb, který popisuje samotnou metodu, její použití, postup a provedení šetření potřeb. V neposlední řadě také využívám informací, jež jsem získala v kurzu k metodě CAN, který jsem měla možnost absolvovat v rámci své stáže ve Fokusu-Praha.

V praktické části, jejíž hlavní náplní je práce s hodnotícím nástrojem, metodou CANSAS, se již věnuji konkrétnímu šetření potřeb klientů. Nejprve popisuji a charakterizuji občanské sdružení Fokus-Praha a jeho jednotlivá zařízení psychosociální rehabilitace, kde šetření potřeb probíhalo. Posléze se zabývám konkrétními rozdíly mezi uvedenými zařízeními, dále tím, jaké mohou být specifické potřeby duševně nemocných ve smyslu sociálně-zdravotním, specifikací klientů, kteří uvedená zařízení navštěvují a dílčími výsledky šetření.

Poslední kapitola je věnována zpracování a vyhodnocení získaných informací a výsledků ze všech provedených šetření potřeb klientů. Zde budou také učiněny adekvátní výstupy, ve smyslu potřeb klientů i vzhledem k případným možnostem zefektivnění služeb, které zařízení klientům poskytuje a budou též formulovány obecné i konkrétní závěry.

Teoretická část

1. Potřeby

Určité potřeby má každý živý tvor, u člověka kromě potřeb fyzických vnímáme i další dimenze potřeb. Hovoříme o tom, že někdo něco potřebuje, tj. nemá to a chybí mu to, či by to pouze chtěl a fakticky není nutné, aby danou věc získal a potřebu tak okamžitě uspokojil. Potřeby tedy můžeme chápat subjektivně, což bývá většinou a tehdy hovoříme o pociťovaném nedostatku něčeho, nebo objektivně, kdy názor jedince, na přítomnost potřeby a přání ji uspokojit, je potvrzován většinovým názorem společnosti, veřejným míněním, zaštiťuje ho právo, platné zákony.

1.1. Co jsou potřeby?

Existuje několik definic, které různě, ale přesto velmi podobně vyjadřují co potřeba či potřeby jsou, co znamenají. Ve smyslu sociologie lze potřebu označit např. jako stav, kdy se organismu, jedinci či skupině něčeho nedostává, objektivní je tento stav, když jedinec či skupina strádá skutečným nedostatkem, subjektivní naopak, když se domnívá, že se mu nedostává něčeho, na co má nárok či o čem se domnívá, že na to má nárok. Když jedinec danou potřebu pociťuje a není nadále uspokojena, může tento fakt vyvolat jeho aktivitu, je totiž přirozeně motivován, aby svou potřebu uspokojil či se o to alespoň pokusil.

Potřeba tedy může být i určitým impulsem pro konání jedince. Není-li ve své aktivitě úspěšný či narazí na určité překážky, jež mu zabrání ve zdárném uspokojení aktuální potřeby, dochází k frustraci jedince, někdy i psychické deprivaci.

Zde uvádím několik přesnějších oborových definic. Např. sociologický slovník (Geist, 1992) popisuje potřebu jako termín vztahující se v obecné rovině k něčemu, co je pro jedince, případně společnost žádoucí. Uvádí ovšem také, že vědecká specifikace termínu se liší u jednotlivých autorů, kteří jej konkrétněji definují. Dále říká, že potřeba je bezesporu intrapsychickým jevem, který se objektivuje (pokud se objektivuje) určitou zvenčí pozorovatelnou aktivitou. Lze ji tedy chápat jako specifický prožitkový proces, prožitek nedostatku nebo nadbytku něčeho, co je z hlediska subjektu prožitku nežádoucí. To znamená, že potřeba je

vždy vztažena k referenčnímu systému subjektu prožitku (tím může být jak jedinec, tak sociální útvar), a to jak biologicky (hlad, žízeň atp.), tak socio-kulturně (hodnota, norma, ideál atp.), a to vzhledem k určité, konkrétní sociální situaci, v níž se subjekt prožitku nalézá. Podle konkrétních funkčních vztahů se pak tento prožitek může stát - a zpravidla také stává - pohnutkou (podnětem, důvodem) určité aktivity, která má v rámci příslušných referenčních systémů onu nežádoucnost odstranit a vést k uspokojení. Odtud pak pramení úzká spojitost potřeby s motivem a jejich časté vzájemné zaměňování.

Dle filozofického slovníku (Durozoi, Roussel, 1994) je potřeba to, co bytosti chybí k zajištění jejího organického života. Psychologicky se potřeba projevuje sklíčeným stavem vědomí, který provází nedostatek něčeho pro život nezbytného, nebo co subjekt za takové pokládá. Obecně se rozlišují na jedné straně prvotní přirozené potřeby, nutné pro okamžité přežití (například hlad a žízeň), a potřeby druhotné, jejichž uspokojení lze na nějakou dobu odložit, a na druhé straně potřeby kulturní, tj. vzniklé ve společenském prostředí. Toto rozlišení nicméně není absolutní: i ta nejumělejší kulturní potřeba je ve skutečnosti podstatná pro člověka, pro něhož je nadbytečné důvodem žít.

Hartlův psychologický slovník (1993) uvádí pod pojmem potřeba nutnost organismu něco získat, něčeho se zbavit, též stav organismu člověka, který znamená porušení vnitřní rovnováhy nebo nedostatek ve vnějších vztazích osobnosti. Opakem je stav rovnováhy, nepřítomnosti aktuální potřeby. Komplementárním pojmem k potřebám jsou hodnoty, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány. Zatímco systém potřeb ve vývoji lidstva se podstatně nemění, hodnoty jsou proměnlivé.

Slovník sociální práce (Matoušek, 2003) popisuje potřebu jako motiv k jednání. Říká, že neuspokojená potřeba vede k deprivaci, ke strádání. Většina psychologických typologií potřeb je dělí na okruh vztahující se k tělesné pohodě, psychické rovnováze a bezpečí, okruh souvisící se vztahy k blízkým lidem (patřit k někomu, milovat někoho, být milován), okruh vztahující se ke společenskému uplatnění a okruh spirituálních potřeb (rozumět sobě, lidem, světu, chápat smysl života). Sociální pojetí potřeb se liší od definic psychologických tím, že je vztahuje k zákonu nebo jinému druhu oprávnění.

1. 2. Potřeby člověka z různých hledisek

Hovoříme-li o základních lidských potřebách, víme, že jsou přirozené a jsou vlastní každému člověku, jsou spojeny s lidskou existencí a ve své podstatě jsou univerzální. Základní lidské potřeby by měly být respektovány, stejně tak právo či nárok každého jedince na ně a to bez ohledu na věk, pohlaví, rasu atp. a mělo by vždy být učiněno maximum pro to, aby tyto potřeby stály v popředí a požadavkům a přáním na jejich uspokojení by mělo být vyhověno. Naplnění takovýchto potřeb totiž zajišťuje zdravý způsob života, umožňuje člověku uspokojivě žít. Pomineme-li tyto základní, řekněme fyzické potřeby, které umožňují člověku přežít a k nimž můžeme zařadit jídlo, spánek, sex, ale i ošacení apod., objevují se i jiné kategorie či typy potřeb a to z různých hledisek.
Sociologické hledisko např. zmiňuje dělení potřeb na biologické a sociální či materiální a duchovní. Dále mohou být potřeby dle objektu etické a estetické, dle funkce primární a sekundární, dle subjektu individuální, skupinové či kolektivní.

Hledisko ekonomické popisuje kromě základních potřeb člověka, kam řadí i potřebu práce a sounáležitosti s druhými, (vychází z člověka jako individua a je mu přirozená) také další potřeby, které souvisí, obecně řečeno, převážně se situací na trhu a jsou pohnutkou k nákupu něčeho, co danou potřebu uspokojí. Předpokladem uspokojování většiny lidských potřeb je tak výroba statků a služeb.
Uvádí se také „vyšší“ potřeby, jež není nutné okamžitě uspokojit, dají se odložit. „Nahodilé“ potřeby má za následek určitý náhlý impuls, který vnukne jedinci pocit, že danou věc potřebuje a nahodile jí začne chtít. „Uměle vyvolané“ potřeby jsou z hlediska ekonomického popisovány jako ty, na něž má vliv hlavně reklama a aktuální móda či módnost, pod jejímž tlakem je jedinec např. „nucen“ koupit si určitou věc, kterou by si za normálních okolností nekoupil.
Jiné rozdělení z hlediska ekonomického popisuje potřeby základní, související s biologickým založením člověka (jídlo, bydlení, oblékání) a potřeby luxusní, související s danou kulturou a civilizační úrovní (umění, cestování, sport).

Hledisko psychologické uvádí např., že původně existovalo spojení potřeb s biologickými účely (organické potřeby vyjadřovaly nedostatky organismu). Hovoříme tedy opět o potřebách fyziologických (jinak též organismických či

homeostatických), které vychází z tělesných funkcí a projevů metabolismu. Jako další úroveň uvádí psychologické hledisko sociogenní potřeby (jinak též psychické či sociální), které reagují na nedostatky, jež se mohou objevovat u jedince v rámci sociálního bytí, tedy ve vztahu ke druhým lidem, ale též k sobě samotnému.
Jako velmi významné v psychologickém smyslu jsou uváděny tzv.ego-vztažné potřeby, jejichž naplňování pomáhá udržet či zvyšovat hodnotu ega (jáství) a u většiny jedinců souvisí s touhou po úctě, uznání, obdivu a osobní prestiži.

Sociální potřebou rozumí sociologický slovník (Geist, 1992) třídu potřeb, vztahující se k jedinci jako sociální bytosti, tj. potřeby, které vznikají buď způsobem uspokojování primárních potřeb, nebo jsou získány (naučené, přejaté) v socializačním procesu. Jsou diferencovány sociálně podle jednotlivých typů sociálních systémů (útvarů), kultur, sociálních vrstev, tříd, sociálních norem, sociálních, případně demografických skupin atp. Bývají také nazývány sekundární, získané, umělé, kulturní atp.
Právě sociální, zdravotně-sociální či psychosociální potřeby jsou jedním z objektů, které tato práce sleduje a na šetření právě těchto potřeb, u klientů s duševním onemocněním, kteří docházejí do zařízení psychosociální rehabilitace, se zaměřuje.

V rámci konceptu sociálních potřeb, který se užívá v praxi i výzkumu uvádí Hartl (1997) dělení dle Bradshawa na čtvero různých potřeb.

1. Normativní potřeba: vyjadřuje potřebu v dané situaci, jež je definována odborníkem či vědcem. Určitý požadovaný standard je porovnán se standardem existujícím. Jestliže takový standard není přístupný jednotlivci či skupině, je u nich přítomná potřeba. Různí experti mohou však standardy stanovit různě, navíc daná rozhodnutí mohou být ovlivněna jejich hodnotovou orientací. Tyto normativní standardy se postupem času, v rámci společenských změn a vývojem poznání mění.

2. Pociťovaná potřeba: je taková, která se nejvíce rovná přání, tomu co člověk skutečně chce. Lidé jsou tázáni, cítí-li potřebu nějaké služby, která jim může být nabídnuta. Sama o sobě je však pociťovaná potřeba neadekvátním měřítkem „skutečných“ potřeb. Omezena je tím, že jedinec vnímá potřebu služby, už pouze když ví o její existenci nebo naopak, nechce-li přiznat, že

danou službu potřebuje a obává se ztráty nezávislosti. V tomto smyslu se hovoří také o diskreditaci pociťované potřeby, když žádá o pomoc někdo, kdo ji ve skutečnosti nepotřebuje.

3. Vyjádřená potřeba: je požadavkem pociťované potřeby vyjádřené činem. Člověk nežádá o poskytnutí služby, necítí-li potřebu, ale naopak je časté, že pociťovaná potřeba není vyjádřena požadavkem. Tento termín se např. běžně užívá ve zdravotních službách, kde jsou listiny čekajících považovány za měřítko neuspokojené potřeby. Avšak i tyto seznamy mohou vznikat z různých důvodů, tudíž nemusí vyjadřovat pouze to, že potřeby nejsou naplňovány.

4. Komparativní potřeby: jsou takové potřeby, jejichž měřítko se získává studiem charakteristik populace, která přijímá nějakou službu. Pakliže existují lidé, kteří však službu nepřijímají, potom mají její potřebu. Tato definice se užívá k určení potřeb jednotlivců, ale i oblastí. Patří sem jedinci alkoholově či drogově závislí, kteří nejsou nijak evidováni, lidé podílející se na trestné činnosti, jež není odhalena či hlášena, utajené oběti násilí, znásilnění apod. Služby v určité oblasti sice mohou být zastoupeny, ale možná nedostatečně či nekvalitně. Tento srovnávací přístup se používá např. k vytipování dětí, které budou vyžadovat zvláštní péči, kdy se vychází ze známých a statisticky zjistitelných situací jako je těžký porod, poporodní trauma, starší matka atp.

Odlišně koncipované rozdělení je možné najít v kapitole o motivaci sociálního života v publikaci autora Řezáče (1998), který druhy sociálních (jinak také sekundárních, psychosociálních či psychogenních) potřeb uvádí takto:

- potřeba sociální aktivity
- potřeba strukturalizace životního prostoru (materiálního, duchovního, časového)
- potřeba osobní a sociální intimity
- potřeba začlenění se do society a zaujetí takové pozice v ní, která by odpovídala sebepojetí jedince
- potřeba akceptace (být akceptován jinými), sebeakceptace (akceptace sebe v kontextu srovnání s ostatními) a akceptování (akceptovat jiné)
- potřeba sebepotvrzení, sebeuskutečňování a seberealizace

1.3. Příklady teorií potřeb

Existuje mnoho různých teorií, které různě popisují lidské potřeby a mnoho různých autorů se zabývá touto tematikou. Zde uvádím spíše náhodný výběr několika z nich.

Nejčastěji uváděnou a patrně nejznámější teorií potřeb je hierarchie lidských potřeb *A. H. Maslowa*, kterou její autor, sociální psycholog spojil s motivační teorií člověka. Potřeby na nižším stupni redukují určité napětí a pomáhají fyziologicky přežít, potřeby na vyšším stupni zajišťují duševní spokojenost a osobnostní rozvoj, nejvyšší stupeň představuje nejvyšší cíle, určitý přechod k vrcholným potřebám a hodnotám člověka. Tento pátý nejvyšší stupeň označil jako metapotřebu, jež představuje zároveň přechod na B-úroveň, kde se vyskytují již metahodnoty spojené s vrcholy lidského rozvoje a potenciálu. Maslowův model bývá zobrazován jako pyramida se základnou nižších potřeb, stoupající k potřebám vyšším, přičemž podle autora platí, že nejsou-li dostatečně uspokojeny a naplněny potřeby na nižší úrovni, jedinec nemůže zdárně postoupit na vyšší úroveň či bude mít problém naplnit potřeby, jež jsou v hierarchii výše.

1. fyziologické potřeby (spánek, potrava, přístřeší, sex)
2. potřeby bezpečí (jistota, stabilita)
3. potřeby sounáležitosti (láska, náklonnost)
4. potřeby úcty (uznání, sebeúcta, prestiž)
5. potřeby seberealizace a sebeaktualizace

Tento pětiúrovňový model byl později přepracován a doplněn na osmiúrovňový. Zde se vedle již uvedených potřeb objevují v rámci B-úrovně také určité potřeby estetické (touha po dosažení silného prožitku krásy, dobroty, lásky), určité vyšší kognitivní potřeby (touha po větší znalosti, sebepoznání) a nejvýše pak potřeba dosáhnout něčeho, co existuje „nad člověkem“, co jeho samého přesahuje, tedy potřeba určité sebetranscendence.

Lidskými potřebami se také zabýval americký psycholog *H. A. Murray*, který vyvinul také projektivní metodu k jejich zjišťování, tzv. tematicko-apercepční test. V jeho

definici, kterou Nakonečný (Arnold, Eysenck a Meili, in Nakonečný, 1998) uvádí a označuje jako dosti topornou, je potřeba interně nebo externě excitovatelná, v mozku spočívající síla, která je subjektivně prožívána jako popud nebo nucení k jednání, a sice takovým způsobem, aby bylo dosaženo cíle, který je pro jednajícího užitečný nebo příjemný ve vztahu k situaci, jež vyvolala cílově orientované chování.
Jedno z třídění, které Murray představil, je na potřeby záporné a kladné. Na jedné straně tedy uvádí např. potřeby:

- nadvlády
- agrese
- odmítání

Na straně druhé uvádí potřeby:

- sdružování
- pečování
- tvoření

Potřeby jsou dle Murrayho prosazovány spontánně či pomocí tlaku (vnějších podmínek), tyto potřeby se projevují nezávisle na sobě a u různých jedinců v různé míře. Přesto si jsou potřeby, co do významnosti rovny. To co je odlišné, jsou pouze důsledky v projevech lidského chování, které mohou být různě kvalitativně hodnoceny ve společnosti. Dále také tento psycholog rozdělil potřeby na primární a sekundární.

Dalším autorem, který sestavil teorii potřeb je *C. P. Alderfer*. Hovoříme o tzv. teorii ERG (exist-relations-growth), která původně vychází z Maslowovy teorie potřeb (Řezáč, 1998). Alderfer zde upravil a přizpůsobil Maslowovy představy na základě poznatků z výzkumů lidského chování a redukoval systém potřeb na pouhé tři:

- Potřeby existenční (veškeré materiální a fyziologické potřeby)
- Potřeby vztahové (veškeré potřeby vycházející ze vztahů k lidem, se kterými jedinec přichází do styku, např. láska a přátelství, ale i hněv a nenávist, být vnímán, považován za partnera apod.)
- Potřeby růstové (tvořivá práce jedince na sobě a na svém okolí, seberealizace)

Na rozdíl od Maslowa Alderferova teorie motivace netrvá na striktní hierarchii potřeb.

Navíc uvažuje i o možnosti, že když jedna z uvažovaných skupin potřeb není dostatečně uspokojena, může vést k zesílení potřeby ze skupiny druhé. Potřeby existenční jsou konkrétní, vztahové potřeby již méně a růstové již zcela abstraktní. Jsou-li konkrétní potřeby uspokojeny, naplněny, objevují se u jedince potřeby abstraktní. Jestliže tyto abstraktní potřeby uspokojeny nejsou, dochází k tzv. frustrační regresi a jedinec se opět zaměří na potřeby konkrétní, uspokojení potřeb nižší úrovně.

Teorie *D. C. McClellanda* je spíše užívaná v řízení, ve smyslu manažerského vedení, úzce totiž souvisí s motivační teorií zaměřenou zejména na pracovní činnosti. McClelland uvedl tři typy základních motivačních potřeb.

- Potřeba úspěchu – lidé s vysokou potřebou úspěchu si staví obtížné cíle, berou na sebe zodpovědnost za provedenou práci.
- Potřeba moci – lidé s velkou potřebou moci mají značný zájem na ovlivňování druhých a na uplatňování kontroly
- Potřeba sounáležitosti – lidé s vysokou potřebou sounáležitosti jsou zaměřeni na udržování vztahů s lidmi

Původem polský sociolog *B. Malinowski* původně rozlišoval tři typy nebo úrovně potřeb. Existují ve všech kulturách a proto je lze považovat za univerzální. První úroveň tvoří základní (biologické) potřeby, druhý typ představují potřeby instrumentální a třetí typ reprezentují potřeby symbolické a integrativní. Celé schéma má hierarchický charakter, ve kterém zaujímají klíčovou pozici základní potřeby a procesy jejich uspokojování.

- Základní potřeby: představují biologické požadavky lidského organismu (reprodukce, tělesné pohodlí, bezpečnost, odpočinek, pohyb a růst). Těmto biologickým potřebám odpovídají kulturní reakce (zásobování, příbuzenské systémy, úkryt a oblečení, ochrana a obrana, organizovaný odpočinek a zábava, školení v dovednostech).
- Instrumentální potřeby: vznikly z nutnosti dále rozvíjet výrobu, zabezpečit udržení společenského pořádku, zajistit předání kulturní tradice další generaci

a udržet mocenskou autoritu. Kulturní reakce, které odpovídají mají podobu ekonomiky, sociální kontroly, výchovy, politické organizace.

- Symbolické a integrativní potřeby: vyplývají z existence systému myšlení a víry a způsobů jejich předávání. Kulturní reakcí na tyto potřeby jsou věda, náboženství, magie, umění, hry.

Později autor modifikoval svou teorii potřeb, když vyřadil symbolickou a integrativní úroveň potřeb, nadále tedy dle Malinowského existují jenom dva typy potřeb: základní (biologické) a instrumentální.

Rozdělení, tentokrát konkrétně sociálních potřeb uvedl mj. také původem německý psycholog *E. Fromm*.

1. Potřeba vztažnosti
2. Potřeba transcedence
3. Potřeba vřazenosti, zakořeněnosti
4. Potřeba identity
5. Potřeba orientačního rámce

Tato teorie je úzce spjata s tématem lásky, kterým se Fromm často zabývá. Hovoří se zde o zralosti jedince, jenž je schopen tyto potřeby integrovat a to v určitém harmonickém souladu, kdy žádná z nich není upřednostňována na úkor dalších. Jedině tak je člověk připraven na důvěrný vztah, upřímný a otevřený vůči druhému, aniž by popřel svou vlastní identitu. Láska se stává aktivní silou v člověku, pak je jedinec, zachovávající si svou individualitu a integritu, schopen zralé lásky.

2. Komunitní přístup v psychiatrii, psychiatrická rehabilitace

2. 1. Pojem komunita

Pojem komunita může nejčastěji vyjadřovat společenství živých bytostí, které sdílejí určité prostředí. Jednotlivé živé bytosti mohou být rostliny, zvířata nebo lidé, kteréhokoliv druhu, rasy, velikosti atp. Komunitu charakterizuje zejména sdílená vzájemná interakce, vycházející například ze společných potřeb nebo zájmů.

Komunity se obvykle vytvářejí na jednom konkrétním místě (lidská komunita může být obyvatelstvo obce nebo spolek).

Hartl (1997) uvádí sociologickou definici Encyklopedického slovníku (1993), kdy komunita je souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku. Z psychologického hlediska je podle tohoto slovníku komunita typem organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti (např. mezi pacienty a personálem), čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.

Velký sociologický slovník (1996), opět v uvedení Hartla (1997) definuje komunitu jako pospolitost danou zvláštním typem vnitřních vazeb a jejím zařazením do širšího sociálního prostředí. Jsou zde rozlišovány komunity sídelní či místní a komunitní hnutí, jakým byly od nepaměti ašrámy, kláštery, později kibucy či komunity hippies. K nim patří i tzv. intencionální komunity současných let, propagující meditaci, duchovní hodnoty, alternativní zemědělství a ekologii, mnohdy sklouzávající až k sektářství. Dále se rozlišují komunity tradiční, které existují po většinu doby. Jsou ohraničené prostorově, příbuzenskými vztahy, vlastními zdroji, suverenitou uvnitř i vně komunity a společnou hodnotovou orientací svých členů. Takové typy komunit se v moderní společnosti mění na společenství ne zcela soběstačná. Jejich členy spojuje buď způsob smýšlení, nebo dokonce jen cíl, ale nikoliv představa o cestách k jeho naplnění. Příkladem jsou komunity umělecké, vědecké, profesní i zájmové. Tak proti přirozenému procesu přebírání tradičních komunit nadkomunitními globálními institucemi působí snaha profesionálně školených komunitních pracovníků budovat a používat komunity jako účinný nástroj pro dosahování lepších sociálních podmínek minoritních skupin i pro spoluvytváření lepších vztahů v sousedstvích a širších společenstvech.

Slovník sociální práce (Matoušek, 2003) definuje komunitu jako společenství lidí žijících či kooperujících v jedné instituci nebo v jedné lokalitě. Pokud je komunita subjektem práva, může jít o společenství soukromoprávní nebo veřejnoprávní (obecní). V ještě širším významu se výraz používá pro komunikující společenství profesionální a zájmová (např. komunita sociálních pracovníků), tyto komunity dnes díky pokročilým komunikačním technologiím nevyžadují stálé kontakty tváří v tvář. Komunita má svou atmosféru, své způsoby komunikace, svou hranici, která je více nebo méně propustná vůči okolí. Místní komunita uspokojuje potřebu blízkosti, intimity, rozšířeného domova. Lidstvo žilo po většinu svého vývoje v malých,

intenzivně spolupracujících společenstvích, jež se v době moderní a pozdější fragmentovala do komunit, které mají jen jeden nebo několik znaků archaické komunity. Například moderní velkoměstská sídliště jsou nazývána ložnicovými komunitami, protože lidé do nich převážně jezdí jen přespávat.

Pro psychologický slovník je komunita termínem pro lidské společenství, např. sousedství, zaměstnanci určité organizace aj. Kromě toho také uvádí pojem komunita terapeutická, kdy se jedná o organizaci léčby, v níž personál i pacienti tvoří propojenou a koordinovanou skupinu se společným terapeutickým cílem. Pacienti jsou aktivními účastníky v terapii vlastní i svých spolupacientů, přebírají část zodpovědnosti za chod komunity a léčebný proces (Hartl, 1993).

Na závěr této subkapitoly ještě uvedu definice komunitní práce či péče. Hejzlar (2004) uvádí definici Younghusbandové (1959), která říká, že jde o jednu z metod sociální práce, která se zaměřuje na pomoc lidem v rámci místní komunity, snaží se určit jejich sociální potřeby, zvážit nejúčinnější způsoby naplnění do té míry, jak to umožňují zdroje, které mají k dispozici. Zde se jedná o klasickou definici a vlastně dosti obecný popis v obecném smyslu, z pohledu sociální práce. Tentýž autor definuje komunitní práci dále slovy Stroula (1993) jako organizovanou spolupráci realizátorů péče s rozdělenými zodpovědnostmi. Jejím obsahem je asistovat vulnerabilní části populace v naplňování jejích potřeb a rozvoji jejích potenciálů, aniž by nutně musela být izolována či vyloučena z komunity. Hejzlar (2004) uvádí též definici Weeghela (1999), která již plně souvisí a vztahuje se k cílové skupině duševně nemocných a službám péče, které jsou této skupině určeny. Komunitní péče představuje v této definici široké spektrum služeb alternativní podpory, individualizované péče a ochrany ve společnosti. Jejím cílem je ušetřit duševně nemocným utrpení z odmítání a izolace a umožnit jim žít plnohodnotný život.

2. 2. Komunitní přístup a psychiatrie

V rámci komunitního přístupu je pozornost zaměřena na přirozené prostředí jedince. Kromě vnitřního života člověka či jeho vztahy v rámci rodiny, také pracuje s životními podmínkami klientů všeobecně. Ve smyslu komunity se tedy bere v potaz i bydlení, zaměstnání, zdravotní péče a služby, doprava či zájmy a volný čas. Komunitní přístup je na klienta orientován, klient je nahlížen celostně v souvislostech komunity, důraz je kladen na jeho potřeby, vztah mezi jedincem a prostředím, v němž žije.

Komunitní psychiatrie je zaměřena nejen na cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním, ale i na celou občanskou komunitu, sociální role a vztahy duševně nemocných, návaznost péče a služeb. V tomto smyslu by měly institucionální léčbu následovat sociální služby týkající se mj. i zaměstnání, bydlení, volného času, čerpající ze zdrojů komunity.

Komunitní psychiatrie se podle H. I. Kaplana a B. J. Sadocka (1991) zabývá prevencí a léčením mentálních poruch a chorob, spolu s následnou rehabilitací psychiatrických pacientů prostřednictvím připravených komunitních programů. V přístupu k jednotlivci využívá bohatých zdrojů a možností, které skýtá komunita. Komunitní psychiatrie je nazývána třetí revolucí v psychiatrii (Hartl, 1997). Právě její vznik a rozvoj po 2. světové válce byly klíčové i pro vývoj psychiatrické rehabilitace. Hlavním principem je, aby péče o duševní zdraví byla realizována v místě, kde klienti žijí či pracují, což je přirozené, usnadňuje to vzájemný styk a rychlost či flexibilitu pomoci a podpory. Služby, jež jsou v komunitě k dispozici by měly být dobře propojeny a vhodně na sebe navazovat.

Aby mohla komunitní psychiatrie v praxi fungovat a byla pro klienty či pacienty ambulantně využitelná a prospěšná, musí být podle Rahna a Mahnkopf (2000) splněny tyto tři předpoklady:

- Pacienti musí být propuštěni z kliniky (zrušení hospitalizačních forem péče).
- Musí být zabráněno rehospitalizacím.
- Musí být zajištěna monoklinická péče.

Titíž autoři (tamtéž) také navrhují, že, má-li komunitní psychiatrie zaručit péči o duševně nemocné či postižené na kvalitativně vyšší úrovni, musí nést uvedené znaky:

- Péče musí být komplexní: zejména po finanční stránce je nutné zajistit plynulý chod a kvalitu služeb ve všech zařízeních, která jsou alternativou k nemocnicím či léčebnám.
- Péče musí uspokojovat různorodé potřeby klientů: hlavním cílem je umožnit psychicky nemocným a postiženým účast na veřejném a soukromém životě v podobné míře jako u zdravých lidí. Protože stoupají nároky na diferenciaci péče, vyžaduje se flexibilita jednotlivých prvků systému péče.
- Jednotlivé prvky systému péče musí být propojeny a ve vztahu ke klientům otevřené: měla by fungovat informovanost a spolupráce mezi institucemi jako

léčebny, nemocnice, a zařízeními, která fungují v duchu zásad komunitní psychiatrie, aby bylo možné zajistit přiměřenou a kontinuální péči pro klienty během všech fází onemocnění.

- Přehlednost a transparence služeb: dostatečná přehlednost a srozumitelnost nabízených služeb je nutná pro možnost přiměřeného výběru klienta a jeho motivovanou spolupráci v rámci služby.
- Kvalita péče: je nutné zajistit dodržování určitých standardů kvality a postupnou celkovou profesionalizaci i v nově vznikajících pracovních oblastech komunitní psychiatrie.

2. 3. Psychiatrická neboli psychosociální rehabilitace, hlavní charakteristiky a principy

Termín rehabilitace pochází ze slova „rehabilitas“, což doslova znamená „znovuzeschopnění“, znovunabytí schopností. Slovník psychiatrickým termínů (2004) říká, že vztahuje-li se rehabilitace k omezené schopnosti, jde o kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, vzdělávacích a profesních prostředků k výcviku jednotlivce za účelem získání nejvyšší možné funkční schopnosti.

Psychiatrickou rehabilitací rozumíme určitý přístup, který v sobě zahrnuje různé přístupy, různě používané v určitých typech intervencí. Obecným cílem psychiatrické rehabilitace je schopnost fungování a určitá míra spokojenosti klienta v daném prostředí, bez vytržení z kontextu komunity. Spíše než na to, aby se klient přizpůsobil okolí, např. tím, že zůstane izolován ve zdravotnickém zařízení, se upřednostňuje , aby se prostředí komunity přizpůsobilo klientovi a čerpaly se možnosti pomoci a podpory pro budoucí samostatnost a zvyšování nezávislosti klienta právě zde. Zdroje pocházející z komunity, pakliže mají být efektivně využity, by měly být vhodně koordinovány. Těmto charakteristikám odpovídá také definice moderního pojetí psychiatrické rehabilitace, kterou formulovali Antony a Cohen (1983, in Pfeiffer, 2002). Podle těchto autorů se jedná o spektrum metod a přístupů v péči o osoby s duševním onemocněním, jejichž záměrem je asistence osobám s duševním onemocněním za účelem zvýšení jejich schopností a dovedností tak, aby byly úspěšné a spokojené v prostředí, které si vyberou, s co nejmenší mírou kontinuální profesionální podpory.

Psychosociální rehabilitace je termín, který původně vznikl jako přesnější označení metody, jež vylučovala biologickou, somatickou část léčby. Tímto termínem bývá

označen přístup, který se věnuje osobám s dlouhodobým či vážným duševním onemocněním, jež se snaží v procesu následujícím po léčbě medicínské, institucionální, podporovat a zlepšovat kvalitu života a postupně je zapojovat zpět do sociálních vztahů, do společnosti. Cílem rehabilitačního procesu je znovuobnovení či oživení schopností a dovedností, psychických či sociálních, které byly u jedince nemocí oslabeny. V popředí jsou aktuální potřeby jedince, pracuje se na tom, co jedinec potřebuje a chce změnit, spíše než na tom, co v rámci jemu nabízených služeb nechce nebo nemůže využít.

V rámci komunity by mělo být do tohoto procesu zahrnuto blízké i širší okolí jedince, profesionálové ze zdravotních a sociálních služeb by měli spolupracovat nejen vzájemně mezi sebou, ale brát v potaz také úlohu rodiny a přátel klienta a pracovat i s nimi. Tímto způsobem by se mělo postupně dosahovat optimální míry samostatnosti a soběstačnosti klienta, aby byl schopen žít plnohodnotně a nezávisle v rámci svých možností. Každý k takovému životu potřebuje něco jiného, tudíž v tomto ohledu může být taková míra u každého člověka individuální.

2. 3. 1. Vývoj psychiatrické rehabilitace - stručný popis

První náznaky tohoto směřování byly patrny již na počátku 19. století, v období tzv. „morální terapie“. Postupně vznikla nutnost komplexního přístupu k duševně nemocným a to nejen z hlediska medicínského, ale i v oblasti práce, volného času, sociálních aktivit. Tehdy bylo zjištěno, že aktivita, jež má určitou strukturu, má na léčbu nemocného pozitivní vliv a praktická aktivita – pohyb či práce by se měla upřednostňovat více než terapie rozhovorem. Hlavním cílem byla změna jednání jedince.

Jedním ze zásadních mezníků byly ve 30. letech 20. století snahy psychiatra Querida, které se týkaly změn v psychiatrickém přístupu. Tento holandský psychiatr položil základy sociální psychiatrie a hlavní důraz kladl právě na rehabilitaci. V Amsterdamu tehdy vznikla služba domácí léčby a intervence, jež byla v rukou speciálního mobilního týmu, který zajišťoval sociálně-psychiatrickou péči.

V období před 2. světovou válkou se zejména v USA a Velké Británii psychiatři snažili také zaměřit péči směrem k rehabilitaci a na snížení omezení pacientů. Po 2. světové válce je již patrný rozvoj sociální psychiatrie. Tehdy byla prosazována zejména rehabilitace pracovní, což byla přirozená reakce na důsledky války. Bylo zde

mnoho mužů, kteří si z války přinesli fyzické nebo psychické postižení. Bylo nutné nějak řešit jejich situaci, tudíž bezprostředně po jejich léčbě medicínské, mohli zahájit léčbu sociální, obnovit své dovednosti a účastnit se pracovní rehabilitace v adaptovaných podmínkách chráněných míst. Jedním z prvních programů zaměřených na duševně nemocné v USA tak byla možnost jejich zařazení do určité pracovní rehabilitace a zároveň přiznání určité finanční pomoci. První zaměření rehabilitace bylo tedy na oblast práce a zlepšení pracovních funkcí nemocného.

Od 50. let 20. století se postupně, ale velmi pozvolna prosazoval fenomén deinstitucionalizace, který byl směrem k 60. letům podporován všeobecně různými hnutími týkajícími se lidských práv a celkovou náladou, jež vyžadovala určitou „reformu či nápravu“ celé společnosti. Např. M. Jones představil princip terapeutické komunity, jež měl být využit pro programy v nemocnicích, ale také jako podpůrný program v procesu reintegrace zpět do komunity. Významným mezníkem byl také vznik a možnost využití antipsychotik, které ve větší míře umožnily ambulantní léčbu oproti klasické hospitalizaci.

40. a 50. léta 20. století dala v USA vzniknout určitým centrům klubového charakteru, která zakládali lidé s psychiatrickou zkušeností. Zde bylo možné potkat lidi s podobným osudem, společně řešit obdobné otázky a problémy, bojovat za obnovení jejich životní produktivity, znovunabytí schopností a dovedností a oslabit tak následky jejich choroby. V tomto smyslu lze tedy již hovořit o určitých svépomocných skupinách.

V 60. a 70. letech se významně začala rozšiřovat ambulantní péče a důraz byl kladen spíše na duševní zdraví než duševní nemoc. Podporovány začaly být také preventivní programy. V tomto období vznikala již psychosociální centra a centra denních aktivit, která se orientovala především na realitu klientova života a faktory jeho každodennosti. Bylo zde nutné zajistit způsob, jak klienty naučit zvládat všechny potřebné činnosti a dovednosti (zahrnující oblasti od péče o sebe, schopnost naplňovat své potřeby až po komunikaci a spolupráci s ostatními lidmi, jež právě každodenní běžný život přináší). Programově se centra zaměřovala na nácvik dovedností, chování a jednání ve specifických situacích, kde by klienti mohli mít problém a na jejich individuální zvládání. Důraz byl kladen na praktičnost a zvládání i krizových situací či řešení problémů v krizi. Vznik a rozvoj těchto center měly vliv na rozvoj psychiatrické rehabilitace, jak ji známe v současné podobě.

80. léta 20. století znamenala v přístupu komunitní psychiatrie ještě větší rozvoj alternativních forem péče, ve všech západních zemích se postupně začaly celkově vyvíjet programy na transformaci péče o duševní zdraví. V psychiatrické rehabilitaci je kladen důraz na kompenzaci omezení pacientů, která byla způsobena nemocí. Do popředí se dostávají sociální a ekonomické problémy klientů, které jim znemožňují normální fungování. Preferuje se nácvik dovedností nejlépe v přirozeném prostředí, začínají se používat nové metody v péči jako intervence rehabilitačních pracovníků, case management apod.

2. 3. 2. Přístupy a školy v psychiatrické rehabilitaci

Ve světě existují různé přístupy či školy psychiatrické rehabilitace. Vlastní praxe, metody práce jsou si však velmi podobné. Rozdíl jednotlivých škol je hlavně v tom, na jakou složku či technologii klade důraz (Pfeiffer, 2002).
V rámci moderní psychiatrické rehabilitace jsou uváděny tři hlavní přístupy či školy. Takovéto rozdělení uvádí Probstová v kapitole věnované duševně nemocným v publikaci Sociální práce v praxi (2005).

1. Anglická škola: orientuje se více na přizpůsobení se, na akceptaci nezpůsobilosti. Jako hlavní principy uvádí kompenzaci, reedukaci a reorientaci. Tento přístup je vhodný zejména u starých lidí či u lidí, u nichž nemoc výrazně omezuje jejich aktivity (Hume a Pullen, 1994).

2. Losangeleská (tzv. libermanovská) škola: je spjata s rozvojem tréninků sociálních dovedností (Liberman, 1998). Tento rehabilitační směr je orientovaný na chování, je programově optimistický a v terapii spoléhá na trénink dovedností (skills). Používá slovník, v němž jsou časté výrazy trenér, nácvik, učení se dovednostem, zvládání konfliktu, komunikace, asertivita, dovednost žít v komunitě, udržování vztahů, užívání medikace, pracovní dovednosti apod.

3. Bostonská škola (Anthony, Cohen, Farkas aj.): prosazuje model klinické rehabilitace, která má být zaměřena na rozvoj klientových dovedností a na podporu okolí. Klíčovými koncepty jsou rozvoj a vzdělání klienta. Vychází se z klientových potřeb a přání a je optimistická – věří v posun. V Čechách se často cituje definice

bostonské školy: Psychiatrická či klinická rehabilitace pomáhá jedincům s dlouhodobými psychiatrickými problémy (nezpůsobilostí) zlepšit jejich fungování natolik, že jsou úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali, s co nejmenšími průběžnými zásahy profesionálů. (Anthony, Cohen a Cohen, 1983 in De-institutionalization: New Direction for Mental Health Services)

Přístupy, vždy určitým způsobem zaměřené a s týmiž charakteristikami, jaké mají výše uvedené školy psychosociální rehabilitace, představují také např. Dröes a van Weeghel, (1994, in Wilken a Hollander, 1999):

1. Na problém zaměřený přístup: důraz na symptomy a problémy, diagnóza stanovena na základě popisu nebo šetření aktuální situace ve spolupráci s klientem, je-li to nezbytné, mohou diagnózu stanovit profesionálové sami, jsou vypracovány plány péče a intervencí, klient je v roli pacienta, tento přístup používá většina medicínských disciplín a většina forem léčby v medicíně je takto orientováno.
Rehabilitační přístup Libermana (1990), při kterém jsou klientům s psychotickými poruchami podávány léky, informace (psychoedukace) a trénink dovedností, je tedy srovnatelný s tímto přístupem.

2. Vývojově zaměřený přístup: v popředí klientova přání a potřeby, klíčový je osobnostní růst a učení, klient sám určuje cíl a způsob jeho dosažení, mnoho psychoterapeutických proudů na tomto principu funguje.
Tento přístup je srovnatelný s přístupem Anthonyho a kol., který je znám jako Bostonský model nebo individuální rehabilitační přístup.

3. Enviromentálně zaměřený přístup: hlavní je zde zajistit terapeutické prostředí, v rehabilitaci se orientuje na vytvoření nebo udržení příjemného, funkčního, co nejpřirozenějšího životního prostředí, jež má zmírnit dopady klientovy nemoci a dodat podporu a bezpečí, klient může být také posilován, aby se odvážil opustit toto bezpečné prostředí, zkusil nové aktivity a rozšířil svůj obzor.
Bennett a Shepherd (1991, in Wilken a Hollander, 1999) zdůrazňovali velký význam vzniku adaptovaného prostředí. V jejich přístupu je pozornost rovnoměrně rozdělena mezi klienta-individualitu, jeho skupinu u poskytovatelů a fyzické okolí. Osobní péče je zaměřena na interakci mezi klientem a jeho okolím v adaptovaném prostředí.

Jednotlivé přístupy se také liší ve vztahu ke klientovi, jak se k němu vymezují a definují tak jeho roli. Takto je uvádí van Weeghel (1995, in Wilken a Hollander, 1999):
V Libermanově (tzn. na problém zaměřeném) přístupu je klient asertivním pacientem.
V Benettově a Shepherdově (tzn. enviromentálně zaměřeném) přístupu je klient podílejícím se konzumentem služeb.
V individuálním rehabilitačním přístupu Anthonyho a kol. (tzn. vývojově zaměřeném přístupu) je klient uvědomělým studentem.

2. 3. 3. Principy psychiatrické rehabilitace

Psychiatrická či psychosociální rehabilitace se v průběhu svého vývoje postupně formovala až do dnešní podoby, čerpala z různých směrů, zdrojů, postupů práce, až získala určité charakteristiky, svá typická pravidla, která jsou v jejím procesu dodržována. Např. takto jsou definovány principy psychiatrické rehabilitace:

1. Základní zaměření psychiatrické rehabilitace je na klienta a na zvyšování jeho „kompetence“.
2. Ziskem pro klienta je zlepšení života v prostředí, které potřebuje a jež odpovídá jeho vlastní volbě.
3. Psychiatrická rehabilitace má být eklektická, používat řadu technik.
4. Psychiatrická rehabilitace má pracovat se zdravou částí osobnosti, využívat dovedností klienta.
5. Základem procesu psychiatrické rehabilitace má být stálá naděje.
6. Zvyšování klientovy závislosti (dobře naplánované) může vést ke zvyšování klientova nezávislého fungování.
7. Rehabilitace usiluje o aktivní zapojení klienta do procesu úzdravy.
8. Základními nástroji psychiatrické rehabilitace jsou rozvoj klientových dovedností a rozvoj podpory z okolí.
9. Během rehabilitace je třeba zachovávat běžné klientovy aktivity. (Anthony a kol., 1990, in Matoušek a kol., 2005, in Probstová)

Podobně, pouze s drobnými rozdíly (např. používá medicínského termínu „pacient“ oproti předchozímu „klient“), tyto principy shrnuje a formuluje Pfeiffer (2002):

- V centru pozornosti musí být pacient a všechny jeho životní potřeby.
- Naděje je esenciální ingrediencí celého procesu, sama o sobě však nestačí.
- Neočekávat velké výsledky, ale nespokojit se s malými.
- Pomoc a podporu zaměřit na kompetenci pacienta a zlepšení jeho života.
- Hlavní úsilí profesionálů orientovat na zdravou, nikoliv na nemocnou část osobnosti.
- Dlouhodobá medikace je často zapotřebí, ale sama o sobě není dostatečnou komponentou rehabilitace.
- Aktivní zapojení pacienta je základním předpokladem úspěchu.
- Přechodné zvýšení pacientovy závislosti může vést posléze ke zvýšení nezávislosti.
- Práce s pacientem musí být dlouhodobým procesem s individuálních průběhem, s použitím technik a přístupů podle aktuálních potřeb pacienta.
- Rehabilitace se musí promítat do všech zařízení psychiatrické péče.
- Začínat s procesem rehabilitace již během léčby.

2. 3. 4. Rehabilitační proces, jeho dimenze a jednotlivé fáze

Komplexní rehabilitační práce má tři základní dimenze. Jedná se o dimenzi vztahů, dimenzi činnosti či aktivit a dimenzi časovou. Dimenze vztahová představuje postupný vývoj vztahu klienta s profesionálem v průběhu jejich spolupráce, ale také vztahu k okolnímu prostředí, rodině či dalším blízkým osobám. Dimenze aktivit znamená jaké konkrétní kroky se v realizaci rehabilitačního procesu volí v danou chvíli v souvislosti s aktuální situací a možnostmi klienta. Právě kvalitní vztah a jeho rozvoj umožňuje správný postup při výběru vhodných činností. Časová dimenze souvisí se správným načasováním těch správných aktivit v rehabilitačním procesu, jež musí brát v úvahu specifické časové perspektivy klienta.

Cílem tohoto trojdimenzionálního procesu je pomoci klientovi dosáhnout co nejvyšší míry nezávislosti pro sebe a ve vztahu k ostatním. K tomu klient potřebuje schopnost udržovat přiměřenou duševní rovnováhu a schopnost se o sebe postarat a také optimalizovat osobní i sociální způsobilost (Wilken, Hollander, 1999).

Rehabilitační proces a jeho fáze jsou výsledkem tzv. komplexního přístupu, který se postupně vyvinul z výše uvedených hlavních škol a přístupů psychosociální (psychiatrické) rehabilitace a ze všech těchto přístupů čerpá, všechny v sobě v určité míře zahrnuje. Základem v tomto procesu je vztah mezi klientem, jedincem, který využívá služby poskytující psychiatrickou či psychosociální rehabilitaci a konkrétním profesionálem (sociálním pracovníkem, psychologem, ergoterapeutem apod.). V tomto vztahu by měla být vzájemná důvěra a víra ve zlepšení klientových schopností, bezpečí a jistota, pocit, že se klient může na pracovníka spolehnout a v mnoha situacích i naopak. Pfeiffer (2002) rozděluje tento proces na tři základní fáze. Pouze místo termínu „pacient“ zde uvádím neutrálnější termín „klient“.

Fáze diagnostická: cílem je ohodnocení pacientových schopností a možností přirozeného prostředí, v němž se nachází, žije.
Nejprve je nutné navázat vztah a vytvořit po domluvě pracovní společenství. Je-li takový vztah navázán, měl by pracovník společně s klientem definovat cíle, jichž chce dosáhnout. Poté je čas na ohodnocení funkcí či schopností klienta (porozumět dovednostem, které je třeba zvládnout, aby bylo cílů dosaženo, zjistit jaké schopnosti má a jaké naopak ne, zjistit úroveň chování ve styku s lidmi, nároky, jež na něj klade prostředí) jako je oblékání, vaření, hospodaření s penězi, ale i jak si stát za svým názorem, umět někoho odmítnout bez pocitu viny apod. Na základě zjištěných údajů se následně dochází k popisu rehabilitačního cíle či cílů, sepsání dovedností, jichž je k nim třeba. Popisuje se také způsoby, postupy či techniky, jak zvládnutí dovedností dosáhnout. V závěru této fáze se ohodnocují zdroje, jež se dají čerpat z prostředí klienta. Zjišťuje se, je-li zde pro klienta nějaká klíčová podpora, jíž může využít. Pakliže ano zjišťuje se, jestli je možné tento zdroj i nadále využívat.

Fáze plánování: znamená rekapitulaci zjištěných informací z předchozí fáze. Stanoví se aktuální priority klienta ve smyslu změny či zlepšení v rozvoji dovedností a zdrojů. Klient má prostor formulovat svou představu o rozvoji dovedností a zdrojů s pomocí pracovníka, poté společně vypracují plán rehabilitace, který se může postupně upravovat, dle dohody mezi klientem a pracovníkem. V rehabilitačním plánu a dohodě o jeho dodržování by měla být vymezena role klienta, jeho zodpovědnosti, popis jeho účasti, totéž by mělo být i v případě pracovníka. S pracovníkem klient domlouvá a sepisuje posloupnost postupných dílčích cílů, popis intervencí. Pro

každou dovednost je třeba popsat danou intervenci (jakým způsobem se bude dosahovat klientova zvládnutí, jaká míra podpory mu bude poskytnuta a jak konkrétně). Rehabilitační plán tedy vytváří společně, klient stvrzuje podpisem souhlas a svou část odpovědnosti na plnění.

Intervenční fáze: již znamená konkrétní práci na plánu, rozvoji a posilování dovedností, rozvoji zdrojů v klientově prostředí pro zlepšení jeho schopností a dovedností. Dovednosti, jež klient má, by se měly zopakovat a posilovat jejich používání, procvičovat je. Dovednosti, které u klienta chybí, je třeba nově naučit, ukázat či předvést a zpočátku asistovat a podporovat ve vyšší míře.Tento trénink klienta by měl probíhat za přítomnosti pracovníka a s pracovníkem. Je zapotřebí zpočátku pomalu a postupně instruovat klienta, nejprve teoreticky, tj. definovat co je obsahem dovednosti, poté prakticky, tj. provést jednotlivé úkony pro zvládnutí dané aktivity. Takto se „nové“ může stát postupně „zažitým“ a klient postupně získává kompetence pro dané chování a jednání, která mu umožňují naučené dovednosti.
Klient je zapojen do tvorby strategie pro učení dovedností, jež má probíhat v přirozeném prostředí, ale zároveň využívat různých situací. Klient by si měl tak uvědomit možnou variabilitu situací, v nichž se může ocitnout a přizpůsobit se jim. Měl by získat náhled na to, co, jak a proč, tedy za jakým účelem, dělá.
Ve smyslu rozvoje zdrojů je třeba najít pro klienta vhodné možnosti využití dalších služeb a napojit ho na ně, zároveň však také vytvořit takové prostředí a poskytnout takovou podporu, aby byl klient vůbec schopen služeb využít. Pokud je třeba, je dobré také přizpůsobit či pozměnit stávající službu, a to v situaci, je-li možné, že je špatně nastavena a klient ji proto nemůže plně využít ke svému prospěchu.
Obecná pravidla, která platí ve všech fázích spolupráce klienta s pracovníkem v rámci rehabilitačního plánu, tedy zahrnují jasnou definici cílů, nutnost hovořit s klientem jasně a srozumitelně, brát vážně a nezpochybňovat žádný z klientových cílů. Vysoké, nejasné a těžko dosažitelné cíle se doporučuje pozměnit na několik dílčích cílů, zjednodušit je, ale konkrétně je popsat, aby byly srozumitelné a pochopitelné pro všechny zúčastněné. Plán by se měl držet se reality, stanovovat naplnitelé cíle. Pokud klient s něčím nesouhlasí a odmítne se na určité části plánu podílet, pracovník by to měl respektovat a pokusit se plán přetvořit tak, aby vyhovoval klientovi, ale zároveň byl pro něho přínosem.

V rámci komprehenzívního či komplexního přístupu v psychosociální rehabilitaci je uváděno konkrétněji a oproti předchozímu výčtu rozšířen proces rehabilitace do šesti fází. Wilken a Hollander (1999) je popisují jako fáze systematické rehabilitace v rámci vztahu klient – profesionál. První fází je *seznámení a orientace,* následuje fáze *šetření,* třetí fází je *stanovení cílů,* poté přichází fáze *plánování,* která přechází v pátou fázi praktické *realizace* a celý proces končí poslední fází *hodnocení.*

Stručně tyto jednotlivé fáze psychosociální rehabilitace, podle komplexního přístupu uvedeného autory Wilkenem a Hollanderem, popisuje Hejzlar (2004).

1. Fáze vytváření vztahu (seznámení a orientace): první kontakt a seznámení se s klientem; položení základů pro vztah důvěry a spolupráce; vzájemné poznávání a orientační posouzení, co je pro klienta důležité (kvalita života, hodnoty, status, přání)
2. Fáze mapování (šetření): posouzení, jakou péči či podporu klient potřebuje, potřeby mohou být formulovány explicitně jako požadavek určitého typu péče či podpory, pokud nejsou potřeby zřejmé (vyjádřené), je nutné je společně zkoumat (zatímco se vyvíjí vzájemný vztah), formulovat potřeby usnadňuje, když se nejdříve stanoví obecné cíle a zvažuje se, jaké překážky v dosažení cílů mohou nastat – na tom se může ozřejmit, jakou formu podpory klient bude potřebovat; posouzení, jaké podmínky či kritéria považuje klient za důležité jako důsledek realizace svých přání (osobní kriteria); posouzení možností a vnitřních překážek klienta ve vztahu k jeho přáním a potřebám; posouzení, jaké jsou žádoucí či nutné způsoby podpory a využitelné zdroje; posouzení možností a překážek v klientově okolí (profesionálové a služby péče o duševní zdraví, sociální služby, životní podmínky, rodina a přátelé)
3. Fáze stanovování cílů: formulování obecných dlouhodobých cílů ve všech životních (bydlení, práce, studium, volný čas) a osobních doménách (péče, o sebe, osobní význam, sociální vztahy, zdraví); formulování specifických krátko- a střednědobých cílů jako dílčích etap obecných cílů; zatímco u dlouhodobých cílů není požadavek reálnosti jejich dosažení (primární je respektovat přání klienta), u krátkodobých je podstatným požadavkem jednoduchost a dosažitelnost (časová i věcná)
4. Fáze plánování kroků: vytvoření plánu jako následnosti dílčích kroků; vytyčení časových horizontů pro dílčí kroky; rozdělení úkolů a zodpovědnosti za

realizaci dílčích kroků mezi pracovníka, klienta a další relevantní zúčastněné osoby; souhrnným výsledkem fáze má být individuální rehabilitační plán

5. Fáze výkonná (realizace) : vykonávání dílčích kroků v rámci plánu; pravidelné revize vykonaných aktivit se zaznamenáním překážek realizace; nalezené překážky vnitřní (limitace, handicap) i vnější (limity prostředí) mají být podnětem k novému prozkoumání specifických cílů a případně stanovení jejich modifikované či zcela nové verze
6. Fáze hodnocení a zpětná vazba: hodnocení, zda bylo dosaženo cíle, jaké faktory hrály roli v dosažení či nedosažení cíle; využití hodnocení a vzájemné zpětné vazby k opakování některých kroků tam, kde nebylo dosaženo uspokojivé kvality nebo i tam, kde se ukázalo, že potenciál klienta umožní stanovit cíle náročnější

2.4. Specifické potřeby klientů s duševním onemocněním v rámci psychosociální rehabilitace

Stevens a Gabbay (1991) definovali potřebu jako „schopnost čerpat ze zdravotní péče“ a odlišili potřebu od požadavku, což je to, o co lidé žádají, a od nabídky, což je něco, co je poskytováno (Bengtsson-Tops, Hansson, 1999). Autor Brewin (1992) se o potřebě zmiňuje jako o objektivním nedostatku, který může být studován ze tří různých hledisek. První znamená nedostatek zdraví nebo životní pohody, kde je potřeba spojena se symptomy pacienta, s jeho nedostatky v dovednostech a sociálním deficitem a je definována jako nedostatek úspěchu v dosahování cílů týkajících se zdraví či tělesné i duševní pohody (in Stein, Test, 1980, in Bengtsson-Tops, Hansson, 1999). Druhým hlediskem je nedostatek přístupu ke správným způsobům a/nebo úrovním institucionalizované péče, která stav zdraví či pohody tělesné a duševní vyžaduje (Lehtinen et al., 1990, in Bengtsson-Tops, Hansson, 1999). Ze třetího hlediska je potřeba, dle Brewina považována za nedostatek specifických aktivit profesionálů, které zahrnují klinickou léčbu stejně jako podpůrné aktivity (Bengtsson-Tops, Hansson, 1999).

V rámci psychosociální rehabilitace se klade důraz na postupné zkvalitňování klientova života. Kromě čistě medicínského přístupu, kdy je klientovi zprostředkována prakticky pouze farmakoterapie, která pokryje odstranění symptomů nemoci, je

důležité zahrnout do celkové léčby klienta také psychosociální přístup pro podporu, přístup a metody, které mohou pomoci odstranit psychické a sociální následky nemoci, tj. právě takové, které znesnadňují či omezují bezproblémové sociální fungování a tak snižují kvalitu klientova života. O kvalitě života ve spojitosti s potřebami duševně nemocných píše Wolf (1997). Kvalita života a potřeby se týkají realizace rolí lidí s psychiatrickými onemocněními, tyto koncepty jsou uváděny v souvislosti s jejich tzv. životními doménami (vztahy s rodinnými příslušníky či přáteli, bydlení, finanční situace, práce, volný čas apod.). Kvalita života a potřeby duševně nemocných obsahují objektivní (související se skutečnými podmínkami dle běžných společenských norem) i subjektivní prvky (související s tím, jak lidé vnímají tyto podmínky), zatímco je zdůrazňováno, že subjektivní vnímání lidí závisí na vnějších standardech, jež užívají k posouzení své situace. Kvalita života a potřeby jsou také dynamické, tj. mění se a vyvíjí v souvislosti se změnami a vývojem různých faktorů ovlivňujících lidský život. Protože jsou potřeby a kvalita života různorodé, je důležité načasovat šetření klienta, stejně jako je nutné jej opakovaně hodnotit.

Duševně nemocní lidé mají běžné lidské potřeby, to, co jim však dělá problémy, je jejich naplňování. Psychosociální rehabilitace se snaží, aby klient byl celkově spokojen v životě, aby byly posilovány jeho silné stránky a naopak mu byla poskytnuta asistence, pomoc či podpora v jeho slabých stránkách. Přítomnost a budoucnost jsou z hlediska potřeb důležitější než minulost, ta zde naopak nemá velký význam. Důležité je vnímat co je teď a tady, jaké potřeby jsou u klienta trvale neuspokojovány a jak to zlepšit do budoucnosti pro získání určité nezávislosti v tomto směru.

Potřeby lidí s vážným dlouhodobým duševním onemocněním jsou tedy v podstatě tytéž potřeby, jaké má každý člověk, týkají se běžných oblastí, každodenních problémů lidského života, u jedinců s duševní nemocí však bývají mnohačetné, navzájem se prolínají a vracejí v různých fázích rehabilitačního procesu. Navíc je zde omezená funkční způsobilost, která velmi znesnadňuje samostatné naplňování potřeb, což je jedním z největších problémů, který právě potřeby duševně nemocných specifikuje.

V rámci konceptu zdravotně-sociálních potřeb duševně nemocných Thornicroft a Smuzckler (2001) dělí potřeby jedince v oblasti péče o duševní zdraví na potřeby v oblasti zdraví, potřeby služeb a potřeby akce (Kalvoda, 2006). Podle těchto autorů zahrnují potřeby v oblasti zdraví kognitivní funkce/emoce, chování, fyzické zdraví a

interpersonální fungování. Potřeby v oblasti služeb se orientují na jejich nabídku, dostupnost, jejichž nedostatečnost je často příčinou neuspokojení tohoto typu potřeby. Potřeby akce souvisí se snahou o změnu, akci, inspirují ke plánování rozvoje péče a služeb či ke zlepšení struktury služby.

Ve zdravotně-sociálním pojetí potřeb duševně nemocných jsem již v kapitole o potřebách obecně uvedla dělení ze sociologického hlediska od autora Bradshawa. Ten rozlišuje potřeby v oblasti komunitní péče o duševní zdraví potřeby pociťované, které uživatel přímo prožívá, potřeby vyjádřené, tj. ty, které je schopen uživatel sám identifikovat a sdělit a dále potřeby normativní, které jsou hodnoceny pracovníky a potřeby komparativní, jejichž podstatou je možnost jejich srovnání s potřebami ostatních uživatelů. V tomto smyslu, je tedy vždy důležité, kdo klientovy potřeby identifikuje, vždy se totiž jedná o subjektivní hledisko hodnotitele. Autoři Salomon a Davis (1985) rozdělili potřeby duševně nemocných do sedmi kategorií. Socializace (potřeba podpory sociální skupiny, strukturované a podpůrné rekreační aktivity, které korespondují s rehabilitačními službami), individuální terapii (nebo individuální poradenství), farmakoterapie, pracovní rehabilitace, rezidenční služby, finanční asistence (Kalvoda, 2002).

2. 5. Šetření potřeb klienta s duševním onemocněním obecně

Šetření či vyšetření je jednou z fází procesu psychosociální rehabilitace. Zajímavá může být charakteristika fáze vyšetření, kterou obsahuje též princip práce s klientem v rámci metody case managementu, můžeme zde totiž najít společné rysy s obecným šetřením potřeb klienta ve smyslu zhodnocení jeho situace a následného zahájení intervence, úpravy poskytované míry podpory či přizpůsobení služby. Stuchlík (2001) v rámci popisu metody case managementu zdůrazňuje, že chceme-li, aby bylo šetření provedeno správně, musí být validní, reliabilní a účelné. Validitou v tomto případě myslí získání pravdivého obrazu klientovy situace, reliabilitou spolehlivost podobnosti výsledků, bez ohledu na toho, kdo šetření provádí a účelností hlavně to, že by mělo být využitelné ve prospěch klienta, sloužit k plánování, rozvoji služby a její optimalizaci pro klienta. Šetření provedené pouze v jednom časovém období nemůže být zobecněno napříč různými časovými obdobími, protože lidé (stejně jako jejich sociální sítě) se mohou během procesu úzdravy měnit (Thornicroft et al., 1995, in Shankar, Collyer, 2002). Proto platí, že

šetření vlastně nikdy nekončí, mělo by probíhat v průběhu celého procesu rehabilitace. Stuchlík (2001) k tomu uvádí, že uživatel při šetření určuje své potřeby, měl by však mít možnost vyjádřit je kdykoliv, navíc se jeho situace může dynamicky měnit, šetření by tedy mělo probíhat průběžně či opakovaně, aby byl k dispozici aktuální přehled o klientových potřebách.

Wolf (1997) uvádí, že šetření potřeb v rámci duševního zdraví je aplikováno převážně z důvodu zjištění, jak moc poskytována péče vnímá klientovy potřeby, ale je také užitečné pro identifikování mezer či nedostatků v systému služeb. Šetření může být podle Stuchlíka (2001) zavádějící tehdy, je-li definována potřeba jako potřeba nějaké služby, jedná se pak ne o šetření potřeb, ale šetření vhodnosti klienta pro službu (či naopak).

Oblast šetření potřeb u klientů s duševním onemocněním je spojena hlavně se zmíněnou druhou fází komplexního přístupu k procesu psychosociální rehabilitace. Zde se nazývá také hodnocení, mapování, identifikace apod., následuje hned po počáteční fázi prvního kontaktu, seznámení, navázání vztahu profesionála s klientem a orientace v tomto vztahu. Matuška a Tiliosová (2004) ve spojitosti s fází šetření či mapování uvádí, že při něm dochází ke sběru, třídění a analýze informací o klientovi. V této fázi se zjišťuje, jak funguje klient a jeho prostředí v posouzení s normami kvality života. Potřeby duševně nemocného člověka se nejlépe mohou ukázat při rozhovoru, nejen s klientem, ale také jeho blízkými osobami, který má probíhat, zvláště v počátcích budování vztahu v atmosféře důvěry, jistoty a bezpečí a klientovi má být ponechán dostatečný prostor pro vyjádření všech jeho přání, potřeb či požadavků.

Šetření zpravidla nemusí být kompletní, aby byla zahájena určitá intervence, je-li nalezen problém a vyžaduje-li to situace. Obecně je však výhodné mít co nejvíce informací, aby bylo možné sestavit co nejlepší plán (Stuchlík, 2001).

Má-li být šetření co nejvíce efektivní, určují se nejprve priority, tzv. řídící princip, potřeba či potřeby, které jsou pro klienta aktuálně nejdůležitější. Wilken a Hollander (1999) uvádí, že se jedná o potřeby, které souvisí s rozvojem, s péčí z důvodu psychosociální zranitelnosti či s kvalitou života v daném prostředí. Dále také uvádí pět kroků, pomocí nichž se v šetření obecně postupuje a zajišťuje se tak jeho efektivita. V těchto krocích je důležité si ujasnit:

1. Jaké potřeby a požadavky klient má. Nemá-li žádné nebo jsou-li naopak jasné, hledají se přání a potřeby.

2. Jaké jsou schopnosti a omezení klienta pro jeho nezávislou realizaci potřeby.
3. Co klient považuje za důležitou podmínku pro realizaci své potřeby (tzv.osobní kriteria).
4. Jaké jsou nejpotřebnější a nejvíce žádoucí faktory podpory nebo zdroje.
5. Jaké možnosti a omezení klientova prostředí přímo souvisí s kvalitou života, kterou klient považuje za žádoucí.

3. Metoda CANSAS

Hodnotící nástroj CANSAS byl vytvořen v rámci metody CAN (Camberwell assessment of need), jako její krátká verze. Jedná se o metodu, která zjišťuje a hodnotí, v rozhovoru s klientem duševně nemocným, jeho potřeby. Má formu strukturovaného dotazníku, v němž se hodnotí 22 oblastí či témat, s kterými mohou nastat v životě určité problémy, jež je třeba řešit nebo se v jejich rámci objevují právě neuspokojené a často, pouze klientem samotným nenaplnitelé potřeby.

3.1. Původ a vznik metody

Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb (metoda CAN) byl poprvé uveden v roce 1995 M. Phelanem a kol. V roce 1999 byla vydána k této metodě příručka (v originále CAN: Camberwell Assessment of Need. A comprehensive neeeds assessment tool for people with severe mental illness), na jejímž vývoji a vzniku se podílela kolektiv autorů M. Phelan, M. Slade, G. Thornicroft, L. Loftus, T. Wilkes.
Vývoj Camberwellského hodnocení potřeb (CAN) byl formován na základě čtyř principů. Za prvé se jedná o předpoklad, že každý má potřeby a ačkoli lidé s duševním onemocněním mají určité specifické potřeby, většina z nich je společná s potřebami těch, kteří duševní nemocí netrpí. CAN odráží tento poznatek začleněním širokého spektra lidských potřeb, jako je např. potřeba ubytování či setkávání s druhými lidmi, stejně jako specifických potřeb lidí s duševní nemocí. Za druhé jde o to, že duševně nemocní mohou mít mnohočetné potřeby, které nebývají rozeznávány službami péče o duševní zdraví. Proto prioritou CANu je spíše identifikovat, než do hloubky popsat, vážné potřeby, které pak mohou být detailněji a specializovaněji prošetřeny již v konkrétních oblastech, jichž se týkají. Za třetí,

šetření potřeb by mělo být nejen nedílnou součástí běžné klinické praxe, ale také součástí hodnocení služeb, což znamená, že tento nástroj by měl být snadno osvojitelný a prakticky využitelný pro mnohé z klinických pracovníků. Za čtvrté, neakceptuje se, že potřeby by měly být definovány pouze zaměstnanci služeb. CAN je vytvořen na základě modelu potřeby jako subjektivního konceptu, kdy je akceptováno, že zde mnohdy budou odlišná, avšak rovnocenná a shodně platná vnímání přítomnosti nebo nepřítomnosti specifické potřeby (Slade, 1994, in Phelan et al., 1995).

I v našich podmínkách bylo potřebné a nutné začít hodnotit potřeby duševně nemocných podobných způsobem. Od roku 2002 tedy u nás začaly probíhat procesy překladů, testování a standardizace, které vyústily v konečnou adaptaci metody na české prostředí a bylo možné ji začít využívat k mapování potřeb klientů s dlouhodobým duševním onemocněním. V roce 2006 byla *Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví* vydána česká verze příručky (CAN: Camberwellské šetření potřeb. Komplexní metoda šetření potřeb závažně duševně nemocných), na jejíž vzniku se podíleli V. Probstová, P. Šelepová, E. Dragomirecká, H. Kalvoda, G. Sochorová, O. Pěč.

3. 2. Zaměření, specifika a forma hodnocení potřeb u metody

Metoda CAN byla vytvořena a používá se ve třech verzích. V této práci popisovaný CANSAS (Camberwell Assessment of Needs Short Appraisal Schedule) je její zkrácenou verzí. CAN-C (Clinical Version) je klinická verze, CAN-R (Research Version) je verze výzkumná.

Metoda CANSAS, respektive CAN je zaměřena na zjišťování potřeb lidí s duševním onemocněním, tedy hlavním cílem šetření je zjistit jaké potřeby klient má a v jakých oblastech se vyskytují. Právě potřeby, jež jsou u klienta identifikovány, jsou ukazatelem toho, co mu chybí, čemu se mu nedostává, chybějící podpory či pomoci v určitých oblastech života. Jako uživatel péče, služeb určité organizace, se může s těmito nedostatky setkávat a právě zhodnocení výsledků šetření a získaných informací je řešením pro to, jak najít způsob, aby klientovi byla poskytnuta taková péče, jejímž prostřednictvím by mohly být uspokojeny identifikované potřeby.

Zkrácený formulář, který metoda CANSAS používá je vlastně standardizovaný dotazník, který představuje celkem 22 oblastí života. Zejména se jedná o oblasti zdravotní a sociální, ale také oblasti praktického života, v nichž se běžně vyskytují určité neuspokojené potřeby či problémy a právě tyto potřeby mohou klienti zařízení, která poskytují služby péče o duševní zdraví, tedy lidé s dlouhodobým duševním onemocněním, pociťovat. Každá oblast má svůj hlavní tematický název, navíc je doplněna určitou pomocnou otázkou, která tvoří rámec této oblasti, a tak správně tematicky směruje tazatele při rozhovoru s klientem, aby bylo možné získat využitelné informace. Každá oblast a její otázka má za cíl zjistit, je-li v dané oblasti potřeba či problém přítomen. Dále se zjišťuje, je-li identifikovaná potřeba naplněná, tedy existuje-li v dané oblasti pouze mírný problém nebo zde, díky poskytované pomoci problém není. Nenaplněná potřeba se naopak zaznamenává, pokud je zjištěn problém vážnější, ať už je nebo není aktuálně poskytována určitá pomoc, podpora. Kalvoda (2002) tvrdí, že CANSAS není přiměřené hodnocení, na základě kterého lze rozhodnout, zda poskytnout pomoc. Slouží však pro identifikaci oblastí, ve kterých je potřeba provést následně více hodnocení.

3. 3. Použití v práci s klienty, konkrétní šetření potřeb a vyplnění dotazníku

Formulář CANSASu má k dispozici čtyři sloupce, kam je možné zaznamenat zjištěné potřeby. Tento dotazník může sloužit ke konkrétnímu šetření potřeb klienta hned ze tří hledisek. Potřeby zhodnocené subjektivně, z hlediska klienta zaznamenává tazatel, přičemž ve sloupci označí U = uživatel. Tazatel může toto šetření provést také např. s rodinným příslušníkem či blízkým přítelem klienta, pak je ve sloupci označeno B = blízká osoba. Pokud se šetření provádí z pohledu subjektivního hodnocení klientova klíčového pracovníka či terapeuta, jež bývá zaměstnancem daného zařízení a s klientem nejvíce spolupracuje, označí se ve sloupci P = poskytovatel péče. V tomto případě je na základě zkušeností s použitím této metody běžné, že pracovník vyplní na základě vlastního uvážení formulář samostatně. Čtvrtý sloupec slouží k možnému zopakování šetření po určitém časovém období, jehož cílem je zjištění změn např. v pociťovaných potřebách klienta, v efektivitě poskytovaných služeb, které se po prvním šetření snažily více přizpůsobit potřebám klienta apod.

V každém typu šetření je důležité zaznamenat a hodnotit přesně názor dotazovaného (tj. uživatele, poskytovatele či blízké osoby), který má na přítomnost potřeb u klienta. Jak již stojí výše, postupně se zjišťuje možná přítomnost potřeb v daných oblastech, identifikují se naplněné či nenaplněné potřeby a v každé oblasti se zaznamenávají podle toho číslice. Číslice 0 zde znamená žádný problém či žádná potřeba, tj. že dotazovaný hodnotí oblast (klientova života) bez problému. Číslicí 1 se označuje potřeba naplněná, hodnotí se tak oblast, kde není problém, díky již poskytované pomoci nebo je zde jen problém mírný. Číslice 2 znamená potřebu nenaplněnou, daná oblast je dotazovaným zhodnocena jako problematická, existuje zde tedy určitý závažnější problém. Číslice 9 představuje odpověď „není známo“ a zaznamenává se v případě, že klient nechce nebo nemůže odpovědět, v případě, že pracovník, kvůli nedostatečné sumě informací o klientovi nemůže danou oblast zhodnotit. Závěrem se zjištěné potřeby sčítají, zhodnocuje se, kolik celkových potřeb (naplněných i nenaplněných) ze všech 22 oblastí je u klienta přítomno. Zvláště důležité je pak brát v potaz nenaplněné potřeby, které byly u klienta zjištěny, protože právě na ty je nutné se v rámci poskytovaných služeb v budoucnu zaměřit a jedná-li se o vážné problémy, je třeba je řešit. V dotazníku se celkový počet naplněných potřeb označuje písmenem „A“, celkový počet nenaplněných potřeb písmenem „B“ a celkový počet naplněných a nenaplněných potřeb se označuje písmenem „C“ a představuje součet hodnot „A“ + „B“ .

Při šetření potřeb klienta v situaci tazatel-uživatel je důležité nic neuspěchat. Klientovi by mělo být vždy srozumitelně vysvětleno, o co se jedná, co je obsahem a cílem šetření a klient by měl s šetřením samozřejmě souhlasit. Autoři české verze příručky CAN (Probstová, Šelepová, Dragomirecká, Kalvoda, Sochorová, Pěč, 2006) nabízí pro klienta např. toto úvodní sdělení: „Rád bych s Vámi nyní vyplnil dotazník, který mapuje nejrůznější oblasti života, ve kterých mohou mít lidé problémy. Budu procházet jednu oblast za druhou a budu se Vás ptát na problémy, které jste měl v posledním měsíci. Souhlasíte?“

Poté je klient dotazován ve strukturovaném rozhovoru způsobem, jež je uveden již výše, přičemž je důležité často připomínat, aby klient uváděl své odpovědi v perspektivě posledního uplynulého měsíce. Časové rozpětí celého šetření se individuálně u různých klientů dosti liší. Záleží na tom, jak je klient schopen se koncentrovat, zamýšlí-li se dlouho nad určitou oblastí a rozsáhle popisuje svou situaci, a v neposlední řadě také na množství identifikovaných potřeb. Kalvoda

(2002) uvádí, že celý rozhovor trvá od 7 do 22 minut. Šetření s klientem, jak jsem sama zjistila, může však trvat i déle, např. až 40 minut a někdy je, nejen pro klienta, ale také pro úspěšné dokončení rozhovoru žádoucí, udělat malou přestávku.
Když je hodnocení potřeb provedeno, výsledné hodnoty naplněných a nenaplněných potřeb sečteny, vyvstává otázka, jak je možné takto získané informace využít. Česká verze příručky CAN (Probstová, Šelepová, Dragomirecká, Kalvoda, Sochorová, Pěč, 2006) uvádí toto minimální využití.
a) Na úrovni jedince, kdy může být šetření využito pro měření základních potřeb a jejich změn v průběhu času. Šetření tak může být součástí rutinního vstupního šetření nového uživatele služeb zařízení k identifikaci oblasti, které potřebují další podrobnější šetření a pravděpodobně i pomoc.
b) Pro audit a rozvoj jednotlivých služeb, kdy je možné sledovat vliv intervencí na potřeby skupiny uživatelů zařízení, změny napříč skupinou, počet klientů a jejich potřeb na jednoho pracovníka atd.
c) Šetření výsledků k výzkumným a srovnávacím účelům.

Obdobně uvádí využití informací z CANSASu Kalvoda (2002) podle Slade et al. (1999). Získané informace mají být využity tak, aby zkoumaly:
a) Dopad na potřeby v hodnocených oblastech poskytnutím intervence skupině uživatelů služeb nebo pro zaznamenání změn napříč skupinou.
b) Případovou práci v závislosti na přístupech pracovníků.
c) Kolik uživatelů má nenaplněné potřeby v určité oblasti, aby se vyplatilo komunitnímu týmu duševního zdraví, aby např. zaměstnal nějakého odborníka.

Praktická část

4. Občanské sdružení Fokus-Praha – místo použití metody

Občanské sdružení Fokus (později Fokus-Praha) se formovalo určitým způsobem již před rokem 1989, oficiální vznik je datován k únoru roku 1990. Kromě Prahy postupně Fokus zakládal svá zařízení také v jiných městech, regionech České republiky, posléze bylo tedy nutné zřídit oddělené samostatně fungující, přesto spolupracující pobočky.

Již od počátku se sdružení orientovalo na cílovou skupinu osob s dlouhodobým duševním onemocněním, zejména psychotického charakteru (převážně s diagnózou schizofrenie), a hlavním záměrem bylo poskytovat služby komunitního charakteru, které by přinesly duševně nemocným lidem možnost žít plnohodnotně v přirozeném prostředí, nebýt izolováni, stigmatizováni opakovaným pobytem v psychiatrické léčebně atd.

Dalším záměrem byla též snaha postupně změnit systém psychiatrické péče, omezit počet hospitalizovaných, redukovat místa v institucích, léčebnách a naopak podporovat alternativní služby a navýšit ambulantní péči v duchu komunitní psychiatrie a v neposlední řadě také pozměnit systém financování a organizace psychiatrické péče tak, aby změna podpořila rozvoj komunitních služeb.

Postupné zakládání zařízení a služeb se inspirovalo zahraničními zkušenostmi, ať již formou návštěv zahraničních odborníků v České republice či stáží pracovníků Fokusu v zahraničí a velmi bylo podporováno vzdělávání zaměstnanců.

Fokus Praha se již od svého vzniku snaží přispět k rozvoji systému péče o duševně nemocné, tvořit nabídku služeb, které se navzájem doplňují a navazují na sebe. Dále se podílí na koncepční činnosti v oblasti sociální politiky a komunitního přístupu v oblasti péče o duševně nemocné, vytváření Standardů sociálních služeb, legislativních změnách v sociální oblasti.

Ve smyslu poskytování péče a služeb komunitního charakteru se Fokus-Praha svou činností snaží podporovat sociální inkluzi osob s duševním onemocněním a naopak bojovat proti sociální exluzi těchto osob.

Sdružení Fokus-Praha pracuje v souladu se zásadami a principy komunitní péče a psychiatrické (psychosociální) rehabilitace. Naplňuje také principy sociální práce, tedy klade důraz na poskytování sociálních služeb v souladu se standardy kvality, zejména na zajištění respektu k právům a názorům jednotlivce, zachování úcty a důstojnosti klientů, prostor pro jejich zplnomocňování atp.

Kromě nabídky systému péče, komplexních služeb a programů, které reagují na potřeby svých klientů, své poslání tato organizace naplňuje také aktivitami zaměřenými na odbornou veřejnost, s úmyslem ovlivnit legislativu a financování psychiatrické péče či laickou veřejnost, kterou se snaží ovlivnit, aby pozitivně vnímala lidi s duševním onemocněním a podporovala tak snižování jejich stigmatizace.

V současné době je občanské sdružení Fokus-Praha rozděleno v rámci území Prahy do čtyřech regionů (region Sever, Jih, Západ, Východ), pod které spadá vždy určitý počet pražských čtvrtí. Takto se dosáhne zjednodušení poskytování služeb, klientům je poskytována služba konkrétního zařízení, kterou zajišťuje ten region, ve kterém sám klient bydlí, je tak pro něj nejlépe místně dostupná a většinou zde využívá už i jiných služeb, např.lékařské péče apod.
Služby, které sdružení poskytuje zahrnuje oblast poradenství, psychoterapie, socioterapie, podpory bydlení (dům a byty na půl cesty, podporované bydlení) podpory práce a zaměstnávání (ve formě pracovní rehabilitace v chráněných dílnách, chráněné, přechodné a podporované zaměstnání a sociální firma), denních a volnočasových aktivit (denní centra, volnočasové kluby s terapeutickou podporou, centrum denních rehabilitačních aktivit, zájmové kroužky a kurzy). Nabízí také využití případového vedení (dlouhodobé spolupráce jednoho klienta s jedním pracovníkem, který ho provází všemi službami), služby krizového týmu či psychiatrické ambulance a také prostor pro svépomocné aktivity.

4. 1. Stáž v zařízení psychosociální rehabilitace

Jak jsem již zmínila, inspirací pro výběr tématu bakalářské práce pro mě bylo setkání s cílovou skupinou psychiatrických pacientů, tedy osob s dlouhodobým duševním onemocněním. Stalo se tak v době, když jsem absolvovala průběžnou semestrální stáž v jednom ze zařízení regionu sever - Centru denních rehabilitačních aktivit (CEDRA).

4. 2. Zařízení Fokusu - Praha, kde probíhalo šetření

V rámci stáže jsem kromě „kmenového zařízení“- Centra denních rehabilitačních aktivit navštívila také jiné služby. Absolvovala jsem jednodenní exkurzi v jedné z chráněných dílen regionu sever, v rámci dobrovolnictví jsem navštívila také chráněné bydlení - dům na půl cesty, Komunitní centrum a volnočasový klub s terapeutickou podporou. Jako místa, kde by bylo vhodné provést šetření potřeb s klienty, jsem nakonec vybrala tři zařízení, která spojuje podobný charakter poskytovaných služeb. Jedná se o místa, která je možné souhrnně označit jako denní centra, nabízejí program během dne, především v dopoledních hodinách.

Všechna tři zařízení jsou službami psychosociální rehabilitace orientující se na oblasti zlepšování sociálního fungování, zaměřují se na nabídku programů souvisejících s nácvikem určité pravidelnosti, každodenního režimu, praktických, sociálních dovedností, zlepšení pracovních návyků a jiných aktivit, ale i s trávením volného času, kulturním a sportovním vyžitím.

4. 2. 1. Centrum denních rehabilitačních aktivit

Toto centrum je jedno z nejmladších zařízení Fokusu Praha v rámci regionu sever. Centrum nabízí své služby v dopoledním i odpoledním programu. Dopolední program, který má strukturovanější charakter je více zaměřen na sociální rehabilitaci, nácvik každodenních dovedností, režimu a spíše vyžaduje pravidelnou docházku, která může být po dohodě upravena. Odpolední program probíhá ve formě volnější, jedná se o otevřený klub, kde klienti mohou využít stejné nabídky služeb a činností nebo se mohou pouze navzájem setkávat, hovořit s ostatními, relaxovat.

V zařízení jsou k dispozici dvě pracovnice, z nichž každá má v „patronaci“ určitý počet klientů, s nimi spolupracuje již od počátku, tvoří určitý rehabilitační plán, formuluje cíle klientovy zakázky, provází, konzultuje a podporuje klienta v průběhu procesu jeho docházení do centra.

Pro rehabilitační činnosti je zde k dispozici bazálně terapeutická dílna, kde probíhá zejména při dopoledním programu trénink nejzákladnějších pracovních dovedností a schopností. Klient si může vybrat z činností jako práce s textilem a přízí, se dřevem, pletení košíků, korálkování a další výtvarné techniky. Nejen v odpoledním programu pak mohou klienti využít vlastní fantazie a kreativity a realizovat se v zájmové kutilské dílně, kde je dostatečný prostor pro individuální tvorbu a vlastní nápady či přiučení se něčemu novému.

Je-li dostatek zájemců, probíhá také společné vaření. Je zde tedy možnost nácviku činností spojených s nákupem potravin na zhotovení příslušného pokrmu a také individuálního nácviku či zapojení se do společného vaření, pomoci ostatním při vaření apod.

V rámci zmíněného volnočasového klubu jsou realizovány různé společenské hry, turnaje. Dále klub poskytuje poměrně často možnost různých výletů, společenských,

kulturních akcí, do kterých se mohou zapojit nejen klienti tohoto centra, ale i klienti využívající služeb jakéhokoliv zařízení Fokusu Praha, případně i jiné organizace.

4. 2. 2. Centrum psychosociální rehabilitace, Komunitní centrum Břevnov

Komunitní centrum Břevnov je zařízením regionu západ a funguje zde mj. i *Centrum psychosociální rehabilitace*. V Centru psychosociální rehabilitace probíhá program zaměřený na nácvik sociálních dovedností, podporu osobnosti klienta a jeho komunikace s okolním světem. Pořádá se zde rovněž řada sportovních, kulturních a vzdělávacích aktivit. V rámci individuálního sociálního poradenství se poskytují klientům informace a odborná pomoc při řešení problémových situací, bydlení, styku s úřady atd. Z nabízených zájmových činností zde funguje literární klub, kurzy angličtiny a němčiny, vycházky a výlety po Praze a okolí, ženský klub, sport (plavání, posilování apod.). K dispozici zde jsou klubovny s televizí, stolním fotbalem či jinými stolními hrami, místnost pro výuku jazyků a pořádání klubů, malá tělocvična, kuchyně s velkou jídelnou, kde se společně vaří a obědu je. V rámci *Komunitního centra* zde funguje také *Denní sanatorium*, které nabízí služby psychologů, psychiatrů, probíhají zde různorodé, klasické i alternativní psychoterapie jak individuální tak i skupinové.

4. 2. 3. Klub s terapeutickou podporou - Dům u Libuše

Klub s terapeutickou podporou - *Dům u Libuše* se o trochu více liší od předchozích dvou zařízení, poskytuje sociální zázemí lidem s duševním onemocněním, ale víceméně nechává na nich, jak čas, zde strávený využijí. Nabízí pouze prostor pro vlastní nápady a aktivity klientů, pro vzájemné setkávání, v pokud možno příjemném prostředí. Reaguje tak na potřebu klientů komunikovat s lidmi, předávat a sdílet zkušenosti, poznat lépe sebe sama a realizovat se. Je zde kavárna, jejíž provoz zajišťují 1-2 klienti, jedná se o chráněné pracovní místo. Klienti mohou využít nabídky společenských her, knihovny, hudební a filmové půjčovny. Probíhají zde různé vernisáže a výstavy, kde mohou klienti představit svou tvorbu, hudební a recitační večery. Pravidelně probíhají kluby muzicírování, relaxace a jógy, šití a oprav oděvů, svou činnost zde provozuje spolek vaření a spolek rukodělných prací. Probíhají také jazykové kurzy, které zajišťují buď dobrovolníci či sami klienti. Pravidelně se pořádají sobotní výlety, sportování a plavání. Klienti se mohou realizovat svými příspěvky a

pomocí s přípravou a vydáváním klientského časopisu Libušinka. Pro individuální konzultace a sociálně právní poradnu je k dispozici tým socioterapeutů.

4. 3. Průběh šetření potřeb u klientů

Tabulka č.1 – Počet klientů, mužů a žen a jejich věkové rozpětí

Věkové rozpětí	Počet – muži	Počet – ženy	Celkem
18 – 25 let	**0**	**1**	**1**
26 – 33 let	**2**	**2**	**4**
34 – 40 let	**5**	**0**	**5**
41 – 47 let	**1**	**1**	**2**
48 a více let	**0**	**1**	**1**

Jako cíl hodnocení či šetření potřeb pomocí dotazníku metody CANSAS jsem zvolila identifikaci, zmapování problémových oblastí u klientů, kteří do služby přišli teprve nedávno a v čase šetření využívali služeb zařízení krátce (tj. maximálně 1 měsíc). Mým původním záměrem či plánem bylo ve spolupráci s pracovníky zařízení nejprve vytipovat a posléze finálně vybrat v každém z nich vždy 5 klientů, kteří by takovému požadavku odpovídali. Nakonec se mi podařilo z plánovaných 15 klientů dohodnout spolupráci s celkem 13 klienty. Po provedení šetření potřeb v rozhovoru s uživateli, tedy klienty, jsem požádala také o zhodnocení potřeb klientů jejich klíčovými pracovníky.

Tabulka č.2 – Počet klientů, pohlaví a věk v prvním zařízení

Centrum denních rehabilitačních aktivit – 5 klientů					
Pohlaví	žena	muž	muž	žena	muž
Věk	42 let	41 let	43 let	32 let	39 let

V *Centru denních rehabilitačních aktivit* souhlasilo s šetřením potřeb a svolilo k rozhovoru celkem 5 klientů z těch, kteří odpovídali požadavkům metody. Tito klienti tedy využívali služeb zařízení relativně krátce, tj. přibližně měsíc, byli ve službě oproti ostatním klientům noví. Zde bylo pro mne zřejmě nejsnazší oslovit klienty s prosbou

o rozhovor za účelem šetření a jejich hodnocení potřeb. Snadnější to bylo patrně díky tomu, že jsem se s většinou z nich již několikrát setkala v průběhu stáže, trávili jsme společně den v dílně nějakou činností, společně jsme hovořili o různých věcech, klienti zde byli zvyklí na mou přítomnost.

Z celkových pěti klientů jsem provedla šetření se dvěma ženami a třemi muži od 32 do 46 let (tedy ve věkovém průměru 40, 4 let). Do zařízení chodili klienti jednak pravidelně do dopoledního programu nebo nepravidelně, ale častěji než dvakrát týdně. Centrum navštěvovali a službu využívali celkem v období dvou až pěti týdnů.

Šetření zde probíhalo celkem ve čtyřech dnech, první den se dvěma klienty, další den opět se dvěma klienty. Poslední šetření s klientem muselo být, na přání klienta a po následné společné dohodě, přerušeno a odloženo na jiný termín. V jediném případě se zde totiž klient, v průběhu svého povídání přestal cítit jistě a bezpečně, stěžoval si, že mluví-li takto o svém životě, dostává do depresivních, lítostivých nálad. Ostatní šetření probíhala bez zjevných komplikací či problémů a v poměrně „pocitově" jistém, přátelském prostředí, kdy klienti, dle mého uvážení, s důvěrou a poměrně upřímně odpovídali na dotazy a popisovali svou situaci. Poté byly dotazníky předány pracovnicím zařízení, aby v části, kde hodnotí „pečovatel", zaznamenaly své poznatky a zhodnotily potřeby klientů ze svého pohledu a na základě zkušeností, jež s nimi mají ony samy.

Tabulka č.3 – Počet klientů, pohlaví a věk ve druhém zařízení

Centrum psychosociální rehabilitace – 6 klientů						
Pohlaví	muž	muž	žena	muž	žena	muž
Věk	34 let	35 let	23 let	27 let	28 let	36 let

V *Centru psychosociální rehabilitace* se mi podařilo provést šetření potřeb s šesti klienty. V tomto případě byl s nimi o něco obtížnější kontakt, protože jsme se zatím nesetkali a neznali se. Pouze jednoho, z oněch šesti klientů jsem měla možnost potkat při programu Centra psychosociální rehabilitace během jednodenní exkurze v Komunitním centru Břevnov. Tato má ztížená pozice byla ovšem pohotově vyvážena díky komunikačním a organizačním dovednostem a ochotou spolupracovat, které

projevila zdejší sociální pracovnice, vedoucí centra psychosociální rehabilitace. Podle mnou zadaných a společně zkonzultovaných kritérií, pak tato pracovnice většinou sama vytipovala a posléze i vybrala vhodné kandidáty. Klienty jsem poté znovu sama oslovila, požádala o rozhovor a zeptala se, zda skutečně s provedením dotazníkového šetření souhlasí. I zde pak konkrétní šetření s klienty probíhalo poměrně plynule a bezproblémově. Z šesti klientů byli dvě ženy a čtyři muži, z nichž všichni patřili do nižší věkové kategorie, tedy od 23 do 36 let (průměrně ve věku 30,5 let).

Dva klienti navštěvovali pravidelně denní program Centra psychosociální rehabilitace, účastnili se kurzů ať již zájmových, tak také v rámci socioterapie, psychosociální rehabilitace apod., ostatní byli ještě velmi „čerstvými" klienty ve službě a docházeli převážně do odpoledního volnočasového klubu. Celkově využívali služeb v délce období od jednoho dne do maximálně šesti týdnů.

Šetření s klienty proběhlo ve dvou termínech, v jednom dni se dvěma z klientů a podruhé se čtyřmi klienty. Zhodnocení potřeb klientů z hlediska pečovatele provedla pracovnice bezprostředně po hodnocení potřeb v druhém termínu, pouze u klienta, který byl v zařízení přítomen první den, si ponechala na zhodnocení jeho potřeb dva týdny, aby bylo možné navázat kontakt a patřičný vztah pro vzájemnou spolupráci a získat tak potřebné informace.

Tabulka č. 4 – Počet klientů, pohlaví a věk ve třetím zařízení

Dům U Libuše, klub s terapeutickou podporou – 2 klienti		
Pohlaví	žena	muž
Věk	61 let	31 let

V *Domě u Libuše* se mi zdařilo provést šetření a získat informace pouze od dvou klientů. Zde celkový proces probíhal nejobtížněji, mj. kvůli odlišnému charakteru služby, než jaký byl u služeb předchozích. V době, kdy jsem působila v tomto zařízení, zde nebylo mnoho klientů, kteří by byli zde byli nově či službu využívali teprve krátce. Spíše naopak se jednalo o klienty dlouhodobé, kteří do zařízení docházejí již např. tři roky. Volnočasovost a jistá programová volnost, stejně jako i samo klubové, komorní prostředí zařízení poskytuje spíše možnost odpočinku, relaxování, setkávání a popovídání si s lidmi s podobnou zkušeností či osudem, ale

není tu příliš prostor pro dlouhé rozhovory, sdělování osobních příběhů a souhlas s podobným šetřením, které by proběhlo třeba již po několikáté.
Přesto byli po poměrně dlouhém období nakonec vytipováni dva klienti, kteří odpovídali požadavkům. Jednalo se o ženu a muže ve věku 61 a 31 let. Klientka navštěvovala klub v období jednoho měsíce, klient-muž byl ve službě dva týdny. V případě šetření potřeb s první klientkou, vše probíhalo klidně a bez problémů. V druhém případě bylo mírně obtížnější v některých otázkách či tématech pochopit přesně, co klient chce skutečně říci, ale při zopakování či jasnějším vysvětlení jsme si nakonec porozuměli.
Zde bylo tedy celkové šetření nejnáročnější na čas, právě díky nefungující komunikaci s vedoucí klubu i ostatními pracovníky, opakovaně jsem měla dohodnuto setkání s klientem, který nakonec nepřišel, opakovaně, ale bezúspěšně probíhaly telefonické domluvy se zařízením, což na mě působilo spíše odmítavým dojmem vzhledem k celému šetření.
Čistý čas, který byl v klubu U Libuše šetření věnován, představoval dva dny. V každém dni proběhlo šetření s jedním klientem, dvě pracovnice zařízení poté vyplnily dotazník hodnotící potřeby v části věnované pohledu poskytovatele péče.

4. 3. 1. Navázání vztahu a domluva na šetření s klienty

Jak jsem uvedla, nejjednodušší bylo navázání kontaktu a vztahu potřebného pro provedení šetření bylo v prvním zařízení (CEDRA). V průběhu stáže jsem se zde s klienty setkávala a trávila čas, tak bylo přirozenější je požádat o rozhovor. Ve čtyřech případech domlouvání s klienty nebyly z jejich strany k šetření žádné námitky a celkem ochotně souhlasili. Jeden z klientů potřeboval jasné vysvětlení s konkrétními příklady toho, jak bude rozhovor vypadat a na co se ho ptát budu a na co ne. Nechtěl se, dle svých slov, v rozhovoru příliš „otevřít“ a stále „řešit stejné věci dokola“, šetření s ním muselo být přerušeno, nejprve jako dohodnutá přestávka, poté muselo být odloženo na jiný termín.
V *Centru psychosociální rehabilitace* jsem se setkala s pozitivním přístupem jak u pracovníků, konkrétně vedoucí centra, se kterou jsem komunikovala, tak i u samotných klientů. Na základě předchozí domluvy s pracovnicí, většina z oslovených klientů souhlasila se setkáním za účelem hodnocení potřeb. Při osobním kontaktu bylo všem opět vysvětleno, co bude probíhat a opět byli požádáni o projevení

souhlasu. Samotné šetření probíhalo v příjemné atmosféře, prvotní mírná nervozita u některých klientů brzy opadla.
V *Domě u Libuše* byli klienti poprvé osloveni také zdejšími pracovníky, dva oslovení odmítli, dva souhlasili. První klientku jsem znala z předchozího setkání při jedné z návštěv v klubu, k níž došlo během mé praxe ve Fokusu-Praha. Navázání kontaktu a započetí rozhovoru tedy bylo snadnější. S druhým klientem byl počátek dosti „nesmělý“, na otázky odpovídal nepříliš obsažně, bylo nutné použít více upřesňujících a pomocných otázek, aby klient pochopil, o čem je řeč a mohl odpovědět.

4. 3. 2. Odlišnosti jednotlivých klientů, s nimiž bylo šetření potřeb provedeno

Klienti se lišili především věkově, v prvním zařízení je odlišovaly také např. faktory bydlení, jedna z klientek využívala služeb chráněného bytu, dva klienti bydleli u rodičů, jeden klient na ubytovně, jedna klientka s partnerem, dále faktory využívání služby, celkem pět klientů navštěvovalo odpolední, víceméně volnočasový klub, pouze jeden klient chodil pravidelně na ranní program a účastnil se tak nácviku každodenního režimu prostřednictvím práce v dílně. Dále klienty odlišovala také míra ochoty spolupracovat či sdělovat informace o své osobě.
Ve druhém zařízení klienti naopak tvořili věkově celkem sourodou skupinu, jednalo se většinou o mladé lidi mezi 20 a 30 lety. Kromě informací ze samotného šetření jsem toho o nich příliš nevěděla, přesto lze říci, že se lišili opět ve faktorech bydlení (u rodiny nebo samostatně), přítomnosti partnerského vztahu, využívání programu centra apod.
Ve třetím zařízení, kde se mi podařilo oslovit pouze dva klienty, není, myslím příliš zásadní hovořit o tom, jak se klienti od sebe liší. Opět se jednalo především o faktory bydlení, dále např. zdravotního stavu nebo také schopnosti komunikovat atp.

4. 3. 3. Spolupráce a zpětná vazba od klientů

Vzájemná spolupráce s klienty fungovala nejlépe v *Centru psychosociální rehabilitace*. Setkala jsem se zde se souhlasným přijetím od klientů a s určitou přirozeností, s níž k rozhovoru svolili. Jejich zpětnou vazbou byla důvěra, kterou ve mě, jako v někoho jim neznámého, kterého vidí poprvé, vložili. Jistě není jednoduché

být zcela upřímný a sdělovat osobní a třeba i velmi intimní věci, cizí osobě. O to víc jsem měla z tohoto šetření lepší pocit. Všechny rozhovory proběhly ve velmi příjemném a spíše neformálním duchu.

Spolupráce s klienty v *Centru denních rehabilitačních aktivit* byla trochu usnadněna tím, že jsem ve službě působila jako stážistka, s klienty jsme se navzájem znali a na mou přítomnost byli víceméně zvyklí. Ve dvou případech bylo šetření zdlouhavější než obvykle, klienti zmiňovali mnoho věcí ze svého života, které místy ani nesouvisely s probíranými tématy, tudíž bylo občas obtížné udržet hlavní linii a postup šetření ve správném směru. Přesto byla komunikace s klienty zde poměrně dobrá, snažili se zodpovědět všechny otázky a spolupracovat.

V *Domě u Libuše* byla odezva na šetření potřeb u klientů obecně menší. Proto se mi také podařilo získat pro rozhovor za účelem šetření potřeb pouze dva klienty. Již jsem zmínila, že s první klientkou - ženou proběhl rozhovor v klidné a vřelé atmosféře. Sama klientka byla aktivní, snažila se porozumět a co nejpřesněji odpovídat, reagovala živě a pohotově. V tomto rozhovoru zpětná vazba fungovala. V druhém případě, při šetření potřeb muže – klienta byla spolupráce o něco obtížnější. Jak je již obdobně zmíněno výše, klient byl velmi tichý, přesto, že se usmíval a vypadal připraveně na rozhovor, při samotném dotazování se projevilo, že není příliš komunikativní a zpětná vazba od něj nebyla tak zřetelná. Určitým otázkám příliš nerozuměl, určitým tématickým oblastem z dotazníku tak muselo být věnováno více času.

5. Závěry a vyhodnocení získaných poznatků

K provedení šetření potřeb u klientů s duševním onemocněním, které mělo proběhnout v rámci služeb poskytovaných občanským sdružením Fokus-Praha jsem na počátku vybrala 3 zařízení, jež toto sdružení provozuje. Z široké nabídky různě zaměřených služeb jsem zvolila ta zařízení, která mi připadala něčím podobná, měla podobné charakteristiky programů, které zde probíhaly, podobným způsobem pracovala s klienty atp. Konkrétní popisy, společné znaky, jakož i rozdíly ve vybraných zařízeních jsou zmíněny již v předchozí kapitole. Nyní se zaměřím na shrnutí postupu, který vedl ke konečným rozhovorům s klienty, zhodnocení celého procesu šetření a stejně tak i jeho výsledků.

Z původně zamýšlených patnácti klientů, s kterými mělo být šetření provedeno, se mi nakonec podařilo oslovit, ať již přímo či prostřednictvím pracovníků zařízení, a získat souhlas s provedením rozhovoru, za účelem identifikace jejich potřeb s celkem třinácti klienty.

Mým záměrem bylo provést šetření a identifikovat potřeby u klientů, kteří právě přicházejí do zařízení nebo tam docházejí pouze krátce, tj. účelem mělo být zjištění, jaké potřeby mají klienti na možném počátku procesu psychosociální rehabilitace, s jakými problémy přicházejí, jakou zakázku směrem k zařízení a jeho pracovníkům formulují. Všichni klienti splňovali tuto podmínku, tedy služby zařízení využívali v době šetření v průměru 2 týdny. Jeden z klientů byl v čase šetření v zařízení teprve podruhé, což byla nejkratší doba využívání služby, nejdéle navštěvoval jeden z klientů zařízení po dobu o několik dnů delší než jeden měsíc. Intenzita docházení do služby u klientů byla různá, většinou se jednalo o 2 až 3 dny v týdnu. Na základě faktů bylo tedy možné provést šetření potřeb klientů za účelem jejich identifikace a možného dalšího využití, při dalším konkrétnějším šetření již specificky zaměřeném na oblasti, které byly zjištěny jako problémové u konkrétního klienta. Podle získaných informací by se tak teoreticky mohli pracovníci již přesně zaměřit na pomoc a podporu v daných oblastech klientova života a případně přizpůsobit služby či program zařízení nebo formu poskytované péče.

5. 1. Nejčastěji identifikované potřeby a problémové oblasti ve všech zařízeních a u všech klientů

Z hlediska uživatele bylo u všech klientů všech zařízení zjištěno nejvíce potřeb v oblasti *psychických potíží*, tedy celkem jedenáct, z toho osm bylo naplněných a tři nenaplněné. V osmi případech se, z celkového počtu třinácti klientů, objevila potřeba v oblasti *tělesného zdraví*, u pěti klientů se jednalo o potřebu naplněnou, u třech klientů o nenaplněnou. Sedm klientů v celkovém šetření uvedlo potřebu také v oblasti *sebeohrožování*, v šesti případech se ovšem jednalo o potřebu již naplněnou, pouze jeden klient pociťoval v této oblasti aktuální a vážný problém, sděloval tedy potřebu jako nenaplněnou. U šesti klientů z celkových třinácti byla zjištěna určitá potřeba v oblasti *dopravy*, která byla vždy pociťována jako naplněná. V šesti případech byla potřeba zaznamenána také v oblasti *finančních dávek* (pět klientů ji popsalo jako naplněnou, jeden klient jako nenaplněnou), *peněz* (zde byla naopak pouze u jednoho

klienta potřeba naplněná a u pěti klientů nenaplněná). Stejný počet potřeb, tedy v šesti případech byl dále zjištěn problém v oblasti *intimních vztahů* a *přátel*. Právě oblast *intimních vztahů* byla zjištěna jako nejproblémovější z pohledu klientů, v pěti případech zde byla potřeba nenaplněná, v jednom případě pak naplněná a podobně, v tematicky blízké oblasti *sexuality* bylo zjištěno u klientů celkem pět potřeb, pouze nenaplněných. V oblasti *přátelé*, která se týká obecně společenského života klientů, naplněnou potřebu pociťovali tři klienti a shodně tři klienti vyjádřili potřebu nenaplněnou, tedy celkem bylo v této oblasti zjištěno šest potřeb. Potřeby v ostatních oblastech byli identifikovány z hlediska uživatelů, tedy podle subjektivního zhodnocení klientů, pouze v málo případech anebo vůbec. Pro celkovou představu o všech identifikovaných potřebách je však uvádím v následujícím stručném výčtu.

Oblast 9 - *Psychické potíže*: **11 x**, Oblast 6 -*Tělesné zdraví*: **8 x**, Oblast 10 – *Ohrožuje sebe* : **7 x**, Oblast 14 – *Přátelé:* 6 x , Oblast 15 – *Intimní vztahy* : 6 x, Oblast 20 – *Doprava:* 6 x, Oblast 21 – *Peníze*: 6 x, Oblast 22 – *Finanční dávky*: 6 x, Oblast 7 – *Psychotické symptomy*: 5 x , Oblast 16 – *Sexualita:* 5 x, Oblast 1 – *Bydlení*: 4 x, Oblast 2 – *Strava*: 4 x, Oblast 3 – *Péče o domácnost*: 4 x , Oblast 5 – *Denní činnosti*: 4 x, Oblast 8 – *Informace o zdravotním stavu a léčbě*: 3 x, Oblast 18 – *Základní vzdělání*: 3 x, Oblast 4 – *Péče o sebe:* 2 x, Oblast 11 – *Ohrožuje ostatní*: 2 x, Oblast 12 – *Alkohol:* 2 x , Oblast 17 – *Péče o děti*: 1 x, Oblast 13 – *Drogy (psychoaktivní látky)*: 0 x, Oblast 19 – Telefon: 0 x

Z pohledu poskytovatele péče, tedy v situacích, kdy potřeby klientů hodnotili pracovníci vybraných zařízení, většinou klíčoví pracovníci klientů, bylo obecně identifikováno více potřeb a také významně převládaly potřeby posouzené jako naplněné.

Nejvíce potřeb, tedy ve všech třinácti případech, bylo zjištěno v oblasti *psychických potíží,* osm z nich bylo naplněných, pět potřeb nenaplněných. Zde tedy došlo ke shodě, v případě, kdy své potřeby hodnotili klienti, byla tato oblast totiž také identifikována jako nejvíce problémová nebo lépe, oblast s největším výskytem potřeb klientů. V hodnocení pracovníky se dále nejvíce potřeb objevovalo v oblasti *denních činností*, zde bylo identifikováno celkem jedenáct potřeb, z toho devět naplněných, posouzených tedy jako mírný problém a dvě byly potřeby nenaplněné. V oblasti *psychotické symptomy* objevili pracovníci potřebu u deseti klientů, přičemž

u devíti z nich byla potřeba naplněná, u jednoho klienta se jednalo o potřebu nenaplněnou. Často zmiňovanou a tedy i problémovou oblastí byla oblast *přátelé* s počtem devíti identifikovaných potřeb, ze kterých pět bylo naplněných a čtyři nenaplněné, oblast *tělesného zdraví*, kde pracovníci objevili potřebu celkem v sedmi případech, a to v šesti jako naplněnou a v jednom případě jako nenaplněnou potřebu. V oblasti *intimních vztahů* byl počet zjištěných potřeb totožný s počtem, který uvedli klienti, z celkových šesti pak byla pouze jedna potřeba naplněná a pět potřeb nenaplněných. V počtu pěti identifikovaných potřeb se pak v hodnocení poskytovatelů péče vyskytovaly oblasti *péče o domácnost*, *péče o sebe*, *sexualita*, *peníze* a *finanční dávky*. Ostatní oblasti byly hodnoceny pracovníky jako oblasti, kde se problém vyskytoval pouze u mála z klientů nebo vůbec, tzn., že se v hodnocení těchto méně problematických oblastí pohled klientů a pracovníků shodoval. Opět uvádím pro celkovou představu o výskytu všech potřeb ve všech oblastech stručně jejich výčet.

Oblast 9 – *Psychické potíže*: **13 x,** Oblast 5 – *Denní činnosti*: **11 x**, Oblast 7 – *Psychotické symptomy*: **10 x**, Oblast 14 – *Přátelé*: **9 x**, Oblast 6 – *Tělesné zdraví*: **7x**, Oblast 15 – *Intimní vztahy*: 6 x, Oblast 3 – *Péče o domácnost*: 5 x, Oblast 4 – *Péče o sebe*: 5 x, Oblast 16 – *Sexualita:* 5 x, Oblast 21 – *Peníze*: 5 x, Oblast 22 – *Finanční dávky*: 5 x, Oblast 1 – *Bydlení*: 4 x, Oblast 18 – *Základní vzdělání*: 4 x, Oblast 2 – *Strava*: 3 x, Oblast 8 – *Informace o zdravotním stavu a léčbě*: 3, Oblast 10 – *Ohrožuje sebe*: 3 x, Oblast 20 – *Doprava*: 3 x, Oblast 12 – *Alkohol*: 2 x , Oblast 17 – *Péče o děti*: 1 x, Oblast 19 – *Telefon*: 1 x, Oblast 11 – *Ohrožuje ostatní*: 0 x, Oblast 13 – *Drogy (psychoaktivní látky)*: 0 x

Co se týče celkového hodnocení potřeb všech třinácti klientů ze všech třech zařízení, z šetření vyplývá, že největší počet potřeb, u nadpoloviční většiny klientů, se z hlediska uživatele služby objevuje v oblasti „*psychických potíží“*. To může být mj. zapříčiněno tím, že klienti do služby teprve přicházejí a zde chtějí své problémy řešit. Je možné, že na ně v této fázi působí změna prostředí, setkání s jinými lidmi, teprve si zvykají a snaží se najít cestu ke všemu novému, programu zařízení, pracovníkům. Snad se snaží ověřit si, mohou-li mít k zařízení a jeho pracovníkům dostatečnou důvěru, aby mohli využít jejich podpory a pomoci v možném začínajícím procesu rehabilitace. Pohled poskytovatele péče, tedy pracovníků jmenovaných zařízení

Fokusu-Praha a jejich hodnocení ukazuje jako nejproblematičtější tutéž oblast, tedy i oni identifikují u klientů právě v oblasti „*psychických potíží*“ nejvíce potřeb. Z hlediska jejich hodnocení má v této oblasti nějaký problém každý ze třinácti klientů, kteří šetřením prošli. To může opět potvrzovat fakt, že mají vybraní klienti něco společného, konkrétně to, že navštěvují dané zařízení poměrně krátkou dobu, jsou v dané službě klienty novými a období působení změny prostředí a zvykání si, je může činit psychicky citlivějšími. V oblasti *„psychické potíže“* tedy dochází k poměrné shodě v hodnocení potřeb uživateli, z nichž jedenáct uvedlo v této oblasti určitý problém, a pracovníky zařízení.

Více než polovina klientů sdělila také určitý problém v oblasti *„tělesného zdraví*“, kdy se jednalo o různé krátkodobější či dlouhodobější zdravotní obtíže (např. srdeční, kloubní problémy, úrazy apod.), mnohdy, dle vyjádření pracovníků zařízení pouze velmi subjektivně nazírané. U více než poloviny klientů byla podle jejich subjektivního posouzení identifikována určitá potřeba v „*ohrožování sebe*“ a to zejména ve smyslu, že nad tímto tématem v poslední době přemýšleli. Avšak šesti klienty ze sedmi, byla tato potřeba pociťována jako naplněná, vnímali ji tedy jako mírný problém či takový, který jim již někdo pomáhá řešit.

Celkem jedenáct potřeb pracovníci identifikovali v oblasti „*denní činnosti“*, kde klienti sdělili ze svého hlediska určitý problém pouze ve čtyřech případech. Odlišné posouzení potřeb pracovníky může být pravděpodobně spojeno s jejich zkušeností s tím, že klienti zařízení tráví téměř veškerý čas, kromě domova či místa, kde bydlí, pouze tam a celá služba a nabízený program jim zcela supluje rozmanitost všech různých denních, pracovních i volnočasových aktivit. Různá zařízení typu denních center, center psychosociální rehabilitace apod. samozřejmě slouží k tomu, aby mj. klienta provázela, podporovala a motivovala ke hledání a realizaci vlastních aktivit. Také proto, je možné říci, že bylo ze všech jedenácti potřeb označeno devět jako naplněných, tj. jako mírný problém, k jehož vyřešení již začala být klientům poskytována pomoc a podpora.

Poskytovatelé péče také vyhodnotili u klientů dosti častý výskyt potřeb v oblasti *„psychotické symptomy“*, z deseti celkových případů přítomnosti potřeby se jednalo v devíti o potřebu naplněnou. Počet devíti potřeb identifikovali pracovníci v oblasti *„přátelé“*. V tomto případě si zřejmě uvědomují, že jedním z problémů lidí s dlouhodobým duševním onemocněním je mnohdy právě špatná komunikace a navazování sociálních kontaktů. Klienti, kteří docházejí do zařízení poskytujících

služby specificky určené jim, si své potenciální známé a přátelé vybírají převážně či výlučně z okruhu lidí s duševním onemocněním. Často se tedy stýkají a navazují kontakty pouze tam, kde mohou potkat častěji někoho s podobným osudem, což je jistější a důležitější pro pocit bezpečí, kontakt s lidmi „ z venku“ jim tak většinou dlouhodobě chybí. V oblasti *„tělesné zdraví“* identifikovali pracovníci u klientů sedm potřeb, tedy v méně případech než tuto oblast ohodnotili sami klienti. U šesti klientů posoudili však potřebu jako naplněnou, pravděpodobně se tedy jednalo o mírnější zdravotní problém či dlouhodobější potíže, které již byly také delší dobu léčeny.

5. 2. Nejčastěji identifikované potřeby a problémové oblasti v jednotlivých zařízeních a u jednotlivých klientů

Takto byly identifikovány potřeby u jednotlivých klientů, v jednotlivých zařízeních, jednak z pohledu subjektivního posouzení samotnými klienty a také dle subjektivního posouzení poskytovatelů péče ve všech šetřených oblastech života.

Tabulka č.5 – Zjištěný počet potřeb z hlediska uživatele a poskytovatele péče v prvním zařízení

Centrum denních rehabilitačních aktivit			
Pohlaví	Věk	Potřeby- hledisko uživatele	Potřeby- hledisko pečovatele
žena	42 let	celkem 6, (3 nenaplněné)	celkem 8, (2 nenaplněné)
muž	41 let	celkem 14, (6 nenaplněných)	celkem 11, (5 nenaplněných)
muž	43 let	celkem 12, (4 nenaplněné)	celkem 12, (4 nenaplněné)
žena	32 let	celkem 10, (2 nenaplněné)	celkem 4, pouze naplněné
muž	39 let	celkem 5, pouze nenaplněné	celkem 8, (7 nenaplněných)

Zde uvádím výčet toho, jak se v počtu potřeb a v identifikování problémových oblastí shodovaly výsledky šetření s klienty („U“ – uživatel) a hodnocení, které dle svého uvážení provedli profesionálové-pracovníci centra („P“- poskytovatel péče).

Tabulka č. 6 – Shoda v identifikaci potřeb uživatelem a poskytovatelem péče v prvním zařízení

Centrum denních rehabilitačních aktivit			
Pohlaví	Věk	Shoda v označení potřeb-„U“ a „P“	Problémové oblasti
žena	42 let	celkem 4 shodné potřeby	9, 14, 15, 21
muž	41 let	celkem 11 shodných potřeb	1, 5, 7, 8, 9,12,14,15,16,17, 22
muž	43 let	celkem 10 shodných potřeb	3, 6, 7, 9,10,14,15,16,18, 20
žena	32 let	celkem 3 shodné potřeby	6, 7, 9
muž	39 let	celkem 5 shodných potřeb	6, 8, 14, 15, 16

U klientů *Centra denních rehabilitačních aktivit*, jak je vidět z tabulky č. 5, bylo ve dvou případech pracovníky identifikováno více potřeb než samotnými klienty, ve dvou případech jich identifikovali méně, než klienti a v jednom případě došlo ke shodě v počtu označených celkových potřeb i v počtu potřeb nenaplněných. U třech klientů se navíc počet jimi subjektivně posouzených nenaplněných potřeb velmi blížil počtu zjištěných potřeb pracovníky centra.

Tabulka č. 6 ukazuje, v kolika potřebách se shodovalo subjektivní hodnocení klientem a hodnocení pracovníka zařízení, tj. jaké oblasti ohodnotili jako problémové klienti i poskytovatelé služby. Z tabulky je dále vidět, že shodně identifikované potřeby, tedy určité problémy, se nejčastěji nacházely v oblasti *9. Psychické potíže*, *14. Přátelé*, *15. Intimní vztahy*. U tří z pěti klientů tohoto zařízení došlo ke shodě v přítomnosti potřeby, identifikované jak klientem, tak pracovníkem v oblasti *6. Tělesné zdraví*, *7. Psychotické symptomy* a *16. Sexualita*.

Tabulka č.7 - Zjištěný počet potřeb z hlediska uživatele a poskytovatele péče ve druhém zařízení

Centrum psychosociální rehabilitace			
Pohlaví	Věk	Potřeby-hledisko uživatele	Potřeby-hledisko pečovatele
muž	34 let	celkem 1, pouze naplněná	celkem 8, pouze naplněné
muž	35 let	celkem 8, (3 nenaplněné)	celkem 9, (2 nenaplněné)
žena	23 let	celkem 5, (1 nenaplněná)	celkem 7, (1 nenaplněná)
muž	27 let	celkem 5, (2 nenaplněné)	celkem 7, (2 nenaplněné)
žena	28 let	celkem 9, (3 nenaplněné)	celkem 11, (5 nenaplněných)
muž	36 let	celkem 11, pouze naplněné	celkem 6, pouze naplněné

Takto se shodovalo posouzení potřeb a identifikace problémových oblastí v šetření s klienty („U“) a v hodnocení pracovnice („P“) centra.

Tabulka č. 8 - Shoda v identifikaci potřeb uživatelem a poskytovatelem péče ve druhém zařízení

Centrum psychosociální rehabilitace			
Pohlaví	Věk	Shoda v označení potřeb-„U“ a „P“	Problémové oblasti
muž	34 let	celkem 1 shodná potřeba	20
muž	35 let	celkem 7 shodných potřeb	2, 3, 4, 6, 9, 21, 22
žena	23 let	celkem 5 shodných potřeb	5, 6, 7, 9, 10
muž	27 let	celkem 5 shodných potřeb	5, 9, 14, 15, 22
žena	28 let	celkem 7 shodných potřeb	1, 2, 4, 9, 10, 20, 21
muž	36 let	celkem 5 shodných potřeb	2, 5, 7, 9, 14

V *Centru psychosociální rehabilitace* se počet zjištěných potřeb u klientů významně odlišoval ve dvou případech. U jednoho klienta bylo pracovnicí identifikováno o sedm potřeb více, než sdělil sám klient, přičemž všechny potřeby byly posouzeny jako naplněné. U jednoho klienta bylo pracovnicí naopak identifikováno o pět potřeb méně, než uvedl sám klient, přičemž opět všechny potřeby z obou hledisek byly posouzeny jako naplněné. U ostatních čtyřech klientů byla ve dvou případech zjištěna shoda v počtu potřeb nenaplněných, z pohledu klienta i pracovnice centra, celkový počet identifikovaných potřeb se mírně lišil. V dalších dvou případech se pak počet identifikovaných potřeb, celkových i nenaplněných mírně odlišoval.

Co se týče shody v problémových oblastech v hodnocení klienty a pracovnicí, tabulka č. 8 ukazuje, že nejčastěji, tedy u pěti klientů, byly identifikovány potřeby z obou pohledů v oblasti *9. Psychické potíže*. Ve třech případech pak ještě došlo ke shodě v hodnocení klienty i pracovnicí zařízení, kdy byl nějaký problém identifikován v oblasti *5. Denní činnosti*.

Tabulka č. 9 - Zjištěný počet potřeb z hlediska uživatele a poskytovatele péče ve třetím zařízení

Klub s terapeutickou podporou – Dům U Libuše			
Pohlaví	Věk	Potřeby-hledisko uživatele	Potřeby-hledisko pečovatele
žena	61 let	celkem 5, (1 nenaplněná)	celkem 8, (1 nenaplněná)
muž	31 let	celkem 4, pouze nenaplněné	celkem 5, (4 nenaplněné)

Zde opět uvádím zjištěnou shodu v počtu identifikovaných potřeb a problémových oblastí z obou hledisek, klientů („U“) a poskytovatelů péče („P“).

Tabulka č. 10 - Shoda v identifikaci potřeb uživatelem a poskytovatelem péče ve třetím zařízení

Klub s terapeutickou podporou – Dům U Libuše			
Pohlaví	Věk	Shoda v označení potřeb-„U“ a „P“	Problémové oblasti
žena	61 let	celkem 5 shodných potřeb	6, 8, 9, 21, 22
muž	31 let	celkem 3 shodné potřeby	1, 9, 22

V *Domě u Libuše* došlo ke shodě v šetření s klienty i pracovníky zařízení, a to v počtu ohodnocených nenaplněných potřeb. V obou případech také pracovníci zjistili více potřeb, než uvedli sami klienti.
Tabulka č. 10 ukazuje kolik potřeb označili klienti i pracovníci shodně, ve stejných oblastech. Je zde vidět, že v obou případech se shodně, jak podle uživatele, tak podle poskytovatele péče vyskytuje potřeba v oblasti *9. Psychické potíže* a *22. Finanční dávky.*

Aby bylo také přehlednější, jaké potřeby se vyskytovaly v jednotlivých zařízeních celkově nejčastěji, a to jak na základě šetření s klienty, tak na základě subjektivního posouzení profesionálů, kteří v jednotlivých zařízeních s klienty pracují, uvádím zde dále jejich výčet z obou zmíněných hledisek.
V Centru denních rehabilitačních aktivit uvedli čtyři klienti, z celkových pěti, přítomnost potřeby v oblasti *6. Tělesné zdraví, 9. Psychické potíže, 14. Přátelé, 15. Intimní vztahy* a *16. Sexualita*. Tři z pěti klientů uvedli též nějaký problém v oblasti *7. Psychotické symptomy, 10. Ohrožuje sebe, 20. Doprava* a *21. Peníze.*
Pracovnice jako nejčastější problémovou oblast uvedly *5. Denní činnosti* a *9. Psychické potíže*, kdy identifikovaly nějakou potřebu u všech z pěti klientů. U čtyřech klientů pak ještě zjistily určitý problém v oblasti *7. Psychotické symptomy*, 14. *Přátelé, 15. Intimní vztahy, 16. Sexualita*, tzn. že se s hodnocením klientů téměř shodly. Ve třech případech identifikovaly potřebu také v oblasti *6. Tělesné zdraví*.
V Centru psychosociální rehabilitace uvedlo nejvíce klientů, konkrétně pět z šesti, potřebu v oblasti *9. Psychické potíže*. Další nejčastěji identifikované potřeby se

vyskytovaly vždy u třech klientů z šesti, a to v oblastech *2. Strava, 5. Denní činnosti, 6. Tělesné zdraví, 10. Ohrožuje sebe* a *20. Doprava*.
Pracovnice centra, podobně jako klienti, označila za nejproblematičtější oblast *9. Psychické potíže*, kdy určitou potřebu zjistila u všech šesti klientů. V pěti případech pak identifikovala problém v oblasti *5. Denní činnosti*, v oblasti *7. Psychotické symptomy* a v oblasti *14. Přátelé*. U třech z celkových šesti klientů ještě zaznamenala určitý problém v oblasti *2. Strava, 4. Péče o sebe, 6. Tělesné zdraví* a v oblasti *18. Základní vzdělání.*
V Domě u Libuše bylo provedeno šetření pouze se dvěma klienty, kteří uvedli shodně přítomnost určité potřeby v oblasti *9. Psychické potíže* a v oblasti *22. Finanční dávky*. Z pohledu pracovnic tohoto zařízení byl v obou případech identifikován problém v oblasti *9. Psychické potíže*, opět zde tedy došlo k částečné shodě v ohodnocení potřeb.

5.3. Zhodnocení zjištěných informací

Z šetření obecně vyplývá, že nejčastěji si klienti stěžovali na problémy v oblasti duševních potíží, většina z nich se v době šetření či v předcházejícím měsíci po duševní stránce necítila příliš dobře. Jedenáct ze třinácti klientů, s nimiž bylo provedeno šetření, v této oblasti uvedlo nějakou potřebu. Řešením pro tyto klienty může být konkrétní spolupráce s klíčovým pracovníkem v rámci zařízení, kam docházejí. Např. v Centru psychosociální rehabilitace jsou k dispozici služby psychologa, je tedy přímo možné pomoc využít tady, v ostatních dvou zařízeních by bylo možné dohodnout se na pravidelných schůzkách, kde by se tento problém, jako jeden z nejdůležitějších mohl postupně řešit. Optimální by ovšem bylo nabídnout klientovi několik variant toho, kde může využít specializované pomoci, ať již v rámci občanského sdružení nebo v rámci služeb jiných organizací a nakontaktovat ho na ty vhodné služby.
V oblasti tělesného zdraví si stěžovali klienti v osmi případech, většinou se jednalo o potřeby posouzené jako naplněné. Přesto je zde však žádoucí v dalších rozhovorech s klienty zjistit, o jak rozsáhlé problémy se jednalo či stále jedná, a pakliže klient není sám schopen rozeznat a sehnat konkrétní a potřebnou specializovanou lékařskou

pomoc a péči, je nutné mu v tomto ohledu poskytnout podporu a odpovídající asistenci (např. dohodnutí návštěvy u lékaře, doprovod klienta k lékaři atp.).

Dále klienti ze všech zařízení uvedli nejčastěji určitou potřebu, opět většinou naplněnou, v oblasti sebeohrožování. Celkem se jednalo o sedm případů z třinácti klientů, což by se mohlo zdát jako vysoký počet, ovšem ve srovnání s hodnocením potřeb klientů pracovníky, kteří určitý problém v této oblasti identifikovali pouze u třech klientů, nemusí být zjištění na základě subjektivního posouzení klientů až tak zásadní. Přesto je však opět nutné provést další upřesňující a ujasňující rozhovory s těmito klienty, z nichž by pracovníci zařízení mohli získat potřebné informace a zajistit tak adekvátní pomoc a tento problém vhodným způsobem začít řešit.

V šesti případech uvedli klienti problém týkající se, již více soukromého života, jednalo se o potřebu v oblasti přátel. Stěžovali si často, že všechny staré přátele v průběhu své nemoci ztratili nebo se neodvažují je kontaktovat z důvodu obavy z odmítnutí. Stejně tak uváděli, že je pro ně v současné době obtížné hledat si přátele nové a vlastně jediní známí, které mají, pochází z okruhu lidí s duševním onemocněním. Šest klientů z třinácti cítilo určitý problém také ve sféře intimních vztahů, nejčastěji jim chyběl partner, někdo velmi blízký, toužili po důvěrném vztahu. V obou těchto oblastech soukromého života je vhodné klientovi připomínat, že je nutné nic neuspěchat, vše má svůj čas a takto citlivé a osobní záležitosti zvlášť. Později je jistě možné klienta motivovat k aktivnímu způsobu hledání příležitostí, kdy je možné někoho poznat, snadněji se seznámit apod.

Ve věcech praktických dovedností si klienti nejčastěji, v šesti případech, stěžovali na problémy v oblasti dopravy, zacházení s penězi, a finančních dávek. Problémy např. v cestování hromadnou dopravy se dají částečně vyřešit postupným nácvikem, kdy nejprve pracovník poskytuje vysokou míru podpory, doprovází klienta při cestování velmi často a pomáhá mu zvládat případné úzkosti či neschopnost samostatně zvládat zátěžové či krizové situace, které se mohou v této oblasti vyskytnout. Míra podpory se postupně snižuje, jak klient postupně zvládá zažité úkony, chování a jednání, které je spojeno s cestováním atp. Zacházení s penězi opět vyžaduje spolupráci s terapeutem, při praktických ukázkách lze toto nacvičit, je možné např. společně naplánovat rozpočet klienta na den, týden či měsíc. Při různých nákupech či pořizování věcí může klient získat představu o tom, kolik, co stojí, co je nutné koupit a co je naopak v dané chvíli nepotřebné a zbytečné, a podle toho se postupně naučit samostatně zvládat manipulaci s penězi.

Oblast finančních dávek, v případě, kdy klient této problematice příliš nerozumí a není si jist, dostává-li se mu všech finančních prostředků, na které má nárok, závisí nejprve zcela na pomoci pracovníka. Postupně může však pracovník předávat klientovi informace, o tom, co v jeho prospěch v této oblasti dělá a nakonec podobné problémy mohou řešit společně.

To, co je však ve finálním zhodnocení výsledků šetření velmi důležité, je nutnost nahlížet identifikované potřeby nejen z hlediska klientů nebo z hlediska jejich terapeutů, ale důkladně zvážit oba pohledy a celkové výsledky porovnat a všímat si shodně ohodnocených potřeb a problémových oblastí, stejně jako rozdílů v nich. Objektivní, validní a reliabilní informace je možné totiž získat právě až vzájemným porovnáním několika pohledů, několika subjektivních hodnocení, ať již je to hodnocení potřeb v šetření s klientem, hodnocení klientových potřeb jeho klíčovým pracovníkem nebo jeho blízkou osobou. Když je toto splněno, pak může být šetření opravdu efektivní, účelné, jeho výsledky se tedy dají dále využít, ať již pro další, detailnější či hlubší šetření potřeb klientů již v konkrétní oblasti či pro další plánování služeb v rámci zařízení či organizace.

Závěr

Potřeby lidí s duševním onemocněním, jejich rozpoznání a hodnocení jsou velmi důležité z důvodu toho, aby bylo možné těmto lidem, jako klientům určitého zařízení, poskytnout ty správné služby, adekvátní pomoc pro vyřešení jejich problémů a důležité také proto, aby se naopak příliš nezasahovalo tam, kde se cítí natolik schopní a své problémy mohou v rámci svých možností zvládnout a vyřešit sami.

Ve své bakalářské práci jsem se snažila pomocí definic obecně představit co jsou potřeby a co znamenají z různých hledisek, uvedla jsem zde různé koncepty a posléze také teorie či rozdělení potřeb, kterých je v současné době poměrně velké množství. Mnohé z nich byly překonány, z mnohých se ovšem stále čerpá či jsou nadále upravovány a rozvíjeny.

Šetření potřeb lidí s duševním onemocněním je metoda, která se používá v rámci procesu psychosociální rehabilitace. Vznik a vývoj psychosociální rehabilitace, jakož i tento samotný komplexní přístup, který je v současnosti využíván, je velmi důležitým tématem a je možné říci, že také jedním z hlavních pilířů komunitní psychiatrie. Proto jsem do práce začlenila též kapitolu, která popisuje hlavní charakteristiky komunity, komunitního přístupu v psychiatrii. Jedna z kapitol se též samostatně věnuje psychiatrické či psychosociální rehabilitaci. Stručně je zde nastíněna historie tohoto přístupu, dále zde uvádím hlavní principy a školy, které se v průběhu jejího vývoje formovaly až do podoby dnešního komplexního přístupu, který se dnes nejčastěji využívá. Pro provedení efektivního šetření potřeb klientů s duševním onemocněním je důležité znát nejen jeho správný postup, jednotlivé kroky a zásady, ale je také potřeba vědět, s jakými problémy se mohou duševně nemocní potýkat, jaké specifické potřeby ve vztahu ke kvalitě života u nich můžeme naleznout a měli bychom být připraveni na to, že ne vždy, je sami klienti budou schopni rozpoznat, zhodnotit a zformulovat do určitého přání či požadavku.

Pro šetření potřeb klientů s duševním onemocněním jsem zvolila metodu CANSAS, jejíž charakteristiky, použití a postup jsou popsány v samostatné kapitole. Pro provedení šetření s klienty jsem si vybrala tři ze zařízení psychosociální rehabilitace, která provozuje občanské sdružení Fokus-Praha a která jsem měla možnost v rámci své semestrální stáže navštívit. Uvedená zařízení, stejně jako organizace, v jejímž rámci fungují, jsou také charakterizována v samostatné kapitole.

Konkrétní šetření provedená v jednotlivých zařízeních jsou popsána dále a v závěrečné kapitole jsou dosti podrobně popsány informace zjištěné v šetření a celkové výsledky týkající se počtu identifikovaných potřeb, problémových oblastí získaných z šetření s klienty i z šetření z hlediska poskytovatelů péče, tedy pracovníků jednotlivých zařízení.

Jak je uvedeno výše, hodnotící nástroj CANSAS a pomocí něj získaná data, nemají sama o sobě příliš konkrétní či specifické využití. Přesto se dají použít k identifikaci těch potřeb, které potřebují hlubší či detailnější ohodnocení, v případech, kde rozpoznaná potřeba může naznačovat vážnější problém klienta, který je nutné co nejdříve začít řešit. Proto také v závěrečné kapitole, jež se věnuje výsledkům šetření a jejich zhodnocení pouze uvádím nejčastěji se vyskytující potřeby či problémové oblasti a navrhuji možná obecná řešení v potupu práce s klientem. Využití výsledků šetření v rámci zařízení je zde spíše možné v rámci individuální spolupráce s klientem, tedy pro naplánování služby nebo lépe programu pro jednotlivce. V podobných případech je spíše výhodnější, než měnit charakter celé služby či zařízení, nabídnout klientovi služby jiného zařízení, které funguje v rámci stejné organizace, tj. v rámci Fokusu-Praha nebo zařízení jiné organizace, která pracuje se stejnou cílovou skupinou, avšak jedinci může přinést něco zcela nového, může mu díky svému odlišnému či jinak koncipovanému programu lépe vyhovovat a splňovat tak jeho představy. Prvotním záměrem služeb péče o duševní zdraví totiž jistě není udržet klienta za všech okolností v jednom zařízení a na jednom místě, ale, pokud o to projeví zájem, poskytnout mu široké spektrum nabídek a ponechat určitý prostor pro využití různě zaměřených služeb.

Seznam použité literatury

Bengtsson-Tops, A., Hansson, L.: Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: June 1999, vol. 34, no. 10.

Drapela, V. J.: Přehled teorií osobnosti, Portál, Praha, 1997.

Duruzoi, G., Roussel, A. : Filozofický slovník, EWA Edition, Praha, 1994.

Geist, B: Sociologický slovník, Victoria Publishing, Praha, 1992.

Hartl, P: Komunita občanská a komunita terapeutická, SLON, Praha, 1997.

Hartl, P.: Psychologický slovník, Budka, Praha, 1993.

Hejzlar, P.: Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace in Acta Psychiatrica Postgradualia Bohemica, Galén, 2004.

Kalvoda, H.: Standardizace hodnotícího nástroje CANSAS pro české podmínky. Diplomová práce. Katedra sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, Praha, 2002.

Matoušek, O.: Slovník sociální práce, Portál, Praha, 2003.

Matuška, V., Tiliosová, P.: Stručný průvodce psychosociální rehabilitací. Metodika uceleného přístupu psychosociální rehabilitace. Fokus, Praha, 2004.

Nakonečný, M.: Základy psychologie, Academia, Praha, 1998.

Pfeiffer, J.: Psychiatrická rehabilitace in Höschl C., Libiger J., Švestka J.: Psychiatrie, Tigris, Praha, 2002.

Phelan, M. et al.: The Camberwell Assessment of Need: The Validity and Reliability of an Instrument to Assess the Needs of People with Severe Mental Illness. Britich Journal of Psychiatry, 1995, 167.

Probstová, V.: Sociální práce s duševně nemocnými in Koláčková, J. (eds.): Sociální práce v praxi, Portál, Praha, 2005.

Probstová, V., Šelepová, P., Dragomirecká, E., Kalvoda, H., Sochorová, G., Pěč, O. : Metody hodnocení, CAN: Camberwellské šetření potřeb, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha, 2006.

Rahn, E., Mahnkopf, Rahn, E., Mahnkopf, A.: Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi, Grada, Praha, 2000.

Řezáč, J. : Sociální psychologie, Paido, Brno, 1998.

Slovník psychiatrických termínů: 2. české vydání, Psychiatrické centrum, Praha, 2004.
Sochorová, G.: Problematika potřeb osob s dlouhodobým duševním onemocněním jako východisko práce metody psychosociální rehabilitace s využitím klinické verze Camberwellského formuláře pro hodnocení potřeb (CAN-C). Postupová práce. Katedra sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, Praha, 2005.
Shankar, J., Collyer, F.: Support needs of People with Mental Illness in Vocational Rehabilitation Programs – The Role of the Social work. International Journal of Psychosocial Rehabilitation: 2002, 7.
Stuchlík, J. : Asertivní komunitní léčba a case management, Fokus Praha, 2001.
Wilken, J.P., Hollander, D.: Comprehensive approach of psychosocial rehabilitation. Bilthoven. STORM Rehabilitatie, 1999. (v českém překladu)
Wolf, J. R. L. M. : Client needs and quality of life. Psychiatric Rehabilitation Journal, Spring 1997, Vol. 20 Issue 4.

Resumé

Bakalářská práce pojednává obecně o šetření potřeb klientů s dlouhodobým duševním onemocněním, kteří využívají služeb zařízení poskytujících psychosociální rehabilitaci. V užším smyslu se pak práce zabývá použitím metody CANSAS, která byla speciálně pro šetření subjektivních potřeb duševně nemocných lidí vytvořena ve Velké Británii a od roku 2002 také postupně standardizována a adaptována na české podmínky. V teoretické části jsou zmiňovány různé definice lidských potřeb z různých hledisek, stejně jako různé koncepty a teorie či dělení potřeb, od několika autorů a různě tématicky zaměřené. V dalších kapitolách této části jsou uvedeny charakteristiky a principy typické pro komunitní přístup v psychiatrii a také hlavní zásady, školy a přístupy psychiatrické neboli psychosociální rehabilitace, v jejíž souvislosti je právě šetření potřeb nejčastěji zmiňováno. Poslední kapitola teoretické části se pak věnuje blíže popisu hlavních charakteristik použité metody CANSAS.

V praktické části se práce zabývá již konkrétně šetřením potřeb duševně nemocných, klientů vybraných zařízení psychosociální rehabilitace, jež jsou provozována občanským sdružením Fokus-Praha. Postupně jsou zde charakterizována jednotlivá zařízení, jejich klientela, stejně jako postup při jednotlivých šetřeních potřeb, a to jak z hlediska jejich hodnocení samotnými klienty, tak i z hlediska jejich hodnocení pracovníky zařízení. V závěrečné kapitole jsou podrobně představeny výsledky všech šetření a uvedeny nejčastěji se vyskytující potřeby, tedy nejproblematičtější oblasti. Získané poznatky jsou zde uvedeny celkově v rámci všech zařízení a také jednotlivě v rámci každého zařízení zvlášť. Závěry, které z práce vyplývají mají spíše charakter doporučení či návrhu, jak by bylo možné případně řešit individuálně klientovu situaci a jeho problémy.