

OBSAH

1	ÚVOD	9
2	DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A KVALITA ŽIVOTA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	10
2.1	DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....	10
<i>2.1.1</i>	<i>Vážné duševní onemocnění.....</i>	<i>11</i>
2.2	SCHIZOFRENIE	12
2.3	DEPRESIVNÍ PORUCHA	14
2.4	KVALITA ŽIVOTA	17
<i>2.4.1</i>	<i>Vymezení kvality života</i>	<i>17</i>
<i>2.4.2</i>	<i>Kvalita života nemocných, zejména osob s duševní poruchou.....</i>	<i>19</i>
3	OBLASTI PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	21
3.1	SPOLEČENSKÁ STIGMATIZACE	21
3.2	IZOLACE A MEZILIDSKÉ VZTAHY	22
3.3	SNÍŽENÍ SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ A SCHOPNOSTI KOMUNIKACE.....	22
3.4	BYDLENÍ.....	23
3.5	ZAMĚSTNÁNÍ.....	23
3.6	VOLNÝ ČAS.....	24
3.7	VZDĚLÁNÍ.....	24
3.8	SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	25
<i>3.8.1</i>	<i>Nároky kladené na sociálního pracovníka v péči o osoby s duševním onemocněním.....</i>	<i>26</i>
4	PODPORA RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ V SYSTÉMU PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	28
4.1	SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ.....	31
4.2	KOMUNITNÍ PÉČE.....	31
4.3	RODINNÁ TERAPIE	32
4.4	PODPORA RODINĚ V RÁMCI SKUPINOVÉ TERAPIE.....	33
4.5	EDUKATIVNÍ A PSYCHOEDUKATIVNÍ PROGRAMY PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY.....	34
4.6	PODPŮRNÁ SKUPINA PRO RODIČE A BLÍZKÉ OSOBY LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	36

4.7	SVĚPOMOCNÉ AKTIVITY RODINNÝCH PŘÍSLUŠNÍKŮ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	37
	ONEMOCNĚNÍM	37
4.7.1	<i>Svěpomocná rodičovská skupina.....</i>	37
4.7.2	<i>Svěpomocná skupina pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním</i>	38
5	EMPIRICKÁ ČÁST	39
5.1	FORMULACE PROBLÉMU.....	39
5.2	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	39
5.3	METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	40
5.4	PRŮBĚH VÝZKUMU	40
5.5	VÝZKUMNÝ SOUBOR	41
5.6	POUŽITÉ METODY	42
5.7	VÝSLEDKY VÝZKUMU	42
5.7.1	<i>Programy poskytované neziskovými organizacemi rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním</i>	42
5.7.2	<i>Pohled rodinných příslušníků na systém péče o osoby s duševním onemocněním</i>	43
5.7.3	<i>Psychoterapie a edukace pro rodinné příslušníky</i>	45
5.8	PŘÍKLADY KONKRÉTNÍCH PROGRAMŮ PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY A BLÍZKÉ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	52
5.9	DISKUSE	58
6	ZÁVĚR	61
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	63
8	SEZNAM TABULEK A GRAFŮ	71
PŘÍLOHA 1. CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.	
PŘÍLOHA 2. CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.	
PŘÍLOHA 3. CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.	

Předmluva

Téma práce seznamuje s problematikou duševního onemocnění a s možnostmi, které mohou v systému péče o duševně nemocné využívat rodinní příslušníci. Výběr tématu jsem volila na základě osobní zkušenosti s duševní nemocí blízkého člena rodiny.

Teoretická část je zpracována analýzou dostupné literatury. Pro část zaměřenou na podporu rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním jsem čerpala převážně z webových stránek, které umožnily získat velmi aktuální informace. Pro realizaci výzkumu jsem zvolila kvalitativní přístup a analýzu odborné studie.

Teoretická část diplomové práce zahrnuje tři kapitoly. Jednotlivé kapitoly seznamují s duševní nemocí a s kvalitou života, s oblastmi péče o osoby s duševním onemocněním, sociální prací s lidmi s psychickým onemocněním a podporou rodinných příslušníků v systému péče o duševně nemocné.

Empirická část mapuje nabídku služeb pro rodiče a blízké duševně nemocných a v rodičovské organizaci se zaměřuje na názory rodinných příslušníků na poskytovaný program i na současný systém péče o osoby s duševním onemocněním. V závěru výzkumu jsou porovnána různá pojetí skupinových setkání pro rodinné příslušníky.

1 Úvod

Duševní onemocnění budou v první polovině 21. století představovat jednu z nejzávažnějších zdravotních zátěží společnosti s obrovskými důsledky v oblasti ekonomiky (Raboch, Wenigová, 2012, s. 10). Jsou také nejčastější příčinou ztráty pracovní schopnosti (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 86). Faltus a Janečková (2008, s. 317) zmiňují očekávání, že do roku 2020 se primární příčinou nemoci a pracovní neschopnosti v rozvinutých státech stane depresivní porucha. Na to by měl reagovat i systém zdravotní a sociální péče a jejich financování. Proto pokládám za důležité, zabývat se nejen pomocí osobám s duševní nemocí, ale také jejich rodinným příslušníkům a blízkým.

Cílem mé diplomové práce je zmapovat současnou nabídku služeb pro rodinné příslušníky osob s duševním onemocněním a v souvislosti s tím zjistit, jakou službu rodinní příslušníci využívají a v čem pracovníci vidí přínos poskytovaného programu. Ve vybrané rodičovské organizaci bylo cílem prozkoumat názory rodinných příslušníků na poskytovaný program i na současný systém péče o osoby s duševním onemocněním. Závěr empirické části je věnován analýze různých pojetí skupinových setkání pro rodiny a blízké duševně nemocných.

Teoretická část diplomové práce je zpracována analýzou dostupné literatury a je rozdělena do tří kapitol. První kapitola seznamuje s duševní nemocí, její klasifikací a s kvalitou života. Druhá kapitola popisuje oblasti péče o osoby s duševním onemocněním, sociální práci s lidmi s psychickým onemocněním a zahrnuje také nároky kladené na sociálního pracovníka v péči o osoby trpící duševní nemocí. Poslední kapitola teoretické části je věnována podpoře rodinných příslušníků v systému péče o osoby s duševním onemocněním. Zmiňuje mimo jiné sociální poradenství, komunitní péči, rodinnou a skupinovou terapii, edukativní a psychoedukativní programy pro rodinné příslušníky, podpůrnou skupinu a svépomocné aktivity.

Diplomová práce by měla být přínosem pro odbornou veřejnost, především pro sociální pracovníky, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním. Užitečné informace může zprostředkovat i rodičům a blízkým duševně nemocných.

2 Duševní onemocnění a kvalita života osob s duševním onemocněním

2.1 Duševní onemocnění

Duševní pohoda je pokládána za nedílnou součást celkového zdraví každého člověka. Tak jako zdraví tělesné, může být i psychické zdraví ohroženo celou řadou lehkých i závažnějších poruch. Příčiny těchto poruch mohou být vnější i vnitřní. V určitých životních fázích přichází významné změny, které jsou pro každého jedince různě stresující, a člověk na tyto náročné životní situace reaguje odlišnými způsoby. Může je zvládnout vlastními silami, s pomocí odborníků nebo prostřednictvím výměny zkušeností s lidmi, kteří se ocitli v podobné situaci.

Duševní nemoci často vedou ke ztrátě zaměstnání a sociálních kontaktů, k narušení či rozpadu partnerství nebo k invalidizaci. Dle údajů Světové zdravotnické organizace a Světové banky reprezentují duševní onemocnění největší ekonomicko-společenskou zátěž – 22,0 % ztrát (Raboch, Wenigová, 2012, s. 10). Počet pacientů psychiatrických ambulancí vzrostl od roku 2000 do roku 2007 o 22 %, přičemž největší nárůst je v oblasti poruch nálady, neurotických obtíží a demencí. Proto se podpora duševního zdraví, stejně jako prevence a terapie již vzniklých duševních poruch, stává prioritou pro Světovou zdravotnickou organizaci i členské státy, Evropskou unii a Radu Evropy.

Duševní poruchy mohou být podmíněny geneticky, mohou ale také vznikat za přispění vnějších vlivů. Obvykle jsou však důsledkem vzájemného působení dědičných dispozic a vnějších faktorů. Reakce na zátěžové situace bývají odlišné, některé může jedinec zvládnout, jiné mohou přispět ke vzniku psychických poruch – např. nadměrný stres (Vágnerová, 2004, s. 60). Orel a kol. (2012, s. 21) zohledňují stránku jak biologickou, psychickou a sociální, tak i přesahovou – duchovní, spirituální včetně individuálního času a prostoru dotyčné osoby spolu s širšími okolnostmi kultury, společnosti a doby. Všechny zmíněné roviny jsou podle těchto autorů interakčně propojené a nelze je proto oddělit. Jsou spolu vzájemně svázané a změna v jedné oblasti vždy vyvolá změnu v celém systému.

V současné době se hovoří o multifaktoriální genezi, tedy o důsledek působení genetického základu a fyzikálních, biochemických až po psychologické a sociální vlivy prostředí (Bouček a kol., 2003, s. 39). Symptomy (příznaky) představují určité projevy nemoci upozorňující na to, že něco není v pořádku. Jsou rozděleny na subjektivní,

objektivní, specifické a nespecifické, přičemž subjektivní symptomy zahrnují vlastní prožitky pacienta. Objektívni symptomy lze pozorovat, zjistit vyšetřením nebo lékařskými přístroji či laboratorními testy. Specifické příznaky jsou ty, které onemocnění přímo určují, nespecifické příznaky se objevují u více psychických poruch (Malá, Pavlovský, 2002, s. 25). Tylová, Kuželová a Ptáček (2014, s. 152) zmiňují, že významným faktorem pro vznik duševních a somatických poruch je osamělost, prožitek ryze subjektivní. Osamělost má dvě formy, sociální a emoční. Sociální osamělost způsobuje absence vztahů s přáteli a známými. Emoční osamělost pak vzniká důsledkem absence blízkého vztahu, který je založený na vzájemném porozumění.

2.1.1 Vážné duševní onemocnění

Zvláště duševní onemocnění s dlouhodobým průběhem mají závažný dopad na fungování jedince, proto jsou v centru pozornosti sociální a zdravotní péče. Nejsou definována diagnózou, ale dobou trvání a mírou narušení fungování v běžném životě. Někteří autoři jako součást definice uvádějí nejen dobu trvání a míru narušení fungování běžného života, ale také diagnostické vymezení.

Diagnóza zahrnuje přítomnost duševního onemocnění trvajících déle než dva roky, závažné funkční narušení, případně diagnózu dle Mezinárodní klasifikace nemocí (Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, [b.r.], s. 7-8). Závažné funkční narušení se zjišťuje pomocí škály GAF (Global Assessment of Functioning). Jedná se o škálu se sto body, která zahrnuje symptomy nemoci, praktické a sociální fungování klienta. Skóre 50 bodů tedy představuje souhrnné postižení ve výši zhruba 50%. Délka onemocnění v mnoha případech nekoresponduje s dobou, od kdy bylo onemocnění diagnostikováno, protože probíhá kratší či delší interval, kdy nemoc není léčena. Funkční narušení zahrnuje např. délku pobytu v nemocnici či dobu, kdy jedinec není hospitalizován, úroveň bydlení a vzdělání nebo spokojenost s životními podmínkami.

Klasifikační systémy nevyužívají jen zdravotníci, nýbrž také právníci i sociální pracovníci. Systém v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů není závazný, nabízí se k užívání a lze jej použít ve všech kulturních oblastech (Bouček a kol., 2003, s. 110).

Následující tabulka ukazuje rozdělení duševních poruch a poruch chování dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

tab. 1: Poruchy duševní a poruchy chování (MKN-10, 2013, s. 189)

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

Protože by byl výčet jednotlivých duševních nemocí příliš rozsáhlý, jsou blíže popsány pouze dvě duševní poruchy, které zásadním způsobem ovlivňují lidský život.

2.2 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které u jedince významně narušuje srozumitelné chování, jednání a uplatnění v životě (Raboch, Zvolský, 2001, s. 227). Jedná se o psychotické onemocnění, které hluboce narušuje vztah člověka k realitě a způsobuje změnu osobnosti. Onemocnění zasahuje pracovní schopnost a snižuje společenské uplatnění. Návrat k běžnému životu je proto velice obtížný a často nemožný.

Rozmanité příznaky, průběh i výsledky léčby u tohoto onemocnění způsobují pochybnosti, zda se jedná o jednu nozologickou jednotku (Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, [b.r.], s. 15).

Etiologie schizofrenie je neznámá a nelze určit jednu nezbytnou příčinu onemocnění (Raboch, Zvolský, 2001, s. 242). Pavlovský (2006, s. 73) uvádí, že na vzniku schizofrenie se podílí celá řada biologických, psychologických a sociálních faktorů. Dodává, že nelze popřít faktory genetické. Je-li jeden z rodičů schizofrenik, pravděpodobnost onemocnění dítěte schizofrenií je 12 %. Blízcí příbuzní osob se schizofrenií mají celý život zvýšené riziko onemocnění oproti běžné populaci (Raboch, Zvolský, 2001, s. 243). Raboch, a Zvolský (2001, s. 242) zmiňují u dětí pacientů se schizofrenií přítomnost téhož

onemocnění ve 13 %, u sourozenců v 10 %. V rodinách, kde se objevila schizofrenie, se vyskytují také více jiné psychiatrické poruchy, tzn., že se dědí i nespecifická dispozice pro psychopatologii.

K pozitivním symptomům schizofrenie patří halucinace, bludy, neklid až hyperaktivita, vztahovačnost a podezřívavost. Mezi negativními příznaky se nejčastěji objevuje málomluvnost, neschopnost radovat se, nedostatek energie, iniciativy a oslabená vůle. Výjimkou není ani zhoršené soustředění, problémy s pamětí, zmatené myšlenky, deprese, úzkost či podrážděnost (Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, [b.r.], s. 16). Lidé se schizofrenií prožívají hluboké pocity odcizení vlastního prožívání i dění kolem sebe a vnitřní napětí (Raboch, Zvolský, 2001, s. 227). Raboch a Zvolský (2001, s. 231) uvádějí, že prožívání osob se schizofrenií se vyznačuje různými variantami vztahovačného myšlení, většinou s bludnými představami. Tito lidé mají pocit, že je vše kolem nich nepřirozené, zinscenované a řízené někým či něčím neznámým. Toto přesvědčení často přechází v paranoidní stavy. Změnu chování blízkého pocítují také rodinní příslušníci. Ti převážně vypovídají o citovém chladu nebo o vyhasnutí vztahu (Pavlovský, 2006, s. 78). Jejich blízcí ztratí zájem o záliby, které doposud mívali, a začnou se zabírat bizarními tématy. Výjimkou nebývá ani zkušenost, že svého blízkého zastihnou mluvit s hlasy.

Schizofrenie může probíhat v atakách s rostoucím nebo stabilním defektem, v atakách s částečnou či úplnou remisí nebo chronicky bez přechodného zlepšení (Pavlovský, 2006, s. 73). Je obtížné určit přesnou dobu, kdy se nemoc objevila (Raboch, Zvolský, 2001, s. 231). Čím dříve se začne s léčbou, tím pozitivnější bude prognóza a méně času stráveného ve zdravotnických zařízeních. Léčba probíhá především pomocí farmakoterapie a je třeba s ní začít co nejdříve. Velký význam v tomto případě představuje vztah mezi terapeutem a pacientem, který je založený na důvěře a spolupráci a je třeba ho postupně budovat. Raboch a Zvolský (2001, s. 246) dále uvádějí, že je třeba se vyhýbat kombinacím více druhů léků v téže lékové skupině a doporučují držet se léčby pouze jedním farmakem. Spolupráce s psychiatrem, pacientem a rodinou zlepšuje prognózu (Bankovská Motlová, Dragomirecká, Blabolová, Španiel, Slovácová, 2015, s. 186). Pacient a jeho rodinní příslušníci se stanou kompetentními partnery pouze tehdy, budou-li mít relevantní informace o nemoci a její léčbě. Tyto informace mohou být dodány prostřednictvím rodinné psychoedukace, která představuje důležitou součást terapie psychóz. Pacienta nejen se schizofrenií je třeba poučit o povaze onemocnění a léčbě. Je

třeba ho naučit rozumět situaci, ve které se nachází a pomoci mu prostřednictvím informací pochopit, co se s ním děje a na co se má připravit. Jednotlivým formám a možnostem edukace a psychoedukace je věnována samostatná kapitola.

2.3 Depresivní porucha

Současná Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje čtyři základní typy depresivní epizody: lehkou, středně těžkou, těžkou a těžkou depresivní epizodu s psychotickými příznaky, které se od sebe liší množstvím příznaků (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 234). Diagnostika deprese je založena na rozpoznání určitého souboru příznaků, které jsou jasně definovány a poznat je můžeme pouze pomocí pozorování a cíleného pohovoru (Češková, 2006, s. 203).

Aby mohl být stav daného člověka diagnostikován jako deprese, musí se u něho vyskytovat souběžně minimálně pět z těchto devíti příznaků: depresivní nálada, snížený zájem o běžnou činnost, ztráta chuti k jídlu, nespavost, zpomalení pohybů i myšlení, ztráta životní energie, pocity snížené vlastní hodnoty, snížená schopnost myslet a zhoršené soustředění a sebevražedné myšlenky či aktivita k tomu směřující (Křivohlavý, 2003, s. 21). Přičemž aby bylo možné mluvit o depresivní epizodě, přítomnost obtíží musí trvat minimálně dva týdny (Raboch a kol., 2006, s. 87). Novější publikace rozdělují tyto příznaky na 3 základní a 7 přídatných, přičemž k již zmíněným devíti příznakům přidávají pocity provinění a sebeobviňování (Fišar a kol., 2009, s. 250, Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 234-235). Určení typu depresivní epizody pak závisí na přítomnosti jednotlivých příznaků (Fišar a kol., 2009, s. 250, Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 234-235). Pro diagnózu lehké depresivní epizody je nutný výskyt alespoň dvou ze tří základních a jednoho či dvou přídatných symptomů, aby byly přítomny minimálně čtyři z celkového počtu deseti příznaků (Fišar a kol., 2009, s. 250).

Depresivní nálada je emoční stav vyznačující se nepříjemnými pocity, člověk se cítí většinu času velmi smutný, rozladěný, má pocit, že se už nikdy z deprese nedostane, už nikdy nebude šťastný a tato nemožnost deprese překonat vlastními silami vede k prožitkům bezmoci a beznaděje (Praško, Pašková, Prašková, 2001, s. 15-16). Chování člověka v depresi je charakteristické především nečinností, mimořádnou nerozhodností, lhostejností k dění okolo a v nejtěžších fázích naprostou nehybností. Češková (2006, s. 205) uvádí mezi nejvýznamnějšími příznaky deprese smutek, pesimismus, vtíravé myšlenky, pocity viny, snížené sebehodnocení, neschopnost se na cokoli těšit nebo se z čehokoli radovat, zanedbávání péče o vlastní osobu, poruchy spánku charakterizované probouzením se po

několika hodinách spánku. Podle Praška a kol. (2003, s. 27) smutek patří ke zkušenostem každého člověka, avšak smutek v depresi je daleko hlubší, trvá delší dobu a výrazně brání jakékoli aktivitě. Jedinec nedokáže prožívat příjemné emoce, nic ho netěší, a i když se ho okolí snaží povzbudit a rozveselit, následkem je ještě větší rozesmuthnění nebo případně pláč (Praško a kol., 2001, s. 14-16). Osoba trpící depresí se více stahuje do sebe, přestává komunikovat s okolím a okolí reaguje zrcadlově. Postupnému odcizování přátel a spolupracovníků není depresivní jedinec schopen zabránit a jeho pocity bezmoci a beznaděje se prohlubují (Smolík, 2001, s. 234). Myšlení v depresi ovlivňují tzv. automatické myšlenky (Praško a kol., 2003, s. 49). Jedná se o negativní myšlenky, které jsou přijímány bez úvahy o jejich pravdivosti a vztahují se k negativnímu hodnocení sebe sama („Za všechno si můžu sám. Jsem nepotřebný.“), k negativnímu hodnocení okolního prostředí a událostí („Nelze to zvládnout, je toho moc. Nikdo se o mě nezajímá.“) a také k negativnímu hodnocení budoucnosti („Nikdy se nevyлéčím. Budu stále sám.“) (Anders, 2001, s. 6). Depresi často provází i úzkost a strach (Praško a kol., 2001, s. 15). Strach na rozdíl od úzkosti znamená obavu z určité konkrétní skutečnosti, která v jedinci vyvolává pocit ohrožení, má signální a ochrannou funkci (Vymětal, 2007, s. 22). Příznaky deprese je také možné vidět na tělesném zdraví, bývají různého charakteru a patří k nim především nevykonnost, nespavost, napětí či slabost ve svalech, bolesti hlavy, břicha, páteře, snížená nebo zvýšená chuť k jídlu, hubnutí, závratě, bušení srdce a v neposlední řadě také ztráta libida (Anders, 2001, s. 7).

Depresivní symptomatika se může objevit i u jiných duševních onemocnění (u schizofrenie, schizoafektivní poruchy, akutní nebo přechodné poruchy s bludy), je součástí téměř všech neurotických poruch včetně úzkostných a fobických poruch, panické a obsedantně kompulzivní poruchy, depresivní symptomatiku můžeme nalézt často i v souvislosti s poruchami příjmu potravy a s poruchami vyvolanými užíváním návykových látek (Hanuš a kol., 2000, s. 126-127).

Deprese, stejně jako schizofrenie, je multifaktoriálně podmíněný reakční vzorec na různé vnitřní a vnější podmínky projevující se jako syndrom (Rahn, 2000, s. 240). Praško a kol. (2003, s. 58) uvádí, že je možné označit spouštěče depresivní nálady u jednotlivého člověka, ale protože u ostatních lidí spouštěče depresivní náladu nevyvolávají, nelze tvrdit, že je spouštěč jedinou příčinou. Dále dodává, že někdy místo jednoho spouštěče můžeme najít řadu menších stresů, nespokojeností v životě, na které deprese navazuje. Deprese se však může objevit i náhle bez zevní příčiny (Praško a kol., 2003, s. 58).

Příčiny vzniku afektivních poruch jsou jednak biologické, tak i psychosociální, nejčastěji se jedná o etiopatogenezi smíšenou (Raboch a kol., 2006, s. 88). Výskyt depresivní poruchy je 1,5 – 3krát vyšší u biologických příbuzných prvního stupně jedince, který trpí touto poruchou, než v celkové populaci (Hanuš, 2000, s. 117). U dítěte, jehož oba rodiče trpí afektivním onemocněním, činí výskyt depresivní poruchy 55,7 %, v případě jednoho nemocného rodiče (před 40. rokem věku) 19,9 %, při onemocnění jednoho z rodičů po 40. roce již jen 11,2 % (Rahn, 2000, s. 227). Deprese se však může objevit i u lidí, v jejichž rodině podobné obtíže nikdy nebyly (Praško a kol., 2001, s. 44). Nejen biologické a genetické faktory se podílejí na vzniku deprese, ale i výchova a různorodé životní události, které nutí změnit obvyklý způsob života.

Deprese může proběhnout jako jedna depresivní epizoda nebo se tyto epizody mohou opakovat a označujeme ji jako rekurentní (periodickou) depresivní poruchu. Depresivní poruchou jsou dvakrát častěji zasaženy ženy než muži (Češková, 2006, s. 204-207). Jedna neléčená epizoda trvá průměrně šest měsíců (Raboch a kol., 2006, s. 89). Deprese se může objevit v kterémkoliv věku, v současné době jsou postiženi nejčastěji lidé mezi 25. a 35. rokem života (Fišar a kol., 2009, s. 249). Dle Bensona (2010, s. 100) trpí depresivní poruchou nejčastěji příslušníci nejnižší a nejvyšší sociální třídy (I, II a V) a dále také lidé rozvedení a odloučení. Höschl (2002, s. 434) uvádí předpoklad, že 10-25 % sebevražd v ČR je důsledkem poruch nálady. 15 % nemocných depresí ukončí svůj život sebevraždou (Křivohlavý, 2003, s. 139). Bouček a kol. (2006, s. 108) uvádí, že sebevražedné myšlenky provází 2/3 depresivních pacientů, přičemž 10-15 % z nich spáchá sebevraždu.

Depresivní porucha je dobře léčitelná (Fišar a kol., 2009, s. 253). Základní metody léčby deprese představují antidepresiva, psychoterapie a elektrokonvulzivní léčba (Praško a kol., 2009, s. 58). Léčba antidepresivy je účinná u 60-80 % depresivních pacientů (Fišar a kol., 2009, s. 253) a je také nejrozšířenější metodou léčby deprese (Praško a kol., 2009, s. 58). U mírné deprese může dostatečně pomoci psychoterapie, těžší formy deprese je optimální léčit kombinací antidepresiv a psychoterapie (Praško a kol., 2009, s. 58). Praško a kol. (2009, s. 91) zdůrazňují, že pokud se osoba s depresí léčí, je důležité nepřerušovat léčbu i když se cítí lépe, o vysazení léků je třeba se poradit s odborníkem.

Díky značné individualitě a různorodosti depresivní poruchy nemůžeme docílit jejího úplného popisu. Příznaky a následné projevy deprese mají vliv nejen na prožívání jedince a na tělesné zdraví, ale i na kvalitu jeho života.

2.4 Kvalita života

Každá nemoc, a tedy i duševní, více či méně působí na kvalitu života, proto se v této části věnuji vymezení pojmu kvalita života a následně kvalitě života nemocných, zejména osob s duševním onemocněním.

V současné době se kvalita života jako kritérium uplatňuje ve výzkumech zaměřených na oblast hodnocení životní úrovně národní populace, psychiatrické komunitní péče, porovnání potřeb různých skupin populace a měření individuální spokojenosti (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 103).

2.4.1 Vymezení kvality života

„Kvalita života“ (quality of life, QOL) bývá vymežována pomocí odlišných používaných pojmů, charakterizována znakem, stanovená výčtem, který je pro ni pokládán za významný nebo objasňuje vzájemnou souvislost znaků (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 103).

Üstün, Cooper, Duuren-Kristen, Kennedy, Hendershot a Sartorius (1994, podle Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 107) popisují kvalitu života takto: „Kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

V nejobecnější rovině lze kvalitu života chápat jako důsledek interakce sociálních, zdravotních, ekonomických faktorů a environmentálních podmínek, jež kumulativně a velmi často neznámým či neprozkoumaným způsobem interagují a ovlivňují tak rozvoj jedince i společnosti (Payne a kol., 2005, s. 207). Payne a kol. (2005, s. 207) dále dodávají, že v rámci všech přístupů lze koncept s jistým zjednodušením rozdělit na dimenzi objektivní a subjektivní. Subjektivní rozměr zdůrazňují i Dušek a Večeřová-Procházková (2010, s. 341), kteří definují kvalitu života jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace.“ Podle Payne a kol. (2005, s. 207) se subjektivní kvalita života týká emocionality a obecné spokojenosti jedince se životem a objektivní kvalita znamená splnění sociálních a materiálních podmínek, sociálního statusu a fyzického zdraví (Centrum pro výzkum kvality života, Dánsko, 2002, podle Payne a kol., 2005, s. 207).

Salajka (2006, s. 14) říká, že kvalita života je segmentem celkového konceptu kvality života, kterou můžeme rozdělit na oblast související se zdravotním stavem a oblast nesouvisející, nicméně v praxi je možné vytipovat komponenty, které mají na zdravotní stav významný a zřetelný vliv. Protože kvalita života zahrnuje např. ekonomické a náboženské aspekty, pro oblast sledování vlivu nemoci a její léčby na člověka se Dušek

a Večeřová-Procházková (2010, s. 341) přiklání k užívání označení „health-related quality of life“ (HRQoL) tedy „ke zdraví vztažená kvalita života“ nebo „kvalita života týkající se zdraví.“

Libigerová a Müllerová, (2001, s. 184) uvádějí, že kvalita života vztažená ke zdraví se podle většiny autorů týká tělesného stavu a funkčních schopností, psychického stavu a pocitů pohody (životní spokojenosti), sociálních vztahů a ekonomické situace a zaměstnání.

Současným trendem, který podporuje zájem o měření kvality života, je zaměření se na pozitivní charakteristiky života nemocného, nikoli jen na absenci symptomů (Kirby, Brooks, Oescher, 1994, podle Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 103). WHO definice zdraví jako stavu „celkové fyzické, psychické a sociální pohody a ne pouhé nepřítomnosti nemoci či tělesné vady“ uvádí kromě nepřítomnosti nemoci i fyzické, duševní a sociální faktory spokojenosti (Salajka, 2006, s. 14). Tato definice oslabila jednoznačnou souvislost mezi zdravím a nemocí a umožňuje tak uvažovat o zvyšování zdraví i v nemoci (Kadlec, 1991, s. 119). Kvalitu života tedy posuzujeme s hlediska jeho kompletnosti, bohatosti a spokojenosti s ním (Salajka, 2006, s. 11). Faktory, které jsou považovány za důležité z hlediska naplnění těchto významů, zahrnují např. dobré zdraví, sociální a pracovní jistotu, pevné rodinné vztahy, finanční zabezpečení, sebedůvěru (Salajka, 2006, s. 11).

Z výše uvedených definic je patrné, že ač rozmanité, přesto vycházející z jednotně sdíleného názoru, že kvalitu života jedince nelze popsat nezávisle na něm (Dragomirecká, Škoda, 1997, s. 107). Dragomirecká a Škoda (1997, s. 107) k tomu dále doplňují, že nestačí objektivně popsat jeho životní podmínky, fungování a zdravotní stav, ale pokud zamýšlíme kvalitu života použít jako měřítko vztažené k individu, je nezbytné do úvahy zahrnout subjektivní aspekt se všemi komplikacemi, které to objektivnímu měření přinese.

Kvalitu života můžeme měřit pomocí dotazníku, případně strukturovaného rozhovoru (Libigerová, Müllerová, 2001, s. 183). Oblasti, které dotazníky zahrnují, jsou zaměřeny na prožívání zdravotního stavu, vnitřního uspokojení, sociálních vztahů a každodenních aktivit (Anderson, 1993, Staquet, 1999, podle Libigerová, Müllerová, 2001, s. 184). Výčet klíčových dimenzí lidského života, které se posuzují v dotaznících kvality života, je uveden v tab. 2.

tab. 2: Klíčové dimenze lidského života posuzované v dotaznících kvality života (Dušek, Večeřová- Procházková, 2010, s. 342)

<p>Being (Bytí) – Já (Kdo jsem jakožto člověk)</p>	<p>Stránka fyzická – mé tělo ve vztahu k fyzickému zdraví Stránka psychická – mé myšlenky a pocity Stránka duchovní – mé osobní hodnoty a víra</p>
<p>Belonging (Sounáležitost) – Já a společnost (Jak vycházím se svým okolím, s lidmi kolem mne)</p>	<p>Oblast demografická – místo kde žiji a kde trávím svůj čas Oblast sociální – mezilidské vztahy Oblast služeb a činností, které společnost nabízí – přístup ke vzdělání, smysluplné činnosti, lékařské a sociální péči</p>
<p>Becoming (Budoucnost) – Já a mé uplatnění (Čím se ve svém životě zabývám, kam směřuji)</p>	<p>Stránka praktická – každodenní rutinní aktivity, aktivity denního života Aktivity volného času – činnost prováděná pro potěšení a zábavu Osobní růst – činnosti, které provádím, abych se zdokonalil či změnil</p>

Salajka (2006, s. 12) uvádí, že proces identifikace dílčích aspektů kvality života a jejich důležitosti pro každodenní život je dosti komplikovaný a přináší s sebou mnoho otázek, např. do jaké míry je kvalita života měřitelná výhradně jako fyzická, emoční a mentální spokojenost, zda a jak dalece zahrnout i sociální kontext či zda mají kvalitu života definovat a měřit profesionálové nebo laici.

2.4.2 Kvalita života nemocných, zejména osob s duševní poruchou

Měření kvality života se ukazuje jako nepostradatelná součást terapeutické péče o pacienty, u nichž onemocnění a následná péče způsobují narušení původních sociálních vztahů a hodnot fyzického a psychického zdraví (Libigerová, Müllerová, 2001, s. 183). Účelem měření kvality života není zjistit přítomnost a závažnost příznaků nemoci, důraz se klade na osobní prožitek jedince při manifestaci nemoci a v průběhu léčby a dále se zdůrazňuje, „zda je tato skutečnost popisná nebo míněna jako relativní preference pro různé zdravotní stavy“ (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 341).

Pro hodnocení kvality života jsou podstatné diference mezi skutečným zdravím a jeho vnímáním (Libigerová, Müllerová, 2001, s. 184). Autorky popisují, že lidé trpící nemocí a smíření se svým stavem, mohou po období nutném k adaptaci na nemoc své plány a očekávání změnit, přizpůsobí se životu s nemocí a tím nabývají zpět určitý pocit

životní spokojenosti. Jiní za stejných okolností mohou být čím dál více nespokojenější a kvalitu svého života hodnotit jako velmi nízkou (Libigerová, Müllerová, 2001, s. 184).

Kvalita života je pouze z části závislá na rozsahu zneschopnění, velmi ovšem závisí na subjektivním hodnocení nemocného člověka (Kilian, 1995, podle Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 99). Je nutné si uvědomit, že pokud nemocný pociťuje důsledky choroby nebo její léčby, stávají se téměř všechny oblasti života „ovlivněné zdravotním stavem“ (Salajka, 2006, s. 14). Hodnocení kvality života vyžaduje, aby pacient sledoval vlastní prožívání během celé léčebné péče (Anderson, 1993, podle Libigerová, Müllerová, 2001, s. 183).

Kvalita života jako subjektivní charakteristika vypovídá spíše o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince a nemůže tak být jejich součtem (Dragomirecká a Škoda, 1997, s. 107). Důležitými prediktory průběhu nemoci jsou postoje k vlastnímu životu, které nezávisí výhradně na skutečném klinickém stavu (Libigerová, Müllerová, 2001, s. 184-185).

Kvalita života lidí s psychickým onemocněním se snižuje zvláště při trvalém umístění v psychiatrických zařízeních a po skončení hospitalizace se zpravidla opět zvyšuje (Rahn, Mahnkopf, 2000, s. 99). Dragomirecká a Škoda (1997, s. 103) zmiňují, že mnozí autoři (Nagpal, Sell, 1985, Zannoti, Prinquey, Théby, Lambortin, Darcourt, 1994) opírají oprávněnost zavedení pojmu kvalita života do sociálně-psychiatrických šetření o Maslowovu třístupňovou teorii potřeb, podle které „je lidské snažení po dosažení určité saturace potřebami nižšího řádu motivováno potřebami vyššího řádu.“ Dodávají, že podle Maslowa člověk nejdříve uspokojuje základní biologické potřeby, poté základní sociální potřeby bezpečí a sdružování a nakonec uspokojuje subjektivní potřeby ega, seberealizace a spokojenosti.

V oblasti psychiatrie se využívá řada dotazníků a některé z nich jsou přímo zaměřené na depresivní onemocnění – např. Geriatric Depression Scale (Lee a Ganzini, 1992), Quality of Life in Depression Scale (Gregorie a kol., 1994) podle Dušek, Večeřová-Procházková, 2010, s. 341).

3 Oblasti péče o osoby s duševním onemocněním

Příznaky duševních nemocí zasahují mnoho oblastí života člověka, ovlivňují celkový psychický a fyzický stav jedince a promítají se do jeho běžného fungování. Situace, které člověk trpící duševním onemocněním dříve zvládal, není schopen řešit tak flexibilně jako před projevením onemocnění, v mnoha případech není schopen tyto situace řešit vůbec.

Kvalita života osob s duševním onemocněním se snižuje, především pokud se neléčí. Lidé s duševní nemocí hůře udržují či utvářejí uspokojivé mezilidské vztahy, mají menší šanci získat přiměřené vzdělání a nalézt či udržet si zaměstnání i finanční soběstačnost.

Níže uvedené oblasti se snaží přiblížit možné důsledky duševního onemocnění pro život jednotlivce.

3.1 Společenská stigmatizace

Lidé s duševním onemocněním se při kontaktu s ostatními lidmi často setkávají se strachem a předsudky. Ty v mnoha případech vycházejí z nepochopení problematiky duševních nemocí či z nedostatku informací.

Jak uvádějí Faltus a Janečková (2008, s. 317), stigma zvyšuje vyloučení jedince s duševní nemocí ze společnosti, zesiluje osobní újmu a může být překážkou v přístupu k zaměstnání a bydlení. Neporozumění příčiny vzniku duševních potíží zpravidla provází hledání zavinění na straně nemocného nebo na straně ostatních a narušení či deformace vztahů (Vágnerová, 2004, s. 394).

Nálepka psychiatrického pacienta se stále ukazuje jako velmi podstatná v možnosti získání zaměstnání a většina psychiatrických pacientů se této situace obává, proto se často ani nepokusí o běžné zaměstnání ucházet (Faltus, Janečková, 2008, s. 318). „Přitom ale víme, že adekvátní pracovní zařazení vede zpětně ke zlepšení jejich klinického stavu,“ doplňují. Lidé pobírající invalidní důchod z psychiatrické indikace mají sice možnost pracovat, ale ochota na straně zaměstnavatelů přijmout tyto lidi je velmi malá (Faltus, Janečková, 2008, s. 318).

Obavy ze stigmatizace a z negativního jednání okolí mohou lidem s duševní nemocí bránit nejen ve vyhledávání práce, ale i pomoci. Může také dojít k tomu, že se tito lidé budou ve srovnání s ostatními pokládat za méněcenné a začnou se vyhýbat společnosti (Praško a kol., 2009, s. 14).

3.2 Izolace a mezilidské vztahy

Praško a kol. (2003, s. 172) uvádějí, že sociální izolace je jedním z primárních spouštěčů depresivní poruchy. Zdůrazňuje důležitost setkávání s lidmi, protože nabízejí člověku možnost ulevit si, odpoutávají jeho myšlenky od potíží, lépe mu naplňují čas, než kdyby polehával, a po stabilizaci stavu také přispívají k obraně proti dalšímu rozvoji duševní nemoci. Dodávají, že vystavení styku s lidmi je nejefektivnější cestou, jak si vybudovat sociální síť, která bude jedinci důležitým nárazníkem proti prožívání stresu a vzniku úzkosti a deprese.

Probstová (2005, s. 151) popisuje, že v izolaci velice často žijí lidé dlouhodobě duševně nemocní. V tomto směru se využívá podpora a růst sebeúcty, obnova komunikace a vytváření sociální sítě, pomoc a podpora při zvládnutí stresu, podpora soběstačnosti a nezávislosti (Pěč, Vachková, Wogurková, Mužik a Krivošíková, 2009, s. 128).

Pro člověka trpícího duševním onemocněním je důležité, aby se svým problémem nezůstával sám, izolovaný (Praško a kol., 2009, s. 69). Představuje to pro něj však velkou námahu, protože mu často schází důvěra v možnost změny nebo se za svoji situaci stydí (Praško a kol., 2009, s. 69). Přesto by měl mít někoho, s kým se podělí o své prožitky a kdo mu může poskytnout podporu a pomoc či ho doprovodí k lékaři (Praško a kol., 2009, s. 69).

Duševní nemoc je zátěží nejen pro trpící, ale i pro jejich rodinu a blízké. Také rodina potřebuje informace, aby porozuměla projevům nemoci a dokázala se vyrovnat s touto zátěžovou situací. Ze současných poznatků vyplývá, že trápení partnerů se téměř vyrovnává utrpení duševně nemocných jedinců, zvláště při opakovaném průběhu onemocnění (Honzák, nedatováno). Pocity marnosti, bezmoci a beznaděje mohou způsobit, že partner, partnerka či rodina tento stres neunesou a odejde. Nálada partnerů může přitom utvářet rodinnou atmosféru a tlumit chuť do života ostatních rodinných příslušníků i zdravého partnera (Bischkopf, Wittmund, Angermeyer, 2002, s. 14).

3.3 Snížení sociálních dovedností a schopnosti komunikace

Osoby s duševním onemocněním mohou mít v důsledku své nemoci snížené sociální dovednosti a schopnost komunikace. Praško a kol. (2003, s. 105) poukazují na časté odkládání úkolů, které je potřeba vykonat, u lidí prožívajících depresi. Zdůrazňují, že pro postupné zvládnutí úkolů člověku v depresi pomůže, když si napíše jejich seznam, určí si jejich důležitost, úkoly si pak rozdělí na jednotlivé části a poté si krok za krokem celý úkol

projde a vykoná. Důležité přitom je soustředit se na to, co člověk dokázal a pak se dát do dalšího kroku (Praško a kol., 2003, s. 105).

Také problémy v mezilidské komunikaci bývají častým spouštěčem duševních nemocí. Problém může nastat v případě, kdy jedinec neumí snést kritiku druhého, aniž by cítil pocity viny a méněcennosti, není schopen říci ne či druhým nedokáže dávat ocenění a komplimenty (Praško a kol., 2009, s. 90). V těchto případech se proto využívá nácvik asertivity (Praško a kol., 2009, s. 90) a nácvik sociálních dovedností (Pěč a kol., 2009, s. 128).

3.4 Bydlení

Bydlení a domov reprezentují základní lidské potřeby – potřebu jistoty, stability, bezpečí a soukromí. Duševní onemocnění často jedinci brání naplňovat nejzákladnější lidské potřeby, které pojem bydlení a domov reprezentuje – a významně tak narušuje jeho fungování v roli spojené s nezávislým životem v běžných formách bydlení (Pěč a kol., 2009, s. 122). Na prvním místě vždy stojí podpora bydlení v „přirozených podmínkách“, která by umožnila jedinci rozvíjet nejen své dovednosti, ale také posílit jeho bezpečného zázemí (Probstová, 2005, s. 146).

I mladí lidé trpící duševní nemocí se mohou dostat do situace, kdy se budou chtít osamostatnit od rodičů a nalézt si vlastní bydlení. Těm, kteří by samostatný život nezvládali, se v rámci bydlení nabízí možnost podpory a pomoci v podobě chráněného a podporovaného bydlení.

Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné zahrnuje domy na půl cesty, chráněné byty, podporované bydlení a sociální byty (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 131). Většina těchto forem bydlení je časově omezena a je určena k prohloubení či natrénování sociálních dovedností (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 130-131).

3.5 Zaměstnání

Většinu duševních nemocí provází úbytek výkonnosti, nedostatek energie a schopnosti soustředit se, proto se i malý úkol jeví jako daleko obtížnější než dříve (Praško a kol., 2003, s. 92). Mírné formy duševních nemocí vedou k odkládání a otálení menších neoblíbených činností, s těžšími formami však dochází ke ztrátě motivace k činnostem, ochromení vůle při vykonávání běžných úkonů až po celkové nicnedělání (Praško, 1998, s. 85). Tento projev duševních nemocí pokládám za velmi znevýhodňující v oblasti zaměstnání, kdy se většina zaměstnavatelů zaměřuje především na výkonnost

a produktivitu svých zaměstnanců a nemusí brát ohledy na potíže, které se u člověka mohou v kterémkoliv období života vyskytnout. V mnoha případech mohou lidé trpící zvláště vážnější formou duševního onemocnění v důsledku svých potíží o zaměstnání přijít. Nezapomenutelné místo proto v této oblasti zaujímá chráněná práce (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 132). Nejznámější z chráněných dílen jsou tzv. resocializační kavárny a dílny s nejrůznějšími druhy výrobků, od keramiky, přes práci se dřevem až po tkalcovskou činnost. Práce v těchto dílnách je zdarma nebo jen za symbolickou částku, protože představují formu psychiatrické rehabilitace. Přejícné a podporované zaměstnávání se již poskytuje na otevřeném trhu práce.

V oblasti zaměstnávání osob s duševním onemocněním představuje významnou roli souběh invalidního důchodu a zaměstnání (Faltus, Janečková, 2008, s. 317). Přiznání invalidního důchodu může být pro některé z nich stigmatem, kterému se snaží bránit, někdy i bez ohledu na svoje možnosti, pro jiné invalidita představuje jednu z mála jistot (Probstová, 2005, s. 148).

3.6 Volný čas

Duševní onemocnění má negativní dopad také na trávení volného času. Člověk se v mnoha případech není schopen zapojit do běžných volnočasových aktivit, brání mu symptomy, zejména únava, apatie, také nedostatek sociálních dovedností, popřípadě i finance. Je proto je důležité, že existují aktivity speciálně zaměřené na duševně nemocné, které berou ohled na jejich nedostatky.

Volný čas je čas vymezený pro radost nebo zábavu, sebeuspokojení, seberealizaci, pro rozptýlení či relaxaci (Pěč a kol., 2009, s. 129). Způsob trávení volného času a výběr volnočasové aktivity ovlivňuje vnitřní hnací síla či fyzický, kognitivní a psychický stav.

Lidé s duševním onemocněním mohou využívat nejrůznější aktivity, které jsou ve většině případů poskytovány denními stacionáři – výuka cizích jazyků, sportovní a výtvarné aktivity, práce s počítačem, výlety aj. (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 132-133).

3.7 Vzdělání

Začátek duševního onemocnění zpravidla spadá do doby vzdělávání a nedokončení či neuskutečnění vzdělání ještě více komplikuje pracovní uplatnění lidí s duševní nemocí (Pěč a kol., 2009, s. 122). Pěč a kol. zdůrazňují potřebu podporovaného vzdělávání, které zahrnuje poskytování trvalé podpory a asistence lidem s psychickými problémy tak, „aby

mohli využívat výhod dovedností, kariéry, vzdělání a osobnostního rozvoje v postgraduálním vzdělávacím prostředí, které si sami vybrali.“

Výzkumná studie provedená u celkového počtu 3172 náhodně vybraných studentů středních a učňovských škol v České republice (průměrný věk činil 15,9 let) uvádí, že 21,5 % sledovaných adolescentů pociťovalo v posledních dvou týdnech výraznější depresivní příznaky, přičemž počet depresivních dívek byl 2,6krát vyšší, než počet depresivních chlapců. 43 % dospívajících z dotazníkového šetření už někdy pomyslelo na sebevraždu a pokus o sebevraždu uvedlo 4,4 % chlapců a 8,8 % dívek (Krch, Scémy, 2006, s. 130). Myslím si, že výskyt depresivních příznaků již v adolescenci může mít v oblasti vzdělávání vliv nejen na studijní výsledky, ale i na pozdější volbu mezi studiem a prací.

Protože psychická, fyzická a sociální stránka života jsou navzájem velmi úzce spjaty a vzájemně se ovlivňují, je nutné podpořit mnoho různých potřeb osob s duševním onemocněním. Může se stát, že duševně nemocný přestane zvládat nároky, které jsou společností kladeny, a bude potřebovat pomoc odborníka – psychologa, psychiatra a v neposlední řadě také sociálního pracovníka.

3.8 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Základy sociální práce stojí na teoretických konceptech, které vycházejí z historického vývoje sociální práce v USA a Německu a ovlivňují použití jednotlivých metod a technik sociální práce při práci s klientem (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 9-18). Na základě teoretických vymezení těchto konceptů (psychosociální, systémový, ekologický, úkolový přístup, koncept sociálního fungování) je pak rozlišně definována i individuální, skupinová a komunitní intervence (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 18-19).

Sociální práce zaměřuje svoje působení na člověka jako takového a snaží se mu pomoci v jeho tíživé životní situaci, kdy mu k vyřešení problému nestačí vlastní síly. Spektrum příčin těchto situací je přitom velmi rozmanité. Může se jednat o ztrátu blízké osoby, ztrátu zaměstnání nebo o sociální izolaci v důsledku neléčeného duševního onemocnění. Sociální práce se setkává se všemi těmito situacemi a snaží se je řešit. Proto do zařízení poskytujících sociální služby může přijít i člověk trpící duševním onemocněním, aby zde hledal pomoc a podporu, kterou potřebuje.

Setkává se zde mimo jiné i se sociálním pracovníkem, který je kompetentní právě v sociální problematice a může mu pomoci s obnovením narušených vztahů v rodině a s přáteli, s navázáním nových sociálních kontaktů, s rozšířením svých sociálních

a pracovních dovedností nebo třeba jen s podáním žádosti o invalidní důchod (Pěčová, 2008, s. 33-35).

Lidé s duševním onemocněním se liší i ve svých problémech, přáních a potřebách péče. Svou roli hraje i sociálně-ekonomická situace a životní fáze, ve které se právě nacházejí (Weeghel, 2009, s. 15). Multilaterálnost jejich potřeb vyžaduje, aby zdravotní a sociální služby poskytovali odborníci ve spolupráci s jednotlivými složkami péče na různých úrovních (Probstová, 2005, s. 133). Pěč (2009, s. 243) v tomto směru poukazuje na stále přetrvávající obtížný způsob komunikace mezi oblastmi psychiatrických služeb a komunitních sociálních služeb, které se přitom vzájemně velmi potřebují.

Vzhledem k obsáhlosti tématu se proto v této kapitole záměrně věnuji pouze nárokům kladeným na sociálního pracovníka v péči o osoby s duševním onemocněním, case managementu, jako jedné z metod komplexní a koordinované práce s lidmi s duševním onemocněním a pomoci a podpoře rodině při zvládnání projevů duševního onemocnění u svého člena.

3.8.1 Nároky kladené na sociálního pracovníka v péči o osoby s duševním onemocněním

Předpokladem pro práci sociálního pracovníka s touto cílovou skupinou je elementární znalost symptomatiky a dynamiky duševního onemocnění i terapeutických přístupů (Probstová, 2005 s. 136). Sociální pracovník, by měl být vybaven spektrem nástrojů, metod a dovedností, v jejichž rámci volí ty vhodné pro konkrétního klienta s ohledem na míru a charakter jeho onemocnění (Kaucký, Mužík, 2008, s. 5). Musí umět získat potřebné informace o klientovi, jeho zázemí a okolí, dokázat sestavit a realizovat plán intervencí, vyhodnotit výsledky a vědět, v jaké chvíli a jakým způsobem ukončit práci s klientem (Probstová, 2005, s. 137). K tomu využívá schopnost navázat s klientem kontakt, vést s ním rozhovor, empaticky mu naslouchat, vnímat jeho verbální i neverbální projev a umět pozorovat (Probstová, 2005, s. 137). Znalost vlastních pravomocí a schopnost poskytnout klientovi reálnou nabídku možností patří k nejdůležitější schopnosti každého člověka v pomáhající profesi (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 45),

Sociální pracovník vytváří s klientem vztah založený na respektu a partnerství, pomáhá klientovi v jeho integraci zpět do komunity a je si vědom odlišností potíží lidí s depresivním onemocněním, které zasahují do jejich života (Probstová, 2005, s. 137).

Někdy bývá tím, kdo klienta odevzdává jinému odborníkovi, jindy pracuje přímo s klientem v rámci odborného týmu (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 45).

Sociální pracovník často klientovi pomáhá zorientovat se v jeho nárocích a zprostředkovává mu dávky a služby (Probstová, 2005, s. 137). V mnoha zařízeních koordinuje poskytování služby, s klientem se domlouvá na její konkrétní podobě a sepisují společně smlouvu. V organizaci pak informace předává týmu, zajišťuje provádění a zpětnou kontrolu poskytování služeb, součástí jeho aktivit je i vedení a intervize pracovníků v přímé péči (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 59).

Pokud je třeba, sociální pracovník provádí s osobou trpící duševní nemocí trénink nezbytných sociálních dovedností pro jeho život v komunitě, pomáhá mu s rozšířením nebo obnovením sociální sítě, podporuje její udržení, zvyšuje jeho odolnost při zvládání krizí a rozšiřuje dovednosti klienta při řešení problémů a konfliktů (Carling, 1995, podle Probstová, 2005, s. 138). Stuchlík (2001, s. 10-11) uvádí, že nedostatečné sociální dovednosti se mohou týkat například navazování vztahů, nakupování, vaření, schopnosti bavit se s lidmi a řešit běžné životní situace jako nezdar, odmítnutí, zklamání apod. Dodává, že dobré služby musí být schopny tyto dovednosti rozvíjet nebo obnovit a podstatné přitom je, aby sám klient určoval, jaké dovednosti je třeba zvládnout. Podle Kauckého a Mužíka (2008, s. 6) je základním východiskem pro další spolupráci s klientem přátelské prostředí služby, které vzbuzuje pocit bezpečí a důvěry.

Stuchlík (2001, s. 10) zdůrazňuje, že „dobré služby musí klientovi pomoci zajistit základní životní potřeby – bezpečné a trvalé bydlení, přiměřený příjem, smysluplné zaměstnání a přístup k všeobecné zdravotní péči.“

4 Podpora rodinných příslušníků v systému péče o osoby s duševním onemocněním

Duševní onemocnění zasahuje do života celé rodiny, proto je součástí péče o klienta i jeho sociální prostředí, především rodina a blízcí (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 63). Duševně nemocný člověk má obtíže orientovat se v běžné realitě. Jeho komunikační dovednosti jsou snižené, má omezené sociální kontakty, každodenní běh zvládá špatně, od sebeobsluhy a hospodaření až po práci a smysluplné trávení volného času (Psychoportal, ©2010). Tyto problémy jsou stresující a mohou způsobit zhoršení zdravotního stavu a ovlivnit chod i vztahy uvnitř rodiny.

Rodina či blízcí žijící s klientem představují prostor, který je nemocí ovlivněn nejsilněji a zároveň je prostorem, který zpětně pozitivně či negativně působí na klienta (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 63). Rodina má podíl při léčení klienta a každé léčení také rodinu jistým způsobem ovlivňuje – především pokud se jedná o hospitalizaci, pracovní neschopnost, účinky léků či účast některého člena rodiny v psychoterapii nebo v socioterapeutických aktivitách (Kalina, 1987, s. 91) Může dát klientovi pozitivní stimuly, jež mu pomohou v opětovném zařazení do života, nebo může být naopak jednou z překážek uzdravení, kterou bude muset překonat (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 63).

Probstová (2005, s. 144) uvádí, že 30-60 % lidí, trpících závažným duševním onemocněním, žije s příbuznými, proto je práce s rodinou a sociálním prostředím klienta významnou součástí práce multidisciplinárního týmu. Jeho úsilí pramení ve zmapování a porozumění klientova rodinného zázemí a v následném poskytnutí takové intervence, která by adekvátně reagovala na potřeby klienta i jeho rodiny. Užitečnost spolupráce s rodinou zdůrazňuje také Stuchlík (2008, s. 37). Tvrdí, že pokud kolem sebe má klient osoby, které mu chtějí pomáhat s přirozenou motivací, dosáhnou lepších výsledků než odborníci. V případě, že klient téměř žádnou sociální síť nemá, je dobré se mu ji snažit vytvořit.

Pro klienta a jeho rodinu je důležité, aby pochopili podstatu duševní nemoci, aby se naučili zvládat projevy nemoci a chování s ní spojené, aby věděli, jak zvládnout krizové situace, jak udržovat vzájemnou komunikaci a pocít sebedůvěry všech členů rodiny (Probstová, 2005, s. 144). Protože duševní nemoc ovlivňuje všechny členy rodiny, každý

z nich potřebuje určitou formu péče a je zároveň tím, kdo se může podílet na spolupráci s odborníky a svému příbuznému pomoci s akutním projevem nemoci (Mahrová, Venglářová a kol., 2008, s. 47). Zapojení rodiny do léčby však nesmí znamenat její poškození a narušení soukromí a vztahů (Kalina, 1987, s. 93).

VIDA centrum každoročně zveřejňuje na své internetové stránce statistiku, kterou provádí vyhodnocením počtu zodpovězených dotazů, se kterými se klienti na centra během příslušného roku obrazejí. Dotazy jsou rozřazeny do kategorií v následující tabulce. Jeden klient mohl mít několik dotazů nebo mohl navštívit poradnu kvůli zodpovězení jednoho dotazu vícekrát (VIDA z.s., [2016]).

tab. 3: Vyhodnocení statistiky údajů z VIDA center a VIDA za rok 2014

Klasifikace dotazů	Počet dotazů	Procenta
Podpůrný rozhovor	372	28,2
Bydlení – chráněné	75	5,7
Bydlení – řeší sociální situaci	84	6,4
Zaměstnávání - chráněné	50	3,8
Zaměstnávání – regulérní práce	93	7,0
Rodina, partnerské vztahy	88	6,7
Právní otázky (dělba majetku při rozvodu, dědictví, ...)	32	2,4
Sociální dávky	153	11,6
Volnočasové aktivity	66	5,0
Zdravotní péče	82	6,2
Lidská práva	11	0,8
Dluhové poradenství a finanční gramotnost	145	11,0
Ostatní	69	5,2
Celkem	1320	100

Z tabulky můžeme vyčíst, že převládal podpůrný rozhovor (28,2 %). Dále následovaly dotazy týkající se sociálních dávek (11,6 %) a dluhové problematiky (11 %). Poté otázky zaměřené na zaměstnávání (7 %) a rodinu a partnerské vztahy (6,7 %). Klienti, kteří se na VIDA centra obraceli, pocházeli z 95,02 % z řad uživatelů péče, z 2,08 % z řad rodičů a 1,62 % dotazovaných klientů bylo mezi příbuznými a známými. Zbytek tvořili odborníci a veřejnost (VIDA z.s., [b.r.]).

V jednotlivých službách nabízených lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám se odráží potřeba pružnosti a preventivní charakter, proto by mezi dostupnými službami neměly chybět ani služby terapeutické, poradenství a péče o rodinu.

Průzkum provedený u příležitosti Světového dne duševního zdraví 2014 upozorňuje na dopad péče o nemocné schizofrenií na rodinné pečovatele (Sympathea, 2014). Výsledky vycházejí z odpovědí více než 400 pečovatelů starajících se o duševně nemocného člena v Austrálii, Kanadě, Francii, Německu, Itálii, Španělsku a Velké Británii. Průzkum uvádí, že přibližně 72 % pečovatelů, kteří žijí s osobou se schizofrenií, jsou hlavními (34 %) nebo výhradními (38 %) pečovateli a cítí velkou emocionální a fyzickou zátěž. V Evropské Unii najdeme okolo 10 milionů rodinných pečovatelů, kteří denně pečují nebo podporují své dítě nebo sourozence s vážným duševním onemocněním. Ačkoliv přibližně jedna třetina pečovatelů přiznává pozitivní zkušenost, čtyři z deseti pečovatelů se potýkají s úzkostí a jedna třetina s deprivací. Výsledky poukazují na potřebu uznání role pečovatele jak ze strany vlády, tak i společnosti a poskytnutí naděje pro jejich budoucnost.

Propuknutí vážného duševního onemocnění člověka i jeho rodinu obvykle zaskočí, proto se komunikace s rodinnými příslušníky a blízkými pacientů stává důležitou oblastí práce. Informování a edukace rodinných příslušníků a blízkých osob probíhá různými formami. Vedle rozhovorů s lékaři lze potřebné informace získat také během pravidelných setkání rodičovských skupin, při konzultacích se sociálními pracovníky nebo se zástupci rodičovských organizací. Komunikace s rodinou se však netýká pouze zdravotního stavu příbuzného, ale zahrnuje také širší okruh informací. I já se přikláním k řadě odborníků a jsem toho názoru, že pro příznivý vývoj léčby je potřeba spolupráce s rodinnými příslušníky a dalšími blízkými. Dostatek informací pomáhá rodičům, partnerům i sourozencům lépe zvládnout náročnou situaci spojenou s duševním onemocněním člena rodiny.

Níže jsou popsány jednotlivé formy pomoci, které jsou rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním v systému péče České republiky dostupné. Příbuzný může hledat informace u odborníků v poradenských zařízeních nebo v rodinné terapii, ale také v komunitě. Významným přínosem jsou také edukativní a psychoedukativní skupiny. Zvláštní pozornost je pak věnována svépomocným skupinám, ve kterých si lidé s podobnými problémy předávají poznatky a zkušenosti a vzájemně se podporují.

4.1 Sociální poradenství

Sociální poradenství poskytuje klientům potřebné informace z oblasti sociálních služeb a sociálního zabezpečení. Dále informace o aktuální nabídce sociálních služeb, o nemoci a problematice duševního zdraví. V mnoha případech zahrnuje také asistenci při jednání s úřady (Green Doors z.ú., [b.r.]).

Jak uvádí Matoušek a kol. (2003, s. 84), rozlišujeme základní a odborné sociální poradenství. Prostřednictvím základního sociálního poradenství získáváme informace o nárocích, službách a možnostech, jak lze vyřešit nebo zmírnit nepříznivou životní situaci. Je důležité, aby základní sociální poradenství mohli využít i lidé, kteří žijí v menších obcích. Odborné sociální poradenství podle zákona č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, zahrnuje především zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Jde o přímou pomoc zaměřenou na řešení sociálních problémů lidí, především v oblasti manželství a partnerství, v péči o děti či důsledků zdravotního postižení nebo duševního onemocnění. Nevýhodou však může být nedostupnost, neboť zařízení nabízející tyto služby najdeme převážně ve větších městech. Jsou poskytovány především nestátními organizacemi a zaměstnávají pracovníky z řad psychologů, psychiatrů, sociálních pracovníků, speciálních pedagogů, právníků apod. (Matoušek, 2003, s. 84-85).

4.2 Komunitní péče

Komunitní péče představuje od poloviny 20. století významný trend v mnoha vyspělých zemích. Je spojena s procesem deinstitucionalizace, jejímž cílem je redukce a přeměna velkých psychiatrických léčeben ve služby komunitního typu (Probstová, Pěč, 2014, s. 185). Děje se tak prostřednictvím komunitních týmů duševního zdraví působících v určené geografické oblasti. Novější koncept tzv. vyvážené péče (balanced care) do systému péče zapojuje praktické lékaře, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby a denní stacionáře, rezidenční péči v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace (Česká psychiatrická společnost, ©2015).

V Evropě mají organizace zaměřené na práci s komunitou na rozdíl od České republiky dlouhou tradici. Disponují nesrovnatelně vyššími finančními prostředky i dobrovolníky (Matoušek, 2003, s. 261). Komunitní péče zahrnuje široký soubor služeb, programů i zařízení. Pomáhá lidem s duševním onemocněním žít co neuspokojivějším

způsobem v běžném prostředí s ohledem na zdravotní, psychologické a sociální potřeby (Probstová, Pěč, 2014, s. 184). Cílem je kromě léčby také podpora sociálních rolí v oblasti profesní, bydlení a sociálních kontaktů, nedílnou součástí je podpora vztahů s rodinou a přáteli (Česká psychiatrická společnost, ©2015). Přínos komunitní péče shledáváme zejména v její komplexnosti, tzn., že pacienti mají k dispozici nejen léčebné prostředky a biologické postupy, ale také postupy psychosociální a psychologické. Komunitní péče disponuje alternativami hospitalizace, nebo se podílí na jejím zkrácení. Působí preventivně, pomáhá se začleněním lidí s duševním onemocněním do běžného prostředí. Dalším přínosem je destigmatizace a zlepšení kvality života (Pěč, Probstová, 2009, s. 217-218).

Důležitou součástí komunitní péče je schopnost jednotlivých služeb mezi sebou efektivně komunikovat. Ačkoliv se počet psychiatrických služeb a komunitních sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním rozrůstá, stále se setkáváme s jejich nedostatečným vzájemným propojením (Pěč, 2009, s. 243). Z tohoto důvodu je také u dlouhodobého onemocnění jednou z priorit komunitní péče snaha o zajištění následné péče po propuštění z lůžkové péče.

Cílem komunitní práce je monitorování pohybu klienta napříč sociálně zdravotními službami. K tomu využívá systém klíčových pracovníků a plánů péče. Úspěšnost terapie závisí na včasné práci se zbývajícím potenciálem klienta (Fokus Labe, o.s., ©2008-2013). Zaměřuje se na zvyšování kompetencí, rozvíjí klientovi dovednosti, hledá zdroje podpory v jeho okolí a aktivně ho zapojuje do procesu údravy. Ziskem pro klienta je zvýšení jeho nezávislého fungování v prostředí, které potřebuje a které si sám vybere (Matoušek, 2005, s. 140). Pěč (2009, s. 243) připomíná, že nelze opomenout také rizika, která komunitní péče může přinést, zejména možnost zvýšené viktimizace a zneužívání duševně nemocných, nebo nebezpečí zhoršení psychiatrické péče.

4.3 Rodinná terapie

Existují různé možnosti práce s rodinou. Jednou z nich je rodinná terapie. Rodinná terapie zahrnuje rodinné poradenství, ale také může zahrnovat přístup k rodině vzhledem k jejímu chování. Existují skupiny s pacienty, ale také bez nich. Některé skupiny směřují přímo k psychoedukaci, jiné si kladou za cíl navázat kontakt mezi rodiny s podobnými těžkostmi a vytvořit jim tak příležitost k vzájemné pomoci (Pěč, Probstová, 2009, s. 206). Tyto skupiny budou popsány níže.

Rodinná terapie se zaměřuje na komunikaci v rodině a na jejím zlepšování, přináší nový pohled na řešení problémů. Je specifickým druhem práce s rodinou, se kterým

přicházíme do styku především v soukromé praxi. Dle odborníků by však měla patřit mezi běžnou nabídku všech větších psychiatrických služeb. Rodinná terapie se uplatňuje tam, kde je v důsledku horšího průběhu nemoci, náročné životní situace či jiných důležitých změn u nemocného, potřebné zintenzivnit práci a podporu rodinného systému (Wenigová, [b.r.], s. 41). Matoušek (2007, s. 100) zdůrazňuje, že cílem terapeutické práce s rodinou je předejít zavržení nemocného člena rodiny nebo nadměrnému pečování, přičemž by se práce s rodinou měla zahájit v době, kdy duševně nemocný končí intenzivní léčbu.

Proces rodinné terapie nastává prvním kontaktem mezi terapeutem či terapeutickým týmem a rodinou. Úvodních několik sezení je věnováno vytváření kontraktu, společnému zamyšlení nad motivací k léčbě a nad možnými potížemi během spolupráce. Terapeut se s rodinou věnuje nejen komunikaci, ale také porozumění rodinného systému, vztahů, hranic či rituálů (Psychologické centrum Psychoterapie Anděl, ©2016). Zapojuje rodinu do strategií, které jí mají pomoci s překonáním problémů. Pro pochopení potíží nemocného je třeba ho vidět v interakci s ostatními členy rodiny, kde členové reprodukuje chování, kterým se obvykle projevují v rodině. Může však zahrnovat i individuální práci, která je v určitých situacích vhodnější.

Frekvence sezení v rodinné terapii se pohybuje v rozmezí 1-10 v období jednoho až dvou let. Jedno sezení probíhá v intervalu 2-4 týdnů a trvá přibližně 60 minut (Psychoterapie - Mgr. Zuzana Těšínská, [b.r.]).

Mezi pozitivní stránky rodinné terapie patří bezpečné terapeutické prostředí, objasnění postojů ostatních členů rodiny a jejich pochopení, pomoc s objevením nových možností vzájemné komunikace a neutrální postoj terapeuta ve vztahu k jednotlivým členům rodiny. Přístup terapeuta vždy vychází z individuálních potřeb rodiny, snaží se respektovat způsob života, nehodnotí ani nekritizuje.

4.4 Podpora rodině v rámci skupinové terapie

Skupinová terapie poskytuje příbuzným lidí s duševní poruchou porozumění a podporu, pomáhá jim si uvědomit, jakým způsobem se mohou podílet na předcházení recidivy onemocnění, jak nemocnému pomoci nebo jim pomáhá rozpoznat nevhodné způsoby chování a podporuje snahu o jejich odstranění (Vágnerová, 2008, s. 360-361). Sdílení zkušenosti v rámci skupiny mezi lidmi, kteří mají podobné zájmy, se ukázalo velice prospěšné (Matoušek, 2003, s. 154). Skupinová terapie je orientována převážně na komunikační problémy, řešení vztahových potíží, hledání a nalézání sebe sama, svých zdrojů a možností (Anima - terapie, o.s., ©2016). Ve skupině je možné zakusit a zažít

podporu druhých lidí, zájem, interpersonálně se učit a dodávat si vzájemně naději (Psychoterapie v Praze, ©2016). Je také prostorem pro výměnu názorů nebo pro získání nového pohledu na řešený problém. Skupina je vhodným prostředím, kde se mohou testovat a doladovat nové způsoby chování. Ovlivňuje jednání, myšlení i cítění. Matoušek (2003, s. 155) považuje skupiny za často nejvhodnější způsob poskytování služeb, předávání informací a nalézání řešení.

Skupinovou terapii je vhodné vyhledat ve chvíli, kdy se objevuje potíže, kterou jedinec nedokáže zvládnout sám a pokud jsou pro řešení problému významné vztahy. Vágnerová (2008, s. 360) zdůrazňuje, že je třeba rodinným příslušníkům objasnit, že přes určitá nevyhnutelná omezení a přijetí nemoci bez nepřiměřených očekávání, nemusejí z nemocného snímat veškerou odpovědnost. I nemocný je povinen dodržovat pravidla. Jiná řešení se hledají, pokud toho nemocný není schopný a vážným způsobem narušuje rodinné soužití.

4.5 Edukativní a psychoedukativní programy pro rodinné příslušníky

Popularita psychoedukačních programů, podpůrných a svépomocných skupin v posledních letech roste a jejich přínos je hodnocen velice pozitivně.

Vzdělávací (edukativní) programy rozšiřují a prohlubují znalost oblastí komunitní péče, psychiatrické rehabilitace a nových metod sociální práce. Edukativní programy pomáhají rodinným příslušníkům zvládat problémy, které duševní onemocnění způsobuje celé rodině. Programy se zaměřují na jednotlivé duševní poruchy, seznamují rodinné příslušníky především s průběhem a příznaky nemoci, krizovými stavy, farmakoterapií, sociální rehabilitací a sociálními službami (Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje, [b.r.]). Vzdělávací kurzy bývají často zaměřeny také na pracovníky v sociálních službách s cílem seznámit je s možnostmi práce s rodinou nebo s motivací rodinných příslušníků ke spolupráci (Pěč, [b.r.]).

Psychoedukace zaujímá důležité místo v prevenci relapsu onemocnění. Jedná se o poskytnutí konkrétních a srozumitelných informací nemocným a jejich rodinným příslušníkům. Informace se týkají etiologie, příznaků, průběhu, terapie a zásad, které přispívají k předcházení dalším atakám duševní nemoci. Účelem psychoedukace je nejen zprostředkování potřebných informací, ale také emoční úleva a podpora účastníků. Cílem je lépe porozumět nemoci a zlepšit spolupráci nemocného a jeho rodinných příslušníků při léčbě. Psychoedukace bývá odborníky opomíjená a v běžném provozu na ni mnohdy nezbyvá dostatek času. Významně se podílí na zlepšení spolupráce pacienta a rodiny

a pomáhá předcházet neúspěchu léčby. Správně prováděná edukace snižuje míru vyjadřování emocí v rodinách pacientů, která bývá zvýšená, pomáhá ke snížení stigmatu onemocnění a přispívá ke zlepšení komunikace v rodině. Porozumění nemoci eliminuje pocity méněcennosti pacienta a u rodičů pocity viny. Dalším příznivým vlivem je skutečnost, že ostatní účastníci skupiny mají podobný problém. Práce ve skupině učí rodinné příslušníky mluvit o nemoci otevřeně. Zlepšuje se i komunikace mezi pacientem, rodinou a lékařem a tím dochází ke zkvalitnění spolupráce (Pidrman, Masopust, 2002, s. 161-162).

Skupinová psychoedukace je systematická a strukturovaná forma podávání informací o nemoci a léčbě. Jejím cílem je naučit nemocné a jejich blízké dovednostem, které jim pomohou zvládat nemoc a usnadní adaptaci na psychické onemocnění (Bankovská Motlová, Dragomirecká, Blabolová, Španiel, Slováková, Pokorný, 2013, s. 122). Psychoedukativní skupina se skládá přibližně z 10 až 15 osob – rodinných příslušníků a pacientů nebo z každé skupiny zvlášť. Skupina probíhá ve většině případů tak, že se na začátku nejprve přednáší určité téma a poté si pacienti či jejich rodinní příslušníci vypráví vlastní zkušenosti, postřehy, starosti (Pěč, [b.r.]).

Bankovská Motlová, Dragomirecká, Blabolová, Španiel, Slováková a Pokorný (2013, s. 122) uvádějí, že výzkumy provedené v zahraničí ukázaly významné snížení frekvence relapsů a rehospitalizací a zmírnění symptomů nemoci u pacientů se schizofrenií, kteří byli v rámci terapie zařazeni do psychoedukace. Došlo také k posílení kompetencí v sociální oblasti, ke zlepšení kvality života a pacienti se aktivněji zapojili do pracovní rehabilitace. Autoři v závěru vypověděli, že psychoedukace přináší naději a pozitivní pohled na život. Pomáhá lidem s duševní nemocí najít vnitřní motivaci a přináší jim zjištění, že mohou mít osud ve svých rukou.

Pod záštitou České asociace pro psychické zdraví se uskutečnil v období od 1. 9. 2014 do 28. 2. 2016 program pro rodiče duševně nemocných s názvem Rodiče jako regionální koordinátoři Programu pro rodiče dětí a mladistvých se schizofrenií. Program si kladl za cíl zapojit rodiče dětí a mladistvých pacientů se schizofrenií do sociální a pracovní rehabilitace a prevence relapsu schizofrenie. Snahou bylo vytvořit příležitost k získání potřebných informací a předávání zkušeností. Projekt směřoval ke zmocňování rodičů dětí s vážným duševním onemocněním k tomu, aby dokázali žít lépe (Česká asociace pro psychické zdraví, [b.r.]).

Dalším programem realizovaným Českou asociací pro psychické zdraví spolu s rodičovským sdružením SYMPATHEA, o.p.s., byl program Rodiče sobě, který probíhal v období od 1. 9. 2014 do 28. 2. 2016. Tento program byl určený rodičům potomků s psychotickým onemocněním. Program byl cílený na porozumění závažného duševního onemocnění, léčbu a rehabilitaci. Nabízel příležitost k získání a sdílení potřebných informací a zkušeností a tím měl vytvořit podmínky pro uzdravu celé rodiny. Program Rodiče sobě vymysleli rodiče, koordinovali ho a také se ho účastnili. V rámci programu Rodiče sobě byly na rok 2015 naplánovány měsíční svépomocné skupiny pro rodiče a blízké nemocných psychózou, besedy a semináře na zvolené téma, exkurze do organizací, které chtěli poznat, rekondiční pobyty. Program Rodiče sobě probíhal v Praze, Táboře, Českých Budějovicích, Pardubicích, Chrudimi, Ústí nad Labem, Děčíně, Brně, Zlíně, Jihlavě, Havlíčkově Brodě, Hranicích na Moravě, Opavě a Bruntále (Sympatheia, [b.r.]).

V září 2015 zahájila organizace BONA, o.p.s. skupinové setkávání pro rodiny a blízké svých klientů a pokračuje i v roce 2016. Tuto skupinu navštěvují výhradně blízcí uživatelů služeb organizace BONA, o.p.s.. Účastníci zde sdílejí svá témata a zkušenosti s onemocněním blízkého člena rodiny. Skupina také nabízí prostor pro edukaci a pro vzájemnou informovanost o pokrocích svého blízkého. Významným momentem je setkávání s kolegou s vlastní zkušeností s duševní nemocí, který v organizaci pracuje jako peer konzultant. Probraná témata se týkala využívání sociálních služeb, osamostatňování blízkého člověka, psychického onemocnění v rodině, vztahových a rodinných problémů, pracovního uplatnění, komunikace nebo sociálního fungování. Setkání probíhají jednou do měsíce pod vedením zkušené terapeutky (BONA, o.p.s., [b.r.]).

4.6 Podpůrná skupina pro rodiče a blízké osoby lidí s duševním onemocněním

Význam podpůrné skupiny tkví v předávání informací o onemocnění a potížích, které provází (Oblastní charita Polička, ©2013). Ty jsou sdělovány terapeuty, ale také přizvanými odborníky. Podpůrná skupina stimuluje vzájemné sdělování zkušeností, názorů i pocitů a představuje prostor, kde se rodiče, sourozenci, děti, partneři i přátelé lidí s duševním onemocněním setkávají se vzájemnou podporou a porozuměním. Členové se mohou dozvědět, jak stejné potíže zvládají jiné rodiny. Odborníci předávají skupině informace jak pracovat s určitým specifickým druhem obtíží nebo o nabídce služeb

(Zdravotně sociální portál lidé mezi lidmi, ©2011-2016). Podpůrná skupina může také pomáhat podpořit svépomocné aktivity.

4.7 Svépomocné aktivity rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním

Svépomocné skupiny se objevují s rostoucí potřebou mezioborové spolupráce a jsou nejvýrazněji rostoucí formou pomoci ve světě (Matoušek, 2003, s. 166). Význam těchto skupin příbuzných je v předávání informací a zkušeností, v podpoře a řešení situací přinášejících problémy. Dále organizují různé volnočasové nebo klubové aktivity (Pěč, [b.r.]). Tyto skupiny plynule propojují umělé a přirozené skupiny, protože tím, kdo je vytváří, jsou sami klienti. Potřeba člověka někam patřit vstupuje do popředí se změnou společenského života. Členství ve svépomocné skupině není stigmatizující a zakládá se na principech demokracie, člověk nejen pomoc přijímá, ale zároveň i poskytuje. Dochází tak ke ztrátě pocitů bezmoci. Dokáže-li člověk pomoci druhému, pomůže i sobě. To ho podle Matouška (2003, s. 167) zplnomocňuje zvládnout obtížnou životní situaci.

Svépomocné skupiny rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním u nás začaly vznikat před deseti až patnácti lety (Pěč, [b.r.]). Naopak v západních zemích tyto organizace fungují i více než třicet let a díky větší vyspělosti se již zaměřují na obhajobu práv pacientů a jejich příbuzných a na destigmatizaci lidí s duševním onemocněním. V oblasti prosazování a obhajování práv lidí s duševní poruchou působí v českém i mezinárodním prostředí již i naše celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných Sympatheia.

Organizace pacientů a jejich příbuzných postupem času získávaly větší význam. V současné době u nás existuje 7 samostatných organizací lidí s duševní nemocí a 12 svépomocných skupin. Rodinní příslušníci se sdružují v 10 organizacích a 6 svépomocných skupinách – dle evidence o.s. VIDA (Pěč, [b.r.]).

4.7.1 Svépomocná rodičovská skupina

Svépomocná rodičovská skupina sdružuje rodinné příslušníky nebo přátele, jejichž blízký trpí duševním onemocněním a každodenní život je proto přítomností nemoci významně zasažen. Tito lidé chtějí být o duševním onemocnění co nejvíce informováni, chtějí vědět, z jakého důvodu nemoc přichází, jak ji lze léčit, co mohou sami udělat a jak svému blízkému porozumět. Skupina pomáhá zbavit se strachu, že jsou v této situaci sami a dává odvahu podělit se s ostatními o své zkušenosti, poskytnout podporu či povzbuzení

nebo zjistit, jak podobné situace zvládají jiné rodiny. Rodinní příslušníci hrají v procesu zvládání nemoci velmi důležitou roli, mohou pomoci, zvláště pokud mají dostatečné informace o svých možnostech (Eset Family, [b.r.]).

Každé setkání je zaměřené na určité téma, které skupina předem zná a vybírá si ho podle svých současných potřeb. Mohou zde získat informace, jak pokračovat po návratu svého příbuzného z psychiatrického zařízení, jak mu pomoci s návratem do každodenního života a zvládáním sociálních návyků nebo se zajištěním soběstačnosti a samostatnosti.

4.7.2 Svépomocná skupina pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním

Svépomocná skupina pro sourozence a potomky lidí s duševním onemocněním je založena na stejném principu jako svépomocná rodičovská skupina. Svépomocná skupina nahrazuje odbornou lékařskou, psychiatrickou a psychologickou pomoc. Účast na skupině je dobrovolná a členové jsou k sobě navzájem otevření. Mají právo se vyjadřovat k projednávanému tématu a odmítnout, pokud nechtějí odpovídat. Skupina je vázána důvěrností a mlčenlivostí (Psychóza a blízcí, [b.r.]).

5 Empirická část

5.1 Formulace problému

Provedený výzkum seznamuje s nabídkou služeb, které jsou rodinným příslušníkům osob s duševní nemocí poskytovány v rámci neziskového sektoru. Zjišťuje, jakou službu rodinní příslušníci využívají, v čem jsou její přínosy a limity. Ve vybrané rodičovské organizaci mapuje zkušenosti rodinných příslušníků s poskytovaným programem, jejich názory na současný systém péče o osoby s duševním onemocněním a přibližuje osobní aspekty života doprovázené duševní nemocí blízké osoby.

5.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem mého výzkumu je zmapovat současnou nabídku služeb pro rodinné příslušníky osob s duševním onemocněním. V souvislosti s tím zjistit přínos i nedostatky poskytované služby.

Na základě zvoleného cíle výzkumu byly zjišťovány tyto výzkumné otázky:

1. Jaké programy poskytují neziskové organizace rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním?
2. V čem vidí pracovníci přínos a nedostatky nabízených programů?

Cílem výzkumu provedeného v rodičovské organizaci je přiblížit zkušenosti rodinných příslušníků s poskytovaným programem a jejich názory na současný systém péče o osoby s duševním onemocněním. Přibližuje také osobní pohled na život po boku blízkého, který je duševně nemocný.

Na základě zvoleného cíle výzkumu byly účastníkům programu položeny tyto výzkumné otázky:

3. Jak jste se o programu Rodiče sobě dozvěděl/a?
4. Z jakého důvodu jste začal/a skupinu navštěvovat?
5. Jak dlouho už se skupinových setkání účastníte?
6. Z jakého důvodu chodíte na skupinové setkání?
7. V čem vidíte přínos skupinového setkání?
8. Najdete nějaké nedostatky tohoto skupinového setkání?
9. Co byste jako rodičovská organizace potřebovali?

10. Chybí vám nějaké podpůrné služby?
11. Co je podle Vás bariérou ve zlepšení péče o duševně nemocné?
12. Co nebo kdo je Vám mimo skupinu oporou?
13. Získal/a jste ve skupině nové přátele?
14. Vidáte se s těmito přáteli i mimo setkání ve skupině?
15. Čeho se v tuto chvíli nejvíce obáváte?
16. Jaké duševní onemocnění má Vaše dítě?

Dále následovaly otázky týkající se pohlaví, věku a nejvyššího dosaženého vzdělání.

5.3 Metodologický rámec výzkumu

Pro realizaci výzkumu jsem zvolila kvalitativní přístup, prostřednictvím kterého jsem chtěla zjistit názor sociálních pracovníků na služby, které jsou poskytovány rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním v rámci organizace, kde pracují. V další části výzkumu jsem se zajímala o pohled rodičů na program, který využívají, v čem vidí přínos a nedostatky, jaké mají zkušenosti s životem po boku duševní nemoci, kdo je jim oporou či jaké jsou jejich obavy. Výzkumná část věnovaná popisu konkrétních programů pro rodiče a blízké osob s duševním onemocněním je zpracována analýzou odborné studie, informacemi od neziskových organizací a pomocí vlastních postřehů z účasti na skupinových setkáních s rodinnými příslušníky.

Kvalitativní přístup umožňuje získání hlubšího popisu případů, provádění jejich podrobné komparace, při které se citlivě zohledňuje působení kontextu, konkrétní situace a podmínek (Hendl, 2005, s. 53). Jak uvádí Miovský (2006, s. 18) v psychologických vědách se kvalitativní přístup využívá pro principy „jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání.“

5.4 Průběh výzkumu

Koncem srpna 2015 jsem oslovila osm neziskových organizací, jejichž cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním a jsou zapsány v Registru poskytovatelů sociálních služeb na území města Prahy, s prosbou o vyplnění dotazníku. Protože jsem neobdržela žádnou zpětnou vazbu, opakovala jsem rozeslání dotazníku na konci listopadu 2015. Vyplněný dotazník mi zpět zaslaly celkem čtyři organizace – Green Doors, z.ú., Občanské sdružení Baobab, Bona, o.p.s. a Fokus Praha, o.s.

Následně jsem oslovila paní Blanku Kašparovou ze Sdružení Ondřej. Domluvily jsme se, že se zúčastním skupinového setkání rodičů v Praze. V rámci Sdružení Ondřej již desátým rokem funguje projekt tzv. psychoterapie a edukace pro rodinné příslušníky. Příbuzní zde nacházejí příležitost konzultovat své zkušenosti a těžkosti s ostatními rodiči a dalšími blízkými duševně nemocných. Setkání probíhají jednou měsíčně v kavárně Café Therapy, Školská ulice č. p. 30, Praha 1. Pozvánka s informacemi a rozpisem setkání na rok 2016 je přiložena v příloze.

První setkání proběhlo 26. 4. 2016. Zúčastnilo se ho celkem 10 rodičů dětí s duševní nemocí, Položené otázky byly následující: Co byste jako rodičovská organizace potřebovali? Chybí vám nějaké podpůrné služby? Co je podle vás bariéra ve zlepšení péče o duševně nemocné?

Druhé setkání proběhlo 17. 5. 2016. Na žádost paní Kašparové a rodičů jsem si připravila podrobnější otázky a sestavila krátký dotazník, který jsem rodičům rozdala v tištěné formě. Poté jsem ho poslala paní Kašparové také v elektronické podobě, která ho rozeslala rodičům, jež používají internet, prostřednictvím hromadné korespondence. Dotazník zahrnoval také otázky, které jsme probírali na prvním setkání. K jednotlivým bodům tak měli rodiče možnost dodatečně doplnit, co nebylo řečeno.

Poslední setkání s rodičovskou organizací se uskutečnilo 21. 6. 2016.

5.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvořilo osm neziskových organizací na území města Prahy, které byly k 1. 8. 2015 zapsány v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Kritérii pro výběr těchto zařízení byly kraj, kde je služba poskytována – Hlavní město Praha a cílová skupina klientů – organizace zaměřené výhradně na pomoc osobám s chronickým duševním onemocněním. Dalším kritériem byl druh sociální služby – odborné sociální poradenství a sociální rehabilitace.

V rodičovské organizaci výzkumný soubor při osobním setkání tvořilo 10 rodičů dětí s duševním onemocněním, 9 žen a 1 muž, všichni ve věkové kategorii nad 40 let.

Výzkumný soubor v následném dotazníkovém šetření se skládal z 11ti žen a jednoho muže. Věkové rozpětí 39-83 let, přičemž jeden respondent byl ve věku 39 let, věk ostatních respondentů se pohyboval od 58 let výš. 11 respondentů v dotazníku uvedlo, že jejich příbuzný trpí schizofrenií, v jednom dotazníku respondent uvedl psychotickou poruchu.

tab. 4: Vzdělání respondentů

Dosažené vzdělání	Počet respondentů
Střední vzdělání s maturitou	6
Vyšší odborné vzdělání	1
Vysokoškolské vzdělání	5

5.6 Použité metody

Použitou metodou bylo dotazníkové šetření, kombinované převážně z otevřených a několika uzavřených otázek a skupinové rozhovory. Otevřené otázky se týkaly názorů a zkušeností respondentů, na uzavřené otázky respondenti odpovídali výběrem z předem definovaných odpovědí.

Výzkum je zpracovaný technikou otevřeného kódování. Otevřené kódování spočívá v lokalizaci témat vyskytujících se v textu, těm se přiřazují určitá označení, která se postupně třídí, organizují, doplňují a kombinují (Hendl, 2005, s. 247).

5.7 Výsledky výzkumu

Výsledky provedeného kvalitativního výzkumu jsou interpretovány na základě výzkumných otázek. Výsledky jsou doplněny přímými citacemi respondentů.

5.7.1 Programy poskytované neziskovými organizacemi rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním

Ze čtyř neziskových organizací, které vyplnily dotazník, poskytuje program rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním pouze jediná. Ostatní organizace neposkytují žádné konkrétní programy ani specializované služby. Uvádějí, že při práci s klientem spolupracují také se sociálním okolím, tedy i s rodinou, pokud je to třeba a pokud má klient i rodinní příslušníci zájem.

„Naše organizace neposkytuje žádnou konkrétní nebo specializovanou službu/program zaměřený na příbuzné lidi s duševním onemocněním. Každý pracovník však musí poskytnout základní poradenství každému člověku (tedy i příbuzným lidí s DN) a v naší sociální poradně i poradenství odborné. Pokud má klient a rodina zájem, tak je možné domluvit spolupráci, ale ani to není žádný konkrétní program nebo služba.“

Každý pracovník je povinen poskytnout základní poradenství každému, tedy i příbuzným. Důvodem, proč neposkytují programy pro rodinné příslušníky je jednak nedostatek pracovníků pro pokrytí velkého množství klientů, tak i nedostatek času.

„Při práci s klientem také spolupracujeme s rodinou, pokud je to třeba. Bohužel naše organizace nedělá programy pro rodiny lidí s duševním onemocněním. Nemáme na to čas, je nás málo na pokrytí takového množství klientů. Přesto v rámci spolupráce s klientem spolupracujeme s celým jeho sociálním okolím, včetně rodin. Vše je velice individuální.“

Organizace, která jako jediná z těchto čtyř neziskových organizací poskytuje program na pomoc a podporu rodinných příslušníků, funguje 16 let jako o.p.s., předtím ještě zhruba 8 let v jiné formě. Cílovou skupinou jsou klienti s psychickým onemocněním, především se schizofrenií a bipolární poruchou.

Rodinní příslušníci mají možnost účastnit se skupiny pro příbuzné klientů, která je vedená terapeutem za účasti peer konzultanta (odborně proškolený člověk s duševním onemocněním). Přínos programů pracovník vidí zejména v možnosti vyjasnění pohledů rodiny na psychicky nemocného, obnovení důvěry a naděje, v urovnání rodinných vztahů. Užitečné by z jeho pohledu bylo také skupinové nebo jednotlivé setkávání klienta s terapeutem a peer konzultantem společně i s rodinným příslušníkem. Rozvoj programů pro rodinné příslušníky osob s duševní nemocí pracovník shledává v zapojení samotných klientů do diskuse. Přínosem by podle jeho názoru mohly být také „rozhovory (ne)vedené (jen mírně řízená diskuse) terapeuta s peerem. Klienti a rodinní příslušníci sdílí obtíže a postřehy.“

Další část výzkumu je provedena v rodičovské organizaci, kde byly rodičům na prvním setkání položeny tři otázky, ke kterým se volně vyjadřovali.

5.7.2 Pohled rodinných příslušníků na systém péče o osoby s duševním onemocněním

Hlavní potřeba rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním vyvstala z nedostatku vzdělání a nízkého povědomí o duševních nemocech u zdravotnického personálu, u sociálních pracovníků, praktických lékařů a příslušníků policie. Dle rodičů je nezbytné zvýšit informovanost o duševních nemocech, o jejich projevech a s tím spojenými způsoby chování. Poukázali na to, že schází spolupráce a efektivní komunikace mezi jednotlivými sektory. Obraz o lidech s duševním onemocněním, který interpretují média, je zkreslený a nezakládá se na objektivních skutečnostech. Dle názorů rodičů je třeba celková osvěta společnosti.

„V první řadě co bychom jako rodičovská organizace potřebovali je zvýšit vzdělání středního zdravotnického personálu, aby měli větší povědomí o duševních nemocech,

stejně tak u policie, především kvůli nedobrovolné hospitalizaci. Prohloubit vzdělání je potřeba také u sociálních pracovníků, aby věděli, jak komunikovat s lidmi s duševním onemocněním. Praktický lékař kolikrát neví, že člověk, který k němu přišel, trpí duševní nemocí. Dále je třeba, aby mezi sebou jednotlivé sektory komunikovaly, předávaly si informace a spolupracovaly. Média podávají lidem obraz o lidech s duševní nemocí takový, aby se jich báli, straší je. V televizi se dozvídáme o nebezpečnosti těchto lidí, především ve zprávách. Proto je důležitá osvěta celé společnosti.“

Absence podpůrných služeb pro rodinné příslušníky

Rodičům chybí podpora v podobě samostatného bydlení pro duševně nemocné, kde by jejich děti mohly žít s různou mírou pomoci a podpory personálu. Vyjadřují obavu o budoucnost svých dětí. Mají strach, kdo se o ně postará, až toho sami nebudou schopní. I když jsou si vědomi, že v určitých případech je pobyt v psychiatrické léčebně nevyhnutelný, přednost by dali péči v domácím prostředí. Rodiče poukazují také na nedostatečné výše částek invalidního důchodu a příspěvku na péči. Přitom však nejde o peníze pro ně, ale pro děti. Další oblastí, kterou je třeba podpořit, je vznik částečných úvazků v chráněných dílnách a u odbornějšího typu práce. Existují i velice inteligentní lidé, kteří mají duševní onemocnění a chtějí najít uplatnění na trhu práce. Takoví lidé však mají k dispozici jen velice málo pracovních příležitostí.

„Co se týká podpůrných služeb, především chybí komunitní centra, aby naše děti nemusely do psychiatrické léčebny. Schází určitá forma samostatného bydlení, kde by mohly s pomocí a podporou pracovníků bydlet a existovala by zde možnost dohledu v různé míře, v závislosti na potřebě duševně nemocného. Máme obavy z budoucnosti našich dětí, kdyby měly přijít do ústavu, až se o ně nebudeme moci starat. Je veliký rozdíl mezi domácí péčí a péčí státní. Dalším problémem jsou nízké částky invalidního důchodu a příspěvku na péči. Nejde o peníze pro nás, ale pro děti. Nedostatek vidíme také v pracovních příležitostech. Je málo částečných úvazků pro inteligentní lidi, kteří nechtějí pracovat v chráněné dílně. Chráněné dílny jo, ale ne všem vyhovuje vyrábění různých věcí nebo práce s keramikou.“

Bariéry ve zlepšení péče o duševně nemocné

Bariéru ve zlepšení péče o duševně nemocné podle rodičů představuje nedostatek finančních prostředků ve zdravotnictví a sociální oblasti. Dostatek financí by přispěl k rozšíření terénních služeb a domácí péče. Snížil by se tak počet hospitalizací lidí

s duševním onemocněním, protože péče by se přesunula do přirozeného prostředí člověka. Kvůli nedostatku finančních prostředků dochází k omezení poskytovaných služeb neziskovými organizacemi, jejichž provoz a existence je závislá na dotacích z fondů Evropské Unie. Další hrozbu pak rodiče spatřují v prohlubující se stigmatizaci duševních nemocí, ke které přispívají výše zmíněná média a neznalost celé společnosti. Lidem s duševním onemocněním jsou poskytovány půjčky bez ohledu na důsledky, např. exekuci.

„Bariérou ve zlepšení péče o duševně nemocné je prvotně nedostatek financí. Jednak je třeba podpořit zdravotnictví a sociální oblast, aby psychiatrické sestry a sociální pracovníci mohli duševně nemocného navštěvovat v domácím prostředí, tak i poskytnout dostatek finančních prostředků neziskovým organizacím. Pokud nedostanou dotace, nemohou provozovat potřebné služby nebo úplně zaniknou. Ve společnosti se stále setkáváme se stigmatizací. Duševně nemocným jsou nabízeny a poskytovány půjčky, které mohou vést až k exekuci, to je velká hrozba.“

Následující část výzkumu vychází z otázek z dotazníku, který jsem rodinným příslušníkům předala na druhém setkání.

5.7.3 Psychoterapie a edukace pro rodinné příslušníky

Rodinní příslušníci se o možnosti skupinového setkání dozvěděli převážně prostřednictvím Sdružení Ondřej a od psychiatra. Jeden respondent získal informace o skupinovém setkávání pro rodinné příslušníky od kamarádky své dcery. Další respondenti si vyhledali informace sami, na internetu nebo v psychiatrické léčebně.

„O programu pro blízké osoby nemocných jsem se dozvěděla vlastním nápadem a pátráním. Nikdy mně žádný její ošetřující lékař o podpůrných skupinách ani o edukacích v Hodkovičkách neřekl. Matka strávila v nemocnicích celkem sečteno 15 let. Jednoho dne mně to prostě při konverzací s kamarádkou napadlo a zavolala jsem do Bohnic, kde mi řekli o sdružení Ondřej.“

„Z informačních letáků pracovišť, kde se syn léčil (Psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, Psychiatrická léčebna Bohnice, Fokus) a z internetu.“

Hlavním důvodem k vyhledání rodičovské skupiny ze strany rodinných příslušníků bylo pomoci svému dítěti a získat potřebné informace o duševní nemoci. Poté, co se rodiče dozvěděli o nemoci svého dítěte, začali hledat potřebné informace, které by jim pomohli

zvládnout nastalou situaci. Chtějí svým dětem pomoci a zkusit vše, aby se život jejich dětí po propuknutí duševního onemocnění zlepšil.

„Původně jsem chtěla co nejvíce informací o nemoci svého syna, následně pro něj i sebe něco dělat...“

„Zkouším vše pro zlepšení situace mého syna.“

„Abych mohl synovi účinněji pomoci.“

Dalším důvodem byla potřeba setkávat se s lidmi, kteří se ocitli v podobné situaci a mluvit o problémech, které nemoc příbuzného provází. Rodiče se často cítili s problémy sami. Když zkusili o situaci mluvit s někým, kdo neměl s duševním onemocněním zkušenosti, setkali se s nepochopením.

„Potřeba mít kontakt s lidmi, kteří mají podobné problémy jako já. Většina lidí v mém okolí jenom mlčí, když se dozví o matčině nemoci nebo když o tom mluvím. V rodině, v které jsem vyrostla se o tom skoro nemluvalo. Moje skoro 30 letá zkušenost je, že pro většinu „normálních lidí“ je toto konverzační tabu a pokud pro ně není tabu, tak neví vůbec jak reagovat na realitu, kterou já jim sděluji, což pak znamená, že není nikdo s kým o tomto velmi stresujícím tématu hovořit.“

Rodinní příslušníci navštěvují tato psychoterapeutická setkávání dlouhodobě. Šest respondentů uvedlo, že se účastní setkání 4 až 7 let, čtyři respondenti již 15 let i více. Pouze dva respondenti vypověděli, že na setkání dochází okolo půl roku. Nejedná se tedy o krátkodobou záležitost, ale o dlouhodobou potřebu předcházení syndromu vyhoření, sdílení problémů a získávání informací.

„Skupinového setkávání jsem se začala účastnit po vypuknutí nemoci (před cca 20 lety) dlouhodobě pravidelně 1x měsíčně, nyní zejména z důvodu pracovního vytížení občas.“

„Syn je nemocen od roku 1999 - od té doby dělám účetnictví a jsem ve výboru sdružení Ondřej, následně pro toto sdružení píšu projekty...“

Důvody účasti skupinových setkání

Rodiče a blízcí skupinové setkání navštěvují, aby získali informace o duševním onemocnění, aby si vzájemně předali rady a zkušenosti a vyslechli si názor psychologa. Setkání ji umožňuje pomoci jeden druhému. Domnívají se, že je třeba na problémy lidí s duševním onemocněním opakovaně upozorňovat. Rodiče zde získávají pocit, že na těžkosti nejsou sami, pocíťují úlevu.

„Hlavně z důvodu seznámení s nemocí a načerpání zkušeností.“

„Na setkání si účastníci mohou i pomoci na základě zkušeností. Hlavně se ale domnívám, že na potíže lidí se zdravotními problémy je nutné opakovaně upozorňovat.“

„Setkávám se s rodiči, kteří mají stejné problémy.“

„Abych nemusela užívat antidepresiva. Odcházím obvykle s pocitem jakési úlevy. Nejsem v tom sama a mohlo by být hůř.“

„Sdílení zkušeností má nezastupitelnou úlohu v péči o nemocného.“

Přínos skupinového setkání pro rodinné příslušníky

Přínosem těchto skupinových setkání je z pohledu rodinných příslušníků sdílení vlastních problémů s druhými. Sdílení náročné životní situace pomáhá rodičům vyrovnat se se skutečností. Dalším přínosem je účast odborného pracovníka (psycholožky), který v určitých případech velice citlivě zasahuje do diskuse a poskytuje rodinným příslušníkům informace i rady.

„Původně jsem se domnívala, že sdílení problémů s ostatními zúčastněnými mi pomůže m. j. vyrovnat se s nastalou situací.“

„Protože jsem také laická poradkyně na telefonu, mám kam příbuzné duševně nemocných pozvat. Ti, přestože leckdy nejprve nechtějí, nakonec nejen, že promluví, ale i mně děkují... Takže pro mne osobně je přínosem - jednak psycholožka - tato je už třetí, ale vždy výborná a hlavně také rodiče a příbuzní duševně nemocných... Pocítila jsem u nich velkou podporu i při úmrtí mého manžela, se kterým jsem byla více než 40 let...“

„Velkým přínosem je přítomnost odborného pracovníka (terapeuta, psychiatra), který diskusi citlivě moderuje. Mám tak příležitost získat nejen názor nebo radu od odborníka, ale i zkušenost od jiných rodičů nebo účastnit se případně diskuse.“

Sdílení zkušeností umožňuje účastníkům setkání získat nový pohled na prožívanou situaci. Přicházejí, aby si vyměnili informace, vzájemně si pomohli a podpořili se. Ve skupině se mohou svěřit bez obav z nepochopení a stigmatizace. Ve skupině lidí s podobnými problémy se snáze vyrovnávají s nemocí svých blízkých a mohou zde získat i nové přátele. Postupem času, jak uvedla jedna respondentka, se rodiče začnou vracet také k vlastnímu životu.

„Vzájemná sounáležitost a výměna informací.“

„Vidím, že i jiní mají problémy s nemocí psychiky.“

„V uspokojení potřeby sdílení, obdržení i předání rady nebo zkušenosti, svěřování se bez obav z nepochopení a stigmatizace, které hrozí při svěřování se jiným osobám.“

Důležité pro všechny je poučení a možná porada s odborníkem na místě bez časového stresu. Občas i já mohu být někomu prospěšná radou, což mě těší.“

„Příbuzní se postupně s nemocí svých blízkých vyrovnají a naučí se s ní žít, získají přátelský okruh lidí s podobnými problémy, začnou se vracet k vlastnímu životu a starým zájmům nebo začnou pomáhat druhým.“

Nedostatky skupinového setkání z pohledu rodinných příslušníků

Nedostatky setkání hodnotí respondenti velice odlišně. Jedná se například o četnost setkávání, kdy by jeden respondent uvítal možnost potkávat se častěji. Další respondent má pocit, že se nedozvídá úplně vše, co by potřeboval. V odpovědích se také objevilo, že se účastníci setkání znají spíše povrchově. Jiný respondent považuje za nedostatek otevřenost skupiny, která neumožňuje takovou kontinuitu jako skupina uzavřená.

„Postupem času mě to paradoxně velmi deprimuje, ale to bude spíše tím, že situaci vidím jako bezvýchodnou, s čímž jsem se bohužel doposud nevypořádala.“

„Možná by setkání měla být častěji – např. 2x/měsíc, proto podporu člověk potřebuje, právě, když je situace špatná a to se nedá naplánovat. Dekompenzace nemoci se neplánuje a může nastat relativně rychle. Mít osobu blízkou s těžkou psychiatrickou nemocí je těžká psychická často se opakující stresující zátěž, která může vyžadovat pomoc zvenčí. Myslím, že by během schůzek 1x/měsíc měla probíhat pravidelně nějaká edukace o tom, co je zdravé, co se týče psychiky a duševního zdraví. Jak udržovat svoje psychické zdraví. Myslím, že by tam měly probíhat edukace o tom, co je zdravé, bezpečné, funkční, pokud jde o péči o vlastní psychiku a mezilidské vztahy. Jak předcházet duševním nemocem.“

„Neustálá otevřenost skupiny samozřejmě neumožňuje takovou kontinuitu jako skupina uzavřená - někdo přijde třeba jen jednou dvakrát, takže se začíná stále znovu.“

Následující tři otázky byly položeny při osobním setkání s rodinnými příslušníky. Probíraná témata jsem shrnula do jednotlivých bodů a zařadila je do dotazníku. K jednotlivým bodům se tak mohli vyjádřit i respondenti, kteří se osobního setkání nezúčastnili.

Potřeby rodičů a blízkých

Kromě níže uvedených bodů by rodinní příslušníci potřebovali také vzdělávání rodičů a blízkých nemocných a pořádání kurzů pro nemocné k získání samostatnosti.

Rodinní příslušníci mají dojem, že lékařů psychiatrů je nedostatek, stejně tak i středně vzdělaného personálu.

Nenechávat nemocné o samotě. Pokud je to možné, pomoci s hledáním zaměstnání a vytvářet pro ně zájmovou činnost.

- vzdělávání sociálních pracovníků a zdravotnického personálu, stejně tak praktických lékařů
- nutnost komunikace a spolupráce mezi sociálními pracovníky a zdravotnickým personálem
- zabezpečení dětí – více podobné domácí péči, ne ústavní
- změna pohledu na duševní nemoc ze strany médií (negace, strašení)
- osvěta celé společnosti

Podpůrné služby z pohledu rodinných příslušníků

Důležitým podpůrným bodem je z pohledu rodinných příslušníků oblast bydlení. Vzhledem k nízkým částkám důchodů si duševně nemocní nemohou ušetřit na vlastní byt. Mnohdy je pro ně vysoký samotný nájem. Pomoci a podpořit je potřeba také při hledání bydlení.

Komunitní centra, kde by mohli lidé s duševní nemocí bydlet, považují rodinní příslušníci za velmi žádoucí. Dle jejich názoru je však třeba zvážit následky, bydlení může být problematické vzhledem k různým psychickým nemocem spolubydlících.

- zvýšení částek příspěvku na péči a invalidního důchodu
- vznik komunitních center nebo jiné formy samostatného bydlení s dohledem a podporou
- rozvoj pracovních míst na částečné úvazky (chráněných dílen, ale především také profesionální uplatnění pro inteligentní jedince)

Bariéry bránící rozvoji péče o duševně nemocné

Rodinní příslušníci k těmto bodům dodávají, že potřeba častějších návštěv psychiatrických sester a sociálních pracovníků je nutná především u těch nemocných, kteří žijí sami a nedostává se jim podpory a pomoci rodiny. Upozorňují na nedostatečné financování zdravotní a sociální péče oproti ostatním sférám a okolním zemím. S otázkou financování a poskytování sociálních služeb jeden respondent uvedl, že neziskové organizace „z nouze suplují funkce státní sociální a zdravotní péče, není to systémové.“

Za velmi závažnou považují rodinní příslušníci stigmatizaci. Opět se jednoznačně shodují a zdůrazňují potřebu informování celé společnosti. Zmiňují, že duševní nemoc může potkat kohokoliv. Podle názoru rodinných příslušníků je důležité společnost nejen vzdělávat, ale také vést k etickému chování.

- finance – např. podpořit návštěvy psychiatrických sester a sociálních pracovníků v domácím prostředí
- nedostatek financí pro neziskové organizace – důsledkem je nemožnost poskytovat dostatek služeb nebo také zánik organizace
- stigmatizace společnosti
- nekalé zacházení s duševně nemocnými – poskytování půjček, exekuce

Opora rodičů a blízkých

Oporu rodinní příslušníci nacházejí v rodinném prostředí, především v dětech, které nejsou duševně nemocné. Další oporou jsou přátelé, manžel nebo partner a volnočasové aktivity. Dvě respondentky také uvedly, že je jim oporou odborný pracovník – psychologka či terapeut. Jeden respondent zmínil jako oporu naději na pokrok v oboru, konkrétněji měl na mysli nové metody terapie.

„Mimo skupinu - mám dva syny, starší je zdravý a je mi velkou oporou. Také mám starší sestru a pár kamarádek, se kterými mohu mluvit i o nemoci svého syna...“

„Oporou je mi životní partner, který ale nikdy na edukacích nebyl. Psycholožka, která ale nemá mnoho zkušeností s mojí problematikou. Jedna kamarádka, která také má psychiatricky nemocné rodiče. Oba se snaží a jsou empatictí. Jinak nikdo, ostatní mně jenom deptají svým mlčením nebo špatnými radami.“

„Snažím se odreagovat různými zájmy – divadla, zahrada, oběd či káva s kamarádkami, s manželem, dovolené (pouze s kamarádkami).“

Získání nových přátel během skupinového setkávání

Zobrazený graf ukazuje, že účastníci skupinového setkání našli v rámci skupinového setkávání nové přátele.



I když respondenti výše uvedli, že ve skupině získali nové přátele, ve volném čase se s nimi spíše nestýkají.



Obavy rodinných příslušníků

Největší obavu projeví rodinní příslušníci z budoucnosti pro své psychicky nemocné děti. Rodiče mají největší strach, co bude s jejich dětmi, až se o ně nebudou moci sami postarat. Obavy mají také z recidivy nemoci. Dvě respondentky uvedly také přání – aby jejich děti našly dobrou práci.

„Trápí mě to, co všechny ostatní rodiče s přibývajícím věkem - co bude s našimi nemocnými, až my nebudem. Jak to budou dále zvládat... Také bych přála synovi nějakou dobrou a stálou práci, byť jen na kratší úvazek...“

„Další akutní dekompenzace a že bude nemožné matku dostat do nemocnice, protože se tomu v dekompenzovaném stavu vždy brání.“

„Co bude, až já nebo manžel nebudeme schopní se starat. To je náš největší problém a strašidlo.“

„Recidivy, opakování, ataky nemoci. A co si nejvíc přeji? Aby dcera sehnala dobrou práci (nestresující) a potom ohleduplného muže. Zatím ani jedno se nerýsuje.“

5.8 Příklady konkrétních programů pro rodinné příslušníky a blízké osob s duševním onemocněním

Psychoedukační program PRELAPSE

Pidman, Masopust (2002, s. 161-167) ve své studii o psychoedukačním programu PRELAPSE uvádějí, že je doporučen Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a Světovou psychiatrickou asociací (WPA). Program PRELAPSE je určen pro nemocné s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní poruchy a jejich rodinné příslušníky. Účast v programu je důležitou součástí komplexní terapie, avšak nenahrazuje ambulantní léčbu. Probíhá formou psychoedukačních skupin, pro nemocné a odděleně pro jejich rodinné příslušníky. Jeden cyklus zahrnuje 8 setkání s nemocnými a 8 s rodinami, přičemž počet účastníků skupiny je v rozmezí 8-12. V ideálním případě je skupina vedena dvěma odborníky, nejčastěji psychiatrem či psychologem spolu se zdravotní sestrou nebo sociální pracovnící. Studie uvádí, že psychoedukace je nejvhodnější po první atace nemoci, po propuštění z nemocnice do následné péče. Jedno setkání trvá 60 až 90 minut v intervalech od jednoho do tří týdnů.

Na každé setkání je připraveno určité téma a k jednotlivým tématům jsou vypsány nejdůležitější body, které budou probírány. První setkání je seznamovací. Vedoucí účastníky informuje o obsahu a cíli programu. Jednotliví účastníci se poté představí a sdělí

svá očekávání, ke kterým se vedoucí vyjádří. Další témata se týkají projevů, diagnostiky, prognózy a příčin vzniku schizofrenního onemocnění.

tab. 5: Témata jednotlivých setkání

Téma setkání	Obsah
Organizace a cíle skupinové práce	Představení účastníků programu navzájem. Vedoucí podá obecné informace o psychoedukaci. Uvedení témat všech setkání. Plán časový i ideový. Pacienti vyjádří svá očekávání od programu. Založení prezenční listiny.
Co je schizofrenie?	Diagnostika a diferenciální diagnostika schizofrenie. Příznaky schizofrenie – pojmenování, třídění, kvantifikace, hodnocení kvality. Základní kategorie: emoce – vnímání – myšlení. Pacienti popisují, jaké se u nich vyskytly příznaky v průběhu onemocnění. Následuje jejich rozbor za pomoci vedoucího.
Jaké jsou příčiny schizofrenie?	Zjednodušený model vulnerability a zátěže. Biologické a psychosociální faktory vzniku onemocnění. Pojednání o vlivu dědičnosti, nadměrného stresu. Jak předcházet stresu. Zdůraznění nezbytnosti dlouhodobé medikace antipsychotiky.
Jak se schizofrenní onemocnění léčí?	Vyzdvižení komplexní terapie psychóz. Medikace antipsychotiky (mechanismus účinku, nežádoucí účinky). Řízení auta, užívání návykových látek a otázky těhotenství a kojení při antipsychotické léčbě. Pacienti sami hovoří o svých zkušenostech s léky.
Psychosociální léčebné postupy	Zaměření na psychoterapii a sociální rehabilitaci. Význam edukace, rodinné terapie, svépomocných skupin. Nabídka zařízení poskytujících následnou péči v okolí pacientova bydliště.
Prevence relapsu	Porovnání rizika relapsu při antipsychotické léčbě a bez ní. Časně varovné příznaky. Vytvoření krizového plánu. Předání důležitých telefonních čísel. Zlepšující a zhoršující faktory průběhu onemocnění.
Úloha příbuzných	Vysvětlení vysoké míry vyjadřování emocí v rodinách pacientů. Zásady komunikace s nemocným. Význam svépomocných skupin rodičů. Možno nabídnout příbuzným účast v takové skupině po skončení programu. Krizový plán pro rodinné příslušníky.
Závěrečné opakování a hodnocení	Stručné zopakování nejdůležitějších bodů programu. Každý účastník zhodnotí průběh programu a vyjádří se, v čem mu edukace pomohla. Vedoucí na závěr doporučí další možnosti následné péče.

Při vedení edukačních skupin se dodržují určité zásady. Vedoucí skupiny by měl mít potřebné odborné znalosti a zkušenosti s vedením skupiny lidí s duševním onemocněním. Řada vedoucích si zhotovuje vlastní materiály, ale je možné použít originální fólie programu PRELAPSE. Používá se jak tabule, na kterou se píše připomínky nebo názory účastníků, tak i videa. Tyto pomůcky slouží k lepšímu pochopení a zapamatování tématu. Důležitou zásadou je také nezahlcení informacemi, nepoužívání složitých medicínských termínů a teorií.

Tento psychoedukační program přispěl ke zvýšení spolupráce při léčbě a snížení rehospitalizací téměř na polovinu (ve srovnání s kontrolní skupinou pacientů léčených

standardními metodami bez komplexní psychoedukace). Pacienti, kteří projdou programem PRELAPSE jsou ochotnější preventivně užívat antipsychotika než needukovaní. Program obsahuje také informace pro lékaře a pomáhá jim se stanovením pravidel léčby.

V Hradci Králové probíhal program PRELAPSE od února 2000 do června 2001. Uskutečnilo ho Centrum pro duševní zdraví. Metodický dohled zajišťovala Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Do června roku 2001 bylo do tohoto programu zařazeno 23 pacientů s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy. Prelapse probíhal formou psychoedukačních skupin, odděleně pro nemocné a jejich rodinné příslušníky. Počet účastníků ve skupině se pohyboval mezi 8 až 12, přičemž proběhlo celkem 8 setkání s nemocnými a 8 s jejich rodinnými příslušníky.

tab. 6: Pacienti zařazení do programu PRELAPSE v Hradci Králové

Počet zařazených	23
Dokončilo	19 (82,6%)
Počet pacientů s 1 atakou	5 (21,7%)
Průměrný věk	29 let
Průměrný počet hospitalizací	4 (1-12)
Ženy / muži	6 / 17

tab. 7: Rodinní příslušníci zařazení do programu PRELAPSE v Hradci Králové

Počet zařazených	24
Dokončilo	22 (91,7%)
Ženy / muži	17 / 7

Ve skupinách nemocných měli větší zastoupení muži. Průměrný věk účastníků byl 29 let. Rodinných příslušníků se zúčastnilo 24. Oproti skupině nemocných mezi rodinnými příslušníky převažovaly ženy. Podrobnější statistika je uvedena v tabulce č. 6 a 7. Tento program vedl lékař společně se sociální pracovnící nebo zdravotní sestrou z uzavřeného oddělení psychiatrické kliniky.

Již po několika setkání bylo možné pozorovat zvyšující se schopnost otevřeně mluvit o nemoci, jejich příznacích a problémech ze strany pacientů i jejich rodinných příslušníků. Účastníci porozuměli tomu, jak nemoc vzniká, jak probíhá i jak se léčí. Tyto znalosti jim pomohly vyznat se v sobě sama a přijmout nemoc. Během jednotlivých setkání se účastníci

dozvídají, že existují negativní příznaky nemoci a že je nutná určitá doba k zotavení. Rodiče pacienta totiž mohou často považovat za líného a je pro ně jeho chování nesrozumitelné. Program u edukovaných osob zlepšil spolupráci mezi pacientem, jeho rodinou a lékařem.

Ve skupinách pacientů se nejčastější otázky týkaly vedlejších účinků léků, délky jejich užívání a možnosti zabránění znovu propuknutí nemoci. Rodinní příslušníci, kteří přišli do programu, často trpěli pocity viny za nemoc jejich dítěte. U rodinných příslušníků došlo během programu k emoční úlevě, v mnohých případech zůstali příbuzní i po skončení skupiny a sdělovali si vzájemně zkušenosti.

Při posledním setkání vyvstala otázka, jaké další možnosti léčby mohou nemocní schizofrenií využívat. Bylo jim nabídnuto docházení do denního stacionáře se zaměřením na rehabilitaci a resocializaci. Rodiče pak mohli využít účast ve svépomocné skupině.

Program PRELAPSE poskytuje kvalitní návod, jak lze provádět komplexní psychoedukaci. Nelze se ho však držet zcela striktně. Nemocní dle autorů uváděli, že osm setkání je příliš mnoho a při posledních setkáních jejich zájem a pozornost klesaly (ne však docházka). U rodinných příslušníků se osvědčil menší počet delších setkání, při kterých se mohlo probrat více témat najednou, protože některé oblasti vyžadují více prostoru (problematika užívání léků během těhotenství a při kojení, nedobrovolná hospitalizace. Rodiče (především matky) měli potřebu sdělit ostatním na začátku setkávání svůj příběh, proto je důležité vymezit dostatečný čas. Po skončení psychoedukačního programu měli rodinní příslušníci možnost aktivně se zapojit do činnosti svépomocné skupiny rodičů schizofrenních pacientů, kde pokračovala edukační činnost a výměna zkušeností. Svépomocná skupina využívá aktivního zapojení samotných rodičů. Odborníci ve většině případů pomáhají se založením skupiny a při koordinování její činnosti v počátcích, později pak hlavní aktivitu přebírají rodiče a odborníci působí spíše z dálky.

Psychoterapie a edukace pro rodinné příslušníky

Projekt psychoterapie a edukace pro rodinné příslušníky v rámci Sdružení Ondřej je oproti programu PRELAPSE dlouhodobým programem, který v rámci sdružení funguje již desátým rokem. Sdružení Ondřej vzniklo v roce 1994 z potřeby samotných rodičů a rodinných příslušníků, kterým někdo z rodiny onemocněl vážným duševním onemocněním. (Sdružení Ondřej, ©2015).

Psychoterapie a edukace pro rodinné příslušníky probíhá za účasti laické poradkyně a psychoterapeutky. Rodiče a příbuzní se scházejí jednou měsíčně a nemají žádná předem

daná témata. Na začátku setkání jsou seznámeni s aktualitami v oboru. Program se zaměřuje převážně na prevenci zvládnání stresu pro rodiče duševně nemocných. Účastníci setkání se seznamují s příznaky nemocí, učí se komunikovat s nemocným, rozumět léčbě a podávání léků. Setkání pomáhají rodinným příslušníkům předcházet vyčerpání a vyhoření. Probírají se akutní témata a problémové situace, které rodinní příslušníci před setkáním zažili nebo momentálně prožívají. Komunikují o těchto problémech otevřeně, protože všichni účastníci mají osobní zkušenost s duševním onemocněním blízkého člověka. Vzájemně si naslouchají, poskytují si radu a oporu. Přínosem je účast laické poradkyně a psychologů, od nichž mohou získat náhled na to, co je zdravé a přirozené.

Na setkání jsou zváni také různí hosté, lékaři, sociální pracovníci, zástupci klientských organizací, se kterými je Sdružení Ondřej v kontaktu a předávají si vzájemně informace a zkušenosti. Jednou z aktivit Sdružení Ondřej je mimo jiné i jednání se senátory, poslanci a státní správou o potřebě nových zákonů. Sdružení se snaží napomoci užitečným změnám v oblasti práv duševně nemocných. V oblasti zdravotnictví a sociálních služeb poukazuje na mezery a neřešení problémů prostřednictvím příspěvků v tisku, vystupováním v rozhlasu a v televizi.

Mimo těchto aktivit Sdružení Ondřej nabízí poradnu přes mobilní telefony. Členové sdružení jsou k dispozici 24 hodin denně a tato služba je využívána zvláště rodinnými příslušníky, jejichž blízcí se dosud neléčí.

Skupinové setkávání rodin a příbuzných

Toto skupinové setkávání probíhá za účasti psychoterapeuta a peer konzultanta (odborný pracovník s vlastní zkušeností s duševní nemocí). Je určeno výhradně pro blízké uživateli služeb organizace BONA, o.p.s.. I zde funguje vzájemná podpora mezi účastníky, sdílejí své zkušenosti s onemocněním blízkého člena rodiny. Skupina nabízí prostor také pro edukaci a informovanost o pokrocích či stagnaci psychicky nemocných příbuzných.

Setkání probíhají jednou měsíčně. Pracují s různými tématy, které rodinní příslušníci na setkání přinesou a mají zájem je probrat. Jedná se například o možnost využívání služeb organizace, osamostatňování blízkého člověka, informace týkající se psychické nemoci v rodině, pracovního uplatnění, vztahových a rodinných problémů, stresových situací nebo sociálního fungování (BONA, o.p.s., [b.r.]).

V období 1. 1. 2015 – 31. 10. 2015 byl realizován projekt Vzdělávání a trénink osob s duševním onemocněním na pozici peer konzultant. Cílem projektu bylo vyškolit 10 osob

s duševním onemocněním tak, aby mohly vykonávat pozici peer konzultanta a sedmi vyškoleným peer konzultantům následně zprostředkovat odbornou placenou stáž v organizacích poskytovatelů péče o duševně nemocné.

Vybraní zájemci prošli teoretickou přípravou (vzdělávacím kurzem pro peer konzultanty, stínováním peer konzultanta a týdenní stáží v organizaci, ve které je peer konzultant úspěšně zaveden) a praktickou přípravou ve formě 7měsíční odborné stáže v organizacích poskytovatelů péče o osoby s duševním onemocněním v Praze.

Aby byla realizace odborné stáže úspěšná, poskytl projekt v jejím průběhu metodickou podporu formou supervizí a společných setkání peer konzultantů i poskytovatelů, u nichž stáž probíhala. Všichni peer konzultanti pracovali v organizacích po celou dobu trvání projektu. Po ukončení projektu zůstalo na stejné pozici 6 ze 7 peer konzultantů (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2015).

Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí se ukázala jako důležité pozadí spolupráce. Peer konzultanti netají před klienty svoji nemoc, naopak využívají svůj příběh života s duševní nemocí při práci s klientem, pro povzbuzení. Sdílení zkušenosti konzultanta se stává součástí jeho profesionální role a důležitým momentem spolupráce ze strany klientů.

Přínosem je z pohledu klientů skutečnost, že k nim v roli pomáhajícího profesionála přichází někdo, kdo má podobnou zkušenost jako oni a kdo současně přestože má duševní onemocnění, dokáže chodit do práce, vést běžný život a dokonce pomáhat druhým. Dalším přínosem je příklad aktivního překonávání a zvládnutí nemoci, který v peer konzultantovi klienti nalézají. Osobní zkušenost s duševní nemocí ovlivňuje i vztah mezi pracovníkem a klientem. Respondenti v následném průzkumu mluvili o hlubokém porozumění a o tom, že je pracovník schopen pochopit jejich prožívání. Nejen, že se svěřují sami klienti, ale svěřuje se i pracovník. To představuje velkou míru symetrie ve vztahu peer konzultanta s klientem.

5.9 Diskuse

Výsledky ukazují, že neziskové organizace zaměřují svoje služby převážně na osoby s duševním onemocněním. Tři ze čtyř oslovených organizací neposkytují rodinným příslušníkům osob s duševní nemocí žádné konkrétní služby. Vypověděly, že při práci s klientem spolupracují s jeho rodinou a sociálním okolím, pokud je to třeba a klient i rodina mají o spolupráci zájem. Rodinným příslušníkům poskytují základní poradenství. Důvodem, proč jim neposkytují konkrétní programy, je nedostatek pracovníků i času.

Velice zajímavý je z mého pohledu program, který rodinným příslušníkům poskytuje čtvrtá nezisková organizace. Jedná se o skupinové setkávání rodin a příbuzných klientů, kterou vede terapeut za účasti peer konzultanta. Myslím si, že pohled peer konzultanta může osobám s duševním onemocněním i jejich rodinným příslušníkům poskytnout nejen mnoho cenných informací a zkušeností, ale také určitou naději na zlepšení situace. Jak uvedl sám peer konzultant, přínos programu vidí zejména v možnosti vyjasnění pohledů rodiny na psychicky nemocného, v obnovení důvěry a v urovnání vztahů uvnitř rodiny. Tento poznatek se shoduje s následným výzkumem provedeným Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2015). Zpráva uvádí, že přínosem z pohledu klientů je skutečnost, že roli pomáhajícího profesionála zastupuje někdo, kdo má podobnou zkušenost s duševní nemocí jako sami klienti a dokáže chodit do práce, vést běžný život a přitom pomáhat druhým. Dalším přínosem zapojení peer konzultanta je příklad aktivního překonávání a zvládnání nemoci. Jeho osobní zkušenost s nemocí prohlubuje vztah mezi pracovníkem a klientem. Svěřují se nejen klienti, ale i pracovník. Tím dochází k hlubokému porozumění.

Hlavní potřebou rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním je zvýšení vzdělání a povědomí o duševních nemocech v oblasti zdravotnictví a sociální péče, dále u praktických lékařů a příslušníků policie. Chybí jim spolupráce a efektivní komunikace mezi jednotlivými sektory. Změna pohledu je nutná také u společnosti, ve které stále přetrvává stigmatizace. Média zprostředkovávají negativní obraz o lidech s duševní nemocí, prezentují je jako nebezpečné a ty, kterých je třeba se bát. Rodinní příslušníci se setkávají s nepochopením, mají strach mluvit o životní situaci, která je potkala. To je také důvodem, proč vyhledali skupinové setkání. Dalším významným podnětem byla potřeba získat informace o duševní nemoci jejich blízkého a mít kontakt s lidmi v podobné situaci.

Za zajímavé pokládám zjištění, že rodinní příslušníci na skupinové setkání chodí dlouhodobě již několik let. Nejde tedy o krátkodobé získávání informací, ale

o dlouhodobou potřebu sdílení, podpory a pomoci. Při vyprávění příběhů poznávají, že nejsou na podobný problém sami. Získávají pocit sounáležitosti a úlevy. Ve skupině lidí s podobnými těžkostmi mohou mluvit otevřeně bez obav z nepochopení a stigmatizace. Domnívám se, že tato setkání pomáhají proti syndromu vyhoření a představují pro blízké jakousi jistotu v jejich nestabilním prostředí po boku duševního onemocnění. Moji domněnku podporuje i studie o psychoedukačním programu PRELAPSE (Pidrman, Masopust, 2002, s. 161-167). Účastníci tohoto programu z řad rodinným příslušníků byli již po několika setkáních schopni otevřeně mluvit o nemoci a o problémech, které s sebou přináší. Porozumění nemoci pomohlo rodičům a blízkým přijmout nemoc a vyznat se v sobě sama. Studie také uvedla, že je důležité dát rodičům dostatek prostoru na začátku setkání, kdy mají potřebu ostatním sdělit svůj příběh. Stejnou potřebu jsem pozorovala na osobních setkáních s rodinnými příslušníky programu psychoterapie a edukace v rámci Sdružení Ondřej.

Rodiče a blízcí soustavně usilují o zlepšení zdravotní a sociální péče. Velkou podporu by pro ně představoval vznik komunitních center, kde by jejich děti mohly bydlet s pomocí pracovníků a existovala by zde možnost různé míry dohledu v závislosti na potřebě duševně nemocného. Přínosem by bylo také rozšíření podporovaného bydlení pro samostatnější jedince, kteří nevyžadují tolik podpory od odborníků. Dalším významným podpůrným prostředkem by bylo z pohledu rodičů rozšíření částečných úvazků, nejen v chráněných dílnách, ale především odbornějšího typu práce. Existují i velice inteligentní lidé, kteří trpí duševní nemocí a chtějí najít uplatnění na trhu práce, avšak běžné pracovní vytížení je pro ně náročné. Jak uvedl Praško a kol. (2003, s. 92) většinu duševních nemocí provází úbytek výkonnosti, schopnosti soustředit se a nedostatek energie. Tyto příznaky se však mnohdy vylučují s požadavky zaměstnavatelů. Rodiče při diskusi na téma zaměstnání jejich dětí vypověděli, že by jim přáli, aby si našli vhodné zaměstnání. Myslím si, že v dnešní společnosti, která je zaměřená především na výkon a produktivitu zaměstnance, je pro člověka s duševním onemocněním téměř nemožné najít si vyhovující zaměstnání. Obě zmíněné oblasti narážejí na nedostatek finančních prostředků. Dostatek prostředků by umožnil rozvoj terénních služeb a domácí péče, která je blízkými a rodiči osob s duševním onemocněním tolik žádaná.

Důležitou součástí života s duševní nemocí představuje opora. Rodiče a příbuzní nacházejí oporu v rodinném prostředí, především ve „zdravých“ dětech, mezi přáteli,

manželi a partnery i ve volnočasových aktivitách. Oporu poskytují v rámci setkávání také odborní pracovníci. Rodinní příslušníci našli během skupinových setkání také nové přátele.

Existuje mnoho různých pojetí skupinových setkání pro rodiny a příbuzné duševně nemocných. Liší se od sebe strukturou i vedením skupin. Může se jednat o krátkodobá setkávání nebo naopak dlouhodobá. Programy bývají prvotně zaměřeny na získání informací a sdílení zkušeností. Struktura může být předem naplánovaná nebo se odvíjet od momentálních potřeb rodičů a blízkých osob s duševním onemocněním. Existují skupiny, které jsou primárně zaměřeny na předávání informací, jiné na vyprávění příběhů a naslouchání. Mohou být vedeny odborníky, peer konzultantem, laickou poradkyní, ale i samotnými rodiči. Všechny tyto programy však mají jeden společný cíl – poskytnout informace, pomoc a podporu.

Za určitý nedostatek provedeného výzkumu lze považovat výzkumný soubor složený převážně z žen. Domnívám se, že je to způsobeno větší potřebou žen hovořit o problémech a těžkostech, které provází život po boku duševního onemocnění. Dalším důvodem může být větší ochota žen vyhledat pomoc druhých a poradit se s odborníky i s lidmi, kteří se ocitli v podobné situaci.

Tak jako je pro rodiče důležitý vztah s jejich duševně nemocnými dětmi a chtějí jim pomoci, je vztah k blízkým významným tématem i pro duševně nemocné. Průzkum názorů pacientů na psychoedukaci (Bankovská Motlová, Dragomirecká, Blabolová, Španiel, Slováková, Pokorný, 2013, s. 122-128) poukázal, že změna vztahu k rodičům má pozitivní, tak i negativní kontext. Programy pro osoby s duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky jsou tak důležitým prostředníkem pro vytvoření vzájemného porozumění rodičů či blízkých a duševně nemocných.

6 Závěr

Duševní poruchy zasahují více či méně všechny aspekty života. Počet osob s depresí nebo úzkostnou poruchou během uplynulých 20 let významně vzrostl, přičemž v první polovině 21. století budou duševní poruchy představovat jednu z nejvýznamnějších zdravotních zátěží s obrovskými ekonomickými důsledky (Raboch, Wenigová, 2012, s. 10).

Cílem mé diplomové práce bylo informovat o duševních poruchách, kvalitě života a popsat oblasti potřebné péče o osobu s duševním onemocněním. Dále přiblížit sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a v souvislosti s tím seznámit s možnostmi podpory rodinných příslušníků v systému péče o duševně nemocné u nás.

Empirická část zjišťuje, zda jsou rodinným příslušníkům v rámci neziskového sektoru poskytovány konkrétní služby či programy, jakou službu rodinní příslušníci využívají a v čem spatřují její přínos. Ve vybrané rodičovské organizaci bylo cílem zmapovat názor rodinných příslušníků na poskytovaný program i na současný systém péče o osoby s duševním onemocněním. V závěru empirické části jsou podrobněji popsány různá pojetí skupinových setkání pro rodiny a blízké duševně nemocných.

Výsledky ukazují, že ze čtyř oslovených organizací poskytuje konkrétní program rodinným příslušníkům pouze jedna nezisková organizace. Zbylé organizace vypověděly, že při práci s klientem spolupracují se sociální sítí klienta a poskytují rodinným příslušníkům základní poradenství. Příčinou neposkytování konkrétního programu je nedostatek pracovníků i času.

V rodičovské organizaci bylo zjištěno, že za hlavní potřebu rodinní příslušníci pokládají zvýšení vzdělání a povědomí o duševních nemocech v oblasti sociální péče, zdravotnictví i u praktických lékařů. Schází jim účinná spolupráce mezi jednotlivými sektory. Změna pohledu na osoby s duševním onemocněním je podle názorů rodičů nutná v celé společnosti, kde stále přetrvává stigmatizace. Významnou podporu by představoval vznik komunitního bydlení, kde by mohli lidé s duševním onemocněním s pomocí a dohledem pracovníků bydlet. Přínosem by bylo také rozšíření částečných úvazků u odbornějšího typu práce.

Rodiče a rodinní příslušníci, jejichž blízcí trpí duševní nemocí, mohou využít různé typy skupinových setkání. Od skupin vedených odborníky s předem danou strukturou a tématy, až po skupiny svépomocné, vedené samotnými rodiči.

Přestože počet neziskových organizací stoupá, služeb, které nabízejí, je stále nedostatek. Stejně tak schází potřebné finanční prostředky na jejich provoz. Nedostává se kvalifikovaných pracovníků nejen v sociální péči, ale i ve zdravotnictví. Rodičům chybí spolupráce jednotlivých sektorů. Služby se poskytují převážně ve větších městech, nemohou být tedy dostupné všem potřebným a plnohodnotně využívány. Je tedy třeba počítat s transformací systému sociální a zdravotní péče.

7 Seznam použité literatury

ANDERS, Martin. *Deprese*. Praha: Jan Vašut, 2001. Radí vám lékař. ISBN 80-7236-195-3.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, Eva DRAGOMIRECKÁ, Anna BLABOLOVÁ, Filip ŠPANIEL a Andrea SLOVÁKOVÁ. Psychoeducation for Schizophrenia in the Czech Republic: Curriculum Modification Based on Opinions of Service. *Academic Psychiatry*. Springer, 2015, 39(2), 186-190. ISSN 1042-9670.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, Eva DRAGOMIRECKÁ, Anna BLABOLOVÁ, Filip ŠPANIEL, Andrea SLOVÁKOVÁ a Petr POKORNÝ. Psychoedukace u schizofrenie očima pacientů. Průzkum názorů pacientů na psychoedukaci v České republice v roce 2009. *Psychiatrie*. 2013, 17(3), 122-128.

BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. Ilustroval PIERO. Praha: Portál, 2010. Seznamte se--. ISBN 978-80-7367-671-1.

BISCHKOPF, Jeannette, Bettina WITTMUND und Matthias C. ANGERMEYER. Alltag mit der Depression des Partners. *Psychotherapeut*. 2002, 1, 11-15.

BOUČEK, Jaroslav. *Obecná psychiatrie*. Dotisk 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0240-8.

BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

Co je to rodinná terapie? *Psychoterapie - Mgr. Zuzana Těšínská* [online]. Psychoterapie - Mgr. Zuzana Těšínská [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://rodinna-terapie.kvalitne.cz/psychoterapie/>.

Co nás může spojovat v komunitní péči. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Česká a slovenská psychiatrie [cit. 2016-02-07]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_243.pdf.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmir (ed.). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Ctirad ŠKODA. Kvalita života. *Česká a slovenská psychiatrie*. 1997. 93(2), 102-108.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.

FALTUS, František a E. JANEČKOVÁ. Vliv duševních chorob na pracovní výkonnost. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2008, 104(6), 313-319.

FIŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

Green Doors z.ú. [online]. Praha: Green Doors z.ú. [cit. 2014-05-08]. Dostupné z: http://www.greendoors.cz/nase_sluzby.

HANUŠ, Herbert. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-873-5.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA (eds.). *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5.

Jsem odborníkem, potřebuji více spolupráce. *Psychoportal* [online]. Psychoportal, ©2010 [cit. 2016-01-11]. Dostupné z: <http://www.psychoportal.cz/jsem-odbornikem-potrebuji-vice-spoluprace>.

KADLEC, J. Pozitivní zdraví a jeho indikátory v současné odborné literatuře. *Československá psychologie*. 1991, 35(2), 118-126.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Vyd. 1. Praha: Avicentrum, 1987.

KAUCKÝ, Daniel a Jan MUŽÍK. Fokus usiluje o komplexní, koordinované, individuálně zaměřené a dlouhodobé služby. *Sociální práce/Sociální práca*. 2008, 1, 4-6.

Komunitní péče o duševně nemocné: Návrh novelizace textu Koncepce oboru psychiatrie. *Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje* [online]. Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/006-komunitni-pece.pdf>.

Komunitní péče. *Česká psychiatrická společnost* [online]. Praha: Česká psychiatrická společnost, ©2015 [cit. 2015-05-15]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106.

Komunitní péče. *Fokus Labe, o.s.* [online]. Fokus Labe, o.s., ©2008-2013 [cit. 2016-02-17]. Dostupné z: <http://www.fokuslabe.cz/o-nas/komunitni-pece/>.

KRCH, František David a Ladislav CSÉMY, L.. Rodinné koreláty depresivity v adolescenci. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2006, 102(3), 130-136.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2., rozš. vyd. Praha: Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.

LIBIGEROVÁ, Eva a Hana MÜLLEROVÁ. Posuzování kvality života v medicíně. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2001, 97(4), 183-186.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MKN - 10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí [online]. Desátá revize, aktualizované vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013 [cit. 2016-07-06]. ISBN 978-80-904259-0-3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/zpravy/upravenaverze-mkn-10>.

Naše aktivity. *Sdružení Ondřej* [online]. Sdružení Ondřej, ©2015 [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://sdruzeniondrej.cz/nase-aktivity/>.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.

PAVLOVSKÝ, Pavel. Schizofrenie - F20. In RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton, 2006, s. 73-85. ISBN 80-7254-746-1.

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Vyd. 1. Praha: TRITON, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PĚČ, O., VACHKOVÁ, L., WOGURKOVÁ, D., MUŽÍK, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M. Psychiatrická rehabilitace. In Peč, Ondřej a Václava Probstová (eds.), *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. (s. 94-139). Vyd. 1. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PĚČ, Ondřej. Co nás může spojovat v komunitní péči. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2009, 105(6), 243 [cit. 2016-02-7]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_243.pdf.

PĚČ, Ondřej. Komunitní péče o duševně nemocné: Návrh novelizace textu Koncepte oboru psychiatrie. In: *Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje* [online]. [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/006-komunitni-pece.pdf>.

PĚČOVÁ, Jana. Nemocný člověk si sám mnohokrát neuvědomuje, že jsou jeho práva porušována. *Sociální práce/Sociální práce*. 2008, 1, 33-35.

Peer konzultanti pro Prahu. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2016-07-04]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/aktualni-projekty/peer-konzultanti-pro-prahu/>.

PIDRMAN, Vladimír a Jiří MASOPUST. Psychoedukační program Prelapse. *Psychiatrie pro praxi*. 2002, 4, 161-167.

Podpůrná skupina pro rodiče a další blízké osoby lidí s duševním onemocněním. *Zdravotně sociální portál lidé mezi lidmi* [online]. Zdravotně sociální portál lidé mezi lidmi, ©2011-2016 [cit. 2016-05-06]. Dostupné z: <http://www.lidemezilidmi.cz/podpurna-skupina-pro-rodice-a-dalsi-blizke-osoby-lidi-s-dusevnim-onemocnenim>.

Podpůrná skupina v Otevřených dveřích. *Oblastní charita Polička* [online]. Oblastní charita Polička, ©2013 [cit. 2014-07-14]. Dostupné z: <http://policka.charita.cz/aktuality/podpurna-skupina-v-otevrenych-dverich/>.

PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2010. ISBN 978-80-7262-656-4.

PRAŠKO, Ján, Beáta PAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Bolestně smutná nálada, aneb, Co je to deprese a jak se léčí*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9.

PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2003. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.

PRAŠKO, Ján. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1998. 262 s. ISBN 80-7169-446-0.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In Matoušek, O., Kolářková, J., Kodymová, P. (eds.), *Sociální práce v praxi*. (s. 133-161). Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

RABOCH, Jiří a Barbora WENIGOVÁ. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)* [on-line].

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ ET AL. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

Česká psychiatrická společnost, o. s., 2012 [cit. 2016-07-06]. Dostupné z: http://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

RAHN, Ewald. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-964-0.

Rodiče jako regionální koordinátoři Programu pro rodiče dětí a mladistvých se schizofrenií. *Česká asociace pro psychické zdraví* [online]. Česká asociace pro psychické zdraví [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://www.capz.cz/program-pro-rodice-dusevne-nemocnych>.

Rodiče sobě. *Sympathea* [online]. Sympathea [cit. 2015-05-08]. Dostupné z: <http://sympathea.cz/rodicesobe>.

Rodinná terapie. *Psychologické centrum Psychoterapie Anděl* [online]. Psychologické centrum Psychoterapie Anděl ©2016 [cit. 2016-02-10]. Dostupné z: <http://www.psychoterapie-andel.cz/rodinna-terapie/>.

Rodinní pečovatelé o osoby se schizofrenií jsou skrytými pracovními silami v bodě zlomu. *Sympathea* [online]. Praha: Sympathea [cit. 2014-11-30]. Dostupné z: <http://sympathea.cz/dokumenty/tiskova-zprava.pdf>.

SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1306-3.

Sdružení Ondřej: Kdo/co je sdružení „Ondřej“? *Sdružení Ondřej* [online]. Sdružení Ondřej, ©2015 [cit. 2016-06-06]. Dostupné z: <http://sdruzeniondrej.cz/>.

Setkání rodin a blízkých. *BONA, o.p.s.* [online]. BONA, o.p.s. [cit. 2016-07-04]. Dostupné z: http://www.bona-ops.cz/sites/www.bona-ops.cz/files/dokumenty/pst_skupina_rodiny3.pdf.

Skupina pro rodiče a blízké osoby klientů BONA, o.p.s. *BONA, o.p.s.* [online]. BONA, o.p.s. [cit. 2016-03-06]. Dostupné z: <http://www.bona-ops.cz/novinky/skupina-pro-rodice-a-blizke-osoby-klientu-bona-ops>.

Skupinová psychoterapie. *Psychoterapie v Praze* [online]. Psychoterapie v Praze, ©2016 [cit. 2016-02-12]. Dostupné z: <http://terapievpraze.cz/skupinova-psychoterapie.html>.

Skupinová terapie. *Anima - terapie, o.s.* [online]. Anima - terapie, o.s., ©2016 [cit. 2016-02-11]. Dostupné z: <http://www.anima-terapie.cz/nase-sluzby/12-skupinova-terapie>.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. revid. vyd. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-18-X.

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

STUHLÍK, Jan. V Mladé Boleslavi praktikují case management. *Sociální práce/Sociální práce*. 2008, 1, 36-39.

Svépomoc a podpora. *Psychóza a blízcí* [online]. Psychóza a blízcí [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://www.psychozaablizci.ic.cz/sve-pomocpodpora.html>.

Svépomocná rodičovská skupina. *Eset Family* [online]. Eset Family [cit. 2014-04-05]. Dostupné z: <http://www.esetfamily.wz.cz/dolni.htm>.

TYLOVÁ, Václava, Hana KUŽELOVÁ a Radek PTÁČEK. Emoční a sociální osamělost v etiologii a léčbě duševních poruch. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2014, 110(3), 151-157.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vyhodnocení statistiky údajů z VIDA center a VIDA za rok 2014. VIDA z.s. [online]. Praha: VIDA z.s. [cit. 2016-04-06]. Dostupné z: <http://www.vidacr.cz/wp-content/uploads/2014/02/Vyhodnoceni-statistiky-udaju-z-VIDA-center-za-rok-2014.pdf>.

VYMĚTAL, Jan. *Speciální psychoterapie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2007. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1315-1.

Vytvoření sítě služeb péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. *Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje* [online]. Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje [cit. 2016-03-08]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/akce.php>.

WEEGHEL, Jaap van. Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními. In Peč, O., Probstová, V. (eds.), *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. (s. 14-29). Vyd. 1. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

WENIGOVÁ, Barbora. Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním: Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky. In: *Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje* [online]. [cit. 2016-02-01]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním: Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky. *Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje* [online]. [cit. 2016-07-17]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>.

Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, in: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2009 [cit. 2016-02-22], ISSN 1211-1244, dostupné z: <http://www.mvcr.cz/soubor/sb061-09-pdf.aspx>.

Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, ©2015 [cit. 2016-07-04]. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Institut/Zprava-o-prinosu-zapojeni-peer-konzultantu_PK-Praha_1.pdf.

8 Seznam tabulek a grafů

Tab. 1: Poruchy duševní a poruchy chování	12
Tab. 2: Klíčové dimenze lidského života posuzované v dotaznících kvality života	19
Tab. 3: Vyhodnocení statistiky údajů z VIDA center a VIDA za rok 2014	29
Tab. 4: Vzdělání respondentů	42
Tab. 5: Témata jednotlivých setkání	53
Tab. 6: Pacienti zařazení do programu PRELAPSE v Hradci Králové	54
Tab. 7: Rodinní příslušníci zařazení do programu PRELAPSE v Hradci Králové	54
Graf č. 1: Získání nových přátel v rámci skupiny	51
Graf č. 2: Setkávání s přáteli ze skupiny ve volném čase.....	51

