

Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním

Julie Obručová

Bakalářská práce
2014



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2013/2014

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Julie OBRUČOVÁ**
Osobní číslo: **H118212**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím diplomové práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím práce budou práce a výzkumy zaměřeny:

- na význam sociálních služeb pro zvyšování kvality života duševně nemocného
- na hodnocení kvality a přínosnosti jednotlivých aktivit z pohledu uživatelů
- na možnosti rozšíření a úpravu programů sociální rehabilitace s cílem začlenění do běžného života

Výzkum bude realizován v sociálních zařízeních zlínského regionu.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1. vyd. Editor Ondřej Pěč, Václava Probstová. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-807-3872-533.

ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. Základy arteterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 167 s. ISBN 80-717-8616-0.

VIERS, Dawn a Klára BOROVIČKOVÁ. Aktivity pro skupinovou psychoterapii. Vyd. 1. Editor Dawn Viers. Překlad Klára Borovičková. Praha: Portál, 2011, 261 s. ISBN 978-807-3677-909.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. Současná psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, 743 s. ISBN 978-807-3676-827.

Další literatura bude obsažena v Projektu diplomové práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jiří Dalajka, Ph.D.

Katedra pedagogiky a psychologie

Datum zadání bakalářské práce:

11. listopadu 2013

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2014

V Brně dne 11. listopadu 2013

doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.

vedoucí ústavu



doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D.

vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

JULIE OBRUČOVÁ
.....
Jméno, příjmení studenta

V Brně 14. 2. 2014

.....
Podpis

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělěčně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu, k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídnou k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem „Sociální rehabilitace chronicky duševně nemocných“. Cílem je posoudit význam sociální rehabilitace, poukázat a objasnit, jaký vliv má na zvýšení kvality života duševně nemocného člověka.

Výzkum byl prováděn v Sociální rehabilitaci Zahrada v Kroměříži.

Klíčová slova:

duševní onemocnění, sociální rehabilitace, schizofrenie, afektivní poruchy, aktivizace, psychoterapie

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with the theme of „Social rehabilitation of chronically mentally ill“. The aim is to highlight the importance of social rehabilitation and to clarify the effect on increasing the quality of life mentally ill person.

The research was conducted by the Social Rehabilitation Garden in Kroměříž.

Keywords:

mental illness, social rehabilitation, schizophrenia, affective disorders, activation, psychotherapy

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Sociální rehabilitace osob s duševním onemocněním“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu literatury, který je součástí této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Morkovicích dne 22.4.2014

.....

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Jiřímu Dalajkovi, Ph.D. za odborné vedení, velmi užitečnou metodickou pomoc a cenné rady při zpracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ ČÁST	9
1 PSYCHIATRICKÁ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE	10
1.1 PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V KROMĚŘÍŽI.....	12
1.2 REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE A NÁVAZNOST SOCIÁLNÍ PÉČE.....	13
2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE	14
2.1 SOCIÁLNÍ REHABILITACE	14
2.2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE V ČESKÉ REPUBLICE	16
2.3 CÍLOVÁ SKUPINA SOCIÁLNÍ REHABILITACE.....	18
2.4 SOCIÁLNÍ REHABILITACE ZAHRADA KROMĚŘÍŽ	19
3 CHRONICKÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	23
3.1 SCHIZOFRENIE	24
3.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY	29
4 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	31
4.1 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA	31
4.2 HODNOCENÍ KVALIT SLUŽEB	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	34
5 CÍLE VÝZKUMU, FORMULACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY	35
6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU	36
7 POUŽITÉ METODY	39
8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	40
9 DISKUSE	47
ZÁVĚR	49
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM TABULEK	53
SEZNAM PŘÍLOH	54

ÚVOD

Oblastí zájmu mé bakalářské práce je možnost začlenění chronicky duševně nemocných zpět do běžného života díky sociální rehabilitaci, jejíž služby mohou využívat po opuštění bran psychiatrické nemocnice.

Bakalářská práce má za cíl poukázat na význam sociální rehabilitace, a jaký vliv má na zvýšení kvality života chronicky duševně nemocného člověka, ať již v oblasti sociálních vztahů, volného času či péče o sebe a zdraví.

V teoretické části bakalářské práce se věnuji částečně psychiatrickým nemocnicím, historii a současnosti sociální rehabilitace. V neposlední řadě také věnuji pozornost vybraným diagnózám duševních poruch a hodnocení kvality života a služeb.

V praktické části bakalářské práce se zabývám situací ve Zlínském kraji, konkrétně v Kroměříži. Výzkum probíhal v sociální rehabilitaci pro chronicky duševně nemocné Zahrada. Byl realizován pomocí kvalitativní metody s využitím polostrukturovaných rozhovorů s uživateli Zahrady.

Záměrem a cílem bylo zjistit, jaký význam má sociální rehabilitace pro její uživatele. Jak vnímají pobyt v zařízení, do jaké míry je pro ně přínosem. Co by z jejich pohledu šlo změnit, v čem by potřebovali podpořit.

Zdrojem informací v teoretické části jsou odborné příručky, ročenky, knihy a internetové zdroje vztahující se k tématu duševních onemocnění, sociálních služeb a sociální rehabilitace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRICKÁ LÉČBA V ČESKÉ REPUBLICE

Ústředním tématem této práce je sociální rehabilitace duševně nemocných lidí, kteří přichází z psychiatrických léčeben a nemocnic. Pro vstup do sledovaného tématu začneme malým náhledem do historie, na dokreslení obrazu dnešního stavu psychiatrické péče.

Psychiatrická léčba a péče o duševně nemocné organizovaná státem začala v rámci reformy Josefa II., nejstaršího syna Marie Terezie v Čechách dříve než v jiných částech monarchie. V porovnání se současností se nám může jevit jako primitivní. Ve své době ale držela krok s nejnovějšími poznatky a zkušenostmi západní Evropy.

Po dlouhá staletí se péče o duševně nemocné dělila na dva rozdílné přístupy: milosrdná pomoc a nemilosrdné potlačování. Vše se odvíjelo od projevů nemoci, délky jejího trvání, místních podmínek, zvyků a společenských poměrů. Klidní a poslušní nemocní mohli očekávat toleranci a dobročinnost. Agresivní a nevladatelní nemocní, kteří ohrožovali bezpečnost či narušovali veřejný pořádek, velmi často skončili ve vězení.

Péče o duševně nemocné však v jiných částech světa začala již dříve. Některá středověká města měla speciální útočiště pro duševně nemocné. První azyly vznikaly již od 8. století v islámském světě – mezi prvními byl azyl v Bagdádu založený v roce 705 n.l., v Evropě se vznik péče datuje do 13. století v Londýně a belgickém Gentu.

Rozdíly v přístupu k nemocným byli velmi patrné. Zatímco východní lékaři zdůrazňovali klinické pozorování a v terapii využívali lázně, hudbu a zaměstnávání nemocných, v západním světě převládalo pouhé ošetřování a tresty pro nepřizpůsobivé.

Ke změnám došlo až na konci 18. století, nepochybně s vývojem technologií a změnou společenského vědomí a politických změn. Císař Josef II. dal podnět k modernizaci Rakouska - Uherska. Legislativa a instituce prošly zásadními změnami. Začaly se zřizovat státní sociální a zdravotnické instituce. Z počátku ovšem pouze ve vyspělejších částech monarchie.

U nás byly v Praze zřízené instituce jako nalezinec, chudobinec, ústav pro hluchoněmé, porodnice, nemocnice a v neposlední řadě také blázinec tzv. Tollhaus, který byl otevřen 1.11. 1790. Měl kapacitu 57 lůžek a nacházel se v prostorách Všeobecné fakultní nemocnice. (Historie kliniky, 2012)

V současné době je dle studie odborníků z Psychiatrického centra Praha struktura psychiatrické péče u nás nejbližší státům jako Bulharsko, Rumunsko, Gruzie, Černá Hora či Lotyšsko. A naopak je velmi vzdálená zemím v západní Evropě. Důvodem je především četnost psychiatrických léčeben a malý počet navazujících komunitních či jiných služeb následné péče. V Itálii, Švédsku, Finsku a Británii jsou léčebny již zcela zrušeny, v Německu, Belgii, Francii a Nizozemsku fungují menší léčebny. Léčebny s kapacitou okolo 1.000 lůžek jsou v západní Evropě raritou, v České republice je jich hned několik. (Jirků, 2013)

Celkově dle statistického úřadu je v České republice 16 psychiatrických lůžkových nemocnic s kapacitou 8.687 lůžek. V roce 2012 bylo v léčebnách celkem hospitalizováno 40.655 pacientů - údaje k 20. 11. 2013. (Statistická ročenka České republiky 2013 - Zdravotnictví)

V tabulce č. 1 jsou uvedeny pro ilustraci počty lůžek.

Tabulka č. 1 Přehled psychiatrických nemocnic v České republice s kapacitou nad 500 lůžek

Kraj	Město	Kapacita
Hlavní město Praha	Praha Bohnice	1300 lůžek
Středočeský kraj	Kosmonosy	600 lůžek
Plzeňský kraj	Dobřany	1210 lůžek
Ústecký kraj	Horní Beřkovice	587 lůžek
Vysočina	Havlíčkův Brod	710 lůžek
	Jihlava	520 lůžek

Jihomoravský kraj	Brno	821 lůžek
Olomoucký kraj	Šternberk	525 lůžek
Zlínský kraj	Kroměříž	995 lůžek
Moravskoslezský kraj	Opava	863 lůžek

Zdroj: internetové stránky jednotlivých psychiatrických nemocnic

1.1 Psychiatrická nemocnice v Kroměříži

V neděli 1. července 1909 se začala psát historie psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Tohoto dne byl slavnostně předán nově dokončený Zemský léčebný ústav císaře Františka Josefa I. v Kroměříži.

Ke zklidnění pacientů se využívali léky, psychoterapeutický klid na lůžku, lázně, a také zábaly do vlhkých prostěradel u nemocných, u kterých ostatní druhy léčby nezabíraly. Vybraní pacienti se účastnili vhodného zaměstnání, z kterého měli prospěch oni samotní i ústav. Také se pořádaly pravidelné taneční zábavy a divadelní hry, ve kterých vystupovali zaměstnanci ústavu. Za více než sto let existence tohoto ústavu se v jeho vedení vystříдалo 19 ředitelů.

Ve Zlínském kraji je jedinou psychiatrickou nemocnicí. V současnosti má nemocnice 20 oddělení. V porovnání s rokem 2010, kdy měla nemocnice 1100 lůžek, došlo v roce 2012 ke snížení na 995 lůžek. (Zdravotnická ročenka Zlínského kraje, 2013)

1.2 Reforma psychiatrické péče a návaznost sociální péče

Jak je uvedeno výše, je péče o duševní zdraví u nás v některých oblastech horší než u ostatních států západní a severní Evropy. Ministerstvo zdravotnictví představilo reformu systému péče o duševně nemocné pacienty. Cílem je zkvalitnění jejich života.

V březnu roku 2013 byla „Reforma psychiatrické péče“ schválena jako součást Národního programu reforem 2013. Jedním z hlavních bodů je ustanovení pilíře návazné péče - komunitních Center duševního zdraví. Péče bude pacientovi poskytována více v jeho přirozeném prostředí a podmínkách pro něj příznivých.

Strategie si klade za cíl zvýšit kvalitu péče změnou organizace jejího poskytování, omezit stigmatizaci duševně nemocných, zvýšit spokojenost pacientů, zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnými diagnostikami, plnohodnotně začleňovat duševně nemocné do společnosti, zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a v neposlední řadě humanizovat psychiatrickou péči.

S omezením stigmatizace duševně nemocných je spojeno i přejmenování Psychiatrických léčeben na Psychiatrické nemocnice, které proběhlo během roku 2013.

Samotná realizace „Reformy“ bude probíhat v několika etapách. Mezi lety 2014 – 2016 bude realizována Iniclace a zajištění podmínek (např. pilotní provoz Center duševního zdraví). V rozmezí let 2020 – 2023 by měla probíhat realizace a provoz projektů, legislativní změny a konečně v roce 2023 by mělo dojít k vyhodnocení jednotlivých oblastí a realizačních projektů, s cílem detailní přípravy a spuštění dalších etap reformy. (MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR, 2014)

Celý projekt by měl využívat k financování evropské sociální fondy.

2 SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Rehabilitace je slovo pocházející ze středověké latiny (rehabilitatio – obnovení). Snaha o navrácení poškozeného člověka zpět do původního stavu či sociální pozice. V rehabilitaci je velmi podstatné, ať již zdravotní, pracovní či sociální, slovo „snaha“. Ne vždy se totiž dostaví očekávaný výsledek, ne vždy dojde k navrácení do původního stavu. Odstranění či zmírnění příznaků nemoci není účelem, ale prostředkem k dosažení rehabilitace nemocného člověka.

V jistém slova smyslu začíná rehabilitace již v okamžiku, kdy nemocný navštíví ordinaci či je přijat do lůžkového zařízení. V České republice ale převládá stále názor, že rehabilitace je následným doplňkem léčby. Jistě tuto skutečnost podtrhuje fakt, že rehabilitace je rozdělena na zdravotnictví a sociální služby. (Hejzlar, 2013)

2.1 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je znovuzачlenění člověka do jeho přirozeného prostředí. Obnovení jeho návyků, posílení sebejistoty a další dílčí kroky vedoucí k jeho nezávislosti na pomoci ostatních lidí či služeb.

V psychosociální rehabilitaci existuje několik škol, které se zabývají pomocí dlouhodobě nemocným. Jejich snahou je pomoci chronicky duševně nemocným zvládat život v komunitě. Existují tři hlavní „školy“ moderní psychiatrické rehabilitace, které se v praxi kombinují. (Probstová, 2005).

1) Britská škola - Důraz na podpůrné prostředí, které zohledňuje omezení v důsledku nemoci, především v chráněných dílnách a chráněném bydlení je znám jako Britský model. Představitelé jsou G. Shepherd a D. Bennett. Sám Bennet ovšem poukazuje na to, že dovednosti, které se uživatel naučí v chráněném prostředí se automaticky nepřenesou do běžného, nechráněného prostředí. Dle něj lidské reakce a chování totiž závisejí na parametrech prostředí.

2) Los Angeleská škola - V Los Angeles vznikl model, jehož základem je posuzování kvality života, množství rolí, příznaků, dovedností a schopností. Představitelem tohoto modelu je R. P. Liberman. Rozpracoval podrobně trénink sociálních dovedností, jak získat strategii k řešení problémů, monitoring symptomů či mapování stresorů.

3) Bostonská škola - W. Anthony reprezentuje Bostonský model. Ten je zaměřen především na rozvoj schopností a význam učení. Uživatel je v roli „žáka“, kterému jsou předávány nové dovednosti. Rehabilitace je zaměřena na maximalizaci zdraví. V tom je rozdílná od léčby, která minimalizuje symptomy. (Šupa, 2010)

Za zmínku také stojí nizozemský přístup CARE (Comprehensive approach of rehabilitation) – komplexní psychosociální rehabilitace. V tomto případě se jedná o spolupráci pracovníka s klientem v souladu s jeho přáními a potřebami péče a podpora procesů uzdravení. Cílem je zlepšení kvality života a naplňování jeho sociálních rolí.

J. P. Wilken a D. Hollander uvádí šest fází rehabilitačního procesu. Tímto procesem prochází i uživatelé zařízení, ve kterém probíhala praktická část této práce.

1. Fáze orientace a vzájemné poznávání a navazování vztahu
2. Fáze mapování, šetření
3. Fáze stanovení cílů
4. Fáze plánování
5. Fáze intervencí
6. Fáze hodnocení a zpětná vazba

(Šupa, str. 480)

Jistě také stojí za zmínku case management. Přístup, který se zaměřuje na identifikaci potřeb a zdrojů a na sebeřízení člověka v co nejpřirozenějším prostředí. (Sociální práce v praxi, 2010)

2.2 Sociální rehabilitace v České republice

Sociální rehabilitaci je možné vymezit ve dvou rovinách. V rovině terapeutických postupů a přístupů a v rovině právní. V českém právním systému ji vymezuje zákon o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách dle paragrafu 70 v aktuálním znění sociální rehabilitaci definuje jako:

- 1) soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických vlastností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.
- 2) Služba dle odstavce 1 poskytovaná formou terénních či ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti
 - a) nácvik dovedností pro zvládnutí péče o vlastní osobu, soběstačnost a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
 - b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
 - c) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
 - d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- 3) Služba dle odstavce 1 poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností (viz odstavec 2) tyto základní činnosti:
- a) poskytnutí ubytování
 - b) poskytnutí stravy
 - c) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

Sociální rehabilitace je poskytována v různých zařízeních. V moderní historii začali vznikat v 90. letech 20. století denní stacionáře, kterých je u nás okolo 35. Nové již nevznikají. Tyto stacionáře využívají k úspěšné rehabilitaci pracovní terapii nebo nácvik sociálních dovedností. Výhodou denních stacionářů je, že uživatel zůstává v kontaktu se svým přirozeným prostředím. Pro pacienty, kterým se zhorší jejich zdravotní stav, může být plnohodnotnou alternativou hospitalizace v psychiatrické nemocnici. To má samozřejmě pozitivní vliv na spokojenost s kvalitou jejich života.

Další zařízení, která mohou pomoci duševně nemocným se začleněním, jsou služby komunitních center. Tato centra jsou víceméně neziskové organizace. Mají úzkou specializaci na cílovou skupinu duševně nemocných. Dle Asociace komunitních služeb je u nás 33 komunitních služeb. Poskytovatelé mají v evidenci cca 5.000 lidí, což je přibližně desetina nemocných, kteří by jejich služby potřebovali a využili. (Asociace komunitních služeb, 2014)

Třetím typem je pobytová forma sociální rehabilitace.

2.3 Cílová skupina sociální rehabilitace

„Psychózu nemůžeme brát jako „zlomenou nohu“ a nestačí pouze kombinace tréninku a vůle, aby člověk za pár měsíců chodil. U člověka s diagnózou závažné duševní nemoci patří mezi negativní příznaky snížená vůle. K tomu se přidávají poruchy paměti, pozornosti a exekutivních funkcí, komplexně nazývané kognitivní deficit. Další překážkou je stigmatizace okolím i sebou samým, spojená s předsudky a zkresleným vnímáním člověka s diagnózou, které znesnadňují jeho místo ve společnosti a ovlivňují jeho sebepojetí i sebevědomí“.
(Současná psychoterapie, str. 476)

Jaká je cílová skupina osob sociální rehabilitace? Zákonem není definována, ovšem z charakteristiky základních činností služeb lze vyvodit, pro které osoby je určena. Jedná se především o osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení. Cílem je pomoci lidem dosáhnout větší samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti v běžném životě. Samozřejmě je také to, že ne u všech nemocných lze aplikovat sociální rehabilitaci. U většiny duševních poruch je pokles v přímé souvislosti se symptomy dané poruchy.

Programy by měli být přínosem zejména pro pacienty, kteří v důsledku nemoci mají přetrvávající poškození, zhoršené schopnosti a dovednosti pro výkon praktických a sociálních rolí. Podrobnější diagnostika poškození a zneschopnění v důsledku nemoci není u nás běžná. Velmi často se v klinické praxi vychází z povrchních dojmů a referencí. V omezené míře se používá mezinárodní klasifikace poškození. (Hejzlar, 2014)

K charakterizování cílové skupiny můžeme ovšem také využít charakteristiky Libermanova pravidla 3D.

Dle něj je charakteristika cílové skupiny následující:

- **Disability (Zneschopnění)** – u člověka dojde k narušení více sociálních rolí
- **Duration (Trvání)** – duševní onemocnění trvá více než dva roky

- **Disorder (Druh duševní poruchy)** – psychózy (60%), afektivní poruchy (25%), poruchy osobnosti (10%) a ostatní (15%)

(Pěč, Vachková, 2009)

Vhodnost sociální rehabilitace je okrajově zmíněná u depresivní poruchy, u komorbidity (současného výskytu) úzkostných a afektivních poruch či u posttraumatické stresové poruchy. V případě schizofrenie je vliv sociální rehabilitace významnější. Jsou zmíněny metody asertivní komunitní léčby, zaměstnání s podporou, trénink kognitivních funkcí a nácvik sociálních dovedností. (Postupy v léčbě psychických poruch, 2004)

2.4 Sociální rehabilitace Zahrada Kroměříž

Ve Zlínském kraji je Sociální rehabilitace Zahrada jediným zařízením, které nabízí pobytovou formu rehabilitace. Je službou sociální prevence. Služba vznikla ve spolupráci Oblastní charity Kroměříž a Psychiatrické léčebny v Kroměříži v polovině roku 2011. Zařízení umožňuje lidem s chronickým duševním onemocněním po ukončení léčby v psychiatrické nemocnici opětovné začlenění do běžného života. Cílovou skupinou jsou osoby s chronickým duševním onemocněním z okruhu psychóz nebo z okruhu afektivních poruch. Věkové rozmezí uživatelů je 18 až 64 let. Zdravotní stav musí být stabilizovaný. Cílem potencionálního uživatele by měl být samostatný život s minimální mírou podpory ze strany okolí.

Kapacita zařízení je 16 uživatelů, z toho šest žen a deset mužů. Maximální doba pobytu uživatele je jeden rok. Za dobu fungování služby jejich služeb využilo 74 duševně nemocných. Uživatelé jsou ubytováni po dvou lidech na pokoji. K dispozici jsou také dva jednolůžkové pokoje.

Služba je poskytována formou pobytovou a terénní.

Pobytová forma slouží k nácviku běžných dovedností potřebných pro samostatný život a poskytuje také podporu v udržení stabilizovaného zdravotního stavu. Pobytová služba má za cíl aktivizaci uživatelů a využití jejich zachovalých schopností tak, aby byli schopni samostatného bydlení a začlenění na trhu práce.

Ve službě je nastaven denní režim (ukázka viz příloha č.2).

Každý uživatel má přidělenou klíčovou sociální pracovníci. S ní řeší své existenční, finanční, zdravotní a jiné problémy. Postupuje se v několika fázích.

Při nástupu do zařízení jsou uživatelům předány důležité informace (pravidla služby, kontakty na lékaře), jak se orientovat v blízkém okolí a jiné podstatné informace. Zároveň dochází ke vzájemnému poznávání mezi uživatelem a personálem.

V dalších dnech pobytu dochází k mapování minulosti dotyčného, v jakém stavu jsou jeho rodinné vztahy, zdravotní stav nebo finanční situace. V jakých oblastech potřebuje uživatel podpořit, jaké plány má do budoucna. Podle toho je ve spolupráci se sociální pracovníci stanoven cíl a plán, ve kterém jsou vyspecifikovány činnosti, které povedou k úspěšné rehabilitaci uživatele.

V průběhu jeho pobytu dochází tedy k intervencím ze strany sociálních pracovníků i sociálních asistentů, které vedou k plnění stanoveného individuálního plánu. Průběžně dochází ke kontrole, hodnocení a revizi naplňování plánu.

V oblasti aktivizace, dodržování denního režimu a individuálního plánu jsou uživatelé podporováni sociálními asistenty. Každý z pěti sociálních asistentů má svou oblast, ve které se snaží uživatele aktivizovat.

Jsou to:

- keramika a rukodělné výrobky, malování, kreslení mandal
- etiketa a základy společenského chování, základy na PC
- cestopisy o blízkém okolí i vzdálených krajích, výlety za poznáním
- cvičení a pohybové aktivity, procházky po blízkém okolí
- trénink paměti a společenské hry

Tyto aktivity jsou pravidelně střídány v rámci povinných odpoledních aktivit. Uživatelé si vždy vyberou jednu ze dvou nabízených aktivit. Součástí pobytu také bývají pravidelné přednášky ohledně duševního zdraví, finančního hospodaření, hledání samostatného bydlení a jiné tematické laděné povídání, např. o Vánocích nebo Velikonocích.

Na ranní komunitě se všichni uživatelé sejdou společně s pracovníky. Vždy jeden uživatel a jeden pracovník mají připravené krátké informace ohledně dění ve světě, v okolí či jiné zajímavosti. Uživatelům jsou sdělovány důležité informace, co se bude daný den dít. Během komunity se uživatelé domlouvají na společné vaření, které probíhá během dopoledne. Z přihlášených zájemců je vždy vybrán jeden uživatel, který má na starosti uvaření obědu pro ostatní uživatele, kteří mají zájem o jídlo. „Šéfkuchař“ si k sobě vybere dva pomocníky z řad ostatních uživatelů. Společně vymyslí jaké jídlo budou vařit, jaké suroviny k tomu budou potřebovat. Sami si potřebné suroviny zajistí. Při vaření jsou podporováni sociálním asistentem.

Každý týden má jeden z uživatelů přidělenou funkci domovníka. Jeho úkolem je ráno budit ostatní uživatele, svolávat je na aktivity, dohlížet na pořádek ve společných prostorách.

Všechny činnosti, které během dne uživatelé dělají, směřují k jejich samostatnosti, zároveň i spolupráci s ostatními uživateli.

Terénní forma služby je určena jako podpora uživatelů, kteří odešli ze Zahrady do samostatného bydlení v Kroměříži a pro jeho zvládnutí potřebují podpořit v některých dovednostech běžného života. Sociální pracovníce dochází za uživatelem v průměru třikrát týdně.

V průběhu fungování Sociální rehabilitace Zahrada využilo možnosti rehabilitace 74 bývalých pacientů z psychiatrických léčen. Nejvíce jich přišlo z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, se kterou zařízení spolupracuje.

O provoz služby se stará 10 zaměstnanců. V přímém kontaktu s uživateli jsou dvě sociální pracovníce, pět sociálních asistentů. Dále provoz zajišťuje vedoucí služby, údržbář a administrativní pracovníce.

Během trvání projektu se uživatelé mohli zapojit do pracovní rehabilitace. Za účast v pracovní rehabilitaci (cvičné zaměstnání) dostávali mzdu, čímž byli motivováni k pracovním činnostem. Během této doby se do cvičného zaměstnání zapojilo 35 uživatelů. Z důvodu ukončení projektu Evropského sociálního fondu byla od 1. 1. 2014 tato placená činnost zrušena.

3 CHRONICKÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

„Jestliže vážnější nemoci těla dovedou překazit příjemnost života, tím spíše ji musí překazit nemoci duše, k nimž patří touha po bohatství, slávě, panování, po rozkoších těla, návaly sklíčenosti, omrzelosti a zármutku, které hlodají v duši a moří ji starostmi“

Marcus Tullius Cicero

(106 – 43 př. n. l.)

Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a jeho vztahů s okolím. Psychóza je slovo řeckého původu a znamená nemoc duše.

Duševní onemocnění zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a okolní svět, ve kterém žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět fantazií a přeludů. Nemocný se v tomto novém světě uzavírá, odtrhává se od ostatních lidí a jejich realita se stává pro něj cizí. Jeho nejbližší okolí tuto změnu vnímá a prožívá ji. Jejich blízký se chová podivně, nelze se s ním domluvit, jeho projev často vzbuzuje pocity ohrožení, strachu, viny či zmatku.

Psychóza neoznačuje pouze jedno onemocnění, ale skupinu nemocí.

Psychózy můžeme rozdělit na tři základní skupiny:

- organické psychózy (jsou způsobené zjistitelným poškozením mozku)
- toxické psychózy (jsou způsobené ovlivněním činnosti mozkové tkáně chemickou sloučeninou – LSD, THC...)
- funkční psychózy (na počátku jejich vzniku nejsou žádné zjistitelné a typické poškození či ovlivnění činnosti mozkové tkáně)

Mezi funkční psychózy se řadí schizofrenie a afektivní porucha.

(Doubek, 2010)

3.1 Schizofrenie

Název schizofrenie pochází z řeckého „schizein“ štěpit a „frén“ mysl. Onemocnění je rozšířené po celém světě. Procento jedinců s tímto onemocněním v populaci se pohybuje mezi 0,5 – 1 %. Příčiny vzniku onemocnění nejsou doposud zcela známé. Podílí se na něm více faktorů - faktor biologický, sociální i psychologický.

Biologické faktory jsou geneticky prokazatelné např. při studiích dvojčat. V případě onemocnění jednovaječného dvojčete onemocní druhé průměrně v 50 %, i když každé z nich vyrůstá v jiném prostředí. V případě, že je jeden rodič schizofrenik, pravděpodobnost onemocnění jeho potomka je 12 %. (Pavlovský, 2006). Neurovývojové změny se prokazují drobnými anatomickými anomáliemi v limbickém systému. Na nich se mohlo podílet např. virové onemocnění matky v těhotenství, trauma prenatální či perinatální či vývojová anomálie.

Sociální faktor poukazuje na vyšší výskyt schizofrenie u nižších společenských vrstev, což je do jisté míry dáno tím, že onemocnění vede k propadu na společenském žebříčku. Je velmi snížena schopnost získat vyšší kvalifikaci, uplatnění a zařadit se opět do společnosti, ve které byl nemocný před vznikem onemocnění. Názor, že schizofrenie se častěji vyskytuje mezi přistěhovalci a v rozvojových zemích četné studie vyvrátily.

Jako psychologický faktor byl považován vliv hyperprotektivních matek, který v současné době odborná veřejnost nepovažuje za správný.

Za základní příznaky onemocnění jsou považovány poruchy myšlení a jednání. Aby mohla být schizofrenie diagnostikována je potřeba pozorovat alespoň měsíc následující příznaky:

- slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace
- bludy kontrolovanosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky
- halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, popřípadě o něm rozmlouvají
- bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře

Pokud některý z předchozích příznaků chybí, je potřeba, aby byly přítomny alespoň dva z následujících:

- přetrvávající halucinace
- formální poruchy myšlení
- katatonní projevy (ztuhlost s neschopností se hýbat a hovořit)
- negativní příznaky – apatie, ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost
- nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, nečinnost, bezcílnost atd.)

Schizofrenie může probíhat buď jako chronický proces nebo v atakách. Akutní schizofrenní ataka může probíhat tak, že se znovu objeví či zintenzivní již dříve se objevující halucinace, velmi typické jsou paranoidní příznaky s bludy pronásledování, ovlivňování myšlení a další schizofrenní příznaky. Vystupňování těchto příznaků a velké emoční napětí může vést až k schizofrennímu raptu (prudkému záchvatu), který má tragické následky, zejména pokud je nemocný ozbrojen. Také je velmi častá sebevražednost – až 10 % nemocných končí sebevraždou.

Mezinárodní klasifikace nemocných (MKN 10) rozděluje klinické formy schizofrenie na:

F20 SCHIZOFRENIE

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

F20.2 Katatonní schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20.4 Postschizofrenní deprese

F20.5 Reziduální schizofrenie

F20.6 Simplexní schizofrenie

F20.8 Jiná schizofrenie

F20.9 Schizofrenie nespecifikovaná

F21 SCHIZOTYPNÍ PORUCHA

F22 TRVALÉ DUŠEVNÍ PORUCHY S BLUDY

F23 AKUTNÍ A PŘECHODNÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

F24 INDUKOVANÁ PORUCHA S BLUDY

F25 SCHIZOAFEKTIVNÍ PORUCHY

F28 JINÉ NEORGANICKÉ PSYCHOTICKÉ PORUCHY

F29 NESPECIFIKOVANÁ NEORGANICKÁ PORUCHA

Vybrané typy schizofrenie:

F20.0 – paranoidní schizofrenie

Je nejčastější formou, v popředí jsou perzekuční bludy (stihomam) a sluchové halucinace. V chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělým nepřátelům, časté jsou také intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, či že nemocnému jsou jeho vlastní

myšlenky odnímány a zveřejňovány, či naopak mu jsou cizí myšlenky vkládány. (Psychiatrie: minimum pro praxi, 2013)

F20.1 – hebefrenní schizofrenie

Tato forma je typická pro adolescentní věk a někdy je velmi obtížné ji odlišit od bouřlivé puberty. Projevuje se dětinskostí a pošetilostí v jednání i myšlení. Její název pochází z řeckého hébos – mladý. (Geist, Psychologický slovník, 2000)

F20.2 – katatonní schizofrenie

V dnešní době je tato forma velmi vzácná. Tvoří ji asi 3% případů. V produktivní formě se projevuje neobvyklými pohyby či impulzivními činy. Typická je svalová ztuhlost a strnulost, obtíže při mluvení, apatie, halucinace, negativismus nebo křeče úst. Název pochází z řeckého katateinenin – napnout, roztáhnout. (Geist, Psychologický slovník, 2000)

F20.4 – postschizofrenní deprese

Je diagnostikována, pokud pacient měl v posledním roce schizofrenní příznaky a nejméně v posledních 14 dnech byly patrné projevy deprese při současném přetrvávání schizofrenních příznaků. (Psychiatrie: minimum pro praxi, 2006)

F20.5 – reziduální schizofrenie

Jedná se o chronický průběh, u níž po zmírnění nebo vymizení pozitivních příznaků přetrvávají hlavně negativní příznaky. (Psychiatrie: minimum pro praxi, 2006)

F20.6. – simplexní schizofrenie

Vyvíjí se plíživě bez pozitivních příznaků, dominanci má prohlubující se autismus, alogie (nerozum), emoční otupělost. Nemocný nenavazuje s nikým kontakt, většinu dne se bez zájmu povaluje, straní se společnosti a činností. (Psychiatrie: minimum pro praxi, 2006)

V důsledku onemocnění nastávají změny zejména v oblastech:

- osobnosti – člověk může zhrubnout, zatrpknout, nepostará se o sebe, je narušena pozornost, paměť a celková mentální výkonnost. Velmi typická je vztahovačnost.
- emocí – jsou nepředvídatelné, neadekvátní dané situaci a často se střídají. Velmi častá je rozpolcenost v myšlení i jednání.
- myšlení – nemocní mají tendenci myslet stereotypně a dle vlastních svérázných pravidel. Myšlení se stává jednodušším, konkrétnějším, se sklonem k povrchnosti.
- řeči – řeč je odrazem myšlení, takže může být nesouvislá, plná novotvarů či opakovaných slov.
- společenské oblasti – typické jsou problémy ve sféře komunikace, asertivního prosazení či zvládnutí agresivity.

(Praško, s. 352)

Je také velmi zajímavé, že nikotinismus je nejčastější formou závislosti nemocných se schizofrenií. Ukazuje se, že 60 – 70 % nemocných kouří více než 25 cigaret denně. Ve srovnání s běžnou populací je schopno přestat kouřit 3 x méně nemocných. Kouření nemá ale pouze negativní vliv, v některých případech může nikotin zlepšovat kognitivní a senzorické deficity zvýšením hladiny dopaminu. (Doubek, s. 54)

3.2 Afektivní poruchy

„Lidé s bipolární poruchou jsou neustále v boji. Plují řekou proti proudu a snaží se neutopit. Ti zdraví plují pěkně po proudu a nijak zvlášť nesoucí s těmi, které cestou potkávají. Každý pacient s bipolární poruchou je však opravdový „hrdina všedního dne“. Na první pohled to ovšem není patrné. Bývá považován za slabocha, ostatní mu říkají, že nemá silnou vůli, že neumí bojovat, že si svou nemoc vymyslel, že nemá důvod být nemocný. Je přece tak snadné a jednoduché chovat se normálně... když je člověku dobře. Ale udělat malý krůček směrem k člověku ve chvíli, kdy je mu zle, je někdy opravdové hrdinství. Pacient dělá všechno, co může, ne všechno, co udělat chce.“ (Gay, s. 132)

Poruchy nálad jsou třetí nejčastější duševní poruchou. Patologické změny nálad byly již známy ve starém Řecku. Hippokrates již ve 4. století př. n.l. popsal melancholii a mánii jako chorobné stavy. U afektivních poruch se v podstatě jedná o dva syndromy: depresivní a manický.

Příčiny vzniku onemocnění jsou biologické a psychosociální. Biologické zatížení je nejčastěji prokázáno u bipolárních poruch – 25 % příbuzných s maniodepresivní psychózou trpí nějakou formou afektivní poruchy. Bylo prokázáno, že v mozku nemocných depresí je nedostatek hormonů serotoninu či dopaminu. Naopak u manických je přebytek těchto hormonů. V anamnézách nemocných se velmi často vyskytují stresové situace jako např. ztráta blízkého člověka, zaměstnání či změny v sociálním postavení. Pozitivní události a sociální podpora může působit v opačném směru.

Mezinárodní klasifikace nemocných (MKN 10) rozděluje afektivní poruchy na:

- F30 Manická epizoda
- F31 Bipolární afektivní porucha
- F32 Depresivní epizoda
 - F32.0 Lehká depresivní epizoda

F32.1 Středně těžká depresivní epizoda

F32.2 Těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků

F32.3 Těžká depresivní epizoda s psychotickými příznaky

F32.8 Jiná depresivní epizoda

F32.9 Depresivní epizoda NS

F32.0 Lehká depresivní epizoda

Nemocný je obvykle deprimován, ale většinou je schopen se účastnit běžných denních aktivit. Depresivní nálada, ztráta zájmu a radosti a zvýšená únavnost trvají nejméně dva týdny. Jedinec s lehkou depresivní epizodou je obvykle příznaky obtěžován a má potíže s vykonáváním běžné práce a sociálních aktivit. S vysokou pravděpodobností ale nepřestane fungovat úplně. (Praško, s. 413)

Depresivní epizoda je typická poruchou nálady (smutná nálada, neschopnost prožívat radost, nižší motivace pro jakoukoliv aktivitu, apatie), poruchy myšlení a vnímání (snížená koncentrace, nerozhodnost, beznaděj, sebevražedné myšlenky) či poruchy psychomotoriky. U dvou třetin jedinců s depresí jsou přítomny úvahy o ukončení života.

Manická epizoda se projevuje nadměrnou aktivitou, mnohomluvností, kdy se řeč může stát nesouvislou. Nadměrné sebevědomí, náhlé nesmyslné plány, lehkovážnost, rizikové sexuální chování, nadměrné utrácení peněz či snížená spotřeba spánku jsou možné příznaky manické epizody. Nemocný se subjektivně cítí většinou skvěle, a tudíž přesvědčování o nutnosti jeho léčby bývá náročné.

V případě, že se střídá manická epizoda s depresivní epizodou, jedná se o bipolární afektivní poruchu.

4 HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

„Pojem kvalita sám o osobě neznamená nic, je prázdným pojmem, který získává smysl jen ve spojení s jiným pojmem, označujícím určitou hodnotu věci nebo jevu. Intuitivně byla kvalita chápána již ve starověku rozlišováním „dobrého“ a „zlého“ na základě životních zkušeností, tedy subjektivních kritérií“.

(Rýdl, 2010)

4.1 Hodnocení kvality života

Co je „kvalita života“? Na tuto otázku neexistuje jednotná odpověď. Důvodem je rozmanitost vnímání a názorů lidí. Koncept kvality života má pro každého člověka jiný význam a obsah. V současné době, a ani v budoucnu nebude asi možné vymezit tento pojem pomocí jedné definice.

Dle světové zdravotnické organizace je kvalita života: *„Jedincovo vnímání jeho postavení v životě v kulturním kontextu a v hodnotovém systému, ve kterých žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům. Kvalita života je široký koncept komplexně zahrnující jedincovo fyzické zdraví, psychologický stav, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, osobní názory a jejich vztah k charakteristickým rysům prostředí.“*

Jako podstatný aspekt kvality života ve vztahu ke zdraví udává WHO (World Health Organization) tělesný a psychický stav, stupeň nezávislosti a kvalitu sociálních vztahů.

Vlivy, které mohou zcela jistě ovlivnit kvalitu života ve stáří či nemoci, jsou následující:

- tělesné funkce: stupeň omezení tělesných aktivit (soběstačnost, chůze, schopnost sehnout se, chůze do schodů apod.) zdravotním stavem;

- tělesná bolest: míra vlivu bolesti na práci a tělesné aktivity;
- obecné vnímání zdraví: osobní posouzení aktuálního zdravotního stavu, očekávání do budoucna a návrat schopností po nemoci;
- vitalita: určení, zda se osoba cítí nabitá energií, cítí se aktivní, či je unavená a vyčerpaná
- sociální schopnost: míra, do které tělesné či emocionální problémy omezují normální sociální aktivity
- emocionální role: míra, v níž se uplatňují emocionální pracovní problémy a omezují denní aktivity
- psychická pohoda: obecné duševní zdraví, včetně depresí, strachu a obecného pozitivního myšlení
- změny zdraví: posuzování vývoje aktuálního zdravotního stavu.

(4oci.cz , 2014)

4.2 Hodnocení kvalit služeb

Hodnocení kvality služeb je vyspecifikováno zákonem. Mezníkem rozvoje sociálních služeb a podpory jejich kvality je zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a vyhláška č. 505/2006 z roku 2006.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vytvořilo „Standardy kvality sociálních služeb“, které lze považovat za všeobecně přijatou představu, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Týkají se všech sociálních služeb.

V seznamu Standardů kvality je 15 bodů, které musí sociální služby dodržovat:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu

4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu sociální služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociální služby

(Příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb)

Zákon definuje a trvá na dodržování základních zásad poskytování sociálních služeb. Zejména na zachování lidské důstojnosti a lidských práv osob, které sociální služby využívají. Vymezuje také individuální rozměr poskytovaných služeb, což znamená, že poskytovatel dané služby musí vycházet z potřeb konkrétní osoby, ne z potřeb poskytovatele služby či skupiny osob.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 CÍLE VÝZKUMU, FORMULACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem mé bakalářské práce je přiblížit význam jednotlivých služeb sociální rehabilitace pro zvyšování kvality života duševně nemocného člověka, a posoudit vliv na zvýšení kvality života chronicky duševně nemocného člověka, ať již v oblasti sociálních vztahů, volného času či péče o sebe a zdraví. Zajímal mě pohled samotných uživatelů, jak vnímají pobyt v zařízení, zda je pro ně přínosem.

Výzkumná otázka

Jaký význam má sociální rehabilitace chronicky duševně nemocných pro zvýšení kvality života těchto osob? (v rámci služeb Sociální rehabilitace Zahrada Kroměříž)

Podotázky

Jaký význam má pro uživatele sociální rehabilitace na zvýšení kvality života v oblasti sociálních vztahů?

Jaký význam má sociální rehabilitace pro zvýšení kvality života v oblasti využití volného času?

Jaký význam má sociální rehabilitace pro zvýšení kvality života v oblasti péče o sebe?

Jaký význam má sociální rehabilitace pro zvýšení kvality života v oblasti

Jak jsou uživatelé této služby spokojeni s nabídkou aktivit?

6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Dotazování jsem prováděla mezi uživateli služeb Sociální rehabilitace Zahrada v Kroměříži.

Respondenti byli seznámeni s cílem mé bakalářské práce, požádáni o rozhovor a ujistěni o anonymitě.

Výzkum probíhal průběžně během měsíců červenec, srpen a září 2013.

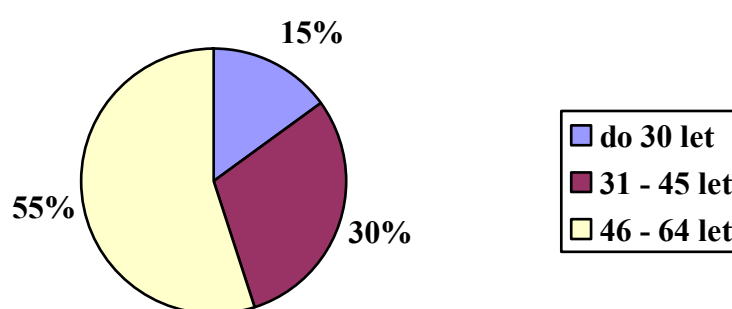
Dotazovala jsem se postupně 20 uživatelů. Výzkumný vzorek se skládal z 8 žen a 12 mužů.

Ve sledovaném zařízení je ve sledovaném období nejvíce klientů s dobou pobytu jeden měsíc (7 klientů). Déle než jeden měsíc a méně než půl roku je v zařízení šest klientů, déle než půl roku pět klientů. Podrobněji viz tab. č. 2.

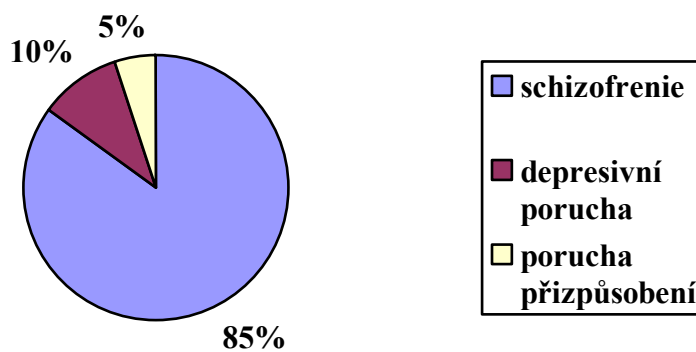
O sociální rehabilitaci Zahrada, ve které výzkum probíhal je více uvedeno v teoretické části této práce.

Věkové složení respondentů:

- do 30 let – 3 uživatelé (2 ženy, 1 muž)
- od 31 let do 45 let – 6 uživatelů (2 ženy, 4 muži)
- od 46 let do 64 let – 11 uživatelů (4 ženy, 7 mužů)

Graf věkového složeníSložení respondentů dle diagnózy:

- Diagnóza - schizofrenie v různých formách - 17 respondentů.
- Diagnóza - depresivní epizoda - 2 respondenti.
- Diagnóza - porucha přizpůsobení – 1 respondent

Graf složení diagnóz

Tabulka č. 2 – charakteristika dotazovaných uživatelů

Označení respondenta	Věk	Diagnóza	Délka pobytu ve službě
1 Ž	54	F 25.2	7 měsíců
2 Ž	29	F 20.2	12 měsíců
3 Ž	62	F 20.0	7 měsíců
4 Ž	38	F 20.0	6 měsíců
5 Ž	45	F 20.0	2 měsíce
6 Ž	59	F 20.0	2 měsíce
7 Ž	39	F 20.0	1 měsíc
8 Ž	29	F 20.0	1 měsíc
1 M	55	F 32	12 měsíců
2 M	59	F 32	1 měsíc
3 M	44	F 20.0	5 měsíců
4 M	53	F 20.5	3 měsíce
5 M	49	F 20.0	3 měsíce
6 M	64	F 43.2	2 měsíce
7 M	56	F 20.0	1 měsíc
8 M	27	F 20.0	1 měsíc
9 M	44	F 20.0	2 měsíce
10 M	35	F 25.1	1 měsíc
11 M	37	F 20.0	1 měsíc
12 M	50	F 25.1	12 měsíců

7 POUŽITÉ METODY

K získání odpovědí na výzkumné otázky jsem vzhledem k cíli práce použila kvalitativní výzkum, prováděný pomocí individuálních polo-strukturovaných rozhovorů. Použitá metoda byla dle mého názoru pro skupinu uživatelů ze sociálního zařízení s chronickým duševním onemocněním nejvhodnější vzhledem k jejich onemocnění a jisté zranitelnosti. Díky rozhovorům jsem měla možnost v případě potřeby otázky doplnit či přeformulovat. Otázky jsem zvolila otevřené, aby dotazovaný mohl volně vyjádřit své pocity a názory.

Rozhovory jsem uskutečnila v průběhu své praxe v zařízení. Vzhledem k tomu, že jsem byla s uživateli ve velmi častém kontaktu, měla jsem možnost je více poznat.

Při rozhovorech jsem se snažila o dodržení těchto zásad:

- stanovit cíl a postup při vedení rozhovoru (nedávat otázky, které nesouvisí s cílem výzkumu)
- zajistit si klidné prostředí, ve kterém bude rozhovor uskutečněn
- otázky klást jasně a srozumitelně
- nedávat více otázek najednou
- přizpůsobit otázky respondentovi (respektovat intelektuální schopnosti, diagnózu atd.)
- ponechat aktivitu na respondentovi, nepoužívat sugestivní otázky

8 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

Otázky pro uživatele byly rozděleny do 5 skupin a měly za cíl zjistit jaký vliv má sociální rehabilitace na zvýšení kvality života v oblasti sociálních vztahů, volného času, péče o sebe a zdraví. Také mne zajímala spokojenost uživatelů s poskytovanými službami a aktivitami v zařízení.

Rozhovory měly různé délky trvání. V průměru trvaly asi 30 – 45 minut. Nejkratší rozhovor trval 5 minut a nejdelší rozhovor trval 55 minut. Vše se odvíjelo od aktuálního zdravotního stavu uživatele, jeho slovní zásoby a také od toho jak dlouho byl uživatelem služeb zařízení. Rozhovory jsem si zapsala a poté vyhodnocovala.

Hodně odpovědí se opakovalo. Někteří uživatelé odpovídali jednoslovně (ano či ne, nevím, nedokážu posoudit). Našli se ale i tací, kteří využili možnosti popovídat si o svých problémech a od tématu odbíhali. Délka rozhovorů byla tedy rozdílná.

Z toho důvodu neuvádím všechny odpovědi, ale pouze ty, které byly pro můj výzkum relevantní.

Sociální vztahy

Jaký význam má sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblastech sociálních vztahů?

Pro většinu respondentů je kontakt s ostatními uživateli hodnocen kladně. Na otázku, jak se respondenti cítí mezi ostatními uživateli, zazněly odpovědi jako: „*Cítím se dobře, jsem rád v kolektivu*“ (1M), „*Vždycky když přijde do služby někdo nový se cítím nesvůj. Po nějaké době si na něho zvyknu. Na ostatní jsem si už zvykl*“. (2M) nebo „*Mám ráda svůj klid, s ostatními se nebavím ani se nechci bavit*“ (2Ž).

Ve většině případů se uživatelé znají z předchozích pobytů v psychiatrické nemocnici. Vše se také odvíjí od povahy uživatele, jeho extrovertnosti či introvertnosti. Z odpovědí vyplynulo, že respondenti mají konflikt nebo neshody

s jedním uživatelem (6M). Tento uživatel má jinou diagnózu než ostatní dotazovaní – porucha přizpůsobení. Sám dotazovaný respondent uvedl, že kamarády si zde nenašel, nechce si najít a pokud má s někým konflikt, tak to řeší ignorací dotyčného a z jeho strany očekává to stejné.

V oblasti sociálních vztahů jsou tedy uživatelé ve větší míře spokojeni. Velmi dobře to bylo poznat na odpovědích respondentů, kteří byli v zařízení kratší dobu. Z počátku se cítili v zařízení nesví. Dostali se do jiného, cizího prostředí. Vyžaduje se po nich zapojení do kolektivu a spolupráce s ostatními uživateli.

Na otázku ohledně kamarádství odpověděl respondent 4M *„S mým spolubydlícím bych rád šel po skončení pobytu v Zahradě bydlet“*. Vztahy na kamarádské úrovni se více projevovaly mezi mužskými respondenty. Ženy uváděly, že se s ostatními uživatelkami sice baví, ale raději si jdou popovídat za sociálními pracovníci či asistenty. U mužů to bylo naopak. Nejčastěji uváděli, že si povídají mezi sebou. Za sociálními pracovníky chodí řešit jen nutné věci.

Přítomnost pracovníků vnímá pozitivně všech 20 respondentů. Všichni uvedli, že jim nejvíce pomáhají sociální pracovníci, se kterými řeší veškeré své problémy a potřeby. Tři respondenti uvedli, že si rádi jdou popovídat za sociálními asistenty. Konkrétnější odpověď na otázku, čím pomáhá přítomnost pracovníků či ostatních uživatelů, odpověděl respondent 12M *„Tím, že se společně účastníme aktivit, různých akcí a výletů. Bez pomoci pracovníků se při řešení mých problémů neobejdu“*. Respondentka 2Ž *„Ostatní uživatelé mi nepomáhají nijak. Na pracovníky se těším každý den. Vždycky se mi, když potřebuju, někdo z pracovníků věnuje“*.

Přítomnost ostatních uživatelů berou všichni jako samozřejmost. Jeden dotázaný odpověděl, že je zvyklý z léčebny na deset lidí na pokoji a proto je to v zařízení lepší, protože jsou na pokoji jenom dva.

Význam sociální rehabilitace pro oblast sociálních vztahů je neoddiskutovatelný. Bez sociální interakce mezi uživateli, pracovníky by došlo k sociální izolaci dotyčného uživatele.

Volný čas

Jaký význam má sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblastech volného času?

Volnočasové aktivity jsou rozděleny do pěti oblastí, jak je uvedeno v teoretické části této práce. Dva respondenti uvedli, že rádi pracují v keramické dílně a věnují se práci s hlínou. Respondentka 6Ž uvedla: „*Mám ráda ruční práce, vždycky se moc těším až budeme mít keramiku nebo tvoření z papíru*“. Trénink paměti a různé zábavné kvízy uvedlo jako své oblíbené šest dotázaných. Respondent 12M uvedl: „*Při tréninku paměti se vždycky dozvím něco nového, sice něco vždycky zapomenu, ale baví mě to*“. Společenské hry typu „Člověče, nezlob se!“ uvedli tři respondenti jako své velmi oblíbené. Cestopisné dokumenty a výlety mají v oblibě dva dotázaní. „*Ráda bych jela na nějaký výlet, od uživatelů, kteří jsou tady už dlouho, vím, že byli na výletě. Moc se těším, až někam pojedeme*“ (7Ž). Procházky a toulky po okolí uvedlo pět respondentů.

Většina respondentů uvedla, že nabízené společné aktivity jim vyhovují. Respondentka 4Ž: „*Pomáhají mi zlepšovat soustředěnost a zručnost*“. Dva dotázaní uvedli, že někdy mají problém rozhodnout se mezi nabízenými aktivitami. Pokud je jedna varianta např. keramika a druhá varianta výroba papírových ozdob, nemají zájem ani o jednu, zároveň jeden respondent uvedl, že povinné aktivity ho nebaví vůbec. Jako své oblíbené činnosti uvedl respondent 9M „*Nejradši spím, kouřím a piju kafe*“. Respondentka 3Ž odpověděla: „*Někdy se jdu projít po městě, ale většinou se dívám raději na televizi*“.

Návrh na jiné volnočasové aktivity měla pouze jedna respondentka. Měla zájem o zřízení čtenářského klubu. „*Ráda čtu, nebylo by špatné mít tu čtenářský klub nebo si prostě někdy popovídat o knížkách nebo zajít společně do knihovny*“ (5Ž)

V oblasti využití volného času je tedy přínos sociální rehabilitace pro většinu uživatelů v tom, že se během dne zabaví. Je otázkou, jak budou využívat svůj volný čas po přechodu do samostatného bydlení bez organizace .

Péče o sebe

Jaký význam má sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblasti péče o sebe?

Dodržování hygieny a péče o sebe je s opakujícími se pobyty v psychiatrické nemocnici stále těžší. Obnovit si návyky či získat nové je v sociálním zařízení nezbytné. Někteří uživatelé mají problém s dodržováním hygienických návyků. Musí být ze strany sociálních pracovníků a sociálních asistentů upozorňováni. V rozhovorech ovšem žádný dotazovaný neodpověděl, že péči o sebe nezvládá. U uživatelů v této oblasti chybí sebereflexe. Šestnáct dotazovaných v rozhovoru uvedlo, že hygienu a úpravu zevnějšku zvládají bez sebemenších potíží. Čtyři respondenti odpověděli, ve smyslu, že péči o sebe zvládají ale s občasnými menšími potížemi. Respondent 7M uvedl: *„Myslím si, že hygienu zvládám bez problémů, někdy se ale pracovníkům nezdá mé oblečení, že je špinavé, tak se musím jít osprchovat a převléct“*. Respondentka 1Ž odpověděla: *„Peru si každý týden, koupu se taky často, takže zvládám hygienu dobře“*.

Všichni dotazovaní uvedli, že služba podporuje jejich samostatnost a osamostatnění do budoucna. *„Když jsem byla v léčebně, nikam jsem nechodila, teď si zajdu nakoupit, na procházku, naučila jsem se trošku vařit“*. (3Ž). Respondentka 1Ž uvedla: *„Sama chodím k doktorovi, chystám si léky, vařím si, nakupuju. Nejdřív jsem z toho měla obavu, ale díky sociální pracovníci jsem zjistila, že to zvládnou a jsem za to moc ráda“*. Deset respondentů uvedlo, že se díky službě naučili vařit, tři dotázaní uvedli, že zvládnou nakupování. Jeden respondent uvedl, že vše zvládá sám, ale samostatného bydlení se bojí a nechce jít bydlet sám.

Pomoc od okolí se dostává všem respondentům. Záleží na ochotě a chuti dotazovaných o pomoc požádat a pomoc přijmout. Respondentka 1Ž uvedla: *„Sociální pracovníce mi pomáhá s nákupem oblečení a kosmetiky“*. Nebo respondent 3M uvedl: *„Ano, kdykoliv něco potřebuju zařídit nebo s něčím pomoci obracím se na pracovníky a vždycky mi pomohli“*.

Zdraví

Jaký význam má sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblasti zdraví?

V otázce zdraví byli respondenti v odpovědích téměř jednotní. Na otázku jak se cítí po zdravotní stránce, odpověděl respondent 3M „*Cítím se o mnoho lépe než při nástupu do zařízení*“, respondent 6M „*Někdy dobře, někdy špatně*“ nebo respondentka 5Ž uvedla „*Někdy se cítím velmi špatně, nic se mi nedaří, ale do léčebny zpátky jít nechci, nevím co se mnou bude až to tady skončí*“. Jejich dny se rozdělují na dobré a špatné. Žádný respondent neuvedl, že se cítí každý den skvěle. Je to dáno povahou jejich duševního onemocnění.

Všichni respondenti uvedli, že užívají během pobytu v zařízení pravidelně léky, což přispívá ke stabilizaci jejich zdravotního stavu. Je to také jedna z podmínek pobytu v zařízení.

Vliv na zdravotní stav mají i pravidelné kontroly u lékaře. Respondentka 2Ž uvedla „*Díky Zahradě konečně zase vidím - mám nové brýle, konečně se můžu najíst - mám nové zuby a vypadám k světu - mám nový účes. Teď už si najdu jenom bydlení*“. Respondent 8M odpověděl „*Můj zdravotní stav se určitě zlepšil, jsem klidnější, nemám tak časté výkyvy nálad. Chodím pravidelně k doktorovi a taky jsem začal více jíst, tak mám víc síly*“. Spolupráce sociálních pracovníků s lékaři a monitorování zdravotního stavu respondentů má pozitivní vliv na jejich zdravotní stav. Dva respondenti uvedli, že během pobytu ve službě, byli na přeléčení v psychiatrické nemocnici. V jednom případě trvalo přeléčení 5 dnů, ve druhém případě 14 dnů. Na dotaz, zda se po návratu cítili lépe, mi odpověděli, že v Zahradě je to lepší než v psychiatrické nemocnici. Zpátky do psychiatrické nemocnice by se vrátit nechtěli.

Spokojenost se službou Sociální rehabilitace Zahrada

Jak jsou uživatelé spokojeni se sociální rehabilitací Zahrada?

Uživatelé služby ve všech případech vyjádřili spokojenost s pobytem ve službě i nabízenými aktivitami. Pouze respondent (10M) uvedl, že na hodnocení služby je ještě moc brzy. Přínosnost pobytu okomentoval respondent 1M „*Když jsem přišel, nezvládal jsem skoro nic. Teď už dokážu skoro všechno, co se týká samostatného bydlení*“. Na druhou stranu také zazněla odpověď od 8M „*Mám střechu nad hlavou*“.

Vždy, ale v jejich odpovědi zazněla pochybnost či se dala vycítit obava, co s nimi bude po skončení jejich smlouvy. Respondentka 2Ž uvedla „*Mohla by se změnit délka pobytu v Zahradě, je to jenom na rok a já si tu už zvykla a nechce se mi odejít. Byla bych tu ráda napořád*“. Skutečnost, že po ukončení se vrátí zpět do psychiatrické nemocnice, zvažuje jako přijatelnou možnost pět uživatelů. Tři uživatelé mají zažádáno do domů se zvláštním režimem, v jejich případě, mají o budoucnost postaráno. Velmi problematičtější je tedy skupina uživatelů do 50 let. U nich je pravděpodobnost opětovného návratu za zdi psychiatrické nemocnice velmi vysoká. Kvůli problematickým vztahům s rodinou je návrat zpět do rodiny velmi obtížný.

Nespokojenost se službou nevyjádřil žádný respondent. Pouze se dvěma dotazovaným nelíbila povinnost účastnit se odpoledních aktivit. Například respondent 6M uvedl „*Nemám rád povinné odpolední aktivity, občas je to zajímavé ale z toho se nedá nic vybrat*“. Respondent 4M se vyjádřil k nespokojenosti takto: „*Někdy s chováním ostatních uživatelů, ale s tím se dá těžko něco dělat*“.

Návrh na změnu byl pouze jediný. Týkal se délky pobytu v zařízení. Délka pobytu je omezena na dobu jednoho roku. Respondenti by uvítali možnost delšího období. Je otázkou, zda kvůli nabízeným službám či kvůli zajištění střechy nad hlavou.

V některých případech by bylo jistě vhodné prodloužit dobu pobytu na delší období. Jedna respondentka přišla do služby po dvanácti letech nepřetržitého pobytu v psychiatrické léčebně. Jeden rok pobytu v Zahradě je velmi krátká doba

na její rehabilitaci a osamostatnění. Dle jejího vyprávění se nemá po ukončení pobytu v zařízení kam vrátit. Vzhledem k její finanční situaci je nemožné samostatné bydlení. V jejím případě bude asi jediným řešením návrat do psychiatrické nemocnice.

9 DISKUSE

V bakalářské práci jsem se snažila zjistit, jaký vliv má sociální rehabilitace na zkvalitnění života chronicky duševně nemocného člověka jeho pohledem.

Z výzkumu je patrné, že pro většinu uživatelů je vzájemný kontakt s ostatními uživateli a také pracovníky služby významný. Je to jedna ze základních potřeb, která má spojitost s překonáním sociálního vyloučení a izolace. Z odpovědí respondentů bylo zřejmé, že i když respondenti nemají „svůj den“ a nechtějí komunikovat s ostatními uživateli, vždy se rádi obrátí na pomoc pracovníků služby.

Také lze z výzkumu vyčíst, že z pohledu uživatelů je pobyt v zařízení pro jejich duševní i fyzické zdraví prospěšný. Respondenti uváděli, že pravidelně dochází k lékaři. Můj dojem byl, u některých respondentů, že pokud by nebyli v zařízení a byli například na ubytovně, nebrali by léky. Neplatí to samozřejmě pro všechny respondenty. S oblastí zdraví také souvisí oblíbené trávení volného času, kouření cigaret a pití kávy. Respondenti přiznávali, že vykouří i více než krabičku cigaret denně. Počet vypitých káv se u některých pohyboval kolem 6 za den. Spojitost závislosti na nikotinu a duševního onemocnění je zmíněna i v teoretické části mé práce.

V oblasti volného času je, dle mého názoru, obtížné uživatele aktivizovat. Tuto skutečnost potvrdili i sami respondenti. Vzhledem k vymizení koníčků a zájmů je velmi těžké vrátit či obnovit zájem o nějakou volnočasovou aktivitu.

Péče o sebe a okolní prostředí u chronicky duševně nemocných lidí je vnímána jinak z jejich pohledu a jinak z pohledu jejich okolí. Díky praxi v zařízení jsem mohla nahlédnout i do pokojů uživatelů. Co uživatel považoval při úklidu za uklizené a čisté z pohledu mého i pohledu pracovníků bylo neuklizené a špinavé. Také pořádek v kuchyni a její následný úklid patřil k věčným tématům na ranních komunitách.

Spokojenosti se službou Sociální rehabilitace Zahrada je ovlivněna do jisté míry tím, jak chtějí uživatelé svůj pobyt a čas strávený v zařízení využít. Pro někoho je to jen dočasné útočiště, než se bude moci vrátit zpět do psychiatrické

nemocnice. Pro většinu lidí je to ale možnost odrazit se, osamostatnit se, začít spoléhat na sebe a znovu začít žít.

Ne všichni jsou schopni se zcela osamostatnit. Ale z mého pohledu je vždy lepší využít pomoc z venčí než se nechat dobrovolně uzavřít v psychiatrické nemocnici. Ale také na druhou stranu chápu, že po mnoha letech strávených v nemocnici mají lidé pocit, že je to jejich domov, kde to znají a nemusí se starat o starosti běžného života. Také obava z neznámého může být velká.

Můj celkový pocit je, že sociální rehabilitace chronicky duševně nemocných lidí je důležitou a prospěšnou službou. Pro lidi, kteří se chtějí vrátit zpět do normálního života, je skvělým odrazovým můstkem. Pro ty, kteří se vrátí za zdi nemocnice, může pobyt znamenat zkvalitnění jednoho roku jejich života.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se věnuje problematice sociální rehabilitace chronicky duševně nemocných. Cílem práce bylo poukázat na význam a přínos sociální rehabilitace a objasnit, jaký význam má na zvýšení kvality života duševně nemocného člověka z jeho pohledu.

V teoretické části jsem se zabývala historií psychiatrické léčby v České republice, popsala vybrané diagnostické okruhy duševních poruch a zaměřila se na hlavní téma - sociální rehabilitace duševně nemocných. Také jsem zmínila hodnocení kvality života z pohledu člověka a hodnocení kvality služeb z pohledu zákona.

V praktické části jsem se věnovala situaci v zařízení Sociální rehabilitace Zahrada v Kroměříži. Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na subjektivní hodnocení služby jejími uživateli formou rozhovoru.

V konečném důsledku si myslím, že zařízení tohoto typu je velmi prospěšné a má v systému sociálních služeb své místo. Problémem je návaznost dalších služeb. Pro většinu uživatelů je přechod do samostatného bydlení nemožný. Ať již z důvodu, že nejsou schopni samostatného bydlení nebo z finančních důvodů si nemohou pronájem bytu dovolit či sami bydlet nechtějí. Jistě jsou domovy se zvláštním režimem, ale je v nich relativně dlouhá čekací lhůta. V tomto případě jsou někteří uživatelé okolnostmi nuceni jít zpátky do léčebny.

Kvalita života je úzce spojena s potřebami člověka. Na jeho fyzické i duševní zdraví má vliv i jeho vnímání okolí, a tím působí na jeho potřeby a přání. Rehabilitace dle mého názoru pomáhá zkvalitňovat život chronicky duševně nemocných lidí ve všech oblastech – sociální vztahy, volný čas, péče o sebe, zdraví.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DOUBEK, Pavel. *Psychóza v životě - život v psychóze: informace, rady a doporučení*. 2. vyd. Praha: Maxdorf, c2010. ISBN 978-80-7345-231-5.

GAY, Christian. *Bipolární porucha: rady pro rodiny a blízké osob s maniodepresivními stavy*. Vyd. 1. Překlad Hana Holubkovová. Praha: Portál, 2010, 135 s. ISBN 978-807-3676-681.

GEIST, Bohumil. *Psychologický slovník*. Praha: Nakladatelství Vodnář, 2000, 425 s. ISBN 80-862-2607-7.

GEIST, Bohumil. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-807-3678-180.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

Probstová, V. (2005). *Sociální práce s duševně nemocnými*. Praha: Portál.

Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1. vyd. Editor Ondřej Pěč, Václava Probstová. V Praze: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-807-3872-533.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozš. Triton, 2006, 211 s., [8] l. obr. příl. ISBN 80-725-4746-1.

VYBÍRAL, Zbyněk a Jan ROUBAL. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Editor Dagmar Seifertová, Ján Praško, Cyril Höschl. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, xxiv, 479 s. ISBN 80-866-9406-2.

VYBÍRAL, Zbyněk, Jan ROUBAL a Jiří ŠUPA. *Současná psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2010, s. 475-494, 743. ISBN 9788073676827.

Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví [online]. [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.askos.cz/>

Statistická ročenka České republiky 2013 [online]. [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/kapitola/0001-13-r_2013-24

HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. Psychiatrie pro praxi [online]. [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200905-0007.php>

Historie kliniky. Psychiatrická klinika VFN [online]. 2012 [cit. 2014-04-14]. Dostupné z: <http://www.vfn.cz/pracoviste/kliniky-a-oddeleni/psychiatricka-klinika/historie-kliniky/>

JIRKŮ, Zdeněk. Bolest duše může být. [Http://www.muzes.cz/wp-content/files/14928.pdf](http://www.muzes.cz/wp-content/files/14928.pdf).

Kvalita života a vidění. [online]. [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: http://www.4oci.cz/kvalita-zivota-a-videni_4c127

MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR. In: [online]. [cit. 2014-03-30]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr_8306_2778_1.html

Psychiatrická nemocnice Bohnice. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.plbohnice.cz/>

Psychiatrická nemocnice Brno. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.pnbrno.cz/>

Psychiatrická nemocnice Dobřany[online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.pldobrany.cz/>

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.plhb.cz/>

Psychiatrická nemocnice Horní Bečkovice. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.plhberkovice.cz/>

Psychiatrická nemocnice Jihlava. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.pnj.cz/>

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.plkosmonosy.cz/>

Psychiatrická nemocnice Kroměříž. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.plkm.cz/cs/uvod>

Psychiatrická nemocnice Opava. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.pnopava.cz/>

Psychiatrická nemocnice Šternberk. [online]. [cit. 2014-03-19]. Dostupné z: <http://www.plstbk.cz/>

Rehabilitace. In: Wikipedia: the free encyclopedia [online]. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001- [cit. 2014-02-07]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Rehabilitace>

RÝDL, Karel. KVALITA (ang. QUALITY). In: Cesta ke kvalitě. Dostupné z: <http://www.nuov.cz/uploads/AE/publikace/AE1011.pdf>

Sociální rehabilitace. In: Paragraf 35, Vyhláška č. 505. 2006. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf

Zdravotnická ročenka Zlínského kraje. Ústav zdravotnických informací a statistik ČR [online]. [cit. 2014-03-29]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-zlinskeho-kraje>

Zákon o sociálních službách. In: č. 108/2006.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Přehled psychiatrických nemocnic v České republice s kapacitou nad 500 lůžek

Tabulka č. 2 – Charakteristika dotazovaných uživatelů

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Seznam otázek položených při rozhovoru

Příloha č. 2 - Denní program uživatelů Sociální rehabilitace Zahrada

PŘÍLOHA I:

Seznam otázek položených při rozhovoru

Jaký význam sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblastech sociálních vztahů?

- Jak se cítíme mezi ostatními uživateli v zařízení?
- Našel jste si zde kamarády?
- Čím vám pomáhá přítomnost ostatních uživatelů či pracovníků?

Jaký význam má sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblastech volného času?

- Pomáhají Vám volnočasové aktivity k rozvoji? Jak?
- Jaké jsou Vaše oblíbené činnosti?
- Máte návrh na jiné volnočasové aktivity?

Jaký význam má sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblasti péče o sebe?

- Do jaké míry zvládáte hygienu a úpravu zevnějšku?
- Dostává se Vám pomoc od okolí?
- Podporuje zařízení Vaši samostatnost? Jak?

Jaký význam má sociální rehabilitace duševně nemocných pro zvýšení jejich kvality života v oblasti zdraví?

- Jak se cítíte po zdravotní stránce?
- Myslíte si, že pobyt v zařízení může ovlivnit Váš zdravotní stav?

Jak jsou uživatelé spokojeni se sociální rehabilitací Zahrada?

- Jaký má pro Vás přínos pobyt zde?
- Jste s něčím v zařízení nespokojeni?
- Je něco, co by se mohlo v zařízení změnit?

PŘÍLOHA II.:**Denní program uživatelů Sociální rehabilitace Zahrada**

06:00 - 07:30	vstávání, ranní hygiena
07:30 - 08:30	snídaně
08:30 - 09:00	ranní komunita
09:00 - 11:00	pracovní terapie, nácvik potřebných dovedností /praní, žehlení, úklid, ruční práce/
11:30 - 13:00	vaření, oběd
13:30 - 14:30	zájmové a skupinové aktivity I.
14:30 - 15:30	zájmové a skupinové aktivity II.
15:30: 22:00	osobní volno
22:00 - 06:00	noční klid