

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

**Vývoj psychiatrické péče
k současným multidisciplinárním
týmům pohledem sociálního
pracovníka**

Bc. Jarmila Mádrová

Katedra sociální práce
Vedoucí práce: Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D.
Studijní program: Teologie (N6141)
Studijní obor: Křesťanská krizová a pastorační práce – Diakonika (6141T078)

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou diplomovou práci s názvem *Vývoj psychiatrické péče k současným multidisciplinárním týmům pohledem sociálního pracovníka* napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 10. 4. 2024
Jarmila Mádrová

Bibliografická citace

MÁDROVÁ, Jarmila. Vývoj psychiatrické péče k současným multidisciplinárním týmům pohledem sociálního pracovníka. Diplomová práce. 65. s., Praha, 2024: Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta, Katedra sociální práce, vedoucí práce Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D.

Anotace

Tato práce se zaměřuje na vývoj psychiatrické péče a roli sociálního pracovníka v rámci současných multidisciplinárních týmů poskytujících péči pacientům s duševními poruchami. Zachycuje vývoj psychiatrické péče od institucionálního modelu k moderním přístupům, které zdůrazňují integraci do komunity a individuální podporu. Reflektuje pozvolný vývoj reformy psychiatrické péče v České republice, včetně rozvoje komunitní péče a implementace Center duševního zdraví.

Práce zdůrazňuje důležitost spolupráce mezi různými profesionálními obory a zkoumá výzvy a výhody multidisciplinární spolupráce v oblasti duševního zdraví. Zvláštní pozornost je věnována roli sociálního pracovníka v těchto multidisciplinárních týmech, kde sociální pracovník plní klíčovou úlohu v poskytování sociální podpory. Tato podpora je v závěru práce doložena na případových studiích a ukazuje praktickou aplikaci multidisciplinární spolupráce v péči o duševní zdraví z pohledu sociálního pracovníka.

Klíčová slova

psychiatrická péče, sociální práce, duševní onemocnění, komunitní péče, multidisciplinární tým, Centra duševního zdraví

Annotation

This thesis focuses on the evolution of psychiatric care and the role of the social worker within contemporary multidisciplinary teams providing care for patients with mental disorders. It charts the evolution of psychiatric care from an institutional model to modern approaches that emphasize community integration and individual support. It reflects on the gradual evolution of psychiatric care reform in the Czech Republic, including the development of community-based care and the implementation of Mental Health Centers.

It emphasizes the importance of collaboration between different professional disciplines and explores the challenges and benefits of multidisciplinary collaboration in mental health. Particular attention is given to the role of the social worker in these multidisciplinary teams, where the social worker plays a key role in providing social support. This support is illustrated through case studies at the end of the thesis, showing the practical application of multidisciplinary collaboration in mental health care from the social worker's perspective.

Keywords

psychiatric care, social work, mental illness, community care, multidisciplinary team, Mental Health Centers

Poděkování

Poděkování patří vedoucí diplomové práce Doc. PhDr. Evě Křížové, Ph.D. za její ochotu, laskavost, cenné rady a trpělivost. Všem organizacím a institucím, ve kterých jsem mohla v průběhu své profesní praxe působit a obohatit se o osobní zkušenosti, které jsem využila při psaní této práce. Chtěla bych poděkovat všem vyučujícím a spolužákům, kteří mě v průběhu studia vedli, formovali a ovlivnili. V neposlední řadě patří největší poděkování mojí rodině.

Seznam zkratk

- CDZ – Centrum duševního zdraví
- DBT – dialekticko-behaviorální terapie
- WHO – Světová zdravotnická organizace
- MKN – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí
- ČR – Česká republika
- AD – azylový dům

Obsah

Seznam zkratek.....	8
Úvod	11
1. Začátky psychiatrie, historický vývoj a její proměny.....	12
1.1 Od starověku k lidové medicíně	12
1.2 Hippokrates: Otec moderního lékařství.....	12
1.3 Období středověku.....	13
1.4 Změny novověku	13
2. Péče o duševní zdraví v Čechách	15
2.1. Rozvoj české psychiatrie, vznik prvních psychiatrických léčeben.....	15
2.2. Moderní přístupy v psychiatrické péči	16
2.3. Medicinizace: Expanze medicíny a sociální kontrola ve 20. století.....	17
2.4. Antipsychiatrické hnutí	17
2.5. Alternativní pohledy na duševní nemoc	18
3. Současná problematika psychiatrické péče: Zhodnocení sociálních dopadů nemoci a přístupy k léčbě	20
3.1. Základní dělení a hodnocení závažnosti sociálních dopadů nemoci	20
3.2. Prevence duševních nemocí.....	22
3.3. Léčebné formy poskytované péče	22
3.3.1. Farmakologická léčba.....	23
3.3.2. Psychoterapie.....	23
3.3.3. Ambulantní péče.....	24
3.3.4. Lůžková péče.....	25
3.3.5. Intermediární služby a psychosociální rehabilitace.....	26
4. Duchovní a duševní stránka člověka	28
4.1. Dynamika péče o duši	28
4.2. Pastorační práce v současném kontextu	29
5. Pozvolný vývoj reformy psychiatrické péče v České republice.....	31
5.1. Komunitní péče	31
5.2. Rozvoj a implementace Center duševního zdraví	33
5.3. Vznik multidisciplinárních týmů poskytujících ambulantní program DBT	34
5.4. Překonávání stigmatu a transformace psychiatrické péče v ČR.....	34
6. Role sociálního pracovníka v péči o duševní zdraví	36
6.1. Sociální práce ve společnosti a v poskytování sociálních služeb.....	36
6.2. Sociální pracovník v péči o duševně nemocné osoby	37
6.3. Sociální pracovník v kontextu zdravotnictví.....	38
6.4. Terminologie na pomezí zdravotních a sociálních služeb v péči o duševně nemocné.....	39
7. Multidisciplinární spolupráce v praxi.....	41
7.1. Multidisciplinární tým psychiatrické kliniky	41

7.2. Představení psychiatrické kliniky.....	42
7.3. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu kliniky	43
7.4. Studie případů multidisciplinární spolupráce v praxi.....	44
7.4.1. Případová studie č. 1	45
7.4.2. Případová studie č. 2	47
7.4.3. Případová studie č. 3	49
7.4.4. Případová studie č. 4	51
7.3.5. Případová studie č. 5	53
7.4.6. Případová studie č. 6	54
7.4. Vyhodnocení případových studií.....	56
Závěr.....	58
Seznam literatury.....	60
Elektronické zdroje:	62

Úvod

Tato práce se zaměřuje na práci sociálního pracovníka a její přínos pro multidisciplinární tým v oblasti psychiatrické péče v moderní psychiatrii.

V současné době probíhá takzvaná druhá fáze reformy psychiatrie, která by měla zahrnout všechny oblasti péče – ambulantní, lůžkovou a komunitní.

V moderní psychiatrii je důležité poskytovat péči komplexní s přesahem do komunity péče. V oblasti zdravotnictví již není možné se zaměřovat pouze na odbornou lékařskou péči, ale je potřeba zohlednit i další aspekty, jako jsou poradenství, orientace v systému, tvorba individuálních plánů péče, koordinace, a zejména návaznost komunitních služeb.

Toto lze poskytnout pouze úzkou spoluprací týmu lidí, kde každý zastupuje svoji odbornost. Lidí, kteří mají různá východiska své práce a řídí se jinými předpisy, zákony, ale společným cílem pro vzájemnou spolupráci je zdraví a blaho nemocného s ohledem na jeho potřeby a jedinečnost. V takto úzké spolupráci je komunikace, rozdělení rolí jednotlivých členů týmu pro vzájemnou spolupráci zásadní.

Pro poskytování kvalitní sociální práce v odvětví psychiatrie považuji za důležité chápat historický kontext psychiatrie, proto se v úvodní části práce zaměřím na vývoj psychiatrické péče až po současnost. Pokusím se vykreslit, jak se myšlení a postoj k duševním poruchám vyvíjely v průběhu času a jaké faktory ovlivňovaly léčbu.

V další části práce shrnu základní léčebné formy poskytované pomoci s důrazem na nezastupitelnou farmakologickou léčbu, protože v mnoha případech bez dobře nastavené farmakologické léčby nelze účinně navázat a propojit nemocného s dalšími oblastmi zdravotního systému, psychologické či sociální podpory. Pozornost věnuji také duševní stránce člověka a současné pastorační práci na poli psychiatrie.

Pozvolný vývoj reformy v psychiatrické péči dává prostor většímu zapojení sociální práce. Sociální pracovník získává lepší ukotvení v dlouho opomíjené zkorumpované struktuře psychiatrie a začíná se lépe specifikovat jeho role. Vznikají centra a komunitní týmy, které pracují multidisciplinárně.

Cílem mé práce je zachytit historické a teoretické mezníky ve vývoji a proměně psychiatrické péče. Zaměřím se na význam a přínos sociální práce v této oblasti. Zdůrazním roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, jehož cílem je poskytování komplexní péče pro nemocné.

Na příkladu případových studií se pokusím ilustrovat, že sociální pracovník je plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu a vzájemná spolupráce různých odborníků v týmu má pozitivní dopad na člověka s duševním onemocněním.

1. Začátky psychiatrie, historický vývoj a její proměny

1.1 Od starověku k lidové medicíně

V historii lidstva se v literatuře objevují prvotní zmínky o rozdílnosti mezi lidmi, a to již v dobách starověku. Základním znakem onemocnění v této době byly popisy posedlostí člověka jiným člověkem, pověry o nadpřirozených silách a pocity strachu a zloby vůči nim. Lidové léčitelství v této době položilo základy pro rozvoj medicíny, přičemž první léčebné pokusy zahrnovaly použití rostlin, bylin, kořinek a různých živočišných látek, jako je krev, tuk nebo vnitřnosti zvířat. Lidé se snažili chránit před negativními vlivy pomocí preventivních talismanů a praktikovali různé rituály, včetně vyhánění zlých duchů, obřadních tanců a symbolických gest, které vnímali jako formu léčby. Během starověku se začaly formovat základy exorcismu a šamanismu. Postupem času se léčitelské dovednosti přenesly z komunitní úrovně na jednotlivce, kteří se stali profesionálními lidovými léčiteli nebo šamany. S nástupem náboženství se transcendentní schopnosti postupně přenesly na kněze. (Vencovský, 1996, stránky 11-13)

1.2 Hippokrates: Otec moderního lékařství

Za významné prameny lékařství lze považovat zejména Egypt, kde byly zaznamenány první papyrasy obsahující informace o tehdejší medicíně a vzdělanosti. Ve starověkém Řecku vznikaly první chrámy, které sloužily jako útočiště pro duševně nemocné. Ze starořečtiny také pochází pojem „psýché“¹.

Z dochovaných historických písemných pramenů se dozvídáme o Babylonii, Egyptě, Indii a Číně, které jsou považovány za rozvinuté civilizace s již existujícími vyspělými lékařskými systémy. (Vencovský, 1996)

V historii Řecka vyniká významná postava, která zanechala hlubokou stopu v oblasti lékařství, lékař a filozof Hippokrates (460–370 př. n. l.), zejména dochované spisy „Corpus Hippocraticum“. Hippokrates přinesl nový přístup k pochopení nemoci, kdy se zaměřoval na vlivy vnitřního i vnějšího prostředí na zdraví člověka. Zaměřoval se na jedinečný charakter každého jedince a zdůrazňoval jeho osobní odlišnosti a individuální potenciál. Založil lékařskou školu, která zdůrazňovala, že nemoc je přirozeným stavem a procesem v těle. Byl přesvědčen, že prostředí, ve kterém člověk žije a pracuje, má zásadní vliv na jeho zdraví. (Marková, 2006, s. 25)

¹ Výraz pro lidskou duši či mysl, později označovanou jako psychika.

Hippokratovy spisy nahradily jednoduché léčitelství. Mnohé koncepty známé z dávných časů přetrvávají i do dnešních dob, některé znaky můžeme spatřovat i v alternativních formách léčby duševní nemoci v dnešní době.

1.3 Období středověku

Období středověku se vyznačovalo tvrdým a krutým přístupem k lidem s odlišnostmi. Bylo snadné upadnout do nemilosti a společenské vyloučení často vedlo k zaplacení ceny nejvyšší, tedy smrti. Historický vývoj fenoménů, jako je posedlost a šílenství, byl úzce spojen spíše s dějinami náboženského myšlení než s dějinami šílenství. (Foucault, 1997, s. 81)

Středověk představuje období, kde se šílenství a náboženské myšlení úzce prolínaly. Docházelo k návratu k duchovním autoritám a praktikám, jako je exorcismus. Lidé trpící duševními poruchami byli často vylučováni z lékařského prostředí a podrobováni inkvizičním procesům. Šílenství a nemoc byly vnímány jako projevy omylu, hříchu, nečistoty či posedlosti zlými duchy nebo ďábly. To se projevovalo zejména v období čarodějnic a čarodějů, kdy byla přijata teorie tvrdící, že lidé s duševními chorobami jsou ovlivněni démony a ďábly. Historici odhadují, že během 16. a 17. století bylo v rámci čarodějnických procesů v Evropě popraveno několik tisíc jedinců. Je však důležité podotknout, že ne všichni obvinění byli duševně nemocní. Avšak všichni, kdo byli považováni za duševně nemocné, byli označováni jako posedlí démony a ďábly. (Vencovský, 1996, s. 91–118; Marková, 2006, s. 26–27)

1.4 Změny novověku

Postupně se v 16. století začala obnovovat víra v existenci duševní nemoci. Prvním psychiatrem a vytrvalým kritikem démonologických pověr byl holandský lékař Johann Weyer (1515–1588), který se veřejně postavil proti slavné knize Malleus Maleficarum,² známé také jako Kladivo na čarodějnice.

Během období renesance se do povědomí dostává koncept „lodí bláznů“, který je zaznamenán v literatuře, hudbě i malířství. Tento koncept zahrnoval vykázání duševně nemocných osob na moře, kde lodě pluly bez kapitána a směřovaly neznámo kam. Společnost se vždy snažila izolovat duševně nemocné jedince, ať už tím, že je vysílala na „lodě bláznů“ ve středověku, nebo později tím, že je umísťovala do léčeben vzdálených od měst, což je patrné i v lokalizaci těchto zařízení dodnes. (Höschl, 2004, s. 32)

² Spis Kladivo na čarodějnice je spisem, kterým započal „hon na čarodějnice“. Jde o učebnici inkvizitorů a postoj církve nejen vůči čarodějům, ale i duševně nemocným. V Čechách je známý historický film Kladivo na čarodějnice.

Duševně nemocní začali být umisťováni do útulků, nejprve na místech přilehlých k nemocnicím a postupně během 17. a 18. století ve velkých městech i samostatně. Pravidla pro zacházení s duševně nemocnými se začala formovat v období novověku. S nástupem humanistických myšlenek osvícenství, jež byly podníceny francouzskou revolucí, došlo k postupnému zlepšování péče. V této éře vyniká osobnost Philippa Pinela (1745–1826), francouzského lékaře a průkopníka psychiatrie, jenž kladl důraz na nezbytnost léčby duševně nemocných s ohledem na jejich individuální potřeby a lidskou důstojnost. Toto období je v dějinách šílenství popisováno jako zrození útulků. (Marková, 2006, s. 27; Foucault, 1994, s. 169–207)

2. Péče o duševní zdraví v Čechách

Během středověku v Čechách chyběl systematický přístup k péči o nemocné. Kláštery provozovaly tzv. „hospitály“, kde se o nemocné staraly jeptišky a mniši. Neklidní jedinci s duševními potížemi často končili ve vězení, kde někteří dokonce podstupovali tělesné tresty. (Marková, 2006, s. 27)

Podle Vencovského se za počátek péče o duševně nemocné v Čechách považuje rok 1783. (Vencovský, 1996, s. 195–196). Historickým mezníkem léčebné péče se stává nařizovací dekret vydaný císařem Josefem II. ze dne 19. března 1783. Tímto dekretem bylo zřízeno oddělení určené pro duševně choré kněze. Poté se postupně začali duševně nemocní v Praze umisťovat do nemocničních zařízení. První oddělení disponovalo sedmnácti menšími místnostmi a jednou společenskou místností. V roce 1789 byla postavena celá budova určená pro péči o choré a staré osoby obou pohlaví v nově zřízeném chorobinci. V roce 1790 došlo k slavnostnímu otevření všeobecné nemocnice a prvního samostatného ústavu pro duševně nemocné, známého také jako „blázinec“. Tento ústav měl podobu dvou jednoduše zařízených pokojů, ve kterých bydleli opatrovníci, označovaní jako hlídači, kteří přímo bydleli v pokojích nemocných. Tito hlídači pocházeli z nejchudších společenských tříd a měli mizivé platy. Jejich povinností bylo dohlížet na úklid a čistotu a nebylo jim dovoleno opustit zařízení. Měli také pravomoc rozhodovat o udělování fyzických trestů. (Marková, 2006, s. 28).

2.1. Rozvoj české psychiatrie, vznik prvních psychiatrických léčeben

Začátkem roku 1829 se psychiatrie stává samostatným vědním oborem pod lékařským vedením.

Postupně v letech 1860 až 1934 vznikají první psychiatrické léčebny. V roce 1863 v Brně, v roce 1869 v Kosmonosech, v roce 1883 v Dobřanech, v roce 1890 v Horních Beřkovicích, v roce 1909 v Bohnicích a v roce 1934 v Havlíčkově Brodě. První česká učebnice psychiatrie, obsahující bohatý slovník, je publikována v roce 1890 Karlem Kuffnerem (1858–1940). (Höschl, 2004, s. 33)

Historické změny ve společnosti měly značný vliv i na vývoj psychiatrické péče v českých zemích. První a druhá světová válka, nacistické hnutí a komunistická ideologie zanechaly svou stopu. Totalitní režimy se snažily potlačit demokracii, což se promítlo i do oblasti psychiatrie. V letech 1950 až 1989 byla česká psychiatrie částečně podřízena ideologii vládnoucí skupiny, která se snažila „uklidit“ nepohodlné osoby. Někteří odpůrci tehdejšího režimu byli hospitalizováni v psychiatrických léčebnách. (Baudiš, Libiger, 2002)

V roce 1966 byl schválen zákon č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, což představovalo novou zákonnou normu pro sjednocené zdravotnictví. V tomto období byla správa zdravotnických zařízení svěřena okresním a krajským výborům. Reformní snahy v roce 1968 byly přerušeny sovětským zásahem. Během sedmdesátých let docházelo k nárůstu počtu specialistů – lékařů, psychologů a pedagogů. Léčebny se zaměřovaly na poskytování moderních léčebných metod, zahrnujících biologické, farmakologické, psychoterapeutické a rehabilitační přístupy. (Marková, 2006, s. 31; Foucault, 1997)

2.2. Moderní přístupy v psychiatrické péči

Na přelomu 18. a 19. století nastala nová éra v pojetí duševních chorob. Kolem roku 1900 se psychiatrie stala uznávaným lékařským oborem a začala být vyučována jako samostatná vědní disciplína. Významnou postavou v oblasti psychiatrie byl Emil Kraepelin (1856–1926), německý psychiatr, který zavedl diagnostický systém v psychiatrii.

Další významnou osobností v psychiatrii byl Sigmund Freud (1856–1939), jehož psychoanalýza přispěla k současné každodenní praxi v různých formách. Jeho základní myšlenkou bylo odhalování nevědomých a pudových příčin psychiatrických potíží.

V padesátých letech minulého století se poprvé začala v praxi využívat antipsychotika, jako například chlorpromazin. Následně se objevila další antipsychotika, z nichž mnohá jsou využívána dodnes. Rozvoj psychofarmakoterapie radikálně změnil strukturu psychiatrických zařízení, ta se postupně vyvíjela do současné podoby. (Příkryl, 2010, s. 40–41)

Farmakoterapie přispívala ke zkrácení doby hospitalizace a léčba se stále více orientuje na ambulantní péči. Současně se zdůrazňuje individuální přístup k pacientovi, přičemž se bere v úvahu jeho konkrétní situace a rodinné prostředí. Obor psychiatrie prochází změnami v několika oblastech, včetně konceptuálního přístupu, diagnostiky, terapie, organizace péče, výzkumu a výuky.

Nejmladší generace lékařů, zaměřujících se na farmakologii, absolvuje různé psychoterapeutické výcviky, čímž se postupně rozplývají hranice mezi „práškaři“ a „duchaři“. Lékaři se stále více posouvají z role „vládců“ k roli „poradců“, kde spolupracují se svými pacienty na individuální léčbě a podporují jejich aktivní účast v procesu léčby. V průběhu 90. let dochází k dalšímu rozčlenění a specializaci v oblasti psychiatrie. Vznikají oddělené jednotky pro akutní a následnou péči a současně se rozvíjí péče komunitní. Postupně jsou zřizovány specializované instituce zaměřené na konkrétní oblasti péče o duševní zdraví. (Höschl, 2004, s. 36–37)

Současná psychiatrie je úzce provázána s psychologii, avšak zároveň se od ní jasně odlišuje. Zaměřuje se na duševní choroby, na kterých se podílí tři faktory:

biologické, psychologické a sociální, které mohou navzájem interagovat. Psychiatrie sama sebe chápe jako obor zabývající se příčinami, diagnostikou, léčbou a prevencí duševních poruch. (Höschl, 1997)

2.3. Medicinizace: Expanze medicíny a sociální kontrola ve 20. století

Během dvacátého století dochází k rozšíření oblasti medicíny, kdy se pomocí lékařských prostředků řeší i problémy, které původně nebyly považovány za nemoci, jako je zrození, stárnutí, umírání a poruchy chování. Tím se medicína stává hlavní institucí sociální kontroly, obdobně jako tradiční náboženství a právo. (Křížová, 2006, s. 24)

Termín „medicinizace“ označuje rozšíření pojetí nemoci. V 60. letech začala tato myšlenka pronikat do oblasti sociologie. Zároveň se začalo používat slovo „psychiatrizace“, což značí nárůst diagnóz v oblasti psychiatrie. Irving Kenneth Zola je považován za tvůrce pojmu, který popisuje expanzi medicíny a vnímání sociálních deviací jako nemoci. (Davis, 2006, s. 51)

Chromý uvádí, že toto je spojeno s tím, jak je zdraví hodnoceno v hodnotovém systému dnešního člověka. Přání „hlavně aby to zdravíčko...“, vycházející z nejrůznějších situací, není náhodné. Lidé, kteří sdílejí tento hodnotový postoj, si těžko představí, že pro naše předky mohlo zdraví být tak daleko za hodnotami jako spasení duše, neposkvrněná čest, plný žaludek nebo pytel mincí. Nemoc se stává synonymem nežádoucího, zatímco zdraví ztělesňuje ideál. (Chromý, 1990, s. 38–39)

V literatuře nalézáme kritické pohledy na medicinizaci.

Ivan Illich se tématem zabývá a kritizuje lékařský diktát v moderní společnosti. Poukazuje na škody, které medicína jako instituce způsobuje. Medicína má morální rozměr a poskytuje prostor pro dobro i zlo. Podobně jako zákony nebo náboženství definuje v každé společnosti, co je normální, správné nebo žádoucí. Lékař je tím, kdo rozhoduje, co je pouze obtíž a kdo je skutečně nemocný. Lékařská profese je projevem jednoho konkrétního způsobu vlády nad strukturou třídní moci, kterou získaly elity vzdělané na univerzitách, a každá odchylka od normálu má svou diagnózu. (Illich, 2012, s. 177)

2.4. Antipsychiatrické hnutí

V šedesátých letech minulého století vzniká antipsychiatrické hnutí, jež mělo vliv na změny v psychiatrii a na vnímání duševního zdraví.

Je to sociální a politické hnutí, které se postavilo proti existujícím paradigmatům a praktikám v oblasti psychiatrie a duševního zdraví. Toto hnutí často kritizuje psychiatrické instituce, léčebné metody a diagnostické postupy, tvrdí, že tyto praktiky často omezují svobodu jednotlivců a přispívají k jejich

stigmatizaci a marginalizaci. Antipsychoiatrické hnutí se snaží prosazovat alternativní přístupy k léčbě duševních poruch, jako jsou podpora komunitní péče, psychoterapie a respektování práv jednotlivce.

Thomas S. Szasz byl jedním ze zakladatelů antipsychoiatrického hnutí, byl profesorem psychiatrie v New Yorku. Szasz tvrdil, že duševní nemoci jsou často důsledkem sociální patologie a že zdraví je komplexní záležitost, kterou nelze jednoduše léčit lékařskými prostředky. Na rozdíl od většiny fyzických onemocnění nelze duševní nemoci potvrdit pomocí krevních testů nebo jiných biologických metod. Antipsychoiatrické hnutí, jež Szasz podporoval, odmítalo existenci duševních onemocnění a považovalo je za projev psychosociálního stresu. (Příkryl, 2010, s. 40–41)

Antipsychoiatrické hnutí zastupovali psychiatři i psychologové a vznikalo jako odpověď na přílišnou koncentraci psychiatrie na biologické metody léčby. I když toto hnutí prakticky zaniklo v 70. letech minulého století, jeho vliv se projevil v dalších snahách o reformu, jakou bylo hnutí za reformu péče o duševní zdraví, známé jako Mental Health Movement. Mezi jeho základní rysy patřila deinstitucionalizace, částečná deopatologizace, důraz na práva pacientů a zapojení uživatelů služeb. Antipsychoiatrie představovala myšlenkově rozmanitý proud, který se postavil do opozice vůči tradičně orientovaným psychiatrům podporovaným mocným farmaceutickým průmyslem. Nicméně upozornila na nedostatečné podmínky v mnoha psychiatrických zařízeních a na skutečnost, že duševní nemoc není způsobena pouze poruchami receptorů v mozku. (Černoušek, 1994, s. 26; Příkryl, 2010, s. 40–41)

2.5. Alternativní pohledy na duševní nemoc

Existuje celá řada alternativních pohledů na duševní zdraví, které se liší v závislosti na kulturním, sociálním a historickém kontextu.

Z hlediska sociologie a historického pohledu Chromý prostřednictvím různých modelů duševních poruch uvádí následující možnosti jak přistupovat k pacientům ve zdravotnických psychiatrických zařízeních (Chromý, 1990):

- Morální model v psychiatrii vznikl v první polovině 19. století. V současnosti se přetavil v behaviorální model, který zásadně mění náš pohled na šílenství. Nemocní, dříve přirovnávání ke zvířatům, jsou nyní vnímáni spíše jako děti, schopní si osvojit žádoucí chování. Náprava spočívá v odstranění nežádoucího chování pomocí pozitivních a negativních sankcí, přičemž autorita rozhoduje o odměnách či trestech. Dobrovolný nebo nedobrovolný pobyt trvá až do dosažení změny chování. Typickým představitelem tohoto modelu je P. Pinel;
- Model lékařský nebo biomedicínský vnímá chování postiženého jako výraz jeho nemoci. Náprava spočívá v léčbě, kterou diagnostikuje

lékař, a léčba je prováděna zdravotnickým personálem s cílem nemocného vyléčit, případně předcházet zhoršení zdravotního stavu. Zásadní odlišnost mezi oběma modely spočívá v chápání zodpovědnosti. Morální model přisuzuje zodpovědnost jedinci, zatímco medicínský model tuto zodpovědnost přebírá. Současná psychiatrická zařízení operují s oběma modely z důvodů historických i praktických;

- Konspirační model, i když nepředstavuje jednotnou koncepci, je spojován s označováním lidí za duševně nemocné a slouží společnosti jako prostředek k vybírání obětních beránek;
- Kromě toho Chromý uvádí další modely ze sociologického hlediska, jako je psychoanalytický model, defektní model, rodinný interakční model, sociální model a psychedelický model. Tyto modely přinášejí různé pohledy na duševní nemoci a léčbu.

3. Současná problematika psychiatrické péče: Zhodnocení sociálních dopadů nemoci a přístupy k léčbě

Současná problematika psychiatrické péče je komplexní a dynamická oblast, která se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí různorodých duševních poruch a obtíží. Tato problematika zahrnuje širokou škálu témat, jako je dostupnost péče, kvalita poskytované péče, stigma spojené s duševními poruchami, financování, a společenské a kulturní faktory ovlivňující péči o duševní zdraví. Přesah psychiatrické péče zahrnuje nejen lékařské a terapeutické intervence, ale také širší sociální aspekty, které ovlivňují duševní zdraví jednotlivců. Patří sem například podpora v rodině a komunitě, sociální rehabilitace, integrace do pracovního prostředí a podpora duševního blaha ve společnosti.

3.1. Základní dělení a hodnocení závažnosti sociálních dopadů nemoci

Postupně dochází k vytváření různých teorií a škol, které se zabývají klasifikací duševních poruch. Tyto školy rozvíjely přístupy od teologických až po přísně organické.

Počátek soudobé moderní klasifikace duševních poruch se datuje do roku 1980, kdy byla publikována třetí revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace. O rok později, v roce 1992, byly některé principy z této revize převzaty a aplikovány při vytváření desáté revize. Tato klasifikace zahrnuje kapitolu věnovanou psychiatrickým poruchám, která je používána i v České republice. Obsahuje 99 diagnóz duševních poruch, označených písmenem F. Podle mezinárodního průzkumu je kapitola MKN-10 k dispozici v 25 jazycích a využívá se ve většině evropských zemí. (Höschl, 2004, s. 344–346; Duševní poruchy a poruchy chování, 2006)

Diagnostickým manuálem Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) se řídí psychiatři v České republice a jeho hlavní skupiny poruch jsou (MKN-10, 2006):

- Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- Poruchy nálady (afektivní poruchy)
- Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatomorfní poruchy
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami

- Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- Mentální retardace
- Poruchy psychického vývoje
- Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci
- Nespecifikovaná duševní porucha

Podle veřejně dostupných statistik z roku 2019 byly nejčastějším důvodem hospitalizace v psychiatrických léčebnách reakce na těžký stres a poruchy přízpusobení, s celkovým počtem 2173 hospitalizací. Na druhém místě se umístily poruchy chování způsobené užíváním alkoholu s 1874 hospitalizacemi následované psychózami schizofrenního okruhu s 1732 případy. Mezi další časté diagnózy patřily úzkostné poruchy, deprese, neurózy a poruchy osobnosti. (Hospitalizovaný v nemocnicích ČR 2019)

Diagnostika umožňuje komunikaci mezi odborníky napříč obory, poskytuje prostor pro vzájemné porozumění, plánování léčby a rehabilitačních opatření. Zároveň pomáhá pacientům a jejich blízkým lépe pochopit projevy nemoci a zvládat s nimi spojené výzvy.

Pracovníci v oblasti psychiatrické a psychosociální rehabilitace upozorňují na omezený pohled, který diagnostická klasifikace duševních poruch na lidi s duševními obtížemi přináší. Někteří kliničtí pracovníci tento přístup kritizují, protože nebere v úvahu kontext reálného života jednotlivce. Lidé s duševními poruchami sice prožívají dopady nemoci, ale současně se musí vypořádat i s běžnými každodenními situacemi. Pro profesionály v oblasti sociální práce jsou důležité socioekonomické, sociální, kulturní a celkové životní podmínky pacientů. Zájem se zaměřuje na interakci mezi jednotlivcem a jeho prostředím. Snaha o kombinaci diagnostiky založené na principu normálního a abnormálního chování a komplexního pojetí jednotlivce v jeho prostředí může vyvolávat profesní konflikty a související napětí. (Probstová, 2014, s. 20–21)

Pro sociální pracovníky a další nelékařské profese hraje diagnostika klíčovou roli při identifikaci nejvýznamnějších příznaků, syndromů a celkového dopadu duševní nemoci na jednotlivce.

Každá z výše uvedených diagnostických skupin má značný dopad na komplexní život jednotlivce. Nejprve dochází ke změnám v soukromí a rodinném životě postiženého, změny ovlivňují všechny členy nejbližší rodiny. Dále lze hovořit o sociálních a ekonomických důsledcích. S nemocí se mění status a role jednotlivce v rámci společnosti.

Ve vztahu k udržení si pracovních návyků můžeme uvést, že akutní projevy duševního onemocnění, které obvykle trvají jen krátkou dobu, zpravidla nepředstavují takovou zátěž v pracovním životě jako trvalé změny v psychice. Při trvalých změnách se mnoho pacientů potýká s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti a emocí jako hlavním problémem. Potíže

v oblasti sebeprožívání a vztahů k lidem mohou mít za následek částečnou nebo úplnou ztrátu pracovní schopnosti. (Matoušek a kolektiv, 2010, s. 148)

3.2. Prevence duševních nemocí

Duševní zdraví představuje stav duševního blaha, který jednotlivcům umožňuje efektivně zvládat stres v životě, rozvíjet své schopnosti, úspěšně se učit a pracovat, a přispívat k dobru své komunity. (WHO, Mental health)

Prevence duševních nemocí je klíčovým prvkem ve zdravotní péči a má zásadní význam pro každého jednotlivce. Podpora sociálních vazeb, udržování zdravých vztahů s rodinou, přáteli a komunitou mohou posílit emocionální podporu a snížit pocit izolace a osamělosti. Vzdělávání a osvěta, poskytování informací o duševním zdraví a podpora otevřených diskuzí mohou zmírnit strach a nesprávné představy spojené s duševními nemocemi a podpořit včasnou intervenci a léčbu. Včasnou intervencí lze předcházet nežádoucím hospitalizacím a zatěžování zdravotního systému.

Apel na mezinárodní úrovni přichází od Světové zdravotnické organizace, která zdůrazňuje a vyzývá země, aby směřovaly k lepšímu zdraví svých obyvatel tím, že se zaměří na transformaci a budou si více vážit a investovat do duševního zdraví, zlepšit prostředí, kde lidi žijí, pracují a studují, a posílí péči o duševní zdraví tak, aby byly kvalitní služby dostupné všem, kdo je potřebují. (WHO, World mental health report, 2022)

Aktuálně v Čechách běží několik projektů zaměřených na podporu prevence duševního zdraví, které jsou financovány Evropskou unií. Tyto projekty jsou převážně realizovány ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a mají za cíl šířit informace, provádět preventivní vzdělávání a zvyšovat povědomí o duševním zdraví. (narovinu.net, opatruj.se, dzda.cz, sebevrazdy.cz)

3.3. Léčebné formy poskytované péče

Samotné poskytování péče neznamená pouze poskytnutí léčby, ale zahrnuje také podporu a porozumění ze strany zdravotnických pracovníků, rodiny a přátel. Důležitým prvkem je také osvěta veřejnosti a boj proti stigmatizaci lidí trpících duševními obtížemi. Komplexní péče respektující individuální potřeby každého pacienta a poskytující mu podporu na všech úrovních je klíčem k úspěšnému zvládnání duševních obtíží a dosažení zlepšení jeho životní kvality.

Tyto formy péče mohou být poskytovány samostatně nebo kombinovány v rámci individuálního plánu léčby, který je přizpůsoben potřebám a stavu každého jednotlivého pacienta. Pro dosažení co nejlepších výsledků je pro pacienty trpící duševními obtížemi důležité, aby péče byla komplexní.

3.3.1. Farmakologická léčba

Farmakologická léčba je důležitou součástí péče o duševní zdraví. Pomocí léčivých přípravků, nazývaných farmaka, se ovlivňuje duševní stav jednotlivce. Tento typ léčby spadá do oblasti lékařské praxe, zejména do kompetence psychiatrů, kteří diagnostikují a léčbu předepisují.

Pro mnoho lidí trpících duševními poruchami je farmakologická léčba nezbytná a může být dlouhodobá. Při zahájení nové léčby nebo změně stávajícího režimu může být doporučena hospitalizace, aby bylo možné pečlivě sledovat reakce pacienta a případné nežádoucí účinky. Psychiatrický monitoring zahrnuje pravidelná vyhodnocení účinnosti léčby a případné úpravy dávkování nebo léčebného plánu podle individuálních potřeb a reakcí pacienta.

Proces psychiatrického sledování zahrnuje několik klíčových aspektů. Začíná důkladným psychiatrickým vyšetřením, během kterého je hodnocena symptomatologie, zdravotní historie a další související faktory ovlivňující stav pacienta. Na základě těchto informací je pak stanovena vhodná léčba a určeno dávkování léků. Důležitou součástí sledování je pravidelná kontrola pacienta. To zahrnuje pravidelné konzultace s psychiatrem, během kterých se posuzuje, jak pacient reaguje na léčbu a jaké změny se v jeho duševním stavu vyskytly. Lékař a pacient spolu diskutují o účincích léku, jeho vlivu na symptomy a případných nežádoucích účincích, které se mohou projevit. Tento proces umožňuje lékaři upravit léčbu podle individuálních potřeb a reakcí pacienta, což přispívá k efektivnímu řízení duševního zdraví. (Höschl, 2004, s. 102).

Do základní klasifikace psychofarmak patří léky ovlivňující vědomí a paměť, náladu a úzkost, psychickou integritu. (Theiner, 2009)

Psychofarmaka hrají klíčovou roli v prevenci relapsů duševních onemocnění, ale vedle svých pozitivních účinků přinášejí i určité nevýhody, jako jsou vedlejší účinky. Nežádoucí účinky mohou zahrnovat změny nálady, zmatenost, zvýšenou úzkost, ztrátu paměti, bolesti hlavy, nepravidelný srdeční tep, poruchy spánku, problémy se sexualitou. Přestože existují tyto nežádoucí účinky, přínosy těchto léků převažují. Pomáhají odstraňovat biologické příčiny a projevy nemoci, což posiluje účinnost socioterapie a psychoterapie. Díky nim pacienti stabilizují svůj stav a minimalizují riziko relapsu, což jim umožňuje lépe fungovat ve svém každodenním životě a dosahovat vyšší kvality života. Je důležité upozornit, že psychofarmaka je třeba užívat dlouhodobě a pravidelně. (Fokus Opava, 2024)

3.3.2. Psychoterapie

Další důležitou formou léčby je psychoterapie, která následuje po zahájení farmakoterapie v akutní psychiatrické péči. Psychoterapie je terapeutický přístup, který se zaměřuje na léčbu duševních a emocionálních problémů skrze interakci mezi terapeutem a klientem.

Cílem je pomoci klientovi porozumět jeho vlastnímu vnitřnímu světu. Psychoterapie zahrnuje pochopení vnitřního světa klienta, identifikaci

nevhodných myšlenkových vzorců a chování a pak práci na jejich transformaci. Důležitým aspektem je také budování pozitivního terapeutického vztahu, který poskytuje bezpečné a podpůrné prostředí pro osobní růst klienta. Psychoterapeuti mají kvalifikaci a odbornost využívat různé psychologické principy a klinické metody, aby pomohli klientům dosáhnout změn v jejich životě. Tento proces je systematický a cílený, což znamená, že terapeuti pracují s klienty na základě konkrétních cílů a používají strukturované metody k dosažení těchto cílů. Zároveň je důležité zdůraznit, že psychoterapie je spolupráce mezi terapeutem a klientem. Terapeut poskytuje odborné vedení a podporu, zatímco klient přináší svou otevřenost, odhodlání a aktivní účast na procesu změny. Cílem je dosáhnout osobního růstu a psychického zdraví, které zlepší kvalitu života klienta. Hlavní pracovní nástroj, který v psychoterapii psychologové a psychoterapeuti využívají, je rozhovor a kladný terapeutický vztah. (Kratochvíl, 2012, s. 19)

Existuje široká škála různých přístupů a metod psychoterapie, z nichž každá má své vlastní principy a techniky. Mezi nejznámější formy psychoterapie patří kognitivně-behaviorální terapie, která se zaměřuje na identifikaci a změnu neproduktivních myšlenkových vzorců, psychodynamická terapie klade důraz na prozkoumání nevědomých procesů. Humanistická terapie se zaměřuje na rozvoj osobnosti a seberealizaci klienta. Rodinná terapie se zaměřuje na porozumění a změnu vztahových vzorců a dynamik v rámci rodiny.

Specifickými formami psychoterapie, které se v psychiatrii využívají, je ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, canisterapie a další. Tyto formy terapie mají za cíl podpořit emocionální, sociální a psychické blaho pacientů.

3.3.3. Ambulantní péče

Ambulantní psychiatrická péče je důležitou součástí zdravotního systému, která se zaměřuje na poskytování diagnostiky, léčby a péče o pacienty s duševními poruchami a problémy. Oproti hospitalizaci se liší tím, že pacienti docházejí na pravidelné konzultace a terapeutické seance do psychiatrických ambulancí, aniž by museli zůstat v nemocnici.

V rámci ambulantní péče pacienti navštěvují svého ambulantního psychiatra, jehož úkolem je prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, resocializace a hodnocení duševních poruch. (Marková, 2006, s. 38)

V psychiatrických ambulancích pracují odborní psychiatři a psychoterapeuti, kteří disponují specializovanými znalostmi a dovednostmi v diagnostice a léčbě různých duševních poruch. Během ambulantních návštěv lékaři provádějí důkladnou anamnézu, vyhodnocují příznaky a stanovují diagnózu. Na základě toho pak navrhnou a předepisují vhodnou léčbu, která může zahrnovat farmakoterapii nebo psychoterapii. Ambulantní péče umožňuje pacientům pravidelně se setkávat se svým psychiatrem nebo terapeutem

a sledovat průběh svého léčebného plánu. Tyto návštěvy dávají prostor provádět případné úpravy léčby a hodnotit její účinnost.

Ambulantní péče je často vhodná pro pacienty s mírnějšími duševními poruchami nebo pro ty, kteří již prošli hospitalizací a potřebují pokračovat ve sledování a léčbě ve svém běžném prostředí. Nicméně v ambulantní psychiatrické péči je nedostatek kapacit a dlouhé čekací lhůty. To je způsobeno nedostatkem specialistů v oboru a vysokou poptávkou po psychiatrické péči. Tento nedostatek může mít za následek omezený přístup k péči, což může být zvláště problematické pro lidi žijící v menších městech nebo odlehlých oblastech.

Čekací doba na ambulantní návštěvu bývá v dlouhých rozestupech. Lékař má na pacienta z kapacitních důvodů vyhrazeno minimum možného času a samotné návštěvy suplují nedostatečnou komunitní péči.

V roce 2023 je podle registru Národního portálu psychiatrické péče v ČR registrováno 1038 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie. (Národní portál psychiatrické péče, 2023)

3.3.4. Lůžková péče

Lůžková péče, často označovaná jako institucionální péče, je zdravotnický přístup, který zahrnuje hospitalizaci pacientů v specializovaných zařízeních, jako jsou psychiatrická oddělení nemocnic nebo psychiatrické léčebny, kde se poskytuje lékařská péče a terapie. Hospitalizace je obvykle indikována pro pacienty, kteří vykazují akutní symptomy duševních poruch, jež mohou být nebezpečné pro ně nebo pro ostatní, nebo pro ty pacienty, kteří vyžadují komplexní léčbu, která není možná ve standardních ambulantních podmínkách.

Během pobytu na lůžkovém oddělení mají pacienti přístup k lékařské péči, terapiím a podpoře 24 hodin denně. Tato forma péče umožňuje monitorování a upravování léčebného plánu podle potřeb pacientů. Díky tomu mohou získat nezbytnou pomoc a péči v okamžiku, kdy ji potřebují.

Spolupráce lůžkové péče s ambulantní je důležitá, protože pomáhá zajistit kontinuitu péče po propuštění pacienta z lůžkového zařízení. Po propuštění mohou pacienti dál pokračovat v léčbě a terapiích v ambulanci.

Na lůžkovém oddělení poskytuje potřebnou péči tým zdravotnických odborníků, včetně psychiatrů, psychologů, sester a terapeutů. Všichni spolupracují na vytváření individuálního plánu léčby, který zahrnuje farmakoterapii, psychoterapii a další terapeutické metody.

Cílem lůžkové psychiatrické péče je nejen zmírnit akutní symptomy a krizové stavy, ale také stabilizovat pacienta, poskytnout mu podporu a naučit ho zvládat svou duševní poruchu. Během hospitalizace jsou pacienti sledováni, jejich léčebný plán je průběžně upravován a je jim poskytována individuální terapeutická podpora.

Lůžková péče může být limitována kapacitou, což může způsobovat delší čekací doby a obtíže s přístupem ke službám, zejména v případě dětské psychiatrie, kde je aktuálně nedostatek dostupných služeb.

Dle Národního portálu psychiatrické péče v ČR je v roce 2023 nemocniční péče poskytována v 51 zařízeních. (Národní portál psychiatrické péče 2023)

Lůžková péče je obvykle ekonomicky nákladná a hospitalizace pacienta s duševním onemocněním vyžaduje relativně dlouhý pobyt.

Počet hospitalizací na akutním lůžku v psychiatrii má stoupající tendenci. Například v roce 2012 bylo hospitalizováno celkem 16 964 případů, v roce 2018 to bylo 22 934 případů. V roce 2022 bylo v psychiatrických zařízeních celkově zaznamenáno už 31 107 hospitalizačních případů na akutní psychiatrické lůžko a průměrná ošetrovací doba činila 15,7 dnů. (Psychiatrická ročenka 2022, s. 35)

Je také zásadní, aby lůžková péče byla propojena s ambulantními a komunitními službami, což pacientům umožní pokračovat ve sledování a podpoře i po propuštění z nemocnice. Tento přístup napomáhá udržet kontinuitu péče a usnadňuje přechod pacientů z lůžkové péče zpět do běžného života.

3.3.5. Intermediární služby a psychosociální rehabilitace

Intermediární služby jsou formou péče poskytovanou lidem s duševními obtížemi, která se nachází na pomezí mezi intenzivním zdravotnickým ošetřením, například hospitalizací, a běžnou komunitní péčí. Tyto služby jsou navrženy tak, aby poskytovaly podporu a pomoc jednotlivcům v procesu zotavování a reintegrace do společnosti po závažných duševních krizích nebo léčbě. Intermediární služby mohou zahrnovat různé aktivity a zdroje, jako jsou terapeutické skupiny, podpora při hledání zaměstnání, bydlení, denní programy, sociální interakce a další. Jejich cílem je poskytnout individuálně přizpůsobenou podporu a pomoci jednotlivcům v obnově jejich funkčnosti a soběstačnosti v každodenním životě. (Raboch, Wenigová, 2012, s. 62–71)

Součástí léčby u lidí s duševní nemocí je také komplexní psychosociální rehabilitace. Cílem této rehabilitace je pomoci jednotlivcům získat dovednosti, sebevědomí a nezávislost potřebnou k plnohodnotnému fungování ve společnosti. Jedním z častých projevů duševní nemoci je ztráta zájmu, původních návyků a celkového režimu. Psychosociální rehabilitace se zaměřuje na různé oblasti života, jako jsou zaměstnání, bydlení, vztahy, finanční záležitosti a osobní péče. Pomáhá klientům udržet běžné sociální dovednosti a je zaměřená na všechny složky osobnosti. Rehabilitace u duševně nemocných může mít různé formy a cíle, například léčebnou, pracovní nebo sociální rehabilitaci. Komplexní psychiatrická rehabilitace je dlouhodobým procesem. V akutní fázi nemoci probíhá v psychiatrických léčebnách, zatímco v doléčovací fázi může být poskytována v denních centrech, denních stacionářích nebo chráněných dílnách. Cílem je překonání sociální izolace a rozvoj praktických schopností s cílem zapojení se do života. Psychosociální rehabilitace je založena

na posilování a podpoře jednotlivce v dosažení jeho potenciálu a naplnění jeho cílů. Do týmu pracovníků v oblasti psychosociální rehabilitace mohou patřit sociální pracovníci, psychologové a terapeuti, kteří spolupracují s klienty na vytváření individualizovaných plánů rehabilitace. Jedná se o multidisciplinární oblast, která může zahrnovat profesionály z různých oborů a s různými zaměřenými.

4. Duchovní a duševní stránka člověka

Psychiatrie a náboženství společně vedou dialog, tento vývoj sahá do historie, například k již zmiňovaným čarodějnickým procesům. V této kapitole bych ráda upozornila na nutnost chápat člověka komplexně. Duchovní ani duševní stránku člověka nelze vynechat z jeho komplexní podstaty. V celostním pojetí lidského bytí je zahrnuta i spirituální oblast člověka. Na člověka se můžeme z pohledu teologie dívat jako na bio-psycho-sociální bytost nebo bio-psycho-spirituální entitu. Zde se jednotlivé obory prolínají.

Křesťanská spiritualita se může lišit podle různých hledisek, například podle teologického zaměření, historického období nebo země původu. Různé řády, jako benediktini nebo františkáni, mají různé přístupy. Existují také různé školy myšlení, jako je apofatická, zdůrazňující ticho a pasivitu, nebo katafatická, zdůrazňující pozitivní hodnocení vztahů. Dějiny západní spirituality často rozlišují mezi katolickými a protestantskými tradicemi, což je obzvláště patrné v některých zemích, jako je i naše.

Uvedené typologie pomáhají zachovat jedinečnost specifických duchovních tradic a ocenit bohatou rozmanitost v křesťanské spiritualitě, pokud jsou vyjádřeny křesťansky. Existuje nebezpečí v tom, že žádná z těchto typologií není úplná nebo dokonalá, protože všechny jsou založeny na relativních hodnotách a omezených perspektivách. (Sheldrake, 2023 s. 182–204)

4.1. Dynamika péče o duši

Duchovní a duševní stránka života jsou vzájemně propojeny. Říčan v kapitole Náboženství a psychopatologie píše, že není zcela jasné, zda by se člověku, který je duševně vnitřně trýzněn, měla věnovat spíše duchovní, nebo terapeutická péče, případně jak by tyto dva přístupy měly spolupracovat. Náboženství může být jak prospěšné, tak i škodlivé pro duševní zdraví a může se také projevovat jako maskovaný příznak nemoci. (Říčan, 2007, s. 126–128)

Macek uvádí, že duchovní péče obvykle není strukturovaná, pravidelná a systematická. Jde v ní spíš o doprovázení než o vytvoření jasně cíleného kontraktu. Nástrojem není jen rozhovor, ale i modlitba. Duchovní péče je nabídka blízkosti a setkání lidí, kteří si naslouchají. (Macek, 2023 s. 15-17)

Já sama vnímám potřebu si opakovaně uvědomovat, že v dnešní době je mnoho faktorů, které mohou ovlivnit náš emoční stav. Informační přetížení, mediální zprávy a neustálý tlak na přizpůsobení se novým podmínkám negativně ovlivňují naše pocity a myšlení. Považuji za důležité hledat způsoby, jak se s těmito emocemi vyrovnat a nacházet rovnováhu ve svých emocích. Hledání podpory u rodiny a přátel, cvičení relaxačních technik nebo meditace a modlitby mohou být prospěšné.

„Ideální by bylo, kdyby v případě duchovní péče platil princip subsidiarity, totiž kdyby člověk nacházel dostatečnou oporu ve své rodině, komunitě, mezi nejbližšími...“ (Macek, 2023, s. 12)

Určení hranice mezi zdravými a patologickými pocity může být u věřících obtížné.

Říčan popisuje spirituální projevy pod vlivem psychopatologie, například u deprese. Za normálních okolností je v pořádku pociťovat smutek, strach a pocit viny, když k tomu máme důvod, například ztráta blízké osoby nebo závažná nemoc. Pacient ovlivněný náboženstvím může tento stav prožívat jako příznak špatného svědomí a vědomí viny, například že zavinil smrt svých blízkých, celou svou existenci pociťuje jako hřích, je přesvědčen, že ho Bůh zavrhl, a vina má podobu bludných konstrukcí. U manických stavů, které se vyznačují povznesenou náladou a často se střídají s depresí, může pacient s náboženským pozadím mít dojem, že je Bohem, někým Bohem vyvoleným nebo pověřeným náboženským posláním. U schizofrenního onemocnění je pravděpodobné, pokud byl pacient nábožensky vychován, že při tvorbě svých halucinací a bludů, zejména na začátku onemocnění, použije své náboženské představy jako „stavební materiál“. (Říčan, 2007, s. 126–128)

Vztah mezi psychopatií na jedné straně, a náboženstvím a spiritualitou na straně druhé vyvolává otázku, zda jsou religiózní lidé duševně šťastnější, nebo naopak. Americký výzkum provedený Koenig, McCullough, Larson, (2001) na základě výsledků stovek statistických studií naznačuje, že většina religiózních lidí projevuje menší úzkost a deprese, vnímá svůj život jako šťastnější a má nižší tendenci k sebevraždě.

Tato problematika je mnohem složitější, Miller, Kelly (2005) upozorňují, že duševno nelze jednoznačně generalizovat. Jedním z důvodů je fakt, že výzkumy hodnotící religiozitu často používají různé metodiky, což může ovlivnit výsledky. Dále prostá skutečnost, že k náboženství se uchylují i lidé s různými duševními problémy, včetně psychiatrických pacientů, zkresluje statistiky. Zvláště v náboženských skupinách jsou tito lidé často vítáni a nalézají zde podporu. (Říčan, 2007, s. 121–128)

V ČR se výzkumem vztahu spirituality a jejího významu pro život zabýval ve své disertační práci Motl. Z výsledků výzkumu vyplývá, že velice často je zkušenost s psychózou spojena s posílením významu spirituality v životě jedince. Spiritualita může dát smysl utrpení, které je pak snesitelnější, a v řadě případů je spiritualita formou prevence suicidia. (Motl, 2016, s. 234)

4.2. Pastorační práce v současném kontextu

Postavení pastoračního pracovníka v současné sekulární společnosti není jednoduché. Proto bych mu ráda v práci věnovala samostatnou kapitolu.

Jak uvádí Macek, „*setkáváme se s odmítnutím církve, ale nikoli osoby faráře. A na poli duchovní péče farářům a farářkám vyrostla značná konkurence. Jsou to terapeuti, koučové, šamani, kartárky, léčitelé, průvodci i pevní vůdcové v sektách.*“ (Macek, 2023, s. 13) Tato široká paleta nabídky duchovní péče může způsobit, že lidé hledají podporu a porozumění z různých zdrojů a náboženské instituce nejsou vždy jejich první volbou.

Pastorační pracovníci, kněží, ale také vyškolení laici mohou být v nemocnicích členy multidisciplinárního týmu. Poskytují duchovní a emocionální podporu pacientům, kteří mohou čelit těžkostem spojeným s nemocí nebo úrazem během jejich pobytu v nemocnici. Podporu nabízí i rodinám nemocných nebo personálu nemocnice. Pastorační práce se zaměřuje na duchovní péči, modlitbu, poskytování duchovního komfortu a povzbuzení.

Úkolem pastoračního pracovníka je také spolupracovat s lékaři, zdravotními sestrami a dalším personálem, aby zajistili komplexní péči o pacienty. Pastorační pracovníci často provádějí návštěvy na odděleních, kde se setkávají s pacienty, kteří se mohou potýkat s fyzickými, emocionálními nebo duchovními obtížemi.

Pastorační pohled vnáší do pojímání duševní nemoci další rozměr. „*Vidět člověka jako jednotu duše a těla znamená doceňovat Boží dílo. Člověk je obrazem Božím celý, tedy v jednotě duše i těla a v jedinečnosti mužského nebo ženského pohlaví.*“ (Opatrný a kol., 2016, s. 9)

Náboženská spiritualita v křesťanské tradici odkazuje na působení třetí božské osoby, Ducha svatého, člověka žijícího s Bohem.

Základním východiskem pastoračního pracovníka je jeho pohled vycházející z křesťanské teologie – „být stvořen podle Božího obrazu“ –, jako vyjádření lidské schopnosti mít vztah s Bohem, rozumět mu a odrážet jeho charakter v lidském životě. Pro mnoho věřících je to základní předpoklad pro lidskou důstojnost a etiku.

V ČR se propojování náboženství a terapie aktivně věnuje Prokop Remeš. Díky svému studiu na Evangelické teologické fakultě jsem měla možnost účastnit se hagioterapeutického setkání v psychiatrické léčebně v Bohnicích.

Hagioterapie je forma skupinové existenciální terapie, která se zaměřuje na projekci a je uplatňována především u závislých pacientů. V rámci skupiny se čte příběh z Bible, na základě kterého pacienti reflektují svůj vlastní život a hodnotí své postoje. Specifikem hagioterapie je to, že považuje náboženskost za mimořádně mocnou a všeobecně přítomnou sílu lidského duševna. „*Věřící není nikdy úplně věřící a nevěřící není úplně nevěřící.*“ (Existenciální hagioterapie, 2020)

5. Pozvolný vývoj reformy psychiatrické péče v České republice

Komunitní péče a pozvolný vývoj reformy v psychiatrické péči představují klíčové prvky modernizace a zlepšení péče poskytované lidem s duševními obtížemi. Komunitní péče se zaměřuje na poskytování podpory, léčby a rehabilitace v prostředí blízkém pacientům, což může zahrnovat domácí péči, denní stacionáře, ambulantní služby a podobně. Tento přístup umožňuje lidem s duševními poruchami, aby zůstali zapojeni do běžného života, a minimalizuje jejich sociální izolaci.

Pozvolný vývoj reformy v psychiatrické péči zdůrazňuje postupné změny v paradigmatu poskytování služeb, které směřují k integraci, individualizaci a zlepšení dostupnosti péče. To může zahrnovat přesun od institucionální péče k poskytování péče v komunitě, podporu včasné intervence a prevence a důraz na získání kompetencí u pacientů a rodin.

V roce 2020 byl vypracován Národní akční plán duševního zdraví, který se zaměřuje v jednotlivých cílech na zkvalitnění psychiatrické péče. (Národní akční plán duševního zdraví 2020–2030)

5.1. Komunitní péče

V České republice dlouhodobě existuje snaha o rozvoj komunitní péče. Tento systém terapie, pomoci a podpory je organizován tak, aby co nejvíce pomáhal lidem s vážnými psychickými postiženími žít v běžných podmínkách každodenního života a dosáhnout subjektivně co nejuspokojivějšího způsobu života. (Höschl, 2004, s. 637)

V léčebných zařízeních jsou klienti odděleni od svého přirozeného prostředí, terapie a rehabilitace probíhá v uměle vytvořených podmínkách. Cílem komunitní péče je umožnit klientům zůstat v jejich přirozeném prostředí a poskytnout jim péči přímo v jejich blízkosti. Komunitní péče využívá terapeutický a rehabilitační potenciál, který nabízejí přirozená sociální prostředí a komunity, kde klienti žijí. (Probstová, 2014, s. 184)

Komunitní péče je důležitým přístupem k poskytování podpory a léčby pro jednotlivce s duševními obtížemi. Jedná se o integrovaný systém, který propojuje sociální služby, zdravotní péči a další relevantní zdroje, aby poskytl klientům komplexní a individuálně přizpůsobenou podporu. Hlavním cílem komunitní péče je poskytnout alternativu k hospitalizaci a zabránit institucionalizaci klientů. Místo toho je zaměřena na podporu klientů v jejich přirozeném prostředí, což může vést k lepšímu zachování jejich autonomie a integračního potenciálu. Důležitým aspektem komunitní péče je zapojení klientů do plánování a poskytování služeb. Klienti jsou považováni za klíčové experty na svůj vlastní stav, a proto jsou aktivně zapojeni do rozhodovacího

procesu ohledně poskytované podpory. Komunitní péče může zahrnovat širokou škálu služeb, včetně terapie, rehabilitace, sociální podpory, vzdělávacích programů a dalších aktivit, které jsou navrženy tak, aby podporovaly klienty v jejich individuálních cílech a potřebách. (Mahrová, 2008, s. 133)

Výzkum a zkušenosti ukazují, že komunitní péče může být efektivní při poskytování podpory jednotlivcům s duševními obtížemi a může přispět k jejich celkovému psychickému zdraví a kvalitě života.

V praxi to probíhá tak, že po propuštění z hospitalizace, která trvá i několik týdnů, se klient vrací do svého přirozeného prostředí. V hospitalizaci se řídí terapeutickým a léčebným plánem, na který dohlíží tým profesionálů. V momentu propuštění se klient nachází ve fázi, kdy má dále rehabilitovat, ale veškerá zodpovědnost je již na něm samotném. Komunitní služby mu tak mají poskytnout podporu a oporu v tomto zranitelném období, ale i v dalších fázích, a tím předcházet opakovanému relapsu nemoci, tedy dlouhodobou a stálou péči a podporu.

Komunitní péči tvoří různorodá zařízení, služby a programy nabízející pomoc a podporu v různých oblastech (Komunitní péče, 2010):

- Práce a zaměstnání. Přejícné a podporované zaměstnání pomáhá jednotlivcům získat pracovní dovednosti a integrovat se do pracovního prostředí. Poskytuje strukturované a podporované prostředí, které umožňuje jednotlivcům postupně přecházet do konkurenčního zaměstnání;
- Bydlení. Chráněné a podporované bydlení poskytuje jednotlivcům s duševními obtížemi bezpečné a podporované prostředí pro život. Tato zařízení mohou poskytovat různé úrovně podpory a péče v závislosti na potřebách jednotlivce;
- Denní aktivity. Centra denních služeb, denní stacionáře a volnočasové aktivity poskytují strukturované programy a aktivity pro jednotlivce s duševními obtížemi. Tyto služby mohou zahrnovat terapeutické aktivity, sociální interakce a rozvoj dovedností;
- Sociální podpora. Služby na podporu sociálních kontaktů, poradenské služby v oblasti vztahů, práce a osobního rozvoje;
- Krizová intervence. Krizové služby, kontaktní centra a krizové telefonní linky poskytují okamžitou podporu a pomoc jednotlivcům v krizových situacích;
- Terénní podpora. Mobilní týmy poskytující služby přímo v terénu přinášejí podporu jednotlivcům tam, kde žijí a kde jsou nejvíce potřeba. Tyto týmy mohou poskytovat terapeutickou podporu, poradenství a pomoc při zajišťování základních potřeb.

Tyto služby a zařízení společně tvoří soudržnou síť podpory, která je klíčová pro úspěšnou rehabilitaci a udržení duševního zdraví klientů po propuštění z nemocnice. Služby jsou často poskytovány neziskovými organizacemi, spolky

a svépomocnými skupinami. Jejich cílem je zajistit kontinuitu péče a podpory pro jedince s duševním postižením během jejich reintegrace do společnosti. (Komunitní péče, 2010)

Slabinou komunitní péče v oblasti duševního zdraví je její centralizace do větších krajských měst, což ztěžuje přístupnost služeb pro duševně nemocné jedince žijící mimo tyto oblasti. Ti, kteří žijí v odlehlých či menších regionech, se mohou ocitnout v obtížné situaci, protože nemají snadný přístup ke komunitním službám. To znamená, že jsou často odkázáni na pomoc svých nejbližších a komunity vytvořené v jejich přirozeném okolí. Tento nedostatek rovnoměrné distribuce komunitní péče může vést k pocitu izolace a omezenému přístupu k potřebným zdrojům a službám pro duševní zdraví. Adresně tyto organizace sdružuje například Asociace komunitních služeb (askos.cz) nebo Registr poskytovatelů sociálních služeb (mpsv.cz).

5.2. Rozvoj a implementace Center duševního zdraví

Reforma psychiatrie v ČR byla iniciována v roce 2013 zavedením strategického plánu. (Reforma péče o duševní zdraví, 2013) Postupně začala v rámci procesu reformy duševního zdraví vznikat CDZ, která byla realizována ve třech fázích. Poslední podpora projektu vzniku CDZ proběhla v roce 2022. Tato centra jsou rozprostřena po celém území ČR a fungují na základě multidisciplinárních týmů. Nově vzniklá CDZ jsou převážně soustředěna do větších měst a jejich okolních oblastí.

Aliance center duševního zdraví (acdz.cz) navrhuje, aby tato centra vznikala v poměru přibližně jedno na 100 000 obyvatel. Snahou je zaplnit mezeru mezi ambulantní a lůžkovou specializovanou péčí. Avšak ke konci roku 2022 se tato projektově vzniklá centra potýkají s finančními problémy, zejména pokud jde o financování sociálních služeb. Navzdory těmto obtížím mají centra za cíl uspokojit potřeby lidí s duševním onemocněním a dosáhnout co nejvyšší integrace nemocných do společnosti.

Standard poskytované péče v CDZ má za cíl poskytovat pomoc lidem s vážným duševním onemocněním. Jedním z hlavních cílů je předcházet hospitalizacím nebo zkracovat dobu pobytu v nemocnici prostřednictvím poskytování různých programů. V rámci CDZ jsou zapojeni odborníci ze sociálního a zdravotního sektoru, kteří spolupracují na poskytování sociálních a zdravotních služeb. Jsou to psychiatři, psychologové, sociální pracovníci, všeobecné sestry, psychiatrické sestry a další odborníci. Tito pracovníci tvoří tým, který se pravidelně setkává a spolupracuje jak v ambulantním, tak i v terénním prostředí. Tento multidisciplinární přístup umožňuje komplexní péči a podporu pro klienty s duševními obtížemi. Programy denních aktivit v CDZ mohou zahrnovat terapeutické aktivity, vzdělávací programy, pracovní rehabilitaci, sociální interakce a další aktivity, které pomáhají klientům zlepšit

své dovednosti a schopnosti a integrovat se do komunity. (Standard péče poskytované v CDZ, 2016)

5.3. Vznik multidisciplinárních týmů poskytujících ambulantní program DBT

V současnosti čelí odborníci i jednotlivci v psychiatrii výzvě, jak lépe pomáhat lidem s projevy emočně nestabilních nebo hraničních osobnostních poruch. Lidí s touto diagnózou za poslední léta přibývá. V roce 2010 bylo s touto diagnózou léčeno 15 101 pacientů, v roce 2022 se toto číslo navýšilo již na 19 006. (Psychiatrická ročenka 2022) Klíčovým problémem jak u dospělých, tak i mladistvých je zcela nedostatečná dostupnost efektivních terapeutických metod a omezené vzdělání v této oblasti.

Marsha Linehan vyvinula a detailně popsala dialekticko-behaviorální terapeutický program (DBT) s cílem poskytnout klientům nástroje a strategie, které jim pomohou lépe zvládat své emoce a chování, a tím zlepšit kvalitu jejich života. Tato metoda přináší pro klienty novou naději, je zaměřená na změnu chování s principy dialektiky, tedy hledání rovnováhy mezi opozicemi. (Linehan, 1993)

V roce 2023 začala v ČR implementace projektu *Efektivní podpora lidí s poruchou osobnosti*, v budoucnu bude tento projekt známý pod názvem *Gradient*. Cílem je zlepšit služby poskytované na pomezí zdravotnictví a sociální péče pro jedince s hraniční poruchou osobnosti nebo rizikem pro tuto poruchu. Aktuálně vznikají na různých místech v ČR multidisciplinární týmy poskytující ambulantní DBT program a dvě metodická školicí pracoviště. Cílem této implementace je efektivněji využít stávající lidské zdroje, aby byla poskytována lepší podpora a léčba těm, kdo ji potřebují. Multidisciplinární realizační tým by měl být složen s psychiatra, psychologa, zdravotní sestry, sociálního pracovníka a peer pracovníka. (Krupčík, 2023)

5.4. Překonávání stigmatu a transformace psychiatrické péče v ČR

„Destigmatizace“ je proces, který se zaměřuje na odstraňování negativních předsudků a stereotypů spojených s určitou skupinou lidí nebo určitými životními situacemi. Negativní vnímání, známé jako stigma, může být zakotveno v kulturních normách, společenských předsudcích a mylných představách. Stigma může vznikat v důsledku nedostatku informací, strachu z neznámého nebo vlivu médií. Je důležité si uvědomit, že stigma může mít značný negativní dopad na ty, kdož jsou jeho oběťmi, a může omezovat jejich možnosti a kvalitu života. Proto je proces destigmatizace klíčovým prvkem ve snaze o vytvoření inkluzivnější a soucitnější společnosti.

Projekty destigmatizace jsou nedílnou součástí rozsáhlých reforem, které mají za cíl změnit veřejné povědomí a postoj k duševním onemocněním. Národní ústav duševního zdraví hraje významnou roli ve vedení a koordinaci destigmatizačních projektů v zemi. Tyto projekty jsou často financovány z prostředků Evropské unie, což umožňuje jejich provádění na širším základě. Destigmatizační projekty využívají různé komunikační kanály a média k získání co největšího dosahu. To zahrnuje webové stránky, mobilní aplikace, přednáškové akce a další formy veřejné osvěty. Jedním z příkladů destigmatizační události je filmový festival „Na hlavu“, který slouží k šíření informací o duševním zdraví a poskytuje platformu pro diskusi a osvětu k tématu duševního onemocnění, nebo také uvedení webové stránky (opatrj.se). Takové akce nejenže přinášejí povědomí o duševním zdraví do širšího povědomí veřejnosti, ale také poskytují prostor pro otevřenou diskusi a sdílení zkušeností mezi lidmi s duševními obtížemi a jejich rodinami. Celkově jsou destigmatizační projekty klíčovým krokem směrem k vytváření otevřenější a přátelštější společnosti pro lidi s duševními onemocněními a k zajištění toho, aby měli přístup k potřebné péči a podpoře. (Destigmatizace NUDZ)

V rámci těchto aktivit bude vytvořen plán destigmatizace lidí s duševním onemocněním a psychiatrické péče s cílem vytvoření jednotné vize, která bude zaměřena i na podporu destigmatizace v regionech.

V oblasti psychiatrie jde o dlouhodobý proces a snahu přesunout institucionalizovanou péči do komunit, tedy psychiatrické nemocnice nahrazovat menšími komunitně orientovanými službami. Proces deinstitutionalizace může být propojen s destigmatizací, neboť snaha o redukci velkých institucí může přispět k překonání stereotypů a negativních postojů vůči lidem s duševními poruchami nebo jinými zdravotními obtížemi. Tento proces současně klade důraz na zlepšení přístupu k individuálně zaměřené péči a podpoře integrace do komunity.

Proces deinstitutionalizace v oblasti psychiatrie je dlouhý a náročný, a stále před námi leží mnoho práce. Nejedná se pouze o změnu fyzického prostředí, ale také o transformaci myšlení a postojů ve společnosti. Je to cesta, která vyžaduje trvalé úsilí, spolupráci různých zainteresovaných stran a neustálé přizpůsobování se novým výzvám a potřebám lidí s duševními obtížemi. Zásadní vliv na směřování a tempo transformace má politická podpora. Aktuálně změnou politického vedení na poli zdravotnictví je podpora reformy opomíjená a nedostává dostatečnou pozornost a podporu.

6. Role sociálního pracovníka v péči o duševní zdraví

Role sociální práce v reformě psychiatrické péče je nezastupitelná z hlediska posilování multidisciplinární spolupráce a podpory komunitní péče o pacienty s duševními poruchami. Sociální pracovníci mají klíčovou úlohu při koordinaci služeb a zajištění sociální integrace pacientů do společnosti. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům i jejich rodinám zvládat následky duševních onemocnění a hledat vhodné zdroje podpory a léčby. Jsou zprostředkovateli mezi klienty a různými poskytovateli služeb, pomáhají klientům porozumět jejich právům a možnostem péče a podpory.

Díky svému multidisciplinárnímu přístupu dokáží sociální pracovníci poskytnout komplexní péči a podporu v rámci celého terapeutického procesu. Pracují v těsné spolupráci s dalšími členy týmu, včetně lékařů, psychologů, terapeutů a dalších odborníků, aby zajistili koordinovanou a účinnou péči pro klienty.

Jejich práce přispívá ke zlepšení kvality života pacientů tím, že je podporují v jejich sociální integraci, pomáhají jim získat dovednosti potřebné k samostatnému fungování a posilují jejich soběstačnost.

6.1. Sociální práce ve společnosti a v poskytování sociálních služeb

Posláním sociální práce je poskytovat sociální služby jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám. Tato disciplína se vyznačuje komplexním přístupem k řešení sociálních situací zohledňujícím ekonomické, psychologické, zdravotní, právní, sociologické a pedagogické faktory. Cílem je poskytnout klientovi podporu v jeho životních obtížích. (Mahrová, 2008, s. 9)

Přední postava v rozvoji a profesionalizaci sociální práce Oldřich Matoušek definuje sociální práci jako „*společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.)*“. (Matoušek, 2008, s. 11)

Metody sociální práce představují různé přístupy a strategie, které sociální pracovníci využívají k interakci s klienty a k dosahování pozitivních změn v jejich životech a v jejich okolí. Mezi nejběžnější metody patří individuální, skupinová a komunitní práce.

Individuální práce se zaměřuje na poskytování individuální podpory a pomoci jednotlivcům, rodinám nebo skupinám v rámci osobního setkání mezi sociálním pracovníkem a klientem. Sociální pracovníci se snaží porozumět specifickým potřebám, problémům a cílům každého klienta a společně s nimi vypracovat strategii pro řešení jejich situace.

Skupinová práce zahrnuje práci se skupinami lidí sdílejícími podobné zkušenosti, problémy nebo cíle. Sociální pracovníci vedou skupinová setkání, kde mohou členové vzájemně sdílet své zkušenosti, podporovat se navzájem a společně hledat možnosti řešení svých problémů. Skupinová práce poskytuje pocit solidarity a podpory kolektivu.

Komunitní práce se zaměřuje na podporu změn v rámci celých komunit. Sociální pracovníci spolupracují s obyvateli, komunitními organizacemi a vládními institucemi na identifikaci potřeb a problémů v komunitě a na hledání strategií pro jejich řešení. Cílem je posílit společenství, zlepšit životní podmínky a podpořit participaci občanů na lokální úrovni.

Sociální pracovníci jsou právně zajištěni zákonem č. 108/2006 Sb., který se zabývá sociálními službami. Upravuje a vymezuje základní náležitosti sociálních služeb, poskytujíc pomoc jak uživatelům, tak poskytovatelům těchto služeb. Definuje základní nastavení sociální práce a pozici sociálního pracovníka. (Zákon o sociálních službách, 2006)

Tyto služby představují specializované činnosti, jejichž cílem je pomoci jednotlivcům v řešení jejich nepříznivé sociální situace. Poskytování sociálních služeb má za úkol podporovat klienty v jejich vlastním a aktivním zvládnání obtíží. (Mahrová, 2008, s. 41)

Poskytovatelé sociálních služeb musí dodržovat standardy kvality, které jsou od roku 2008 závazným právním předpisem. Tyto standardy mají za cíl zaručit určitý standard péče poskytované uživatelům sociálních služeb. (Standardy kvality sociální péče 2008)

Sociální pracovníci jsou vázáni etickým kodexem, který jim poskytuje rámec chování a profesionálního jednání v jejich práci. Tento kodex stanovuje principy jako respekt k lidské důstojnosti, ochrana práv a zájmů klientů, zachování profesionální integrity a důvěrnosti informací. Jejich práce je založena na etických zásadách, které vedou k poskytování služeb zodpovědným a soucitným způsobem, přičemž hlavním cílem je podpora klientů v jejich individuálním rozvoji a zlepšení životních podmínek. (Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR)

6.2. Sociální pracovník v péči o duševně nemocné osoby

Sociální pracovník má zákonem stanovenou odbornou způsobilost, která jej pro výkon této profese opravňuje, a také zákonnou povinnost se v průběhu své vykonávané praxe dále celoživotně vzdělávat. V oblasti duševního zdraví by sociální pracovníci měli mít vedle základního vzdělání také absolvované psychiatrické minimum a znalost dostupných služeb a zařízení poskytujících jak akutní, tak dlouhodobou péči.

První publikace v českém jazyce „Psychiatrie pro sociální pracovníky“ od autorů Pěč, Probstová (2014) poskytuje přehled symptomů, doporučené léčby

a možných dopadů duševních onemocnění. V roce 2014 představovala tato kniha první krok pro sociální pracovníky v oblasti psychiatrie, poskytující jim cenný zdroj informací a umožňující efektivnější komunikaci s odborníky jako jsou psychiatři, psychologové a zdravotní sestry.

Pokud se zaměříme na specifické požadavky na sociálního pracovníka pracujícího s osobami s duševním onemocněním, dle (Mažarová, Ilavská, 2008) můžeme klíčové nároky zdůraznit následovně:

- samostatnost a schopnost pracovat nezávisle, přijímat informovaná rozhodnutí ve prospěch klientů;
- empatická dovednost vcítit se a porozumět emocionálním potřebám a zkušenostem klientů;
- schopnost budovat důvěru a vytvářet důvěrný vztah s klienty, což je klíčové pro úspěšnou sociální práci v oblasti duševního zdraví;
- flexibilita a schopnost přizpůsobit se různým potřebám a situacím klientů;
- znalost právních a sociálních systémů ovlivňujících klienty s duševním onemocněním;
- základní porozumění psychologickým principům a procesům ovlivňujícím klienty s duševními onemocněními;
- znalost různých typů duševních poruch a jejich vlivu na chování a život klientů;
- absolvování dlouhodobého psychoterapeutického výcviku, což naznačuje hlubší odbornost a schopnost poskytovat psychoterapeutickou podporu;
- pravidelná supervize a individuální terapie pro průběžnou odbornou podporu a dohled;
- důraz na celoživotní vzdělávání a neustálé aktualizace znalostí v dynamickém prostředí sociální práce.

Tato specifika podtrhují složitost a náročnost práce sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví a zdůrazňují nezbytnost kombinace praktických dovedností, teoretických znalostí a psychosociálních kompetencí.

6.3. Sociální pracovník v kontextu zdravotnictví

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, sociální pracovník působící v oblasti sociálních služeb musí splňovat úroveň vzdělání stanovenou zákonem o sociálních službách. Nicméně pro práci v oblasti zdravotnictví, jako je práce v psychiatrických nemocnicích a léčebnách, je tato kvalifikace nedostatečná. Zde je nezbytné, aby pracovník splňoval kvalifikaci stanovenou zákonem č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických profesích.

Jde o výkon zdravotnického povolání bez přímého dohledu. Vzdělání lze získat buď přímo ve studovaném oboru zdravotně sociálního pracovníka, nebo

absolvováním doplňkového kurzu nebo aprobace v oblasti zdravotnictví pro již vystudované sociální pracovníky s bakalářským titulem v oboru sociální práce.

Pracovník ve zdravotnictví poskytuje péči v souladu s předpisy a standardy. Klíčové je, že má přístup k zdravotnické dokumentaci a má oprávnění vést zápisy v této dokumentaci. Dále pracuje s informačním systémem poskytovatele zdravotních služeb. V psychiatrii je součástí práce sociálního pracovníka aktivní sociální šetření při příjmu pacienta, vedení sociální karty pacienta a podpora při přípravě pacienta na propuštění. To zahrnuje poskytování poradenství a edukaci, aby pacienti byli lépe připraveni na návrat do běžného života po propuštění.

Mezi základní legislativní rámce a standardy, kterými se zdravotně sociální pracovníci musí řídit, patří:

- Zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických profesích;
- Zákon o zdravotních službách (č. 372/2011);
- Zákon o sociálních službách (č. 108/2006);
- Vyhláška č. 59/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků;
- V neposlední řadě vnitřní předpisy psychiatrické nemocnice.

Těmito právními normami je stanoven rámec pro výkon zdravotně sociálního povolání a jsou určeny povinnosti, práva a standardy, kterými se pracovníci v této oblasti musí řídit.

6.4. Terminologie na pomezí zdravotních a sociální služeb v péči o duševně nemocné

Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví má svá specifika, která se projevují již v užívání terminologie. Zatímco termín „psychiatrická péče“ je často používán v lékařském prostředí, v sociálních a komunitních službách se preferuje názvosloví jako „lidé s duševním onemocněním“ nebo pozitivně formulovaný termín „oblast duševního zdraví“.

Správné terminologii a označení člověka s hendikepem se věnuje i publikace, kterou vydal veřejný ochránce práv. Zatímco dříve se používala označení jako blázen, šílený, slabomyslný, v dnešní době se klade důraz na člověka a platí zásada „people first“. Tedy v první řadě mluvíme o člověku a potom teprve o postižení, pokud je to vůbec potřebné zmiňovat. Člověka s duševním onemocněním můžeme dle sociálního modelu nazvat „člověkem s psychosociálním postižením“.

„Lidé s osobní zkušeností někdy preferují, aby se o nich, pokud je takové označení vůbec nutné zmiňovat, mluvilo nebo psalo jako o ‚lidech s duševním onemocněním‘. Z tohoto důvodu tedy především doporučujeme respektovat preference daného člověka.“ (Jak mluvit a psát o lidech a s lidmi s postižením, 2020)

Další terminologií, která na pomezí zdravotně sociálních služeb rezonuje, je termín „klient“ nebo „pacient“. Termín „klient“ se často používá v širším sociálním, psychologickém kontextu. Klient může být jednotlivec, skupina nebo organizace, která vyhledává služby nebo poradenství za účelem řešení určitých problémů nebo dosažení určitých cílů. Klient má často aktivnější roli a může spolupracovat s poskytovatelem služeb na dosažení svých cílů.

Termín „pacient“ se typicky používá v lékařském prostředí, zejména ve spojitosti s léčbou nemocí a poskytováním zdravotní péče. Pacient je jedinec, který vyhledává lékařskou péči kvůli určitému zdravotnímu problému nebo nemoci. Pacient má obvykle pasivnější roli a je zaměřen na obdržení péče a léčby od odborníků.

7. Multidisciplinární spolupráce v praxi

Multidisciplinární práce se odehrává v rámci multidisciplinárních týmů, které spojují odborníky z různých oborů. Tyto týmy fungují na základě rovnocenné spolupráce mezi jednotlivými specialisty a koordinují více postupů. (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005)

Cílem multidisciplinárních týmů je zlepšit kvalitu péče poskytované pacientovi tím, že se přistupuje k jeho problému z více perspektiv a tým spolupracuje na nalezení nejlepšího řešení pro konkrétní případ.

Multidisciplinární přístup také umožňuje lékařům a dalším zdravotnickým profesionálům získat větší povědomí o celkovém stavu pacienta, což může vést k lepšímu diagnostikování a léčení zdravotních problémů.

To, jestli psychiatrická klinika nebo nemocniční zařízení uplatňuje multidisciplinaritu, může záviset na různých faktorech, jako jsou finanční zdroje, organizační struktura, přístup vedení a celková koncepce poskytované péče. Některá zařízení mohou mít rozsáhlé týmy odborníků z různých oborů, zatímco jiná mohou mít omezený počet personálu a specializovat se na určité druhy péče. Vše závisí na konkrétním zařízení a jeho možnostech.

Ideální je, pokud se aktivně usiluje o zapojení odborníků z různých oborů a vytváření týmového prostředí pro poskytování péče. To umožňuje lépe porozumět komplexním potřebám pacientů a nabídnout jim komplexní péči, která zahrnuje různé aspekty, jako jsou léčba, terapie, sociální podpora a rehabilitace.

7.1. Multidisciplinární tým psychiatrické kliniky

Multidisciplinární týmy mohou zahrnovat lékaře, zdravotní sestry, psychologa, sociálního pracovníka, pastoračního pracovníka, terapeuta a další odborníky. Každý člen týmu zastupuje svoji odbornost a přináší své znalosti a dovednosti z lékařství, zdravotní péče, psychologie, terapie, rehabilitace či duchovní péče. V této kapitole detailněji popíšu složení týmu, jenž je následně klíčový v případových studiích, které budou podrobně analyzovány v následující kapitole.

Psychiatr hraje klíčovou roli při poskytování komplexní psychiatrické péče pacientům na lůžkovém oddělení. Je to odborník, který se specializuje na diagnostiku, léčbu a péči o pacienty s duševními poruchami. Provádí důkladné psychiatrické vyšetření ke stanovení diagnózy, nastavuje farmakoterapeutickou nebo terapeutickou léčbu a určuje léčebný režim. V multidisciplinárním týmu má často poslední slovo a nejvyšší zodpovědnost. Vede edukační skupiny pro pacienty v oblasti psychiatrické a farmakologické léčby.

Psycholog je odborník, který v rámci péče o hospitalizované pacienty pracuje s pomocí specializovaných psychologických metod. Provádí psychologická vyšetření a testování, která jsou součástí protokolu při stanovení psychiatrické diagnózy. V multidisciplinárním týmu přispívá psycholog k diagnostice a terapii. Poskytuje pacientům individuální psychoterapeutické sezení. Vede edukační skupiny pro pacienty zaměřené na podporu emocionálního zvládnání konkrétních psychických poruch.

Psychiatrická sestra je nezbytnou součástí veškeré péče, kterou pacient během hospitalizace absolvuje. Je prvním a posledním odborníkem, kterého přicházející a odcházející pacient za hospitalizace potkává. Její role spočívá v evidenci zdravotnické dokumentace, provádění lékařem indikovaných úkonů a průběžném monitorování zdravotního stavu pacienta. Psychiatrická sestra poskytuje kontinuální péči a podporu během celého pobytu pacienta na oddělení. Její přítomnost v týmu je nepostradatelná, neboť vytváří důležitý most mezi pacientem a zdravotnickým personálem.

Ergoterapeut v multidisciplinárním týmu realizuje terapeutické aktivity a cvičení zaměřené na posílení a zlepšení schopností pacientů v oblastech, v nichž mají potíže. Ergoterapie využívá různé techniky a cvičení s cílem zlepšení schopnosti pacientů vykonávat běžné úkoly a činnosti. (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009, s. 82–83)

Fyzioterapeut je členem multidisciplinárního týmu, který se specializuje na poskytování péče v oblasti pohybového aparátu a funkčnosti těla. Pravidelnými cvičebními aktivitami pomáhá pacientům dosáhnout optimálního pohybového zdraví a funkčnosti těla, které jsou u psychiatrických pacientů vlivem nežádoucích účinků medikace často narušené.

Zdravotně sociální pracovník se pravidelně účastní týmových setkání, během nichž se řeší aktuální zdravotní, psychologické a sociální potřeby pacientů. Sociální pracovník aktivně přispívá k diskusím a poskytuje odborné znalosti a perspektivu týmu z hlediska sociálních potřeb pacientů. Vede edukační skupiny pro pacienty zaměřené na sociální dovednosti a sociální problémy spojené s hospitalizací a návaznou péčí.

V týmu mohou být i další profesionálové, například pastorační pracovník, jemuž jsem se věnovala v předchozí kapitole, nebo praktický lékař či lékaři s jinou specializací a další odborný a pomocný personál.

7.2. Představení psychiatrické kliniky

Psychiatrická klinika, která je výchozím bodem pro případové studie, uplatňuje multidisciplinární přístup k léčbě pacientů. Podklady k případovým studiím byly získávány v průběhu mé profesionální praxe jako zdravotně sociální pracovníce na této psychiatrické klinice.

Klinika, stejně jako ostatní zdravotnická zařízení, má povinnost dodržovat zákony týkající se zdravotnictví, ochrany práv pacientů a bezpečnosti. To zahrnuje například dodržování standardů kvality péče, zajištění soukromí a ochrany osobních údajů, a také respektování etických směrnic v poskytování péče. Dále se pracovníci kliniky řídí také interními směrnicemi a postupy, které doplňují tyto externí předpisy. Tyto předpisy se pravidelně revidují, aby právní rámec odpovídal aktuálním potřebám a vývoji ve zdravotnické péči.

Klinické centrum tvoří propojená lůžková a ambulantní část, rehabilitační oddělení s ergoterapií, fyzioterapií a sociálním oddělením. V rámci jedné budovy je léčba poskytována jak v ambulanci, tak na třech hlavních odděleních propojeného komplexu. Denní stacionáře pak poskytují komplexní péči a podporu pro klienty, kteří nepotřebují hospitalizaci, ale vyžadují pravidelnou odbornou péči a terapii během dne.

Multidisciplinární týmy jsou klíčovým prvkem nejen na lůžkových odděleních, ale i na ostatních odděleních a stacionářích.

Na lůžkovém oddělení, kde jsou vypracovávány studie, pracují členové multidisciplinárního týmu zahrnujícího lékaře, sestry, psychology, ergoterapeuty, fyzioterapeuty, sociální pracovníky a další pomocný personál. Tito odborníci spolupracují při poskytování péče pacientům a každý z nich má svoji specifickou roli a zodpovědnost ve svém oboru. Oddělení má svého vedoucího lékaře a staniční sestru, kteří zajišťují koordinaci a organizaci správy v rámci svých specifických oblastí.

Hlavními terapeutickými metodami jsou farmakoterapie, biologické terapie, denní program aktivit a skupinová psychoterapie. Oddělení je uzavřené.

Denní harmonogram je jasně stanovený a časově strukturovaný. V dopoledních hodinách probíhá hlavní část terapeutického programu, vizity a individuální vyšetření pacientů. V odpolední části je prostor vyhrazený na vycházky, návštěvy, případné specifické terapie. Jednou týdně probíhá primářská vizita za účasti multidisciplinárního týmu. Na primářských vizitách ošetřující lékař referuje o zdravotním stavu pacienta, ostatní členové multidisciplinárního týmu ho doplňují dle svých odborností. Jednotliví pacienti a jejich zdravotní stav a životní příběhy jsou prezentovány komplexně s ohledem na biologické, psychologické a sociální aspekty.

7.3. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu kliniky

Sociální pracovník navazuje první kontakt s pacientem již při jeho přijetí na lůžko nebo do stacionáře za účelem provedení krátkého sociálního šetření. Při této příležitosti zmapuje základní potřeby pacienta v souladu s jeho aktuálním zdravotním stavem. Vzhledem k tomu, že někteří pacienti přijímaní na akutní oddělení nejsou schopni ihned participovat na sociálním šetření, snaží se sociální

pracovník alespoň získat minimální sociální anamnézu. Tímto procesem získává důležité informace o pacientovi, jeho rodinné situaci, sociálním prostředí a potenciálních rizikových faktorech. V případě potřeby spolupracuje s ošetřujícím lékařem s cílem vyhodnotit, zda pacient nepotřebuje akutní intervenci. V případě, že pacienti jsou již farmakologicky zaléčeni a jejich zdravotní stav umožňuje domácí léčbu, doporučuje se docházka a rehabilitace v denním stacionáři. Intenzivnější kontakt s pacientem navazuje až poté, co je farmakologicky stabilizován a jeho akutní zdravotní stav se zlepšil.

Sociální pracovník se pravidelně účastní primářských vizit, vede sociální kartu pacienta, což je dokument obsahující důležité informace o sociálním stavu, historii pacienta a záznamy o poskytované péči. Tato karta slouží jako komunikační nástroj mezi různými členy týmu a umožňuje lépe koordinovat péči.

Další důležitou částí práce sociálního pracovníka je aktivní příprava pacienta na propuštění. Ta zahrnuje poskytování individuálního poradenství a edukace, které pomáhají pacientům zvládat jejich duševní stav a připravit se na návrat do běžného života.

Sociální pracovník také spolupracuje s pacienty při hledání vhodných komunitních zdrojů a podpůrných služeb, které jim mohou po propuštění pomoci. Tímto způsobem aktivně přispívají k celkové péči o pacienty na psychiatrické klinice.

7.4. Studie případů multidisciplinární spolupráce v praxi

Tato část se zaměřuje na analýzu vybraných případových studií, které poukazují na nezastupitelnou roli sociálního pracovníka v péči o lidi s duševním onemocněním v lůžkovém zařízení.

Zdravotnické zařízení a případové studie zůstávají anonymní. Zajištění anonymizace zdravotnického zařízení a případových studií je zásadní pro ochranu soukromí a důvěrnosti pacientů.

Případové studie byly vybrány pro svou rozmanitost a pestrost. Každá případová studie představuje unikátní situaci a příběh pacienta, které se odlišovaly v různých ohledech, včetně diagnostiky, věku, sociálního prostředí a životních podmínek.

Při sběru dat jsem se řídila všemi zákony, interními normami a právními předpisy, které na mne byli kladeny při výkonu profese zdravotně sociální pracovnice a jsou popsány v předchozích kapitolách.

Případové studie jsou vypracované na základě příběhů pacientů, kteří byli hospitalizováni na oddělení, jež se specializuje na diferenciální diagnostiku a léčbu závažných poruch, které vyžadují péči a oddělení se zvýšenou pozorností.

Pro lepší čitelnost a orientaci v jednotlivých případech jsou případové studie rozděleny do částí, které postupně popisují osobní anamnézu, psychiatrickou anamnézu, rodinnou anamnézu, současný stav a péči, multidisciplinární spolupráci, zdravotně sociální intervenci a stanovení cílů.

V případových studiích použiji ženskou formu termínu „sociální pracovnice“. Při stanovování a realizaci stanovených cílů se sociální pracovnice snaží podpořit pacienta k maximální samostatnosti, zároveň studie popisují příběhy z oddělení, které je uzavřené a poskytuje zvýšenou péči. Pacienti jsou často ve vážném zdravotním stavu. Mají omezené možnosti při vyřizování neodkladných administrativních úkonů, např. omezené časy vycházky, přístup k počítači, tiskárně, kredit na telefonu a podobně. Tudiž míra pomoci a podpory sociální pracovnice se liší v závislosti na aktuální možnosti hospitalizovaného. Stanovené cíle jsou zcela v kompetenci hospitalizovaného a sociální pracovnice vstupuje do procesu na základě dohody s pacientem, která se vždy písemně zaznamenává do sociální karty pacienta. Stanovení cílů je často pouze začátek při nasměrování cesty k řešení sociální situace. Pokračování nebo samotná realizace se v ideálním případě, pokud je pacient ochotný spolupracovat, přenáší na navazující komunitní služby, zejména sociálního pracovníka v jednotlivých zařízeních komunitních služeb.

V některých případech uvádím prognózu, což znamená, že se snažím odhadnout pravděpodobný vývoj nemoci a sociální situace následného stavu pacienta. Jedná se tedy o predikci toho, jakým směrem se bude jeho stav pravděpodobně vyvíjet. V některých případech je doplněna i katamnéza, tedy zjištění stavu nebo sledování vývoje nemoci po určité době od ukončení léčby nebo vyšetření. (Slovník cizích slov) Jedná se o dlouhodobé sledování, které umožňuje zjistit, jak pacient reaguje na léčbu a jak se jeho stav mění v čase.

Tímto uspořádáním se usnadňuje systematický popis každého případu a jeho následné vyhodnocení.

7.4.1. Případová studie č. 1

Mladý muž hledá azylové bydlení.

Osobní anamnéza:

Mladý dvaadvacetiletý muž byl převezen k první hospitalizaci na kliniku z jiné psychiatrické nemocnice kvůli psychotickému stavu. Je svobodný a nemá děti. V minulosti pracoval jako skladník v doručovatelské firmě, avšak nyní je dlouhodobě v pracovní neschopnosti. Zaměstnavatel mu pro jeho zvláštní chování a časté absence v zaměstnání doporučil vyhledat psychiatrickou pomoc. Muž má ukončenou základní školu, střední školu gastronomickou nedokončil.

Psychiatrická anamnéza:

Jde o dobrovolný vstup mladého muže, který je při přijetí spolupracující, snaží se působit vstřícně. Z psychopatologie se v jeho projevu vyskytují poruchy vnímání stran auditivních halucinací, paranoidní myšlení. Má pocit, že je ovlivňován Satanem, který na něho mluví. Jeho náhled na zdravotní stav je minimální. Trpí přerušovaným spánkem. V týdnu popíjí alkohol a kouří. Má zkušenost s THC a pervitinem, ale pravidelné užívání drog neguje.

Rodinná anamnéza:

Muž se narodil rodičům, kteří ho opustili, a tak byl umístěný do kojeneckého ústavu. Od čtyř let byl adoptován, adoptivní rodiče ho týrali a zneužívali. Ve dvanácti letech byl umístěn do diagnostického ústavu, následně v dětském domově pobýval až do devatenácti let. Nemá žádnou podporu ve své rodině. Udržuje vzdálený kontakt s bratrem, avšak osobní setkání jsou vzácná a nelze se na něj spoléhat ani ho žádat o pomoc.

Současný stav a péče:

Muž nemá občanský průkaz, pouze rodný list. Místo trvalého bydliště je pouze formální v menší obci. Po určitou dobu žil na ubytovně a poté u rodičů svého kamaráda z dětského domova. Peníze z pracovní neschopnosti jsou převáděny na účet kamaráda, který mu pak peníze vyplatí v hotovosti, protože sám nemá žádný bankovní účet. Má nejasné dluhy. Dobře se orientuje v možnostech hmotné nouze.

Multidisciplinární spolupráce:

Ošetřující lékař se obrací na sociálního pracovníka. Po krátkém období, kdy mužovi zabrala psychiatrická farmakologická medikace, je ochotný spolupracovat a bude potřebovat řešit svoji sociální situaci, zejména ohledně ubytování. Lékař a sociální pracovník pravidelně konzultují vývoj situace. Lékař informuje sociálního pracovníka stran stabilizace nemoci a sociální pracovník informuje, jak postupuje při hledání možnosti bydlení pro klienta a kde se na časové ose nachází. Pravidelné psychoterapeutické sezení s psychologem při individuální terapii, kde si muž řeší traumatické zážitky, napomáhají k lepší komunikaci a celkové spolupráci s celým multidisciplinárním týmem.

Zdravotně sociální intervence:

Muž se po hospitalizaci nemá kam vrátit. Je zřejmé, že bude zásadní ho po propuštění nasměrovat do ubytovacího sociálního zařízení. Pro ubytování v azylovém domě (AD) je potřebné mít vyřízený občanský průkaz. Sociální pracovník konzultuje s ošetřujícím lékařem tuto skutečnost a domlouvá možnosti propustky, aby si pacient mohl průkaz vyřídit v úředních hodinách na příslušném úřadě v agendě občanských průkazů. Pokud se tak nestane během doby hospitalizace a muž si nestihne občanský průkaz vyřídit, může využívat pouze služby denního centra a noclehárny. V denním centru AD je možné dále dořešit problémy s dluhy, o kterých zatím pacient mluvit nechce.

S ohledem na zimní období jsou možnosti ubytování velmi omezené. Sociální pracovníce společně s pacientem kontaktuje různé azylové domy:

První AD odmítá zařadit pacienta do pořadníku kvůli dlouhé čekací lhůtě.

Druhý AD má také dlouhou čekací lhůtu, a navíc tam má pacient dluhy na poplatcích z předchozího období, které by musel nejprve uhradit.

Třetí AD přijímá pouze klienty po vážných operačních zákrocích, což neodpovídá diagnóze našeho pacienta.

Čtvrtý AD nepřijme pacienta do pořadníku po dobu půl roku, protože má již zápis v jiném AD stejného zřizovatele, kde má dluhy na poplatcích.

V pátém AD má pacient záznam o útoku na personál, a proto ho nevezmou ani do pořadníku.

Šestý AD umožňuje zaslat žádost, kterou pacient vyplní a s podporou sociální pracovníce ji elektronicky odesílá.

Sedmý AD vyžaduje osobní podání žádosti, a proto si pacient domlouvá termín osobní schůzky.

Intervence a stanovené cíle:

Vyřídit občanský průkaz na základě rodného listu, který pacient u sebe má.

Zažádat o příspěvek na živobytí.

Postupně kontaktovat AD.

Kontaktovat CDZ dle adresy bydliště po propuštění.

Prognóza:

Pokud se pacientovi podaří zajistit si bydlení, otevře se mu možnost dále řešit svoji sociální situaci. Pracovníci mu pak mohou pomoci s vyřízením příspěvku na bydlení a poskytnout podporu při hledání nového zaměstnání. V případě, že se nepodaří pacienta ubytovat v AD ihned po propuštění, je možné ho nasměrovat na první dny na noclehárnu. Návaznost na pobytovou službu mu umožní získat stabilní zázemí a podpoří ho v jeho rehabilitaci a návratu do běžného života.

7.4.2. Případová studie č. 2

Mladý muž ve vážném zdravotním stavu bez rodinných vazeb a sociální podpory.

Osobní anamnéza:

Devatenáctiletý mladý muž byl převezen na kliniku z jiné psychiatrické nemocnice a má trvalé bydliště na obecním úřadě. Odmítá hovořit o rodinné historii a současném stavu, ale po konzultaci s ošetřujícím lékařem podepisuje dobrovolný souhlas.

Rodinná anamnéza:

Záznamy o rodině ukazují na problematické vztahy s otcem alkoholikem a hráčem a matkou vážně nemocnou. Pacient vyrůstal v institucionální péči a od osmnácti let žije na ulici.

Psychiatrická anamnéza:

Muž je hospitalizován na psychiatrické klinice pro diagnostiku paranoidní schizofrenie, nebo diferenciální diagnostiku s organickou poruchou podobnou schizofrenii nebo schizoafektivní poruchou, či toxickou psychózou. Projevují se u něho všechny symptomy schizofrenie, včetně auditivních halucinací. Pacient odmítá spolupráci ohledně vlastního zdravotního stavu.

Současný stav a péče:

Má ukončené základní vzdělání, ale střední odborné učiliště nedokončil. Pracovní smlouvu nikdy neměl a na úřadě práce se neevidoval. Nepobírá žádné dávky a nikde nebydlí. Jeho osobní věci jsou prý pohozené někde ve křoví.

Multidisciplinární spolupráce:

Komunikace probíhá mezi psychiatrem, sociální pracovníci a dalšími členy týmu k zajištění akutní a návazné péče. Pacient postupně podstoupí různá specializovaná vyšetření, například vyšetření zobrazovací metodou, nebo vyšetření praktickým lékařem. Léčba u pacienta bude vyžadovat delší čas. Pacient absolvuje terapeutický program, který je nezbytně nutný k jeho zdravotní stabilizaci. Bude se účastnit edukačně terapeutických skupin. Pod vedením ergoterapeuta bude pracovat na osvojení dovedností, které mu umožní lépe zvládat péči o sebe. Fyzioterapeut navrhne cvičení zaměřené na posílení svalů, zlepšení flexibility a koordinace pohybů těla. Po залéčení akutních symptomů bude nezbytné co nejdřív řešit sociální situaci a hledat možnosti péče po propuštění.

Zdravotně sociální intervence:

Pacient není evidován na úřadu práce a nikde nepracoval. Sociální pracovníce navrhuje podat žádost o dávky hmotné nouze a žádost o přijetí do AD nebo nízkoprahové služby noclehárny. Cílem je vyřešení bydlení a finanční situace pacienta.

Intervence a stanovené cíle:

Podání žádosti o dávky hmotné nouze.

Zajištění pobytu v AD nebo nízkoprahové službě noclehárny.

Navázání na další lékařskou ambulantní péči a zdravotně sociální služby.

Po hospitalizaci zajistit termín aplikace depotní injekce u ambulantního psychiatra.

Prognóza:

V případě, že pacient získá nadhled nad svou nemocí a podaří se mu zajistit bydlení s podporou, existuje šance na výrazné zlepšení jeho celkového stavu. Zajištění bydlení je spojené s finančními možnostmi, které má pacient aktuálně

omezené a zároveň je bez jakékoliv podpory rodiny. Pokud dosáhne na výplatu dávek v hmotné nouzi a podaří se mu najít bydlení, je pravděpodobné, že dosáhne i na dávky, které mu pomůžou s úhradou nákladů na bydlení, například příspěvek na bydlení. K vyřízení těchto administrativních úkonů ale bude potřebovat pomoc. Důležitým krokem k celkovému uzdravení pacienta bude nejenom léčba jeho psychického onemocnění, ale také aktivní integrace do komunity, v čemž by mohly být nápomocné navazující sociální služby.

7.4.3. Případová studie č. 3

Mladá žena bez sociální opory, žádá o invalidní důchod.

Osobní anamnéza:

Mladá devatenáctiletá žena, jež trpí schizofrenií, Crohnovou nemocí a dalšími přidruženými nemocemi, byla na kliniku převezena z jiného psychiatrického zařízení. Žena, která byla přísně vychovávána matkou, v současné době žije se svou sestrou v podnájmu. Studuje na speciálním gymnáziu a má potíže se zrakem. Finančně ji podporuje její sestra.

Rodinná anamnéza:

Vztah s matkou je složitý a kontakt s ní je přerušen. Hlavní oporu má ve své sestře, dvojčeti. Sestra je jediný kontakt, který žena udává, o otci vůbec nemluví. V sestře má pacientka také finanční oporu, uvádí, že si sestra vydělává online hraním počítačových her.

Psychiatrická anamnéza:

Žena je hospitalizována kvůli léčbě psychotického stavu spojeného se schizofrenií. Porod proběhl císařským řezem v rámci rizikového těhotenství ve třicátém čtvrtém týdnu, pacientka má dvojče, sestru. V minulosti byla sledována kvůli poruše růstu. Později byla rovněž diagnostikována s Crohnovou nemocí, což představuje další závažný aspekt v její zdravotní historii.

Současný stav a péče:

Momentálně žije se svou sestrou v podnájmu a navštěvuje gymnázium. Působí skromně a zdrženlivě, chová se slušně a zdvořile. Svá osobní data sděluje až po opakovaných dotazech. Postupem času v průběhu hospitalizace se ukáže, že má jiné příjmení, než uváděla na začátku, a ve skutečnosti žije sama, podporována pouze svou sestrou, která také studuje na střední škole. Mladá žena je nejistá a zápasí s komunikací a vyřizováním úředních záležitostí, nemá žádný stabilní příjem. Je zřejmé, že není schopna efektivně hájit své zájmy. Její vnější projevy a chování vůbec nepředstavují obraz osoby, která by žila bez rodinné podpory. Potřebuje podporu v oblasti sociální péče a následného zajištění po propuštění z nemocnice.

Multidisciplinární spolupráce:

V rámci multidisciplinárního týmu byla stanovena vysoká potřeba sociální podpory, doplněná o medikamentózní a fyzioterapeutickou léčbu. Je klíčové k pacientce přistupovat s empatií a laskavostí. Ergoterapeutka se na společných sezeních zaměřuje na poskytování dostatečné pozornosti a péče, aby bylo umožněno ženě vyjádřit sebe sama prostřednictvím terapeutických technik. Fyzioterapeut se při cvičeních soustředí na posílení svalů a správnou postavu, což je zvláště důležité vzhledem k jejímu nestandardnímu růstu. Je zřejmé, že žena bude potřebovat pokračující pomoc i po propuštění z nemocnice. Stávající zdravotní stav je konzultován s lékařkou z denního stacionáře, kam by mohla žena směřovat po ukončení hospitalizace. V dalším kroku bude potřebné navázat spolupráci se sociální pracovníci z CDZ, která by poskytla ženě podporu v domácím prostředí.

Zdravotně sociální intervence:

Žena uvádí, že s matkou nekomunikuje a po neshodách s ní odešla se sestrou a našla si podnájem. Jakýkoliv kontakt s matkou odmítá. Sociálním šetřením pracovníce odhaluje, že žena se sestrou si již změnila příjmení, což později dokládá výpisem z matriky. Se změnou příjmení souvisí další administrativní úkony. Je nutné podat žádost o nový občanský průkaz, přičemž aktuálně má trvalé bydliště na adrese matky, kde již nebydlí. Změnou příjmení by měla dojít i ke změně adresy. Změna adresy je podmíněna nájemní smlouvou, kterou žena nemá. Není zřejmé, jestli je omluvena ve škole a dle posouzení lékaře by bylo vhodné zajistit přerušování studia. Žena mluví o tom, že pobírá invalidní důchod, který chodí na účet matky. Sociální pracovníce zjišťuje, že invalidní důchod nepobírá, protože ji Česká správa sociálního zabezpečení neeviduje. Dalším šetřením sociální pracovníce zjišťuje, že žena pobírá příspěvek na péči, ale pečující osobou je matka, kterou pacientka v žádném případě nechce kontaktovat, a sama neví, jak má postupovat v řešení jakýchkoliv možných dávek, a vůbec neví, jak dál. Vyživovací povinnost rodičů je pro ni citlivým tématem, odmítá se o této možnosti bavit.

Intervence a stanovené cíle:

Informovat školu o hospitalizaci a zažádat o přerušování studia, což souvisí s informováním zdravotní pojišťovny.

Podat žádosti o změnu a navýšení příspěvku na péči a zažádat o změnu pečující osoby, kterou by měla být sestra pacientky.

Zažádat o vydání nového občanského průkazu s aktualizovanou adresou trvalého bydliště, tato změna je závislá na nájemní smlouvě, kterou si pacientka musí vyřídit.

Na základě doporučení ošetřujícího lékaře zažádat o přiznání invalidního důchodu.

Zařídí změnu praktického lékaře, pacientka je stále zapsaná u praktického lékaře pro děti a dorost.

Zařídít návštěvu ambulantního psychiatra.
Navázat spolupráci se sociální službou CDZ.
Navázat na další léčbu v denním stacionáři.

Prognóza:

S účinnou medikamentózní léčbou, sociální podporou a stabilizací psychického stavu existuje šance na výrazné zlepšení celkového stavu ženy. Spolupráce multidisciplinárního týmu může přispět k optimálnímu řízení nemoci a dosažení lepší kvality života. Nicméně kroky, které bude muset žena podniknout v sociální oblasti, pravděpodobně přesahují její současné schopnosti. Proto bude klíčové poskytnout ženě dostatečnou pomoc a podporu, aby byla schopna zvládnout jednotlivé kroky po hospitalizaci. Pokračující docházka do denního stacionáře na klinice poskytuje prodlouženou možnost spolupráce se sociální pracovníci při dosahování stanovených cílů a vytváří prostor pro budování vztahu a spolupráce s klíčovou pracovníci z CDZ.

Katamnéza:

Žena postupně pracovala v denním stacionáři za podpory sociální pracovníce na dosažení stanovených cílů. Po absolvování stacionáře dále navštěvovala psychiatrickou ambulanci na klinice a ke každé návštěvě lékaře byla přizvána i sociální pracovníce. Asi po půl roce spolupráce se sociální pracovníci z CDZ získala pacientka nový občanský průkaz, došlo k navýšení příspěvku na péči a změně pečující osoby. Byl jí schválen invalidní důchod druhého stupně, avšak na základě nesouhlasného stanoviska ambulantní psychiatricky se žena rozhodla podat odvolání. Dále pokračuje v každodenní docházce do školy a pravidelně navštěvuje ambulantního lékaře.

7.4.4. Případová studie č. 4

Žena, která odmítá spolupracovat a není motivována řešit situaci.

Osobní anamnéza:

Žena ve věku čtyřicet pět let, přijata na kliniku pro dekompenzaci stavu souvisejícího s primárním onemocněním schizofrenie. V minulosti byla na klinice opakovaně hospitalizována s nekooperativním přístupem k léčbě. Nedávno došlo k relapsu, kdy odcestovala do Švýcarska z důvodu psychotických motivací.

Rodinná anamnéza:

Žije osamoceně, udržuje občasný kontakt s dcerou. Existuje pravděpodobnost, že po hospitalizaci půjde bydlet k dceři. Mluví o kamarádech a známých, kteří se v jejím životě různě vyskytují, ale při konkrétnějším dotazování je zřejmé, že to jsou lidé, které sama nezná.

Psychiatrická anamnéza:

Historie pacientky zahrnuje paranoidní produkci a halucinace. Ženě byla opakovaně předepsána medikace, kterou odmítá užívat. Opakovaně jí byla nastavena depotní léčba, kterou také odmítá, a na injekce nedocházela. Občasně navštěvuje ambulantního psychiatra, ten je ale již v její léčbě bezradný. Naposledy odjela do Švýcarska. Chtěla se setkat se Schumacherem, poté byla hospitalizována a není známo, jak se dopravila do ČR.

Současný stav a péče:

Ženě byl přiznán invalidní důchod, avšak bez finanční výplaty. Opakovaně odmítá jakékoli jednání se sociální pracovníci. Odmítá i společnou schůzku s dcerou ohledně řešení hmotné nouze. Pro další sociální šetření, není zřejmé odkud má finanční zdroje. Je pravděpodobné, že má dluh na zdravotním pojištění, neodkladná lékařská péče jí je poskytnuta na lůžkovém oddělení kliniky.

Multidisciplinární spolupráce:

Multidisciplinární tým zdůrazňuje potřebnost řešit sociální situaci, avšak vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu a probíhající paranoiditě to možné není. U předchozích hospitalizací se hlubší sociální šetření provádělo až těsně před propuštěním, kdy byla žena ochotná strpět komunikaci se sociální pracovníci. Její neklid, verbální agresivita a nedůvěra jsou patrné i při interakci s multidisciplinárním týmem.

Zdravotně sociální intervence:

Vzhledem k nedostupnosti sociální anamnézy a soustavnému odmítání spolupráce není jasné, zda má žena aktuálně nárok na sociální dávky. Multidisciplinární tým by měl nadále pracovat na budování vztahu se ženou a hledat alternativní způsoby, jak jí poskytnout sociální podporu.

Intervence a stanovené cíle:

Žena není ochotna řešit svou sociální situaci ani po vyléčení akutního stavu a při propuštění z nemocnice jsou jí předány kontakty na možné poradny, na něž se může obrátit.

Prognóza:

Prognóza závisí na úspěchu zvládnání psychotických symptomů a nalezení vhodného řešení pro její sociální situaci. Je pravděpodobné, že ambulantní psychiatr v budoucnu bude jediný, kdo se ženou zůstane v kontaktu, pokud k němu bude ochotná docházet. Když se mu v budoucnu povede ženu podpořit v řešení sociální situace, je šance, že bude možné ji také sociálně zasíťovat.

7.3.5. Případová studie č. 5

Muž, který se opět stěhuje k matce.

Osobní historie:

Třiatřicetiletý muž má rozsáhlou anamnézu v oblasti závislostí, zahrnující užívání různých drog v minulosti. V současnosti kouří a má za sebou zkušenosti s alkoholem, heroinem, pervitinem, marihuanou, LSD, extází a dalšími látkami. Jeho vzdělání není kompletní a pracoval pouze příležitostně. V současnosti je nezaměstnaný a živí se z invalidního důchodu a finanční podpory od matky. Na klinice je hospitalizován na základě doporučení ambulantního psychiatra, jde o opakovanou hospitalizaci.

Rodinná situace:

Muž žije s matkou, ale v současné době aktivně hledá nové bydlení. V minulosti se dostal do konfliktu s policií během potyček, přičemž většina těchto incidentů se údajně stala za stavu pod vlivem drog.

Psychiatrická anamnéza:

Důvodem mužovy hospitalizace je dekompenzace psychotického onemocnění, což představuje již dvanáctou hospitalizaci. Během pobytu se pacient pokouší předstírat zhoršení svého zdravotního stavu a odmítá spolupracovat.

Současný stav a péče:

Přestože muž projevuje odměřené chování, je momentálně orientován bez přítomnosti psychotických příznaků. Spolupracuje pouze pokud to je v jeho zájmu. Během vizit je opakovaně zdůrazňováno, že se jedná zejména o případ sociálního charakteru, což naznačuje, že je zapotřebí především sociální podpora. Dříve měl dluhy, které byly v rámci programu Milostivé léto uhrazeny.

Multidisciplinární spolupráce:

Na oddělení se muž projevuje zdrženlivě a spolupracuje pouze v případě, když to zohledňuje jeho vlastní zájmy. Ošetřující lékař a staniční sestra zdůrazňují, že je plně orientován a bez přítomnosti psychotických symptomů. Avšak je naléhavě nutné řešit jeho sociální situaci. Tým se shoduje, že muž se chová vyhýbavě až manipulativně.

Zdravotně sociální intervence:

Muž má obtíže s udržení bydlení a momentálně aktivně hledá nové ubytování. Sice tvrdí, že má ubytovnu již přislíbenou, ale když je dotázán, vyhýbá se konkrétním odpovědím. Sociální pracovnice se pokouší telefonicky ověřit situaci na ubytovně, ale výsledek je nejistý.

Muž má již navázanou spolupráci s klíčovou pracovnící v CDZ, s níž sociální pracovnice navazuje kontakt a domlouvá společnou schůzku. Schůzky se účastní ošetřující lékař pacienta, sociální pracovnice a klíčová pracovníce CDZ, dále je přizván ošetřující ambulantní lékař. Cílem schůzky je návazná péče, zejména bydlení po hospitalizaci pacienta a objektivizování informací od pacienta pro

celý pomáhající tým. Sociální pracovníce muže o všem předem informuje a ujišťuje ho, že cílem je snaha jej navázat na další péči a domluvit možnosti ubytování po propuštění. Před schůzkou a na schůzce je muž značně nervózní a podrážděný, mluví o zhoršeném zdravotním stavu. Ošetřující lékař zdravotní stav objektivizuje a mluví o tom, že jeho zdravotní stav odpovídá léčbě v domácím prostředí a sledování v ambulanci psychiatra. V případě zhoršení stavu je možná léčba v jiném nemocničním zařízení, které není zaměřené na akutní léčbu. Muž reaguje neadekvátně a mluví o tom, že se chce nadále léčit v tomto zařízení. Křičí, žádá okamžitou změnu ošetřujícího lékaře, jeho požadavku není vyhověno. Ambulantní lékař navrhuje možnosti další péče, které je možné společně řešit v ambulanci, a rovnou si domlouvá s pacientem termín nadcházející kontroly.

Nakonec se dohodne, že po propuštění půjde k matce a následně bude řešeno jeho ubytování na ubytovně.

Intervence a stanovené cíle:

Navzdory odmítání spolupráce ze strany pacienta se sociální pracovníce ve spolupráci s ostatními členy týmu snaží najít optimální řešení.

Cílem intervence je vytvořit plán pro pacientův přechod z nemocnice do domácího prostředí, zajistit návaznou péči a řešit bydlení po hospitalizaci. Hlavním cílem je pracovat na kontinuální péči a vyřešit otázky ubytování po propuštění pacienta.

Prognóza:

Prognóza je obtížná vzhledem k opakovanému odmítání spolupráce. Klíčovým faktorem bude sledovat, jak se situace vyvine po návratu k matce a následně na ubytovnu. Pro muže bude důležité udržet si spolupráci s klíčovou pracovnící z CDZ.

7.4.6. Případová studie č. 6

Ambulantní ochranná léčba u muže trpícího schizofrenií s dočasným omezeným pobytem v ČR.

Osobní anamnéza:

Muž ve věku třicet pět let je albánského původu z Kosova. V dětství emigroval s rodinou do ČR, kde aktuálně žije. Prožil traumatické události, včetně války a migrace. Do jeho zdravotního stavu se promítají traumatizující zážitky, jako je například sledování násilí a zabíjení lidí. Bydlí s rodinou v ČR od svých 11 let, kdy začal chodit do školy. Má ukončené základní vzdělání, avšak střední školu nedokončil. Pracoval v různých povoláních, většinou se jednalo o brigádní práci. Na klinice je hospitalizován opakovaně.

Psychiatrická anamnéza:

U muže se po roce 2010 začalo projevovat agresivní chování, což vedlo k opakovaným hospitalizacím. Má adiktologickou anamnézu, zkušenosti

s různými drogami a problematickou pracovní historií. V roce 2013 byla stanovena diagnóza paranoidní schizofrenie. Muž trpí bludnými představami, včetně přesvědčení, že není z Kosova, ale z Kanady. Je tajným agentem. Aktuálně je v ochranné ambulantní léčbě. Alkohol užívá, týdně pár piv, když má peníze, někdy pije i tvrdý alkohol. Občas užíval i marihuanu, kouří krabičku cigaret denně. Jeho aktuální pobyt je dobrovolnou hospitalizací indikovanou ambulantním lékařem pro zhoršení psychického stavu.

Rodinná anamnéza:

Rodina má etnický původ Albánců z Kosova a emigrovala po válce v roce 1999. Muž žije s matkou, otcem a sestrou. Rodinné zážitky zahrnují traumatické události během války, včetně ztráty příbuzných, což mělo vliv na psychický stav muže. Ten je citově navázaný zejména na matku, která ho pravidelně navštěvuje. Matka ho finančně podporuje, sama ale nepracuje a její příjem je pravděpodobně ze sociálních dávek. Role otce a jeho příjem není znám, muž o něm nemluví. Sestra se bude vdávat a aktuálně se stěhuje ze společné domácnosti rodiny.

Současný stav a péče:

Muž pobývá na lůžkovém oddělení a je momentálně v ochranné ambulantní léčbě. Projevuje slušné chování, avšak má potíže s udržení pozornosti a občas reaguje agresivně. Jeho fyziologická stavba těla budí respekt, neboť se jedná o vysokého a mohutného jedince s vyholenou hlavou a občasným tetováním na těle. Muž vystupuje jako tajný agent, který se domnívá, že přišel „dát věci do pořádku“. Při komunikaci se sociální pracovníci se projevuje zdvořile a spolupracuje. Na svém mobilním telefonu často sleduje válečná videa a ukázky boje.

Multidisciplinární spolupráce:

Sociální pracovníce se zaměřuje na mapování sociální situace a úzce spolupracuje s multidisciplinárním týmem. Pravidelně konzultuje zdravotní stav pacienta s ošetřujícím lékařem, psychologkou a zdravotními sestrami. V akutní fázi nemoci by nebylo možné účinně s mužem spolupracovat a řešit jeho sociální situaci. Sociální pracovníce navazuje telefonickou spolupráci s právníčkou, která rodině pomáhá s povolením k pobytu.

Intervence a stanovené cíle:

Zajištění prodloužení povolení k pobytu a aktivní spolupráce s právníčkou ohledně tohoto procesu.

Informovat pacienta o možnostech podání žádosti o invalidní důchod a poskytnutí potřebných informací a podpory v tomto procesu.

Najít praktického lékaře pro pacienta.

Navázat spolupráci s CDZ pro komplexní péči.

Uskutečnit společnou schůzku se sociální pracovníci CDZ před propuštěním z hospitalizace.

Prognóza:

Z dlouhodobého hlediska je pro pacienta klíčové vyřešit povolení k pobytu, což mu umožní stabilní zdravotní a sociální péči v ČR. Psychiatrické onemocnění a ochranná léčba je v procesu žádosti o pobyt komplikací. Tento krok je zásadní i pro udržení a návaznost psychiatrické léčby. Případné přiznání invalidního důchodu nebo přiznání statusu invalidity by výrazně usnadnilo pacientovu sociální situaci, zejména v oblasti zdravotního pojištění, které si dosud musel platit sám. Pacient vyjadřuje zájem o práci, a proto pomoc při hledání zaměstnání a podpora ze strany pracovníků CDZ může vést k pozitivním výsledkům.

Katamnéza:

S odstupem tří měsíců od hospitalizace muž spolupracuje s pracovníci CDZ, byla domluvena a zahájena schůzka s potenciálním zaměstnavatelem. Bohužel, pacient ztratil mobilní telefon a na schůzku již nedorazil. Po opětovné intervenci sociální pracovníce kliniky se pacient s pracovníci CDZ spojil a dál pracuje na svých cílech.

7.4. Vyhodnocení případových studií

V případových studiích jsou popsány situace lidí trpících různými typy duševních onemocnění a jejich následky. Stěžejním bodem, který se ve všech případech opakuje, je potřeba spolupráce mezi různými zdravotními pracovníky a sociální pracovníci při řešení složitých situací těchto jednotlivců, multidisciplinární spolupráce.

Případová studie č. 1 popisuje situaci mladého muže s duševními obtížemi, který hledá azylové bydlení. Multidisciplinární přístup lékařů, sociálních pracovníků a psychoterapeutů je zaměřen na zajištění péče o jeho duševní i sociální potřeby, včetně hledání ubytování a řešení finančních obtíží. Mimořádná obtížnost spočívá v nalezení vhodného azylového místa kvůli omezením a čekacím lhůtám.

V případové studii č. 2 vidíme mladého muže bez rodinných vazeb a sociální podpory, který trpí paranoidní schizofrenií. Zde je klíčovým cílem zajištění stabilní sociální podpory a integrace do komunity po propuštění z nemocnice.

V případě č. 3 se jedná o mladou ženu trpící schizofrenií a dalšími zdravotními problémy, která se potýká se sociální izolací a potřebuje podporu ve všech aspektech svého života, včetně péče po propuštění z nemocnice.

Případ č. 4 představuje ženu, která odmítá spolupracovat a není motivována řešit svou situaci. Zde je klíčové hledání alternativních způsobů léčby a sociální podpory, přestože je obtížné ji motivovat.

V případě č. 5 vidíme muže s historií závislosti a psychotického onemocnění, který se stěhuje k matce. Zde je potřebná koordinace mezi zdravotními a sociálními pracovníky k řešení jeho situace po propuštění z nemocnice.

V případě č. 6 jde o muže trpícího schizofrenií s dočasným pobytem v ČR, který vyžaduje ambulantní ochrannou léčbu. Zde je důležitá kontinuální péče a spolupráce mezi různými lékaři a sociálními pracovníky.

Celkově tyto studie zdůrazňují složitost péče o lidi s duševními onemocněními a potřebu komplexního přístupu k léčbě a sociální podpoře.

V pěti ze šesti případů byla navázána nebo je navázána spolupráce s CDZ, což poukazuje na důležitou roli těchto center jak při prevenci nemoci, tak při návazné péči po hospitalizaci.

Na případech je vidět důležitost sociální intervence a podpory v situacích, kdy jednotlivec nemá dostatečnou podporu v rodině nebo ve svém okolí. Jde o řešení zejména praktických problémů spojených s bydlením, finanční situací a zajištěním základních potřeb pro lidi trpící duševními onemocněními.

Závěr

Rozvoj psychiatrické péče je spojen s dlouhou historií a řadou významných mezníků. Od starověku až po současnou éru prošla psychiatrie rozmanitými fázemi vývoje, které odrážejí nejen změny ve společnosti, ale také poznatky v oblasti lékařství, psychologie a sociální práce.

V práci jsem zmapovala jednotlivá období a změny, které s sebou vývoj psychiatrické péče přinesl, protože ten se prolíná do moderní psychiatrie a nese v sobě dějinnou zátěž, s níž bude nezbytné pracovat ještě i v rámci dalších generací.

Historickému vývoji a detailnějšímu popisu medicínské psychiatrické péče jsem se věnovala, protože mi tato část ve studiu sociální práce chyběla.

Speciální kapitolu jsem věnovala duševní stránce člověka a postavení pastoračního pracovníka, který je podle mého vnímání málo zastoupen v multidisciplinárních týmech.

Vnímám, že v současných sociálních kruzích se na psychiatrickou léčbu pohlíží jako na omezující a řešící symptomy pouze za pomoci léků. Zároveň bez dobře nastavené a udržující farmakologické léčby u většiny pacientů, kteří byli hospitalizováni na lůžkovém oddělení kliniky, nebylo možné vytvářet podpůrné sociální sítě, což dokládám i názorně na jednotlivých případových studiích.

Dále vnímám, že i u lékařů, psychiatrů a zdravotních sester, kteří mají medicínské vzdělání, panuje jakési nedocenění a neporozumění významnosti a přínosu sociální práce pro celkové zotavení duševně nemocného člověka. Proto jsem v této práci chtěla zdůraznit důležitost odborné lékařské péče, ale i upozornit na to, že do moderní psychiatrie sociální pracovník patří a má v ní své místo.

Probíhající reforma se snaží s tímto tématem pracovat, avšak stoupající tempo minulých let je v lepším případě ve stagnaci. Politické priority jsou soustředěny na důležitá společenská témata, jako je pandemie covid-19 a válka na Ukrajině. Bohužel tyto masivní jevy mají značný dopad na oblast psychiatrie a duševního zdraví.

Na společenské úrovni se bude muset v budoucnu také projevit i aktuálně alarmující nedostatek dětských psychiatrů a služeb dětské psychiatrie.

Za zásadní mezník ve vývoji psychiatrické péče v průběhu mé profesní cesty považuji vznik komunitních týmů a Center duševního zdraví. Vznik těchto multidisciplinárních týmů je něco, co se na poli psychiatrie opravdu povedlo a na čem může česká psychiatrie stavět.

Multidisciplinární týmy vytvářejí silnou podpůrnou síť, která předchází relapsům a opakovaným hospitalizacím, které jsou finančně náročné pro zdravotní systém. Možnou multidisciplinární spolupráci jsem ilustrovala na vybraných případových studiích, které měly za cíl deklarovat, že spolupráce různých odborníků v multidisciplinárním týmu má pozitivní dopad na pacienta.

Vzájemná spolupráce různých odborností vytváří silnou synergii, která se přenáší na nemocné a pomáhá jim dosáhnout lepších výsledků v dlouhodobém horizontu.

Na úplný závěr si dovolím ocitovat verš z Bible, který symbolizuje hlavní sdělení diplomové práce a reflektuje sílu a důležitost vzájemné podpory a spolupráce, jež jsou klíčovými prvky v tradičních i moderních disciplínách, včetně psychiatrie.

„Lépe je dvěma nežli samotnému; jejich námaha má štědrú odměnu: Padne-li jeden z nich, druhý ho zvedne, padne-li osamělý, běda, kdo zvedne jej?! Dva lidé spolu spící lépe zahřejí se, jak ale zahřeje se ten, kdo spí sám? Je-li napaden jeden, dva spolu odolají; trojitý provázek se těžko přetrhne!“ (Kazatel 4:9-12)

Seznam literatury

BAUDIŠ, Pavel a LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-726-2104-1.

ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin: Pojednání pro inteligentní čtenáře*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-716-9086-4.

MKN-10, *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-11-5.

FOUCAULT, Michel. *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Edice 21. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994. ISBN 80-7106-085-2.

FOUCAULT, Michel. *Psychologie a duševní nemoc*. Studie (Dauphin). Praha: Dauphin, 1997. ISBN 80-86019-30-6.

HÖSCHL, C. a kolektiv.: *Psychiatrie: učebnice pro vyšší zdravotnické školy*. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy. Praha: Scientia Medica, 1997. ISBN 80-855-2664-6.

HÖSCHL, Cyril; LIBIGER, Jan a ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 2., dopl. a opr. vyd. Praha: Tigris, 2004. ISBN 8090013074.

CHROMÝ, Karel. *Duševní nemoc: sociologický a sociálně-psychologický pohled*. Thomayerova sbírka. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4.

ILLICH, Ivan. *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*. Brno: Emitos, 2012. ISBN 978-80-87171-26-4.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. 6., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Proměny lékařské profese z pohledu sociologie*. Studie (Sociologické nakladatelství). Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. ISBN 80-86429-57-1.

LINEHAN, Marsha M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. 2. New York: Guilford Press, 1993. ISBN 0-89862-183-6.

MACEK, Ondřej. *Cesty k lidem: kapitoly z duchovní péče*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2023. ISBN 978-80-246-5351-8.

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

MARKOVÁ, Eva; VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Sestra (Grada). Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

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

MAŽÁROVÁ, Katarína a ILAVSKÁ Ivana. *Základom činnosti sociálneho pracovníka na psychiatrickej klinike je vytvorenie vzťahu spojenectví a dôvery*. Sociální práce. 2008, č. 1, s. 31–32. ISSN 1213-6204

OPATRŇY, Aleš; BARTŮŠKOVÁ, Ludmila a DŘÍMAL, Ludvík. *Pastorační péče o psychicky nemocné*. Malá teologie (Karmelitánské nakladatelství). V Praze: Karmelitánské nakladatelství, 2016. ISBN 978-80-7195-995-3.

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

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

PŘIKRYL, Radovan. *Antipsychiatrické hnutí*. *Psychiatrie pro Praxi*. 2010, s. 40–41.

ŘÍČAN, Pavel. *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-312-3.

SHELDRAKE, Philip. *Spiritualita a historie: úvod do studia dějin a interpretace křesťanského duchovního života*. Spiritualita (Centrum pro

studium demokracie a kultury). Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2003. ISBN 80-7325-017-9.

VENCOVSKÝ, Eugen. *Psychiatrie dávných věků: (od Hippokrata k Pinelovi)*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5.

Elektronické zdroje:

Aliance center duševního zdraví. Online. Dostupné z: <https://acdz.cz/>. [cit. 2024-03-05].

Aliev, A., Bechyňová, L., Blažejovská, T., Fajnerová, I., Francová, A., Janků, K., Kagstrom, A., Kasal, A., Kolenič, M., Lukasová, M., Macháčková, M., Pešout, O., Pitoňák, M., Sýkorová, E., Šeniglová, K., Tomášková, H., Winkler, P. on behalf of MyMentalHealth.Guide consortium. 2020. Self-care in mental health. National Institute of Mental Health, Czech Republic. Online. <https://www.opatruj.se/>. Dostupné z: www.opatruj.se. [cit. 2024-03-13].

ASKOS Online. Dostupné z: <http://www.askos.cz/>. [cit. 2024-03-05].

Bible. Online. Dostupné z: <https://www.bible.com/cs/bible/15/ECC.4.9-12.b21>. [cit. 2024-04-11].

DAVIS, J.E. Online. Roč. 2006, s. 51–56. Dostupné z: <https://doi.org/doi.org/10.1007/BF02698486>. [cit. 2024-04-13].

Destigmatizace (*NUDZ*). Online. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/projekty/destigmatizace-nudz>. [cit. 2024-03-05].

ETICKÝ KODEX SPOLEČNOSTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. Online. In: . 2006. Dostupné z: <https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni>. [cit. 2024-03-06].

FOKUS *Opava*. Online. https://www.fokusopava.cz/vavrovicka_problematika_dusevniho_onemocneni.php. [cit. 2024-03-05].

INSTITUT EXISTENCIÁLNÍ HAGIOTERAPIE. Online. 2020. Dostupné z: <https://www.hagioterapie.cz/>. [cit. 2024-04-13].

Jak mluvit a psát o lidech s postižením a jak s nimi komunikovat. Online. Ombudsman veřejný ochránce práv, 2020. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/uploads-import/CRPD/Doporuceni/6-2020_doporuceni_media.pdf?fbclid=IwAR1HgtBGJIcmuNWPiO1w-7cj5pQfj6wZzMyfmcR_hX0o2B2mV8bUuybUwcM. [cit. 2024-04-09].

Hospitalizovaní v nemocnicích ČR 2019, *Zdravotnická statistika v ČR*. Online. Praha 2: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008357/hospit2019.pdf>. [cit. 2024-04-13].

JELÍNKOVÁ, Jana; KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha, Česká republika: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

Kladivo na čarodějnice. [videozáznam]. Online. *Kladivo na čarodějnice [videozáznam] / na motivy románu Václava Kaplického; scénář a režie Otakar Vávra*. 2005. [cit. 2021-06-19].

Komunitní péče. Online. www.psychiatrie.cz. 2. březen 2010. Dostupné z: https://psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200:komunitni-pee&catid=64&Itemid=13. [cit. 2024-03-05].

MOTL, Jiří. *Spiritualita a duševní nemoc: Role spirituality v životě lidí se zkušeností s psychotickým onemocněním*. Online, DISERTAČNÍ PRÁCE. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, 2016. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/78575>. [cit. 2024-04-13].

NÁRODNÍ AKČNÍ PLÁN PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ 2020–2030. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2020. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>. [cit. 2024-03-06].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Dzda.cz*. Online. Dostupné z: <https://dzda.cz/>. [cit. 2024-04-13].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Narovinu.net*. Online. Dostupné z: <https://narovinu.net/>. [cit. 2024-04-13].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Opatruj.se*. Online. Dostupné z: <https://www.opatruj.se/>. [cit. 2024-04-13].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Sebevraždy.cz*. Online. Dostupné z: <https://sebevrazdy.cz/>. [cit. 2024-04-13].

NÁRODNÍ PORTÁL PSYCHIATRICKÉ PÉČE. *Ústav zdravotnických informací a statistiky*. Online. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/browser/health-service>. [cit. 2024-04-13].

PŘÍKRYL, Radovan. Antipsychiatrické hnutí. Online. *Psychiatrie pro Praxi*. 2010, s. 40–41. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/01/10.pdf>. [cit. 2024-04-13].

PSYCHIATRICKÁ ROČENKA 2022. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008442/psych2022.pdf>. [cit. 2024-04-09].

RABOCH, Jiří a WENIGOVÁ, Barbora. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Česká psychiatrická společnost, o. s., 2012. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/OZ_zkr_komplet.pdf. [cit. 2024-04-13].

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ *Strategie reformy psychiatrické péče*. Online. Ministerstvo zdravotnictví ČR, verze 1.0, vydáno 8. října 2013. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>. [cit. 2024-03-05].

Registr poskytovatelů sociálních služeb. Online. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>. [cit. 2024-03-05].

Slovník cizích slov *infoz.cz*. Online. Dostupné z: <https://www.infoz.cz/katamneza/>. [cit. 2024-04-11].

Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ): VĚSTNÍK MZ ČR. Online. In: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Standard_CDZ_final.pdf, 5/2016n. 1. [cit. 2024-03-05].

STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB Příručka pro uživatele. Online. Vydalo Ministerstvo práce a sociální věci ČR. 2008. Dostupné

z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9. [cit. 2024-03-06].

THEINER, Pavel. *Externí výuka pro nco, nzo sestry FN Brno: přednáška*. Online. 2009. Dostupné z: [Http://psychiatrie.med.muni.cz/index.php?pg=vyuka--externi-vyuka--vyuka-pro-nco-nzo-sestry](http://psychiatrie.med.muni.cz/index.php?pg=vyuka--externi-vyuka--vyuka-pro-nco-nzo-sestry) [online]. In: . [cit. 2018-10-03]. [cit. 2018-03-13].

Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: <https://www.zakonyprolidi.cz/2011-55>. 2011. [cit. 2024-03-06].

WHO Mental health. Online. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1. [cit. 2024-04-09].

World mental health report: *Transforming mental health for all*. Online. World Health Organization, 2022. ISBN 9789240049338. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>. [cit. 2024-04-09].

Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních): Zákon č. 96/2004 Sb. In: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>. 2004. [cit. 2024-03-06].

Zákon o sociálních službách Zákon č. 108/2006 Sb. In: 2006. ISSN <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>. [cit. 2024-03-06].

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): Zákon č. 372/2011 Sb. In: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>. 2011. [cit. 2024-03-06].