

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2017**

**Kateřina Rupertová**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Ošetřovatelství B5341

**Kateřina Rupertová**

Studijní obor: Všeobecná sestra 5341R009

**PROGRAM UCELENÉ PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

PLZEŇ 2017

POZOR! Místo tohoto listu bude vloženo zadání BP s razítkem. (K vyzvednutí na sekretariátu katedry.) Toto je druhá číslovaná stránka, ale číslo se neuvádí.

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 10. 3. 2017.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji Mgr. et Bc. Simoně Kubešové za odborné vedení práce, ochotu, trpělivost a poskytování rad. Dále děkuji odbornému garantovi MUDr. Vladislavu Žižkovi za cenné informace a odborné podklady.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Rupertová Kateřina

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Program ucelené psychiatrické rehabilitace

Vedoucí práce: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

Počet stran – číslované: 79

Počet stran – nečíslované: 16

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 38

Klíčová slova: duševní zdraví – pacient – potřeby – reforma psychiatrie – ucelená psychiatrická rehabilitace – začlenění do společnosti

### **Souhrn:**

Bakalářská práce se věnuje problematice začleňování duševně nemocných zpět do společnosti po ukončení psychiatrické hospitalizace. Implementace programu ucelené psychiatrické rehabilitace již za hospitalizace duševně nemocného by měla výrazně usnadnit toto začlenění. Práce je rozdělena do dvou částí. V teoretické části jsou shrnuty poznatky o duševním zdraví, reformě psychiatrické péče, ucelené psychiatrické rehabilitaci a o programu ucelené rehabilitace v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. V praktické části realizované formou výzkumného charakteru jsou analyzovány výsledky výzkumného šetření, jehož cílem bylo porovnat úroveň adaptace a schopnost začlenění pacienta do běžného života před nástupem do programu a po jeho dokončení, zhodnotit kvalitu programu oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací a zjistit případné nedostatky v práci či přístupu jednotlivých pracovníků, kteří se podílí na péči o tyto pacienty.

## **Annotation**

Surname and name: Rupertová Kateřina

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Comprehensive psychiatric rehabilitation program

Consultant: Mgr. et Bc. Simona Kubešová

Number of pages – numbered: 79

Number of pages – unnumbered: 16

Number of appendices: 7

Number of literature items used: 38

Keywords: mental health – the patient – the needs – the reform of psychiatry – comprehensive psychiatric rehabilitation – integration into society

### Summary:

Bachelor thesis deals with the issue of integrating the mentally ill back to the company after the completion of a psychiatric hospitalization. Implementation program the comprehensive psychiatric rehabilitation already for the hospitalization of the mentally ill should greatly facilitate this integration. The work is divided into two parts. In the theoretical part of the summarised knowledge about mental health, the reform of psychiatric care, comprehensive psychiatric rehabilitation program comprehensive rehabilitation in a Psychiatric hospital in Dobřany. In the practical part, which is implemented in the form of a research are analyzed the results of the research investigation, whose aim was to compare the level of adaptation and the ability to integrate the patient into normal life before the onset of the program and after its completion, evaluate the quality of the program department with a comprehensive psychiatric rehabilitation and identify any deficiencies in the work or approach of the various workers who are involved in the care of these patients.

# OBSAH

ÚVOD.....	10
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ.....	12
1.1 Zdraví 2020 a duševní zdraví.....	12
1.2 Společnost a duševně nemocní .....	12
1.2.1 Postoj společnosti k duševně nemocným napříč historií.....	13
1.3 Komunitní péče v oblasti duševního zdraví.....	14
1.3.1 Současný stav a služby poskytované v komunitní péči.....	15
1.4 Národní ústav duševního zdraví .....	16
2 TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	17
2.1 Reforma psychiatrické péče.....	17
2.1.1 Současný stav a organizace psychiatrické péče.....	17
2.2 Strategie reformy psychiatrické péče.....	19
3 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE .....	22
3.1 Historie psychiatrické rehabilitace.....	22
3.2 Hlavní směry psychiatrické rehabilitace .....	22
3.3 Základní principy psychosociální rehabilitace.....	23
3.4 Fáze psychiatrické rehabilitace .....	23
3.5 Systém ucelené psychiatrické rehabilitace S. U. P. R.....	24
4 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ.....	25
4.1 Rehabilitační oddělení s novým způsobem léčení, s ucelenou psychiatrickou rehabilitací .....	25
4.1.1 Duševně nemocní s diagnózou schizofrenního okruhu .....	26
4.1.2 Rodina duševně nemocného .....	26
4.2 Program ucelené psychiatrické rehabilitace.....	27
4.2.1 Multioborový tým.....	28
4.2.2 Terapeutické metody .....	28
4.2.3 Spolupráce služeb komunitní péče s Psychiatrickou nemocnicí .....	31
PRAKTICKÁ ČÁST .....	32
5 FORMULACE PROBLÉMU .....	33
6 CÍL VÝZKUMU .....	34
7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	36
8 METODA SBĚRU DAT .....	37
9 ORGANIZACE VÝZKUMU .....	38
10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....	39
11 DISKUZE .....	67



ZÁVĚR.....	71
BIBLIOGRAFIE .....	73
SEZNAM ZKRATEK .....	77
SEZNAM GRAFŮ .....	78
SEZNAM PŘÍLOH .....	79

## ÚVOD

V současné době na základě Strategie reformy psychiatrické péče probíhá reforma psychiatrické péče, která má jako jeden z hlavních cílů zkvalitnění života duševně nemocných zlepšením provázanosti jednotlivých složek psychiatrické péče, nově nyní i se složkou komunitní péče, meziresortní spoluprací, legislativními změnami a změnou postoje společnosti k duševně nemocným.

Rozhodující pro výběr téma bakalářské práce je skutečnost, že již přes dvacet let pracuji jako zdravotní sestra v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech, dlouhodobě na vedoucí pracovní pozici a opakovaně se setkávám s rehospitalizací pacientů, jelikož v domácím prostředí velmi často extramurálně selhávají, právě i díky nedostatečně provázané péči o tyto pacienty v oblasti zdravotní a sociální.

Podílela jsem se rovněž jako člen zpracovatelského týmu na přípravě a vypracování projektu „Rehabilitační oddělení s novým způsobem léčení“ na základě výzvy k žádosti o grant Programu CZ11-Iniciativa v oblasti veřejného zdraví, financovaného z Norských fondů 2009-2014 v rámci programové oblasti č. 27 na Aktivitu I. - Psychiatrická péče.

Vedením nemocnice mi bylo umožněno výzkumné šetření, které bude současně použito při výstupu a hodnocení programu ucelené psychiatrické rehabilitace v PNvD. S výsledky budou dále seznámeni i ostatní zaměstnanci oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací a využity v praxi.

V bakalářské práci se věnuji duševně nemocným s diagnózami schizofrenního okruhu s opakovanými hospitalizacemi a jejich opětovnému začlenění a adaptaci na běžné prostředí po ukončení léčby díky implementaci programu ucelené psychiatrické rehabilitace. Jsou po ukončení programu pacienti více připraveni na život v běžném prostředí? Byly efektivně uspokojeny jejich potřeby ve zdravotní a sociální oblasti? Jak hodnotí kvalitu programu pacienti? Jak hodnotí přístup a péči zdravotnického a lékařského personálu na oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací?

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

*„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých.“ (1, s. 40)*

Duševní zdraví je odrazem osobní duševní pohody. Dle Seligmana má duševní pohoda pět měřitelných rysů, které k ní přispívají. Jsou to kladné emoce, nadšení činností, pozitivní vztahy, smysluplnost a úspěšné konání. (2, s. 37) Duševní zdraví nevyjadřuje jen nepřítomnou duševní poruchu, ale je vyjádřen dobrý stav osobnosti komplexně. Duševně zdravý člověk má schopnost logického myšlení, komunikace, analýzy a zpracování informací, dokáže plánovat a uskutečňovat své plány, zvládá adaptaci na nové podněty, je emocionálně vyrovnaný a ovládá své emoce. Současná situace v Evropě klade vysoké nároky na psychiku člověka jak po stránce ekonomické, politické tak i sociální, které vedou k poruchám duševního zdraví. Podílí se na nich nezaměstnanost, ekonomická nejistota, migrace, politické změny, samota, bezdomovectví, zneužívání návykových látek a rozpad sociálních sítí. Dle údajů Světové banky a WHO k hlavním duševním poruchám patří deprese, bipolární poruchy a schizofrenie. (3, s. 16-17)

## 1.1 Zdraví 2020 a duševní zdraví

Problematika duševního zdraví začíná ve společnosti závažně narůstat. Péče o duševní zdraví by měla být jednou z priorit společnosti a zasahovat do širokého životních podmínek populace. Akční plán č. 3 „Duševní zdraví“ je hlavním výstupem realizace pro hlavní téma duševního zdraví v Národní strategii ochrany a podpory zdraví a prevence nemoci Zdraví 2020. Shoduje se s výzvou formulovanou v originální verzi strategie Health 2020 vydanou Světovou zdravotnickou organizací a je výsledkem schválené národní Strategie reformy psychiatrické péče. Tento dokument zajistí souvislé směřování péče o duševní zdraví v poskytování zdravotních služeb v oboru psychiatrie. (4, s. 28)

## 1.2 Společnost a duševně nemocní

Přístup a postoj společnosti k duševně nemocným prošel dlouhým vývojem. Jedním ze zásadních úskalí napříč celou historií je stigmatizace duševně nemocných a psychiatrie jako oboru.

Stigma duševní nemoci je charakterizováno jako negativní ocejchování lidí s duševním onemocněním, kdy hlavní příčinou je převážně strach. Stigma rozdělujeme na

veřejné a osobní. Veřejné stigma je negativní jednání a reakce společnosti vůči duševně nemocným z neznalosti a předsudků, které jsou ve společnosti hluboce zakořeněny. Diskriminace ve smyslu ponižování, kritiky a odmítání je nejčastější formou veřejného stigmatu. (5) (6)

Osobní stigma neboli sebestigmatizace je charakterizováno jako subjektivní ztotožnění se se značkou duševního onemocnění hlavně v postojích k sobě samému. Se sebestigmatizací souvisí snížené sebevědomí, sebeúcta, sebepojetí a pocit méněcennosti. Postupně dochází k anticipační úzkosti, stresu, sociální fobii, a to vše vede k následné izolaci duševně nemocného, a tudíž ke snižování kvality života. (6) Ke stigmatizaci významně přispívají v současné době média, kterými je společnost silně ovlivněna. Na jednu stranu se společnost přiklání ke zlepšení práv a kvality života duševně nemocných a poté, co dojde k případům selhání duševně nemocného, většinou kriminálního rázu za mediálně uměle vyvolaného rozruchu, je postoj společnosti zcela negativní a opět bojuje za izolování a uzavírání duševně nemocných, aby jimi nebyli ohrožováni.

K destigmatizačním programům v České republice patří již tradiční pořádání projektů, kterými jsou „Týdny pro duševní zdraví“ a festival „Mezi ploty“.

### **1.2.1 Postoj společnosti k duševně nemocným napříč historií**

Ve starověku díky magickému myšlení byla připisována duševně nemocným posedlost zlými duchy. Nemocní byli izolováni mimo společnost, lidé se jich báli. Léčba byla založena na modlitbách, zařikávání a jako první psychofarmaka sloužily byliny. (7, s. 24)

Zcela odlišného názoru byla řecká kultura, kde zejména Hippokratova škola zdůrazňovala zkoumání duševně nemocného a snahu o vysvětlení duševních chorob a kladla důraz na odmytologizování pohledu na psychická onemocnění. (8) Vlivem křesťanství přístup k duševně nemocným ovládla nauka o duševních poruchách z posedlosti démony, tzv. démonologie. Vývoj psychiatrie ve středověku představoval jedno z nejtemnějších období. Duševně nemocní byli považováni za posedlé dábly, obviňováni z čarodějnictví a odsuzováni k upálení. Ti nejšilenější byli zavíráni do tzv. klecí bláznů nebo do tzv. věže bláznů. (7, s. 25) V období renesance byli prostředkem k izolaci duševně nemocných od společnosti tzv. lodě bláznů, na které byli duševně nemocní vyhnáni a ze kterých nebylo úniku. (9) V 15. století byla zavedena první pravidla zacházení s duševně nemocnými. Starost o ně byla přidělena příbuzným, kteří je měli držet v izolaci doma a pokud nemocný

ohrožoval na životě sebe nebo své okolí byl pak vsazen do vězení. Ovšem i přes pokrokové názory bylo onemocnět duševní chorobou považováno za hanbu a duševně nemocní i nadále žili v nedůstojných podmínkách. V době osvícenství byly opět duševně nemocní uzavíráni a izolováni od společnosti. Bezpráví na nich konané ospravedlňovala společnost potřebou chránit se. Příkladem útisku duševně nemocných byla ve Francii nemocnice Hospital General, kam byli uzavíráni společně s ostatními lidmi z okraje společnosti. Rozvoj psychiatrie nastává v období francouzské revoluce a souvisí se jménem Philippa Pinela, který se zasloužil o humanizaci psychiatrie. Osvobodil duševně nemocné z okovů, zavedl do psychiatrických zařízení humánní a důstojný ošetrovatelský režim, režimovou terapii a léčbu prací. V 19. století došlo k rozmachu psychiatrie jako oboru a přístupu k duševně nemocným. Byli uznáni nemocnými a ošetřováni lékařem a ošetřujícím personálem v nemocnici. Jejich životní podmínky se zlepšily, uplatňoval se humánní přístup, problematika duševně nemocných se objevuje v legislativě, dochází k prvním dobrovolným hospitalizacím a vznikají ústavy pro duševně choré. (7, s. 26-29)

Na počátku 19. století byla ústavní péče v Čechách absolutně nedostačující. Duševně nemocní byli hospitalizováni v církevních nemocnicích, ve kterých jim byla poskytnuto pouze základní ošetření. Jediný v té době specializovaný ústav byl v Praze, nynější psychiatrická klinika na Karlově. V Kosmonosích byl roku 1869 zřízen z bývalého kláštera Královský český zemský filiální ústav pro choromyslné. V roce 1880 je otevřen zcela nově vybudovaný Královský český zemský ústav pro choromyslné v Dobřanech u Plzně, v roce 1903 Královský český zemský ústav pro choromyslné v Bohnicích a postupně vznikaly další. (10)

### **1.3 Komunitní péče v oblasti duševního zdraví**

Hlavní a podstatnou změnou v oblasti péče o duševní zdraví je systém komunitní péče, který je zakotven ve Strategii reformy psychiatrické péče a souvisí s modernizací psychiatrické péče. Forma komunitní péče je upřednostňována od poloviny 20. století ve vyspělých zemích a je spojena s deinstitucionalizací, což je plánovaná postupná redukce velkých psychiatrických zařízení a jejich částečná úprava na formu komunitních služeb. (11, s. 212) Dle Kalvacha by služby měly posilovat potřeby nemocných a zabezpečit jejich sociální podporu ke zvládnání adaptace a odolávání stresorů zvenku. (11, s. 78) Převažující komunitní péče nad péčí ústavní je nyní již v zemích Evropské unie jako je Dánsko, Finsko, Švédsko a Velká Británie. Komunitní péče je tedy opakem ústavní péče, ve které je hlavním znakem dlouhodobější izolace nemocného od společnosti a běžného denního života. Jde o

souhrn služeb, zařízení a programů, které mají umožnit lidem s duševní poruchou posílit jejich občanská práva, důstojnost, začlenit se do společnosti a žít běžný život takovým způsobem, aby byly co nejvíce uspokojeny jejich bio-psycho-sociální potřeby. Spolupráce lékaře s pacientem, individualizace péče a autonomie nemocného je hlavní náplní tzv. partnerského modelu. (7, s. 124)

K dosažení těchto změn budou nově nyní vytvářeny komunitní týmy duševního zdraví, které budou mít geografickou působnost. Alternativou k hospitalizaci jsou zřizovány nové služby a těmi jsou krizová centra, výjezdové týmy krizové intervence, denní stacionáře, různé formy pobytových služeb a služby pracovní či sociální rehabilitace. V konceptu modelu tzv. vyvážené péče se zapojí a sjednotí do systému péče praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, akutní lůžková psychiatrická péče na odděleních všeobecných nemocnic, krizové služby, denní stacionáře, pobytové služby v komunitě a v neposlední řadě služby psychiatrické rehabilitace. Komunitní péče se orientuje nejen na odstranění symptomů nemoci, ale i na psychosociální rehabilitaci posilováním zdravých stránek nemocného a funkční kapacity ve smyslu bio-psycho-sociálních potřeb. Kromě léčby se tedy zaměřuje na podporu sociálních rolí v oblastech bydlení, práce, sociálních kontaktů a ve vztazích s rodinou a přáteli. (11, s. 213)

Formu komunitní péče vystihuje pyramida péče o duševní zdraví dle Světové zdravotnické organizace, kde stěžejní základnu tvoří nejméně nákladná svépomoc a v řadě směrem výše přes komunitní a primární péči, k akutní péči v psychiatrických nemocnicích a posléze k péči nejvíce nákladné, a to k dlouhodobé psychiatrické hospitalizaci, která by měly být výhledově co nejmenší. (7, s. 125)

### **1.3.1 Současný stav a služby poskytované v komunitní péči**

Česká republika dosud nemá vytvořený systém komunitní péče, jelikož tato péče působí v oblasti zdravotně sociální služby, kde není doposud jasně vymezená právní norma a tím služby spadají buď do resortu zdravotnictví, nebo sociální péče. Rozdílně nastavená pravidla pro poskytování péče těchto obou resortů velmi stěžují spolupráci a propojování služeb. (7, s. 128)

V současné době je v České republice omezená dostupnost komunitní péče. Nyní je pouze v Praze, částečně Brně a Ostravě. Některé regiony tento způsob péče zcela postrádají. V resortu zdravotnictví nyní existuje 21 denních stacionářů, kdy zhruba polovina je součástí větších lůžkových zařízení. Krizová centra s 24 hodinovou dostupností jsou v České

republice pouze tři a z toho dvě v Praze a jedno krizové centrum v Brně. Služby psychiatrické rehabilitace v současné době vykonává 29 neziskových organizací, které jsou legislativně v oblasti sociálních služeb. (11, s. 214)

Profesionální služby v prostředí komunity přichází na řadu v případě selhání svépomoci. Soubor služeb v prostředí komunity nazýváme komunitní psychiatrií. Ta provádí prevenci, diagnostiku, léčbu a dispenzarizaci a zaměřuje se na různé skupiny pacientů podle skupiny onemocnění. Charakterem komunitní psychiatrie je *multidisciplinární tým*, ve kterém společně pracují psychiatři, psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci, psychoterapeuti a ergoterapeuti s plánem nastaveným individuálně pro každého pacienta, vycházejícím z jeho potřeb. Dalším charakteristickým rysem je *regionalita*, kdy je propojenost služeb a péče v určeném regionu jasně stanovená a kontrolovatelná a dostupnost péče pro pacienta je v nejkratší možné vzdálenosti. *Mobilita* a s ní související mobilní týmy mohou ošetřit pacienta v domácím prostředí nebo mají možnost zasáhnout při krizové situaci. Posledním znakem je *dodržování občanských práv pacientů*. (7, s. 126-127)

#### **1.4 Národní ústav duševního zdraví**

Národní ústav duševního zdraví v Klecanech je novým moderním výzkumným centrem pro oblast duševního zdraví. Vznikl v roce 2015 a současným ředitelem je prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc. FRC Psych. Národní ústav je zaměřen na výzkum neurobiologických mechanismů, které vedou k rozvoji nejzávažnějších duševních poruch, jakými jsou schizofrenie, deprese nebo úzkostné stavy. Ve výzkumu jsou v testování také nové diagnostické a léčebné metody. Kapacita je zde 60 lůžek. (12) (13)



## 2 TRANSFORMACE PSYCHIATRICKÉ PÉČE

*„Najde-li člověk s duševním onemocněním své místo ve společnosti, je to přínos nejen pro něho, ale pro celou společnost.“*

Prohlášení Platformy pro transformaci péče o lidi s duševním onemocněním-červen  
2016

### 2.1 Reforma psychiatrické péče

Česká republika patří v Evropské unii k zemím, které donedávna neměly vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematické zřizování psychiatrických institucí, nerovnoměrné rozmístění ambulantních služeb po území ČR, zastaralý systém lůžkových zařízení a nedostatek zařízení komunitní péče (14, s. 12)

Uskutečnění deinstitucionalizace psychiatrické péče spolu se sjednocením sítě komunitních služeb je hlavním plánem konceptu psychiatrie, který byl již v roce 2000 vyjádřen a publikován Psychiatrickou společností ČLS JEP. Ten byl v roce 2002 schválen Vědeckou radou MZČR. (15)

Poté byl vyhlášen Českou psychiatrickou společností ČLS JEP společně s kanceláří WHO ČR „Národní psychiatrický program 2007“, který vychází z dokumentů Světové zdravotnické organizace a Evropské unie, především z výzvy evropské konference v Helsinkách z roku 2005, Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu a zelené knihy Evropské komise. Zároveň čerpá z poznatků o podmínkách a potřebách duševně nemocných v České republice. Cílem tohoto programu je zlepšení péče a podmínek života pacientů s duševním onemocněním, humanizace a destigmatizace psychiatrie, zajištění dostupnosti psychiatrické péče a omezení rizik plynoucích z psychických onemocnění, ke kterým mimo jiná patří převážně suicidia, sociální izolace a invalidizace duševně nemocných. K dalším cílům patří podpora primární psychiatrické péče, rozvoj komunitní péče a modernizace lůžkového fondu při dodržení bio-psycho-sociálního modelu péče, ve kterém je zahrnuta farmakoterapie, psychoterapie společně se sociální intervencí. (16, s. 20)

#### 2.1.1 Současný stav a organizace psychiatrické péče

Psychiatrický obor je po delší dobu podhodnocen a nedostatečně finančně zajištěn ve srovnání s ostatními medicinskými obory. Dalším problémem je pak nedostatečné rovnoměrné zastoupení psychiatrické péče na území České republiky. V České republice je procento finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví ve zdravotnictví oproti

zemím Evropské unie přibližně jen kolem 2,91 %. V zemích Evropské unie jsou výdaje na duševní zdraví mezi 5-10 %. Vývoj psychiatrie je v porovnání se zeměmi Evropské unie zanedbaný a zpožděný. (17, s. 29)

Česká republika je od 90. let 20. století v ambulantní a lůžkové psychiatrické péči bez zásadních systémových změn. K nejzásadnějším problémům systému psychiatrické péče náleží podfinancovanost péče o duševně nemocné, nedostatečně rozvinutá komunitní péče, přetíženost psychiatrických ambulancí, ve kterých na základě analýz MZČR mají ambulantní psychiatři na vyšetření pacienta průměrně 10 minut. Alarmující je navýšený počet pacientů v ambulantní péči za posledních 10 let a to o 66 %, kdy do ambulancí psychiatrie přijde cca 600 000 lidí/rok. Dalším problémem jsou zastaralé psychiatrické nemocnice, a to jak materiálním, tak i technickým vybavením s vysokým počtem lůžek a velkou spádovou oblastí. V těchto zařízeních se léčí cca 60 000 lidí a v zařízeních sociální péče je dalších 4 500 duševně nemocných. Odborný odhad skryté psychiatrické nemoci je kolem 1 000 000 – 1,5 mil. lidí a z toho tedy plyne, že každá pátá osoba v České republice je duševně nemocná. (18 stránky 3,4) Psychofarmakologie, která je na kvalitní úrovni je podstatou psychiatrické péče, ale řeší převážně biologickou rovinu a ne bio-psycho-sociální podle standardů moderní psychiatrické péče. Nedostatečná je i propojenost a návaznost péče všech složek, tedy ambulantní péče, lůžkových zařízení, praktických lékařů a klinických psychologů. (14, s. 18)

#### *Ambulantní péče*

V současné době je zde veškerá psychiatrická péče. Ze statistik UZIS je viditelný vysoký nárůst počtu pacientů s duševním onemocněním oproti počtu psychiatrů, kteří tuto péči poskytují. Vztah pacienta s ambulantním psychiatrem je vztahem dlouhodobějším. Ambulantní psychiatr je tak nejlépe seznámen s pacientovou problematikou, se sociálním a vztahovým prostředím, ale tím, že ošetřuje vysoký počet pacientů, nemá dostatečný prostor na další sociální a psychiatrické intervence a psychoterapii. Současný systém působí tedy proti zvyšování kvality psychiatrické péče. Nedostatek specialistů je především v oboru dětské psychiatrie. (14, s. 17)

#### *Psychiatrické nemocnice*

V psychiatrických nemocnicích je nyní přibližně 80 % všech finančních a personálních kapacit z hlediska lůžkové psychiatrické péče, a to v poměru jedné třetiny

lůžek akutní péče a dvou třetin lůžek následné psychiatrické péče. V psychiatrických nemocnicích je celkem 8 847 lůžek. Polovinu lůžek tvoří gerontopsychiatrická lůžka a zbytek jsou lůžka oddělení pedopsychiatrie, adiktologická a forenzní. (18, s. 7)

#### *Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic*

Ne všechna psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic poskytují péči pacientům s vážnější duševní poruchou. Důvodem je nedostačující personální obsazenost a technická výbava oddělení. (14, s. 19)

#### *Komunitní péče*

Komunitní psychiatrická péče je stále nedostatečně rozvinuta. Jednou z jejích již funkčních složek je vybudovaná síť psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí. Tato péče má nyní v resortu zdravotnictví 21denních stacionářů, 3krizová centra a 10 mobilních týmů v registru sociálních služeb. Neziskové organizace specializované na vážně duševně nemocné zabezpečují sociální programy, podporu bydlení a zaměstnávání. Tyto organizace jsou však finančně závislé na dotacích, na rozpočtu krajů, obcí a grantových titulech. Do budoucna je tento prostředek financování velmi nestálý pro omezený finanční objem, což brání rozvíjení sítě služeb v dlouhodobější perspektivě. (14, s. 20)

Ředitel Psychiatrické nemocnice Bohnice a místopředseda Psychiatrické společnosti ČLS JEP MUDr. Martin Hollý k reformě sdělil *„Reformu psychiatrické péče si neskromně dovlím zařadit mezi nejkompexnější změny ve zdravotnickém systému, které se odehrávají a snad odehrají v porevoluční historii.“* (19)

Reforma psychiatrické péče má ovšem i své kritiky z řad renomovaných odborníků z oblasti psychiatrie. MUDr. Ivan David poukazuje na výsledky reformy v řadě zemí, kde již reforma probíhá. *„Bezdomovectví těžce duševně nemocných je realitou. Mám informace, že jich přibývá i ve vězení. Zavírání psychiatrických ústavů by situaci ještě zhoršilo. Nejdříve je tedy potřeba vybudovat ta komunitní centra. V řadě zemí to ale probíhalo buď přesně naopak, nebo centra, která byla vybudována, nebyla dostatečně personálně a technicky vybavena, takže vůbec nemohla sloužit svému účelu.“* (20, s. 1)

## **2.2 Strategie reformy psychiatrické péče**

Při takto rozsáhlé reformě je zapotřebí strategického přístupu. Strategie reformy psychiatrické péče je veřejně politický dokument, který byl schválen ministrem

zdravotnictví MUDr. Martinem Holcátem, MBA dne 7. října 2013. Ministerstvo zdravotnictví České republiky je hlavním uživatelem Strategie a paralelně je i zadavatelem přípravy a gestorem implementace v resortu zdravotnictví. Dalšími uživateli, podílejícími se na realizování celkové reformy péče o duševní zdraví, jsou i ostatní ministerstva, územní samospráva České republiky, poskytovatelé psychiatrických služeb, a především uživatelé psychiatrické péče a jejich rodiny. Ke klíčovým strategickým dokumentům se řadí česká verze dokumentu WHO Zdraví 21, Comprehensive Mental Health Plan 2013-2020, Národní psychiatrický program 2007 a revidovaná Koncepce oboru psychiatrie. (16, s. 12)

Globálním cílem je zkvalitnění života duševně nemocných osob pomocí pilířů psychiatrických a klinicko-psychologických ambulancí, psychiatrických nemocnic, center duševního zdraví a psychiatrických oddělení nemocnic. Ke specifickým cílům patří zvýšení kvality psychiatrické péče změnou organizace poskytování, omezení stigmatizace oboru psychiatrie a duševně nemocných, zvýšení spokojenosti uživatelů psychiatrické péče, zvýšení efektivity péče včasným odhalením a diagnostikou psychiatrické nemoci, zvýšení úspěšnosti kvalitního začleňování duševně nemocných do společnosti, zajištění vzdělávání, bydlení, zaměstnanosti, zajištění provázanosti zdravotních, sociálních a dalších služeb a především humanizování psychiatrické péče. (16)

**Ambulantní péče** představuje základní složku psychiatrické péče, je pro pacienty prvním kontaktem s psychiatrickými službami a zajišťuje souhru v systému péče. Zahrnuje psychiatrické ambulance úzce spolupracujícími s ambulancemi klinické psychologie. Cílem Strategie je zaručit geograficky rovnoměrné rozložení ambulantní péče v České republice. K ambulantní péči řadíme ambulance psychiatrie, dětské a dorostové psychiatrie, gerontopsychiatrie, sexuologie, adiktologické služby a psychoterapeutické služby. (16, s. 39)

**Centra duševního zdraví CDZ** jsou zde zcela novým pilířem pro poskytování zdravotních a sociálních služeb. Cílem strategie je v těchto centrech poskytovat individualizovanou péči především vážně duševně nemocným v jejich běžném prostředí. Péče je založená na multidisciplinárním týmu. Součástí poskytovaných služeb by měl být i terénní tým. Intervencemi terénního týmu budou vyšetření, krizová intervence, zprostředkování hospitalizace, práce s rodinou a psychiatrická rehabilitace. Další novou službou budou krizová centra s krizovou telefonickou službou společně s krizovými lůžky. Součástí služeb denní péče se stanou denní stacionáře, ve kterých bude probíhat individuální, skupinová nebo rodinná psychoterapie a vzdělávací programy. Cílem je vybudovat 1 centrum

duševního zdraví na cca 100 000 obyvatel v režimu 24 hodin 7 dní v týdnu s dojezdem veřejnou dopravou do 30 minut. (16, s. 41) V současné době se již buduje centrum duševního zdraví při FN Plzeň.

***Psychiatrické nemocnice*** jsou v současné době z hlediska lůžkové psychiatrické péče nejobjemnější skupinou. Cílem strategie je zvýšit zaměření převážně na následnou péči s minimalizací akutní péče, dále pak vybudovat denní stacionáře a centra duševního zdraví v rámci zvolených psychiatrických nemocnic. K poskytovaným službám bude náležet převážně právě následná psychiatrická lůžková péče se zaměřením na psychiatrickou rehabilitaci a ponechána bude ochranná léčba, akutní a specializovaná péče ve vybraných psychiatrických nemocnicích. (16, s. 43)

***Psychiatrická oddělení nemocnic*** jsou v současné době nedostačující personálním a technickým vybavením. Hlavním cílem strategie v této oblasti je stejnoměrné pokrytí psychiatrických oddělení nemocnic na našem území, zajištění standardu poskytované akutní péče, zajištění dostatečného technického zázemí, a především zvýšení počtu kvalifikovaných pracovníků. K poskytovaným službám bude v budoucnu náležet komplexní akutní lůžková péče, doléčovací stacionáře, specializované stanice pro zvláště nebezpečné, psychicky nemocné jedince. (16, s. 43)

Strategie je uskutečňována od roku 2014 a je rozvržena do 3 fází. V první zahajovací fázi jsou zařazeny aktivity zajištění podmínek k rozběhnutí realizačních projektů. Druhá fáze obsahuje vytvoření realizačních projektů, meziřesortní aktivitu a legislativní změny. Tato fáze je hlavní částí Strategie a bude probíhat od roku 2016 do roku 2023. Třetí fáze je období celkového vyhodnocení jednotlivých oblastí a projektů. Konečný rozpočet činí cca 6 mld. Kč a je určený na vzdělávání, destigmatizaci a na finance stanovené k výstavbě center duševního zdraví a humanizaci existujících pilířů psychiatrické péče. (16, s. 50)

### 3 PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE

Pojem rehabilitace vychází z latinského re-znovu a habilis-schopný. Psychiatrická neboli psychosociální rehabilitace má duševně nemocným lidem pomoci k tomu, aby zvládli co nejvíce samostatné začlenění a fungování ve společnosti. (7, s. 131)

#### 3.1 Historie psychiatrické rehabilitace

Vznik psychiatrické rehabilitace spadá do 19. století do tzv. éry morální terapie. Rozvoj započal až po druhé světové válce v USA a Velké Británii. Zde byly zahájeny programy pracovní rehabilitace ve velkých lůžkových psychiatrických nemocnicích. V 60. letech 20. století se v těchto zemích začala postupně rehabilitace kombinovat s komunitní péčí a deinstitucionalizací a byla impulsem pro vznik center duševního zdraví spojeného s rehabilitací. (7, s. 132)

V 80. letech 20. století vyjádřil Wiliam Anthony společně se spolupracovníky cíl psychiatrické rehabilitace: „*Psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“ (7, s. 132) (21)

#### 3.2 Hlavní směry psychiatrické rehabilitace

**Bostonský směr** je vývojovým modelem, kdy rehabilitace maximalizuje zdraví rozvojem schopností a učením. Představitelem je Wiliam Anthony.

**Losangeleský směr** se zabývá tréninkem sociálních dovedností, zaměřuje se na stresové faktory a řešení problému, aby se duševně nemocný naučil s nemocí žít. Hlavním představitelem je R. P. Liberman.

**Britský model** dává důraz na prostředí duševně nemocného, které je třeba zabezpečit kvalitními službami, aby v něm mohl spokojeně žít. Představitel tohoto modelu je G. Shepherd a D. Bennett.

V psychiatrické rehabilitaci je klíčová spolupráce pracovníků léčebné a sociální složky. Léčebnou složkou rozumíme psychiatra, klinického psychologa, zdravotní sestry, psychoterapeuty, ergoterapeuty. V sociální složce se jedná o sociální pracovníky a speciální pedagogy. Prioritou rehabilitačních programů je přivést duševně nemocného člověka k zotavení-recovery. (22, s. 147)

### 3.3 Základní principy psychosociální rehabilitace

*Zotavení-recovery* je hlavním principem poskytování péče duševně nemocným. Dle Williama Anthonyho, ředitele Centra psychiatrické rehabilitace Bostonské univerzity jde o subjektivní proces vlastní změny přístupu, hodnot, cílů a rolí, kdy duševně nemocný nalézá nový smysl a naději k vlastnímu zlepšení způsobu života, a to i přes svá omezení, která mu nemoc přináší. (23)

Jde o přístup, který vychází z předností člověka, kdy ke zlepšování zdravotního stavu a osobní proměny dochází vlastním uvědoměním, rozhodnutím a přičiněním duševně nemocného za pomoci kvalifikovaných pracovníků. V procesu zotavení si duševně nemocný uvědomí své vlastní hodnoty navzdory psychiatrickému onemocnění, určí si směr, stanoví si krátkodobé a dlouhodobé cíle, na kterých mu záleží a snaží se o aktivní řízení svého života a duševního zdraví. Je kladen důraz na poskytování podpory a na spolupráci nemocných. (24) Duševně nemocní se často musí zotavit ze stigmat spojených s duševní nemocí, z nedostatečné příležitosti pro sebeurčení, z negativních pocitů spojených s nezaměstnaností a z rozbitých snů. (25, s. 104)

### 3.4 Fáze psychiatrické rehabilitace

Proces psychiatrické rehabilitace je rozčleněn do čtyř fází. Jde o fázi diagnostickou, fázi plánování, intervenční a fázi vyhodnocení intervencí.

Duševně nemocní se vyznačují převážně pasivitou, sociálním stažením a nízkou potřebou změny, proto tedy sledujeme tzv. indikátory připravenosti, tedy schopnosti duševně nemocného se aktivně podílet na léčbě. Vyhodnocení připravenosti duševně nemocného a navazování vztahu je součástí **diagnostické fáze**, kdy je třeba zhodnotit potřebu změny a nespokojenost ze současné situace, míru připravenosti ke změně a míru motivace duševně nemocného zapojit se do procesu. Navazování partnerského vztahu ke vzájemné spolupráci, získání si důvěry a provázení nemocného celým rehabilitačním procesem vždy jedním týmem je velmi žádoucí. Pouze část nemocných je dostatečně motivována. Pokud zjistíme, že je nemocný dostatečně připraven a motivován, další fází je mapování potřeb. To se děje pomocí rozhovoru s nemocným a vyplněním standardizovaného dotazníku, kdy je provedeno šetření v oblastech zdravotních a sociálních. Společně pojmenované nenaplněné potřeby jsou podnětem k **fázi plánování**, naplánování cílů a je započata **fáze aktivní intervence**. Součástí intervence je sestavení *krizového plánu*, který navazuje na psychoedukaci v průběhu celkové hospitalizace. Součástí krizového plánu jsou varovné

příznaky a připravené opatření k řešení situace. Před propuštěním by měl nemocný znát své varovné příznaky a mít připravený postup ke zvládnutí situace. Faktory, které způsobují stres a jsou současně varovným signálem, jsou imperativní halucinace a bludy, obtížně zvladatelné emoce, sociální tlak, finanční problém, konfliktní situace, rozchody, stěhování, jednání na úřadech a mnohá další. Poslední fází je *fáze vyhodnocení intervencí*. (7, s. 133) (25, s. 104-111) (26)

### **3.5 Systém ucelené psychiatrické rehabilitace S. U. P. R.**

Projekt „Vytvoření systému ucelené psychiatrické rehabilitace a jeho implementace v lůžkových zařízeních následné péče“ je programem poskytující finanční pomoc v rámci bilaterální spolupráce EHP a Norských fondů 2009-2014 pro oblast CZ11-Iniciativy veřejného zdraví Aktivita I. Psychiatrická péče.

Do projektu S. U. P. R. je zapojeno alespoň jedno oddělení následné péče všech 13 psychiatrických nemocnic v České republice. Cílem projektu je upravit poskytované služby duševně nemocných v souladu s principy recovery-zotavení, které je prioritou poskytované péče ve vyspělých zemích. Dalším cílem projektu je sestavení a realizace jednotné rehabilitační metodiky na psychiatrická oddělení, aby byla lépe propojována péče mimo nemocnici. Veškerá administrativa je prováděna v ISpP HIPPO. (27)



## **4 CHARAKTERISTIKA ODDĚLENÍ**

V roce 2014 byla Ministerstvem financí ČR jako zprostředkovatelem programu ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví jako partnerem programu vyhlášena výzva k předkládání žádosti o grant Programu CZ11-Iniciativa v oblasti veřejného zdraví, financovaného z Norských fondů 2009-2014 v rámci programové oblasti č. 27 na Aktivitu I. - Psychiatrická péče. Psychiatrická nemocnice vypracovala projekt a předložila žádost o tento grant, který jí byl následně dne 30. 4. 2015 přidělen ve výši 20 159 950,-Kč na základě kvalitně zpracovaného záměru na zavedení metod ucelené psychiatrické rehabilitace. (28) (29)

Jedná se o otevřené koedukované oddělení, které disponuje 30 lůžky. Pacienti jsou ubytováni ve dvoulůžkových a třílůžkových pokojích, každý pokoj má vlastní sociální zařízení. Na oddělení je k dispozici ergoterapeutická místnost, jídelna a společenská místnost. (Příloha 1)

### **4.1 Rehabilitační oddělení s novým způsobem léčení, s ucelenou psychiatrickou rehabilitací**

Rehabilitační oddělení v PNvD je v chodu od května roku 2016. Cílem projektu je inovace zdravotní péče, zkrácení doby hospitalizace, snížení a předcházení rehospitalizace pomocí nového programu, založeném na principech recovery, tedy na individuálním a intenzivním přístupu k nemocnému za jeho aktivní účasti, se snahou zvýšit jeho šanci na dlouhodobější zvládnutí života mimo nemocniční prostředí. Principem péče je multioborová týmová práce, kdy je využit synergický efekt spolupráce mezi jednotlivými lékařskými a nelékařskými zdravotnickými pracovníky s různou odborností. Poskytovaná služba je tedy mezioborová a propojuje se zde zdravotní a sociální podpora s orientovaným přístupem na nemocného, kdy je péče maximálně individualizovaná a případově vedená-case management, tedy dlouhodobě plánovaná a koordinovaná. Cílovou skupinou duševně nemocných na tomto oddělení tvoří pacienti s diagnózami schizofrenního okruhu s opakovanou nebo dlouhodobější hospitalizací. Každý pacient zde má svého klíčového pracovníka, se kterým se domlouvá na způsobu a dalším průběhu péče a společně rozebírají pacientovu připravenost na život mimo nemocniční prostředí a schopnosti zvládat běžné situace. Je zde také žádoucí snaha o kontakt s aktivní účastí rodin duševně nemocných na procesu adaptace.

#### **4.1.1 Duševně nemocní s diagnózou schizofrenního okruhu**

Toto dušení onemocnění narušuje schopnost jednání a vnímání, tedy orientaci v realitě. Nemocní s psychózou ztrácí kontakt s realitou. Jde o epizodické onemocnění s častými relapsy, kdy ataka onemocnění zahrnuje období pozitivních, negativních a kognitivních psychotických příznaků obvykle trvajících šest měsíců. K pozitivním psychotickým příznakům patří bludy, halucinace a dezorganizace v řeči, kontaktu s realitou a ztrátě náhledu. K negativním příznakům řadíme apatii, autismus, ztrátu energie, pasivitu, sociální stažení, pasivní a aktivní negativismus, oploštělost, neschopnost prožívat emoce, ztrátu vůle, nedostatek zájmu a motivace a schopnosti se radovat. Kognitivní psychotické příznaky jsou taktéž častým příznakem tohoto onemocnění a spadá sem zejména zhoršení pozornosti a poruchy paměti. Tyto příznaky jsou mnohdy laiky vyhodnocovány jako lenost. Ovšem nemocný s psychózou tyto projevy není schopen ovlivnit, a tak u něj dochází k zanedbání sebepečce, sociálnímu stažení až k úplné sociální izolaci jedince se sníženou schopností plnit životní a pracovní role. Každý další relaps zhoršuje prognózu onemocnění a zhoršování kognitivních funkcí, což má za následek právě sociální izolaci nemocného. Cílem léčby je taková podpora nemocného, která maximálně prodlouží remisi onemocnění. Pilířem léčby jsou antipsychotika a psychosociální rehabilitace s psychoterapií, nácviky sociálních dovedností a psychosociální edukace. Nespolupráce pacienta při užívání léků, respektive zapomínání, vysazování léků bez konzultace lékaře a dále pak extramurální selhání v domácím prostředí bez dostatečné podpory rodiny jsou nejčastějším důvodem relapsu. (7, s. 210-218)

Léčba tohoto onemocnění vyžaduje dlouhodobější pobyt v psychiatrických zařízeních a duševně nemocní tak ztrácí své pracovní návyky a dovednosti. (30)

#### **4.1.2 Rodina duševně nemocného**

Rodina má zásadní roli v procesu uzdravení duševně nemocného a představuje pro něj základní sociální oblast. Duševní onemocnění je velkým a mnohdy i náhlým zásahem do života rodiny nemocného a zasáhne a ovlivní všechny její členy. Znamená pro celou rodinu zátěž nejen psychickou, ale i sociální a finanční. (31) Vyrovnání se s duševním onemocněním blízkého člověka, zvláště jde-li o diagnózy schizofrenního okruhu, je velice těžké a zpravidla na to jsou rodiny zcela samy. Dochází ke krizi rodiny, změně rolí, odmítání diagnózy, upírání naděje, že jde o přechodný stav nemocného, sebeobviňování a izolaci rodiny od přátel a známých. Časté relapsy nemocného vedou k fyzickému a psychickému vyčerpání rodiny, kdy může dojít k postupné rezignaci ze strany rodiny, vyhasínání citových

vazeb a zvýšení rizika dlouhodobého, nebo trvalého pobytu na odděleních následné péče v psychiatrických nemocnicích. Velmi důležitá je tedy informovanost rodiny o duševním onemocnění, o léčbě, o důsledcích, o ošetřování a přístupu k duševně nemocnému. Je zde kladen důraz na komunikaci, sdílení emocí, efektivní řešení problému v kruhu rodiny a dále pak na obnovení společenských vazeb nejen v rámci rodiny, ale i mezi přáteli a známými rodiny. (25, s. 199-208)

## **4.2 Program ucelené psychiatrické rehabilitace**

Informovaný souhlas pacienta s nástupem do programu ucelené psychiatrické rehabilitace je prioritním a stěžejním faktorem.

Osobnost pacienta, průběh onemocnění i samotné psychotické projevy jsou velmi rozmanité, a proto je velmi důležitý a žádoucí individualizovaný přístup k navázání terapeutického vztahu. Tento vztah je zpočátku v akutní fázi onemocnění velmi obtížný převážně pro paranoii, ale je hlavním bodem, ovlivňujícím úspěšnost poskytnutých intervencí. Vztah zdravotnického personálu a pacienta tedy závisí na profesionálním chování s citlivým, empatickým přístupem, srozumitelnými informacemi a na získané důvěře. (7, s. 210-218)

K hodnocení potřeb duševně nemocných je na oddělení využívána komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním. Jedná se o zkrácenou verzi CANSAS-Camberwelský formulář pro hodnocení zdravotních a sociálních potřeb, který pomocí strukturovaného rozhovoru s duševně nemocným provádí pověřený člen týmu se zkušeností s vedením klinického rozhovoru. CANSAS zaznamenává na základě odpovědi respondentů aktuální problémy ve 22 doménách v průběhu posledního měsíce.

Pokud se vyskytuje závažný problém nezávisle na tom, zda je nebo není poskytnuta pomoc či podpora jedná se o nenaplněnou potřebu a je hodnocena číslem 2. Jestliže není přítomen závažný problém, protože je poskytována pomoc například rodiny, chráněného bydlení nebo medikace jedná se o naplněnou potřebu, hodnocenou číslem 1. Pokud není závažný problém, není potřeba je hodnoceno číslem 0.

Na základě šetření potřeb je duševně nemocnému přidělen klíčový pracovník, se kterým společně sestaví individuální plán psychosociální rehabilitace, tedy podporu a intervence ze strany klíčového pracovníka a dalších členů multioborového týmu. Společně s pacientem pracují nejen na sestavení plánu, ale i na jeho přehodnocení a koordinaci. Klíčovým

pracovníkem může být kterýkoliv člen multioborového týmu-lékař, sestra, psycholog, terapeut nebo sociální pracovníce. Určením klíčového pracovníka je snahou o co největší snížení míry depersonalizace. V průběhu hospitalizace intenzivně pracujeme na edukaci duševně nemocného, na poznávání specifických projevů onemocnění, na vnímání stresových faktorů, které způsobují zhoršení projevů onemocnění a vedou k jeho relapsu. (32)

#### **4.2.1 Multioborový tým**

Multioborový tým zajišťující komplexní ucelenou rehabilitaci je tvořen z lékaře – psychiatra s atestací, klinického psychologa s atestací, ergoterapeuta, arteterapeuta, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka a zdravotních sester, kdy většina z nich má specializaci psychiatrie. Všichni členové multioborového týmu jsou vyškoleni v recovery, v případovém vedení-case managementu a v S. U. P. R.

#### **4.2.2 Terapeutické metody**

Atmosféra domácího prostředí na oddělení, demokratizace režimu, kdy je kladen důraz na autonomii, spoluúčast pacienta v léčbě a koedukace, která zrcadlí přirozené prostředí po propuštění, to jsou podstatné prvky režimu oddělení. V pečlivě vypracovaném denním režimu intenzivní psychoterapie jsou kombinovány různé formy aktivit na oddělení, ale i mimo oddělení v rámci poskytovaných služeb psychosociální rehabilitace. (Příloha 2)

#### ***Komunita***

Každodenní setkání pacientů s personálem oddělení je důležitým sjednocujícím a demokratizujícím prvkem. Toto setkání je využíváno k představení nových hospitalizovaných pacientů, k rozloučení se s propuštěnými pacienty, dále pak jsou zde řešeny organizační a technické záležitosti. Komunitu vede pokaždé jeden člen multioborového týmu, přičemž se komunity aktivně účastní všichni pacienti, kteří si navzájem sdělují zážitky z předešlého dne a probírají problémy oddělení společně s personálem. To vše přispívá k aktivizaci pacientů., Pacienti jsou současně také seznámeni s režimem a aktivitami daného dne.

#### ***Psychoedukace***

Je podstatným prvkem v terapii duševně nemocných a jde o preferovanou metodu intervence u dlouhodobě psychicky nemocných. Jedná se o vzdělávání pacientů formou edukačních materiálů, promítání DVD, přednášek, ve kterých se aktivně snažíme popsat onemocnění, její rozvoj, příznaky, fáze a také dopad při předčasném ukončení či vysazení

medikace. Součástí psychoedukace je sestavení individuálního krizového plánu k řešení situace při znovuoobjevení varovných příznaků.

### ***Ergoterapie***

Ergoterapie je metoda, využívající aktivního zapojení pacienta do smysluplné činnosti, která vede k podpoře zdraví, ke zlepšení celkové pohody, a tudíž ke zlepšení zdravotního stavu. Cílem ergoterapie je dosažení a znovuoobnovení maximální soběstačnosti člověka v domácím, sociálním i pracovním prostředí, zvýšit jeho kvalitu života a umožnit mu vést, pokud je to možné, nezávislý a kvalitní život ve společnosti. (33, s. 12-14)

Pacienti mohou docházet na ergoterapii přímo na oddělení, kde mají k dispozici ergoterapeutickou místnost, ve které si mohou vyzkoušet pod dohledem ergoterapeuta různé kreativní techniky, procvičovat kognitivní funkce a komunikační i sociální dovednosti. Dále pak mohou docházet na Centrální terapii do Chráněných terapeutických dílen, která disponuje dílnou výtvarnou, keramickou, truhlářskou, košíkářskou, dále pak dílnou ručních prací a dílnou na výrobu svíček a mýdel. K dalším nabízeným aktivitám patří práce v květinářství, zelinářství a práce při údržbě rozsáhlého parku.

### ***Léčebná výchova k soběstačnosti***

Součástí nácviku resocializace je nácvik, osvojení a obnovení praktických dovedností. K tomuto účelu máme k dispozici cvičnou kuchyňku a cvičnou prádelnu, kde si pacienti mohou osvojit nebo obnovit potřebné návyky pod dohledem ergoterapeuta.

### ***Speciální pedagog***

Společně se speciálním pedagogem si pacienti obnovují nebo osvojují nácvik běžných denních činností, ke kterým patří finanční gramotnost, rozpočet v domácnosti, odesílání peněz, zacházení s platební kartou, vzdělávání se s počítačovou technikou, internetem, psaní životopisů, procvičování kognitivních funkcí a podobně.

### ***Arteterapie***

Duševně nemocný má často problém s verbalizováním svých potíží, neumí vyjádřit, popsat co ho trápí. K tomuto účelu slouží expresivní arteterapie, tedy vlastní aktivní tvorba nemocného, která dává možnost nonverbálního sebevyjádření a možnost tyto potíže, pocity namalovat. Bývá často spouštěcím faktorem k hovoru o jeho problémech. (34, s. 29)

Receptivní arteterapie je forma terapie, kdy nemocný vnímá umělecká díla. Vystavování vytvořených děl je velkým přínosem nejen pro duševně nemocné autory, ale i pro pořádané destigmatizační kampaně.

### ***Relaxace, jóga***

Relaxace je neodmyslitelnou součástí duševní hygieny. U psychotických pacientů je nejvíce využívána Jacobsonova svalová progresivní relaxace, jelikož mají často problém se soustředěním. Pacienti ovšem dochází i na jógu.

### ***Muzikoterapie***

Muzikoterapie je metoda využívající hudby a organizovaných zvuků. (35, s. 12) Je specifickou formou terapie při léčbě duševních onemocnění. Individuální nebo skupinovou terapii vede muzikoterapeutka. Dělí se na receptivní muzikoterapii, která využívá poslechu hudby a následné harmonizaci a relaxaci duševně nemocného a na aktivní muzikoterapii, která zahrnuje aktivní účast nemocného na hudební tvorbě a produkci.

### ***Rodinná komunita a edukace***

Rodinná komunita je aktivitou používanou pro kontakt s rodinami a je rozdělena na dvě části. V první části jsou přítomny rodiny společně s pacienty, která je více zaměřena na edukaci, a ve druhé části jsou pouze rodiny nemocných, kde si rodiny společně sdělují své poznatky ohledně spolužití s pacienty v domácím prostředí, navzájem si mohou poradit, jak se zachovat při krizové situaci a dodat si naději. Jak pacienti, tak rodiny mohou klást otázky celému terapeutickému týmu.

Získání rodin a blízkých ke spolupráci v léčbě a rehabilitaci je velmi žádoucí, proto je velmi důležité poskytnout co nejvíce informací o nemoci, léčbě, podpoře ve zvládnání komunikace a soužití a pomoci při sestavení plánu zvládnání krizí a pomoci v krizových situacích.

### ***Informativní komunita***

Je setkáním neziskových organizací s pacienty oddělení, kde neziskové organizace představí svůj program a navazují kontakt s pacientem pro další spolupráci po propuštění. Toto oddělení spolupracuje převážně s neziskovou organizací Ledovec.

### **4.2.3 Spolupráce služeb komunitní péče s Psychiatrickou nemocnicí**

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech spolupracuje se zařízeními, poskytujícími komunitní péči, a to převážně s Ledovcem na úrovni plzeňského regionu, Fokusem v jednotlivých krajích, organizací Lomikámen v okrese Beroun, organizací Člověk v tísni a dalšími.

#### ***Ledovec***

Ledovec je nezisková organizace, která se nejčastěji podílí na pomoci při začleňování pacientů naší nemocnice do společnosti. Je členem Asociace komunitních služeb a České asociace pro duševní zdraví. Posláním Ledovce je prostřednictvím nabízených intervencí pomoci lidem s duševním onemocněním z plzeňského regionu udržet a zlepšit kvalitu jejich života ve společnosti, aby byli schopni vést samostatný život v běžném prostředí. Poskytované intervence jsou především ze sociální oblasti a k těm patří odborné sociální poradenství, chráněné bydlení, denní stacionář a sociální rehabilitace. Dalšími činnostmi jsou služby podporovaného zaměstnávání a vzdělávání. Služby Ledovce jsou financovány Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, dále pak z dotace Plzeňského kraje, z příspěvků města Plzně, z příspěvků uživatelů a z darů soukromých dárců.

Odborné poradenství poskytuje základní informace o sociálním systému, pomáhá duševně nemocným v lepší orientaci v navazujících sociálních službách, v uplatňování práv a nároků při vyřizování osobních záležitostí.

Chráněné bydlení poskytuje po časově omezenou dobu ubytování duševně nemocným se sníženou soběstačností, kteří jsou v aktivním kontaktu s psychiatrem, jejich psychický stav je kompenzovaný, jsou bez známek agrese a nejsou závislí na psychoaktivních látkách a alkoholu. Těmto lidem je poskytována pomoc při zajištění chodu domácnosti a při osvojování schopností a dovedností s tím spojených, jako je např. běžný úklid, hospodaření s penězi apod. Kapacita je omezená a to 18 osob ve 4 bytech.

Denní stacionář je služba pro lidi s mentálním nebo psychickým onemocněním, kteří se zapojují do chodu tréninkové domácnosti, zahrady a dalších programů.

Sociální rehabilitace podporuje a upevňuje u klientů rozvoj schopností a dovedností, které potřebují ke zvládnutí samostatného života v běžné společnosti. (36)

# PRAKTICKÁ ČÁST



## 5 FORMULACE PROBLÉMU

V současné době je velkým problémem pro psychiatrické pacienty začlenění do společnosti a následná adaptace v novém prostředí po ukončení léčby. S tím jsou spojeny opakované dlouhodobé hospitalizace, vysoké náklady na léčbu, neefektivita léčby. V rámci Norských fondů 2009-2014 programu CZ 11 - Iniciativy v oblasti veřejného zdraví Aktivita I. - Psychiatrická péče vznikl v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech projekt Rehabilitační oddělení s novým způsobem léčení, s ucelenou psychiatrickou rehabilitací. Cílem programu je zefektivnění léčebného procesu, destigmatizace a transformace psychiatrické péče.

Cílem projektu v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech je především inovace zdravotní péče, zkrácení doby hospitalizace, snížení potřeby rehospitalizace vytvořením nového individuálního a intenzivního přístupu k nemocnému za jeho aktivní účasti se snahou co nejefektivněji zvýšit jeho šanci na dlouhodobější zvládnutí života mimo nemocniční prostředí. Na tomto projektu spolupracuje rozsáhlý tým lékařských i nelékařských zdravotnických pracovníků všech kategorií, kteří jsou speciálně vyškoleni. Úspěšnost implementace programu bude ovlivněna jejich činností. Cílovou skupinou jsou pacienti s diagnózami schizofrenního okruhu s dlouhodobou nebo opakovanou hospitalizací.

## **6 CÍL VÝZKUMU**

**1. Porovnat úroveň adaptace a schopnost začlenění pacienta do běžného života před nástupem do programu a po jeho dokončení.**

### **Dílčí cíle**

1. Zmapovat v jakých oblastech zdravotních a sociálních služeb je v rámci programu ucelené psychiatrické rehabilitace potřeba nejvíce podpory.
2. Zjistit v jakých oblastech byla podpora v programu ucelené psychiatrické rehabilitace efektivní.

### **Formulace předpokladu**

**P1:** Předpokládám, že největší potřeba podpory je v oblasti bydlení a intimních vztahů.

**P2:** Předpokládám, že efektivně vyřešena byla oblast bydlení.

**2. Zhodnotit kvalitu programu na oddělení ucelené psychiatrické rehabilitace v PNvD, zjistit případné nedostatky v práci či přístupu jednotlivých členů multioborového týmu a dalších NLZP, kteří se podílí na péči o tyto pacienty.**

### **Dílčí cíle**

1. Zjistit spokojenost pacientů s programem na oddělení.
2. Porovnat spokojenost pacientů s přístupem jednotlivých členů multioborového týmu a zdravotnických pracovníků.
3. Zjistit, zda nová metoda ucelené psychiatrické rehabilitace zkracuje dobu hospitalizace oproti délce hospitalizace pacientů, léčených standardními psychorehabilitačními postupy.

### **Formulace předpokladu**

**P1:** Předpokládám, že převážná většina je s programem na oddělení spokojena.

Převážná většina = více než 65 % respondentů.

K předpokladu se vztahují otázky č. 4, 11, 12

**P2:** Předpokládám, že nejvíce spokojení jsou s přístupem ergoterapeuta.

K předpokladu se vztahují otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20

**P3:** Předpokládám, že průměrná hospitalizace u pacienta v programu ucelené rehabilitace je kratší než u pacienta s diagnózami schizofrenního okruhu na standardním rehabilitačním oddělení.

K předpokladu byla použita statistická data ISpP z oddělení statistiky Psychiatrické nemocnice v Dobřanech.

## **7 CHARAKTERISTIKA SOUBORU**

Hlavním kritériem výběru vzorku respondentů byli pacienti zařazení do programu léčby s ucelenou psychiatrickou rehabilitací v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech.

V první části šetření jsou vzorkem respondentů všichni pacienti, kteří byli hospitalizováni na oddělení s novým způsobem léčby od zahájení programu ucelené psychiatrické rehabilitace do současné doby. Vzorek tvoří všech 55 pacientů.

Ve druhé části je vzorkem respondentů všech 30 pacientů, kteří jsou v současné době, respektive v době realizace šetření, hospitalizováni na oddělení ucelené psychiatrické rehabilitace PNvD.

## 8 METODA SBĚRU DAT

Praktická část bakalářské práce je zpracována metodou kvantitativního výzkumu. K získání potřebných dat bylo použito metody dotazníkového šetření pomocí standardizovaného a strukturovaného dotazníku.

K získání informací v první fázi výzkumného šetření byla provedena analýza vyhodnoceného šetření zdravotních a sociálních potřeb na základě vyplněného standardizovaného dotazníku CANSAS – Camberwelské šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním. První analýzou je šetření potřeb při nástupu do programu ucelené psychiatrické rehabilitace a druhou je šetření potřeb před jeho dokončením. (Příloha 3)

K získání informací ve druhé fázi výzkumného šetření jsem si připravila strukturovaný dotazník vlastní tvorby pro pacienty, kteří byli v době realizace šetření hospitalizováni na oddělení s novým způsobem léčby, s ucelenou psychiatrickou rehabilitací. V průběhu výzkumného šetření se ovšem ukázalo vhodnější vzhledem ke stavu pacientů tento dotazník realizovat ústní formou, tedy formou individuálního rozhovoru.

Dotazník vlastní tvorby byl sestaven z 20 uzavřených otázek a je složen ze tří částí. V první části dotazníku jsou otázky zaměřeny na charakter sledovaného subjektu, ve druhé části jsou otázky směřovány na hodnocení kvality programu ucelené psychiatrické rehabilitace a třetí část je zaměřena na hodnocení přístupu zdravotnických pracovníků a členů multioborového týmu.

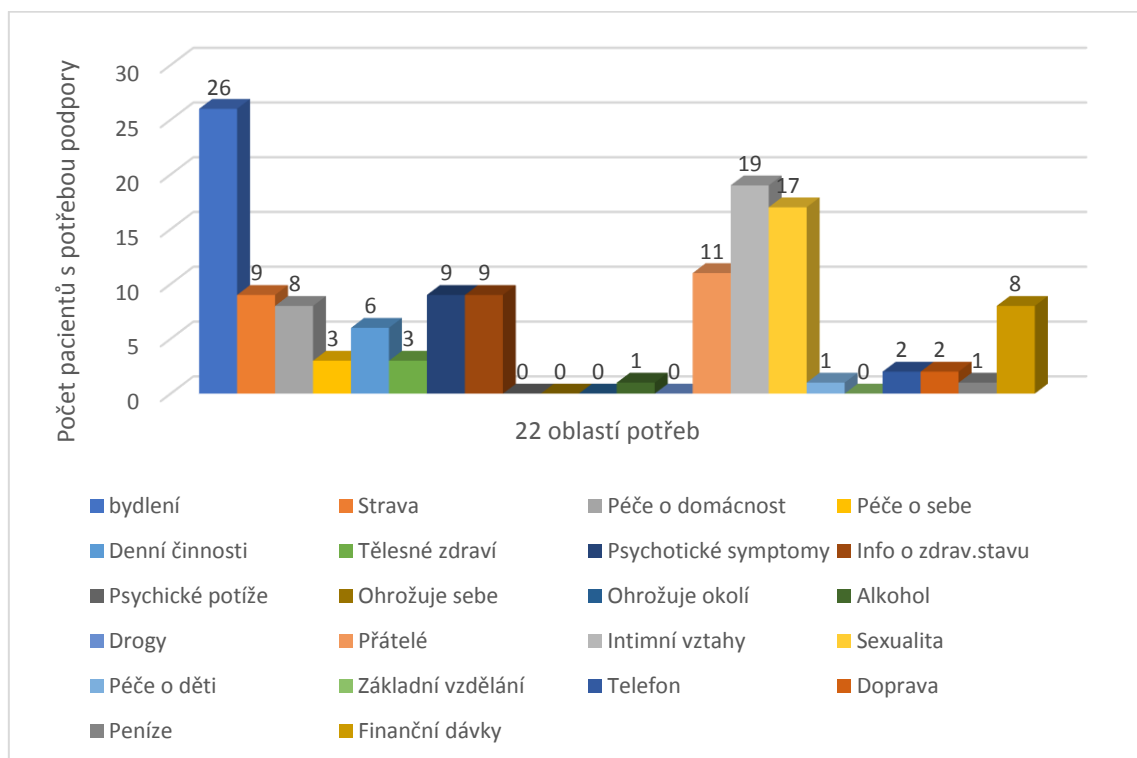
Dále ve druhé fázi výzkumného šetření k získání informací byly použity statistické údaje ze statistického oddělení Psychiatrické nemocnice v Dobřanech, které sloužily k porovnání doby hospitalizace oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací a standardního psychorehabilitačního oddělení.

## **9 ORGANIZACE VÝZKUMU**

Výzkum byl proveden v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech na oddělení s novým způsobem léčby s ucelenou psychiatrickou rehabilitací. Výzkumné šetření probíhalo od 4/2016 do 1/2017.

## 10 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

Graf 1: Graf potřeb největší podpory ve zdravotních a sociálních oblastech v 1. šetření CANSAS

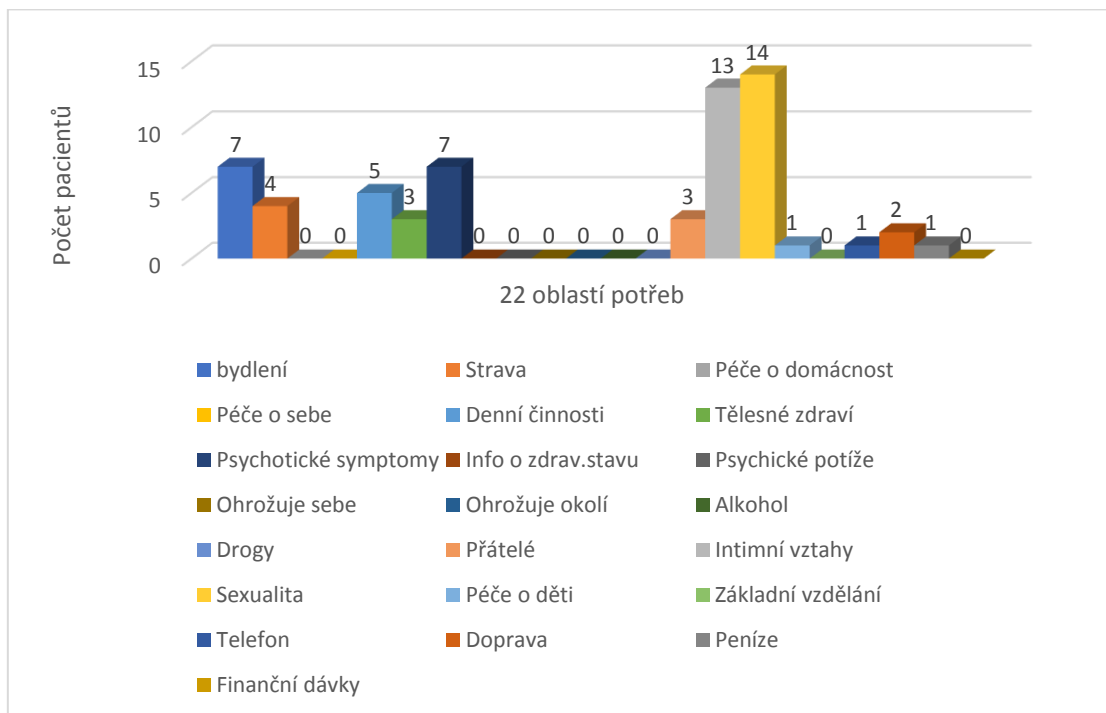


Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 55 pacientů v 1. šetření potřeb podpory ve zdravotních a sociálních oblastech, tedy před nástupem do programu je nejvíce nenaplněných potřeb v oblasti bydlení a to u 26 pacientů, dále pak v oblasti intimních vztahů u 19 pacientů a v počtu 17 pacientů je zaznamenána nenaplněná potřeba v oblasti sexuality. Také 11 pacientů udává nenaplněnou potřebu v oblasti přátel.

Naopak nikdo z nich neoznačil potřebu podpory v oblasti psychické potíže, ohrožuje sebe, ohrožuje okolí, drogy a základní vzdělání. (Příloha 4)

Graf 2: Graf potřeb největší podpory ve zdravotních a sociálních oblastech ve 2. šetření CANSAS



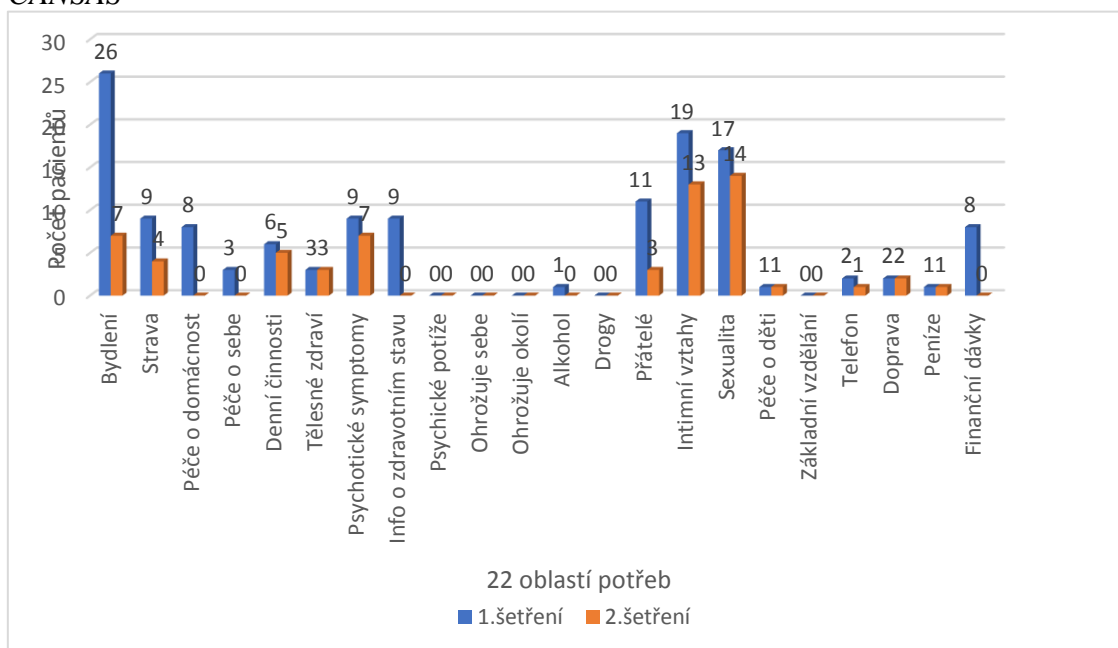
Zdroj: vlastní

Z tohoto grafu vyplývá, že z celkového počtu 55 pacientů ve 2. šetření před dokončením programu je nadále nejvíce nenaplněných potřeb u 14 pacientů v oblasti sexuality, u 13 pacientů v oblasti intimních vztahů a u 7 pacientů je potřeba nejvíce podpory v oblasti bydlení.

Naopak žádnou potřebu podpory pacienti neudávají před dokončením programu v oblastech péče o domácnost, o sebe, informace o zdravotním stavu, psychické potíže, ohrožuje sebe, ohrožuje okolí, alkohol, drogy, základní vzdělání a finanční dávky. (Příloha 5)



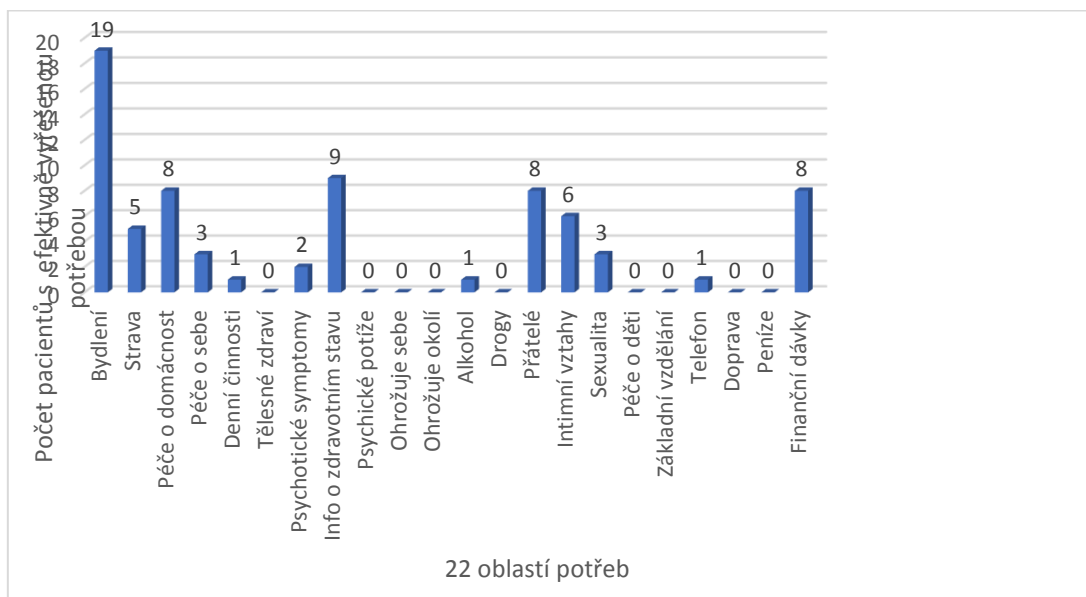
Graf 3: Graf výsledků nenaplněných potřeb v jednotlivých oblastech z 1. a 2. šetření CANSAS



Zdroj: vlastní

Tento graf je pouze informativního charakteru a zobrazuje počet nenaplněných potřeb v jednotlivých oblastech z 1. a 2. šetření CANSAS.

Graf 4: Graf efektivní podpory v jednotlivých oblastech po dokončení programu



Zdroj: vlastní

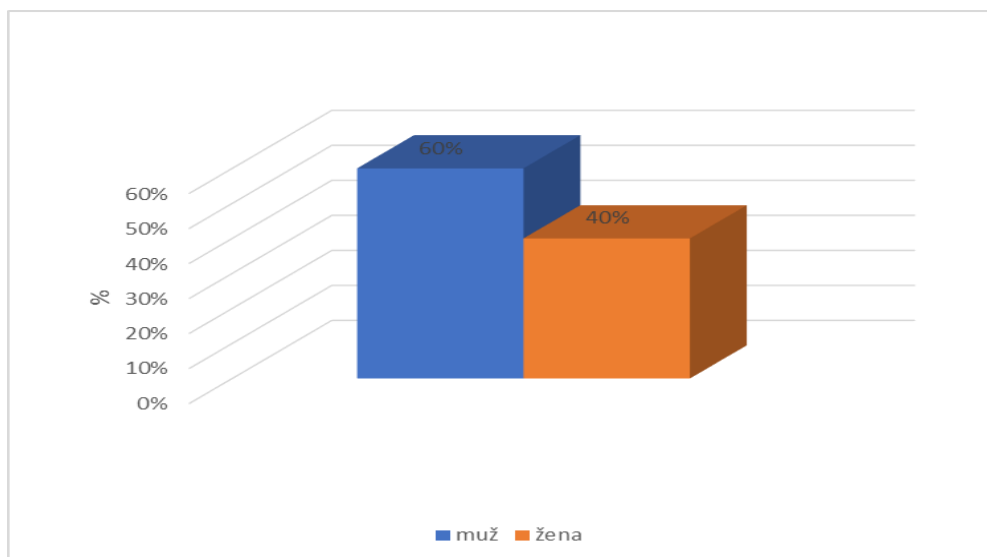
Z grafu je patrné, že nejvíce a nejefektivněji byla vyřešena podpora v oblasti bydlení a to u 19 respondentů, dále pak byla efektivně vyřešena potřeba informace o zdravotním stavu u 9 respondentů a u 8 respondentů byla efektivně vyřešena oblast péče o domácnost, oblast přátel a oblast finančních dávek.

## Informace o respondentech

### Otázka č. 1

Pohlaví

*Graf 5: Pohlaví*



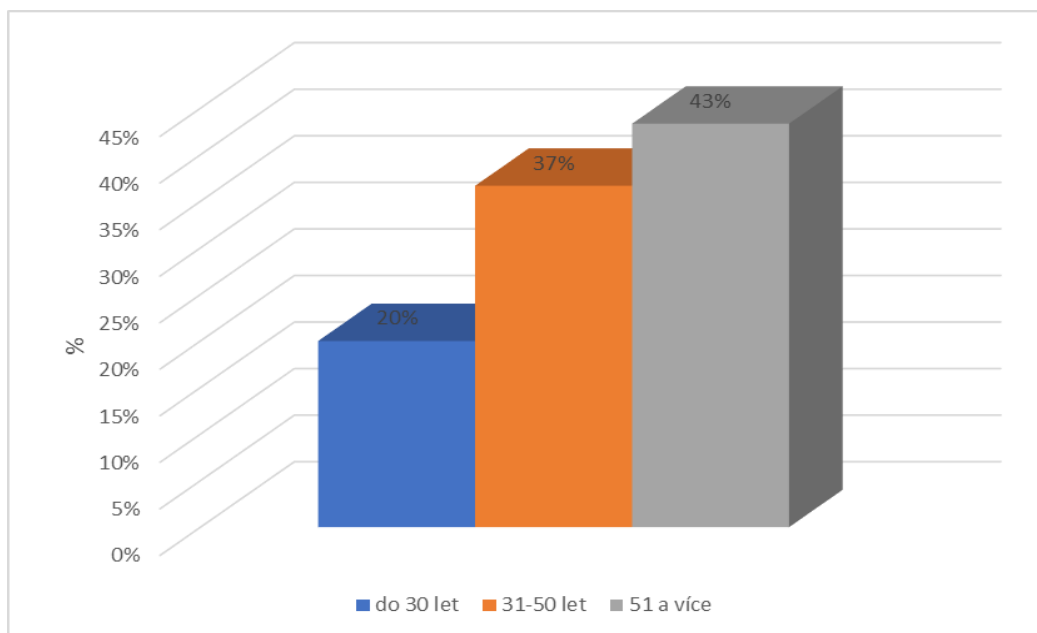
*Zdroj: vlastní*

V tomto grafu je patrné zastoupení pohlaví pacientů na oddělení, kdy z 60 % jsou to muži a 40 % tvoří ženy.

## Otázka č. 2

Věková skupina

Graf 6: Věková skupina



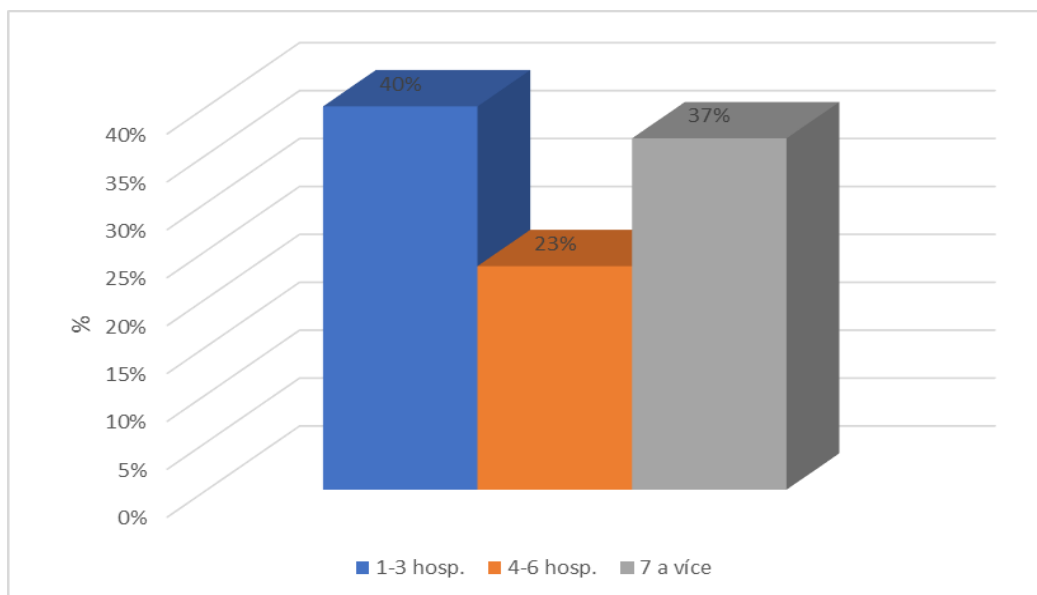
Zdroj: vlastní

Z průzkumu vyplývá, že 20 % respondentů je ve věkové skupině do 30 let, ve skupině od 31-50 let je 37 % respondentů a 43 % je jich ve věkové skupině nad 51 let.

### Otázka č. 3

Kolikrát je Vaše současná hospitalizace v PNvD?

Graf 7: Počet hospitalizací v PNvD



Zdroj: vlastní

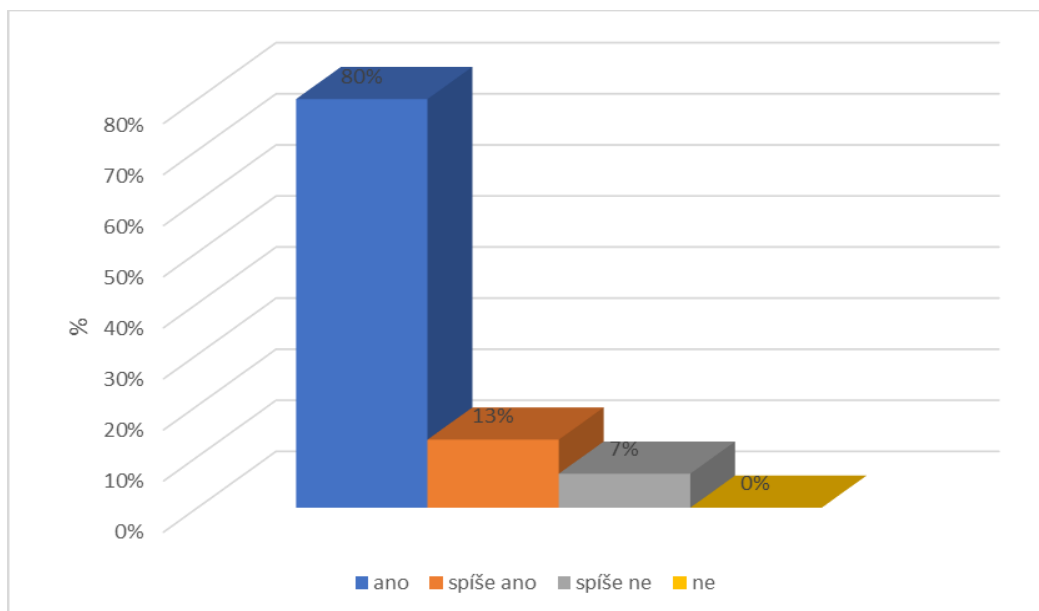
Nejvíce označili respondenti současný pobyt jako 1. -3. hospitalizaci a to ve 40 %, dále pak 37 % respondentů označilo současnou hospitalizaci jako 7. a více a 23 % jich uvedlo současný pobyt v rozmezí 4. -6. hospitalizace.

## Program ucelené psychiatrické rehabilitace

### Otázka č. 4

Vnímáte rozdíl programu oddělení a přístupu k Vám oproti pobytu na předchozím psychiatrickém oddělení?

Graf 8: Rozdíl programu oddělení oproti předchozímu psychiatrickému oddělení



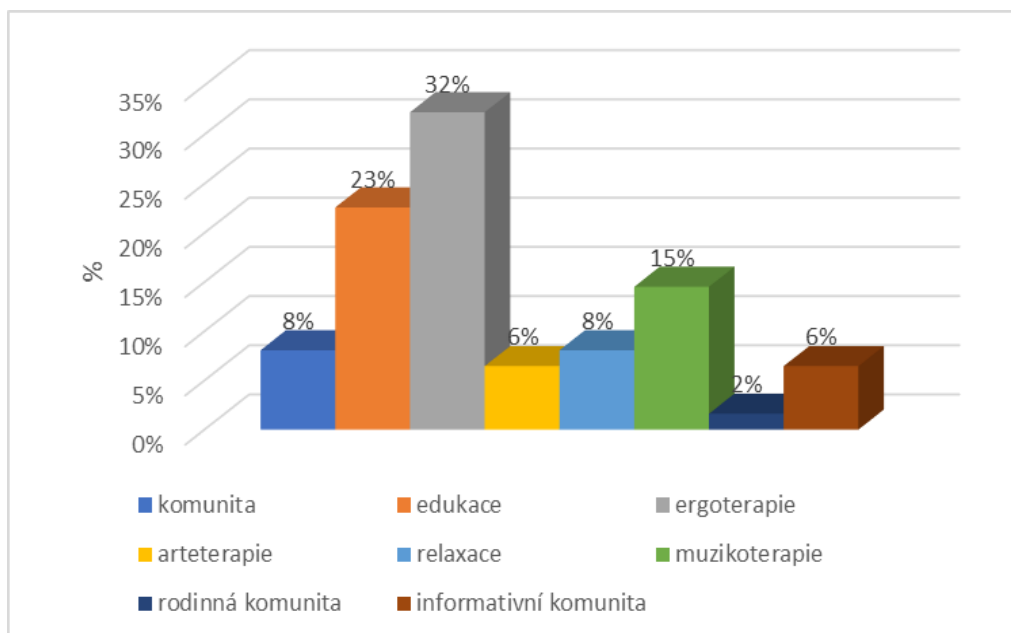
Zdroj: vlastní

Rozdíl programu a přístupu oproti pobytu na předchozím psychiatrickém oddělení zaznamenalo 80 % respondentů, 13 % respondenti odpověděli spíše ano a 7 % respondentů spíše rozdíl nevnímalo.

## Otázka č. 5

Která z terapeutických aktivit Vás oslovila nejvíce?

Graf 9: Nejvíce oblíbená terapeutická aktivita



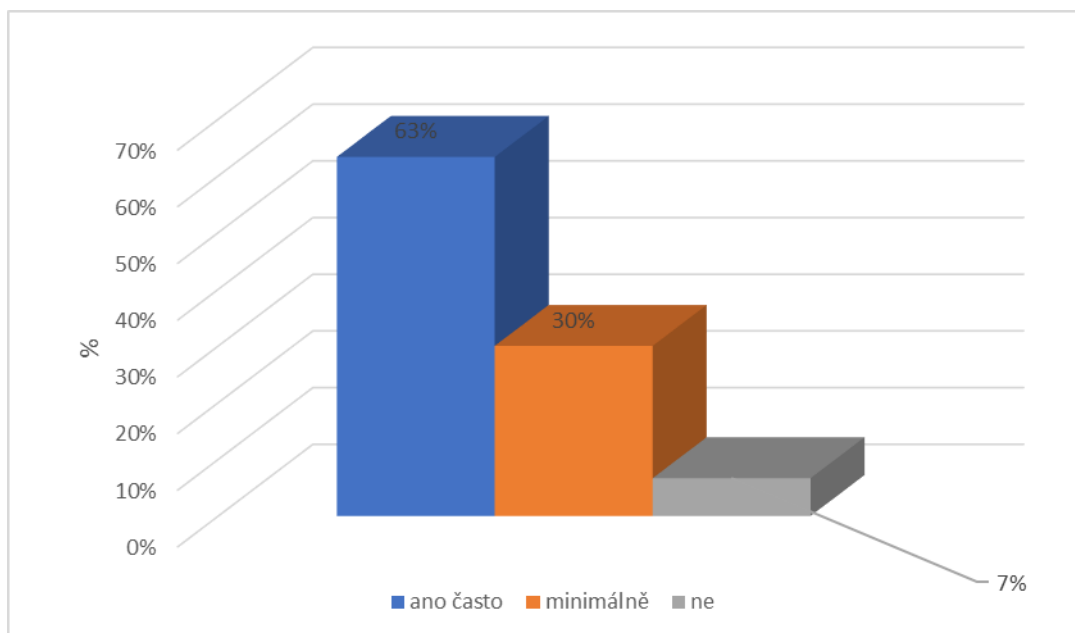
Zdroj: vlastní

Jako nejvíce oblíbenou terapeutickou aktivitu uvedlo 32 % respondentů ergoterapii, 23 % respondentů označilo nejvíce oblíbenou aktivitu edukaci, 15 % označilo muzikoterapii, 8 % respondentů uvedlo komunitu a relaxaci, pouze 6 % respondentů uvedlo arteterapii a informativní komunitu a nejméně respondenty oslovila rodinná komunita a to ve 2 %.

### Otázka č. 6

Jste v kontaktu s rodinou?

Graf 10: Kontakt s rodinou



Zdroj: vlastní

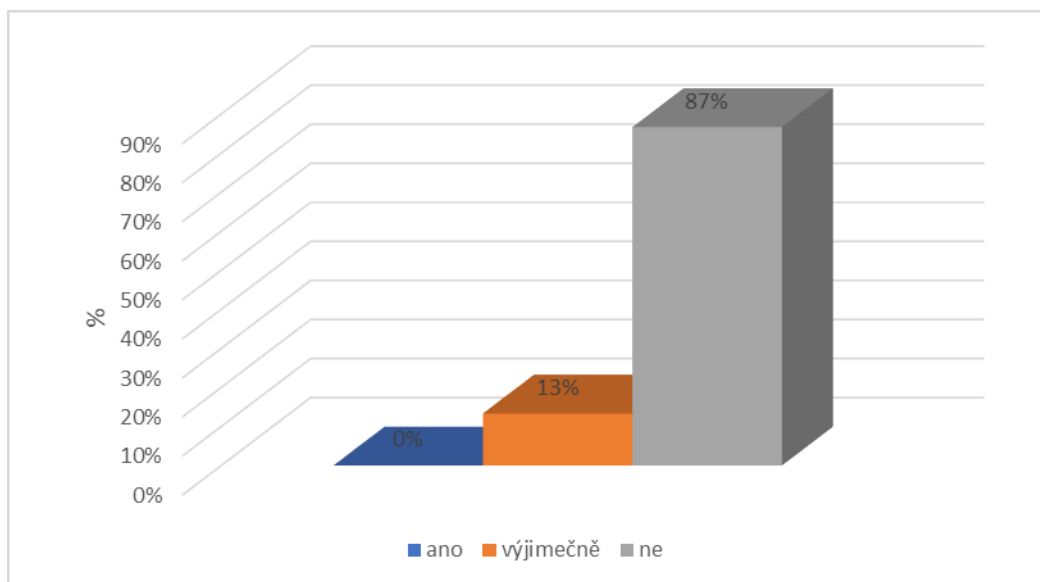
Z celkového počtu uvedlo 63 % respondentů častý kontakt s rodinou. Minimální kontakt má 30 % respondentů a 7 % nemá vůbec žádný.



### Otázka č. 7

Účastní se členové Vaší rodiny rodinných komunit a sezení?

Graf 11: Účast rodiny na rodinné komunitě



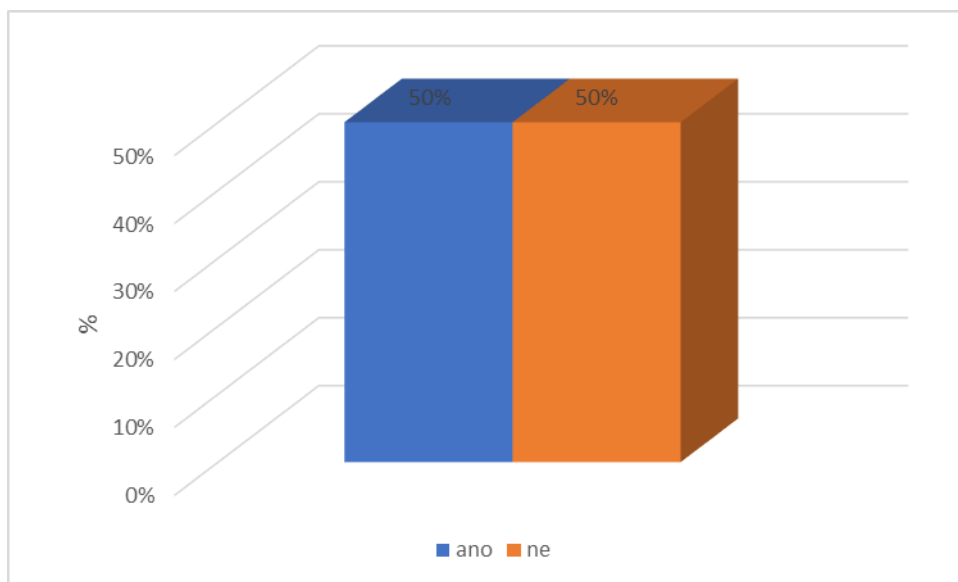
Zdroj: vlastní

Rodiny se u 87 % respondentů neúčastní rodinných komunit a sezení, 13 % respondentů uvedlo, že se rodiny účastní výjimečně a pravidelnou účast neoznačil žádný respondent.

### Otázka č. 8

Po dokončení Vaší hospitalizace máte zajištěné bydlení?

Graf 12: Zajištěné bydlení po ukončení hospitalizace



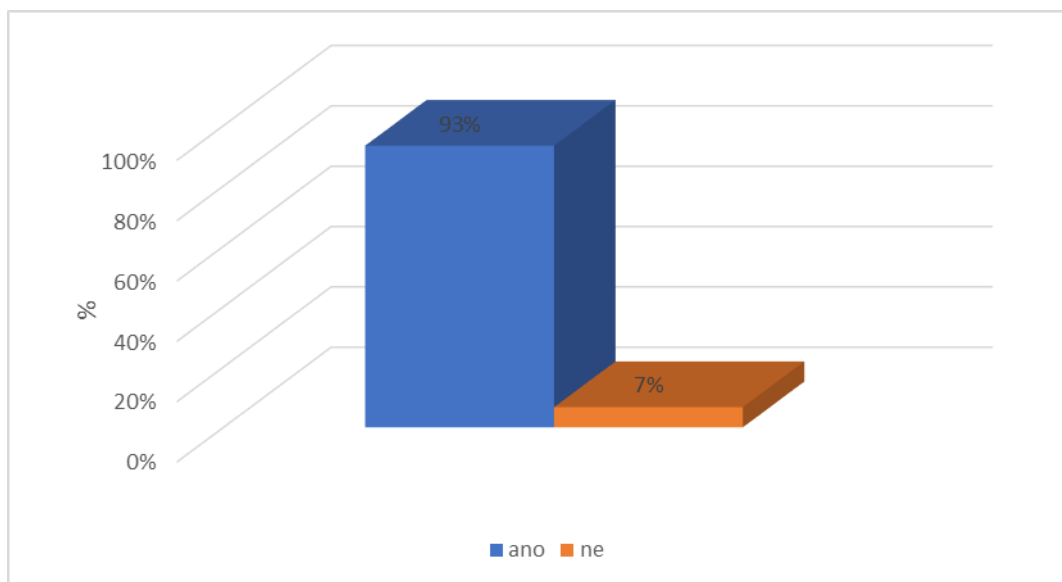
Zdroj: vlastní

Po dokončení programu a ukončení hospitalizace má zajištěné bydlení 50 % respondentů. Záporně se vyjádřilo k otázce 50 % respondentů, všichni ovšem mají podané, někteří z nich již vyřízené, žádosti do chráněného bydlení.

### Otázka č. 9

Po ukončení hospitalizace na tomto oddělení jste zajištěn finančně? (invalidní důchod, zaměstnání, dávky hmotné nouze)

Graf 13: Finanční zajištění po ukončení hospitalizace



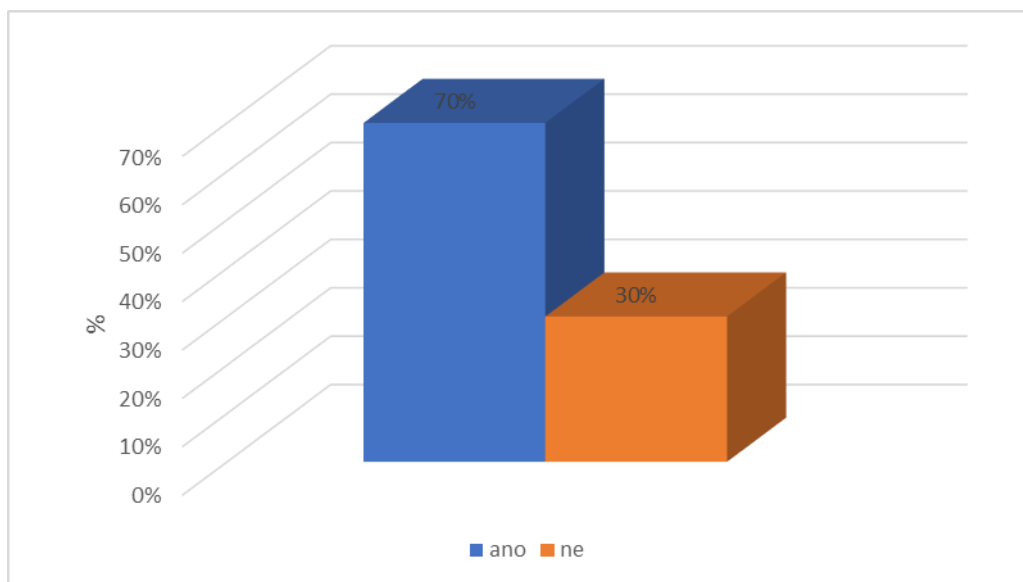
Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že 93 % respondentů má vyřešenou finanční situaci a 7 % spolupracuje se sociální pracovníci na vyřízení finančních dávek a vyřešení finanční situace.

### Otázka č. 10

Po ukončení hospitalizace na tomto oddělení máte zajištěnou navazující péči mimo nemocnici? (ošetřující lékař, psychiatr, komunitní péče)

Graf 14: Zajištěná navazující péče po ukončení hospitalizace



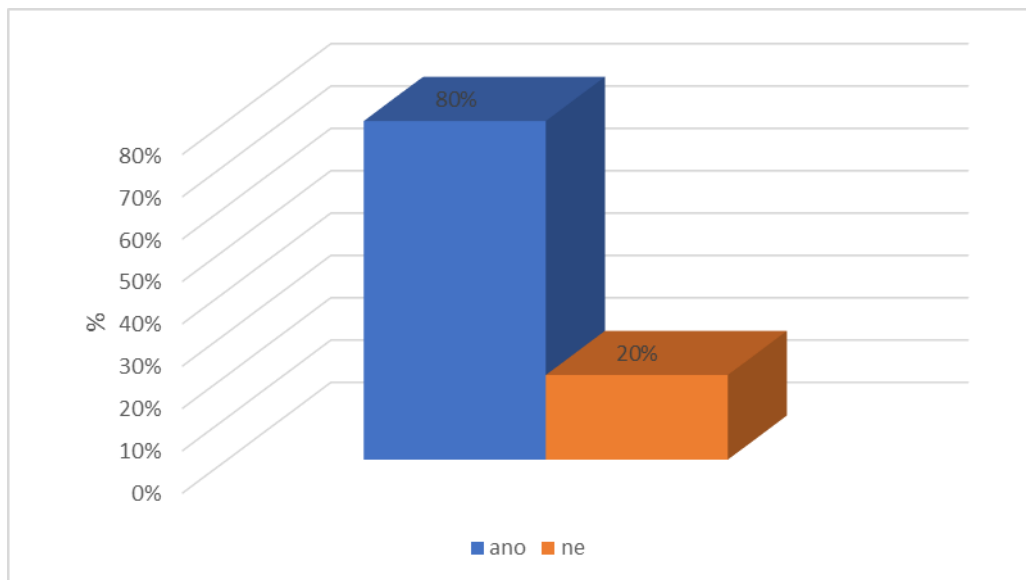
Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo 70 % respondentů kladně, 30 % respondentů nemá zatím zajištěnou navazující péči po ukončení hospitalizace.

### Otázka č. 11

Jsou podle Vás dostatečně řešeny v rámci programu Vaše nenaplněné potřeby? (potřeba bydlení, finance)

Graf 15: Efektivní řešení nenaplněných potřeb v rámci programu



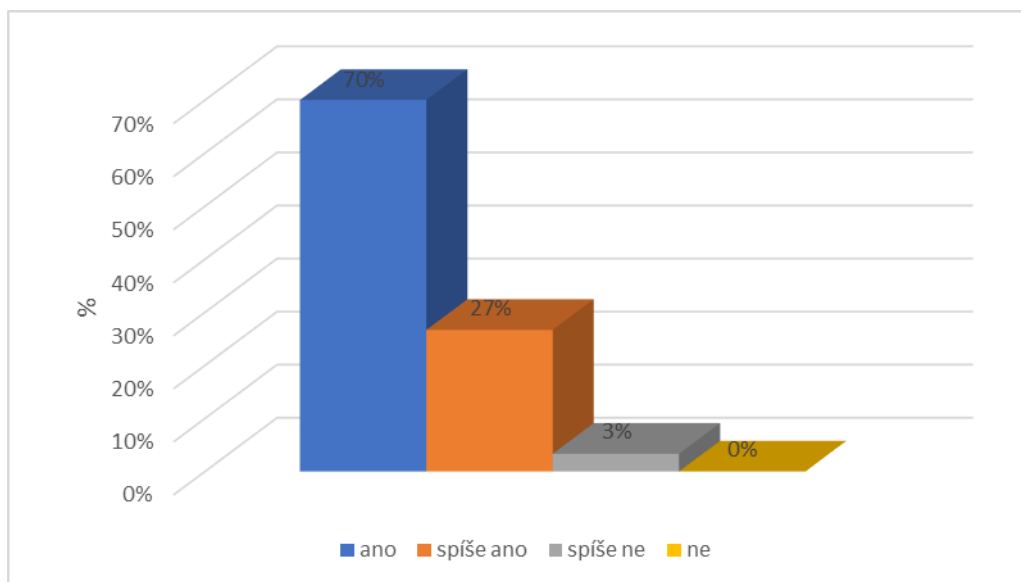
Zdroj: vlastní

80 % respondentů uvedlo, že jsou jejich nenaplněné potřeby v rámci programu efektivně řešeny, zbylých 20 % se domnívá, že jejich nenaplněné potřeby nejsou dostatečně řešeny.

## Otázka č. 12

Jste celkově spokojen /a s programem psychiatrické rehabilitace?

Graf 16: Celkové hodnocení programu ucelené psychiatrické rehabilitace



Zdroj: vlastní

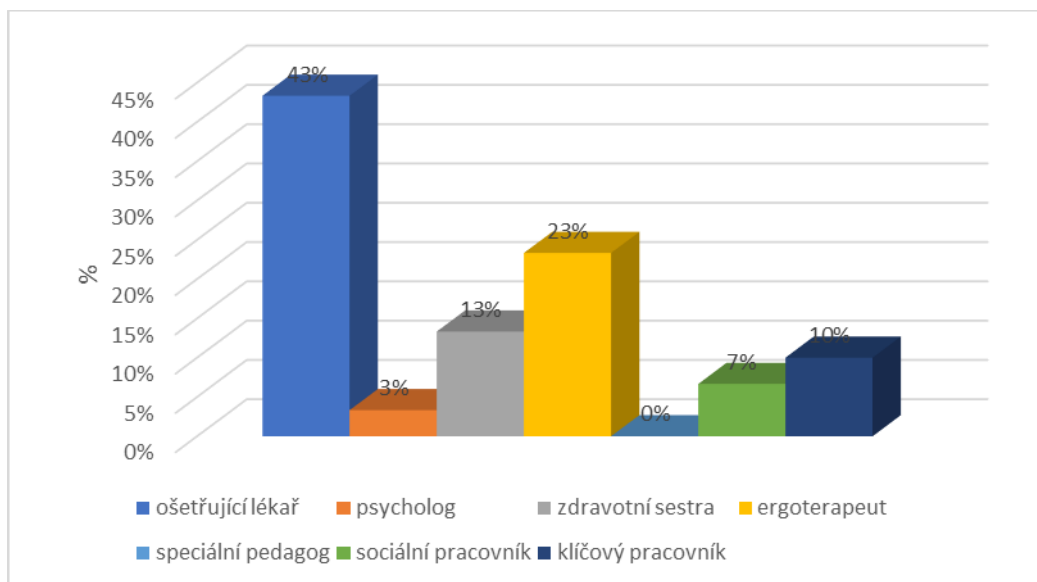
Celkově spokojeno s programem psychiatrické rehabilitace je 70 % respondentů, spíše spokojeno je jich 27 %, spíše nespokojeno s programem psychiatrické rehabilitace uvedla 3 % respondentů a nespokojenost s programem nevedl žádný.

## Personál oddělení s novým způsobem léčby s ucelenou psychiatrickou rehabilitací

### Otázka č. 13

Ke komu z ošetřujícího personálu máte největší důvěru? (Vyberte z možných odpovědí pouze 1)

Graf 17: Důvěra v ošetřující personál



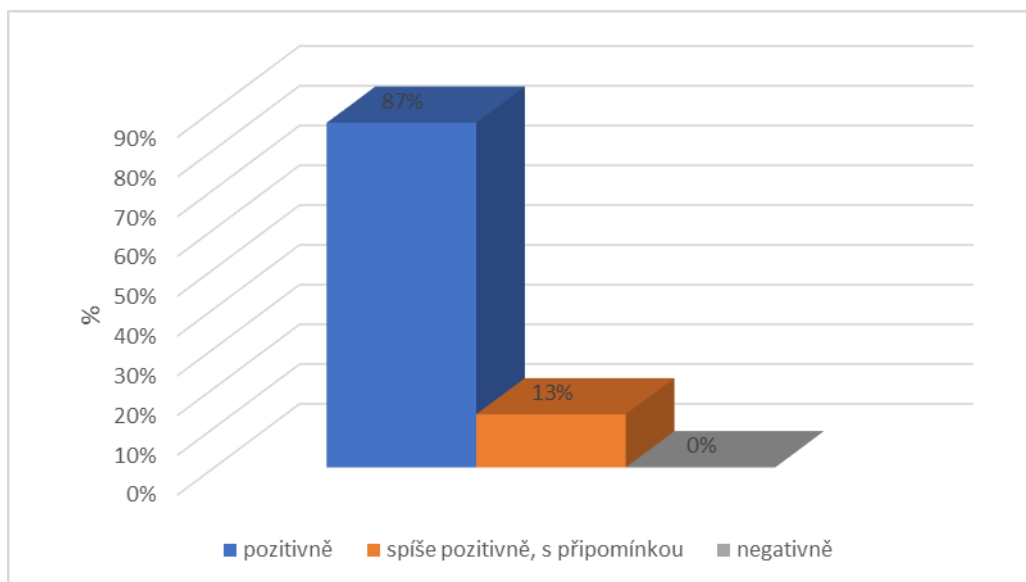
Zdroj: vlastní

Z grafu je patrné, že největší důvěru a to 43 % respondentů má v ošetřujícího lékaře. Ve 23 % nejvíce důvěřují ergoterapeutovi, 13 % respondentů důvěřuje zdravotním sestřím, 10 % se obrací s největší důvěrou na klíčového pracovníka, k sociální pracovníci má nejvíce důvěry 7 % respondentů a pouze 3 % nejvíce důvěřují psychologovi. Speciálního pedagoga neoznačil žádný respondent.

#### Otázka č. 14

Jak hodnotíte přístup ošetřujícího lékaře k Vaší osobě?

Graf 18: Hodnocení přístupu ošetřujícího lékaře



Zdroj: vlastní

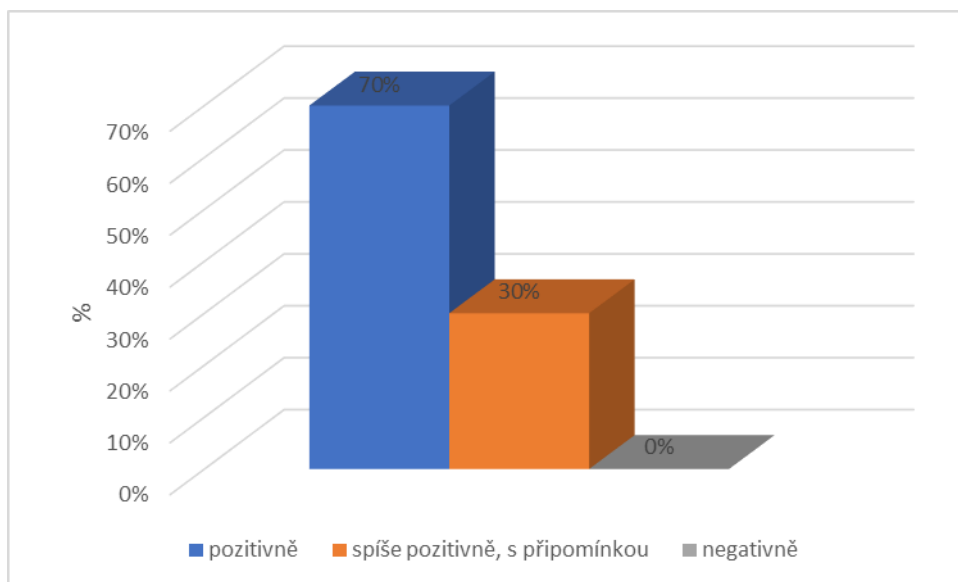
Pozitivně hodnotilo přístup ošetřujícího lékaře 87 % respondentů, zbylých 13 % přístup hodnotilo spíše pozitivně s připomínkami a negativně nehodnotil přístup žádný respondent. Hlavní připomínkou byl větší prostor pro individuální rozhovor s případnými dotazy na ošetřujícího lékaře ze strany pacientů.



### Otázka č. 15

Jak hodnotíte přístup psychologa k Vaší osobě?

Graf 19: Hodnocení přístupu psychologa



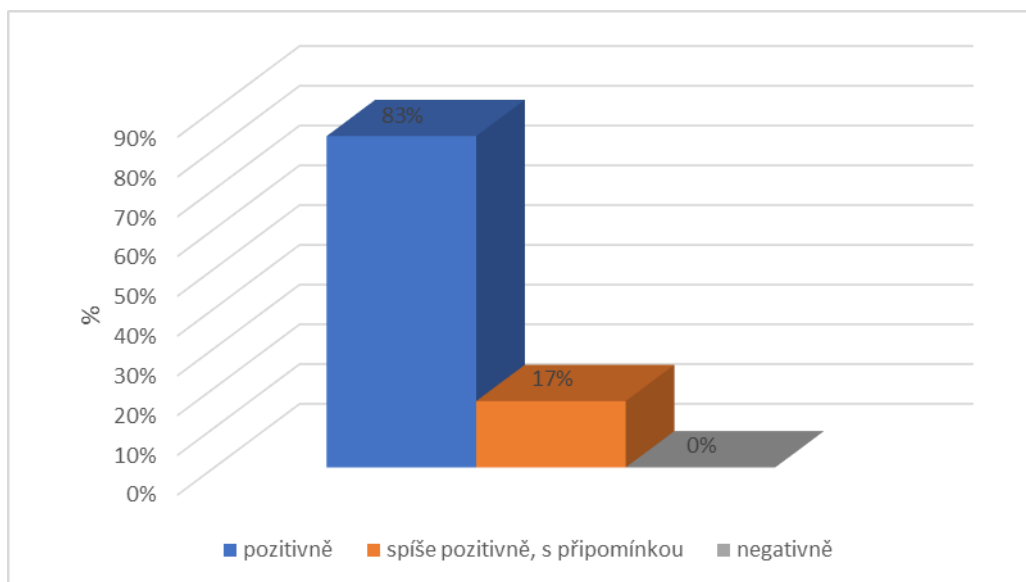
Zdroj: vlastní

Z grafu vyplývá, že 70 % respondentů označilo přístup psychologa pozitivně a dále pak 30 % respondentů hodnotilo přístup spíše pozitivně, s připomínkou. Žádný respondent nehodnotil přístup psychologa negativně. Převládající připomínkou bylo častější soukromé sezení s psychologem během týdne.

## Otázka č. 16

Jak hodnotíte přístup zdravotních sester k Vaší osobě?

Graf 20: Hodnocení přístupu zdravotních sester



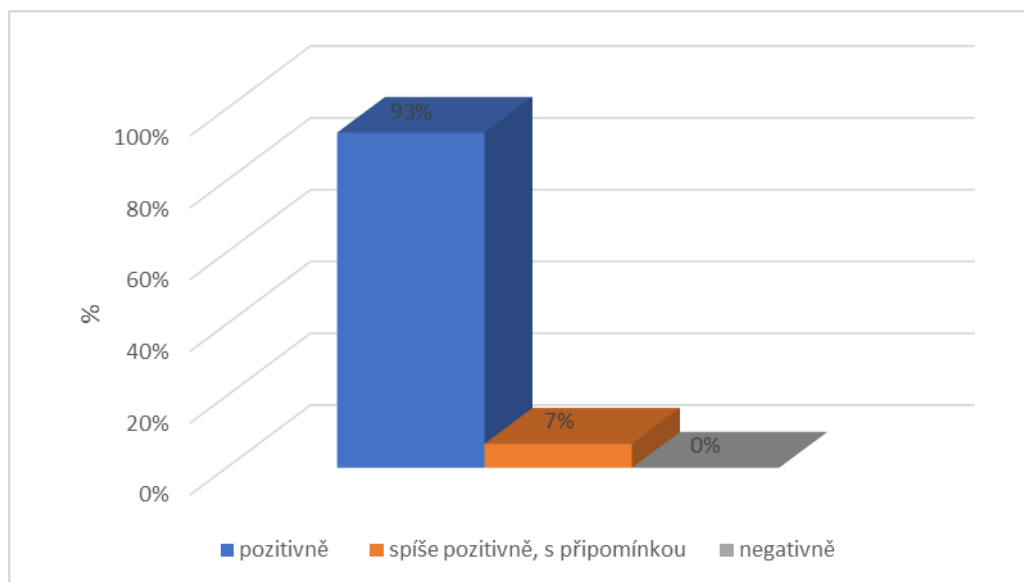
Zdroj: vlastní

Přístup zdravotních sester hodnotilo pozitivně 83 % respondentů, spíše pozitivně, s připomínkou zhodnotilo přístup zdravotních sester 17 % a negativně nehodnotil žádný respondent. Nejčastější připomínkou byl nedostatek času ze strany sester a přání více edukačních programů s nimi.

### Otázka č. 17

Jak hodnotíte přístup ergoterapeuta k Vaší osobě?

Graf 21: Hodnocení přístupu ergoterapeuta



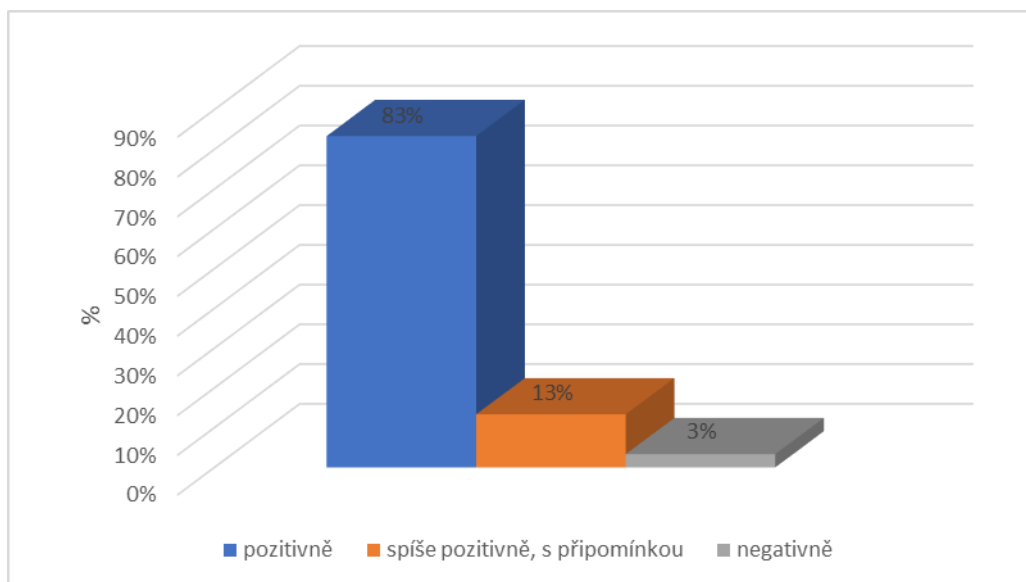
Zdroj: vlastní

Přístup ergoterapeuta hodnotilo pozitivně 93 % respondentů, 7 % jich označilo přístup ergoterapeuta jako spíše pozitivní, s připomínkou a negativně neoznačil žádný respondent. Jako připomínku respondenti uváděli častější navštěvování resocializační cvičné kuchyňky.

### Otázka č. 18

Jak hodnotíte přístup speciálního pedagoga k Vaší osobě?

Graf 22: Hodnocení přístupu speciálního pedagoga



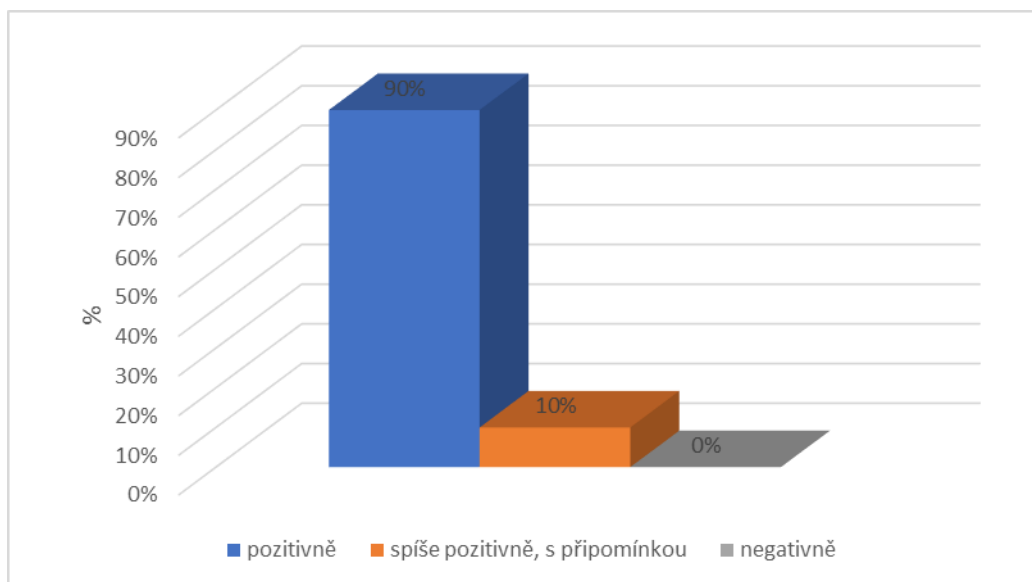
Zdroj: vlastní

Přístup speciálního pedagoga hodnotilo pozitivně 83 % respondentů, spíše pozitivně, ale s připomínkou 13 % a pouze 3 % respondentů hodnotilo jeho přístup negativně. Nejčastější připomínku uvádí respondenti více individuálních setkání s pedagogem v programu během týdne.

### Otázka č. 19

Jak hodnotíte přístup sociální pracovnice k Vaší osobě?

Graf 23: Hodnocení přístupu sociální pracovnice



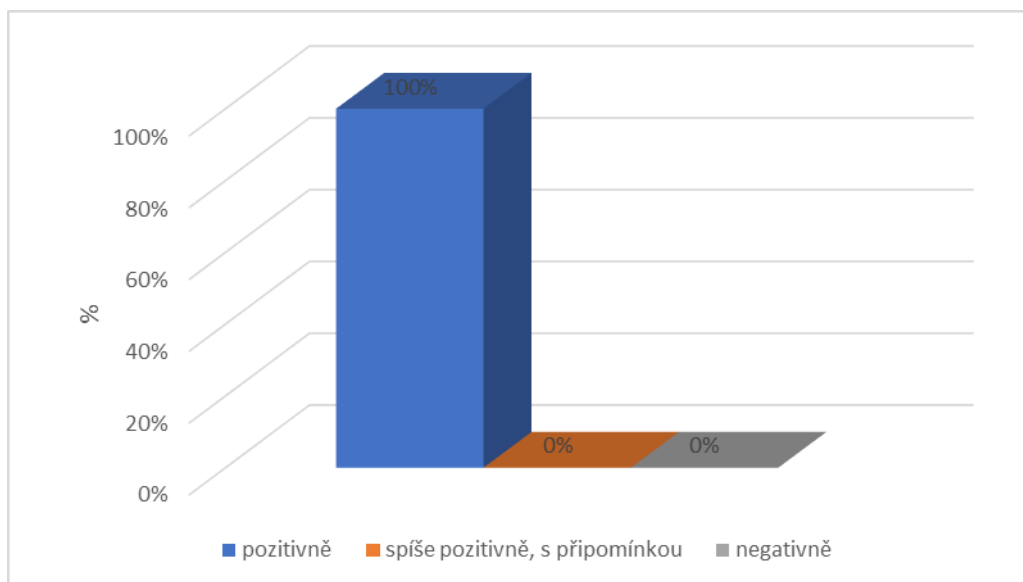
Zdroj: vlastní

V 90 % hodnotili respondenti přístup sociální pracovnice jako pozitivní, ve zbývajících 10 % hodnotili přístup spíše pozitivně, ale s připomínkou a negativně nehodnotil žádný z respondentů. Připomínku zde měli pouze jednu, a to častější individuální setkání k řešení situace s bydlením.

## Otázka č. 20

Jak hodnotíte spolupráci s klíčovým pracovníkem?

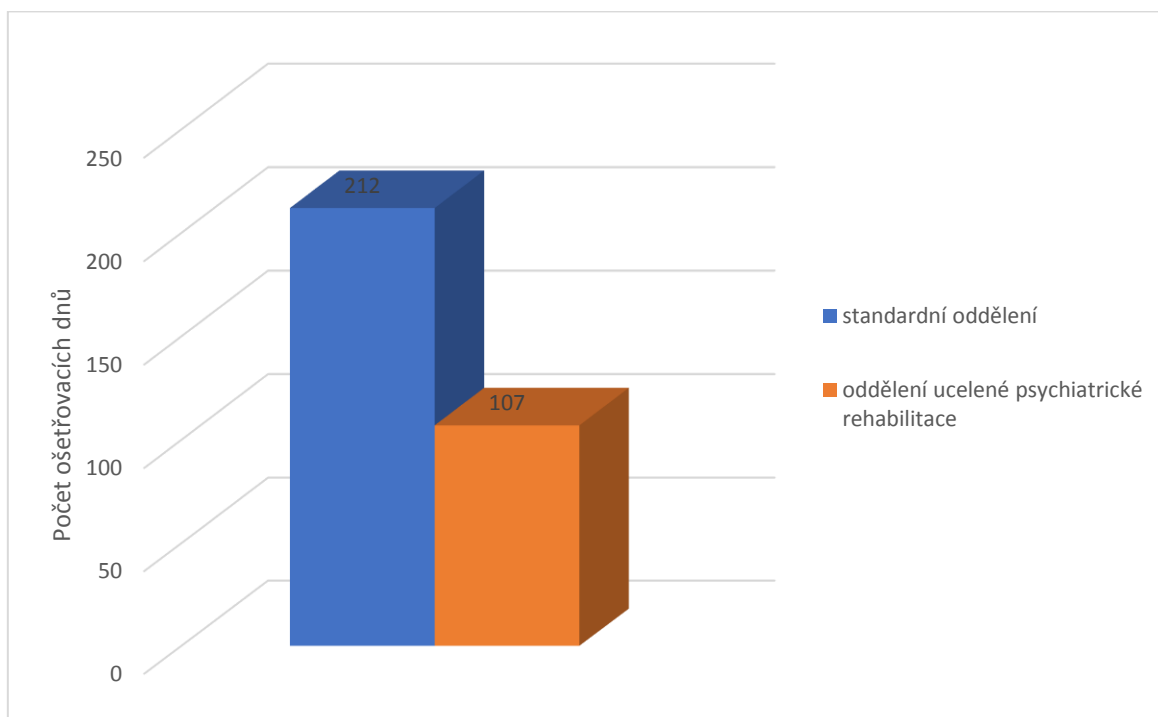
Graf 24: Hodnocení přístupu klíčového pracovníka



Zdroj: vlastní

Na tuto otázku odpovědělo všech 100 % respondentů pozitivně.

*Graf 25: Průměrná ošetrovací doba standardního rehabilitačního oddělení a oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací*



*Zdroj: vlastní*

Z grafu vyplývá, že na standardním rehabilitačním oddělení je průměrná ošetrovací doba 212 ošetrovacích dnů oproti oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací, kde je ošetrovacích dnů pouze 107. Rozdíl průměrné ošetrovací doby je tedy 105 dnů.

Cílem výzkumu v 1. fázi bylo porovnat úroveň adaptace a schopnost začlenění pacienta do běžného života před nástupem do programu a po jeho dokončení.

### **Dílčí cíl 1**

**Zmapovat v jakých oblastech zdravotních a sociálních služeb je v rámci programu ucelené psychiatrické rehabilitace potřeba nejvíce podpory.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahuje předpoklad P1: Předpokládám, že největší potřeba podpory je v oblasti bydlení a intimních vztahů.

K ověření předpokladu se vztahuje graf č. 1, který mapuje potřeby podpory ve zdravotních a sociálních oblastech v 1. šetření CANSAS, tedy při nástupu do programu u všech 55 pacientů zařazených do programu ucelené psychiatrické rehabilitace. Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 55 pacientů je nejvíce nenaplněných potřeb v oblasti bydlení a to u 26 pacientů, dále pak v oblasti intimních vztahů u 19 pacientů a v počtu 17 pacientů je zaznamenána nenaplněná potřeba v oblasti sexuality. Také 11 pacientů udává nenaplněnou potřebu v oblasti přátel.

Předpoklad 1 se potvrdil, jelikož největší potřeba podpory je v oblasti bydlení a v oblasti intimních vztahů.

### **Dílčí cíl 2**

**Zjistit v jakých oblastech byla podpora v programu ucelené psychiatrické rehabilitace efektivní.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahuje předpoklad P2: Předpokládám, že efektivně vyřešena byla oblast bydlení.

K ověření předpokladu se vztahuje graf č. 2, 3 a 4. V grafu č. 2 jsou prezentovány výsledky 2. šetření CANSAS před dokončením programu u všech 55 pacientů. V grafu č. 3, který je pouze informativního charakteru jsou zaznamenány výsledky z 1. a 2. šetření CANSAS k porovnání všech oblastí potřeb podpory. V grafu č. 4 jsou prezentovány výsledky efektivní podpory v jednotlivých oblastech. Z grafu je patrné, že nejefektivněji byla vyřešena podpora v oblasti bydlení a to u 19 respondentů, dále pak byla efektivně vyřešena podpora v oblasti informace o zdravotním stavu.



Předpoklad 2 se potvrdil, protože efektivně byla vyřešena oblast bydlení.

Cílem výzkumu ve 2. fázi bylo zhodnotit kvalitu programu na oddělení ucelené psychiatrické rehabilitace v PNvD, současně nás zajímalo zjistit případné nedostatky v práci či přístupu jednotlivých členů multioborového týmu a dalších NLZP, kteří se podílí na péči o tyto pacienty.

### **Dílčí cíl 1**

#### **Zjistit spokojenost pacientů s programem na oddělení.**

S tímto dílčím cílem souvisí předpoklad P1: Předpokládám, že převážná většina je s programem na oddělení spokojena. Převážná většina je více než 65 % respondentů.

K ověření předpokladu se vztahují otázky dotazníku, týkající se části programu ucelené psychiatrické rehabilitace a to otázka č. 4, 5, 11, 12. Tyto otázky jsou zaměřeny na zjištění rozdílu programu a přístupu na oddělení s novým způsobem léčení, s ucelenou psychiatrickou rehabilitací oproti pobytu na předchozím psychiatrickém oddělení, na hodnocení efektivního řešení potřeb a na celkovém hodnocení spokojenosti s programem psychiatrické rehabilitace.

Rozdíl programu a přístupu oproti pobytu na předchozím psychiatrickém oddělení zaznamenalo 80 % respondentů, nejvíce oblíbenou terapeutickou aktivitou je ergoterapie, psychoedukace a muzikoterapie. Dále pak 80 % respondentů uvedlo, že jsou jejich nenaplněné potřeby v rámci programu efektivně řešeny a celkově spokojeno s programem psychiatrické rehabilitace je 70 % respondentů.

Předpoklad 1 se potvrdil, protože převážná většina, tedy více jak 65 % respondentů je s programem na oddělení spokojena.

### **Dílčí cíl 2**

#### **Porovnat spokojenost pacientů s přístupem jednotlivých členů multioborového týmu a zdravotnických pracovníků.**

K tomuto dílčímu cíli se vztahuje předpoklad P2: Předpokládám, že nejvíce spokojení jsou s přístupem ergoterapeuta.

K ověření předpokladu se vztahují otázky dotazníku, týkající se členů multioborového týmu a zdravotnických pracovníků oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací, otázky č. 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

Největší důvěru 43 % respondentů má v ošetřujícího lékaře, na druhém místě s 23 % respondentů uvedlo ergoterapeuta a 13 % jich důvěřuje zdravotním sestřím. S přístupem jsou spokojeni nejvíce s klíčovým pracovníkem 100 %, s ergoterapeutem 93 % respondentů, se sociální pracovnící 90 % respondentů. S přístupem ošetřujícího lékaře je spokojeno 87 % respondentů, spokojenost s přístupem zdravotních sester uvedlo 83 %, se speciálním pedagogem 83 % a spokojenost s přístupem psychologa uvedlo 70 % respondentů.

Předpoklad 2 se nepotvrdil, jelikož nejvíce jsou spokojeni respondenti s klíčovým pracovníkem.

### **Dílčí cíl 3**

**Zjistit, zda nová metoda ucelené psychiatrické rehabilitace zkracuje dobu hospitalizace oproti délce hospitalizace pacientů, léčených standardními rehabilitačními postupy.**

S tímto dílčím cílem souvisí předpoklad P3: Předpokládám, že průměrná hospitalizace u pacienta v programu ucelené rehabilitace je kratší než u pacienta s diagnózami schizofrenního okruhu na standardním rehabilitačním oddělení.

K předpokladu byla použita statistická data ISpP z oddělení statistiky Psychiatrické nemocnice v Dobřanech, která jsou zaznamenána v grafu č. 25. Z grafu vyplývá, že na standardním rehabilitačním oddělení je průměrná ošetřovací doba 212 ošetřovacích dnů oproti oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací se 107 ošetřovacími dny. Rozdíl průměrné ošetřovací doby je tedy 105 dnů.

Z analýzy dat vyplývá, že předpoklad 3 se potvrdil, jelikož průměrná hospitalizace, tedy průměrná ošetřovací doba u pacienta v programu ucelené rehabilitace je kratší než u pacienta s diagnózami schizofrenního okruhu na standardním rehabilitačním oddělení.

## 11 DISKUZE

Bakalářská práce byla v praktické části výzkumného šetření rozdělena do dvou fází. Cílem výzkumu v první fázi bylo porovnat úroveň adaptace a schopnost začlenění pacienta do běžného života před nástupem do programu a po jeho dokončení. Toto šetření bylo realizováno na základě vyplnění standardizovaného dotazníku CANSAS u všech pacientů, zařazených do programu ucelené psychiatrické rehabilitace při nástupu do programu a před jeho dokončením. V průběhu realizace výzkumného šetření bylo v programu zařazeno 55 pacientů od počátku realizace 4/2016 do 12/2017. Na základě vyplněného dotazníku CANSAS pacient společně se svým klíčovým pracovníkem zpracovali plán, ve kterém si stanovili prioritní potřeby v jednotlivých oblastech, ve kterých je potřeba individuální pomoci. Na efektivním vyřešení potřeb pak spolupracovali společně s celým multioborovým týmem.

Prvním dílčím cílem bylo zmapovat, v jakých oblastech potřebují pacienti nejvíce podpory při nástupu do programu. Z analýzy dat z 1. šetření, tedy při nástupu do programu podle očekávání vyplývá, že největší potřebu podpory uvedli pacienti v oblasti bydlení, v oblasti intimních vztahů, sexuality a v oblasti přátel. Tyto nenaplněné potřeby souvisí právě s psychiatrickým onemocněním schizofrenního okruhu, kdy pacienti vzhledem ke svému onemocnění ztrácí kontakt s rodinou, sociální zázemí rodiny, sociální vztahy, práci, přátele. Rovněž v důsledku sebestigmatizace, stigmatizace a následné izolace dále nejsou schopni navazovat nové kontakty, nové známosti, a tudíž trpí v oblastech kvalitních intimních vztahů a sexuality. První předpoklad se potvrdil.

Úkolem druhého dílčího cíle bylo zjistit, v jakých oblastech byla podpora v programu ucelené psychiatrické rehabilitace efektivní. K ověření tohoto cíle byla zpracována analýza dat z 2. šetření CANSAS, hodnocení potřeb ve zdravotních a sociálních oblastech před dokončením programu u všech pacientů, zařazených do programu ucelené psychiatrické rehabilitace. Nejefektivněji byla vyřešena oblast bydlení a tím se nám potvrdil současně i druhý předpoklad. Dále byla efektivně vyřešena oblast informací o zdravotním stavu, finanční dávky, přátele, péče o domácnost a další.

Hlavním cílem první fáze výzkumného šetření bylo porovnat úroveň adaptace a schopnost začlenění pacienta před nástupem do programu a před jeho dokončením. Před nástupem do programu z celkového počtu 55 pacientů uvedlo nenaplněnou potřebu v oblasti bydlení 26 pacientů, dále pak 19 pacientů uvedlo nenaplněnou potřebu v oblasti intimních

vztahů. Jako další nenaplněné potřeby uváděli oblast sexuality, oblast přátel, oblast finančních dávek. Během průměrné ošetrovací doby 107 dnů, data získaná ze statistického oddělení PNvD, díky individuálnímu a intenzivnímu přístupu multioborového týmu a za aktivní účasti pacienta spolupracujícího společně s klíčovým pracovníkem, se podařilo zajistit pacientům nejen bydlení v chráněných bytech, ale i vyřešit další oblasti nenaplněných potřeb a následnou komunitní péči za pomoci neziskových organizací jednotlivých spádových oblastí a tudíž i zvýšit šanci na dlouhodobější zvládnutí života mimo nemocniční prostředí a začlenění zpět do společnosti.

Ve druhé fázi výzkumného šetření bylo hlavním cílem zhodnotit kvalitu programu na oddělení ucelené psychiatrické rehabilitace v PNvD a zjistit případné nedostatky v práci či přístupu jednotlivých členů multioborového týmu a dalších NLZP, kteří se podílí na péči o tyto pacienty.

Průzkum probíhal formou dotazníkového šetření, dotazník byl rozdán 30 respondentům, respektive pacientům, v době provádění výzkumu hospitalizovaným na oddělení ucelené psychiatrické rehabilitace. Tento výzkum byl prováděn během ledna 2017. V průběhu šetření se ovšem ukázalo vhodnější vzhledem ke stavu pacientů tento dotazník realizovat ústní formou, tedy formou individuálního rozhovoru. Individuální rozhovor s respondentem probíhal na oddělení a na každého respondenta jsme si ponechali časovou dotaci 30 minut.

Dotazník byl sestaven z 20 uzavřených otázek a byl rozdělen do 3 částí.

V první části byly otázky č. 1, 2, 3 pouze informačního charakteru. Jejich účelem bylo seznámení se s respondenty a týkaly se pohlaví, věku a pořadí současné hospitalizace v počtu celkových hospitalizací v psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Z těchto otázek vyplynulo, že více je zde v současné době hospitalizovaných mužů, největší počet respondentů, co se týká věkové kategorie je věk nad 51 let a více a současný pobyt uvedlo nejvíce respondentů v kategorii 1. -3. hospitalizace, kdy pouze o 3 % méně bylo respondentů, uvádějících počet hospitalizací 7. a více. Pro zajímavost jeden z respondentů uvedl svou současnou hospitalizaci jako 57. v pořadí.

Druhá část dotazníku se týkala otázek prvního cíle. Úkolem prvního dílčího cíle bylo zjistit spokojenost pacientů s programem na oddělení s novým způsobem léčení, s ucelenou

psychiatrickou rehabilitací. Prioritní otázky jsou společně s doplňujícími otázkami, týkající se spolupráce rodin respondentů a zajištění bydlení, financí a navazující péče po ukončení programu a hospitalizace, jak jsme se domnívali, podstatné pro celkovou reálnou představu o úspěšné implementaci programu a zhodnocení programu.

Na otázku, zda vnímají rozdíl v programu a přístupu oproti předchozímu standardnímu oddělení odpovědělo 80 % respondentů kladně, jako hlavní kritéria kladného hodnocení uváděli respondenti znatelný individuálnější přístup, terapeutické aktivity a důsledně naplánovaný harmonogram každého dne. Kladné a efektivní řešení vlastních nenaplněných potřeb v průběhu programu uvedlo 80 % respondentů, kdy v době šetření mělo zajištěné bydlení, ať již vlastní nebo podanou či vyřízenou žádost o umístění v chráněných bytech, všech 30 respondentů. K nejvíce oblíbeným aktivitám patří dle respondentů ergoterapie, psychoedukace a muzikoterapie. Celkově s programem ucelené psychiatrické rehabilitace je spokojeno 70 % respondentů. První předpoklad ve druhé fázi šetření se potvrdil.

Druhým dílčím cílem bylo porovnat spokojenost pacientů s přístupem jednotlivých členů multioborového týmu a zdravotnických pracovníků, podílejících se na péči o tyto pacienty a zjistit jejich případné nedostatky. K ověření druhého cíle byly využity otázky třetí části dotazníku, týkající se členů multioborového týmu a zdravotnických pracovníků na tomto oddělení.

Největší důvěru mají respondenti v ošetřujícího lékaře. Terapeutický vztah mezi lékařem a pacientem je založen na mnoha etických principech a samotná důvěra je základem pro zlepšení zdraví a pohody pacienta. Dále mají respondenti důvěru v ergoterapeuta, což pro nás nebylo překvapením, jelikož ergoterapeut je v každodenním kontaktu s pacienty v programu ucelené rehabilitace během dopoledních i odpoledních aktivit a tráví s nimi nejvíce času.

S přístupem jednotlivých členů lékařského i nelékařského personálu, podílejících se na péči o tyto pacienty jsou nejvíce spokojeni s přístupem klíčového pracovníka. Klíčovým pracovníkem je v programu každý člen multioborového týmu, který je pacientovi přidělen a individuálně s ním spolupracuje. Základem je navázání kvalitního terapeutického vztahu, ve kterém se společně snaží identifikovat pacientovy potřeby a aktivně se podílí na jejich efektivním vyřešení v jednotlivých oblastech. Je prostředníkem v komunikaci mezi pacientem a jednotlivými složkami ve zdravotních a sociálních oblastech. Klíčový pracovník doprovází pacienta po celou dobu programu ucelené psychiatrické rehabilitace.

Také nás zajímaly případné nedostatky v přístupu jednotlivých pracovníků, podílejících se na programu ucelené psychiatrické rehabilitace, které byly formulovány v dotazníku odpovědí jako spíše pozitivní hodnocení s připomínkou. Nejčastějšími připomínkami v přístupu jednotlivých členů multioborového týmu a zdravotnických pracovníků bylo k ošetřujícímu lékaři přání více prostoru pro individuální rozhovor a případné dotazy, možnost častějších soukromých sezení s psychologem, k přístupu zdravotních sester bylo přání více času na pacienty a přání více edukačních programů s nimi, k ergoterapeutovi častější nácvik dovedností v resocializační cvičné kuchyňce, dále pak více individuálních setkání se speciálním pedagogem a možnost častějšího individuálního setkání se sociální pracovníci. Domníváme se, že neustále narůstající ošetrovatelská dokumentace, která je nedílnou součástí ošetrovatelské péče, je na úkor času stráveného s pacienty.

Z výzkumu celkově vyplývá převážně spokojenost a pozitivní hodnocení pacientů s přístupem jednotlivých členů multioborového týmu a zdravotnických pracovníků, kteří se podílí na péči o tyto pacienty. Hlavním kritériem pro kladné hodnocení je 100 % hodnocení přístupu klíčového pracovníka všemi 30 respondenty, kterým je v programu ucelené psychiatrické rehabilitace každý člen multioborového týmu, poněvadž především klíčový pracovník a multioborový tým jsou hlavním znakem psychosociální rehabilitace, založené na principu recovery. Zjištěné nedostatky, které byly zodpovězeny formou spíše pozitivního hodnocení, s připomínkou budou využity v doporučení pro praxi. Druhý předpoklad ve druhé fázi šetření se nepotvrdil, jelikož nejvíce jsou spokojeni pacienti s přístupem klíčového pracovníka.

Třetím dílčím cílem, který jsme si stanovili, bylo zjistit, zda nová metoda ucelené psychiatrické rehabilitace zkracuje dobu hospitalizace oproti délce hospitalizace pacientů, léčených standardními psychorehabilitačními postupy. Pro zjištění tohoto cíle byly použity z oddělení statistiky PNvD statistické údaje průměrné ošetrovací doby k porovnání standardního rehabilitačního oddělení a oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací. Z analýzy dat vyplývá, že průměrná ošetrovací doba oddělení s novým způsobem léčení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací je 107 ošetrovacích dnů, tedy kratší, oproti standardnímu rehabilitačnímu oddělení se stejnou skupinou pacientů s diagnózami schizofrenního okruhu, kde je průměrná ošetrovací doba 212 ošetrovacích dnů. Třetí předpoklad ve druhé fázi výzkumného šetření se potvrdil.

## ZÁVĚR

V České republice je nedostatečně provázaná následná péče o duševně nemocné po ukončení hospitalizace. Duševně nemocní nemají často sociální zázemí, trpí stigmatem, jsou často diskriminováni, mají velmi omezené pracovní nabídky, jsou mnohdy bez rodinného zázemí, poněvadž rodiny mají často minimální zájem o své duševně nemocné příbuzné. Právě probíhající reforma psychiatrické péče má za prioritní úkol zkvalitnit život duševně nemocných zlepšením provázanosti jednotlivých složek psychiatrické péče, meziresortní spoluprací, legislativními změnami, a především změnou postoje společnosti k duševně nemocným. Tyto úkoly mají za cíl pomoc duševně nemocným po ukončení léčby se začleněním a následnou adaptací v novém prostředí a ve společnosti. Žádoucí je především udržitelnost programu a vytvoření komunitní péče, která bude pomáhat duševně nemocným v adaptaci na běžné prostředí.

Cílem bakalářské práce bylo zhodnotit implementaci programu ucelené psychiatrické rehabilitace v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech. Cílem projektu je inovace zdravotní péče, zkrácení doby hospitalizace, snížení a předcházení rehospitalizací implementací programu ucelené psychiatrické rehabilitace, založené na principech recovery, tedy na intenzivním a individuálním přístupu k nemocnému za jeho aktivní účasti.

V praktické části jsou analyzovány výsledky výzkumného šetření, které probíhalo na oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech ve sledovaném období od 4/2016 do 1/2017. Zhodnocením všech výsledků jsme došli k závěru, že během průměrné ošetrovací doby 107 dnů, díky individuálnímu a intenzivnímu přístupu multioborového týmu a za aktivní účasti pacienta, spolupracujícího společně s klíčovým pracovníkem, se podařilo efektivně vyřešit potřeby podpory ve zdravotních a sociálních oblastech, a tudíž i zvýšit šanci na dlouhodobější zvládnutí života mimo nemocniční prostředí a začlenění zpět do společnosti.

Doporučujeme zaměřit pozornost na možnost poskytnout více individuálních rozhovorů s ošetřujícím lékařem, na častější individuální sezení s psychologem a častější individuální setkání se speciálním pedagogem úpravou harmonogramu a programu aktivit na oddělení. Zároveň doporučujeme zvýšit edukační programy ze strany zdravotních sester v odpoledním programu a zajistit častější návštěvy resocializační cvičné kuchyňky s ergoterapeutem. Přikláníme se též k edukaci, spolupráci a aktivnějšímu zapojení rodinných příslušníků do programu.

S výsledky průzkumného šetření byl seznámen management nemocnice, náměstek pro strategický rozvoj a kvalitu řízení, a především personál oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací. Tyto výsledky přispějí ke zvyšování kvality na oddělení psychiatrické rehabilitace a budou přínosem při závěrečném hodnocení projektu Programu CZ 11, financovaného z Norských fondů 2009-2014.

Domnívám se, že při reformě psychiatrické péče nejvíce záleží na udržitelnosti financování. Jde o dlouhodobou realizaci, ve které je důležitá především změna postoje celé společnosti k duševně nemocným a zajištění následné podpory v oblasti sociálních podmínek duševně nemocným vzhledem k časově omezeným pobytům v chráněných bytech. Zda se cíle reformy podaří realizovat, a přispěje ke zkvalitnění života duševně nemocných, ukáže až čas.



## BIBLIOGRAFIE

1. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009, 279 s., s. 40. ISBN 978-80-7367-568-4.
2. SELIGMAN, Martin E. P. *Vzkvétání: nové poznatky o podstatě štěstí a duševní pohody*. Brno: Jan Melvil Publishing, 2014. 407 s. ISBN 978-80-87270-95-0.
3. MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina a BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
4. MZČR. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2014. s. 28. ISBN: 978-80-85047-47-9.
5. HOSÁK, Ladislav, HRDLIČKA, Michal a LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015, 648 s., s. 611. ISBN 978-80-246-2998-8.
6. OCISKOVÁ, Marie, a další. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská psychiatrie*. Galén, 2014, 5, s. 253. ISSN 1212-0383.
7. PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing, 2014, 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.
8. DÖRNER, Klaus a PLOG, Ursula. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Praha: Grada Publishing, 1999, 353 s., s. 280. ISBN 80-7169-628-5.
9. FOUCALT, Michel. *Dějiny šílenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1994, 209 s., s. 9-11. ISBN 80-7106-085-2.
10. DONĚK, Emanuel, DOŇKOVÁ, Jana a BENEŠ, Radim. Zemské ústavy pro choromyslné v českém království. *Psychiatrie pro praxi*. 2006, 6, s. 305-306. ISSN 1803-5272.
11. KALVACH, Zdeněk a ČELEDOVÁ, Libuše a kolektiv. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011, 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
12. NUDZ. *Národní ústav duševního zdraví*. [Online] [Citace: 16. 1. 2017.] Dostupné z: <http://www.nudz.cz/>.

13. WIKIPEDIA. *Národní ústav duševního zdraví*. [Online] [Citace: 20. 1. 2017.] Dostupné z:  
[https://cs.wikipedia.org/wiki/N%C3%A1rodn%C3%AD\\_%C3%BAstav\\_%C5%A1evn%C3%ADho\\_zdrav%C3%AD](https://cs.wikipedia.org/wiki/N%C3%A1rodn%C3%AD_%C3%BAstav_%C5%A1evn%C3%ADho_zdrav%C3%AD).
14. RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora, (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče*. [Online] 2012. [Citace: 2. 11. 2016.] Dostupné z:  
[http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ\\_zkr\\_komplet.pdf](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf).
15. DLOUHÝ, Martin. *Mental health systems in Central and Eastern Europe*. Prague: Professional Publishing, 2012. s. 48. ISBN 978-80-7431-110-9.
16. REFORMAPSYCHIATRIE. *Strategie reformy psychiatrické péče*. [Online] 2013. [Citace: 24. 11. 2016.] Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publikace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf).
17. WINKLER, Petr, ŠPANIEL, Filip, CSÉMY, Ladislav, JANOUŠKOVÁ, Miroslava, KREJNÍKOVÁ, Linda. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013, 69 s. ISBN 978-80-87142-21-9.
18. MZCR. *AP 03\_dusevni\_zdravi\_.pdf*. [Online] [Citace: 12. 12. 2016.] Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003\\_dusevni%20zdravi\\_.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf).
19. ZDRAVOTNICKYDENIK. *Prioritou psychiatrické reformy se vedle vážně duševně nemocných stanou i děti*. [Online] 20. 1. 2016. [Citace: 12. 2. 2017.] Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/01/prioritou-psychiaticke-reformy-se-vedle-vazne-dusevne-nemocnych-stanou-i-deti-2/>.
20. Kritici varují před úskalími reformy psychiatrické péče. *Zdravotnictví a medicína*. 25. 3. 2013, 6, s. 1. ISSN 2336-2987.
21. ANTHONY, W. A., COHEN, M. R., FARKAS, M. D., GAGNE, C. *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd ed. Boston: MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation., 2002. s. 101. ISBN 978-1-878512-11-6.

22. PDZ. *Komunitní přístup v péči o duševně nemocné*. [Online] 3. 8 2010. [Citace: 20. 12. 2016.] Dostupné z: <http://www.pdz.cz/uploaded/hejzlar.pdf>.
23. ANTHONY, William. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, 16, s. 11-23. ISSN 0147-5622.
24. RIDGWAY, Priscilla, a další. *Cesty k zotavení*. [překl.] Jitka Charvátová. Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare, 2014. s. 3-4. ISBN 978-1-5031-7191-6.
25. PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009, 264 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
26. PSYCHIATRICKAREHABILITACE. *Návod k administraci plánování v IS HIPPO*. [Online] [Citace: 19. 2. 2017.] Dostupné z: [http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/obj/files/1/sys\\_media\\_213.pdf](http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/obj/files/1/sys_media_213.pdf).
27. PSYCHIATRICKAREHABILITACE. *Projekt S. U. P. R.* [Online] 2016. [Citace: 18. 1 2017.] Dostupné z: <http://www.psychiatrickarehabilitace.cz/projekt-s-u-p-r/>.
28. EEAGRANTS. *CZ11-Rehabilitační oddělení s novým způsobem léčení (s ucelenou psychiatrickou rehabilitací)*. [Online] 16. 1. 2015. [Citace: 8. 12. 2016.] Dostupné z: <http://www.eeagrants.cz/cs/programy/norske-fondy-2009-2014/cz11-verejne-zdravi/cz11-schvalene-projekty/rehabilitacni-oddeleni-snovym-zpusobem-l-1688>.
29. PLDOBRANY. *Psychiatrická nemocnice v Dobřanech*. [Online] [Citace: 11. 1. 2017.] Dostupné z: <http://www.pldobrany.cz/norske-fondy-2009-2014.html>.
30. STUDIHRADOVÁ, Alena. Otevřeme už ty dveře. *Esprit*. 2006, 6-7, s. 10-11. ISSN 1314-2123.
31. WENIGOVÁ, Barbora a PŘÍHODA st., Petr. *Komunikace a vztah s duševně nemocným pacientem*. [Online] [Citace: 12. 2. 2017.] Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra\\_brozura\\_02.pdf](http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra_brozura_02.pdf).
32. PROBSTOVÁ, Václava, ŠELEPOVÁ, Pavla a DRAGOMIRECKÁ, Eva et al. *CAN: Camberwellské šetření potřeb*. 2. aktualiz. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011, 63 s. ISBN 978-80-260-0138-6.

33. JELÍNKOVÁ, Jana, KRIVOŠÍKOVÁ, Mária a ŠAJTAROVÁ, Ludmila. *Ergoterapie*. Praha: Portál, 2009, 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
34. LHOTOVÁ, Marie. *Proměny výtvarné tvorby v arteterapii*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010, 216 s. ISBN 978-80-7394-209-0.
35. HOLZER, Lubomír a DRLÍČKOVÁ, Svatava. *Celostní muzikoterapie v institucionální výchově: metoda Lubomíra Holzera: expresivní terapeutické metody-cesta ke změně v institucionální výchově: učební texty*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 236 s. ISBN 978-80-244-3323-3.
36. LEDOVEC. [Online] [Citace: 5. 1 2017.] Dostupné z: <http://www.ledovec.cz/>.
37. VČELÁK, Petr. *Studijní materiály. Informatika a výpočetní technika*. [Online] 20. 2 2012. [Citace: 25. 11 2016.] Dostupné z: <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.
38. FREI, Jiří a LOUDOVÁ, Soňa. *Manuál pro zpracování diplomové práce*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2013, 54 s. ISBN 978-80-261-0167-3.

## SEZNAM ZKRATEK

CANSAS .....	Camberwelský formulář šetření potřeb
CDZ .....	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP .....	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR.....	Česká republika
ISpP .....	Informační Systém pro Psychiatrii
MZČR.....	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
PNvD.....	Psychiatrická nemocnice v Dobřanech
S. U. P. R. ....	Systém ucelené psychiatrické rehabilitace
USA .....	Spojené státy Americké
UZIS .....	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
WHO .....	Světová zdravotnická organizace

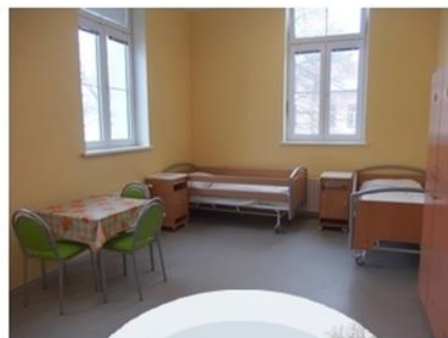
## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Graf potřeb největší podpory ve zdravotních a sociálních oblastech v 1. šetření CANSAS .....	39
Graf 2: Graf potřeb největší podpory ve zdravotních a sociálních oblastech ve 2. šetření CANSAS .....	40
Graf 3: Graf výsledků nenaplněných potřeb v jednotlivých oblastech z 1. a 2. šetření CANSAS .....	41
Graf 4: Graf efektivní podpory v jednotlivých oblastech po dokončení programu.....	42
Graf 5: Pohlaví .....	43
Graf 6: Věková skupina .....	44
Graf 7: Počet hospitalizací v PNvD.....	45
Graf 8: Rozdíl programu oddělení oproti předchozímu psychiatrickému oddělení .....	46
Graf 9: Nejvíce oblíbená terapeutická aktivita .....	47
Graf 10: Kontakt s rodinou .....	48
Graf 11: Účast rodiny na rodinné komunitě .....	49
Graf 12: Zajištěné bydlení po ukončení hospitalizace.....	50
Graf 13: Finanční zajištění po ukončení hospitalizace .....	51
Graf 14: Zajištěná navazující péče po ukončení hospitalizace.....	52
Graf 15: Efektivní řešení nenaplněných potřeb v rámci programu .....	53
Graf 16: Celkové hodnocení programu ucelené psychiatrické rehabilitace .....	54
Graf 17: Důvěra v ošetřující personál .....	55
Graf 18: Hodnocení přístupu ošetřujícího lékaře .....	56
Graf 19: Hodnocení přístupu psychologa.....	57
Graf 20: Hodnocení přístupu zdravotních sester .....	58
Graf 21: Hodnocení přístupu ergoterapeuta .....	59
Graf 22: Hodnocení přístupu speciálního pedagoga.....	60
Graf 23: Hodnocení přístupu sociální pracovnice .....	61
Graf 24: Hodnocení přístupu klíčového pracovníka.....	62
Graf 25: Průměrná ošetrovací doba standardního oddělení a oddělení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací.....	63

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Oddělení s novým způsobem léčení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací .....	80
Příloha 2: Harmonogram psychiatrické rehabilitace na oddělení.....	82
Příloha 3: CANSAS-Camberwelský formulář pro hodnocení potřeb .....	83
Příloha 4: Výsledky 1. šetření CANSAS při přijetí pacienta do programu.....	87
Příloha 5: Výsledky 2. šetření CANSAS před ukončením programu na oddělení.....	89
Příloha 6: Dotazník.....	91
Příloha 7: Souhlas s výzkumným šetřením .....	95

*Příloha 1: Oddělení s novým způsobem léčení s ucelenou psychiatrickou rehabilitací*



*Zdroj: [www.pld.cz](http://www.pld.cz)*



*Zdroj: vlastní*





*Zdroj: [www.pld.cz](http://www.pld.cz)*



*Zdroj: [www.pld.cz](http://www.pld.cz)*

*Příloha 2: Harmonogram psychiatrické rehabilitace na oddělení*

	8:00 - 9:00	9:00 - 10:00	10:00 - 11:00	11:00 - 12:00	12:00 - 13:00	13:00 - 14:00	14:00 - 15:00	15:00 - 16:00	16:00 - 17:00
<b>Pondělí</b>		KOMUNITA	Skupina A		Relax.	Jóga	Společn.hry		
	CT, ARTE ateliér				ARTE ateliér				
<b>Úterý</b>		Skupina T	Skupina B		Výlet (dle počasí)				
						Jóga	Cvičení s Dr.		
		CT, ARTE ateliér				ARTE ateliér			
<b>Středa</b>	KOMUNITA	Knihovna	Přednáška		Relax.	Kuchyňka s Marti či Hankou			
							AJ pokr.	AJ začát.	
		CT, ARTE ateliér				ARTE ateliér			
<b>Čtvrtek</b>		Relax. Jana	Jóga				Skup. hry	Filmový klub s Hankou	
			Muzikoterapie						
		CT				ARTE ateliér			
<b>Pátek</b>	KOMUNITA		Edukace				Čtení s Marti		
			Feldenkreis			Feldenkreis			
		CT, ARTE ateliér				ARTE ateliér			

*zdroj: Psychiatrická nemocnice v Dobřanech, oddělení 23*

Příloha 3: CANSAS-Camberwelský formulář pro hodnocení potřeb-krátká verze

Psychiatrická nemocnice v Dobřanech  
Ústavní ul. , 334 41 Dobřany, tel. 377 813 111, IČO: 00669792

**Camberwelský formulář pro hodnocení potřeb - krátká verze**

Příjmení a jméno:

RČ:

Oddělení: **ergoterapie na LO (23 - NF)**

Dotazník vyplňuje:  personál zařízení (lékař, SZP, ...)  pacient/klient  jiná osoba (příbuzní, ...)

**1. Bydlení**

není potřeba  naplněná potřeba  nenaplněná potřeba  není známo

Lze se ptát například takto:

Kde bydlíte (typ zařízení)?

**2. Strava**

není potřeba  naplněná potřeba  nenaplněná potřeba  není známo

Lze se ptát například takto:

Máte dostatek vhodného jídla?

**3. Péče o domácnost**

není potřeba  naplněná potřeba  nenaplněná potřeba  není známo

Lze se ptát například takto:

Jste schopni/schopna se starat o domácnost?

**4. Péče o sebe**

není potřeba  naplněná potřeba  nenaplněná potřeba  není známo

Lze se ptát například takto:

Máte problémy s hygienou a s úpravou zevnějšku?

**5. Denní činnosti**

není potřeba  naplněná potřeba  nenaplněná potřeba  není známo

Lze se ptát například takto:

Jak trávíte den?

**6. Tělesné zdraví**

není potřeba  naplněná potřeba  nenaplněná potřeba  není známo

Lze se ptát například takto:

Jak se cítíte po tělesné stránce?

**7. Psychotické symptomy**

není potřeba  naplněná potřeba  nenaplněná potřeba  není známo

Lze se ptát například takto:

Slyšíte někdy hlasy nebo máte problémy s myšlením?

## Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb - krátká verze

Příjmení a jméno:  
Oddělení:

RČ:

### 8. Informace o zdravotním stavu a léčbě

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Byly Vám poskytnuty srozumitelné informace o lécích, které užíváte?

### 9. Psychické potíže

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Byl(a) jste v poslední době velmi smutný(á) nebo skleslý(á)?

### 10. Ohrožuje sebe

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Napadlo Vás někdy, že byste s úmyslně ublížil(a)?

### 11. Ohrožuje ostatní

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Myslíte si, že byste mohl(a) nějak ohrozit ostatní?

### 12. Alkohol

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Způsobuje Vám pití nějaké problémy?

### 13. Drogy (psychoaktivní látky)

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Užíváte nějaké psychoaktivní látky bez lékařského předpisu?

### 14. Přátelé

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Jste spokojen(a) se svým společenským životem?

### 15. Intimní vztahy

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:

Máte partnera?

### Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb - krátká verze

Příjmení a jméno:  
Oddělení:

RČ:

#### 16. Sexualita

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:  
Jaký je Váš sexuální život?

#### 17. Péče o děti

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:  
Máte nějaké dítě do 18 let?

#### 18. Základní vzdělání

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:  
Máte problémy se čtením, psaním nebo porozuměním textu?

#### 19. Telefon

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:  
Umíte zacházet s telefonem?

#### 20. Doprava

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:  
Jak se Vám cestuje autobusem, metrem nebo vlakem?

#### 21. Peníze

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:  
Jak vycházíte s penězi?

#### 22. Finanční dávky

není potřeba       naplněná potřeba       nenaplněná potřeba       není známo

Lze se ptát například takto:  
Dostáváte všechny peníze, na které máte nárok?

#### Vyhodnocení:

	Počet
Naplněné potřeby	
Nenaplněné potřeby	

### Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb - krátká verze

Příjmení a jméno:  
Oddělení:

RČ:

	Počet
Celkový počet potřeb	

Text hodnocení:

--

Tisk: 17.01.2017, 09:53

Příloha 4: Výsledky 1. šetření CANSAS při přijetí pacienta do programu

Potřeby	Bydlení	Strava	Péče o domácnost	Péče o sebe	Denní činnosti	Tělesné zdraví	Psychotické	Info o zdrav. stavu	Psychické nožiče	Ohrožuje sebe	Ohrožuje okolí	Alkohol	Drogy	Přítelé	Inimní vztahy	sexualita	Péče o děti	Základní vzdělání	Telefon	Doprava	Peníze	Finanční dávky	
																							Respondent, rok narození, dg.
Č.1	*1951 F 200	2	1	1			1	2										1	2	2			
Č.2	*1997 F 200	2	1	1		1	2	2	1	1					2	2	2	1		1	1		
Č.3	*1987 F200	2	1	1			2		1						2	2			1				
Č.4	*1980 F200	2	2	1		1	1	1												1			
Č.5	*1972 F251		1	1		1	2		1														
Č.6	*1975 F200		1			1	1	1	1						2	2	2		1				
Č.7	*1957 F205	2	1	1		1	1	1	1														
Č.8	*1983 F203		2	2	2	1	1	2							1	2	2		2	1	1		
Č.9	*1975 F205		1	1	1		1															1	
Č.10	*1983 F252		1	1		1	1								1	1	2					1	
Č.11	*1964 F200		1	1			1	1								1			1				
Č.12	*1966 F205		2	1		2	1	1								1	1	1					
C.13	*1971 F252		1	1		2	1	1							1								
Č.14	*1986 F200	2	1	1			1									2	1	1				1	
Č.15	*1965 F200		1	1			1								1								
Č.16	*1953 F200	2	1	1		1	2		1							2							
Č.17	*1972 F200	2	2	1		1	1	1	1	1					1	2						2	
Č.18	*1964 F200		1	1			2	1	1							1	1	1		2			
Č.19	*1954 F200		1	1		1	1	1	1														
Č.20	*1986 F200		2	1		1	1	2								2	2					1	1
Č.21	*1971 F200	2	1	1	1	1	1		1						2								
Č.22	*1979 F200		1	1			2	1								2	2					2	
Č.23	*1976 F200	2	1	2																			
Č.24	*1972 F200		1	2		1	1	1							1	2	2						
Č.25	*1987 F200	2	1	1			1	1														1	
Č.26	*1967 F203	2	2	2	1	2	2		2						1	2			1		1		
Č.27	*1973 F200	2	1	1	1	1	2		2		1					2	2	2				2	

Č. 28 *1980 F200	2	1	1			1	1		1					2	2	2						1	
Č. 29 *1983 F205		1		2			1						1			1						1	2
Č. 30 *1972 F200		1	1		1	1	1		1						2								1
Č. 31 *1982 F200	2	2	2		1	1	1	2													1	2	
Č. 32 *1985 F205	2	1	1				1	1	1					2	2	2	1						2
Č.33 *1963 F205		2	2	1	2	1	1	2					2					1	1				
Č. 34 *1978 F205		1	1			1	1	1	1														
Č. 35 *1993 F200	2	1	1				1																2
Č. 36 *1975 F200	2	1	1		1	1	2		1					2	2	2							
Č. 37 *1995 F203	2	1	2		2	1	1	2								2						1	
Č. 38 *1938 F203	2	1	1				2		1							1							
Č. 39 *1980 F200		1	1				1	1				2		2									
Č. 40 *1987 F203	2	1	1		1	1	2	1	1	1	1			2		1					1	1	
Č. 41 *1975 F701	2	1	1					1	1									1	1				
Č. 42 *1981 F251		1	1		1		1	1													1		1
Č. 43 *1972 F200		1	1				1																
Č. 44 *1966 F203		1			1	2	1	1							1	2		1			1		
Č. 45 *1976 F252		1	1			1	1		1					1		1							
Č. 46 *1972 F200		1	1				1																
Č. 47 *1959 F250		1	1				1							2							1		1
Č. 48 *1986 F252		1	1		2	1	1							1								1	2
Č. 49 *1986 F200		1	1		1		1							1	2	2							
Č. 50 *1988 F200	2	1	1		1	1	1																
Č. 51 *1982 F200	2	1	1		1	1	1	1						1								1	1
Č. 52 *1985 F200		2	1		1		1	1						2	2	2							1
Č. 53 *1988 F205	2	1	1			1	1	1															2
Č. 54 *1971 F200	2	1	1				1																1
Č. 55 *1981 F200		1	2	2	1				1					1	2	2							1
<b>Nenaplněné potřeby 2</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>10</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

0 - Není potřeba    1 - Naplněná potřeba    2 - Nenaplněná potřeba/ závažný problém

Zdroj: vlastní





Č. 26 *1967 F203	2	2	1	1	2	2												1	2					1			1		
Č. 27 *1973 F200		1	1	1	1	2		1		1									2	2	2								
Č. 28 *1980 F200		1	1			1	1		1										1	2	1								1
Č. 29 *1983 F205		1		1			1											1			1							1	1
Č. 30 *1972 F200		1	1			1	1	1												1									1
Č. 31 *1982 F200	2	2	1		1	1	1	1																			1	2	
Č. 32 *1985 F205		1	1				1	1	1										1		2	1							1
Č. 33 *1963 F205		2	1	1	2	1	1	1																	1	1			
Č. 34 *1978 F205		1	1			1	1	1																					
Č. 35 *1993 F200	2	1	1				1																						1
Č. 36 *1975 F200		1	1		1	1	2		1										2		2								
Č. 37 *1995 F203		1	1		2	1	1	1												2						1			
Č. 38 *1938 F203		1	1				2														1								
Č. 39 *1980 F200		1	1				1	1											1										
Č. 40 *1987 F203		1	1		1	1	2	1	1	1									1		1					1	1		
Č. 41 *1975 F701		1	1					1	1																1	1			
Č. 42 *1981 F251		1	1		1		1	1																	1		1		
Č. 43 *1972 F200		1	1				1																						
Č. 44 *1966 F203		1			1	2	1	1												1	1		1		1				
Č. 45 *1976 F252		1	1			1	1		1										1		1								
Č. 46 *1972 F200		1	1				1																						
Č. 47 *1959 F250		1	1				1												2						1		1		
Č. 48 *1986 F252		1	1		2	1	1												1								1	1	
Č. 49 *1986 F200		1	1		1		1												1	1	2								
Č. 50 *1988 F200		1	1		1	1	1																						
Č. 51 *1982 F200		1	1		1	1	1	1											1								1	1	
Č. 52 *1985 F200		2	1		1		1	1											1	1	2								1
Č. 53 *1988 F205		1	1			1	1	1																					1
Č. 54 *1971 F200		1	1				1																					1	
Č. 55 *1981 F200		1	1	1	1				1										1	1	2							1	
<b>Nenaplněné potřeby 2</b>	2	2	1	1	2	2																							

0 - Není potřeba

1 - Naplněná potřeba

2 - Nenaplněná potřeba

Zdroj: vlastní

*Příloha 6: Dotazník*



Vážená paní, vážený pane,

jsem studentkou Fakulty zdravotnických studií ZČU v Plzni a ráda bych Vás požádala o vyplnění níže uvedeného dotazníku, týkající se Vaší hospitalizace na tomto oddělení a Vaší spokojenosti s novým programem s ucelenou psychiatrickou rehabilitací. Jde o **anonymní** vyplnění k průzkumu, které je součástí mé bakalářské práce. Údaje v dotazníku budou považovány za důvěrné a budou využity výhradně ke zpracování výzkumné části této práce. Vámi poskytnuté informace budou cenným přínosem vedoucím k dalšímu zefektivnění a zkvalitnění programu.

Při vyplňování označte prosím vždy 1 odpověď, není-li uvedeno jinak. Pokud je třeba, doplňte odpověď vlastními slovy.

Za poskytnuté informace předem děkuji.

Kateřina Rupertová

studentka FZS ZČU Plzeň

## Dotazník spokojenosti pacientů zařazených do programu ucelené psychiatrické rehabilitace

### Informace o respondentech

- 1. Pohlaví**  
 muž  žena
- 2. Věková skupina**  
 do 30 let  31-50 let  51 a více let
- 3. Kolikátá je Vaše současná hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Dobřanech?**  
 1. - 3. hospitalizace  4. - 6. hospitalizace  7. a více hospitalizací

### Program ucelené psychiatrické rehabilitace

- 4. Vnímáte rozdíl programu oddělení a přístupu k Vám oproti pobytu na předchozím psychiatrickém oddělení?**  
 ano  spíše ano  spíše ne  ne
- 5. Která z terapeutických aktivit Vás oslovila nejvíce. (Vyberte maximálně 3 odpovědi.)**  
 komunita  
 edukace o Vašem onemocnění (léčba, léky, varovné signály)  
 ergoterapie  
 arteterapie  
 relaxace, jóga  
 muzikoterapie  
 rodinná komunita a sezení  
 informativní komunita s neziskovými organizacemi
- 6. Jste v kontaktu s rodinou?**  
 ano často  minimálně  ne
- 7. Účastní se členové Vaší rodiny rodinných komunit a sezení?**  
 ano, pravidelně  výjimečně  ne

8. Po ukončení Vaší hospitalizace na tomto oddělení máte zajištěné bydlení?

Pokud ne, jak řešíte nyní Vaši situaci s bydlením?

ano  ne.....

9. Po ukončení hospitalizace na tomto oddělení jste zajištěn finančně? (invalidní důchod, zaměstnání, dávky hmotné nouze) Pokud ne, jak řešíte nyní Vaši situaci ohledně financí?

ano  ne.....

10. Po ukončení hospitalizace na tomto oddělení máte zajištěnou navazující péči mimo nemocnici? (ošetřující lékař, psychiatr, komunitní péče)

ano  ne

11. Jsou dle Vás dostatečně řešeny v rámci programu Vaše nenaplněné potřeby? (potřeba bydlení, financí,...)

ano  ne

12. Jste celkově spokojen/a s programem ucelené psychiatrické rehabilitace?

ano  spíše ano  spíše ne  ne

#### Personál oddělení s novým způsobem léčby s ucelenou psychiatrickou rehabilitací

13. Ke komu ze zdravotnického personálu máte největší důvěru? (Vyberte z možných odpovědí pouze 1)

- ošetřující lékař
- psycholog
- zdravotní sestra
- ergoterapeut
- speciální pedagog
- sociální pracovník
- klíčový pracovník

14. Jak hodnotíte přístup ošetřujícího lékaře k Vaší osobě?

- pozitivně
- spíše pozitivně, ale s připomínkou.....
- negativně

**15. Jak hodnotíte přístup psychologa k Vaší osobě?**

- pozitivně
- spíše pozitivně, ale s připomínkou.....
- negativně

**16. Jak hodnotíte přístup zdravotních sester k Vaší osobě?**

- pozitivně
- spíše pozitivně, ale s připomínkou.....
- negativně

**17. Jak hodnotíte přístup ergoterapeuta k Vaší osobě?**

- pozitivně
- spíše pozitivně, ale s připomínkou.....
- negativně

**18. Jak hodnotíte přístup speciálního pedagoga k Vaší osobě?**

- pozitivně
- spíše pozitivně, ale s připomínkou.....
- negativně

**19. Jak hodnotíte přístup sociální pracovníce k Vaší osobě?**

- pozitivně
- spíše pozitivně, ale s připomínkou.....
- negativně

**20. Jak hodnotíte spolupráci s klíčovým pracovníkem?**

- pozitivně
- negativně

**21. Vaše připomínky a náměty na zlepšení k výše uvedeným otázkám:**

**Děkuji Vám za spolupráci.**

*Příloha 7: Souhlas s výzkumným šetřením*

Prim. MUDr. Petr Žižka  
Ředitel PNvD

*Souhlas*  
*3. 11. 2016*



Vážený pane řediteli,

žádám Vás o souhlas k výzkumnému šetření odd. 23 - s novým rehabilitačním programem v rámci mé bakalářské práce s názvem Program ucelené psychiatrické rehabilitace.

Děkuji Kateřina Rupertová



V Dobřanech dne 1.11.2016