

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Hodnocení terapeutického programu v denních stacionářích
pro psychiatrickou klientelu z pohledu klientů**

Bakalářská práce

Jméno vedoucího práce:

Mgr. Kateřina Šulěřová

Jméno autora:

Iveta Urbánková

12.5.2008

Therapeutic program in day care centres for psychiatric clientele evaluated by the clients

The ever-growing number of psychiatric disorders and diseases in the population gradually brought about changes in the system of the care of mental patients. The main characteristic of the changes is the break up of large inpatient medical institutions and transfer of the care to outpatient centres as close to the client's natural environment as possible.

Day care centres comprise some feature of both the types of care mentioned above. Their obvious advantage is the fact that the client is not taken out of his or her natural environment.

The survey presented in the bachelor thesis was focused on subjective evaluations of the therapeutic programs in three chosen facilities of this type. The survey was based on the method of interviewing and the technique of questionnaires. The survey took place in day care facilities in Znojmo, Havlíčkův Brod and Jihlava.

Two hypotheses were stated regarding the clients' satisfaction with therapeutic programs. The first hypothesis stating that the clients viewed the therapeutic programs as beneficial for them, was proved. The second hypothesis, which expressed the view that there was more satisfaction among the patients suffering from neurosis and other non-psychotic disorders than those with psychotic disorders, was not proved.

The conclusions indicate that the clients are satisfied with this form of psychiatric care, and that they evaluate the therapeutic program of day care centres as beneficial. Therefore it seems to be important that the increase in these centres availability and number continues even in the future.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Hodnocení terapeutického programu v denních stacionářích pro psychiatrickou klientelu z pohledu klientů vypracovala samostatně a použila pouze pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v plném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 12.5. 2008

.....

Podpis studenta

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Šulěřové jednak za ochotu a trpělivost při vedení mé bakalářské práce, ale především za poskytnutí užitečných rad, věnovaný čas a příjemnou spolupráci po celou dobu tvorby mé práce. Můj velký dík patří také personálu a klientům denních stacionářů ve Znojmě, Jihlavě a Havlíčkově Brodě, kde probíhal výzkum.

Obsah

Úvod.....	7
1 Současný stav.....	8
1.1 Historický vývoj péče o duševně nemocné.....	8
1.1.1 Starověk.....	8
1.1.2 Středověk.....	9
1.1.3 Renesance.....	10
1.1.4 Novověk.....	11
1.1.4 Vývoj psychiatrické péče na našem území	13
1.2 Péče o duševně nemocné v současnosti.....	14
1.2.1 Organizace psychiatrické péče v ČR.....	14
1.2.2 Koncepce psychiatrie a očekávané trendy v oboru.....	16
1.2.3 Stigmatizace v psychiatrii.....	18
1.2.4 Sociální práce v psychiatrii.....	19
1.2.4.1 Význam sociální práce.....	19
1.2.4.2 Role sociálního pracovníka	19
1.3 Denní stacionáře pro psychiatrické klienty.....	21
1.3.1 Historie a vývoj denních stacionářů.....	21
1.3.2 Význam denních stacionářů.....	22
1.3.3 Rehabilitace v psychiatrii.....	23
1.4.1 Klasifikace MKN -10.....	24
1.4.2 Nejčastější diagnózy v klinické praxi DS.....	25
1.4.3 Specifika klientů s neurotickými poruchami.....	26
1.4.4 Specifika klientů s psychotickými poruchami.....	28
1.5 Nejčastější struktura terapeutického programu v denních stacionářích.....	30
1.5.1 Skupinová psychoterapie.....	30
1.5.1.1 Psychogymnastika, psychodrama.....	33
1.5.1.2 Autogenní trénink.....	34

1.5.2 Arteterapie.....	35
1.5.3 Muzikoterapie.....	37
1.5.4 Pohybová a činnostní terapie.....	38
2 Cíle práce a hypotézy	39
2.1 Cíle práce.....	39
2.2. Hypotézy.....	39
2.2.1 Hypotéza 1.....	39
2.2.2 Hypotéza 2.....	39
3 Metodika.....	40
3.1 Použitá metoda.....	40
3.1.1 Předvýzkum.....	40
3.1.2 Dotazník pro klienty	40
3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	42
4 Výsledky.....	43
4.1 Výsledky dotazníků klientů denních stacionářů.....	43
5 Diskuse.....	62
6 Závěr.....	66
7 Seznam použitých zdrojů:.....	67
8 Klíčová slova.....	71
9 Přílohy.....	72

Úvod

Se stále přibývajícím počtem psychických poruch a onemocnění v populaci se postupně začal proměňovat i systém péče o duševně nemocné. Charakteristickým rysem těchto změn je tzv. deinstitucionalizace ve smyslu přesunu těžiště poskytování psychiatrické péče z velkých nemocnic a léčeben směrem k mimonemocničním formám péče co nejblíže přirozenému prostředí klienta.

I když je Česká republika v porovnání s jinými evropskými státy v oblasti péče o osoby s duševními poruchami méně rozvinuta, dochází i u nás k transformaci psychiatrické péče v souladu se světovými trendy. Snaha o vytvoření komunitní psychiatrické péče je charakterizována rozvojem nových typů zařízení, léčebných postupů a přístupů s cílem přiblížit ji klientům i ostatní společnosti a pomoci tak překonávat bariéru strachu, který vede ke stigmatizaci duševně nemocných i oboru psychiatrie.

Denní stacionář lze zařadit mezi intermediární služby, které pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Výhodou léčby v tomto zařízení je to, že klient není izolován od svého přirozeného sociálního prostředí, rodiny a přátel, protože je mu umožněno po skončení denní náplně ve stacionáři, se s nimi stýkat. Tento fakt spolu s terapeutickým potenciálem komunity vede spolu s dalšími faktory k vysoké efektivitě léčby.

Jako téma mé bakalářské práce jsem si vybrala „Hodnocení terapeutického programu v denních stacionářích pro psychiatrickou klientelu z pohledu klientů“, protože jsem působila půl roku jako stážistka v denním psychiatrickém stacionáři ve Znojmě. Měla jsem možnost poznat a vyzkoušet, jak se pracuje s klienty s neurotickými i psychotickými poruchami. Proto mě zajímalo, jak klienti hodnotí program stacionáře, zda jim tato forma péče vyhovuje a jestli pro ně pobyt zde znamenal nějaký přínos nebo přispěl k řešení jejich obtíží a problémů.

1 Současný stav

1.1 Historický vývoj péče o duševně nemocné

1.1.1 Starověk

Ve starověku nebyli lidé schopni vysvětlit duševní poruchy a vykládali si je jako posedlost zlými duchy. Pro metody šamanů byly hlavními rituály nejrůznější ceremoniály, jako např. obřadní tanec, zpěv kouzelných písní apod.

V Egyptě přináší první zmínky o duševních chorobách Ebersův papyrus z 15. století př.n.l. Kněží prováděli tzv. chrámové léčení, jako terapeutikum byly používány hypnotické postupy, davová sugesce, léčba spánkem.

Ze 7. století př.n.l. pochází zmínky o duševních poruchách z Indie, objevují se i domněnky, že mozek je sídlem duše. Pozoruhodné jsou i popisy duševních chorob ve Starém zákoně, např. David mírnil depresi krále Saula hrou na lyru (Svoboda, 2006).

V antickém Řecku cca 1000 let př.n.l. byly stavěny chrámy boha Asklepie (tzv. asklepiony), v nichž nemocní uléhali k chrámovému spánku. Na pacienty bylo působeno balneologickými, klimatologickými a jinými prostředky.

Hippokrates (cca 460-377 př.n.l.), rozlišoval čtyři základní látky, jejichž poměrem a mísením vznikají čtyři temperamenty. Příčiny duševních chorob kladl do mozku. Vyjadřoval také potřebu léčit celého nemocného, nejenom nemoc. Sokratův žák Platón (asi 428-347 př.n.l.), objevuje v duši tři činitele – rozum, vznětlivost a žádostivost. Zavedl mj. pojem „anoia“. Ta může být dvojího druhu: manie-zuřivost, apatie-tupost.

Z lékařů starého Říma je významný Asklepiades (134-56 př.n.l.), který rozlišoval akutní a chronické duševní poruchy, používal pojmů mania a furor a popisoval jevy blízké halucinacím a bludům. Odmítal v léčbě omezovací prostředky a doporučoval působit na nemocné různými druhy hudby (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Celsus, který působil 100 let po Asklepiadovi (30 př.n.l. – 30 n.l.), znal zaměstnání jako léčebný prostředek. U melancholiků doporučoval hudbu, rozhovor, recitaci,

předčítání, kdežto „vzrušení“ mají cvičit do únavy, cestovat, změnit okolí. Soranus metodicky rozvinul Asclepiadovy postupy a jako první nastínil zásady lůžkového režimu pro duševně nemocné (Skaličková, 1971).

Řecký lékař Galenos (cca 130-200 n.l.) nepovažoval za centrum lidského těla hlavu, nýbrž játra a srdce, mozek pojímal jako centrum duševních chorob. Rozlišoval horečnaté delirium od vlastní psychózy, která podle něj může vzniknout i sekundárně. Vytvořil anatomické názvosloví, které přetrvalo dlouhá staletí.

Nejznámějším představitelem arabské medicíny je Avicenna (980-1037 n.l.), který psal o léčbě duševně nemocných, požíval k ní sugesci, narkotika, koupele, zaměstnávání a další metody. Duševní choroby jsou výrazem poškození mozku a jeho komor (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

1.1.2 Středověk

Evropský středověk znamenal dobu temna, duševní choroby byly demonizovány. Šílenství bylo projevem vtělení d'ábla a posedlostí démony. K charakteristice doby patří čarodějnické procesy a upalování. Ve střední Evropě spadaly zdravotní a sociální záležitosti do kompetence církve. U některých klášterů byly zakládány osady bláznů, kde bylo o nemocné postaráno, ale zároveň jim zůstala i samostatnost (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Středověká města uvrhovala duševně nemocné do klece bláznů nebo se jich zbavovala tím, že je vsadila na tzv. lodě bláznů, které se také říkalo opilý koráb. Přibližně ve stejné době jsou v evropských městech stavěny „věže bláznů“, v nichž bývali nemocní ukazováni normálním smrtelníkům za mírný poplatek jako podivná monstra (Černoušek, 1994).

Přes represivní aktivitu církve vniklo několik zařízení pečujících o duševně choré. K nejstarším patří Moristan – útulek pro duševně nemocné v Cařihradu a azyl v Jeruzalémě. Klášterní azyl v Metách založil v roce 830 biskup Sigibald. Nemocnice pro duševně choré byla založena na počátku 12. století v Kolíně nad Rýnem.

Výuka medicíny byla scholastická, vznikají první evropské univerzity např. v Bologni, Paříži nebo Oxfordu. Nemocní bývají většinou izolováni od okolního světa. Při léčení duševních chorob se kladl důraz na tzv. pouštění žilou, pálení vlasové části lebky horkými železnými tyčemi a podobné techniky (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

1.1.3 Renesance

Koncem 15. a v 16. století se pod vlivem humanismu a renesance mění postoje k duševně nemocným. Paracelsus (1493-1541) byl jedním z prvních odpůrců čarodějnických procesů. Podle něj jedna z nejdůležitějších příčin nemocí tkví ve změně chemické skladby lidského organismu.

Johan Weyer (1515-1588) je považován za otce psychiatrie a prvního psychiatra-klinika. Kladl důraz na vlastní pozorování, zaznamenával vnější projevy chování pacienta, jeho myšlení a řeč.

Felix Plotter (1536-1614) je prvním tvůrcem systematické klasifikace duševních chorob. Vrátil psychiatrii zpět do rukou lékařů, vznik duševních poruch viděl v souvislosti s onemocněním mozku, zejména s mozkovými nádory. Pacienty léčil uspávacími, vodoléčbou, masážemi, tělesnými cvičeními.

Humanistické postoje k duševním chorobám měli Erasmus Rotterdamský, autor Chvály bláznovství a René Descartes, jenž přinesl koncepci reflexu, chápal mozek jako nervové ústředí, což byl významný pokrok v neurofyziologii.

Ale i v této době projevují města snahu očistit se od asociálů, žebráků a vagabundů. Vede to k zakládání nemocnic, vykazování duševně nemocných z města nebo do odlehlých domů (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

1.1.4 Novověk

Psychiatrie jako lékařský obor vzniká v 18. století. Ve Francii existovalo státní zařízení pro duševně nemocné, kam byly umisťováni nemajetní choří. Pokud u nich nedošlo ke zlepšení, byli muži přeloženi do Bicetre a ženy do Salpêtriére, což byla v podstatě forma vězení. Humanizace péče o duševně nemocné je spojována Phillipem Pinelem, který propustil nemocné z výše uvedených zařízení a nahradil tak řetězy pedagogickým režimem. Používal rovněž formy psychodramatu, ale nesledoval tím současné cíle, nýbrž se snažil nemocné jen zaměstnat. Jeho žák Esquirol (1772-1840), rozpracoval terapeutickou nauku, zkoušel mesmerismus, muzikoterapii aj. Oba patří k zakladatelům moderní psychiatrie (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

V roce 1784 vznikla ve Vídni Všeobecná nemocnice sloučením věže bláznů s dalšími zařízeními. V německých zemích byly od roku 1800 zakládány blázince nejčastěji v osiřelých kláštorech a zámcích.

V Anglii založil William Tuke v Yorku ústav Retreat jako model humánní léčby v roce 1795. Nemocní byli léčeni zaměstnáváním, teplými koupelemi a laskavým přístupem.

Po vzniku moderních států v 17. a 18. století nastupuje ekonomika merkantilismu, pokračuje racionalizace a roste význam rozumu. Pro nepotřebné starce jsou zřízeny starobince, pro jedince potřebující péči pečovatelské domy, pro děti sirotčince, pro trestance věznice a pro blázny blázince.

V 18. a 19. století dochází k rozvoji nozologického pojetí duševních chorob a deskriptivního dělení podle symptomatologie a v některých případech podle příčiny (př. progresivní paralýza). Wilhelm Griesinger vytvořil v Německu model psychiatrie jako vědy a zpracoval patologii a terapii duševních nemocí. Mozek se od té doby stává objektem usilovného výzkumu (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

K významným psychiatrům tohoto období patří Emil Kraepelin (1856-1926). Jeho největší zásluhou bylo, že dokázal od sebe odlišit psychózy exogenní ze zevních a známých příčin od psychóz endogenních, vzniklých z příčin dosud neznámých, a že tuto

druhou skupinu rozdělil na maniodepresivní psychózu, jež žádné následky nezanechává, a na nemoc jím nazvanou dementia praecox, jež následky zanechává. Tento termín nahradil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939) pojmem schizofrenie a zavedl i další pojmy, např. organická duševní porucha (Vacek, 1996).

Ernst Kretschmer (1888-1964), je zakladatelem moderní typologie osobnosti. K velkým postavám psychiatrie 19. století patří i Jean Martin Charcot (1825-1893), který se věnoval hlavně hysterii a jejímu vztahu k hypnóze. Učil se u něj i Sigmund Freud (1856-1939), který zdůraznil především roli nevědomí při vzniku psychických chorob a jeho psychoanalytická metoda je převratným přínosem pro psychoterapii.

Kolem roku 1900 uznala většina lékařských fakult psychiatrii jako lékařskou disciplínu a psychiatrie začala být také samostatně přednášena. Od počátku 20. století se psychiatrie vyvíjí dvěma směry: biologická psychiatrie, která se soustřeďuje na duševní nemoci jako na důsledek organického poškození CNS s důrazem na psychofarmakologii, EEG a jiné vyšetřovací metody, aplikace poznatků z biochemie aj.

Druhým směrem je sociální psychiatrie, která se soustředí především na sociální prostředí a psychické faktory, které jsou důležité pro řešení etiologie, rehabilitace a resocializace duševně nemocného.

Snaha o sjednocení klasifikace v psychiatrii vedla Světovou zdravotnickou organizaci k vytvoření Mezinárodní klasifikace nemocí. Aktuálně se používá její desátá revize, známá pod zkratkou MKN-10 (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

1.1.4 Vývoj psychiatrické péče na našem území

První písemná zmínka týkající se péče o duševně nemocné na našem území hovoří o vyhrazení místností pro duševně choré v klášteře sv. Františka v Praze roku 1234 (Svoboda, 2006).

Roku 1783, po vydání tolerančního patentu Josefem II. je tímto panovníkem vydáno rozhodnutí, aby bylo při nemocnici Milosrdných bratří v Praze zřízeno oddělení pro duševně choré. Dále nařizuje, aby duševně choré ženy byly přijímány v nemocnici u Alžbětinek a muži u sv. Bartoloměje. V chorobinci na Karlově bylo vytvořeno samostatné oddělení pro věkem staré duševně nemocné (Skaličková, 1971).

Roku 1790 byl založen první ústav pro duševně nemocné v Praze v prostorách dnešní Všeobecné nemocnice. Další ústav pak byl založen v roce 1822 v budově bývalého kláštera sv. Kateřiny. Roku 1844 byl postaven „Nový dům“, což je budova dnešní psychiatrické kliniky v Praze (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Za prvního českého psychiatra je považován Jan Theobald Held (1770-1851), osvícený racionalista a odpůrce homeopatie. Mezi další významné psychiatry patří Karel Kauffner, autor první české učebnice psychiatrie a zakladatel české psychiatrické školy nebo Benjamin Čumpelík, jeden z přednostů pražského „Nového domu“.

Vývoj psychiatrie na Moravě se nelišil od situace v Čechách. V Brně byli duševně nemocní ukazováni v klecích na náměstích až do roku 1770, přestože již v roce 1458 byl zřízen první azyl pro duševně nemocné ve Znojmě.

Péče o duševně nemocné v moderní době na Moravě se datuje od roku 1748, kdy byla vyhrazena lůžka pro psychiatrické pacienty v nemocnici u Milosrdných bratří na Starém Brně. Samostatné psychiatrické oddělení bylo zřízeno při všeobecné nemocnici u sv. Anny v Brně v roce 1786. Moravský zemský ústav pro choromyslné byl zbudován v Brně-Černovicích roku 1863. Následovaly ústavy v Opavě, Šternberku a další (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

1.2 Péče o duševně nemocné v současnosti

1.2.1 Organizace psychiatrické péče v ČR

Psychiatrie patří mezi základní zdravotnické obory. Zabývá se prevencí, diagnostikou, terapií a rehabilitací osob s duševní poruchou. Nositelem odpovědnosti za úroveň poskytované péče je stát.

Organizace psychiatrické péče je rozvíjena na základě zákona č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu s jeho následnými novelizacemi a zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních (Bašný in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Psychiatrická intervence je poskytována:

- ◆ V zařízeních ambulantní péče
- ◆ V zařízeních intermediární péče – v krizových centrech, denních stacionářích, v zařízeních domácí péče...
- ◆ V zařízeních ústavní péče – v psychiatrických oddělení nemocnic, odborných léčebných ústavech, ošetrovatelských ústavech...
- ◆ Ve zvláštních zdravotnických zařízeních – v protialkoholních záchranných stanicích, protidrogových centrech, rehabilitačních centrech...
- ◆ V zařízeních lázeňské péče

V České republice je většina psychiatrických ambulantních a intermediárních zařízení nestátních. Úroveň organizace psychiatrické péče odpovídá dosažené úrovni transformace zdravotnictví. Privatizace ambulantního systému a vznik nových institucí v síti psychiatrických služeb není dosud doprovázen odpovídajícím legislativním vymezením jejich povinností a kompetencí. Tím je také ohrožena návaznost poskytované péče, přestože instituty, které tuto péči provádějí, existují (Bašný in Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Možnými vodítky pro reformu psychiatrické péče mohou být modely ze zahraničí. Zejména v USA se prosazuje model tzv. řízené péče. Předně se jedná o reformu financování péče s velkým důrazem na to, primárně zjistit, kdo užívá jednotlivé typy péče a stupeň jejich využití. Příkladem může být přehled využívání služeb získaný zdravotními pojišťovnami a sloužící jako kontrolní mechanismus, od něž musí poskytovatel získat svolení k péči o konkrétního klienta. Dalším příkladem může být Organizace pro rozvoj zdraví, která zajišťuje péči a zároveň monitoruje úroveň využití péče ze strany klientů. Směrování k řízené péči je podle zastánců tohoto modelu stejně zásadní jako proces deinstitucionalizace (Dragomirecká, Palčová, Papežová, 2000).

1.2.2 Koncepce psychiatrie a očekávané trendy v oboru

V porovnání s vyspělými evropskými státy je naše péče o osoby s duševními poruchami méně rozvinuta. Preferuje se lůžková péče, nedochází ke zvyšování lůžek v psychiatrických oddělení nemocnic na úkor lůžek v psychiatrických léčebnách, jen pomalu se rozvíjí intermediární péče. Percentuální podíl finančních výdajů na psychiatrii je u nás nižší než v Evropě.

Od r. 2001 je schválena vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví nová Koncepce oboru psychiatrie, která hovoří o transformaci psychiatrické péče.

Z popisu, porovnání a z hodnocení současného stavu psychiatrické péče u nás a při srovnání se světovými trendy vyplývají základní vývojové tendence, které předkládaná koncepce navrhuje. Jedná se zejména o:

1. Další integrování psychiatrie do zdravotnictví
2. Zmenšování a odstranění stigmatizovaného postavení psychiatrie a psychiatrických klientů ve zdravotnictví a ve společnosti
3. Humanizace a zlepšení materiálních podmínek v psychiatrických léčebnách
4. Rozvoj lůžkových psychiatrických oddělení v nemocnicích
5. Rozvoj tzv. intermediární péče (denní stacionáře, chráněné bydlení, domácí péče, svépomocné organizace)
6. Posílení role klientů i jejich rodinných příslušníků a jejich podílu na rozhodování o poskytované péči, podpora svépomocných aktivit
7. Respektování osobní důstojnosti a práv duševně nemocných
8. Důraz na spolupráci všech odborníků, kteří se podílejí na péči o osoby s duševními poruchami a spolupráci mezi jednotlivými psychiatrickými zařízeními s cílem dosáhnout kontinuity péče

9. Spolupráce se sektorem sociální péče a další mezioborová spolupráce

10. výzkum účinnosti jednotlivých léčebných postupů a etiologických faktorů, které ovlivňují vznik a průběh duševních poruch

11. sledování ekonomických ukazatelů a jejich vývoj (Koncepce psychiatrie, 2007).

Cílem péče o osoby s duševními poruchami je, co nejvíce podpořit schopnosti klienta a jeho přirozené zázemí tak, aby byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách. (Koncepce psychiatrie, 2007).

Vývoj psychiatrické péče směřuje od čistě stacionární, přes rozvoj ambulantních mimonemocničních zařízení, jako jsou denní stacionáře, tréninková pracovní centra, chráněné dílny a bydlení, socioterapeutické kluby, krizová centra, linky důvěry a psychosociální poradny, k psychiatrii integrativní či komunitní s cílem přiblížit ji klientům i ostatní společnosti a pomoci tak překonávat bariéru strachu z tohoto oboru (Bouček, 2002).

1.2.3 Stigmatizace v psychiatrii

Stigma duševní nemoci je označení pro ty vlastnosti, které nápadně odlišují psychiatrické pacienty od ostatních lidí. Je založeno na stereotypu duševně nemocného a jeho zdrojem jsou obavy lidí z duševní nemoci. Stigma vede k izolaci a diskriminaci duševně nemocných. Vytváří pokřivený obraz psychiatrických pacientů i duševní nemoci a snižuje naději na jejich rehabilitaci.

Označkování je jen jiné slovo pro stigmatizaci. Spočívá v tom, že projevy individuálního nemocného jsou nadále vnímány a vykládány jen v souladu se stereotypem – cejchem. To vede k diskriminaci, která posiluje pacientovo odchylné chování a prožívání. To se prohlubuje již ne na základě nemoci, ale v důsledku utrpěné sociální újmy.

Nadřazení skupinových vlastností nad vlastnostmi individuálními a nedostatečná znalost vedou k diskriminaci duševně nemocných. Jejím důsledkem jsou potíže duševně nemocných se získáním a udržením zaměstnání a problémy s bydlením nebo jen s nalezením přístřeší. Diskriminace se ale projevuje i podceněním prostředků a zdrojů nezbytných k přechodu na takový druh péče, která zamezí jejich dlouhodobé izolaci a posílení stigmatu (Libiger, 2001).

Samotné značkování může působit jako jeden z udržovacích faktorů poruchy. Bohužel se značkování pacientů nevyhnou ani odborníci. Jsou podobně jako pacient a jeho rodina částečně závislí na stereotypu duševně nemocného v populaci. Někdy příbuzní odrazují svého člena od léčby na psychiatrii kvůli strachu ze stigmatizace. Často se obávají toho, že „cejch“ dostane celá rodina. Značkování klienta může vést buď k nadhodnocení, nebo podhodnocení potíží a nepřiměřené léčbě.

Cílem destigmatizace je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankciován, aby se změnil postoj zaměstnavatele, rodiny, přátel, ale i zdravotníků. Z tohoto důvodu může k destigmatizaci přispět i to, že klient není dlouhodobě hospitalizován, ale využívá ambulantních služeb nebo dochází do denního stacionáře (Praško, 2001).

1.2.4 Sociální práce v psychiatrii

1.2.4.1 Význam sociální práce

Sociální práce má v České republice dlouhodobou tradici a v oboru psychiatrie má kromě svých tradičních úloh stále větší význam v oblasti rozvoje socioterapie. Dřívější koncepci sociální práce dominovalo zjišťování a zajišťování nárokových finančních požitků pacientů, spolu s jejich vynakládáním podle jednotlivých potřeb a závazků. Další převažující náplní bylo zprostředkování umístění v ústavních zařízeních apod. Současná koncepce sociální práce klade důraz na poskytování služeb klientům, které by jim umožnily žít integrovaně v širší společnosti (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Tomu odpovídá i nový systém vzdělávání. Profesi sociálního pracovníka lze získat na vyšší odborné škole, bakalářském univerzitním studiu, magisterském univerzitním studiu a absolvováním jiných akreditovaných vzdělávacích kurzů (z.č.108/2006 Sb.).

1.2.4.2 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům, jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění (Etický kodex sociálních pracovníků v ČR, 2007).

Sociální pracovník plní svojí činností v různém rozsahu řadu zadání, ve kterých přechází do role socioterapeuta. Jako poskytovatel a zprostředkovatel služeb učí klienty orientaci v sociálním prostředí, nacvičuje s nimi úkony umožňující jim kontakt s úřady a formální vyřizování úředních záležitostí, které souvisejí se životem v běžné společnosti. Pomáhá modifikovat chování klientů tak, aby byli schopni adaptovat se na společenské normy dané komunitou. Zároveň pracuje s komunitou tak, aby byla schopna

akceptovat přiměřené potřeby klienta, který přichází do jejího prostředí. Stává se tak koordinátorem poskytovaných zdravotních a sociálních služeb daného jednotlivce ve prospěch všech zúčastněných stran (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

Sociální pracovník patří v oboru psychiatrie k nezastupitelné části terapeutického týmu. Hlavním cílem sociální práce je v souladu s deklarovanou sociální politikou státu přesun od institucionální péče ke službám poskytovaným v domácím prostředí. Sociální práce se metodicky zaměřuje na služby přizpůsobené individuálním potřebám klientů. Rozsah těchto služeb je limitován ekonomickými možnostmi státu a prioritami stanovenými sociální politikou (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

1.3 Denní stacionáře pro psychiatrické klienty

1.3.1 Historie a vývoj denních stacionářů

Denní stacionáře jsou v péči o pacienty s duševním onemocněním používány více než půl století. V roce 1932 byla v Moskvě otevřena kvůli nedostatku financí psychiatrická nemocnice bez lůžek. Adamsův dům v Bostonu byl zřízen v roce 1935 a Lady Chichester Hospital ve Velké Británii v roce 1938. Služby poskytované v těchto zařízeních se velmi lišily a postupně se diferencovaly. Biere založil v Londýně v roce 1946 tradici psychosociální péče ve formě psychoterapeutické komunity nezávislé na nemocniční bázi. Naopak Cameron razil termín denní nemocnice, která by doplňovala a rozšiřovala klasickou ústavní péči (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Intermediární péče a tedy i denní stacionáře jako jedna z jejích forem, počala u nás vznikat prakticky až v r.1981. Od té doby se postupně pomalu rozvíjí stejně jako spolupráce s nezdravotnickými institucemi. (Koncepce psychiatrie, 2007).

K rozsáhlejšímu rozvoji mimonemocniční psychiatrické péče v oblasti doléčování a rehabilitace, především psychotických pacientů, dochází po roce 1989. Od roku 1996 je registrováno občanské sdružení Asociace Denních stacionářů (Bouček, 2002).

V současné době je dle evidence v České republice 22 denních stacionářů v resortu zdravotnictví. Asi polovina z nich je součástí lůžkových zařízení, u druhé poloviny jde o zařízení samostatná. Tato zařízení však vznikala převážně do roku 1999, po roce 2000 téměř žádná nová nevznikají (Peč, 2006).

Denní stacionáře stojí na rozhraní mezi ambulantní léčbou a celkovou hospitalizací. V současné době mohou fungovat jako alternativa akutní ústavní péče v rámci nemocničních psychiatrických oddělení nebo externí forma ústavní péče, dále jako intenzivnější varianta ambulantní péče nebo jako dlouhodobá rehabilitace pacientů s chronickou závažnou duševní chorobou (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Denní stacionář může být součástí jiného zdravotnického zařízení, lůžkového psychiatrického oddělení, léčebny, psychiatrické ambulance nebo kombinován se

zařízením krizové intervence a ambulancí klinického psychologa (Koncepce psychiatrie, 2007).

1.3.2 Význam denních stacionářů

Denní stacionáře jsou jednou z nejpokrokovějších metod, kterou současná psychiatrická péče nabízí. Jsou schopny realizovat v praxi požadavky komunální péče a tím ještě více posílit možnosti pacienta. Myšlenka této metody vychází z jednoduchých poznatků - proč mají být klienti, kteří nepotřebují tělesné ošetřování a jejichž duševní stav není natolik vážný, dlouhodobě hospitalizováni v nemocničním zařízení...? (Eikelman, 1999).

Negativní vliv nemocničního prostředí a režimu na nemocného je pak označován jako hospitalismus. Může vést k tomu, že postižený si pak připadá ve vlastní rodině jako cizinec, což vede k opětovné vyhledání pomoci a rehospitalizaci. Začíná se uplatňovat to, co sociologové nazývají termínem „syndrom otáčivých dveří“ (Styx, 2003).

Obrovskou výhodou léčby v těchto zařízeních je tedy to, že pacient není odpoután od své rodiny, přátel i jiných blízkých lidí ze svého přirozeného sociálního prostředí, protože se s nimi po skončení denní náplně ve stacionáři může stýkat (Eikelman, 1999).

Další výhodou denního pobytu pacienta ve stacionáři je i odlehčení atmosféry v domácnosti a oddychnutí si jejich členů. Jedno z dalších pozitiv je terapeutický potenciál komunity, kdy dochází k společnému sdílení podobných problémů a tím posilování vědomí pacienta, že se svými problémy není osamocen. Tyto a další faktory vedou k vysoké efektivitě léčby, která je takto hodnocena jak lékaři, tak samotnými klienty a jejich rodinami. Pro léčbu v denním stacionáři jsou vhodné prakticky všechny typy onemocnění. Výjimku tvoří pacienti s akutními schizofrenickými a manickými psychózami, těžkými depresemi se sklonem k suicidalitě nebo závažně tělesně postižení (Eikelman, 1999).

Základním prvkem péče v denních stacionářích je psychoterapeutický program, který je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací podle povahy onemocnění. Program realizuje tým sestavený z lékařů nebo klinických psychologů a zdravotních sester. Program může mít formu denní, kdy trvá alespoň šest hodin v jednom dni nebo frakcionovanou, což je jednou či vícekrát týdně tři hodiny v jednom dni nebo čtyři hodiny v jednom týdnu (Peč, 2006).

1.3.3 Rehabilitace v psychiatrii

Psychiatrická rehabilitace je důležitou součástí současné komplexní péče o pacienty s duševním onemocněním. V úzkém sepětí zejména s psychoterapií a socioterapií přispívá u pacientů k obnovení schopností, které byly onemocněním sníženy a tím jim ztížily, ba dokonce znemožnily, se plnohodnotně zapojit do reálného života ve společnosti. Je to metoda, jejíž hlavní cílovou skupinou jsou osoby s těžkou duševní poruchou (jako je např. schizofrenie). Zahrnuje všechny pochody a opatření, které sledují cíl znovuzařazení klienta postiženého duševní poruchou do běžné společnosti a tím zlepšení celkové kvality jeho života.

Psychiatrickou rehabilitaci lze rozdělit do několika okruhů. Patří sem fyzikální léčba, pracovní a činnostní léčba, léčba sportem a pohybem, umělecko-kreativní léčba a terapie zábavná a rekreační (Bouček, 2004).

Jako příklad organizace poskytující psychiatrickou rehabilitaci je občanské sdružení Fokus. Toto sdružení pro péči o duševně nemocné je střešní organizací devíti Fokusů působících v České republice. Fokusy byly první organizace na poli péče o duševní zdraví. Dohromady tvoří silnou, úzce spolupracující skupinu, která usiluje především o kvalitu služeb pro duševně nemocné a jejich další rozšíření.

Cílem Fokusu je pomoci lidem s duševním onemocněním žít plnohodnotný život ve společnosti. Za tímto účelem Fokus rozvíjí širokou škálu služeb sociální a pracovní rehabilitace, které směřují k obnově sebedůvěry a praktických životních dovedností duševně nemocných (Hlavinka, 2005).

1.4 Klienti denních stacionářů

1.4.1 Klasifikace MKN -10

Do skupiny osob s duševním onemocněním lze zařadit ty, jejichž potíže mohou být kódovány prostřednictvím diagnostických kritérií MKN. Světová zdravotnická organizace jako garant Mezinárodní klasifikace nemocí vydala v roce 1992 MKN-10, která dle rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví ČR vstoupila u nás v platnost v roce 1993. Psychiatrii je věnována V. kapitola a je označena písmenem F. Obsahuje asi 1000 kategorií rozdělených do deseti následujících sekcí:

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

F30-F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

F50-F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace (duševní opoždění)

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

F99- Nespecifikovaná duševní porucha (Zvolský a kol., 2003a).

1.4.2 Nejčastější diagnózy v klinické praxi DS

V ČR jsou tradičně denní stacionáře zřizovány pro poskytování psychoterapie klientům s neurotickými obtížemi a pro rehabilitaci dlouhodobě psychicky nemocných, tj. především klientům s psychotickými obtížemi (Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Do kategorie neurotických poruch patří:

- F40 Fobické úzkostné poruchy (př. agorafobie, sociální fobie, specifické fobie)
- F41 Jiné úzkostné poruchy (př. panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha)
- F42 Obsedantně kompulzivní porucha
- F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
- F44 Dissociativní (konverzní) poruchy (př. dissociativní fuga, stupor, amnézie)
- F45 Somatoformní poruchy (př. somatizační porucha, hypochondrická porucha)
- F48 Jiné neurotické poruchy (př. neurastenie)

Do kategorie psychotických poruch patří:

- F20 Schizofrenie (př. paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní)
- F21 Schizotypní porucha
- F22 Trvalé duševní poruchy s bludy
- F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy
- F24 Indukovaná porucha s bludy
- F25 Schizoafektivní poruchy (př. manický, depresivní, smíšený typ)
- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy
- F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza (Höschl, Libiger, Švestka, 2002).

1.4.3 Specifika klientů s neurotickými poruchami

Neurotická porucha je diagnostikována tehdy, když klient trpí tělesnými nebo duševními obtížemi, pro které při lékařském vyšetření nebyl zjištěn organický podklad, tzn. prokazatelné poškození příslušných tělesných orgánů nebo mozku. Své potíže si uvědomuje a stěžuje si na ně. Potíže mají někdy nezřetelnou, jindy ne zcela jasnou nebo ne zcela uvědomovanou souvislost s duševními stavy a problémy ve vztazích v rodině, v práci a vůbec s lidmi. Pramení ze závažných konfliktů vnitřních nebo vnějších, někdy velmi silných, jindy spíše dlouhodobých, které často souvisejí i s vývojem, postoji a osobními vlastnostmi jedince (Kratochvíl, 2006).

Jedním z kritérií, které používáme při označování člověka za neurotického je to, zda je jeho způsob života v souladu s uznávanými vzorci chování naší doby. Existují neurotické osoby, které mají společné typické znaky, ale také to, že tyto základní shody jsou vytvářeny problémy existujícími v naší době a kultuře, takže se dá předpokládat vztah mezi kulturou a neurózou (Horney, 2007).

K tělesným potížím, které mohou být neurotického původu, patří např. bolesti hlavy, závratě, palpitace, nechutenství, zvracení, třes rukou, nadměrné pocení, bolesti v nejrůznějších částech těla a mnoho dalších.

K neurotickým potížím duševního rázu patří např. stavy napětí a podrážděnosti, pocity nepřiměřené únavy a vyčerpanosti, deprese s převládáním myšlenek, že nic nemá cenu, nikdo a nic není dobré... (Kratochvíl, 2006).

Specifickým příznakem je úzkost a strach, které mají v běžném životě pro organismus adaptivní funkci. Problém začíná tam, kde se úzkost a strach objevují příliš často, trvají příliš dlouho a intenzita je vzhledem k situaci, která je spustila příliš velká nebo když se objevují v nepřiměřených situacích. V těchto případech obyčejně negativně zasahují do života jedince.

Pokud se úzkost objeví náhle a bez zjevné příčiny, mluvíme o spontánní úzkosti, respektive o spontánním záchvatu paniky. Jestli se ale týká konkrétních situací (tady se jedná o strach), kterých se lidé běžně nebojí, jde o fobii. Pokud se rozvine při očekávání

ohrožující situace, jedná se o anticipační úzkost (Češková in Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Ne vždy se setkáváme s neurózou zcela „čistou“. Například organické potíže se mohou s neurotickými obtížemi kombinovat, jako v případě různých bolestí zad, které souvisejí s věkovými změnami na páteři. U neurotiků jsou i při malém objektivním nálezů tyto potíže pocíťovány neúměrně silně oproti většině jiných lidí s naprosto stejnými potížemi. Podobně v přechodu mívají ženy určité potíže způsobené hormonálními změnami, jako např. návaly horka. U žen se sklonem k neuróze se však objevuje řada dalších potíží, které už nejsou hormonální nerovnováhou plně vysvětlitelné. Mluvíme pak o tzv. neurotické nadstavbě. Nad somatickým onemocněním, které tvoří základnu, vyrůstají další potíže způsobené psychickými vlivy, zejména napětím a nespokojeností (Kratochvíl, 2006).

Léčba může být zaměřena na příznaky nebo na příčiny. Příčinné léčení se nezaměřuje na potíže, ale na to, z čeho tyto potíže vyplývají nebo čím se mohou udržovat. Neurózy vyplývají nejčastěji z konfliktů a porušených vztahů neurotika k lidem. A protože se na vytváření těchto vztahů nepodílí jenom okolí, ale zpravidla i neurotik sám, zaměřuje se léčení i na dosažení potřebných změn v jeho chování a osobnosti (Kratochvíl, 2006).

U úzkostných poruch nebývá tolik problémem stigmatizace okolím, jako strach pacienta z ní. Ten mu často brání vyhledat adekvátní psychiatrickou pomoc. Psychickou stránku problémů často potlačuje nebo popírá a snaží se najít somatické vysvětlení pro své potíže a vyhledává hlavně somatické odborníky (Praško, 2005).

V léčbě neuróz se používá ambulantní i ústavní formy léčby. Převažuje však ambulantní, ve které se využívá formy denního stacionáře. Z psychotherapeutických forem je vhodná skupinová i individuální psychoterapie, komunitní systém, manželská a rodinná terapie. Vhodné je i použití prvků socioterapie (Zvolský a kol., 2003b).

1.4.4 Specifika klientů s psychotickými poruchami

Psychóza je slovo řeckého původu a znamená duševní nemoc, která zásadně mění způsob, jak člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a svět, v němž s nimi žije. Společný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Nemocný se v něm uzavírá, odtrhává se od ostatních lidí a jejich realita se mu stává cizí. Lidé v jeho nejbližším okolí tuto změnu samozřejmě také prožívají, protože jejich blízký se chová podivně, jeho projevy v nich vzbuzují pocity ohrožení, provinění nebo zmatku a podle toho se k němu chovají.

Tento obraz psychózy je víceméně společný řadě nemocí. V medicínském smyslu se jedná o několik skupin onemocnění. Pro účely této práce se zaměříme na tzv. funkční psychózy, k nimž patří psychózy schizofrenního a maniodepresivního okruhu. Funkční psychózy nedoprovází žádné zjiztitelné a typické poškození nebo ovlivnění mozkové tkáně (Kalina, 2001).

U schizofrenie vzniká hluboké narušení vztahu k realitě, obvykle na počátku provázené úzkostí, zmatkem, vztahovačností a pocity neskutečnosti. Nemocný se stahuje do svého fantazijního světa, kde je on sám někým jiným, vytváří si bludné představy o vlivech či osobách, které na něj působí. Myšlení a jednání je roztržité a řídí se vnitřní fantazijní logikou. Celá jeho osobnost ztrácí své uspořádání a souvislost s okolím.

Všechny tyto jevy mohou postupně odeznít, ale jejich zbytky často přetrvávají a někdy i dlouhodobě ochuzují život nemocného a komplikují jeho mezilidské vztahy. Schizofrenie může začínat postupně nebo náhle, má různý průběh a varianty co se týče obsahu, závažnosti a výskytu recidiv, záleží také na osobnosti nemocného a životních situacích. Schizofrenní okruh zahrnuje řadu forem této psychózy.

Při mánii a depresi se nemocný odděluje od reality především tím, že propadá určitému citovému vyladění, které je tak extrémní, mocné a nepřiměřené, že se vymyká pochopení a sdílení ostatních lidí. Obraz depresivní psychózy je charakteristický hlubokým smutkem, sebeobviňováním a do nitra obrácenou agresí. Nemocný může mít

i bludné fantazie o velké vině, které se dopustil či o zhoubné nemoci ve svém těle. Při mánií naopak zvýšeně vyhledává kontakty s lidmi, utrácí peníze, roztržitěná logika jeho myšlení je napojena na velikášské fantazie. U některých pacientů se manické a depresivní fáze střídají s větší či menší pravidelností, deprese je však častější, leckdy zcela převládá (Kalina, 2001).

U schizofrenie je z hlediska terapie vhodné rozlišovat pozitivní (psychotické) příznaky, které jsou nejčastější příčinou hospitalizace a kam řadíme halucinace (poruchy vnímání), bludy a dezorganizaci (poruchy myšlení) s konsekvencemi v jednání nemocného. Dále negativní příznaky, které představují ochuzení psychiky, nejvýrazněji v emotivitě a volní složce. Zahrnují apatii, ztrátu motivace, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení. Posledním příznakem je kognitivní dysfunkce, která je považována za jádrový příznak přítomný před manifestací psychózy a za hlavní příčinu sociální maladaptace po odeznění pozitivních příznaků. U schizofrenie bývá nejvíce postižena paměť a pozornost (Češková in Svoboda, Češková, Kučerová 2006).

Více než třetina psychotických klientů má naději na vyléčení úplné, nebo s určitým handicapem. Moderní psychiatrické terapie, komplexní léčení neuroleptiky, psychoterapií a socioterapií, zvýšily tyto naděje i možnosti překonávat nepříznivé vlivy nemoci (Kalina, 2001).

Z psychoterapeutických forem se užívá kombinace individuálních a skupinových postupů nejlépe za vedení stálého terapeuta. Ze skupinových technik jsou výhodné neverbální techniky jako muzikoterapie, arteterapie, psychogymnastika a podobně. Ve skupinové práci jsou vhodné tématické skupiny.

Psychoterapie psychóz je dlouhodobá záležitost a na ni by měla navazovat sociální a pracovní rehabilitace. Výhodné je vést klienty v léčebných komunitách v denních stacionářích. V době remise je vhodná rodinná terapie (Zvolský a kol., 2003b).

1.5 Nejčastější struktura terapeutického programu v denních stacionářích

1.5.1 Skupinová psychoterapie

Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy a tělesné procesy tím, že navozuje žádoucí změny, a tak podporuje úzdravu nebo znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Psychoterapie je především léčbou, ale i profylaxí a rehabilitací poruch zdraví. Uskutečňuje se výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy (Vymětal, 2003).

Skupinová psychoterapie je postup, který využívá k léčebným účelům skupinovou dynamiku, tj. vztahy a interakce jak mezi členy a terapeutem, tak mezi členy navzájem. K cílům terapeutických skupin u různých druhů onemocnění patří: dosáhnoutí vzhledu do problematiky jedinců a pomoci jim pochopit a změnit nesprávné postoje, zprostředkovat poznatky o zákonitostech interpersonálních a skupinových procesů jako podklad k efektivnějšímu jednání s lidmi, podpořit zrání osobnosti, odstranit chorobné příznaky, ať přímým nácvikem a přecvičováním nebo přímo vyřešením intrapsychických konfliktů, které je vyvolaly nebo udržovaly (Kratochvíl, 2005).

Hodnocení efektu psychoterapie je velmi obtížné. Účinek léčby lze posuzovat z hlediska subjektivního pocitu klienta, názoru terapeuta i ostatních osob, které klienta dobře znají. Stejně tak je problematické srovnávat efektivitu různých psychoterapeutických směrů. Výsledkem mnoha srovnávacích studií bylo zjištěno, že se účinnost různých druhů psychoterapie téměř neliší. O účinku psychoterapie může ve větší míře rozhodovat zájem, porozumění a podpora, kterou terapeut poskytuje klientovi, než použití specifické techniky této práce (Vágnerová, 2002).

Normy skupiny představují soubor nepsaných pravidel, která se v nové skupině vytváří poměrně brzy. Skupina vyvíjí nátlak na členy, aby se normám podřídili. Jedinec, který odmítá přijmout skupinové normy, se dostává do pozice skupinového devianta. K terapeutickým normám patří projevoování emocí, svěřování se s problémy, přijímání a

tolerování druhých, aktivita ve skupinové diskusi, poskytování zpětné vazby apod. Rovněž důležité je dodržovat v rámci skupiny určité zásady, se kterými je žádoucí skupinu na začátku seznámit. Jedná se zejména o zásadu otevřenosti a upřímnosti, zodpovědnosti v jednání a dodržování důvěrnosti.

Základní role ve skupině vychází z morenovské sociometrie, jedná se o roli vůdce, hvězdy, experta, pasivního člena a člena na okraji skupiny (černé ovce). Koheze, neboli soudržnost souvisí s přitažlivostí skupiny pro její členy. Je nutnou podmínkou účinnosti skupinové terapie (Kratochvíl, 2005).

Skupiny mohou být uzavřené, kdy se jejich složení nemění, léčení začínají klienti všichni společně najednou a společně také léčbu končí. Všichni současně prodělávají určitá stadia vývoje skupiny od orientace a závislosti přes konflikty a protest až po vývoj koheze a kooperace k cílevědomé činnosti. U otevřených skupin se složení mění, klienti zůstávají ve skupině určitou dobu, když odcházejí, nastupují na jejich místo noví klienti, kteří automaticky přejímají normy a pravidla, napodobují chování starších a již zkušenějších skupinových členů (Kratochvíl, 2006).

Účinné faktory skupinové psychoterapie jsou skutečnosti a terapeutem navozené děje, které vyvolávají a způsobují žádoucí změny v duševním životě, jednání, v tělesných funkcích nebo sociálních vztazích klienta.

Mezi účinné faktory řadíme zejména: členství ve skupině, emoční podporu, pomáhání druhým, sebeexploraci a sebeprojevení, odreagování, zpětnou vazbu a konfrontaci, získání náhledu, korektivní emoční zkušenost, zkoušení a nácvik nového chování a získání nových informací a sociálních dovedností (Vymětal, 2003).

Optimální počet členů terapeutické skupiny záleží na frekvenci a trvání skupinových schůzek. Ideální je, aby uzavřená skupina měla 7 – 8 členů. Při plánování velikosti skupiny je třeba zajisti, aby počet členů umožňoval dostatečný počet vzájemných interakcí.

Frekvence trvání terapeutického sezení je v ambulantních skupinách jednou až dvakrát týdně, na denních či docházkových klinikách či denních sanatoriích a při stacionární léčbě třikrát až pětkrát týdně. Obvykle trvá sezení kolem devadesáti minut.

Role terapeuta se mohou v různých formách skupinové terapie lišit. Mezi základní patří role aktivního vůdce, analytika, komentátora, moderátora a experta a role autentické osoby (Kratochvíl, 2005).

Důležitá je kompatibilita klientů v terapeutické skupině. Nežádoucí je kombinace neuróz a psychóz. Do skupinové psychoterapie zaměřené na léčení neurotických poruch lze zařadit všechny druhy neuróz bez ohledu na symptomatiku. Obtíže se zařazováním do skupiny mohou být u osob, kterým některé příznaky, jako např. úzkost, koktavost nebo obsese ztěžují kontakt se skupinou, nebo osob trpících poruchou osobnosti. Zvláštní opatrnost je potřebná u depresí. U skupiny pro neurotiky se považuje za nejvhodnější, je-li smíšená co se týče pohlaví, věku, společenského postavení i symptomatiky.

Terapeutická skupina u psychóz je orientována jinak než skupina pro neurózy a včlenění psychotika do dynamicky pracující neurotické skupiny by mohlo vést k jeho dekompenzaci a současně brzdění skupinového procesu. Skupinová psychoterapie psychóz pracuje s podstatně menším stresem a větší podporou a je orientována více na resocializaci a navazování kladných vztahů (Kratochvíl, 2005).

1.5.1.1 Psychogymnastika, psychodrama

Psychogymnastika je pomocná psychoterapeutická metoda, při které se členové skupiny projevují a komunikují převážně neverbálně. Je to rekonstrukční metoda psychoterapie, jejímž cílem jsou poznání a změna osobnosti klienta.

Psychogymnastické cvičení se dělí na část průpravnou, která má tři funkce, a to funkci gymnastickou, funkci sloužící k uvolnění a rozproudění a funkci výrazovou.

Druhá část je pantomimická, kdy terapeut zadává témata, která mají klienti pohybově vyjádřit s použitím gymnastických prvků a pantomimy, ale beze slov. Po přehrání tématu shrnují své pocity nejprve přihlížející a posléze samotní aktéři. Často se objevují témata z oblastí různých životních situací (př. na fotbale, příprava na dovolenou), z oblasti specifické problematiky klientů (př. můj život bez neurózy) nebo z oblasti obecně lidských konfliktů (př. zakázané ovoce, konflikt s nadřazeným).

Poslední část je závěrečná, která má navodit pocit uvolnění a optimismu, vědomí vlastní síly i sounáležitosti s ostatními (Kratochvíl, 2005).

Psychodrama je dramatická improvizace zaměřená k terapeutickým účelům, kdy klient dramaturguje svoje zážitky, přání, postoje a fantazii. Zakladatelem je J. L. Moreno. Podle něj používá psychodrama pět základních prostředků: jeviště, pacienta jako protagonistu představujícího na jevišti především sebe sama, režiséra-terapeuta, pomocné herce a publikum. Mezi nejznámější techniky psychodramatu patří především hraní rolí, monolog, alter ego, výměna rolí a zrcadlo (Valenta, 2001).

Psychogymnastika i psychodrama jsou dobře indikovány pro klienty s nepsychotickou problematikou, jako jsou fobické a jiné úzkostné poruchy. Psychodrama je možné rozšířit i na jiné diagnostické kategorie, lze ho použít u dětí i dospělých s přihlédnutím na specifiku toho kterého věku (Vymětal a kol., 2007).

1.5.1.2 Autogenní trénink

Autogenní trénink je jedna z hlavních relaxačních léčebných metod, které patří do obsáhlé oblasti psychoterapie. Jako u většiny ostatních relaxačních metod, je i v autogenním tréninku vedle relaxace (uvolnění) druhou základní složkou koncentrace (soustředění). Autor metody, německý lékař J. H. Schultz jej také takto označil – jako koncentrativní sebeuvolnění. Jde tedy o stav vnitřního duševního soustředění při maximálním tělesném uvolnění. Žádoucích účinků v tělesné i duševní oblasti se zde dosahuje cestou autosugesce (sebeovlivnění pomocí myšlenek a představ). Relaxovaný stav a vnitřní pohroužení stupňují její účinek (Vojáček, 1988).

Nácvik má šest cvičení: pocit tíhy a tepla v končetinách, klidný tep srdce, teplo v břiše a chlad na čele. Nejprve se autogenní trénink provádí pod vedením psychoterapeuta, později se doporučuje provádět cvičení třikrát denně, nejlépe ráno a večer. Jedno cvičení trvá 3-5 minut. Má se skončit, i když se pocity neobjevily.

Nácviku každého jednotlivého pocitu jsou věnovány 1-2 týdny. Na to pak navazují zvlášť zvolené formulky, určené k přímému autosugestivnímu ovlivnění klientových potíží nebo k podporování žádoucích vlastností a žádoucího způsobu chování, například formulka typu: „Dovedu klidně mluvit před lidmi“. (Kratochvíl, 2006). Jedná se o tzv. třetí stupeň, protože zatímco předešlé dva stupně jednaly o ovlivňování tělesné stránky, tj. pocity tíhy a tepla, tento vyšší stupeň je především o ovlivnění oblasti psychické. Může se jednat i o různé vizualizace a vyvolání imaginativních představ na různá témata. Tento vyšší stupeň se nedoporučuje provádět u psychotických klientů (Vojáček, 1988).

Podmínkou úspěchu cvičení je pravidelný trénink a vytrvalost. Po zvládnutí nácviku autogenního tréninku ho klient provádí dle své potřeby tak často, jak uzná za vhodné. Autogenní trénink se může stát účinnou metodou (u klientů, kterým se podaří jeho správný nácvik) k dosažení rychlého uvolnění, k zintenzivnění odpočinku, snižování citlivosti k bolesti, odstraňování nepříjemných tělesných příznaků i k dosažení žádoucích vlastností (Kratochvíl, 2006).

1.5.2 Arteterapie

Arteterapie v širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. Arteterapie receptivní je vnímání uměleckého díla vybraného s určitým záměrem arteterapeutem. Arteterapie produktivní znamená použití konkrétních tvůrčích činností (kresby, malby, modelování) u jednotlivce či skupiny (Šicková- Fabrici, 2002).

Pro speciální skupinová sezení, která využívají výtvarných prostředků a aktivit k projevení problematiky členů skupiny se používá termín projektivní arteterapie nebo také projektivní kreslení, kde není důležitá umělecká hodnota výtvoru. Při projektivní arteterapii jde zejména o to poskytnout klientům pomocné prostředky, aby mohli snáze projevit svoji problematiku.

Arteterapeutické sezení trvá obvykle devadesát minut. Rozděluje se na část kresebnou, která trvá zpravidla 15 až 30 minut. Členové skupiny se snaží kresebně vyjádřit zadané téma. Následuje část diskusní, kdy skupina dále pracuje s již hotovými pracemi členů skupiny různými způsoby, například se kresby vystaví najednou, terapeut mlčí a členové skupiny si začínají všimnout podobností a rozdílů v obsahu kreseb. Další možností je, že jsou kresby probírány jednotlivě po sobě zpravidla bez uvedení autora, který se ke své kresbě vyjadřuje až nakonec.

Způsob práce s materiálem v sobě zahrnuje několik faktorů, které ovlivňují diskusi ke kresbám ve skupině. V kresbě lze jednak hledat to, co tam jedinec skutečně zachytil chtěl, dále to, co v ní vidí ostatní členové a co do ní promítají ze svých poznatků o klientovi mimo kresbu a co do ní promítají sami ze sebe (Kratochvíl, 2005).

Arteterapie s klienty s duševními poruchami si klade za cíl pomoci těmto lidem prostřednictvím umělecké tvorby reflektovat své problémy. Klienti například často neumějí vysvětlit svůj vlastní hněv, ale když jej namalují, jsou schopni jej komentovat. Arteterapie slouží ke zmapování problémů klienta, k lepšímu pochopení jeho situace, k nápravě a ke konkrétnímu řešení (Šicková- Fabrici, 2002).

Témata pro skupinovou arteterapii mohou zachycovat nejrůznější oblasti života jedince i oblast vztahů ve skupině. Jedná se například o oblasti rodinných vztahů (např. vzpomínky z dětství, dědictví), vlastní minulost, přítomnost a budoucnost, vztahy ve skupině a práce ve dvojicích (např. dialog, první dojmy), sebepercepce (např. autoportrét), obecná témata (např. ostrov, roční období, osobní zážitky) a spousta dalších (Liebmann, 2004).

Arteterapie umožňuje práci s různými typy klientů: s psychickými poruchami, se somatickým onemocněním, s autistickými rysy, se seniorskými skupinami, s dětmi atd.

Klientům trpícím úzkostmi a strachem umožní arteterapie uvolnění a ventilaci těchto pocitů při tvořivém procesu. Psychotičtí klienti nalézají v arteterapii ventil pro své jinak obtížně vyjádřitelné vnitřní stavy a procesy (Vymětal a kol., 2007).

1.5.3 Muzikoterapie

Muzikoterapie využívá jako léčebného faktoru hudbu, a to jak jejího poslechu, tak i aktivního provozování. Probíhá v interakci mezi klientem, terapeutem a hudbou, přičemž působícími prvky jsou rytmus, intenzita, melodie a harmonie. Vytváří příležitost k pozitivnímu a radostnému mezilidskému kontaktu u sociálně izolovaných jedinců. Rozvíjí uvědomování si sebe, druhých a okolí, což vede ke zlepšení adaptační schopnosti. Dlouhodobější cíle směřují klienta ke zlepšení sebepojetí, komunikačních dovedností a rozšíření okruhu vztahů, zvýšení nezávislosti na okolí a stimulaci spontaneity a tvořivosti (Vymětal a kol., 2007).

Receptivní muzikoterapie je léčebně zaměřený poslech hudby. Dělí se podle léčebného cíle na komunikativní muzikoterapii, což je společný poslech hudby zaměřený na podpoření vzájemných kontaktů, porozumění a důvěry. Dále na reaktivní muzikoterapii, která má za úkol vyvolat afektivní reakci ve smyslu psychické katarze, zvláště tam, kde vzniklo mezi terapeutem a klientem nebo skupinou a klientem napětí. Regulativní muzikoterapie pak vede k uvolnění svalstva a vegetativních funkcí a k neutralizaci stavů napětí za pomoci hudby.

Aktivní muzikoterapie podněcuje skupinu k projevování se pomocí tónů, melodií, zpěvu, rytmu nebo tance (Kratochvíl, 2005).

Muzikoterapie v nejširším slova smyslu může být doporučena pro všechna chronická, tělesná, duševní a psychosomatická onemocnění. U psychiatrických onemocnění, např. u psychózy, se může jednat o to, abychom znovu spojili oblast životních a duševních sil, které se od sebe vzdálily. U některých depresí je těžištěm léčení probuzení vědomí těla a posílení vůle. Muzikoterapie není vhodná u akutních psychotických stavů a při vysokých horečkách. Kromě toho je třeba u každého jednotlivého případu dbát na to, aby terapie nedováděla síly, které organismus potřebuje v průběhu léčení (Felber, Reinhold, Stuckert, 2005).

1.5.4 Pohybová a činnostní terapie

Je zjištěno, že psychiatrickí klienti mají v důsledku déletrvající nemoci celkovou svalovou ochablost. Pocit neustálé unavenosti a zvýšené, nebo snížené dráždivosti vyvolává obavy z další námahy, a proto se jí často vyhýbají. Podněty pro pohybovou činnost nevnímají a často jim nejsou ani nabízeny. Jejich možnosti a později nároky na pohyb jsou minimální.

Dosavadní výzkumy ukazují, že tělesná cvičení mohou pozitivně ovlivňovat duševní zdraví především v oblastech: zvyšování sebedůvěry, snižování váhy, přijetí sebe sama, zvýšení produktivity vlastní činnosti, zlepšení kvality spánku. Užití pohybových terapií je účinnější v kombinaci s dalšími způsoby léčby, to znamená při jejich zařazení do denního či týdenního programu (Hátlová, 2003).

Pohybové cvičení samo o sobě může být považováno za terapii až tehdy, je-li cíleně modelováno na somatopsychické ovlivňování psychických poruch a chorob. Aktivně prováděný pohybový program zaměřený na cílené ovlivňování psychických faktorů v rámci podpůrné léčby se nazývá kinezioterapie. Jejím cílem je spolupůsobit na zmírnění, odstranění nebo ovlivňování psychických a psychosomatických obtíží nebo jejich příčin (Hátlová, 2003).

Pracovní a činnostní terapie je zařazována do denního programu klientů s různými typy diagnóz. Pod vedením terapeuta se klienti věnují různým činnostem od výroby drobných užitkových předmětů a jiných výrobků z nejrůznějších materiálů, přes výtvarné aktivity a drobné manuální práce. Přihlíží se k individuálním schopnostem klientů a k tomu, aby tyto aktivity neústily do nouzového vyplnění času nezajímavou a netvůrčí činností, ale naopak k tréninku zručnosti, vytrvalosti a kreativity.

Do programu denního stacionáře může být zařazena spousta dalších aktivit, jako například návštěvy kulturních akcí, vycházky a výlety, psychoedukace, nácvik asertivity a sociálních dovedností, trénink pozornosti a paměťových funkcí, zájmové kroužky a jiné (Bouček, 2004).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak klienti denních psychiatrických stacionářů subjektivně hodnotí terapeutický program ve třech vybraných zařízeních tohoto typu.

2.2. Hypotézy

Pro naplnění cíle bakalářské práce, byly stanoveny následující hypotézy.

2.2.1 Hypotéza 1

Klienti hodnotí program denního stacionáře jako přínosný.

2.2.2 Hypotéza 2

Větší spokojenost s programem denního stacionáře udávají klienti trpící neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami než klienti, kteří trpí psychotickými poruchami.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

V bakalářské práci byla pro účel výzkumu, který kombinuje kvalitativní a kvantitativní postupy, použita metoda kvantitativního výzkumu, a to dotazování. Jako technika sběru dat byl zvolen dotazník. Byl vytvořen originální dotazník určený pro klienty denních psychiatrických stacionářů. Následná analýza získaných dat byla zpracována v programu SPSS pro PC. Statistické zpracování z tohoto programu zahrnovalo popisnou i vícerozměrnou statistickou analýzu dat. U otázek, které obsahovaly kvalitativní data, byla provedena kvalitativní obsahová analýza.

3.1.1 Předvýzkum

Před vlastním výzkumem byl u dotazníku proveden předvýzkum, pro který byli zvoleni dva klienti z každého ze třech denních stacionářů, kde probíhal výzkum. Na základě jejich připomínek byly otázky v dotazníku zformulovány do obsahově i graficky srozumitelnější podoby.

Dále byl dotazník, po konzultaci s personálem denních stacionářů, rozšířen o několik dalších otázek, o kterých se terapeuté domnívali, že by jim jejich zodpovězení a následná analýza, mohla napomoci k možnému zkvalitnění péče o jejich klienty.

3.1.2 Dotazník pro klienty

Dotazník byl určen pro klienty denních psychiatrických stacionářů ve Znojmě, Jihlavě a Havlíčkově Brodě. Celkem bylo použito 22 otázek, které byly uzavřené, polootevřené a volné. (Příloha 1). Kromě toho obsahoval dotazník 4 srovnávací škály. V úvodu se nacházela úvodní formule, která popisovala, komu je výzkum určen,

k jakému účelu slouží a ujištění, že je zcela anonymní. Rovněž vysvětluje, jak mají respondenti postupovat při jeho vyplňování.

Prvních pět otázek bylo identifikačních, které zjišťovaly pohlaví, rodinný stav, věk, vzdělání a zaměstnání. Šestá otázka zahrnovala diagnostické okruhy psychiatrických onemocnění. U sedmé a osmé otázky respondenti vyplňovali kolikrát absolvovali program denního stacionáře a kdo jim pobyt v něm doporučil.

Otázky devět, deset a jedenáct byly otevřené a zjišťovaly co přispělo ke klientovu rozhodnutí vstoupit do programu, jeho očekávání a konkrétní problémy, na kterých chtěl ve stacionáři pracovat. Dvanáctá otázka zkoumala pohled klientovi rodiny na jeho účast ve stacionáři.

Otázky třináct a čtrnáct se zaměřily na to, zda klient v souvislosti s pobytem v psychiatrickém stacionáři pocítil stigmatizaci a pokud ano, tak od koho. Následovaly dvě srovnávací škály, kde měli klienti zhodnotit spokojenost s přístupem terapeutů a přínosnost arteterapie.

U sedmnácté otázky klienti volili druh terapie, která jim více vyhovuje a následně v osmnácté otevřené otázce, z jakého důvodu dávají zvolené terapii přednost. V další škále pak klienti hodnotili vztahy s ostatními klienty.

Ve dvacáté otázce měli vyjádřit, zda by si za pobyt byli ochotni připlatit. V dalších dvou otevřených otázkách mohli klienti navrhnout, o co by program obohatili a co jim v programu nevyhovovalo.

Otázky dvacet tři a dvacet čtyři zjišťovaly, zda program splnil klientovo očekávání a zda došlo ke zlepšení v problémech se kterými do programu vstupoval. Jestliže došlo ke zlepšení, měl klient v další otázce rozepsat, co mu k tomu pomohlo. Jako poslední hodnotil klient ve škále celkový přínos programu stacionáře.

Tento dotazník obdrželi klienti od personálu denních stacionářů při ukončování programu. Terapeuté byli s dotazníkem předem seznámeni a přislíbili být nápomocni klientům při objevení možné nejasnosti ve vyplňování dotazníku.

3.1.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor této bakalářské práce tvořili klienti denních psychiatrických stacionářů ve Znojmě, Jihlavě a Havlíčkově Brodě. Jde o zařízení s obsahově srovnatelným psychoterapeutickým programem, přičemž jeden cyklus trvá asi šest týdnů. Ve znojmském stacionáři se v každém cyklu střídá skupina klientů s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami se skupinou klientů s psychotickými onemocněním. Jihlavský stacionář se věnuje klientům s těžšími duševními poruchami, především z okruhu psychóz, a program stacionáře v Havlíčkově Brodě je určen klientům s neurotickými, psychosomatickými, depresivními a jinými nepsychotickými poruchami.

Od listopadu 2007 do února 2008 bylo do těchto zařízení rozdáno 90 dotazníků, přičemž klienti jich vyplnili 51, takže celková návratnost dotazníků byla 57%.

4 Výsledky

4.1 Výsledky dotazníků klientů denních stacionářů

V rámci dotazníkového šetření bylo do denních stacionářů ve Znojmě, Jihlavě a Havlíčkově Brodě rozdáno 90 dotazníků. Dotazník vyplnilo 51 klientů, takže celková návratnost byla 57%. Anonymní dotazník, který byl pro klienty sestaven obsahoval celkem 26 otázek. (Příloha 1) Výsledky jsou uváděné v procentech, tabulkách i absolutních hodnotách.

Otázka č. 1 - Pohlaví

Výzkumný soubor tvořilo 35% mužů a 65% žen. Neurotické poruchy byly více zastoupeny u žen, zatímco podíl psychotického onemocnění byl stejný u obou pohlaví.

Tabulka 1: Pohlaví

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid muž	18	35,3	35,3	35,3
žena	33	64,7	64,7	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 2 – Rodinný stav

Ve výzkumném souboru uvedlo 39% respondentů stav svobodný/á, 33% uvedlo, že žije v manželství a 24% respondentů bylo rozvedených. Celá polovina klientů s psychotickým onemocněním uvedla, že je svobodná. U klientů s nepsychotickými poruchami převládala odpověď, že žijí v manželství nebo jsou rozvedení.

Tabulka 2: Rodinný stav

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid svobodný/á	20	39,2	39,2	39,2
ženatý/vdaná	17	33,3	33,3	72,5
rozvedený/á	12	23,5	23,5	96,1
vdovec/vdova	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3 – Do jaké věkové skupiny patříte?

Nejčastěji byla zastoupena věková kategorie 26-39, a to v počtu 31% respondentů. Druhé nejčastější věkové rozmezí bylo od 40-49 let, v této kategorii se nacházelo 28% respondentů. Věkovou kategorií 50 a více let uvedlo 26% respondentů.

Tabulka 3: Do jaké věkové skupiny patříte?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	18-25	8	15,7	15,7	15,7
	26-39	16	31,4	31,4	47,1
	40-49	14	27,5	27,5	74,5
	50 a více	13	25,5	25,5	100,0
	Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejčastějším dosaženým vzděláním, a to u 37% respondentů, bylo střední odborné učiliště. Srovnatelné procento, a to 35% respondentů, absolvovalo střední školu. Jako třetí nejčastější dosažené vzdělání bylo uváděna základní škola. Takto odpovědělo 13% respondentů. Vysokou školu absolvovalo 12% klientů z výzkumného souboru.

Tabulka 4: Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ZŠ	7	13,7	13,7	13,7
	SŠ	18	35,3	35,3	49,0
	SOU	19	37,3	37,3	86,3
	VOŠ	1	2,0	2,0	88,2
	VŠ	6	11,8	11,8	100,0
Total		51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5 – V současné době jste (z hlediska zaměstnání):

Na tuto otázku odpovědělo celých 47% respondentů, že je v invalidním důchodu, dalších 35% z výzkumného souboru uvedlo, že jsou zaměstnaní a 10% respondentů uvedlo v odpovědi, že jsou v současné době nezaměstnaní. Naprostá většina klientů s psychotickým onemocněním uvedla, že jsou i invalidním důchodu, zatímco z klientů s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami je většina zaměstnaná.

Tabulka 5: V současné době jste:

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
zaměstnaný/á	18	35,3	35,3	35,3
nezaměstnaný/á	5	9,8	9,8	45,1
v ID	24	47,1	47,1	92,2
jiné	4	7,8	7,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 6 – Do kterého okruhu onemocnění spadá Vaše diagnóza, kvůli které navštěvujete denní stacionář?

Jako nejčastější diagnózu uvedlo 39% respondentů schizofrenii, druhým nejčastějším diagnostickým okruhem byly neurotické poruchy, které uvedlo 37% respondentů.

Tabulka 6: Do kterého okruhu onemocnění spadá Vaše diagnóza, kvůli které navštěvujete denní stacionář?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid psychoaktivní látky	2	3,9	3,9	3,9
schizofrenie	20	39,2	39,2	43,1
poruchy nálady	4	7,8	7,8	51,0
neurotické poruchy	19	37,3	37,3	88,2
poruchy osobnosti	1	2,0	2,0	90,2
jiné	1	2,0	2,0	92,2
neznám dg	4	7,8	7,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 7 – Kolikrát jste se účastnil(a) programu tohoto denního stacionáře?

Ze všech respondentů výzkumného souboru se jich 51% účastnilo programu stacionáře poprvé. 33% respondentů absolvovalo program třikrát nebo vícekrát. Vícečetné pobyty se vyskytovaly z větší části u klientů s psychotickým onemocněním, zatímco klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami se programu účastnili většinou poprvé.

Tabulka 7: Kolikrát jste se účastnil(a) programu tohoto denního stacionáře?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid jednou	26	51,0	51,0	51,0
dvakrát	8	15,7	15,7	66,7
třikrát a více	17	33,3	33,3	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 8 – Kdo Vám doporučil pobyt ve stacionáři?

Pobyt ve stacionáři byl klientům nejčastěji doporučen od ošetřujícího psychiatra, a to v 72,5%. Ošetřující psycholog doporučil pobyt ve stacionáři 27,5% klientů.

Tabulka 8: Kdo Vám doporučil pobyt ve stacionáři?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ošetřující psycholog	14	27,5	27,5	27,5
ošetřující psychiatr	37	72,5	72,5	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 9 – Co přispělo k Vašemu rozhodnutí vstoupit do tohoto programu?

Jako nejčastější odpověď z okruhu klientů s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami uvedlo 27% respondentů, že k rozhodnutí vstoupit do programu přispělo doporučení psychiatra nebo psychologa, 20% respondentů uvedlo zhoršení stavů úzkosti, deprese a strachu. Jako třetí nejčastější odpověď zvolilo 17% respondentů špatný psychický stav.

Nejčastější odpovědi klientů s psychotickým onemocněním bylo setkání lidí s podobnými problémy, takto odpovědělo 29% respondentů. Typ programu denního stacionáře zase přispěl k rozhodnutí vstoupit do programu u 19% respondentů.

Tab. 9a: Co přispělo k Vašemu rozhodnutí vstoupit do tohoto programu?

Kategorie odpovědí: klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami	Počet respondentů	Procenta
Doporučení psychiatra nebo psychologa	8	27%
Zhoršení stavů úzkosti, deprese, strachu	6	20%
Špatný psychický stav	5	17%
Důvěra v pomoc odborníků	4	13%
Odhodlání zkvalitnit svůj život	4	13%
Zvědavost	3	10%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tab. 9b : Co přispělo k Vašemu rozhodnutí vstoupit do tohoto programu?

Kategorie odpovědí: klienti s psychotickým onemocněním	Počet respondentů	Procenta
Setkání s lidmi s podobnými problémy	6	29%
Typ programu denního stacionáře	4	19%
Vlastní iniciativa	3	14%
Doléčení, možnost edukace	3	14%
Doporučení psychiatra	3	14%
Bez odpovědi	2	10%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 10 - Co jste od programu stacionář očekával(a)?

Klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami nejčastěji od programu očekávali pomoc při řešení svého problému, a to ve 30%. Druhou nejčastější odpovědí od 23% respondentů bylo zklidnění, návrat sebedůvěry a 20% respondentů očekávalo, že se naučí zvládat problémové situace.

Klienti s psychotickým onemocněním ve 29% uvedli, že očekávali zlepšení psychického stavu, 24% respondentů uvedlo smysluplné vyplnění času a odreagování a 15% respondentů očekávalo zlepšení komunikace.

Tab. 10a: Co jste od programu stacionáře očekával(a)?

Kategorie odpovědí: klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami	Počet respondentů	Procenta
Pomoc při řešení svého problému	9	30%
Zklidnění, návrat sebedůvěry	7	23%
Učení se zvládat problémové situace	6	20%
Zlepšení zdravotního stavu	4	14%
Porozumění, přínos	4	13%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tab. 10b: Co jste od programu stacionáře očekával(a)?

Kategorie odpovědí: klienti s psychotickým onemocněním	Počet respondentů	Procenta
Zlepšení psychického stavu	6	29%
Smysluplné vyplnění času, odreagování	5	24%
Zlepšení komunikace	3	15%
Bez konkrétního očekávání	3	12%
Pochopení pro moji nemoc	2	10%
Procvičení paměti	2	10%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 11 - Na jakých konkrétních problémech jste chtěl(a) ve stacionáři pracovat?

Na tuto otázku odpovědělo 30% klientů s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami, že chtějí pracovat na zbavení se úzkosti, depresí a strachu. Druhou nejčastější odpovědí bylo posílení sebevědomí. Takto odpovědělo 17% respondentů. Stejný podíl 13% respondentů uvedlo, že se chtějí naučit o problémech mluvit a řešit je a pracovat na svém sebepoznání.

Klienti s psychotickým onemocněním jako nejčastější odpověď, a to ve 28%, uvedli zlepšení komunikace v kontaktu s lidmi, dále 19% respondentů odpovědělo náhled na nemoc, 14% respondentů se shodlo jednak na tom, že chtějí pracovat na zlepšení sebedůvěry a na tom, že chtějí být aktivní a udržet si psychické zdraví.

Tabulka 11a: Na jakých konkrétních problémech jste chtěl(a) ve stacionáři pracovat?

Kategorie odpovědí: klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami	Počet respondentů	Procenta
Zbavení se úzkosti, depresí a strachu	9	30%
Posílení sebevědomí	5	17%
Sebepoznání	4	13%
Učení se o problémech mluvit a řešit je	4	13%
Strach z lidí, zlepšení kontaktu s nimi	3	10%
Problémy v rodině	3	10%
Problémy v zaměstnání	2	7%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 11b: Na jakých konkrétních problémech jste chtěl(a) ve stacionáři pracovat?

Kategorie odpovědí: klienti s psychotickým onemocněním	Počet respondentů	Procenta
Zlepšení komunikace v kontaktu s lidmi	6	28%
Náhled na nemoc	4	19%
Zlepšení sebedůvěry	3	14%
Být aktivní, udržet si psychické zdraví	3	14%
Cvičení paměti a pozornosti	2	10%
Informace o nemoci	2	10%
Bez odpovědi	1	5%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 12 – Jak posuzuje Vaše rodina Vaši účast ve stacionáři?

Jak je zřejmé z tabulky, 82% klientů podporuje rodina v účasti ve stacionáři, u 10% respondentů rodina nejeví zájem.

Tabulka 12: Jak posuzuje Vaše rodina Vaši účast ve stacionáři?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
podpora	42	82,4	82,4	82,4
Valid nezájem	5	9,8	9,8	92,2
nesouhlas	1	2,0	2,0	94,1
jiná reakce	1	2,0	2,0	96,1
nemám rodinu	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13 – Pocítil(a) jste v souvislosti s pobytem ve stacionáři stigmatizaci?

Celých 86% respondentů uvedlo, že stigmatizaci nezaznamenali, jen 10% klientů uvedlo, že stigmatizaci pocítili. Je zajímavé, že z těch klientů, kteří uvedli, že byli stigmatizováni, byl pouze jeden klient s psychotickým onemocněním. Ostatní stigmatizovaní byli klienti s neurotickými poruchami, z toho převážně ženy.

Tabulka 13: Pocítil(a) jste v souvislosti s pobytem ve stacionáři stigmatizaci?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	5	9,8	9,8	9,8
ne	44	86,3	86,3	96,1
neuvedeno	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 14 – Pokud jste stigmatizaci pocítili, kterého okruhu osob se týkala?

Klienti, kteří byli stigmatizováni, uvedli ve stejné četnosti 4% okruh přátel a zaměstnání.

Tabulka 14: Pokud jste stigmatizaci pocítili, kterého okruhu osob se týkala?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid rodina	1	2,0	2,0	2,0
přátelé	2	3,9	3,9	5,9
zaměstnání	2	3,9	3,9	9,8
jiné	1	2,0	2,0	11,8
bez stigmatizace	43	84,3	84,3	96,1
neuvedeno	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 15 – Jste spokojen(a) s přístupem terapeutů?

Téměř 73% respondentů uvedlo, že jsou s přístupem terapeutů spokojeni, 22% klientů se přiklání k možnosti, že jsou spíše spokojeni. 4% klientů zvolilo neutrální hodnocení, a sice že nejsou ani spokojeni ani nespokojeni. Hodnocení spokojenosti klientů v jednotlivých stacionářích bylo bez větších statisticky významných rozdílů.

Tabulka 15: Jste spokojen(a) s přístupem terapeutů?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid spokojen/a	37	72,5	72,5	72,5
spíše spokojen/a	11	21,6	21,6	94,1
ani spokojen/a ani nespokojen/a	2	3,9	3,9	98,0
spíše nespokojen/a	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 16 – Jak hodnotíte arteterapii?

Klienti hodnotí arteterapii z 65% jako přínosnou, dalších 27,5% se přiklání k možnosti, že je pro ně spíše přínosná a pro 8% respondentů nebyla arteterapie ani přínosná ani nepřínosná.

Tabulka 16: Jak hodnotíte arteterapii?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid přínosná	33	64,7	64,7	64,7
spíše přínosná	14	27,5	27,5	92,2
ani přínosná ani nepřínosná	4	7,8	7,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 17 – Vyhovuje Vám více individuální nebo skupinová psychoterapie?

Skupinová psychoterapie více vyhovuje 60% klientů, individuální psychoterapii upřednostňuje 25,5% klientů.

Tabulka 17: Vyhovuje Vám více individuální nebo skupinová psychoterapie?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid individuální	13	25,5	25,5	25,5
skupinová	30	58,8	58,8	84,3
obě	6	11,8	11,8	96,1
neuvedeno	2	3,9	3,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 18 - Z jakého důvodu Vám výše zvolená forma psychoterapie vyhovuje?

Klient s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami, kteří uvedli, že jim více vyhovuje individuální psychoterapie udali ve 13% důvod, že při skupinové psychoterapii mají strach mluvit před ostatními a v 17%, že jim při individuální psychoterapii vyhovuje řešit pouze vlastní problém. Ti klienti, kteří uvedli skupinovou psychoterapii, to ve 37% zdůvodnili zpětnou vazbou od více lidí a v 10% tím, že jsou společenský typ a že se mohou učit komunikaci s lidmi. 13% respondentů pak uvádí obě formy psychoterapie z důvodu, že se vzájemně doplňují.

Klienti s psychotickým onemocněním, kteří uvedli, že jim více vyhovuje individuální psychoterapie, to v 19% zdůvodnili dostatkem prostoru pro sebe sama. Klienti, kteří uvedli skupinovou psychoterapii, ve 29% uvádí jako důvod kontakt s lidmi a začlenění se a 24% respondentů vyhovuje slyšet více názorů. 13% respondentů uvedlo, že jim vyhovují obě formy, a to ze stejného důvodu jako klientům s neurotickými poruchami - že se vzájemně doplňují.

Tabulka 18a: Z jakého důvodu Vám výše zvolená forma psychoterapie vyhovuje?

Forma psychoterapie	Kategorie odpovědí: klienti s neurotickými a nepsychot. poruchami	Počet respondentů	Procenta
Individuální psychoterapie	Strach mluvit před ostatními	4	13%
	Řešení vlastního problému	5	17%
Skupinová psychoterapie	Zpětná vazba od více lidí	11	37%
	Společenský typ	3	10%
	Učení se komunikaci s lidmi	3	10%
Obě formy	Vzájemně se doplňují	4	13%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 18b: Z jakého důvodu Vám výše zvolená forma psychoterapie vyhovuje?

Forma psychoterapie	Kategorie odpovědí: klienti s psychotickým onemocněním	Počet respondentů	Procenta
Individuální psychoterapie	Dostatek prostoru pro sebe	4	19%
Skupinová psychoterapie	Kontakt s lidmi, začlenění se	6	29%
	Více názorů	5	24%
Obě formy	Doplňují se	3	14%
Bez odpovědi	-----	3	14%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 19 – Jak hodnotíte vztahy s ostatními klienty ve skupině?

Vztahy ve skupině zhodnotilo 51% klientů jako dobré, 37% respondentů uvedlo vztahy výborné a 12% zhodnotilo vztahy s ostatními ve skupině jako neutrální. Klienti s psychotickým onemocněním uváděli častěji vztahy dobré a neutrální, zatímco klienti s neurotickými a nepychotickými poruchami hodnotili většinou vztahy jako výborné. Nejkladněji hodnotili vztahy klienti stacionáře v Havlíčkově Brodě, neutrální hodnocení pak převažovalo u klientů ze stacionáře v Jihlavě.

Tabulka 19: Jak hodnotíte vztahy s ostatními klienty ve skupině?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid výborné	19	37,3	37,3	37,3
dobré	26	51,0	51,0	88,2
neutrální	6	11,8	11,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 20 – Byl/a byste ochoten/a připlatit si za pobyt v denním stacionáři?

Většina klientů, a to v 59% uvedla, že by byli ochotni si za pobyt v denním stacionáři připlatit, 35% respondentů nikoliv. Odpověď ne uváděli z větší části klienti s psychotickým onemocněním. Dále by si za pobyt byly ochotny zaplatit spíše ženy než muži.

Tabulka 20: Byl/a byste ochoten/a připlatit si za pobyt v denním stacionáři?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
ano	30	58,8	58,8	58,8
ne	18	35,3	35,3	94,1
neuveдено	3	5,9	5,9	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 21 – O co byste program denního stacionáře obohatil(a)?

Klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami na tuto otázku ve 23% odpověděli, že jim vyhovuje stávající program. 13% respondentů by program stacionáře obohatili aktivním sportem a stejnému počtu respondentů by vyhovovalo více individuální terapie. 10% respondentů by chtělo rozšířit pracovní terapii, nácvik asertivity by dále vyhovoval stejnému procentu klientů.

Na tuto otázku neodpovědělo celých 33% klientů s psychotickým onemocněním, 24% respondentů by program obohatili muzikoterapií a více vycházek by chtělo 19% klientů.

Tabulka. 21a: O co byste program denního stacionáře obohatil(a)?

Kategorie odpovědí: klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami	Počet respondentů	Procenta
Aktivní sport	4	13%
Více individuální terapie	4	13%
Rozšíření pracovní terapie	3	10%
Nácvik asertivity	3	10%
Více psychogymnastických cvičení	2	7%
Muzikoterapie	2	7%
Delší skupinová sezení	2	7%
Vyhovující program	7	23%
Bez odpovědi	3	10%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka. 21b: O co byste program denního stacionáře obohatil(a)?

Kategorie odpovědí: klienti s psychotickým onemocněním	Počet respondentů	Procenta
Muzikoterapie	5	24%
Více vycházek	4	19%
Řešení konkrétních problémů	2	9,5%
Podrobnější informace o nemoci	2	9,5%
Spoluvedení skupinových sezení klienty	1	5%
Bez odpovědi	7	33%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 22 – Co Vám v programu nevyhovovalo?

Celých 73% respondentů s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami uvedlo, že jim v programu vše vyhovovalo. Jen 10% respondentů uvedlo, že jim nevyhovovaly vycházky a 7% respondentů uvedlo skupinovou psychoterapii a stejný počet autogenní trénink.

Klienti s psychotickým onemocněním na tuto otázku ve 38% vůbec neodpověděli, 19% respondentů uvedlo, že jim nevyhovovala psychogymnastika. Příliš mnoho otázek od terapeutů vadilo 14% respondentů a stejnému počtu program vyhovoval.

Tabulka 22a: Co Vám v programu nevyhovovalo?

Kategorie odpovědí: klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami	Počet respondentů	Procenta
V programu vše vyhovovalo	22	73%
Vycházky	3	10%
Skupinová psychoterapie	2	7%
Autogenní trénink	2	7%
Málo se věnuje mému problému	1	3%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 22b: Co Vám v programu nevyhovovalo?

Kategorie odpovědí: klienti s psychotickým onemocněním	Počet respondentů	Procenta
Psychogymnastika	4	19%
Arteterapie	2	10%
Příliš otázek od terapeutů	3	14%
Pracovní terapie	1	5%
V programu vše vyhovovalo	3	14%
Bez odpovědi	8	38%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 23 – Splnil program stacionáře Vaše očekávání?

Terapeutický program stacionáře splnil očekávání 84% klientů. Očekávání se nespĺnila 10% klientů. Toto hodnocení bylo vyrovnané jak u klientů s neurotickými tak s psychotickými poruchami.

Tabulka 23: Splnil program stacionáře Vaše očekávání?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	43	84,3	84,3	84,3
ne	5	9,8	9,8	94,1
obě možnosti	2	3,9	3,9	98,0
nevím	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č.24 – Dosáhl(a) jste díky programu ve stacionáři zlepšení v problémech, na kterých jste zde pracovala?

Téměř 73% klientů uvedlo, že dosáhli zlepšení v problémech na kterých ve stacionáři pracovali. 23,5% klientů zlepšení nedosáhlo. Největší počet klientů, kteří uvedli, že dosáhli zlepšení v problémech, byli klienti stacionáře z Havlíčkova Brodu.

Tabulka 24: Dosáhl(a) jste díky programu ve stacionáři zlepšení v problémech, na kterých jste zde pracovala?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ano	37	72,5	72,5	72,5
ne	12	23,5	23,5	96,1
obě možnosti	1	2,0	2,0	98,0
neuvedeno	1	2,0	2,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 25 – Pokud jste odpověděl(a) na předchozí otázku ano, napište, co Vám k tomu nejvíc pomohlo...

Jako nejčastější odpověď uváděli klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami kontakt s ostatními členy ve skupině, a to ve 33%. Na otázku neodpovědělo 17% respondentů. Jako třetí nejčastější odpověď uvedlo 13% klientů přístup terapeutů.

Klienti s psychotickým onemocněním nejčastěji uváděli přístup personálu, a to ve 24%. Ve stejném procentu klienti neuvedli žádnou odpověď a 19% respondentů uvedlo jako třetí nejčastější odpověď komunikaci s ostatními klienty.

Tabulka 25a: Pokud jste odpověděl(a) na předchozí otázku ano, napište, co Vám k tomu nejvíc pomohlo...

Kategorie odpovědí: klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami	Počet respondentů	Procenta
Kontakt s ostatními členy ve skupině	10	33%
Přístup terapeutů	4	13%
Skupinová psychoterapie	3	10%
Otevřené řešení problému	3	10%
Samotný pobyt ve stacionáři	3	10%
Nácvik asertivity	2	7%
Bez odpovědi	5	17%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 25b: Pokud jste odpověděl(a) na předchozí otázku ano, napište, co Vám k tomu nejvíc pomohlo...

Kategorie odpovědí: klienti s psychotickým onemocněním	Počet respondentů	Procenta
Přístup personálu	5	24%
Komunikace s ostatními klienty	4	19%
Mluvení o problému	3	13%
Nácvik asertivity	2	10%
Edukace	1	5%
Dodržování režimu dne	1	5%
Bez odpovědi	5	24%

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 26 – Celkově hodnotíte program denního stacionáře jako....

Většina klientů, a to 57%, hodnotí program stacionáře jako přínosný, 18% respondentů jako spíše přínosný a 14% klientů program hodnotí neutrálně ve smyslu, že pro ně nebyl ani přínosný ani nepřínosný.

Tabulka 26: Celkově hodnotíte program denního stacionáře jako....

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid přínosný	29	56,9	56,9	56,9
spíše přínosný	9	17,6	17,6	74,5
ani přínosný ani nepřínosný	7	13,7	13,7	88,2
spíše nepřínosný	6	11,8	11,8	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 27: Respondenti v jednotlivých stacionářích

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Jihlava	13	25,5	25,5	25,5
Havlíčkův Brod	13	25,5	25,5	51,0
Znojmo	25	49,0	49,0	100,0
Total	51	100,0	100,0	

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů, a to 49%, vyplnilo dotazník ve znojemském stacionáři, stejný podíl 25,5% respondentů byl zastoupen v Jihlavě a Havlíčkově Brodě. Hodnocení programu v jednotlivých stacionářích se výrazněji neliší ve Znojmě a Havlíčkově Brodě – klienti jej hodnotí z větší části jako přínosný. V Jihlavě udává převážná část klientů, že program pro ně není ani přínosný ani nepřínosný nebo spíše nepřínosný.

5 Diskuse

Cílem práce je zjistit, jak klienti denních psychiatrických stacionářů subjektivně hodnotí terapeutický program ve třech vybraných zařízeních tohoto typu.

Při vyhodnocení výsledků výzkumu se potvrdila první hypotéza, která zněla, že klienti hodnotí program denního stacionáře jako přínosný.

V souvislosti s hodnocením programu denního stacionáře i tohoto typu psychiatrické péče, se jeví jako důležité, zda klienti v souvislosti s pobytem ve stacionáři pocítili stigmatizaci. Celých 86% klientů uvedlo, že stigmatizaci nezaznamenali. (Viz: tabulka 13, kap. 4.1)

Libiger (2001) uvádí, že stigma vede k izolaci a diskriminaci duševně nemocných, což se také projevuje podceněním prostředků a zdrojů nezbytných k přechodu na takový druh péče, která zamezí jejich dlouhodobé izolaci a posílení stigmatu.

Z tohoto důvodu je pro klienta důležitá podpora rodiny, která svým postojem může přispět k tomu, aby jejich člen rodiny do programu vůbec vstoupil a měl motivaci k léčbě po celou dobu pobytu ve stacionáři. 82% klientů uvedlo, že je rodina v účasti ve stacionáři plně podporuje. (Viz: tabulka 12, kap. 4.1)

Jednou z výhod léčby v denním stacionáři je terapeutický potenciál komunity kdy dochází k společnému sdílení podobných problémů a tím posilování vědomí pacienta, že se svými problémy není osamocen. Tyto a další faktory vedou k vysoké efektivitě léčby, která je takto hodnocena jak lékaři, tak samotnými klienty a jejich rodinami (Peč, 2006).

Z tohoto hlediska se v hodnocení programu musí promítnout vztahy s ostatními klienty ve skupině i přístup terapeutů ke klientům. S přístupem terapeutů je spokojeno 73% klientů. (Viz: tabulka 15, kap. 4.1) Hodnocení spokojenosti klientů v jednotlivých stacionářích bylo bez větších statisticky významných rozdílů.

Vztahy ve skupině zhodnotilo 51% klientů jako dobré, 37% respondentů uvedlo vztahy výborné. (Viz: tabulka 15, kap. 4.1)

Základním prvkem péče v denních stacionářích je psychotherapeutický program s důrazem na skupinovou psychoterapii, která je obvykle kombinována s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací podle povahy onemocnění (Peč, 2006).

Skupinová psychoterapie více vyhovuje 60% klientů, individuální psychoterapii upřednostňuje 25,5% klientů. (Viz: tabulka 17, kap. 4.1)

Potvrzuje se tedy, že terapeutický potenciál komunity hraje pro klienty významnou roli.

Díky terapeutickému programu dosáhlo zlepšení v problémech, na kterých ve stacionáři pracovalo téměř 73% klientů, 23,5% klientů uvedlo, že zlepšení nedosáhli. (Viz: tabulka 24, kap. 4.1) Naprostá většina klientů je tedy subjektivně spokojena s efektivitou léčby v denním stacionáři.

Celkově hodnotí 57% klientů program denního stacionáře jako přínosný, 18% respondentů jako spíše přínosný a 14% klientů program hodnotí neutrálně ve smyslu, že pro ně nebyl ani přínosný ani nepřínosný. (Viz: tabulka 26, kap. 4.1)

Druhá hypotéza, že větší spokojenost s programem denního stacionáře udávají klienti trpící neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami než klienti, kteří trpí psychotickými poruchami, se nepotvrdila.

Hodnocení programu z hlediska spokojenosti bylo vyrovnané jak u klientů s neurotickými tak s psychotickými poruchami. U obou skupin však vyplývá z výzkumu odlišná motivace i rozdílné cíle a problémy, na kterých chtěli ve stacionáři pracovat.

Klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami očekávali od programu pomoc při řešení svého problému, a to ve 30%, dále uvedlo 23% respondentů zklidnění a návrat sebedůvěry a 20% klientů očekávalo, že se naučí zvládat problémové situace. (Viz: tabulka 10a, kap. 4.1)

Klienti s psychotickým onemocněním očekávali zlepšení psychického stavu, a to konkrétně 29% respondentů, 24% klientů uvedlo smysluplné vyplnění času a odreagování. (Viz: tabulka 10a, kap. 4.1)

I konkrétní problémy, na kterých chtěli klienti ve stacionáři pracovat se obou

skupin lišily. 30% klientů s nepsychotickými poruchami uvedlo, že chtěli pracovat na zbavení úzkosti, strachu a depresí a dále 17% respondentů by si přálo pracovat na posílení sebevědomí. (Viz: tabulka 11a, kap. 4.1)

Klienti s psychotickým onemocněním by chtěli zlepšit komunikaci v kontaktu s lidmi, tuto odpověď uvedlo 28% respondentů, dále uvedlo 19% klientů, že chtějí získat náhled na svoji nemoc. (Viz: tabulka 11b, kap. 4.1)

Důvody různosti odpovědí spatřuji především v odlišném životním stylu obou skupin.

Kratochvíl (2005) uvádí, že skupinová psychoterapie psychóz pracuje s podstatně menším stresem a větší podporou a je orientována více na resocializaci a navazování kladných vztahů.

Klienti s psychotickým onemocněním, jak vyplynulo z mého výzkumu, žijí většinou svobodní a navíc v invalidním důchodu, takže jejich očekávání od programu ve smyslu vyplnění volného času a zkvalitnění komunikace s druhými lidmi je pochopitelné. I proto lze ve výzkumu zaznamenat vícečetné pobyty těchto klientů.

Klienti s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami naproti tomu většinou mají stále zaměstnání a žijí v manželství, takže chtějí v programu spíše jednorázově a intenzivně pracovat na svém aktuálním problému a naučit se zvládat problémové situace a příznaky nemoci.

Při hodnocení formy psychoterapie uvedla většina klientů s neurotickými a nepsychotickými poruchami i klienti s psychotickým onemocněním, že jim více vyhovuje skupinová psychoterapie. V důvodech se shodli na tom, že je pro ně důležitá zpětná vazba od více lidí a začlenění se do skupiny. Podobně jsem ve svém výzkumu nezaznamenala větší rozdíly v hodnocení arteterapie u obou skupin klientů. Klienti hodnotí arteterapii z 65% jako přínosnou, dalších 27,5% se přiklání k možnosti, že je pro ně spíše přínosná. (Viz: tabulka 16, kap. 4.1).

Na otázku, co klientům v programu nevyhovovalo uvedlo celých 73% respondentů s neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami, že jim v programu vše vyhovovalo. (Viz: tabulka 22a, kap. 4.1)

Klienti s psychotickým onemocněním na tuto otázku ve 38% vůbec neodpověděli, 19% respondentů uvedlo, že jim nevyhovovala psychogymnastika, což je zajímavé, protože Zvolský a kol. (2003b) uvádí, že z psychoterapeutických skupinových technik u psychóz jsou velmi výhodné neverbální techniky jako např. psychogymnastika. Ale z jiných skupinových technik se ukázala jako žádaná muzikoterapie, kterou by obohatilo program 24% klientů s psychotickým onemocněním (Viz: tabulka 21b, kap. 4.1)

Díky terapeutickému programu dosáhlo zlepšení v problémech, na kterých ve stacionáři pracovalo téměř 73% klientů, 23,5% klientů uvedlo, že zlepšení nedosáhli. (Viz: tabulka 24, kap. 4.1) V těchto odpovědích se nacházelo téměř stejné procentní zastoupení klientů s psychotickým i nepychotickým onemocněním.

Bouček (2004) uvádí, že psychiatrická rehabilitace je důležitou součástí současné komplexní péče o pacienty s duševním onemocněním. Zahrnuje všechny pochody a opatření, které sledují cíl znovuzařazení klienta postiženého duševní poruchou do běžné společnosti a tím zlepšení celkové kvality jeho života.

Z tohoto pohledu si myslím, že pobyt v denním stacionáři je pro klienty s psychotickým onemocněním důležitý především jako doléčovací pobyt po akutní hospitalizaci a měl by být brán jako jedna ze součástí komplexní péče o tyto klienty.

Pro klienty s neurotickými a jinými nepychotickými poruchami slouží denní stacionář především jako intenzivnější varianta ambulantní péče, která jim jednak umožňuje stálý kontakt se svým přirozeným prostředím a jednak efektivní léčbu a pomoc při řešení jejich problémů.

V souhrnu však z výzkumu vyplynulo, že klienti jsou s touto formou psychiatrické péče spokojeni, i to, že pro ně program denního stacionáře znamenal přínos. Proto se jeví jako důležité, aby v budoucnu došlo k dalšímu rozvoji tohoto typu zařízení a tím i dostupnosti většímu počtu klientů.

6 Závěr

V bakalářské práci jsem se zaměřila na péči o psychiatrické klienty a především pak na denní stacionáře a jejich terapeutický program jako jednu z forem této péče.

Cílem práce bylo zjistit, jak klienti denních psychiatrických stacionářů subjektivně hodnotí terapeutický program ve třech vybraných zařízeních tohoto typu. Cíl práce byl splněn. První hypotéza, která zněla, že klienti hodnotí program denního stacionáře jako přínosný, byla potvrzena. Druhá hypotéza, která zněla, že větší spokojenost s programem denního stacionáře udávají klienti trpící neurotickými a jinými nepsychotickými poruchami než klienti, kteří trpí psychotickými poruchami, se neukázala jako opodstatněná.

Práci lze použít jako zpětnou vazbu denním stacionářům, kde probíhal výzkum. Může tak napomoci ke zkvalitnění péče o klienty. Dále může být použita jako zdroj informací pro odbornou veřejnost.

Z výzkumu vyplynulo, že klienti jsou spokojeni s touto formou psychiatrické péče, i to, že pro ně program denního stacionáře znamenal přínos. Proto se do budoucna jeví jako vhodné, aby došlo k dalšímu rozvoji tohoto typu zařízení a tím i dostupnosti většímu počtu klientů.

7 Seznam použitých zdrojů:

BOUČEK, Jaroslav. *Rehabilitace v psychiatrii*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2004, č.5 [cit. 2007-12-08]. Dostupné z:
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/magno/psy/2004/mn5.php>

BOUČEK, Jaroslav. *Vývoj psychiatrické péče-od stacionární ke komunitní*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2002, č. 2 [cit. 2007-12-10]. Dostupné z:
<http://www.psychiatriepropraxi.cz/magno/psy/2002/mn2.php>

ČERNOUŠEK, Michal. *Šílenství v zrcadle dějin*. 1. vydání. Praha: Grada Avicenum, 1994. 236 s. ISBN 80-7169-086-4

DRAGOMIRECKÁ, Eva, PALČOVÁ, Alena, PAPEŽOVÁ, Hana. *Sociální psychiatrie v čase změn*. 1. vydání. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 278 s. ISBN 80-85121-08-5

EIKELMANN, Bernd. *Sociálna psychiatria: Základné poznatky a prax*. Trenčín: Vydavateľstvo F, 1999. 172 s. ISBN 80-88952-02-6

Ětický kodex sociálních pracovníků České republiky [online]. [cit. 2007-11-15]. Dostupné z: <http://sspcr.unas.cz/?q=node/13>

FELBER, Rosmarie, REINHOLD, Susanne, STUCKERT, Andrea. *Muzikoterapie, Terapie zpěvem*. 1. vydání. Hranice: FABULA, 2005. 242 s. ISBN 80-86600-24-6

HÁTLOVÁ, Běla. *Kinezioterapie: Pohybová cvičení v léčbě psychických poruch*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2003. 167 s. ISBN 80-246-0719-0

HLAVINKA, Jan. *Fokus – sdružení pro péči o duševně nemocné*. 2005 [cit. 2008-02-18]. Dostupné z: <http://www.fokus-cr.cz/>

HORNEY, Karen. *Neurotická osobnost naší doby*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367219-5

HÖSCHL, Cyril, LIBIGER, Jan, ŠVESTKA, Jaromír. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha: TIGIS, spol. s.r.o., 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5

KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6

Koncepce psychiatrie [online]. 14. 11. 2001, poslední revize 26.10.2006 [cit. 2007-12-05]. Dostupné z: <http://www.psychiatria.estranky.cz/clanky/ine/koncepcia-psychiatrie>

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. 3. vydání. Praha: Galén, 2005. 297 s. ISBN 80-7262-347-8

KRATOCVHÍL, Stanislav. *Jak žít s neurózou: o neurotických poruchách a jejich zvládnutí*. 4. rozšířené vydání. Praha: TRITON, 2006. 216 s. ISBN 80-7254-553-1

LIBIGER, Jan. *Stigma duševního onemocnění*. Psychiatrie [online]. 2001, roč. 5, č. 1 [cit. 2008-02-12]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm

LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: Nápad, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. 1. vydání. Praha: Portál, 2004. 280 s. ISBN 80-7178-864-3

PEČ, Ondřej. *Komunitní péče o duševně nemocné*. Návrh novelizace textu Koncepce oboru psychiatrie [online]. 2006 [cit. 2008-02-18]. Dostupné z: www.ceskapsychiatrie.cz/RSystem/Soubory/novela%20koncepce_kom_péče.doc

PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace u „psychogenních poruch“*. Psychiatrie [online]. 2001, roč. 5, č. 1 [cit. 2008-02-12]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/PSYCH101/Obsah_f.htm

PRAŠKO, Ján. *Úzkostné poruchy: Klasifikace, diagnostika a léčba*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6

STYX, Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7

SKALIČKOVÁ, Olga, a kol. *Rehabilitace v psychiatrii*, 1. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství Praha, 1971. 428 s. ISBN 08-081-71

STYX, Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vydání. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.

SVOBODA, Mojmír, ČEŠKOVÁ, Eva, KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9

ŠICKOVÁ FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1.vydání. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0

VACEK, Jaroslav. *O nemocech duše: Kapitoly z psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Mladá fronta, 1996. 416 s. ISBN 80-204-0535-6

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: Variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. vydání. Praha: Portál, 2002. 444 s. ISBN 80-7178-678-0

VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2001. 152 s. ISBN 80-7178-586-5

VOJÁČEK, Karel. *Autogenní trénink*. 1. vydání. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988. 208 s. ISBN 08-061-88

VYMĚTAL, Jan. *Lékařská psychologie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X

VYMĚTAL, Jan, a kol. *Speciální psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

ZVOLSKÝ, Petr, a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2003a. 194 s. ISBN 80-7184-494-2

ZVOLSKÝ, Petr, a kol. *Speciální psychiatrie*. 1. vydání. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2003b. 208 s. ISBN 80-7184-203-6

8 Klíčová slova

denní stacionář

psychiatrická péče

psychoterapie

terapeutický program

stigmatizace

9 Přílohy

Příloha 1: Vzor dotazníku určeného pro klienty denních psychiatrických stacionářů

Příloha 1: Vzor dotazníku určeného pro klienty denních psychiatrických

Dobrý den, jmenuji se Iveta Urbánková a jsem studentka Zdravotně-sociální fakulty v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Hodnocení terapeutického programu v denních stacionářích pro psychiatrickou klientelu z pohledu klientů“. Pokuste se, prosím, odpovědět pravdivě na všechny otázky, v odpovědi zakroužkujte jednu možnost, popřípadě napište Váš vlastní názor. Dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro statistické zpracování mé bakalářské práce. Předem velmi děkuji za spolupráci.

1. Jste: a) muž b) žena

2. Rodinný stav:

a) svobodný(á) c) rozvedený(á)
b) ženatý/vdaná d) vdovec/vdova

3. Do jaké věkové skupiny patříte?

a) méně než 18 let d) 40 – 49 let
b) 18 - 25 let e) 50 a více let
c) 26 - 39 let

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

a) ZŠ d) VOŠ
b) SŠ e) VŠ
c) SOU f) jiné (dopíšte..).....

5. V současné době jste:

a) zaměstnaný/á
b) nezaměstnaný/á
c) v invalidním důchodu
d) jiná možnost (dopíšte).....

6. Do kterého okruhu onemocnění spadá Vaše diagnóza, kvůli které navštěvujete denní stacionář?

- a) poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek (poruchy vyvolané užíváním alkoholu a jiných drog)
- b) schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (např. schizofrenie, poruchy s bludy, schizoafektivní poruchy...)
- c) poruchy nálady (mánie, deprese, bipolární dříve maniodepresivní porucha...)
- d) neurotické poruchy (panická porucha, fobie, reakce na závažný stres...)
- e) poruchy osobnosti
- f) jiné (dopíšte):.....
- g) neznám svoji diagnózu

7. Kolikrát jste se účastnil(a) programu tohoto denního stacionáře?

- a) jednou
- b) dvakrát
- c) třikrát a více

8. Kdo Vám doporučil pobyt ve stacionáři?

- a) obvodní lékař
- b) ošetřující psycholog
- c) ošetřující psychiatr
- d) někdo jiný (dopíšte kdo).....

9. Co přispělo k Vašemu rozhodnutí vstoupit do tohoto programu?

.....

10. Co jste od programu stacionáře očekával(a)?

.....

11. Na jakých konkrétních problémech jste ve stacionáři chtěl(a) pracovat?

.....

12. Jak posuzuje Vaše rodina Vaší účast ve stacionáři?

- a) podporují mě
- b) nejeví zájem
- c) nesouhlasí s tím
- d) jiná reakce (doplňte).....

20. Byl/a byste ochoten/a připlatit si za pobyt v denním stacionáři?

- a) ano
- b) ne

21. Napište, o co byste program denního stacionáře obohatil(a)?

.....

22. Co Vám v programu nevyhovovalo?

.....

23. Splnil program stacionáře Vaše očekávání?

- a) ano
- b) ne

24. Dosáhl(a) jste díky programu ve stacionáři zlepšení v problémech, na kterých jste zde pracoval(a)?

- a) ano
- b) ne

25. Pokud ano, napište, co Vám k tomu nejvíc pomohlo....

.....

26. Celkově hodnotíte program denního stacionáře jako:
(označujte jako ve škole)

přínosný	spíše přínosný	ani přínosný ani nepřínosný	spíše nepřínosný	nepřínosný
1	2	3	4	5