

**Univerzita Karlova**  
**Husitská teologická fakulta**  
**Katedra psychosociálních věd a etiky**

## **Diplomová práce**

**Podpora pohybové aktivity klientů s vážným duševním  
onemocněním v Praze**

**Supporting the physical activity of clients with serious  
mental illness in Prague**

Vedoucí práce:  
prof. PhDr. Beáta Krahulcová, CSc.

Vypracovala:  
Ing. Jitka Vitovská

© 2021 UK HTF v Praze

### **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. PhDr. Beátě Krahulcové CSc. za odborné vedení mé práce a trpělivost, se kterou mně přistupovala, Haně Hanibalové a Janu Drobnému za poskytnutí odborných materiálů k tématu, dále všem respondentům, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout. Zvláště pak děkuji své dceři a jejímu příteli bez jejichž podpory a pomoci bych nebyla schopna tuto práci realizovat.

### **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že svou diplomovou práci " Podpora pohybové aktivity klientů s vážným duševním onemocněním v Praze" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 19. 12. 2021

---

# **Podpora pohybové aktivity klientů s vážným duševním onemocněním v Praze**

## **Abstrakt**

Cílem této diplomové práce bylo, jak vnímají pracovníci sociálních služeb možnosti podpory pravidelné pohybové aktivity klientů se závažným duševním onemocněním. Výzkumná část byla realizována pomocí dotazníkového šetření realizovaném mezi pracovníky sociálních služeb zaměřených na péči o duševním onemocněním a působících v Praze. Studie se zúčastnilo 37 respondentů mezi nimiž bylo rovnoměrné zastoupení těch, kteří působí v rámci multidisciplinárních týmu (CDZ či. zařízeních tohoto typu, kde jsou poskytovány spolu se sociálními službami i služby zdravotní), tak i těch, jež působí v zařízeních poskytujících pouze sociální služby. Prostřednictvím dotazníkového šetření bylo zjištěno, že v multidisciplinárních týmech, kde je zastoupena i složka zdravotních služeb, je podpoře vhodné pravidelné pohybové aktivity v těchto typech zařízení věnována větší pozornost.

**Klíčová slova:** závažné duševní onemocnění, sociální práce, pravidelná pohybová aktivita

# Supporting the physical activity of clients with serious mental illness in Prague

## **Abstract**

The aim of this diploma thesis was how social workers perceive the possibilities of supporting regular physical activity of clients with serious mental illness. The research part was carried out using a questionnaire survey conducted among social services workers focused on the care of mental illness and operating in Prague. The study involved 37 respondents, among whom there was an equal representation of those who work within multidisciplinary teams (CDZ or facilities of this type, where they are provided together with social services and health services), as well as those who work in facilities providing only social services. Through a questionnaire survey, it was found that in multidisciplinary teams, where the health services component is also represented, more attention is paid to the support of appropriate regular physical activity in these types of facilities.

**Keywords:** serious mental illness, social work, regular physical activity

# Obsah

<b>1 Úvod.....</b>	<b>9</b>
<b>2 KONTEXT PRÁCE A ZÁKLADNÍ POJMY .....</b>	<b>11</b>
2.1 Sociální vnímání.....	11
2.2 Stručné vymezení dalších pojmů základní výzkumné otázky.....	14
<b>3 ČLOVĚK SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM .....</b>	<b>16</b>
3.1 Zdraví, nemoc, disabilita.....	16
3.2 Duševní zdraví a nemoc .....	18
3.2.1 Klasifikování duševních onemocnění .....	19
3.2.2 Definování závažného duševního onemocnění (SMI).....	20
3.2.3 Přidružená onemocnění a životní styl lidí se SMI.....	21
3.2.4 Socioekonomická situace osob se SMI.....	24
<b>4 SOCIÁLNÍ PRÁCE V SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ .....</b>	<b>30</b>
4.1 Přístupy a metody v sociální práci s lidmi se závažným duševním onemocněním 30	
4.1.1 Zotavení (recovery).....	32
4.1.2 Sociální pracovník v péči o duševní zdraví .....	34
4.1.3 Psychiatrická rehabilitace .....	35
4.2 Systém služeb péče o duševní zdraví v ČR.....	38
4.2.1 Centrum duševního zdraví .....	40
<b>5 POHYBOVÁ AKTIVITA V PÉČI DUŠEVNÍ ZDRAVÍ .....</b>	<b>43</b>
5.1 Strategie podpory pravidelné pohybové aktivity .....	43
5.2 Pravidelná pohybová aktivita .....	47
5.3 Podpora pohybové aktivity osob se závažným duševním onemocněním .....	48
5.3.1 Pohybová aktivita u osob se schizofrenní poruchou.....	49
5.3.2 Pohybová aktivita ve vztahu k depresi, úzkostí a bipolární poruše .....	50
5.3.3 Faktory ovlivňující pravidelnou pohybovou aktivitu u lidí se závažným onemocněním. ....	52
<b>6 VLASTNÍ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>54</b>
6.1 Cíl práce .....	54
6.2 Metodika sběru a zpracování dat.....	54
6.2.1 Provedení dotazování.....	56
6.3 Data a jejich interpretace.....	57
6.3.1 Charakteristika vybraného souboru .....	57
6.3.2 Výsledky dotazníkového šetření .....	58
6.3.3 Srovnávání dat získaných dle kategorií respondentů.....	73

6.3.3.1	Nositelná elektronika jako motivační prvek.....	73
6.3.3.2	Srovnání podpory pravidelné pohybové aktivit dle typů zařízení.....	75
<b>7</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>77</b>
<b>8</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>81</b>
<b>9</b>	<b>Seznam použitých zdrojů .....</b>	<b>82</b>
<b>10</b>	<b>Přílohy .....</b>	<b>93</b>

## Seznam obrázků

Obrázek 1: Věk v době úmrtí ve studované populaci oproti běžné populaci v roce 2014 (Zdroj. 52).....	22
Obrázek 2: Invalidita osob s duševním onemocněním a průkaz OZP - průběžné výsledky 15.9.2019-25.11.2019 (Vítovská, nepublikováno) .....	26
Obrázek 3: Míra účasti lidí se SM na cestování a zájmových aktivitách v závislosti na finanční situaci (Vítovská, nepublikováno).....	28
Obrázek 4: Case manager v systému služeb (Stuchlík, 2001).....	36
Obrázek 5: Graf Hodnocení zdravotního stavu respondentů.....	59
Obrázek 6: Graf Provozování pravidelné PA respondentů.....	60
Obrázek 7: Graf Přeprava do zaměstnání pomocí aktivního transportu (chůze, kolo).....	61
Obrázek 8: Graf Používání nositelné elektroniky .....	62
Obrázek 9: Graf Podpora pohybové aktivity klientů .....	63
Obrázek 10: Graf Důvody, proč není v zařízení podporována pohybová aktivita .....	64
Obrázek 11: Graf Podpora pohybové aktivity klientů probíhá.....	65
Obrázek 12: Graf Považujete tuto podporu PA vašich klientů za dostatečnou? .....	66
Obrázek 13: Graf Je důležité, aby každý zdravotník či sociální pracovník pečující o člověka s duševním onemocněním zajistil, aby bylo vyšetřeno i jeho tělesné zdraví? .....	67
Obrázek 14: Graf Překážky účasti na pohybové aktivitě na straně klienta 1 .....	69
Obrázek 15: Graf Překážky účasti na pohybové aktivitě na straně klienta 2 .....	69
Obrázek 16: Graf Schopnost motivace klienta v depresi k PA.....	70
Obrázek 17: Graf Motivace a usnadnění přístupu klientů k účasti na pohybové aktivitě ....	71
Obrázek 18: Graf Doporučení používání nositelné elektroniky ve vztahu k vlastní zkušenosti.....	74
Obrázek 19: Graf Využívání nositelné elektroniky dle věku .....	74
Obrázek 20: Graf Doporučení nositelné elektroniky ze strany respondentů, kteří ji nosí – dělení dle věku .....	75
Obrázek 21: Graf Je v zařízení, v němž působíte, podporována pohybová aktivita klientů? .....	76
Obrázek 22: Graf Podpora pohybové aktivity klientů probíhá.....	77

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Tři pohledy na nemoc daného člověka (Křivohlavý, 2002) .....	17
Tabulka 2: Základní diagnostické kategorie duševních poruch dle MKN-10 (Slovák et al, 2018).....	19
Tabulka 3: Teoretické koncepty sociální práce (Máhrvá, 2008) .....	30
Tabulka 4: Charakteristika souboru .....	58
Tabulka 5: Názory na vhodnost vybraných typů pohybových aktivit pro klienty.....	72



# 1 Úvod

Při zmínce o tělesném a duševním zdraví se mnohým z nás se vybaví sokolské heslo "Ve zdravém těle zdravý duch", kdy se předpokládá, že pokud se budeme náležitě starat o své tělo, bude v pořádku i náš duch. Na druhé straně stojí názory striktně psychosomatické, kdy jsou za mnohými fyzickými obtížemi viděny pouze psychické problémy. A přitom by oba přístupy by měly jít ruku v ruce, což se ne vždy daří. Kolář ve své knize Labyrint pohybu přirovnává atomizaci zdravotní péče k puzzle, které nikdo ve výsledku neposkládá, protože už nikdo neví, jak by měl výsledný obraz vypadat. Stejně jako se zapomínalo na vliv psychiky na tělesné obtíže, tak stejně se to stávalo v opačné polaritě. Při samé starosti psychiatrie o pacientovu "hlavu" se bohužel zapomínalo a stále zapomíná, že člověk s vážnými psychickými obtížemi má i tělo, které zaslouží také péči. To bohužel nelze vyčítat samotným lékařům, kteří vzhledem k jejich přeplněným kapacitám, nemají na své pacienty dostatek času. Mnohdy také při současném způsobu úhrady péče ve své ambulanci pracují bez zdravotní sestry a vyřizují veškerou administrativu, nezřídka při hovoru s pacientem přijímají telefonické hovory, což ukrájuje těmto lékařům už tak omezený čas, který by mohli věnovat pacientovi. Změnu skýtá rozjíždějící se transformace psychiatrické péče, kde by měla být lidem se závažnými psychickými obtížemi poskytnuta komplexní péče a podpora multidisciplinárního týmu, jehož důležitým členem bude také sociální pracovník.

Nad myšlenkou postoje sociálních pracovníků, působících v sociálních službách zaměřených na péči o duševní zdraví, k tělesnému zdraví osob se závažných onemocnění v sociálních službách uvažuji již nějakou dobu a rozhodnutí toto téma zpracovat v diplomové práci padlo po předčasném úmrtí mně blízkých osob. Tito lidé měli společné nejen to, že mi byli osobně blízcí a zemřeli dřív, než je průměr v naší populaci, ale také to, že byli dlouhodobými psychiatrickými pacienty. Spojovalo je také to, že psychiatrická léčba byla často jedinou zdravotní péčí, kterou byli schopni absolvovat. O problematiku fyzického kondice lidí se závažným duševním onemocněním jsem se začala o té doby více zajímat a shromažďovat informace. Prvním odkazem, na který mne internetový vyhledávač nasměroval, byly webové stránky Ústřední vojenské nemocnice v Praze s informací k Programu pro dobré zdraví, kde se mimo jiné uvádí 2 - 3násobné riziko předčasného úmrtí lidí s duševním onemocněním oproti zdravým lidem, a to dokonce až o 20 let dříve, přičemž hlavní příčinou předčasných úmrtí bývají kardiovaskulární choroby. Dále se u těchto osob

eviduje až o 3krát vyšší riziko vzniku diabetu a rovněž jen třetina z nich má normální hmotnost. Poté jsem začala pátrat po zdrojích těchto tvrzení, to však bylo velmi obtížné, protože v naší republice podobné studie doposud publikovány nebyly. Ve stejné době jsem našla informace o probíhajícím projektu Psychiatrické nemocnice Bohnice s názvem SOMA, který se zabývá somatickými obtížemi pacientů a prevencí rizikových faktorů a který mi přinesl podnět, jak se dozvědět o problematice více. Současně mě ale napadla spousta otázek. Bude mít člověk možnost, a především motivaci pokračovat v získaných návycích i po propuštění z nemocnice do domácího prostředí a předání do ambulantní péče? Jsou schopny sociální služby v Praze, zaměřené na pomoc osobám se závažným duševním onemocněním, své klienty v tomto snažení dále podpořit? Uvědomují si tyto pracovníci zdravotní rizika svých klientů? Z těchto otázek jsem formulovala základní výzkumnou otázku pro tuto práci: „Jak vnímají možnosti podpory pravidelné pohybové aktivity klientů pracovníci sociálních služeb specializujících se na péči o osoby s vážným duševním onemocněním v Praze?“ Na tuto otázku se pokusím získat odpověď pomocí online dotazníku zaslaného prostřednictvím e-mailu do zařízení sociálních služeb, které se specializují na práci s lidmi s chronickým duševním onemocněním v Praze.

## 2 KONTEXT PRÁCE A ZÁKLADNÍ POJMY

Problematika horšího tělesného zdraví a předčasného úmrtí lidí se závažným duševním onemocněním (SMI – severe mental illness) se stále k častěji diskutovaným tématem mezi odborníky nejen z oblasti péče o duševní zdraví, ale i veřejného zdraví. Lidé se SMI (schizofrenie, bipolární porucha nebo velká depresivní porucha) umírají o 10 až 20 let dříve než obecná populace a jsou u nich častěji a dříve diagnostikovány preventabilní somatická onemocnění jako je cukrovka II. typu, nemoci oběhové a dýchací soustavy (Colton a Mandersheid, 2006). Zvýšená úmrtnost lidí se SMI byla na konzultačním setkání Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 2015 shledána jako hlavní výzva pro veřejné zdraví, která vyžaduje akci (WHO, 2016). Vše může mít souvislost jednak se životním stylem, sociální situací a také nežádoucími účinky léků. Jedním z významných faktorů, které mohou mít vliv na předčasnou úmrtnost a chronické somatické komorbidity, je absence pravidelné pohybové aktivity a sedavý způsob života. Analýzami dat z různých studií bylo mimo jiné zjištěno, že hospitalizované osoby byly aktivnější oproti ambulantním pacientům. Při analýzách dat bylo mimo jiné zjištěno, že aktivnější bývají lidé hospitalizovaní než ambulantní pacienti (Vancampfort et al, 2017). Uvedené zjištění může být potvrzením obav zmiňovaných v úvodu, že lidé po návratu domů z nemocnice nebudou mít možnost, popřípadě i motivaci pokračovat v aktivitách absolvovaných v rámci hospitalizace a velmi rychle se vrátí ke svému dřívějšímu životnímu stylu. Z těchto skutečností bude cílem této práce zjistit, zda si pracovníci sociálních služeb uvědomují a jak tedy vnímají možnosti podpory svých klientů v péči o fyzické zdraví, konkrétně v provozování pravidelné pohybové aktivity.

V první řadě je třeba definovat klíčový pojem základní výzkumné otázky, jímž je slovo vnímání, ve smyslu sociálního vnímání. Další pojmy základní výzkumné otázky si v tomto oddíle definujeme jen stručně. Blíže se na ně zaměříme v následujících samostatných kapitolách.

### 2.1 Sociální vnímání

Vnímání lze zkoumat na různých úrovních. Psychologové zkoumají percepci především jako *duševní proces*. V současné době existují *dvě hlavní teorie vnímání*. Jedna z nich ho považuje za konstruktivní mentální děj, který je výrazně ovlivněn dřívějšími

zkušenostmi (učením) a dalšími kognitivními procesy, včetně myšlení. Druhá předpokládá existenci tzv. přímé percepce ve smyslu smyslového vnímání. (Plháková, 2004)

Termín sociální percepce zavedl do psychologie americký psycholog Jerome Seymour Bruner, který jim původně označoval sociální determinaci percepčních procesů. Pro vnímání podle Brunera je charakteristická triáda selekce, kategorizace a inference. (J. S. Bruner, 1957 in Nakonečný, 2009).

Zákonitosti, kterými je proces percepce ovládán popisuje Řezáč (1998) následovně:

- **zákon selekce** znamená, že z objektů, které jsou v zorném poli člověka, jsou vnímány (přijímány) pouze některé,
- **efekt primárnosti** způsobuje, že ty objekty, event. jejich části, které jsou vnímány jako první, bývají pro utváření vnímaného celku významnější než později přijaté informace,
- **ze zákona interference** vyplývá, že v průběhu percepčního procesu se uplatňuje minulá zkušenost, tj., že výběr určitých objektů, jejich detailů či znaků je vždy ovlivněn předchozím vnímáním a zkušeností,
- v průběhu percepce jsou utvářena **podvědomá hodnotící hlediska**, která jsou spojena s vnímanými objekty,
- proces percepce je **subjektivním dějem**, protože se na něm podílí osobnost jako celek a různé složky osobnosti,
- základním předpokladem vnímání je přiměřená **úroveň smyslů a senzitivita člověka**.

Kohoutek vnímání každého člověka do větší či menší míry přisuzuje závislost na sociálních faktorech, na očekávání, sociální zkušenosti a na afektivitě vnímajícího. Realitu také dle něj nevnímáme objektivně, ale často podle osobního významu, jaký má pro nás. Sociální percepce dle Kohoutka znamená především, že mezi vnímaným objektem a vnímajícím subjektem existuje něco jako sociogenní filtr. Nevnímáme tedy vždy skutečnou objektivní realitu, ale často vidíme svět očima druhých. Sociální percepce způsobuje, že tatáž aktivita, osoba, vlastnost nebo věc bývá někým vnímána jako něco podstatného, prvořadého (figura) a jiným člověkem je vnímána jako pozadí (jako něco nepodstatného). Sociální percepce je tedy jev výběrový, subjektivní a problematický. (Kohoutek, 2002)

Nadřazeným pojmem vnímání (percepce) je poznávání (kognice). Poznávání druhých je více než vjem a jde o proces zpracovávání informací. Je to náročný proces, proto si ho lidé snaží zjednodušovat. Zjednodušeně řečeno, sociální kognice znamená, jak se lidé vzájemně vnímají a jaké dojmy si o sobě vytvářejí neboli vytváření obrazu toho druhého. Jednou z cest, kterou pro snadnější orientaci v sociálním prostředí využívají, jsou právě sociální schémata. Schéma je kognitivní struktura, která reprezentuje organizované vědění o daném konceptu nebo typu stimulu. Schéma obsahuje charakteristiky konceptu a vztahy mezi charakteristikami (Fiske & Linville, 1980).

S. T. Fiskeová a S. E. Taylorová pokládají za funkční element kognitivního systému jedince sociální schéma, neboli „kognitivní strukturu, reprezentující organizované poznání o daném konceptu nebo typu stimulu“. (in Nakonečný, 2009) Schéma obsahuje jak atributy konceptu, tak i vztahy mezi těmito atributy a je to tedy určité pojetí objektu, zahrnující i jeho behaviorální aspekty. Schémata jsou vytvářena procesy vnímání, paměti a inference (vnášení zkušeností) a umožňují rozpoznávání významů sociálních situací, a tím také instrumentální chování v těchto situacích. Sociálně-kognitivní systémy tvoří funkční jednotu s chováním.

Pro konceptualizaci základní výzkumné otázky budeme vycházet z druhů schémat v sociální kognici, jak je dělí T. Fiskeová a S. E. Taylorová (in Nakonečný, 2009)

- **schémata osob:** kategorizovaná pojetí druhých lidí (jakési psychologické portréty druhých), která umožňují laicky psychologickou identifikaci osob, s nimiž se jedinci nově setkávají, a tím i účelné chování vůči nim;
- **„self-schémata“** (schéma sebe sama): jde o kognitivní zobecnění sebe sama na základě předchozí zkušenosti, jsou součástí self – image, utváří se okolo specifických znaků, které považujeme pro sebe sama za důležité. Například, zda se vidíme jako zodpovědná a pečlivá osoba, či jsme k sobě kritičtí a vidíme se jako nepořádní a lehkomyšní
- **schémata rolí:** Jedná se o struktury znalostí, které máme o normách a o chování, které očekáváme, že by měli mít lidé s určitým postavením ve

společnosti, Připisované: věk, gender, etnicita, dosažené: nabýváme prostřednictvím tréninku nebo osobního úsilí

- **schémata událostí:** - vztahují se k určitým situacím nebo událostem, jde o jakési „scénáře“ typu: co je očekáváno, že se stane v určitém uspořádání situace, ovlivňují naše rozhodování ve věcech jako např. co si obléci na večírek
- **procedurální sociální schémata:** týkají se spíše formálních pravidel a jsou to „obsahově prostá“ pravidla (jako například schéma kauzality), která umožňují specifická spojování dílčích informací, respektive jejich procesování z hlediska účinku, účelu a podobně.

Schématu ovlivňují, to čemu věnujeme pozornost. Častěji věnujeme pozornost věcem, jež odpovídají našim současným schématům Novou informaci přijímá člověk snadněji, pokud zapadá do jeho stávajících schémat. Nové informace je možno klasifikovat a kategorizovat porovnáním nových zkušeností se stávajícími schématy. Lidé jsou tak schopni díky těmto schématům rychleji vstřebat tyto nové informace a rychleji myslet. Pokud ale nová informace neodpovídá existujícím schématům, lidé někdy nové informace zkreslují nebo upravují. Změna schémat může být obtížná a lidé se často drží svých existujících schémat a to přesto, že čelí protichůdným informacím. Změna schémat může být velmi obtížná Příkladem schématu je předsudek, který brání lidem vidět svět tak, jak je a brání jim přijímat nové informace. (Cherry, 2019)

## 2.2 Stručné vymezení dalších pojmů základní výzkumné otázky

**Podpora** – označuje minimální účast pracovníka na činnostech klienta, fakticky se může jednat o podporu verbální (slovní vedení při činnosti), o dohled (pracovník je pouze přítomen) – „aktivní klient, pasivní pracovník“ Dle Kopřivy (2000) jde o nedirektivní přístup, aby přišel na vlastní řešení svých problémů) je v zásadě účinnější, ale časově náročnější postup.

**Možnosti (podpory)** – různé typy intervence – rada, komentář, otázka a rezonance – mají různý potenciál direktivity. Volbou typu intervence přispíváme k určení míry moci, kterou přebíráme v pomáhajícím vztahu. (Kopřiva, 2000)

**Fyzická (pohybová) aktivita** bývá definována jako nakumulovaný souhrn bazálních, zdraví podporujících, sportovních a jiných pohybových aktivit. WHO (2004) definuje pohybovou aktivitu jako „jakoukoliv aktivitu produkovanou kosterním svalstvem

způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“. Pohybovou aktivitu je tedy nutné chápat jako celé spektrum činností v řadě oblastí lidského konání. (Kalman a spol., 2009)

**Klient** – tímto pojmem nazýváme uživatele sociální služeb (v našem konkrétním vymezení jsou osoby s vážným duševním onemocněním)

**Pracovníci sociálních služeb** – Jde o pracovníky splňující předpoklady pro výkon činnosti dle § 115 Zákona 108/2006, o sociálních službách Sb., ve znění pozdějších předpisů.

## 3 ČLOVĚK SE ZÁVAŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

### 3.1 Zdraví, nemoc, disabilita

Zdraví Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala v roce 1948 jako „stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnosti nemoci nebo slabosti“ (WHO, 2014, s.1). Tato definice i přes mnoho výhrad doposud změněna nebyla a nelze jí upírat užitečnost pro její holistický přístup, který není vždy i v současné době uplatňován. K významným výhradám patří to, že popisuje zdraví jako stav a nikoli jako neustále probíhající proces usilující o rovnováhu jak uvnitř lidského organismu, tak i vůči působení vnějších faktorů. Další významnou výhradou je také, že zdraví chápe jako utopický ideál, dosažitelný možná pouze výjimečně obdařenými jedinci (Křížová, 2018).

Z biologického pohledu je zdraví vnímáno jako fungování organismu bez známek poruchy, nemoci či abnormality. Psychosomatické paradigma sleduje propojenost tělesné a psychické stránky člověka. Sociologické pojetí se dívá na zdraví jako na schopnost plnění rolí a dosahování životních cílů. Funkcionální přístup vztahuje zdraví k vlastnostem a schopnostem člověka se vyrovnat s nároky vnějšího prostředí. Z pohledu sociálně-ekologického je na zdraví pohlíženo jako na úspěšnou interakci organismu se systémy nejen přírodními, ale i společenskými. Celostní pojetí zahrnuje jednotu všech předchozích uváděných přístupů. Na závěr je možno zmínit i filozofický pohled, kde zdraví je chápáno jako schopnost životního pohybu. (Křížová, 2018)

Dle mnohých epidemiologických studií se na zdraví z 50-60% podílí životní styl, především kouření, alkohol, strava, pohybová aktivita, stres a rizikové chování a úroveň zdravotní péče má na zdraví obyvatelstva podíl nejmenší (0-10%), Zdraví má svou hodnotu jak individuální, tak i sociální (Petr a Marková, 2014).

Nemoc je v lidovém pojetí chápána jako protiklad zdraví jako např. tmu opakem světla, což je přílišným zjednodušením bohatého a různorodého souboru jevů a termínů označujících zdravotní stav. (Křivohlavý, 2002) Nemoc může být také vnímána různě a nemá jen objektivní stránku, ale i subjektivní. Rozlišovány jsou tři základní roviny, které ne vždy se musí shodovat. První rovinou je objektivně zjiřitelná porucha zdraví (disease –



diagnóza, choroba stanovená odborníkem), druhá rovina značí nemoc z pohledu subjektivního prožívání (illness – stonání ve smyslu pocitu slabosti, nepohody a hledání potřeby pomoci) a třetím rozměrem nemoci je sociální potvrzení nemoci (sickness - uznání role nemocného společnosti) (Křížová, 2018).

*Tabulka 1: Tři pohledy na nemoc daného člověka (Křivohlavý, 2002)*

<b>Úroveň</b>	<b>Proces</b>	<b>Stav</b>
(pohled z hlediska)	(když se stav mění)	(když je stav setrvalý)
I. Organický stav (pohled patofyziologie)	choroba (disease)	poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti (impairment)
II. Funkční stav (subjektivní poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku)	nemoc (illness)	neschopnost pracovat, nezpůsobilost (disability)
III. Sociální stav (pohled druhých lidí na daného člověka)	nezdravý (sickness)	zdravotně postižený člověk, invalida, člověk hendikepovaný, znevýhodněný oproti druhým lidem (handicap)

Definování disability (zdravotního postižení, invalidity) a vyjádření jejího stupně je otázkou nejen odbornou, ale i politickou. Slovo disability znamená různě schopný a z těchto důvodů se začíná používat i v České republice. Jedná se zde o posun od medicínského a sociálního modelu k modelu biopsychosociálnímu, kdy občana s disability nevnímáme jako izolovaného jedince s určitou diagnózou, ale jako někoho, jehož postižení je dáno dynamickou interakcí daného jedince a prostředím, v němž žije. (Švestková a Hoskovcová, 2010)

Zdravotní problémy jsou v mezinárodních klasifikacích WHO nejprve klasifikovány v Mezinárodní klasifikace nemocí (aktuálně MKN-10), jež poskytne etiologický rámec. Funkční schopnosti a disability způsobené zdravotními problémy jsou klasifikovány v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), což je víceúčelová klasifikace, která byla přijata jedna ze sociálních klasifikací Organizace spojených národů a začleněna jako referenční systém pro standardní pravidla pro rovnost příležitostí osob se

zdravotním postižením. Funkční diagnóza je v průběhu porušeného zdravotního stavu stejně důležitá jako diagnóza etiologická a s odstupem času je v mnoha situacích i důležitější (Čeledová a Čevela, 2010).

### **3.2 Duševní zdraví a nemoc**

Duševní zdraví dle WHO je „stav pohody, ve kterém si jedinec uvědomuje své vlastní schopnosti, dokáže se vypořádat s běžnými životními stresy, může pracovat produktivně a je schopen přispívat do své komunity.“ (WHO, 2001.) Duševní zdraví znamená schopnost přizpůsobení se situacím a adekvátní reagování na ně (Petr a Marková, 2014).

Předpoklady, že nemoc jako sociální kategorie určuje stav jedince, jež dle předpokladů společnosti znemožňuje jeho nositeli plnění obvyklých rolí, a který nemůže vlastní vůlí odstranit dávají duševním onemocněním oprávněnost v Mezinárodní klasifikaci nemocí. Osvětová aktivita v otázkách duševních poruch se v minulosti uskutečňovala v tom smyslu, „že duševní nemoc je nemoc jako každá jiná“. Kritici psychiatrie odsuzovali už samotný pojem „duševní nemoc“, kde argumentovali především nesrovnatelností podkladů pro závěry v somatické medicíně a v psychiatrii. Spíše než říkat, že duševní nemoc je nemoc jako každá jiná, bylo by výstižnější říci, že duševní nemoci jsou pravé nemoci ve smyslu omezené společenské výkonnosti a nemotivovanosti vzniku, ale v mnohém se odlišují od nemocí somatických (Chromý, 1990).

Během lidského vývoje jsou v neustálé interakci psychologické, sociální, kulturní i biologické faktory, a protože nelze jednoznačně říci, které z nich jsou významnější, mluvíme o biopsychosociálním modelu nemoci. Z biologických vlivů jsou jako prvotní genetické faktory, křehké nebo nevyrovnané založení organismu. Další vlivy mohou mít původ z poruch vývoje raném dětství, kdy nepříznivé podmínky pro vývoj dítěte působí na biologické nastavení organismu a utváření neurobiologických okruhů v mozku, jež souvisejí se základními emočními reakcemi na zátěž. Na podkladě zranitelnosti, vzniklé kombinací těchto vlivů, pak v období zátěže se rozvíjí klinická porucha. Vliv sociálních faktorů může být značný na rozvoj, průběh a závažnost psychické poruchy, ale také mohou být i bezprostředními spouštěči psychické poruchy (Praško a Látalová, 2013).

### 3.2.1 Klasifikování duševních onemocnění

V minulosti byly vyčleněny tři hlavní etiologické okruhy duševních poruch - organické, endogenní a psychogenní poruchy. Vzhledem k tomu, že současný stav vědomostí je nedostačující pro přesné určení etiologie nemoci, jsou používána deskriptivní klasifikační systémy, kde se duševní poruchy zařazují do skupin na základě společných znaků (Praško a Látalová, 2013).

V České republice je používána 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a duševní onemocnění spadají do páté kapitoly, kód F “Poruchy duševní a poruchy chování” (F00–F99).

*Tabulka 2: Základní diagnostické kategorie duševních poruch dle MKN-10 (Slovák et al, 2018)*

kód	Název
F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10–F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50–F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70–F79	Mentální retardace
F80–F89	Poruchy psychického vývoje
F90–F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Diagnostika je v MKN-10 rozčleněna do tří os, jež by měly napomáhat individualizování diagnostického procesu a mapování psychosociální faktorů: I.osa zahrnuje klinické diagnózy (duševní, somatické, osobnost); II. osa by měla popisovat fungování v oblastech jako je péče o sebe, pracovní výkonnost atd. a III. osa mapuje vlivy zevního prostředí. Osy II. a III., které bývají v psychiatrických vyšetřeních zastoupeny spíše formálně a někdy zcela chybí, jsou důležité právě pro experty v sociální oblasti (Probstová a Pěč, 2014).

Osa II je analogií V. osy amerického diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DMS), kde se využívá diagnostického nástroje GAF – Global Assessment of Functioning. (Hosák et al, 2015). V poslední verzi DSM-5 již samostatná osa V už neexistuje a nástroj GAF byl vyjmut a psychiatrům je doporučován nový nástroj pro hodnocení globálního fungování a poškození, dotazník WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule 2.0) (Gold, 2014), což je nástroj pro použití Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF- viz níže v textu) v praxi. Škála GAF (0-100 bodů) je přesto stále široce využívána v klinických a výzkumných prostředích a byla shledána jako smysluplný nástroj pro psychiatrické, právní, administrativní a pojišťovací systémy a instituce (Gold, 2014). V MKF jsou vyhodnocovány tyto domény: porozumění a komunikace; mobilita; sebeobsluha; vztahy s lidmi; životní aktivity (domácnost, práce, škola); účast (participace) ve společnosti (Pfeifer a Švestková, 2008)

### **3.2.2 Definování závažného duševního onemocnění (SMI)**

I když pro přesné vymezení pojmu závažné duševní onemocnění (SMI – severe mental illness) stále neexistuje přesná shoda, toto vymezení okruhu klientů se jeví jako užitečné pro plánování péče o duševní zdraví v komunitě. Jako hlavní rys těchto klientů je těžká dysfunkce i po 2 letech trvání psychiatrické péče. Toto kritérium poskytuje ve srovnání s psychiatrickou diagnózou větší množství užitečných informací fungování, sociálních korelacích a výsledku léčebných strategií (Parabiaghi et al, 2006). Lidé se SMI obvykle splňují alespoň jedno z následujících kritérií: 1. podstoupili intenzivnější psychiatrickou léčbu, než je ambulantní péče více než jedenkrát za život, 2. zažili jednu epizodu nepřetržité, strukturované podpůrné péče jiné než hospitalizace. Také současně selhávají ve fungování rolí, kdy po dobu nejméně 2 let splňují ještě nejméně dvě z následujících kritérií: 1. jsou nezaměstnaní, jsou zaměstnaní v chráněném prostředí nebo mají výrazně omezené dovednosti a špatnou pracovní historii, 2. vyžadují veřejnou finanční podporu při životě mimo nemocnici a nemusí být schopni získat tuto podporu bez pomoci, 3. prokazují vážnou neschopnost vytvořit nebo udržovat osobní systém sociální podpory, 4. vyžadují pomoc v základních životních dovednostech 5. vykazují nevhodné sociální chování, což má za následek ze strany péče o duševní zdraví a/nebo soudního systému. (Anthony a kol., 2002)

V současnosti se převážně vychází z definice vytvořené v roce 1987 americkým Národním institutem pro duševní zdraví, za hlavní kritéria jsou považovány diagnóza neorganické psychózy nebo poruchy osobnosti, minimálně dvouletá anamnéza duševní nemoci a funkční postižení. (Probstová a Pěč, 2014)

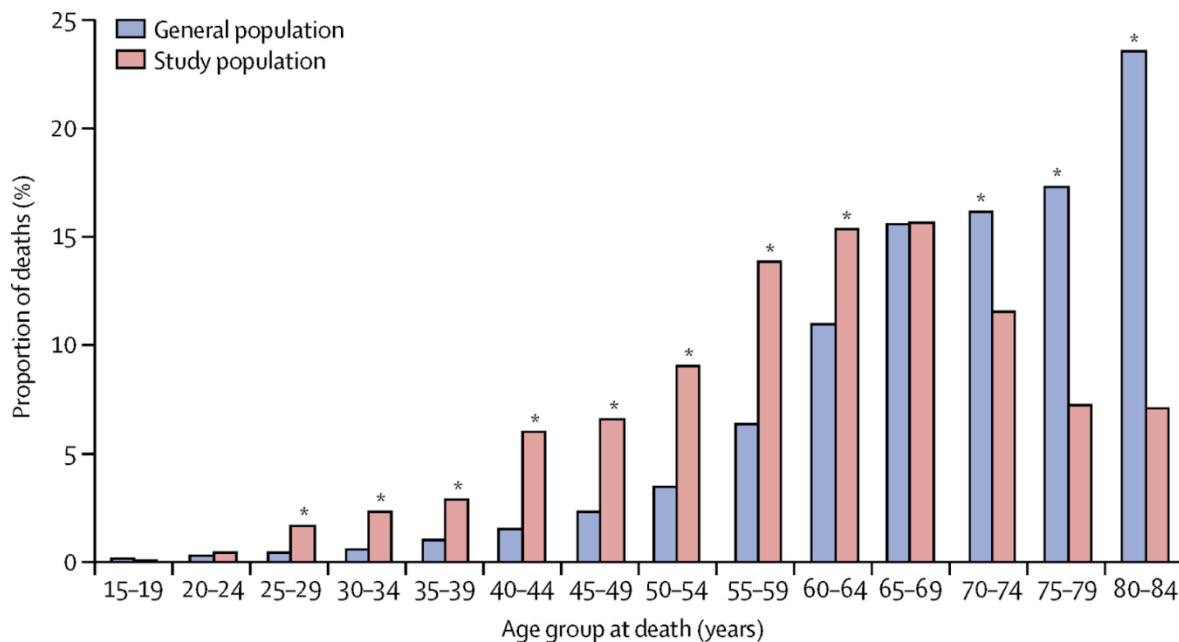
Lidé se SMI jsou u nás cílovou skupinou nedávno vzniklých Center duševního zdraví a ta je vymezeny následovně: a) diagnostické okruhy F2, F3 (eventuálně F42 a F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62) b) trvání onemocnění (déle než dva roky, c) funkční narušení (skóre GAF je menší nebo rovno 60, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění. (MZČR, 2021)

### **3.2.3 Přidružená onemocnění a životní styl lidí se SMI**

Můžeme konstatovat, že u lidí se SMI je zvýšené riziko fyzického onemocnění a předčasného úmrtí, což může být částečně spojeno i s nezdravými životními návyky. Nadměrná úmrtnost lidí se SMI byla v roce 2015 označena WHO za hlavní výzvu pro veřejné zdraví vyžadující akci. Dle studií lidé se SMI umírají asi o 10-20 let dříve než běžná populace a to přesto, že většině z těchto fyzických nemocí lze ale předcházet. Fyzické zdraví lidí se SMI bývá mnohdy ignorováno nejen jimi samotnými, ale i jejich okolím a zdravotními systémy (WHO, 2016). „Směrnice WHO o řízení stavů fyzického zdraví dospělých se závažnými duševními poruchami“ poskytují praktickým lékařům doporučení založená na důkazech o tom, jak rozpoznávat a řídit komorbidní stavy fyzického a duševního zdraví (WHO, 2018). Nejčastějšími příčinami úmrtí stejně jako u obecné populace, tak i u lidí bývají kardiovaskulární choroby. Oproti obecné populaci, kde je to polovina, u pacientů se schizofrenií jedná o dvě třetiny úmrtí. (Malý a Masopust, 2010)

Větší úmrtnost lidí s duševními poruchami byla potvrzena celostátní, registrovou, retrospektivní studií i v českém prostředí.

Obrázek 1: Věk v době úmrtí ve studované populaci oproti běžné populaci v roce 2014 (Zdroj: 52)



V této studii byla využita rutinně sbíraná data ze dvou celostátních registrů: registru propuštěných pacientů (od 1. ledna 1994 do 31. prosince 2013) a registru příčin úmrtí (od 1. ledna 1994 do 31. prosince 2014). Studijní populaci tvořily osoby, jež měly v anamnéze propuštění z českých ústavů pro duševní zdraví s příslušnými diagnózami MKN-10 (F10–19; F20–29; F30–39; F40–48; F50–59; F60–69; F80–89; a F90–99; a nikoli F00–09 a F70–79), a kteří byli naživu 1. ledna 2014. U osob s výše jmenovanými duševními poruchami, bylo zjištěno více než dvojnásobné riziko úmrtí oproti běžné populaci. Rozdíly byly značné i mezi diagnostickými skupinami. Nejvyšší riziko úmrtí bylo u poruch souvisejících s užíváním návykových látek, kde to odpovídalo 3,5 násobku., následovala schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy s násobkem a poruchy osobnosti s násobkem 2,3. U neurotických, stresových a somatoformních poruch bylo zaznamenáno 1,8 násobné riziko úmrtí než u běžné populace a u poruch nálady šlo o 1,6 násobek. Zjištění studie jsou obzvláště důležitá v kontextu probíhajících reforem péče o duševní zdraví. (Krupchanka, 2018)

Ve srovnání s běžnou populací mají lidé se SMI vyšší prevalenci rizikových faktorů pro rozvoj kardiovaskulárních chorob a dalších přidružených nemocí jako cukrovka či vysoký krevní tlak. (Kitzlerová, Motlová a Dragomirecká, 2008). Málo zmiňovaným je riziko tromboembolické nemoci, které je vyšší při hospitalizaci, imobilizaci a při léčbě

antipsychotiky. Rozvoj tohoto onemocnění má také ovlivněn životním stylem, špatnou životosprávou s nedostatkem pohybu (Malý a Masopust, 2010). Některá psychofarmaka mohou mít vliv na tělesnou hmotnost a bývají častým důvodem k vysazení medikace. Vzestup, ale i pokles hmotnosti je individuální. Vzestup hmotnosti nastává většinou v prvních týdnech a je znatelnější u původně štíhlých pacientů. (Svačina, 2002).

Kouření má u lidí se SMI dvakrát až třikrát vyšší prevalenci (60-80%) než obecné populaci (25%) a také kouří často s větší intenzitou. (Králiková, 2016), což podmiňuje vznik kardiovaskulárních onemocnění, karcinomu plic a respiračních onemocnění. Kouření může ale mít také negativní vliv na účinnost léků, především antipsychotik, což vede pro dosažení terapeutického efektu ke zvyšování dávek. (Malý a Masopust, 2010).

Mimo zmiňovaná somatická onemocnění a následného zvýšení mortalitly trpí lidé se s duševním onemocněním také sníženým sebevědomím, což se může odrazit ve snížení spolupráce v léčbě a zvýšenému riziku relapsu onemocnění. Navzdory tomu, že vyšší výskyt rizikových faktorů jako je kouření, nadváha až obezita, vyšší konzumace alkoholu, nevhodné stravovací návyky a nedostatek pohybu u lidí se SMI, je dnes již prokázáný, přesto je to stále podceňováno. (Kitzlerová, Motlová a Dragomirecká, 2008).

Pro uvedená zjištění České republiky v rámci projektu SOMA (Systematic Targeting of Metabolism and Activity realizovaném) byl koncipován komplexní systém pro screening rizikových faktorů a intervencí a intervencí u hospitalizovaných psychiatrických pacientů. Při přijetí pacientů do lůžkové psychiatrické péče by ze získaných dat z laboratorních vyšetření a osobních údajů o váze, výšce obvodu pasu a dalších údajů anamnézy, by měl tento systém automaticky vygenerovat oznámení o rizikových přijatých psychiatrických pacientech a tím předcházet rozvoji kardiovaskulárních onemocnění (Páv, et al. 2016)

Pro výběr vhodné následné terapie i jako prevence před vznikem těchto onemocnění je nutné pro terapeuta být informován o těchto možných přidružených onemocněních lidí se duševním onemocněním. Po zapojení fyzické aktivity do terapie osob se schizofrenií se zlepšila jejich kardiorespirační zdatnost (Vancampfort et al., 2015).

Příčiny zvýšeného kardiometabolického rizika lidí s duševním onemocněním nemusí vždy souviset přímo s nemocí jako jsou nežádoucí účinky psychofarmak, životospráva, ale mohou zahrnovat i faktory nesouvisející přímo s léčbou nemoci např. nedostatek financí, omezený přístup k lékařské péči (Newcomer, 2007). Nedostatek financí může mít podstatný vliv na preferování levných, často kalorických potravin. (Kitzlerová, Motlová a Dragomirecká, 2008)

### **3.2.4 Socioekonomická situace osob se SMI**

Jak bylo výše zmíněno na zdraví a životní styl lidí může mít vliv i jejich ekonomická situace. Mnozí lidé s problémy z psychotického okruhu mají závažné problémy v sociální oblasti a žijí často pod hranicí chudoby. Přispívá k tomu i současný systém zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Nezaměstnanost lidí propuštěných z lůžkové péče čerpajících komunitní psychiatrické služby v r 2015/2016 přesahovala 82% a ani hodinu v jakémkoliv zaměstnání nestrávilo 63% lidí. Více než 90% z obou těchto skupin čerpalo invalidní důchod, což byl v té době zdroj jejich nejvyššího příjmu 30% z nich pak nedosahovalo čistého měsíčního příjmu vyššího než 8 500 Kč a příjem vyšší než 12750 Kč neměla ani čtvrtina (Kondrátová, 2018).

V České republice patří duševní onemocnění ke čtyřem nejčastějším příčinám přiznání invalidního důchodu. Oproti ostatním skupinám žadatelů byl u skupin osob s duševním onemocněním přiznán určitý stupeň invalidity přiznán v mladším věku, což má vliv i na jeho výši kvůli nedostatečné době pojištění. Lze také identifikovat závažnou socioekonomickou situaci v případě, kdy z důvodu nedostatečného podílu odpracovaných let i přes přiznanou invaliditu nemají na výplatu invalidního důchodu nárok. Kromě invalidního důchodu mohou být i příjemci příspěvku na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kde dle odborníků dochází k podhodnocení či k její úplné negaci. Dochází k tomu z důvodu, že příspěvek na péči je orientován na somatická a mentální onemocnění a projevy duševních onemocnění nezohledňuje. Dalšími příjmy mohou být dávky státní podpory dle zákona č.č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů a dávky hmotné nouze dle zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů., jež jsou většinou závislé na příjmech domácnosti a zdravotní stav nezohledňují. Zde by v podstatě neměli být lidé s duševním onemocněním znevýhodněni oproti jiným zdravotně



oproti osobám se somatickým či mentálním onemocněním. Otázkou je pouze to, zda o podmínkách jejich poskytování mají dostatečné informace a jsou schopni bez pomoci si podat patřičné žádosti. Dalším finančním zdrojem by mohly být dávky sociální péče jež jsou upraveny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, jež upravuje příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a průkaz pro osobu se zdravotním postižením, z něhož plynou také některé i finanční benefity i když mnohdy ne přímo finanční částkou, ale v podobě výrazných slev např. v dopravě či vstupů zdarma. Zde osoby s duševním onemocněním, stejně jako u výše zmiňovaného příspěvku na péči, zřídka splňují podmínky dané zákonem a příslušnou vyhláškou. Vzhledem k tomu, že Reforma psychiatrické péče směřuje péči mimo lůžková zařízení, což přinese zvýšenou potřebu dojíždění pacientů/klientů za potřebnou lékařskou a sociální péčí bude muset být řešena i problematika tato problematika (Evaluation, 2020).

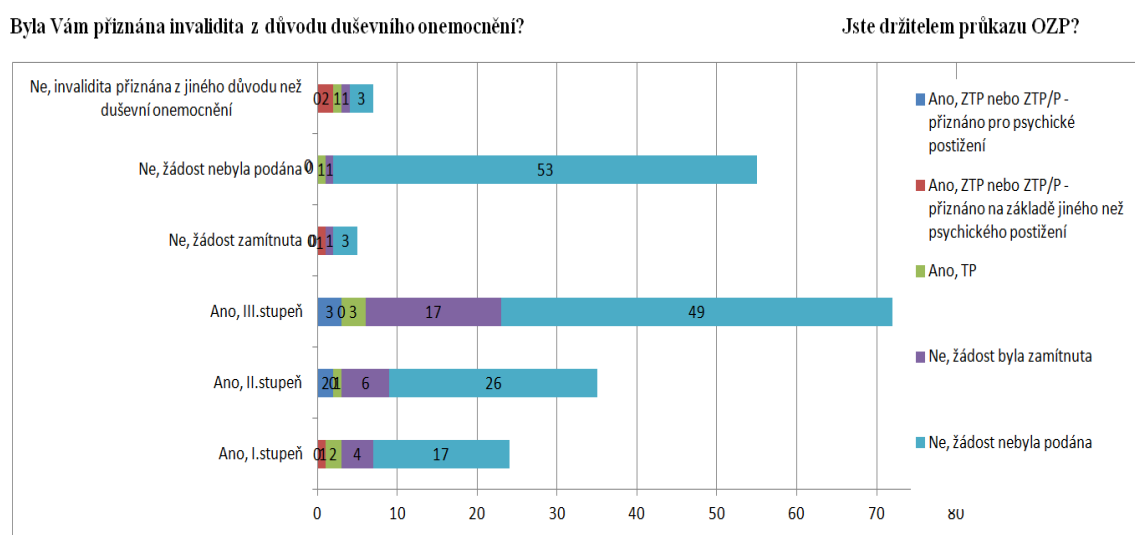
Na skutečnost, že lidé s duševním onemocněním nemohou často využívat slevy v dopravě jako ostatní lidé se zdravotním postižením, jejichž jediným příjmem bývá často pouze invalidní důchod je upozorňováno minimálně od doby zrušení slev pro invalidní důchodce 3.stupně ve vlakové dopravě. Více se na tuto problematiku začalo upozorňovat v souvislosti s plošnými slevami v dopravě pro lidi nad 65 let a studenty v roce 2018, když skupina invalidních důchodců byla vládou opomenuta, kdy se na tuto situaci snažila upozornit předsedu vlády Anderje Babiše poslankyně Olga Richterová nejdříve písemnou (Martinek, 2019) pak i ústní interpelací (Richterová, 2020). Vzhledem k současné pandemické situaci už tato problematika nebyla řešena.

S průkazem OZP se pojí i další nepřímé benefity jako slevy na vstupy do sportovních zařízení, (např. bazénů), vstupy na různé výstavy, divadelní představení či kulturních památek, kde mají držitelé průkazů ZTP či ZTP/P vstupy někdy i zdarma. Jako nejdůležitější dle dotazníkového šetření (Vitovská, 2019), lidé s duševním onemocněním zmiňovali právě finanční náročnost cestování, kdy jim náklady na dopravu za prací, k lékaři a jinými důležitými činnostmi či službami, spotřebují značnou část už i tak nedostačujících příjmů a možnost slev by uvítali. Respondenti měli možnost připsat vlastní komentář. Následující vystihuje výše popsanou problematiku finanční náročnosti dopravy a nutnosti řešení této

problematiky: „Pro člověka nemocného s duševním omezením, který bydlí daleko od možnosti pracovat na snížený úvazek, případně se po nemoci postupně zařazovat pracovní např. 2 dny v týdnu, pak 2 měsíce 3 dny – jsou náklady na dopravu tak vysoké, že pak pracuje pouze na to jízdné.”

V šetření jsou respondenti dotazováni mimo jiné i na to, zda jim byla přiznána invalidita z důvodu duševního onemocnění a zda jsou držiteli průkazu OZP.

Obrázek 2: Invalidita osob s duševním onemocněním a průkaz OZP - průběžné výsledky 15.9.2019-25.11.2019 (Vitovská, nepublikováno)



Průběžné vyhodnocení proběhlo naposledy v 25. listopadu 2019, kdy od 15. září 2019 odpovědělo 198 respondentů. Z těchto 198 respondentů 72 odpovědělo, že jim byla přiznána invalidita 3. stupně. Z nich pak pouze odpověděli tři, že jsou držiteli průkazu ZTP či ZTP/P. z důvodu duševního onemocnění, 3 držiteli průkazu TP, jež držiteli neumožňuje participovat na většině finančních benefitů jako jsou např. výše zmiňované slevy v dopravě. Zajímavé je to, že z těchto 72 respondentů, jimž byla přiznána invalidita 3. stupně 49 respondentů odpovědělo, že o průkaz OZP nepožádali. Na důvod, proč o průkaz OZP nepožádali nebyli respondenti tázáni, přesto někteří tento důvod doplnili z vlastní iniciativy. Více se k tématu průkazu OZP a rozepsala respondentka, která uvedla, že o průkaz nežádala, protože dopředu předpokládala, že na něj nemá nárok, kdy si předem vyhodnotila, že nesplňuje kritéria:

*... Já o průkaz OZP ani nežádala, rovnou mi přišlo, že nemám ani ten nejmenší nárok. Protože většinou jsou kolem mě lidi, co mají průkaz buď na tělesné postižení, smyslové a případně třeba mají poruchu autistického spektra – což mi dává logiku, podmínkou přeci je, že dotyčný člověk MUSÍ mít problém s pohybem nebo s orientací. Což já nemám, mnoho lidí s duševním onemocněním taky ne a já tedy vidím problém právě v této podmínce. Takže se dostávám do situací, že by se mi někde hodil průkaz, ale mužů tak leda mávat potvrzením od CSSZ o ID 3. stupně, ale tento kus papíru neznamena bohužel nic. A když se mě ptají, proč nemám kartičku tak vysvětluji, že bohužel ne všichni ti, co mají ID 3. stupně mají zároveň nárok na průkaz OZP. Takže lidi s duševním onemocněním mohou být sice osoby se zdravotním postižením, ale na průkaz nárok nemají, pakliže nemají prokazatelně problém s pohybem a orientací...*

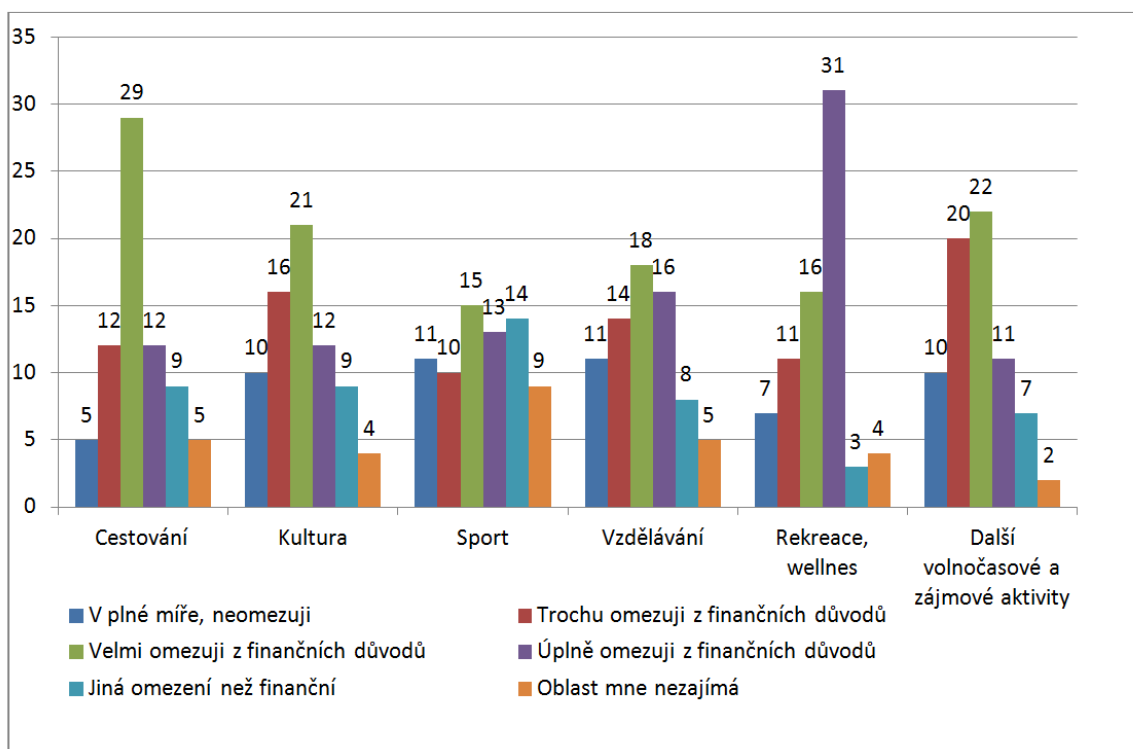
Jiná respondentka zase napsala, že o možnosti požádat průkaz OZP zase vůbec nevěděla:

*O tom, že mám nárok na průkaz pro invaliditu (duševní nemoc) jsem vůbec nevěděla. Nikdo mě na tuto možnost neupozornil – žádný úředník např. na správě sociálního zabezpečení a ani můj lékař...*

Jak odpovědělo 72 respondentů pobírající invalidní důchod 3. stupně na otázku, do jaké míry jim jejich finanční situace umožňuje cestovat můžeme vidět zde:

Obrázek 3: Míra účasti lidí se SM na cestování a zájmových aktivitách v závislosti na finanční situaci (Vitovská, nepublikováno)

**Do jaké míry Vám umožňuje Vaše finanční situace cestovat a účastnit se různých zájmových aktivit? N=72 - osoby s přiznanou invaliditou III.st. z důvodu duševního onemocnění**



Dotazníkové šetření je stále aktivní a k dnešnímu dni 10.12. 2021 jej vyplnil 301 respondent. Dotazník byl distribuován pouze v elektronické podobě převážně sdílením na sociálních sítích (např. facebookový skupině lidí se zkušeností s duševním onemocněním) a pomocí e-mailu, tudíž je pravděpodobné, že mohou převažovat odpovědi respondentů, kteří jsou na tom možná o něco lépe oproti proběhlým v komunitních zařízeních sociálních služeb.

Každopádně s tvrzením Václava Krávy, předsedy Národní rady osob se zdravotním postižením uveřejněném v deníku Právo (Martinek, 2019), že je současný systém dobře nastaven a že:

*... většina lidí průkazku ZTP má ...*

se nedá souhlasit, protože na tuto otázku nebyli schopni dát odpověď ani příslušní pracovníci Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, když jim byl podobný dotaz

na základě zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím podán (MZČR, 2020a). Na dotaz k počtu osob, jimž byla přiznána invalidita 3.stupně a nejsou držiteli průkazu ZTP či ZTP/P bylo sděleno, že pro danou informaci nejsou data a příslušný pracovní potvrdil domněnku ve daném dotazu, že jde o oddělené systémy, které nelze snadno spárovat. Na druhý dotaz, kolik dospělých osob mladších 65 je držitelem průkazu ZTP či ZTP/P bylo přiznán průkaz z důvodu psychického postižení dostala tazatelka odpověď, že:

*... MPSV nedisponuje informací o zdravotním stavu (pro účely přiznání průkazu OZP) u všech držitelů - k dispozici je tato informace v příslušném informačním systému pouze u průkazů, které byly přiznány Úřadem práce ČR od roku 2014 do současnosti (...) V aktuálních datech se tato absence projevuje tak, že např. v listopadu 2019 byla z celkového počtu držitelů průkazů OZP (celkem 382 tis.) informace o zdravotním stavu "pouze" u cca 201 tis. případů (cca 53% držitelů) (...) v tomto měsíci zbývalo cca 181 tis. držitelů, u kterých ÚP ČR nedisponuje informací o zdravotním stavu podle vyhlášky č. 388/2011 Sb. Pro dokreslení situace Vám zasílám v příloze statistiku počtu průkazů OZP...*

Z poskytnuté statistiky bylo možno a veřejně dostupných údajů o vyplacených důchodech bylo učinit pouze jen hrubý odhad počtu invalidních důchodců, kteří nejsou současně držiteli průkazu ZTP či ZTP/P, a to cca 50 tis. osob pobírajících invalidních důchod 3.stupně. Souhrnná data jsou k dispozici pouze o vyplácených důchodech, a ne o přiznané invaliditě, a tak nevíme, kolik je osob uznaných invalidními je ještě navíc mimo počty uvedené ve statistikách vyplácených důchodů. Tato skutečnost, jak bylo výše psáno, právě u osob se závažným duševním onemocněním může nastat častěji než u jiných onemocnění. Reforma psychiatrické péče takto odkrývá stále další a další nedostatky systému sociální péče a podpory zdravotně postižených, kde osoby se závažným duševním onemocněním a jejich podpora je dlouhodobě přehlížena. A možná jak napsali autoři v závěru své studie o socioekonomické situaci osob s psychotickým onemocněním v České republice (Kondrátová, 2018), by se dalo i v tomto případě napsat, že:

*... Tato situace je neobhájitelná a vykazuje prvky strukturální diskriminace.*

## 4 SOCIÁLNÍ PRÁCE V SYSTÉMU PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

### 4.1 Přístupy a metody v sociální práci s lidmi se závažným duševním onemocněním

Posláním sociální práce je vedení dialogu mezi tím, co požaduje společnost ve svých normách a přáním klienta. Odborností pracovníka je pak umění být prostředníkem mezi normami společnosti a přesvědčením klienta. Pracovník v roli prostředníka zde působí na obě strany – na normy společnosti i na klientovo chování (Úlehla, 1999).

Pro sociální práci existuje mnoho definic a představ v závislosti na společenském a politickém kontextu a také době jejího vzniku. Teoreticky je možno sociální práci ukotvit v konceptech, jež vycházejí z historického vývoje sociální práce v USA a na nichž stojí základy sociální práce.

Tabulka 3: Teoretické koncepty sociální práce (Máhrová, 2008)

Koncept	Definice sociální práce	Hlavní představitelé
Psychosociální	SP je psychosociální pomoc jedincům, kteří ztroskotali ve svém sociálním přizpůsobení	Hollisová
Systémový	SP se zabývá problémy, které vznikají v interakcích mezi klienty a jejich prostředím	Pincus, Minahanová
Ekologický	SP se zabývá problémy, které vznikají jako problémy adaptace klientů v prostředí sociálním a fyzickém	Germain, Gitterman
Úkolový	Způsob pomoci lidem s jejich životními problémy	Reid, Epsteinová
Sociální fungování	Pomoc jednotlivcům a systémům zlepšovat jejich sociální fungování a měnit sociální podmínky tak, aby chránily jednotlivce a systémy před potížemi ve fungování	Sheafor, Horejsi

Dle konceptu sociálního fungování Navrátil uvádí „Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí (sociální fungování).“ (Navrátil, 2001)

Nejnovější mezinárodní definice sociální práce, na níž se shodly Mezinárodní asociace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce vymezuje sociální práci *jako profesi podporující změny, řešení problémů v oblasti mezilidských vztahů a umožňující lidem zvyšovat kvalitu jejich životů. Sociální práce se s využitím teorií lidského chování a sociálních systémů uplatňuje v situacích, kdy lidé a prostředí na sebe vzájemně působí. Základními principy sociální práce jsou lidská práva a sociální spravedlnost.* (Mahrová a Venglářová, 2008)

V oblasti péče o duševní zdraví je sociální práce součástí intervencí, jež mohou mít různý obsah i cíle, a to od krátkodobého působení pro obnovení stavu duševní rovnováhy (např. krizová intervence) až po dlouhodobou léčbu duševních poruch. (Matoušek, 2010)

V přístupu lidí s duševním onemocněním dochází k posunu paradigmatu, kdy lidé s duševním onemocněním nejsou vnímáni jako „objekty“ charity, zdravotní léčby a sociální ochrany, nýbrž „subjekty“ s právy. Jsou vnímáni jako lidé, kteří jsou schopni nároky na svá práva uplatňovat, přijímat rozhodnutí o svém životě a činit rozhodnutí na svobodném a informovaném souhlasu a být tak aktivním členem společnosti. Na základě tohoto nového paradigmatu přicházejí i nové výzvy pro spolupráci a organizaci systému, kde péče o duševní zdraví probíhá v komunitě skrze multidisciplinární týmy, které jsou propojené na akutní péče a fungují v jasně vymezených regionech. Zavádění multidisciplinárního přístupu má za cíl přispívat ke snižování a zkracování pobytu lidí s duševním onemocněním ve fázi nemoci mimo jejich přirozené prostředí a předchází jejich vyčlenění ze společnosti, popř. pomáhá s jejich zapojením do běžného života. Taktéž je cílem včas a efektivně působit tam, kde se vyskytuje riziko vzniku duševního onemocnění. V multidisciplinárním přístupu je stěžejní společné porozumění celostnímu (holistickému) pojetí přístupu ke zdraví. Na holistický přístup přímo navazuje bio-psycho-socio-spirituální pojetí zdraví člověka. Aby docházelo k plnému využití potenciálu dovedností a umu všech členů týmu, měly by týmy co možná nejvíce pracovat ve smyslu tohoto pojetí. (MZČR, 2017b) Systémy péče o lidi se závažným duševním onemocněním trpí mnoha problémy jako je nerovnováha mezi potřebou klienta a poskytovanými službami, fragmentace služeb a chybějící návaznost služeb, podcenění klíčových služeb, nedostatečné zapojení dobrovolníků či blízkých klienta. a problémy v otázce odpovědnosti. (Stuchlík, 2001)

#### 4.1.1 Zotavení (recovery)

Zotavení (recovery) dle Antonyho je „je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“(Anthony, 1993)

Zotavení je vlastně normálním adaptivním procesem, který následuje po tragédii. Ragins s odkazem na Elizabeth Kübler-Rossovou a Helen Kellerovou popsal, že proces zotavení z těžké duševní nemoci probíhá ve čtyřech fázích. naději, zplnomocnění, přijetí zodpovědnosti a nalezení smysluplné role. Tuto cestu k zotavení si můžeme představit jako žebřík s jehož pomocí stoupáme k cíli. Tato cesta není lineární proces a člověk se může na své cestě i vrátit na nižší příčku. Pokud je daná situace dobře uchopena a zpracována, může jít o významnou zkušenost.

V první fázi NADĚJE potřebuje člověk, který prožívá zoufalství nabyt pocit, že může být a bude lépe. Naděje je velkým motivačním prvkem, ale byla skutečně motivující musí mít konkrétní podobu vize, jaké by to mohlo být, kdyby to bylo lepší.

V další fázi ZPLNOMOCNĚNÍ je potřeba zaměřit se na to, co může člověk udělat sám. Pro pocit zplnomocnění je třeba mít přístup k informacím a možnost se sami rozhodovat. Zde je stále možné, že zpočátku bude mít potřebu podpory, aby se netrápil prohrami a spíše se soustředil na své silné stránky. Než nabydou jistoty a budou si sami věřit, občas potřebují a v něj věřil i někdo jiný. Často lidé potřebují úspěch zažít a až pak uvěří, že mohou být úspěšní.

Jak se postupně lidé s duševním onemocněním zotavují přichází uvědomění potřeby převzít ODPOVĚDNOST ZA SEBE SAMA. To značí potřebu začít riskovat, zkoušet nové věci, učení se z vlastních chyb a selhání, ale zároveň se odpoutat od pocitů viny, hněvu a zklamání pojících se nějakým způsobem s onemocněním. K úplnému zotavení je potřebují lidé získat nějakou SMYSLUPLNOU ŽIVOTNÍ ROLI, která nesouvisí s onemocněním. Nově získané postoje jako naděje, důvěra a odpovědnost za sebe sama, je třeba uplatňovat v



běžných rolích zaměstnance, rodiče, souseda atd. Je velmi důležité se připojit k širšímu společenství a potkávat se se lidmi, kteří nemají nic společného se světem péče o duševní zdraví. Smysluplné role izolaci ukončí a lidem s duševním onemocněním pomohou ve zotavení a započítí žití vlastního života (Ragins, 2018).

Lidé se zkušeností s duševním onemocněním vidí sami pro zotavení jako klíčové následující oblasti:

- Práce s nadějí, kde je důležitá otevřenost k možnostem budoucí životní dráhy a neuzavírání se předem některým možnostem jen proto, že člověk zrovna prochází nebo procházel duševním onemocněním.
- Rozvoj silných stránek, kde je věnována pozornost rozvoji potencionálu a talentu člověka. Tedy tomu, co může spíše než tomu, co nemůže.
- Celistvý přístup, kde je podpora člověka zaměřena na všechny oblasti života (bydlení, finance, práci, volný čas, vztahy osobnostní růst atd), ne jenom na zdravotní (nemoc a kontrola symptomů)
- Sebeurčení, kdy je hlavním vodítkem pro práci s člověkem je to, co on pokládá důležité kroky ke svému zotavení
- Zplnomocňování, k němuž dochází podporou člověka směřujícího ke schopnosti rozhodovat o svém životě tak, aby byl sám schopen řídit svůj život. Aserktivní přístup, proaktivní intervence primárně nevyžádané člověkem, by měly být realizovány jen v situacích, kdy není v kontaktu s realitou a není schopen přebrat plnou zodpovědnost za své jednání a rozhodování. Tyto intervence by měly trvat co nejkratší dobu a měly by být předem domluveny a součástí krizového plánu člověka.
- Respekt, při kterém je práce s člověkem založena na partnerském přístupu. Všechna práva jsou plně respektována, podporována a naplňována
- Individuální přístup v práci s člověkem. Každý má svou specifickou cestu k zotavení a není možné uplatňovat stereotypní přístupy. S každým člověkem je proto vypracováván individuální plán zotavení
- Podpora peer pracovníkem, který předává vlastní zkušenost s duševním onemocněním, kontaktem se službami a s hledáním cesty k zotavení. Tuto jedinečnou zkušenost není možné získat žádným tréninkem.

Znakem moderně pojatých systémů péče o duševní zdraví je přechod od přístupu biologického k přístupu celostnímu. K medikaci a farmakologickým intervencím by se zotavením měl přijít partnerský přístup jejich užívání. Medikace je důležitý prvek ke snižování symptomů. Je ale prostředkem k dosažení cíle, a ne cílem léčby. (MZČR, 2017b)

#### **4.1.2 Sociální pracovník v péči o duševní zdraví**

V minulosti se od sociálních pracovníků působících v psychiatrii požadovalo hlavně zjištění, a hlavně zajištění finančních požitků. Převažující náplní pak bylo zprostředkování umístění v ústavních zařízeních. Dnes se sociálním pracovníkem stále více počítá jako s členem multidisciplinárního týmu a zvyšují se tím nároky na jeho odbornost a samostatnost (Probstová a Pěč, 2014).

V oblasti přímé práce s klienty s duševním onemocněním soustředí sociální pracovníci své úsilí ve vzdělávání do psychosociálních výcviků, kde mohou osvojit techniky a nástroje potřebné pro praxi. Sociální pracovníci působící v psychiatrických nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních péče o lidi s duševním onemocněním pro profesní zařazení jako zdravotně sociální pracovník vzhledem ke své náplni rozšiřují své znalosti z medicínských oborů a ošetrovatelství (Mahrová a Venglářová, 2008).

Sociální pracovník může s lidmi s duševním onemocněním pracovat v institucích (psychiatrická nemocnice/léčebna, psychiatrické oddělení nemocnice popř. pobytová zařízení sociální péče - především domov se zvláštním režimem či domov pro seniory), v léčebných komunitách, v komunitních zařízeních sociálních služeb (např. krizová centra, denní sanatoria, centra denních aktivit, podpory zaměstnání a bydlení) nebo lidé s duševním onemocněním, kteří jsou klienty jiných služeb poskytovaných obcí či dalšími jinými organizacemi. (azylové domy, zařízení pro uprchlíky atd.) (Matoušek, 2010)

Sociální pracovníci mají v komunitních multidisciplinárních týmech stejně jako psychiatrické sestry roli case managerů (klíčového pracovníka) a zajišťují pravidelný kontakt s klienty a jejich okolím. Metodou práce je psychiatrická rehabilitace. Obě tyto profese budou vykonávat určité výlučné úkony. U sestry by to bylo např. podávání léků,

posouzení zdravotního stavu a u sociálního pracovníka zase efektivnější zmapování sociální situace.

V posledních letech se stává preferovaným koncept zotavení (recovery). Cílem služeb by již nemělo být pouhé zbavení symptomů či mu zvenčí naplánovat proces rehabilitace. Pomáhající pracovník by měl být průvodcem na cestě k zotavení člověku, jež nemá jen obtíže spojené s nemocí, ale také se setkává se stigmatizací a diskriminací. Všechny tyto směry poukazují na to, že duševní onemocnění není jen na prvním místě nemoc, ale jde o široký komplex psychosociálních procesů už od začátku. Zde se skýtá příležitost pro sociální pracovníky, kteří mají vzhledem historické anomálii s kořeny v devadesátých letech ke konceptu zotavení a zplnomocňování velmi blízko. Sociální pracovníci navíc nejsou tak zatíženi paternalistickým přístupem jako je to u zdravotníků z léčebných zařízení. (Říčan, 2015)

#### **4.1.3 Psychiatrická rehabilitace**

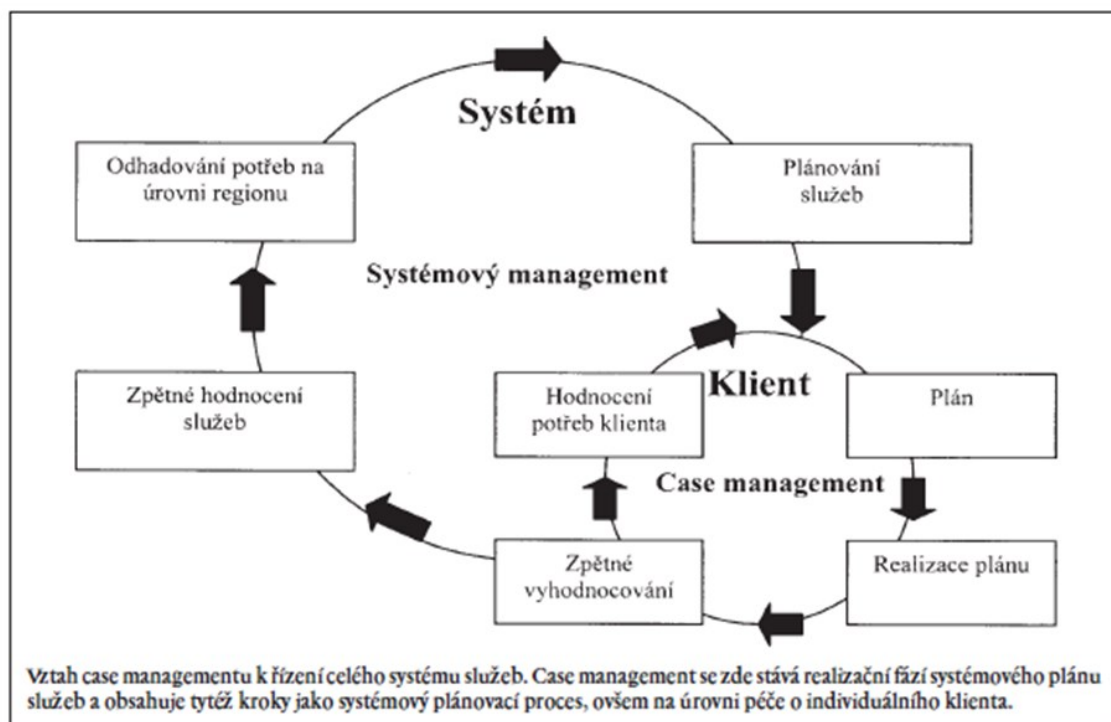
Psychiatrická rehabilitace je přístupem, který v sobě zahrnuje různé postupy a typy intervencí, jež mají společné charakteristiky. Rehabilitace napomáhá člověku s duševním onemocněním v jeho procesu zotavení, jež neznamena dosažení úplného vymizení symptomů, nýbrž úspěšnou adaptaci i přes přetrvávající symptomy. Tedy podobně jako v somatické medicíně zhojení s jizvou či adaptace na život po vážném úrazu, kdy člověk skončí na vozíku.

Rozsah působení psychiatrické rehabilitace plyne z poslání popsaného již v osmdesátých letech Anthonym a jeho spolupracovníky následovně „psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svoji schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory“ (Pěč, 2008).

Přístupem, který napomáhá lepší koordinaci při poskytování služeb, je případové vedení (case management). V tradičním „zprostředkovatelském“ typu klíčový pracovník (case manager) pouze koordinoval péči o klienta mezi několika poskytovateli a měl na starosti 30 i více klientů. Tento typ nebyl dostatečně účinný, tak vyvinuly časem formy intenzivnější, kdy pracovník kromě koordinace péče provádí i přímou terapii, zajišťuje péči

v jeho přirozeném prostředí a má na starosti méně klientů. V současnosti je nejvíce prověřován v praxi ty tzv. asertivní komunitní léčba (assertive community treatment – ACT). Základními fázemi procesu rehabilitace jsou fáze diagnostická, plánování, intervence a vyhodnocování. Celý proces je cyklický. (Pěč, 2008)

Obrázek 4: Case manager v systému služeb (Stuchlík, 2001)



Case manažer (klíčový pracovník) je nejdůležitější osobou pro klienta i pro celý systém poskytování péče. Základní prvky case managementu je přehled o potřebách a schopnostech klienta, plánování péče s definovanými cíli, uskutečňování plánu s pomocí klienta a jeho okolí, monitorování a zaznamenávání pokroku (dosažení i nedosažení), společné vyhodnocování práce a výsledků. Role case manažera se v různých modelech může plnit jiné role: osoby vyhledávající a kontaktující klienty, terapeuta nebo poradce, osoby hájící zájmy klienta, zprostředkovatele služeb, nákupčího potřebných služeb. Kombinace těchto rolí je ale nejčastější. (Stuchlík, 2001)

V diagnostické fázi se zpočátku vyhodnocuje připravenost klienta k rehabilitaci. Pokud je třeba, při zjištění nedostatečné připravenosti, dojde k naplánování intervencí a podpor, které člověka pomohou na proces rehabilitace připravit. Pak může rehabilitační

pracovník navázat s klientem pracovní aliancí a vztah, bez něhož nelze určit obecný rehabilitační cíl klienta (např. nástup do zaměstnání, samostatné bydlení). Po zvolení cíle následuje funkční vyšetření vzhledem k stanovenému cíli. Je třeba sepsat seznam dovedností, jež jsou kritické a podmínkou dosažení cíle a které je třeba trénovat a rozvíjet. Také vyšetřujeme kritické zdroje podpory z okolí, které by mohly napomoci dosažení cíle. Rehabilitační diagnóza tedy oproti psychiatrické diagnóze, kde jde o popis symptomatologie, popisuje stávající dovednosti klienta a úroveň podpory jeho okolím v určité životní oblasti bydlení, vzdělávání se, práce či volný čas. Po diagnostice a stanovení cíle přichází fáze plánování, kdy je na základě předchozího vyšetření za spolupráce klienta vytvořen plán rozvoje dovedností a plán rozvoje zdrojů okolí (zapojení rodiny, přátel, spolupracovníků atd.) V další fázi pak jsou intervencemi rozvíjeny dovednosti klienta a jeho zdroje podpory. To se může dít nácvikem v chráněném prostředí a jejich následném používání v přirozeném prostředí, popř. rovnou přímo v prostředí, kde klient dané dovednosti potřebuje. Kromě využívání systému psychiatrických a dalších služeb to znamená také rozvoj formální a neformální podpory. Součástí rehabilitačního procesu je vyhodnocení splnění naplánovaných cílů a mohou být plánovány další intervence, čímž se stává rehabilitační proces cyklickým. (Pěč, 2008)

Tradiční rozdělení rolí mezi profesionály, kdy konečnou odpovědnost za rozhodnutí ohledně péče o klienta/pacienta nesl psychiatr, v komunitních multidisciplinárních týmech není výhodné a může být kontraproduktivní. Aby bylo možné převést část zodpovědnosti na case managery, měli by být case manageri tuto odpovědnost schopni přijmout a vykonávat bez rizika pro klienta. Je proto nutné je na tuto roli připravit vhodným vzděláváním a výcvikem, po němž by byli schopni s klientem pracovat samostatně i v multidisciplinárním týmu, v němž by pak díky svým schopnostem a dovednostem měli respekt i ostatních profesionálů. (Stuchlík, 2001)

Psychiatrická rehabilitace se soustředí specifický kontext, v němž klient žije, vzdělává se, pracuje či se socializuje. Tento kontext je zachycen v životních doménách (bydlení, práce, učení se, volný čas/rekreace) a osobních doménách (osobní péče, zdraví, sociální vztahy). Organizace zabývající se psychiatrickou rehabilitací poskytují v rámci některých, hlavně životních, domén komplexnější rehabilitační intervence. V domény bydlení to je

především chráněné bydlení a podporované bydlení. V pracovní doméně to jsou chráněné dílny, přechodné a podporované zaměstnávání, vzdělávací programy v „job clubech“, Pro domény volného času, rekreace a sociálních kontaktů fungují centra denních služeb, popř. svépomocné aktivity. (Pěč, 2008)

## **4.2 Systém služeb péče o duševní zdraví v ČR**

Oblast péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním je typickým příkladem důležitosti propojení více oborů – multidisciplinarity. U dospělých osob se závažným duševním onemocněním jde především složku zdravotní, řízenou Ministerstvem zdravotnictví České republiky a složku sociální, která je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Zdravotní složka, psychiatrická péče o lidi s duševním onemocněním, je stále z velké části zajišťována ve velkokapacitních zařízeních lůžkové péče, kde jsou někteří lidé hospitalizováni dlouhodobě (i déle než 20 let), což je zároveň i nákladově méně efektivní než komunitní péče. (MZČR, 2020). Komunitní péče je od poloviny dvacátého století preferována a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, což znamená redukci velkých psychiatrických nemocnic a jejich nahrazení službami v komunitě.

Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jež si kladou za cíl pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života. (Probstová a Pěč, 2014) V řadě zemí, kde probíhá či proběhla deinstitucionalizace péče o duševní zdraví jsou komunitní týmy stěžejním prvkem specializovaných mimonemocničních psychiatrických služeb. Vždy jde o tým multidisciplinární a úzce spolupracující s poskytovateli zdravotních a sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním (MZČR, 2017).

Světová zdravotnická organizace v roce 2001 ve své zprávě doporučila postupné nahrazení velkokapacitních institucí alternativní komunitní péčí, jež by nevedly ke ztrátě sociálních dovedností, porušování lidských práv a omezeným možnostem sociální rehabilitace (WHO, 2001). Tuto alternativu péče v instituci u nás nabízí stále ve valné většině nestátní neziskové organizace, které zajišťují především sociální služby, jež jsou významnou součástí péče o osoby s duševním onemocněním a přispívají ke zvyšování kvality života hlavně jejich zapojování do společnosti. Jsou to právě ony, kdo podporují komplexnost péče,

jelikož nejčastěji spolupracují s psychiatry, praktickými lékaři či např. orgány státní správy. V rámci analýzy stávajícího systému sociálních služeb (TRASS, 2020) byly jako nejrelevantnější pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním identifikovány a) veškeré služby sociální péče; b) některé služby sociální prevence, konkrétně telefonická krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociální rehabilitace; c) některá ze zařízení sociálních služeb v segmentu sociální péče: denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení; d) některá ze zařízení sociálních služeb v segmentu sociální prevence: sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, centra sociálně rehabilitačních služeb.

Zdravotní služby nejsou dostatečně propojeny se sociálními službami a v systému není vymezena zodpovědnost za řízení jejich provázanosti. Toto nepropojení sociálních a zdravotních služeb komplikuje rozdílnost legislativního ukotvení zodpovědnosti za síť služeb, jejich financování, řízení. V případě zdravotních služeb je tvorba jejich sítě přenesena na zdravotní pojišťovny a v případě služeb sociálních na kraje. Také nejsou propojeny statistiky těchto dvou složek péče o duševní zdraví, což komplikuje jejich společné plánování. (MZČR, 2020)

Přestože potřeba změny v psychiatrické péči byla patrná již v 90. letech minulého století, vhodné podmínky pro implementaci vhodných změn dle Rabocha byly vytvořeny až v roce 2013, kdy byla přijata na Ministerstvu zdravotnictví Strategie psychiatrické péče. (MZČR, 2013a). Tato Strategie byla přijata Ministerstvem zdravotnictví na podkladě doporučení Světové zdravotnické organizace a vytvoření dokumentu Evropského akčního plánu v oblasti duševního zdraví na období 2013-2020. (MZČR, 2020). Jako obecný cíl reformy bylo zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Protože kvalita života úzce souvisí s naplňováním lidských, je hlavním motivem reformy důraz na uplatňování, prosazování a naplňování práv lidí s duševním onemocněním obsažených v úmluvě Organizace spojených národů „O právech lidí se zdravotním postižením“. Zapojování do péče jsou také lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním (peer pracovníci), kteří tuto svou zkušenost používají k podpoře dalších klientů a k posilování jejich naděje na zotavení. Důraz je kladen na výrazné rozšíření komunitní péče a vytvoření nových typů služeb – center duševního zdraví a ambulancí s rozšířenou péčí. Cílem těchto nových typů

služeb by měla být prevence hospitalizací či jejich zkracování, včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění a pomoc v začlenění dlouhodobě hospitalizovaných pacientů do běžné komunity. (MZČR, 2017)

Omezením tohoto dokumentu je to, že jde strategii Ministerstva zdravotnictví a že v něm chybí oblast prevence. Na tento dokument navazuje Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030, který posunul reformu psychiatrie na vládní úroveň a ztělesňuje nadresortní spolupráci Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva pro místní rozvoj, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstva spravedlnosti. Tento vládní dokument vychází ze sedmi strategických cílů Světové zdravotnické organizace, jež rozpracovány do konkrétních cílů a opatření, které v potřebě komplexního přístupu k prevenci a péči propojuje relevantní agendy resortů. Tyto strategické cíle mají lidem s duševním onemocněním zaručit rovné příležitosti na duševní pohodu (well-being), plné respektování a chránění lidských práv, dostupnost služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, kapacitně i cenou, právo na respektující, bezpečnou a efektivní péči, zajištění dobré péče o somatické i duševní zdraví, fungování systému péče o duševní zdraví v koordinované spolupráci s ostatními sektory a poskytování péče o duševní zdraví založené na spolehlivých informacích a vědomostech. (MZČR, 2019)

#### **4.2.1 Centrum duševního zdraví**

Centrum duševního zdraví (dále jen CDZ) je významným článkem v síti služeb pro osoby s duševním onemocněním propojujícím zdravotní a sociální služby. Činnost těchto služeb se řídí platnými právními předpisy. Zdravotní část se řídí zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů a sociální část pak zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociální službou poskytovanou v rámci CDZ je určena služba sociální prevence, konkrétně sociální rehabilitace dle § 70 zákona o sociálních službách v ambulantní a terénní formě s vymezením klientů „osoby s chronickým duševním onemocněním“ (MZČR, 2021). CDZ mají často dva zřizovatele. Zatímco zdravotní část musí poskytovatelé zdravotních služeb často budovat od začátku s využitím kapacit psychiatrických nemocnic, sociální část je mnohdy zajištěna již existujícími sociálními službami (MPSV, 2017). V novelách uvedených zákonů je již CDZ ukotveno jako



samostatná služba s jedním zřizovatelem. Účinnosti ale nabudou tyto novely až v roce 2025. (Koubová, 2021) V České republice v současné době působí 30 CDZ, jež vznikla za podpory Ministerstva zdravotnictví prostřednictvím tří výzev Operačního programu Zaměstnanost. Tato centra propojují sociální a zdravotní péči poskytovanou jak ambulantně, tak v terénu. Do roku 2030 by jich mělo vzniknout na území České republiky celkem 100 (MZČR, 2021a). Základními rysy CDZ je jeho nízkoprahovost a multidisciplinarita. Multidisciplinární tým CDZ pracuje formou case managementu a koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů/pacientů v jejich přirozeném prostředí. Hlavní cíl, maximální společenskou integraci klientů/pacientů a jejich klinického i sociálního zotavení, zajišťuje tým CDZ spoluprací s dalšími subjekty a službami v regionu, jak specializovanými, tak i určenými pro běžnou populaci. (MZČR, 2013b)

V procesu Reformy psychiatrické péče vyvstala otázka, za mají v terénních týmech péče o lidi s duševním onemocněním pracovat spíše zdravotní sestry nebo spíše sociální pracovníci. V Holandsku funguje síť tzv. FACT týmů (flexibilní asertivní komunitní léčba). Výhoda tohoto týmu sestává v tom, že v krizové situaci není klient předáván do jiné služby a dojde k zintenzivnění podpory FACT týmem. Tým je sestaven z jednoho psychiatra, jednoho psychologa a sedmi case managerů, z nichž je 6 psychiatrických sester a pouze jeden sociální pracovník. Těchto jedenáct členů týmu působí v oblasti cca 50 tisíc obyvatel. Italský model zase dává velký důraz na dva principy péče: otevřené dveře a individuální přístup. Jde převážně o ambulantní centra, kde je podpora pro setkávání klientů a také je provázejí v terénu. Týmy jsou většinou tříčlenné a jádro tvoří psychiatrické sestry. Britský model je komplikovanější. Působí tam jak specializované krizové týmy, týmy pro práci s první zkušeností s psychickou nemocí. Specializovaná docházková zařízení se v posledních letech ruší a většina péče je přesouvána do terénu. V České republice vznikající CDZ jsou mixem holandského a italského modelu. Oproti jejich týmům v našich týmech CDZ působí mnohem více sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Toto naše specifikum je způsobeno tím, že se v České republice služby péče o duševně nemocné mimo léčebny rozvíjela především jako sociální programy. Zdravotníci zůstali v psychiatrických léčebnách, odděleních ambulancích a stacionářích. Tato anomálie oproti zmiňovaným státům vznikla u nás díky tomu, že v minulém století bylo snadnější vytvářet nové sociální služby oproti systému zdravotnímu, který se více bránil změnám. Pokud se u nás při

sestavování komunitních týmů CDZ více počítá se sociálními pracovníky je čistě z pragmatických důvodů, protože v každém okrese nějaká komunitní služba už funguje (Říčan, 2015).

Aktuálně pro zajištění péče v CDZ se doporučuje jako minimální následující rozsah služeb: Zdravotní služby s oprávněním dle zákona o zdravotních službách - psychiatrie ve formě ambulantní případně i v prostředí pacienta, klinická psychologie ve formě ambulantní i terénní, všeobecná sestra/sestra pro péči v psychiatrii také ve formě ambulantní i v prostředí pacienta. Sociální služby s registrací s služby sociální prevence, konkrétně sociální rehabilitace dle § 70 zákona o sociálních službách v ambulantní a terénní formě s vymezením cílové skupiny klienta „osoby s chronickým duševním onemocněním“. Pro dosažení cíle CDZ se doporučuje umístění zařízení v běžné zástavbě v tzv. „mimonemocničním“ prostředí.

Cílovou skupinou CDZ jsou: 1) a osoby se závažným duševním onemocněním (SMI), charakterizované diagnostickými okruhy F2, F3 (eventuálně F42 a F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62) b) trváním onemocnění (déle než 2 roky) c) funkčním skóre GAF  $\leq$  60, kde GAF je klinický nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění. 2) osoby s potřebou včasné prevence, u nichž hrozí riziko rozvoje vážného duševního onemocnění a jde-li převážně o osoby dosud psychiatricky neléčené. Klienta do péče CDZ doporučuje lékař – psychiatr z lůžkové i ambulantní péče poskytovatelů a také praktický lékař. Zařízení jsou nízkoprahová a osoba může být přijat do péče i bez doporučení.

Funkce CDZ jsou následující. A) Flexibilní, kontinuální péče a podpora osob se SMI v jejich přirozeném prostředí je cílem asistence v procesu zotavení těchto osob s orientací na zplnomocňování a jejich aktuální potřeby zdravotní, z oblasti práce, bydlení, rodiny, sociálního zázemí a volného času. Pozornost se věnuje i taktéž rodinným příslušníkům a dalším blízkým osobám klientů, kde jde například o konzultaci, edukaci a psychologickou podporu. B) V rámci funkce asertivního vyhledávání a kontaktování, je dílem vyhledávání a kontaktování lidí, kteří vypadli ze systému zdravotních a sociálních služeb či je doposud nevyužívali a probíhá u nich aktuálně neléčené závažné duševní onemocnění. C) Cílem integrované péče o osoby s duální diagnózou je podpora osob se souběhem závislosti a

závažného duševního onemocnění, kteří jsou klienty CDZ. D) Systematické zaměření multidisciplinárního týmu cílené na včasné poskytnutí podpory klientům, cílená depistáž, pravidelná a systematická spolupráce se školami, praktickými lékaři a dalšími subjekty. A to nejen v rámci péče o klienta, ale při osvětové činnosti. Také je součástí této funkce podpora osob propuštěných z akutní lůžkové péče, kde hrozí riziko rehospitalizace a rozvoj vážného duševního onemocnění. (MZČR, 2021)

S Reformou psychiatrické péče byla zavedena nová pozice tzv. „peer“ pracovník (člověk se zkušeností s duševním onemocněním, včetně zkušenosti se službami péče o duševní zdraví), jež je nyní také nepostradatelným členem týmů CDZ. Podpora ze strany peer pracovníků, kteří si prošli procesem zotavení a dovedou tuto zkušenost předávat je důležitou součástí pomoci klientům v jejich zotavení. Pohled člověka, který si sám prošel zkušenost s duševním onemocněním, je pro tým důležitý i při nastavení „recovery orientovaného“ přístupu. Peer pracovníci většinou procházejí speciálními „peer konzultačními“ kurzy. Tato profese není stále uvedena v katalogu profesí a pro práci v sociálních službách musí dle zákona č. 108/2006. Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, musí splňovat požadavky tohoto zákona, což obvykle znamená absolvování kurzu pro pracovníka v sociálních službách. Tento pracovník může mít někdy nezastupitelnou roli v předávání zpětné vazby týmu. Taktéž může být někdy v týmu jediným členem, jemuž se podaří navázat kontakt s klientem kontakt v krizové situaci a bezpečný vztah. Forma jeho práce s klienty je neformální a asertivní. (MZČR, 2019b)

## **5 POHYBOVÁ AKTIVITA V PÉČI DUŠEVNÍ ZDRAVÍ**

### **5.1 Strategie podpory pravidelné pohybové aktivity**

Mnohé státy včetně České republiky se potýkají s problémem nárůstu neinfekčních onemocnění jako jsou kardiovaskulární onemocnění, rakovina, cukrovka 2.typu, chronické respirační nemoci. Jde o globální epidemii, jež koreluje se změnou životního stylu v posledních letech, především s nízkou úrovní pohybové aktivity, konzumováním nezdravé stravy, nadměrným energetickým příjmem a zvýšeným kouřením. (Kalmam et al., 2009). Nefarmakologická intervence, kdy je cílem změna životního stylu, kam patří i pohybová aktivita. a dieta, by mohla mít přímý i nepřímý efekt na snížení nákladů na

zdravotní péči. Podle odborníků by „pohyb na předpis“ pomohl ušetřit až 30% nákladů na zdravotní péči. (PrahaDnes, 2019). V České republice nadváhou či obezitou trpí 54% a 17% je obézních, přičemž s rostoucím věkem jejich podíl roste. Z pohledu pohybové aktivity bylo jako pohybově aktivní hodnoceno v letech 2011-2013 46,4%, tedy ani ne polovina. (MZČR, 2015) Řada zemí vědoma si důsledků, jež má pohybová aktivita na zdraví obyvatel a na ekonomiku stát, pracuje na rozvoji strategií na zvýšení úrovně svých obyvatel jak na úrovni národní, tak i nižších územně správních celků. Tyto strategie jsou zaměřeny spíše na podpoře participace obyvatel na pohybové aktivitě a motivování k aktivnímu životnímu stylu než na účasti na výkonově orientovaném sportu. Na základě těchto faktů se objevuje nový termín „podpora pohybové aktivity“.

Pro definování pojmu „podpora pohybové aktivity“, je tedy nutno vycházet z pojetí pojmu dle WHO, jež definuje pohybovou aktivitu jako „jakoukoliv aktivitu produkovanou kosterním svalstvem způsobující zvýšení tepové a dechové frekvence“. Do pohybové aktivity tedy započítáváme: tělesnou výchovu, sport, aktivní hru, tanec, aktivní transport, aktivní domácí práce, a tělocvičnou rekreaci.

V tomto kontextu je „podpora pohybové aktivity“ chápána jako: 1. systémový nástroj facilitace behaviorálních změn úrovně pohybové aktivity obyvatel na všech úrovních (od individuální až po národní či nadnárodní) 2. systémový nástroj prevence neinfekčních onemocnění.

Z výše uvedených definic je nutné klást důraz na systémové pojetí podpory pohybové aktivity, jež zahrnuje aktivity ve zdravotnictví, školství, v dopravě atd. a úrovně z nichž je o těchto aktivitách rozhodováno. Upřednostňován je hlavně preventivní charakter intervencí programů podpory pohybové aktivity z pohledu prevence hromadných neinfekčních nemocí, tzv. primární prevenci. Podporou pohybové aktivity není tak myšlena podpora sportu. Pojmem sport je označována i dle WHO aktivita praktikovaná převážně v organizovaných sportovních klubech. Sportem rozumíme „specializovaný a organizovaný sektor v rámci mnohem širšího konceptu pohybové aktivity“ (Kalmam et al., 2009).

V celosvětovém měřítku v roce 2016 nespĺňovalo 28% populace starší 18 let globální doporučení WHO (alespoň 150 minut středně intenzivní nebo 75 minut intenzivní fyzické (pohybové) aktivity týdně. Přičemž u mužů to bylo 23% a u žen 32%. V zemích s vysokými příjmy ta procenta byla ještě vyšší a to, 28% pro muže a 35% oproti zemím s nízkými příjmy, kde bylo procento nedostatečně fyzicky aktivních mnohem menší (12% mužů, 24% žen). Nízká či klesající úroveň fyzické aktivity tak koreluje s vysokým nebo rostoucím hrubým národním produktem. V roce 2018 byl ze strany WHO zahájen „Globální akční plán pro fyzickou aktivitu na období 2018-2030“, jež nastiňuje čtyři oblasti politických opatření a členským státům, mezinárodním partnerům bylo adresováno 20 konkrétních doporučení a opatření s cílem zvýšit celosvětovou fyzickou aktivitu. Na globální úrovni byl dohodnut cíl do roku 2030 snížit fyzickou inaktivitu o 15%. V roce 2019 byla následně spuštěna sada nástrojů WHO ACTIVE, jež navrhuje možnosti politiky, které lze přizpůsobení místní kultuře a kontextu.

Patří mezi ně:

- vývoj a provádění národních pokynů pro fyzickou aktivitu všech věkových kategorií;
- zřízení vnitrostátních koordinačních mechanismů zahrnující všechny vládní resorty, klíčové nevládní participující strany s účelem rozvoje, provádění udržitelné politiky a akčních plánů;
- provádění celospolečenských komunikačních kampaní s cílem zvýšení povědomí a znalosti o zdravotních, ekonomických a sociálních přínosech fyzické aktivity;
- investice do nových technologií, inovací a výzkumu s cílem vyvinutí nákladově efektivní přístupy fyzické aktivity, zejména v kontextu nízkých zdrojů;
- zajištění pravidelného dohledu a sledování fyzické aktivity a provádění politiky

S cílem pomoci v měření fyzické aktivity byl vyvinut dotazník WHO Global Physical Activity Questionare (GPAQ). (WHO, 2007)

Prvním koncepčním národním strategickým dokumentem České republiky, zaměřeným na zvýšení úrovně pohybové aktivity, je Akční plán č. 1: Podpora pohybové aktivity na období 2015-2020 (AP č. 1), jež je přímou návazností Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí „Zdraví 2020“ a rozpracovává její strategický cíl 1 - „Zlepšit zdraví obyvatel a snížit nerovnosti v oblasti zdraví“ a prioritní téma č. 1 – „Dostatečná pohybová aktivita populace“. Akční plán měl být realizován v rámci 8 strategických oblastí: 1. Podpora pohybové aktivity ve vzdělávání, 2. Aktivní mobilita, 3. Podpora sportu pro všechny a aktivního využívání volného času, 4. Podpora pohybové aktivity ve zdravotnictví a sociálních službách, 5 Podpora pohybové aktivity u zaměstnavatelů 6. Pohybová aktivita prostředí a infrastruktura. 7. Podpora pohybové aktivity v médiích, 8. Výzkum a evaluace podpory pohybové aktivity (MZČR, 2015).

Plnění plánů programu Zdraví 2020 trpělo disproporcemi v plnění jednotlivých cílů a docházelo ke skluzu plnění z důvodu nedostatečného finančního krytí. Byly provedeny kontroly plnění jednotlivých akčních plánů a zpracována evaluace Programu 2020, jež je podkladem strategie resortu Ministerstva zdravotnictví do roku 2030. Akční plán AP č. 1 Podpora pohybové aktivity byl realizován jen v omezené míře (MZČR, 2018).

Na podzim 2019 byl vládou schválen strategický dokument Zdraví 2030, ten však byl vzhledem k pandemické situaci aktualizován. Základními implementačními plány jsou: 1. Ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, 2. optimalizace zdravotnického systému s ohledem na zvýšení jeho schopnosti reagovat na nové výzvy 3. podpora vědy a výzkumu. (MZČR, 2020b). Podpora pohybové aktivity je nyní zmiňována ve strategickém plánu č.1., a to v implementačním plánu. 1.2. Prevence nemocí, podpora a ochrana zdraví, zvyšování zdravotní gramotnosti, především v rámci jeho dílčího cíle č. „Tvorba Národního programu národní gramotnosti. realizace dílčích programů a monitoring zdravotní gramotnosti“ v opatření „Podpora pohybové aktivity a realizace programů na zastavení nárůstu nadváhy a obezity u dětí a dospělých a medializace tohoto tématu“. V rámci tohoto opatření je plánována realizace různých programů, publikování článků s obsahem zaměřeným na prevenci závislosti, správnou výživu. pohybovou aktivitu atd, které jsou publikovány na Národním zdravotním informačním portálu (NZIP) jež vznikl jako hlavním médiu pro komunikaci s veřejností v záložce „Prevence a zdravý životní styl“. Zde pod heslem

„Podpora zdraví/Pohybová aktivita” nalezneme informace o přínosech pohybové aktivity a různá doporučení (ÚZIS, 2021a).

## 5.2 Pravidelná pohybová aktivita

Pravidelná a přiměřená pohybová aktivita je uváděna jako nejlepší prevence civilizačních onemocnění, tj. neinfekční nemoci související se životním stylem, jež mohou vést srdečně – cévním onemocněním, cévní mozkové příhodě, obezitě, cukrovce 2.typu a různým nádorovým onemocněním. Ve spojení s úpravou stravovacích návyků přiměřená pravidelná má významnou roli v prevenci vzniku nadváhy a obezity. Je doporučován pohyb minimálně 30 minut střední 5x týdně nebo alespoň 20-25 minut pohybové aktivity vysoké intenzity 3x týdně. Uvedené doporučení bychom měli chápat jako doplněk k běžným denním aktivitám, jež mají obvykle mírnou intenzitu a trvají méně než 10 minut. (ÚZIS, 2021b)

Intenzitu můžeme nastavit dle tzv. „konverzačního testu”. Při fyzické aktivitě střední intenzity jsme schopni mluvit v krátkých větách (minimálně 3 slova) bez lapání po dechu a zalykání. Měli bychom se lehce zadýchat a mít o něco vyšší tepovou frekvenci. Zjednodušeně řečeno, pokud „při pohybu můžeme zpívat, je intenzita příliš nízká”. Na druhou stranu jestliže „nemůžeme promluvit ani slovo, je intenzita příliš vysoká”: V případě dušnosti, svalové slabosti a silném pocení jde pak nepřiměřené tempo, které bychom měli zvolnit. Je také dobré znát svoji nejvyšší možnou hodnotu srdeční frekvence, jež bychom neměli při pohybu překročit. Lidem s různými zdravotními omezeními je doporučováno a případně požádat o stanovení vlastní frekvence při zátěži. Zásadní je zde maximální tepová hodnota při výkonu, kterou si lehce spočítáme odečtením věku od 220. Doporučuje se pohybovat v aerobním režimu, kdy tělo využívá tuky a cukry jako zdroje energie a tepovém rozpětí 50-75% tepové frekvence. Dle zdravotního stavu a trénovanosti a cíle tréninku je pro nováčky a osoby kardiovaskulárním omezením je doporučováno 50-60% maximální tepové frekvence, pro zvýšené spalování tuků a stabilizaci oběhového systému se doporučuje 65-75% maximální tepové frekvence a pro kondiční vytrvalostní trénink aktivních sportovců je rozmezí 70-85% tepové frekvence. (ÚZIS, 2021b)

Nejdosažitelnější pravidelnou pohybovou aktivitou je chůze, kterou můžeme předejít kardiovaskulárním onemocněním a má též blahodárny vliv na metabolické procesy v těle

včetně cukrovky či na činnost nervové soustavy. Chůze se stává novým životním stylem a prospívá jak fyzickému, tak i duševnímu zdraví. Obecně je doporučován denní cíl 10 000 kroků a souvisí s používáním krokoměrů, kde je tato hodnota přednastavena. Tato hodnota lidi často vyděsí, při přepočtu na vzdálenost. Pro dosažení změny není třeba striktně trvat na tomto cíli. Hodina chůze odpovídá zhruba 6000 krokům a ta je snáze dosažitelná chůzí na nákup, kdy třeba navíc obejdeme blok sídliště. (6000 kroků, 2021) Doporučuje se procházet je-li to možné každý den a po několika dnech zvyšovat tempo. Zdraví prospívá třeba i práce na zahradě, v domácnosti a jiná fyzická aktivita. (ÚZIS, 2021b). Na plnění kritéria doporučeného počtu kroků má vliv okolí místa bydliště. Lidé s příjemným okolím v místě bydliště, dostupností obchodů a účasti na organizované pohybové aktivitě plní snáze zdravotní doporučení pro pohybovou aktivitu. V rámci studie vlivu prostředí v českých velkoměstech bylo zjištěno, že příjemné prostředí v okolí bydliště zvyšuje šanci dosáhnout v průměru 10 tisíc kroků za den o 44% oproti prostředí nepříjemnému. Vyšší vzdálenost obchodům a službám naopak snižuje šanci k dosažení doporučeného počtu kroků o 29% oproti těm, kteří je mají blíže svému bydlišti. Účastí na organizované pohybové aktivitě minimálně 2x týdně zvyšuje šanci na dosažení doporučeného limitu o 84 % oproti těm, kteří organizované aktivity neúčastní (Sigmund, 2008). Počítá se každý krok a cenná každá třeba i krátká pohybová aktivita, kdy např. místo výtahu budeme chodit po schodech (pokud nám to zdravotní stav umožňuje), při cestě městskou hromadnou dopravou vystoupíme o zastávku dříve (ÚZIS, 2021b).

### **5.3 Podpora pohybové aktivity osob se závažným duševním onemocněním**

Lidé s chronickým duševním onemocněním jsou ohroženi metabolickým syndromem, který je mnohdy potencován nežádoucími účinky psychofarmak. Tato skutečnost může vést k nespolupráci v předepsané medikamentózní léčbě až k jejímu vysazení ze strany pacientů/klientů a zhoršení jejich sociální situace. Další komplikací závažných duševních onemocnění bývá bolest a nešetrné zacházení s pohybovým aparátem. A to jak ve smyslu přetížení a hyperaktivity či naopak hypoaktivity a ztráta schopností včetně kardiovaskulární kondice. To ve výsledku vede často u takového člověka k izolaci a omezení možnosti vhodného zaměstnání a celkovému snížení kvality života. Pohybová terapie je na základě mnoha studií doporučována pro dlouhodobě příznivé ovlivnění kvality života lidí trpících



chronickým duševním onemocněním. Zapojení do individuální či skupinové pohybové terapie často lidem s chronickým duševním onemocněním brání problémy s pohybovým aparátem, které napřed nutno léčit fyzioterapeuticky. I přes osvětu a nepopíratelné přínosy pohybových programů je zapojení lidí se závažným duševním onemocněním do nich omezené a rozvinutí obezity či metabolického syndromu ho ještě snižuje (S.O.M.A, 2015). Mimo pozitivní účinky pohybové aktivity na tělesné zdraví jsou také dobře zdokumentovány i její účinky na duševní zdraví. Studie prokázaly střední až silnou souvislost mezi zvýšením pohybové aktivity či cvičení v různých oblastech psychopatologie. Konkrétněji je zvýšení pohybové aktivity spojeno se snížením výskytu symptomů změn nálad, úzkosti. U dospělých osob se schizofrenií, bylo při účasti na pohybové aktivitě pozorováno zlepšení symptomů a lepší kognitivní výkon (Karteliotis, 2021).

### **5.3.1 Pohybová aktivita u osob se schizofrenní poruchou**

Schizofrenní porucha je závažné psychické onemocnění s narušením myšlení a vnímání, a nepřiměřenou nebo oploštělou afektivitou. Mezi pozitivní příznaky řadíme halucinace, bludy (zjednodušeně něco, co je navíc) a k negativním např. snížení iniciativy, oploštění emotivity, sociální stažení a chudý verbální projev. Začíná většinou v mládí, u mužů navíc dříve a mívá u nich také závažnější průběh než u žen. Lepší prognóza je pokud nemoc propukne akutně (začátek může být i plíživý) v pozdějším věku a převažují pozitivní příznaky. Ovlivňuje veškeré aspekty dalšího života člověka s tímto onemocněním, včetně pracovního uplatnění a partnerských vztahů. U těchto lidí často hrozí nežádoucí účinky léčby s rozvojem obezity a diabetu. V zařízeních péče o duševní zdraví by se na to mělo pamatovat, protože psychiatr bývá často jediný lékař, kterého navštěvuje (Češková, 2013).

Jedním z nejzávažnějších problémů vedoucím k fyzickým obtížím lidí se schizofrenií je sedavé chování, které ve srovnání s běžnou populací. Snížení pohybové aktivity dochází v důsledku samotného onemocnění a vedlejších účinků léčby. Výsledky výzkumů naznačují zlepšení symptomů a zlepšení kvality života při zvyšování pohybové aktivity u lidí se schizofrenií, u nichž byly zaznamenány též pozitivní účinky na celkové fyzické zdraví a také snížení symptomatologie schizofrenie. Pozitivní účinky pohybu na celkovém zdraví se u nich projeví v lepší aerobní zdatnosti, nižší hmotnosti, krevním tlaku, složení těla a metabolismu glukózy. Bylo zjištěno, že přínos přinesla pohybová aktivita provozovaná

minimálně 90 minut týdně. Lidem se schizofrenií byla skupinou odborníků z Evropské Psychiatrické Asociace doporučena pohybová aktivita v rozsahu 90 minut za týden (30minutové dávky pohybu minimálně třikrát týdně) (Karteliotis, 2021). Aerobní intervence by měly směřovat od „zredukování váhy k fitness“, jelikož zdraví a úmrtnost jsou primárními výsledky. Váha a BMI mohou být vnímány jako sekundární benefit. Vancampfor a kol. uvádějí, že „je důležité vysvětlit lidem se schizofrenií, že relapsy jsou součástí procesu změny a že reakce viny, frustrace a sebekritiky mohou snížit jejich schopnost udržovat FA. Strategie prevence relapsu, jako je realistické stanovení cílů, plánovaná aktivita, realistická očekávání, identifikace a úprava negativního myšlení a zaměření na výhody jednotlivých cvičení, se jeví jako účinné“ (Vancampfort, 2015). Míru předčasného ukončení účasti na pohybové aktivitě a její maximální účinnost u lidí se schizofrenií minimalizuje přítomnost a příslušný dohled kvalifikovaných odborníků (Vancampfort, 2016).

### **5.3.2 Pohybová aktivita ve vztahu k depresi, úzkostí a bipolární poruše**

Deprese se vyznačuje smutkem, ztrátou zájmu o obvyklé činnosti a potěšení z nich. Dalšími příznaky jsou únava, narušený spánek, porucha chuti k jídlu, neschopnost se soustředit, pocity bezcennosti či viny. Někdy je provázena svíráním na hrudi, bolestmi svalů, kloubů a pocity těžkých končetin. Bývá provázena stažením ze sociálních kontaktů. (Mahrová a Venglářová, 2008) K depresi může vést i řada somatických a neurologických onemocnění jako jsou rakovina, různé infekce (HIV, syfilis, mononukleóza atd.), endokrinní poruchy, hematologická onemocnění, poruchy výživy, stav po infarktu myokardu a další. Vztahy komorbidních onemocnění bývají oboustranné. Přibližně 40% nemocných kardiovaskulární chorobou trpí depresí. (Češková, 2013) Existují důkazy, že relativně vysoká úroveň pohybové aktivity chrání před rozvojem deprese. Taktéž byly prokázány účinky fyzické aktivity a pohybových intervencí u lidí v depresi. (Karteliotis, 2021) Významný přínos pravidelného cvičení bylo prokázáno především v dlouhodobém horizontu, kdy skupina osob „cvičících“ po 10 měsících vykazovala významně nižší míru recidivy depresivní poruchy oproti skupině osob užívajících medikaci (Babyak, 2000). Vzhledem k účinku jsou doporučovány jak aerobní aktivity (chůze, běh, plavání), tak anaerobní (odporové), jež se ukázaly jako účinné ke snižování deprese. U odporového cvičení však existují potíže s většími nároky na prostory, finančních investic a odborného personálu. Doporučovány jsou jak skupinové, tak individuální programy. (Karteliotis, 2021)

Pro mechanismus působení fyzické aktivity na psychiku stále neexistuje jednoznačné vysvětlení. Jedná se pravděpodobně o řadu faktorů, které můžeme zařadit do dvou oblastí biologické a kognitivně behaviorálních. Vysvětlení účinku pohybové aktivity může být v ovlivnění nabídky centrálních neurotransmiterů, např. zvýšení hladiny serotoninu či ovlivnění vylučování hormonů, především kortizolu, adrenalinu a noradrenalinu. Psychologické hypotézy vycházející z kognitivně behaviorální teorie a předpokladu, že pohybová aktivita může napomoci změně maladaptivního kognitivního nastavení. Po zlepšení fyzické výkonnosti a tělesného stavu se díky pohybu zvýší sebedůvěra a vlastní kompetence a zlepší se i nálada. Pozitivní vliv má celková úprava životosprávy. Důležité může být i odpoutání pozornosti od vlastních potíží. V případě účinku úzkostných poruch jedna z hypotéz předpokládá snížení stavu úzkosti zkušeností s neohrožujícím stavem vyvolaným pohybem. Pravidelná pohybová aktivita je vhodnou doplňkovou metodou léčby úzkostných, depresivních, popř. úzkostně depresivních. K dosažení efektu by měla intenzita dosahovat 60-75 % maximální tepové frekvence, trvat alespoň 30 minut 3x týdně. K dosažení terapeutického efektu by měla pravidelná pohybová aktivita trvat minimálně 10-12 týdnů. Dlouhodobé pokračování v této aktivitě je ale doporučováno nejen jako prevence relapsu, ale pro pozitivní vliv na přidružená tělesná onemocnění (Pastucha, 2007).

Dle dosavadních výzkumů u bipolární poruchy také dochází k významnému snížení denní pohybové aktivity, která souvisí se sekundárními zdravotními stavy jako cukrovka 2. typu, metabolický syndrom, kardiovaskulární onemocnění, zvýšená hmotnost a mrtvice. Tyto sekundární stavy a zvýšené riziko fyzických problémů se pak promítají do průběhu nemoci s rizikem opakujících se epizod s častými hospitalizacemi, nezdravých stravovacích návyků, depresivních recidiv, kouření a zneužívání návykových látek a je snížena nákladová efektivita terapie. I když primárními formami intervence u lidí s bipolárně afektivní poruchou jsou léky a jiné psychologické léčby, tak pohyb a cvičení mohou být důležitými při udržování jejich celkového zdraví. Intervenční programy pohybové aktivity u osob s bipolárně afektivní poruchou se soustředí na snížení sedavého chování a snížení rizika sekundárních onemocnění. Pokyny pro pohybovou aktivitu se u těchto lidí neliší od běžné populace. Důležité je přizpůsobení cvičení na základě jejich preferencí. (Karteliotis, 2021)

### **5.3.3 Faktory ovlivňující pravidelnou pohybovou aktivitu u lidí se závažným onemocněním.**

Lidé se závažným duševním onemocněním (SMI) vykazují menší fyzickou aktivitu a více sedavější chování než běžná populace. Ohledně korelátů pohybové aktivity (PA) u lidí se SMI, jež brání úspěšné intervenci existuje omezený výzkum. Ve studii (81) jež si dala za cíl posoudit faktory spojené s pravidelnou účastí na pohybové aktivitě byla výstupní proměnnou samostatná účast na pravidelné PA. Potenciální prediktory (ukazatele úspěšnosti) PA byly seskupeny do následujících okruhů: demografické, biologické, psychologické a behaviorální.

Faktory spojené s pravidelným prováděním PA byly následující: muž ve věku 18-65 let, index tělesné hmotnosti (BMI) v rozmezí 18,5 - 30 kg/m<sup>2</sup>, jež se cítí být celkově v lepším stavu, nemající zdravotní problémy, které by omezovaly aktivitu a jež dodržuje zdravý životní styl a konzumuje více ovoce a zeleniny. Ze zúčastněných respondentů pouze 38 % respondentů uvedlo, že provozuje denně či obden PA, což bylo v raci uvedené studie stanoveno za pravidelnou PA. Frekvence prováděné PA se postupně zvyšovala s lepším vnímáním svého zdravotního stavu. Statisticky významné byly faktory životního stylu, kdy vyšší konzumace ovoce a zeleniny (3 a více porce denně) byla spojena s pravidelnou PA. V otázce kouření bylo zjištěna účast na pravidelné PA u 41% nekuřáků, u 35% kuřáků a u 39% bývalých kuřáků. Kouření nebylo shledáno jako významný faktor ovlivňující pravidelnou účast na PA. Pití alkoholu se neukázalo jako významný faktor spojený s PA. Povzbudivým zjištěním této studie bylo zjištění, že přibližně 61% respondentů chce dělat více PA a přálo by si podporu.

V jiné studii, kde byly zkoumány bariéry a přínosy fyzické aktivity v rámci psychiatrické rehabilitace se došlo ke zjištění, že významnými překážkami v pohybové aktivitě byly symptomy duševní nemoci, léky, přibírání na váze z léků, strach z diskriminace a obavy o bezpečnost (Mc Devit, 2006).

V České republice existuje od roku 2005 edukační „Program pro dobré zdraví“, který je v rámci zdravotních služeb péče o duševní zdraví aplikován doposud. Cílovou skupinou tohoto programu jsou pacienti trpící schizofrenií. Jde o skupinový program zaměřený na

životní styl, kde pacienti mají prostor otevřeně hovořit o svých problémech a získat informace o medikaci v rámci dlouhodobé terapie i o časných varovných příznacích jako je např. změna stravovacích a pitných návyků). Program zachycuje i rizikové tělesné faktory, jež mají za následek výskyt somatických onemocnění. Tyto faktory jsou v praxi u lidí s duševním onemocněním často podceňovány. Program se skládá ze dvou částí. První je zaměřena na výživu a druhá na udržování fyzické kondice. Účast na daném programu je pro pacienty velkým přínosem a prokazatelně se odráží ve zlepšení jejich zdravotního stavu, snížení počtu a délky hospitalizací, počtu kontrol, což ve výsledku snižuje i náklady na jejich léčbu (Kitzlerová et al., 2008). Dalším pozoruhodným projektem zaměřeným na tělesné zdraví lidí se závažným duševním onemocněním a kondici v České republice je projekt SOMA, jež byl také realizován v rámci zdravotních služeb péče o duševní zdraví psychiatrických pacientů hospitalizovaných v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Cílem tohoto projektu bylo vytvoření systému screeningu kardiovaskulárních a metabolických rizik a vytvoření standardů metodiky ucelené rehabilitační péče o tělesné zdraví pacientů a nácviku samostatného života v přechodné fázi před propuštěním do domácího prostředí. (S.O.M.A, 2015)

Podpůrné programy pohybové aktivity a zdravého životního stylu lidí se závažným duševním onemocněním, které jsou realizovány v rámci sociálních služeb se pokusíme zmapovat v rámci praktické části této práce.

## **6 VLASTNÍ ŠETŘENÍ**

### **6.1 Cíl práce**

Cílem této diplomové práce je zjistit, jak vnímají možnosti podpory pravidelné pohybové aktivity pracovníci zařízení, která se specializují na poskytování sociálních služeb klientům se závažným duševním onemocněním a působí v Praze.

Dosažení cíle je koncipováno dle schémat sociálního vnímání, kdy jsou zjišťována schémata osob, rolí, jevů a self-schémat, jež uplatňují tito pracovníci především v otázce fyzického zdraví, kondice, motivovanosti či překážek klientů v účasti na pravidelné pohybové aktivitě (dále jen PPA).

### **6.2 Metodika sběru a zpracování dat**

Zkoumáno bylo vnímání pracovníky působících v zařízení, která se specializují na poskytování sociálních služeb klientům se závažným duševním onemocněním a působí v Praze. Tím byla vymezena zařízení a sociální služby v nichž respondenti působí, jsem tedy vymežila adresou působení (Hlavní město Praha), cílovou skupinou (osoby s chronickým duševním) a věkem klientů (18-64 let). Sběr dat jsem uskutečnila pomocí dotazníkového šetření v době od 7.12. - 16.12. 2021.

Dotazník pro pracovníky sociálních služeb jsem vytvořila prostřednictvím formuláře Google Form. Otázky dotazníku jsem formulovala tak, aby bylo možno zjistit odpověď na základní výzkumnou otázku, Přesněji zda pracovníci sociálních služeb ve vnímání možností a realizace podpory pravidelné pohybové aktivity klientů se SMI v Praze uplatňují nějaká schémata dle Fiskeové a Taylorové (in Nakonečný, 2009)

Původně jsem pro zpracování kvalitativní rámec, kde měly být nástrojem sběru dat polostrukturované rozhovory s několika sociálními pracovníky sociálních služeb zaměřených na péči o duševní zdraví. Vzhledem k současné situaci a určitým osobním (především zdravotním) obtížím jsem nakonec zvolila jako nástroj sběru dat online dotazník. Při sestavování otázek jsem především čerpala z osobní zkušeností a materiálů získaných při absolvování pilotního kurzu „Sport a duševní zdraví“, který v rámci mezinárodního projektu

A.S.A.L. (Advancet Skills for Active Living) (ASAL Project, 2019) pořádán Fokusem Praha, z.ú. a dalších materiálů uvedených v teoretické části.

Dotazník se skládá ze čtyř sekcí, přičemž dvě (první a čtvrtá) jsou společné pro všechny respondenty do druhé nebo třetí sekce byli respondenti nasměrováni dle odpovědi na poslední otázku první sekce.

V první sekci, jež se skládá z jedenácti otázek byli respondenti tázáni na základní údaje o jeho osobě (věk, pohlaví, pracovní pozice, typ zařízení, v němž tuto pozici vykonávají.) Další otázky se týkaly v této sekci jeho vztahu k pohybové aktivitě a jak vnímají svůj zdravotní stav. Všechny tyto otázky byly povinné. Tato série otázek by nám mohla něco napovědět jaká self-schéματα či schémata rolí tito pracovníci uplatňují. Otázky v první sekci byly voleny většinou jedno výběrově, přičemž u některých z nich jsem umožnila jinou odpověď. Dvě otázky v této sekci byly zvoleny jako více výběrové. Jedna ohledně formy služby a úrovně sociální práce, v níž daný pracovník/respondent působí. Z předchozí zkušenosti vím, že na tuto otázku se pracovníkům komunitní péče obtížně odpovídá, protože působí dost často stejnou mírou v terénu i ambulantním zařízení. Tak stejně mohou mít tito pracovníci problém s odpovědí na otázku zde pracují převážně s jednotlivcem či se skupinou. Poslední otázkou této sekce je otázka na to, zda je v zařízení, v němž působí, podporována pohybová aktivita klientů. Dle odpovědi Ano/Ne byli respondenti nasměrováni do dvou různých sekcí s odlišnými typy otázek.

Do druhé sekce byli nasměrováni respondenti, kteří odpověděli ne na 11. otázku, poslední z první sekce. V této sekci dotazníku byli respondenti dotazováni na důvod proč si myslí, že v zařízení, v němž působí, není podporována pohybová aktivita klientů. Dotazováni byli prostřednictvím dvou otázek. Jedné povinné (č.12), která se skládala z několika tvrzení, s nimiž měli respondenti vyjádřit souhlas či nesouhlas a jejich míru prostřednictvím jedno výběrových odpovědí („Ano”, „Spíše ano”, „Spíše ne”, Ne”) Druhá otázka (č.13) této sekce byla nepovinná a otevřená, je pro případ, že by chtěl respondent něco navíc sdělit, dle něj důležitého k důvodům. Z této sekce byli respondenti v dotazníku nasměrováni do poslední sekce na otázku č.18.

Ve třetí sekci byli respondenti dotazováni na to, jaké a jakou formou jsou pohybové aktivity klientům v zařízení, v němž působí nabízeny. Jednalo se o čtyři otázky – tři povinné a jednu nepovinnou. Dvě uzavřené jedno výběrové uzavřené (15 a 16), jednu více výběrovou polouzavřenou (č.14, týkající se nabídky pohybových aktivit) Poslední otázka byla dobrovolná otevřená pro případ, že by měl potřebu něco doplnit k nabídce pohybových aktivit v jejich zařízení.

Čtvrtá sekce (otázky 18-25) jsou věnovány pohledu respondentů na klienty, jejich fyzickou kondici a jejich vztah k pohybové aktivitě (bariéry, možnosti podpory) Ohledně pohledu respondentů na fyzickou kondici a zdraví klientů jsou určeny dvě otázky (18 a 19). Jedna uzavřená jedno výběrová a druhá otevřená krátká. Další otázky (20-23) se týkaly možného vztahu klienta k pohybovým aktivitám (prospěšnost, bariéry, možné způsoby motivace). Tyto otázky byly nastaveny jako uzavřené, jedno výběrové. Otázky č. 21, (možné překážek bránících klientovi v účasti na pohybové aktivitě) a č. (možné způsoby podpory) jsou tvořeny souborem tvrzení, na měl respondent vyjádřit souhlas či nesouhlas a jeho míru opět pomocí odpovědí „Rozhodně ano”, „Spíše ano”, „Spíše ne” „Rozhodně ne” „Nevím”. Otázka předposlední týkající se názoru respondentů na vhodnost různých skupin typů pohybových aktivit byla nastavena jako více výběrová, uzavřená Dotazník končí otevřenou nepovinnou otázkou, kde mohli respondenti napsat další postřehy k tématu dotazníku na něž nebyl v dotazníku prostor či tam nezazněly.

### **6.2.1 Provedení dotazování**

V Praze působí velké množství poskytovatelů sociálních služeb, kteří nabízejí dle služby lidem se závažným duševním onemocněním. Mnoho z nich však uvádí, že poskytuje služby pro velmi širokou cílovou skupinu uživatelů, včetně cílové skupiny „osoby s chronickým duševním onemocněním”. Zařízení poskytující opravdu specializované služby lidem se závažným duševním, ale tak širokému okruhu klientů sociální služby ve valné většině nenabízí a mají i ve své registraci uvedenou výlučně jednu cílovou skupinu klientů: „osoby s chronickým duševním onemocněním” a obvykle vymezenou i věkovou skupinu (dospělí do 65). Pro své dotazníkové šetření jsem oslovila pouze takové typy poskytovatelů sociálních služeb. Dotazník jsem distribuovala poskytovatelům prostřednictvím e-mailu zaslaným na kontakty uvedené na webových stránkách daných poskytovatelů sociálních služeb.



Konkrétně šlo o Baobab z.s., BONA o.p.s., Dobroduš (Diakonie ČCE – SKP Praha), ESET-HELP, z.s. u nichž ta kritéria bezpečně splňují. Navíc jsem se s osobní prosbou o pomoc na distribuci dotazníku obrátila na zaměstnankyni Fokusu Praha, z.ú., která dotazník rozeslala v rámci tohoto našeho největšího sociálních služeb v oblasti péče o duševní zdraví.

Od zmíněných respondentů jsem získala 37 odpovědí. Se záměrem dotazníkového šetření, anonymitou dotazování a s tím, že jeho vyplněním dávají souhlas k využití získaných dat pro účel mé diplomové práce byli respondenti seznámeni v úvodním textu diplomové práce.

## **6.3 Data a jejich interpretace**

### **6.3.1 Charakteristika vybraného souboru**

Zkoumaný soubor se skládal z 37 respondentů, z nichž bylo 10 (27,0 %) mužů a 27 (73,0 %) žen. Dle věku jsem respondenty rozdělila do tří kategorií. V kategorii 18-34 let se zapojilo 16 (43,2 %) respondentů, v kategorii 35-49 let 18 (48,6 %) respondentů a věkové kategorii šlo o 3 (8,1 %) respondenty. Dále jsem rozdělila respondenty dle typu zařízení, v němž pracují, aby bylo možno porovnat, jak se projeví ve jejich vnímání zkoumané problematiky především to, zda jsou v je zařízení, v němž pracují, poskytovány i zdravotní služby. V CDZ nebo zařízení tohoto typu uvedlo, že pracuje 16 (43,2 %) respondentů. Pracovníky těchto zařízení jsem sloučila do jedné kategorie, protože některá zařízení mohou poskytovat zdravotní i sociální služby jen zatím nejsou oficiálním CDZ. V zařízení, jež poskytují pouze sociální služby uvedlo, že působí 13 (35,1 %) respondentů a zařízení jiného typu 8 (21,6 %) respondentů. Poslední základní charakteristikou respondentů bylo rozdělení dle toho, na jaké pozici daný pracovník působí. Na pozici sociálního pracovníka uvedlo, že působí 19 (51,4 %) respondentů, na pozici pracovník v sociálních službách 5 respondentů (13,5 %) a jinou pracovní pozici uvedlo 13 respondentů (35,1 %).

Tabulka 4: Charakteristika souboru

Charakteristika	Hodnota zjištěná šetřením (N)	Hodnota zjištěná šetřením (N %)
Počet respondentů	37	100,0%
<b>Pohlaví</b>		
Muž	10	27,0%
Žena	27	73,0%
<b>Věk</b>		
18-34	16	43,2%
35-49	18	48,6%
50 a více	3	8,1%
<b>Typ zařízení</b>		
CDZ (Centrum duševního zdraví)	16	43,2%
Zařízení poskytující pouze sociální služby	13	35,1%
Jiné	8	21,6%
<b>Pracovní pozice</b>		
Pracovník v sociálních službách	5	13,5%
Sociální pracovník	19	51,4%
Jiné	13	35,1%

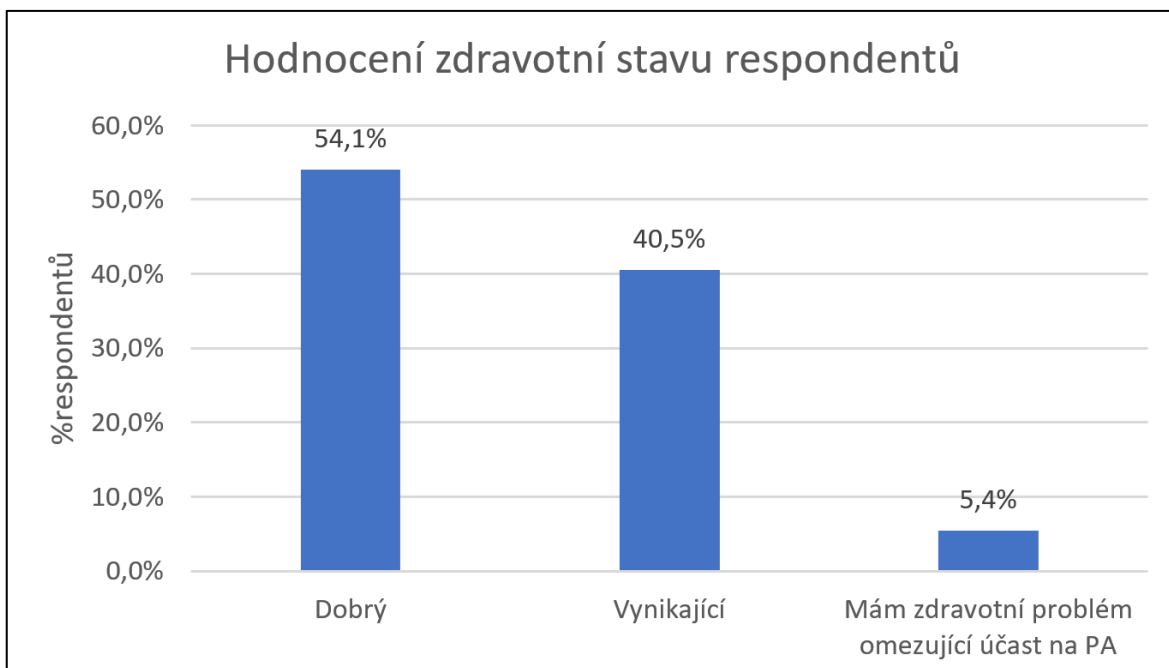
Ohledně pozice, v níž daní respondenti působí byli ještě respondenti dotazováni na formu služby. Zde mohli respondenti zvolit více možností, jelikož pracovníci mohou současně pracovat ve více formách současně. Působení ve službě, jež je poskytována formou terénní uvedlo, že působí 29 (78 %) respondentů, v ambulantní 24 (64 %) a v pobytové 3 (8,1 %). Ohledně úrovně sociální práce mohli taktéž respondenti zaškrtnout více možností. Na úrovni práce s jednotlivcem (např. působení jako klíčový pracovník či poradce atd.) uvedlo, že pracuje 32 (86,5 %) respondentů, úroveň sociální práce se skupinou uvedlo 7 (18,9 %) respondentů a práci s komunitou 7 (18,9 %) respondentů.

### 6.3.2 Výsledky dotazníkového šetření

Následný soubor otázek jsou z okruhu, jež nám mohou naznačit, jak na problematiku pohybové aktivity klientů nahlíží dle vlastních zkušeností, dle self-schématu.

#### Otázka č. 3: Hodnocení svého zdravotního stavu

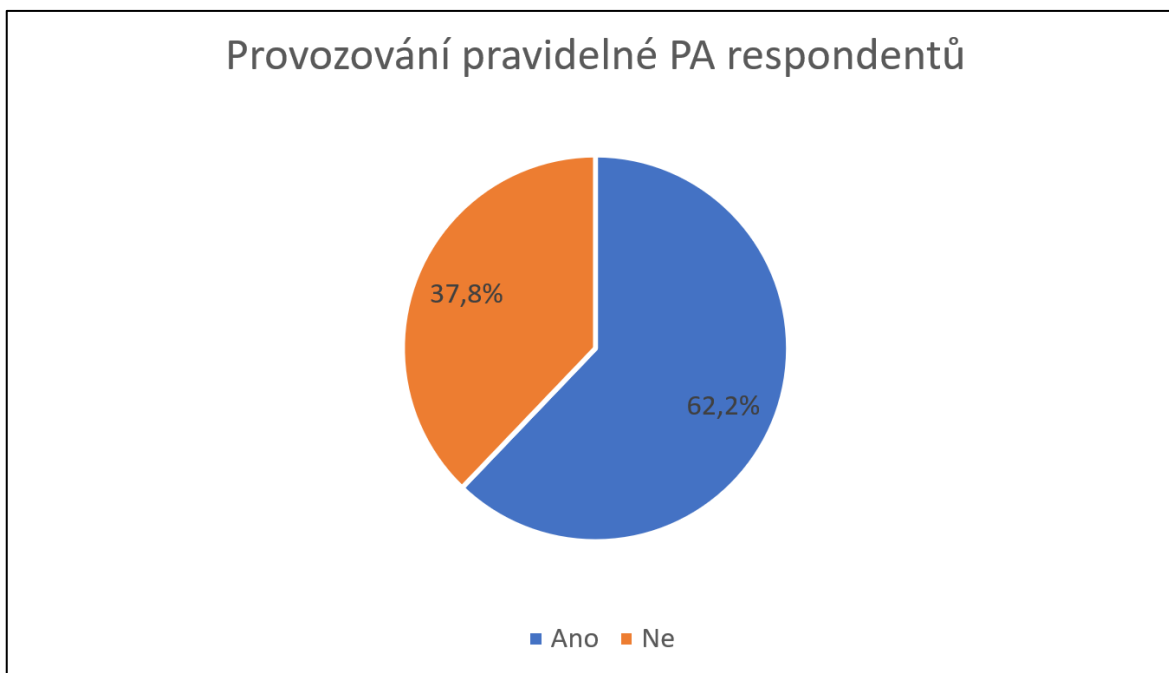
Nejprve měli respondenti zhodnotit svůj zdravotní stav, Jako vynikající svůj zdravotní stav hodnotilo 20 (54,1 %) respondentů, jako dobrý 15 (40,5 %) respondentů, zdravotní problém omezující účast na pohybové aktivitě uvedli 2 respondenti (5,4 %).



Obrázek 5: Graf Hodnocení zdravotního stavu respondentů

**Otázka č. 4: Věnujete se pravidelně doporučené pravidelné pohybové aktivitě?**

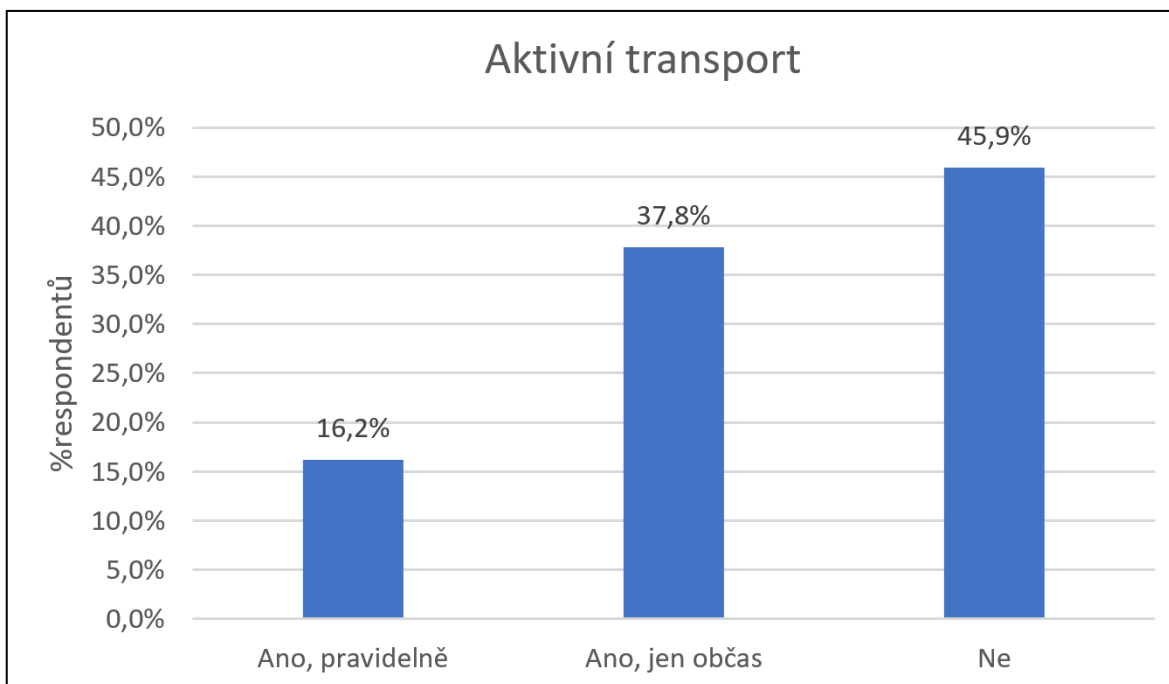
Dotaz byl upřesněn doporučením WHO: „Pro zdravé dospělé ve věku 18 až 65 let WHO doporučuje jako cíl dosažení minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity po 5 dnů týdně nebo alespoň 20 minut pohybové aktivity vysoké intenzity po 3 dny týdně.“ Kladně odpovědělo 23 (62,2 %) respondentů, záporně 14 (37,8 %) respondentů.



Obrázek 6: Graf Provozování pravidelné PA respondentů

**Otázka č. 5: Využíváte k přepravě do zaměstnání aktivního transportu? (pěší chůze, jízda na kole)**

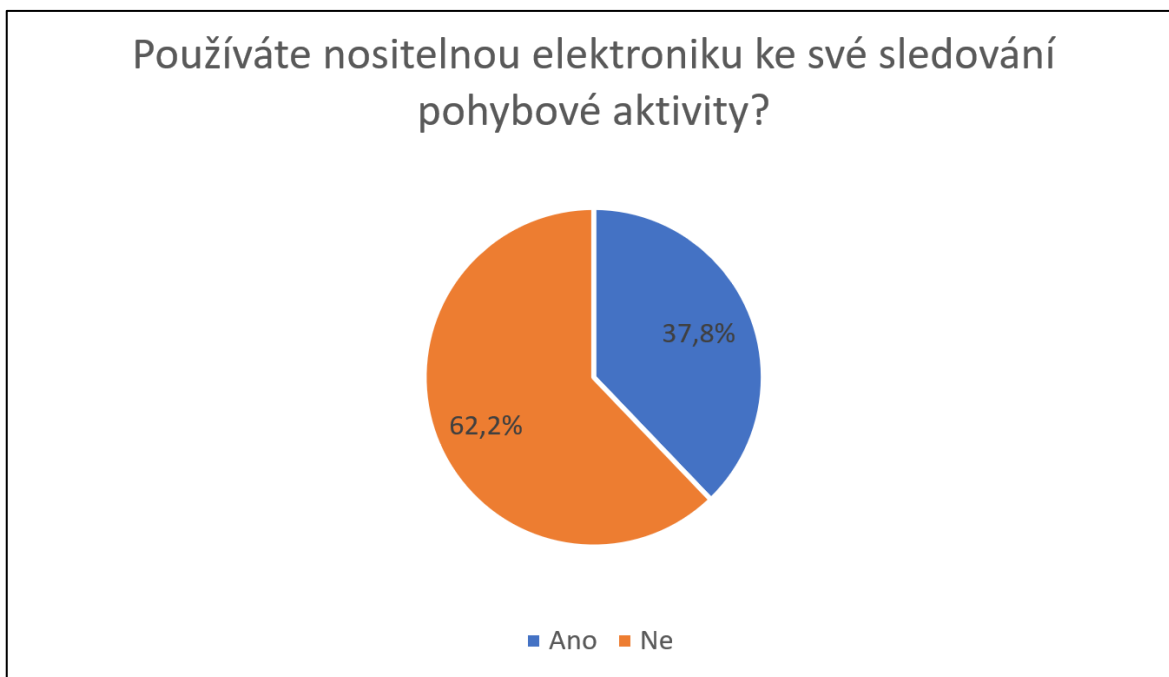
Ano, pravidelně odpovědělo 6 respondentů (16,2 %), ano, občas 14 (37,8 %) respondentů. Záporně odpovědělo 17 (45,9 %) respondentů.



Obrázek 7: Graf Přeprava do zaměstnání pomocí aktivního transportu (chůze, kolo)

**Otázka č. 6: Používáte nositelnou elektroniku ke sledování pohybové aktivity? (fitness náramek, chytré hodinky)**

Kladně na tuto otázku odpovědělo 14 (37,8 %) respondentů a záporně 23 (62,2 %) respondentů.



Obrázek 8: Graf Používání nositelné elektroniky

**Otázka č. 11: Je v zařízení, v němž působíte, podporována pohybová aktivita klientů?**

Kladně odpovědělo na tuto otázku 26 (70,3 %) respondentů a záporně 11 (29,7 %) respondentů.



Obrázek 9: Graf Podpora pohybové aktivity klientů

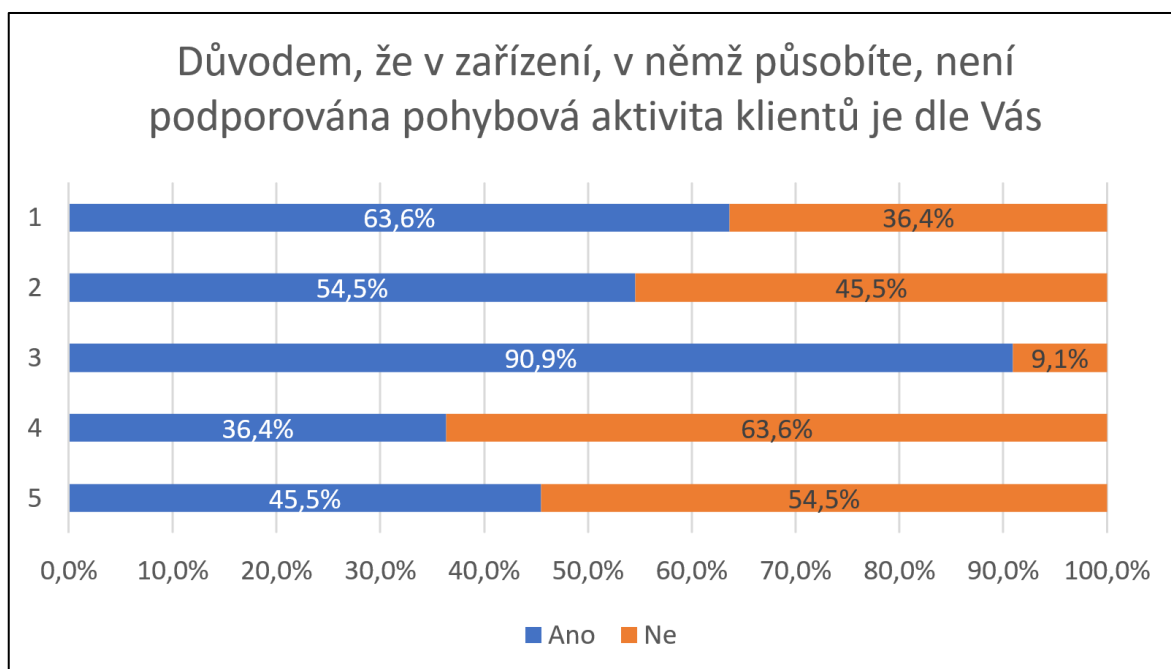
V tomto bodě byli respondenti rozděleni do dvou skupin dle odpovědi na otázku, zda v zařízení, v němž působí, je podporována pohybová aktivita klientů či ne.

#### Otázka č. 12: Důvody, proč není v zařízení podporována pohybová aktivita

K tomuto tématu se vyjadřovalo 11 respondentů, kteří odpověděli na předchozí otázku záporně, bylo dále dotazováno na to, jaké jsou, dle jejich mínění, důvody toho, že v zařízení, v němž působí, není podporována pohybová aktivita klientů. Zde měli respondenti možnost výběru z 5 tvrzení u nichž měli respondenti vyjádřit míru souhlasu či nesouhlasu (ano, spíše ano, spíše ne, ne).

1. S tvrzením, že důvodem je **nedostatek personálu** souhlasilo 7 (63,6 %) respondentů, nesouhlas vyjádřili 4 respondenti (36,4 %).
2. S tvrzením, že důvodem je to, že se to **nepovažuje za důležité** souhlasilo 6 (54,5 %) respondentů a nesouhlas vyjádřilo 5 (45,5) respondentů.
3. S tvrzením, že důvodem mohou být **nehodné prostory, chybějící finance na vybavení** souhlasilo 10 (90,9 %) respondentů a nesouhlasil jeden respondent (9,1 %).

4. S tvrzením, že důvodem **je nezájem klientů** souhlasili 4 (36,4 %) respondenti a nesouhlasilo 7 (63,6 %) respondentů.
5. Poslední nabídnuté tvrzení bylo **jiné důvody**, s nímž vyjádřilo souhlas 5 (45,5 %) respondentů.



Obrázek 10: Graf Důvody, proč není v zařízení podporována pohybová aktivita

K důvodům, proč není v zařízení, v němž pracují, poskytována klientům podpora pohybové aktivity se měli možnost respondenti krátce rozepsat. Tři respondenti napsali, že podpora pohybu v náplni jimi poskytované služby. Dva respondenti ještě zvlášť konstatovali plnou vytiženost kapacity pracovníků. Jeden z nich připsal, že sportovní aktivity podporují v motivačních rozhovorech a druhý, že po domluvě s jednotlivcem chodí na procházky.

#### **Otázka č. 14: Nabízené/zprostředkované pravidelné pohybové aktivity**

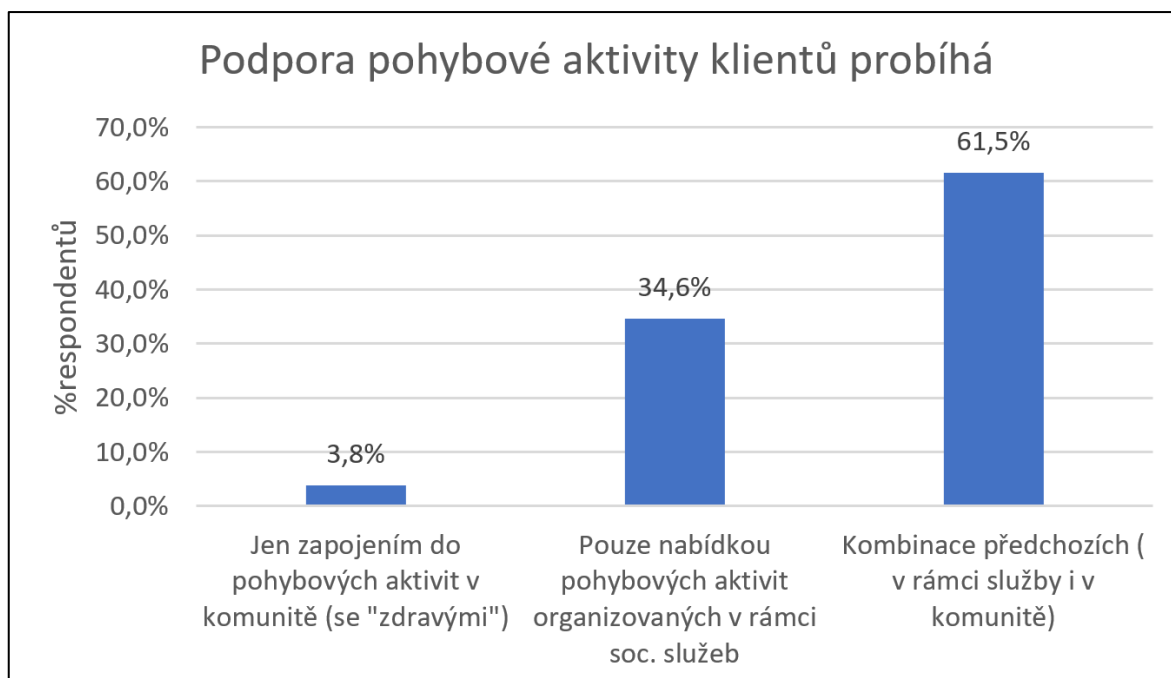
26 respondentům, kteří působí v zařízení, jež poskytuje klientům pohybovou aktivitu, bylo dotazováno, o jaké aktivity se jedná. Respondenti mohli potvrdit více aktivit a v kolonce jiné měli možnost uvést další neuvedenou aktivitu. Z 8 vypsanych aktivit (fotbal, volejbal, běh, chůze s holemi, plavání, jóga, zdravotní cvičení a tanec) respondenti nejčastěji fotbal 12 (46,2 %), jako druhou nejčastější jógu 10 (38,5 %) a třetí nejčastější aktivitou z osmi předem vypsanych aktivit 9 (34,6 %) respondentů potvrdilo plavání.



Jako jinou ve výběru neuvedenou pravidelně nabízenou/zprostředkovávanou aktivitu svým klientům respondenti uvedli: cvičení ve fitness/posilovně, pěší chůzi/procházky, stolní tenis, take-won-do, frisbee, petanque, kriket, relaxační techniky, otužování, kolo

#### **Otázka č. 15: Způsoby podpory pohybu: v rámci služeb/v komunitě/kombinace**

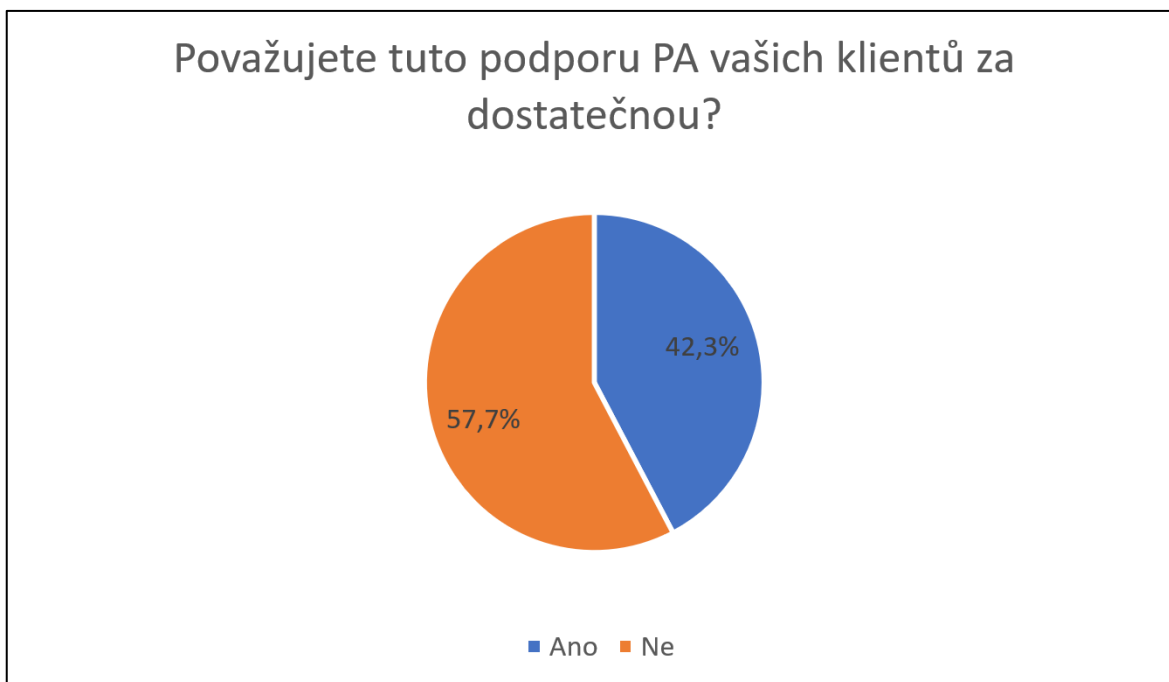
Zde se respondenti, kteří působí v zařízení, jež poskytuje/zprostředkovává svým klientům pohybovou aktivitu, měli vyjádřit, jakým způsobem je pohybová aktivita klientům nabízena. Poskytování pouze v rámci sociální služby vybralo 9 (34,6 %) respondentů, pouze zapojením v komunitě (se zdravými) uvedl jeden respondent a 16 (61,5 %) uvedlo kombinaci obojího (v rámci služby i v komunitě)



*Obrázek 11: Graf Podpora pohybové aktivity klientů probíhá*

#### **Otázka č. 16: Považujete tuto podporu PA vašich klientů za dostatečnou?**

Na tuto otázku odpovědělo z 26 respondentů, kteří působí v zařízení, jež poskytuje klientům podporu pohybové aktivity, odpovědělo souhlasně 11 (42,3 %) respondentů a nesouhlasně 15 (57,7 %). Zde je zajímavostí to, že jako nedostatečnou nabídku označil také respondent, který uvedl nejvyšší počet aktivit nabízeným zařízením.



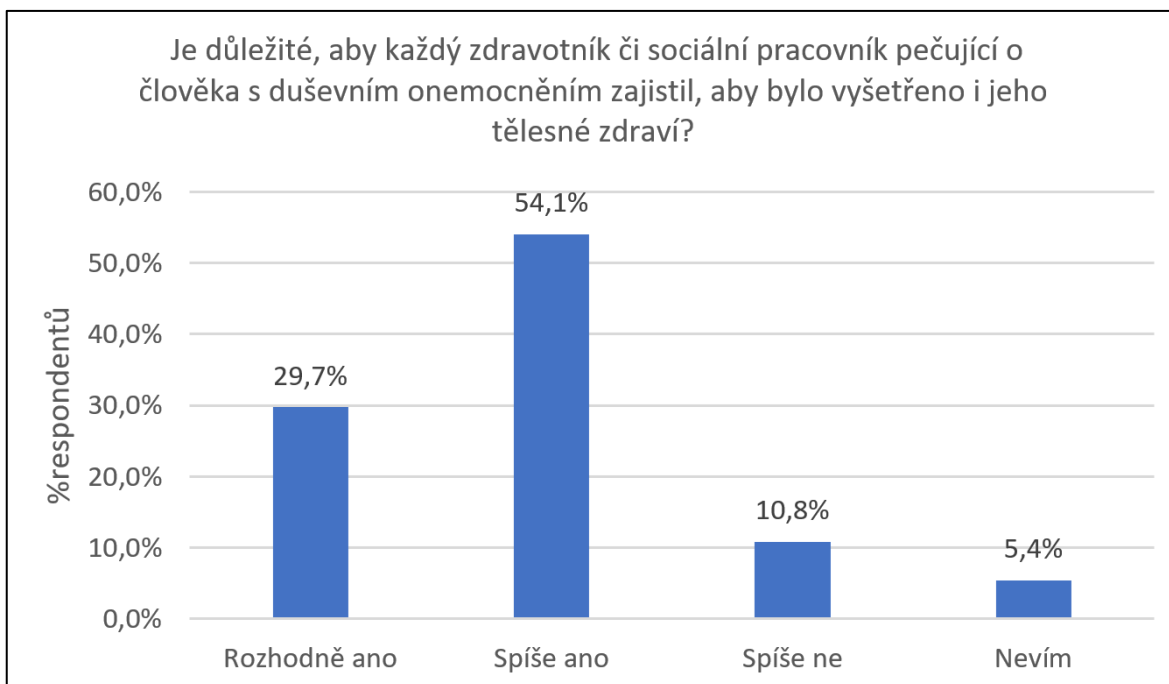
Obrázek 12: Graf Považujete tuto podporu PA vašich klientů za dostatečnou?

V prostoru pro doplnění odpovědi bylo uvedeno, že také 2x ročně organizují/zajišťují (4-5 denní) pobyty na Vysočině spojené s pěší turistikou a jednodenní turistické výlety po Praze a středních Čechách spojené s návštěvou kulturních památek. Pak ještě tentýž respondent doplnil svou odpověď tím, že klienti CDZ mají přístup zdarma nebo s výraznou slevou do veřejného plaveckého bazénu a posilovny, kam chodí individuálně i v rámci skupinových aktivit.

Na zbývající otázky byly tázáni respondenti obou skupin opět společně.

**Otázka č. 18: Je důležité, aby každý zdravotník či sociální pracovník pečující o člověka s duševním onemocněním zajistil, aby bylo vyšetřeno i jeho tělesné zdraví?**

Na tuto otázku odpovědělo „rozhodně ano“ 29,7 % respondentů, „spíše ano“ 54,1 % respondentů, „spíše ne“ 10,8 % respondentů, 5,4 % respondentů zvolilo „nevím“. Odpověď „rozhodně ne“ neuvedl žádný z respondentů.



Obrázek 13: Graf Je důležité, aby každý zdravotník či sociální pracovník pečující o člověka s duševním onemocněním zajistil, aby bylo vyšetřeno i jeho tělesné zdraví?

**Otázka č. 19: Znáte nejčastější tělesné obtíže klientů se závažným duševním onemocněním? Pokud ano, napište alespoň jeden příklad. Pokud ne, napište N**

Jako nejčastější tělesné obtíže jsou v odborné literatuře uváděna kardiovaskulární onemocnění, diabetes, obezita a nemoci dýchacích cest (Karteliotis, 2021). Nejméně jednu z těchto nejčastějším tělesných obtíží uvedlo 75,7 %.

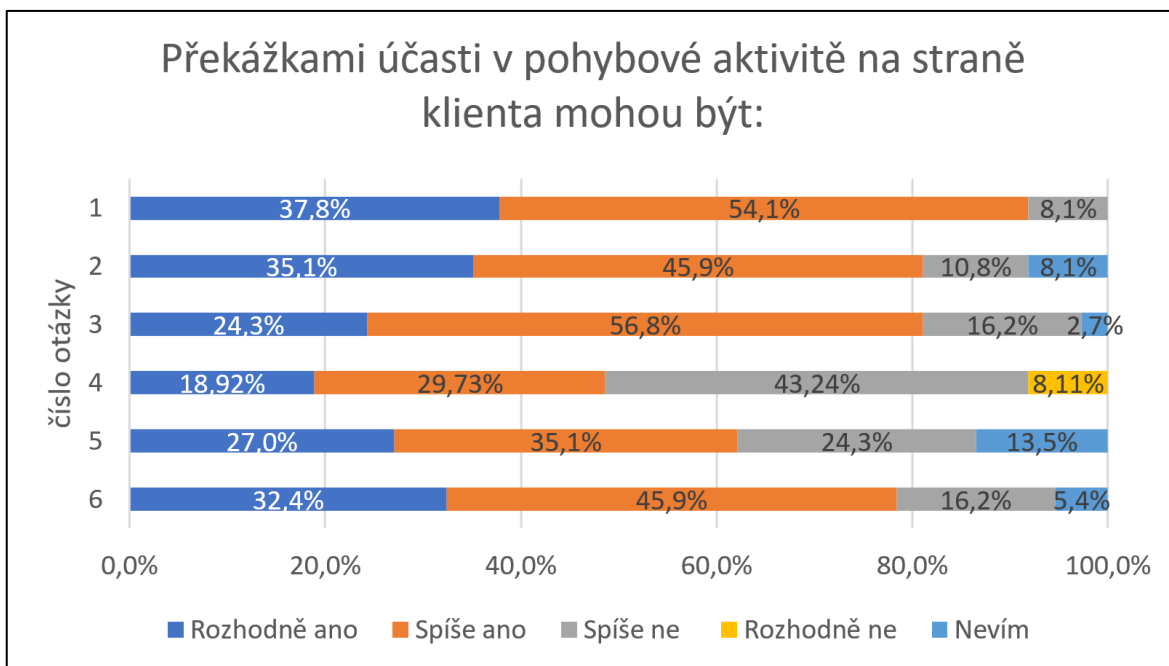
**Otázka č. 20: Myslíte si, že účast vašich klientů na pohybových aktivitách může zlepšit jejich kvalitu života?**

Na tuto otázku odpověděli všichni respondenti kladně. 64,9 % odpovědělo rozhodně ano a 35,1 % spíše ano.

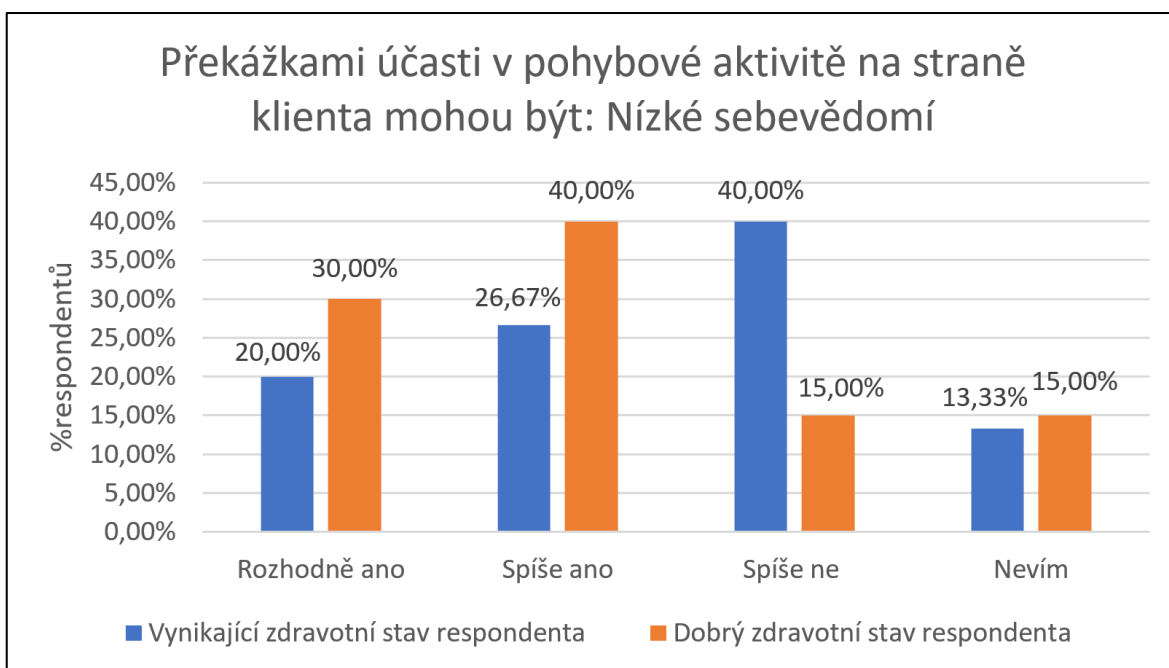
**Otázka č. 21: Překážky účasti na pohybové aktivitě na straně klienta**

V této otázce byly respondentům nabídnuty varianty možných překážek v pohybové aktivitě na straně klienta a respondenti zvolili do jaké míry s uvedenou možnou překážkou souhlasí.

1. **Psychické obtíže, s nimiž se klient léčí** jako překážku potvrdilo 91,9 % respondentů. V odpovědích převažovala odpověď „Spíše ano”, kterou zvolilo 54,1 % respondentů. Nesouhlas projevilo 8,1 % respondentů, a to v odpovědi „Spíše ne”. Odpověď „Rozhodně ne” nezvolil žádný respondent.
2. **Nežádoucí účinky léků** jako překážku v pohybové aktivitě potvrdilo 81,1 % respondentů. Odpověď „Rozhodně ano” potvrdilo 35,1 % respondentů, „Spíše ano” zvolilo 45,9 % respondentů a „Spíš ne” 35,1 % respondentů. Odpověď „Nevím” 8,1 %.
3. **S tělesnými obtížemi**, jako překážkou v pohybové aktivitě klientů, souhlasilo 81,1 %. Z odpovědí zde převažovala odpověď „Spíše ano”, kterou zvolilo 56,8 % respondentů. „Rozhodně ano” zvolilo 24,3 % respondentů. Nesouhlasnou odpověď zvolilo 16,2 % respondentů, a to odpovědí „Spíše ne”. 2,7 % z respondentů uvedlo „Nevím”
4. **S finanční situací** jako překážkou byla odsouhlasena nejmenším podílem respondentů, a to ze 48,6 %. 18,9 % zvolilo „Rozhodně ano”. 29,7 % „Spíše ano”. Nesouhlasné stanovisko naopak zde převažovalo z 51,3 %. „Spíše ne” zvolilo 43,3 % a „Rozhodně ne” 8,1 %.
5. **Nízké sebevědomí** jako možnou překážku v pohybové aktivitě souhlasilo 62,2 % respondentů. Odpověď „Spíše ano” zvolilo 35,1 % respondentů, „Rozhodně ano” zvolilo 27 %. Naopak „Spíše ne” 24,3 %. Nevědělo 13,5 %.
6. **Nezájem klienta** jako překážku v pohybové aktivitě klientů potvrdilo 78,4 % respondentů. Převažovala 45,9 % převažovala odpověď „Spíše ano”. „Rozhodně ano” zvolilo 32,4 % respondentů. Nesouhlasnou odpověď „Spíše ne” zvolilo 16,2 %.



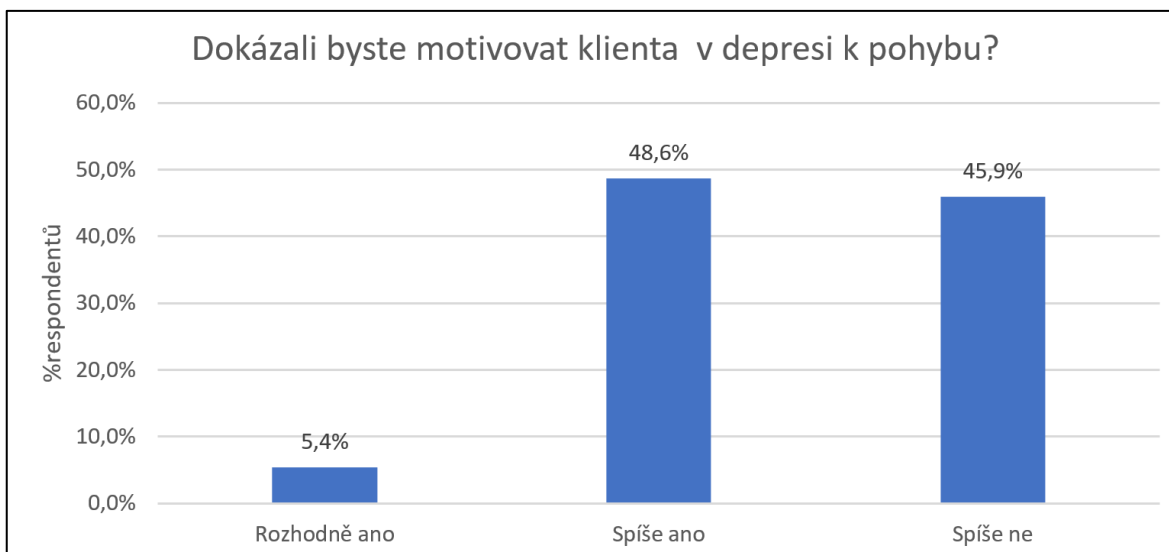
Obrázek 14: Graf Překážky účasti na pohybové aktivitě na straně klienta 1



Obrázek 15: Graf Překážky účasti na pohybové aktivitě na straně klienta 2

**Otázka č. 22: Dokázali byste motivovat klienta v depresi k pohybu?**

Největší jistotu s odpovědí „Rozhodně ano” projevilo 5,4 %, převažovala odpověď „Spíše ano” z 48,6 %. Nesouhlasnou odpověď zvolilo 45,9 %, a to s odpovědí „Spíše ne”.



Obrázek 16: Graf Schopnost motivace klienta v depresi k PA

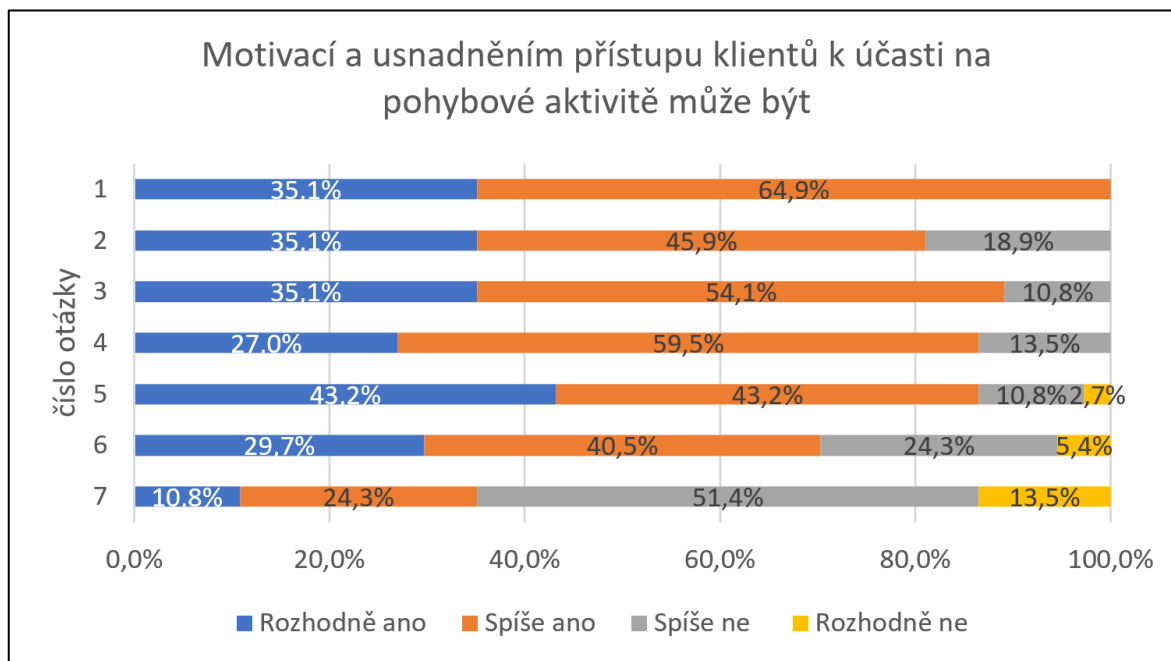
### Otázka č. 23: Motivace a usnadnění přístupu klientů k účasti na pohybové aktivitě

Zde bylo opět uvedeno několik možností a respondenti uváděli, zda s nimi souhlasí či nikoliv.

1. Se **sociálním kontaktem** jako motivačním prvkem souhlasili všichni respondenti. „Rozhodně ano” odpovědělo 35, % a „Spíše ano” zvolilo 64,9 %.
2. **Zlepšení kondice** by mohlo být pro klienty motivací k pohybu dle 81,0 % respondentů, přičemž 35,1 % zvolilo odpověď „Rozhodně ano” a 45,1 % odpovědělo „Spíše ano”. 18,9 % respondentů zvolilo „Spíš ne”.
3. **Snížení tělesné hmotnosti** by mohlo motivovat klienty dle 89,2 % respondentů, z nichž 35,1 % zvolilo variantu „Rozhodně ano” a 54,1 % „Spíše ano”. „Spíše ne” zvolilo 10,8 %.
4. **Pozitivní vztah s terapeutem** by mohl napomáhat a být motivací k pohybové aktivitě klientů dle 86,5 % respondentů, z nichž 27,0 % zvolilo „Rozhodně ano” a 59,5 % „Spíše ano”. Naopak „Spíše ne” odpovědělo 13,5 % respondentů.
5. **Snížení finanční náročnosti** (např. permanentkou, zapůjčením pomůcek atd), by napomohlo klientům k pohybu podle 86,4 % respondentů. Přičemž stejný podíl 43,2 % respondentů zvolilo „Rozhodně ano” či „Spíše ano”. Zápornou

odpověď „Rozhodně ne” zvolilo 2,7 % respondentů a „Spíše ne”, 10,8 % respondentů.

6. **Se zapůjčení sportovního nářadí a pomůcek** jako usnadněním přístupu k pohybové aktivitě by rozhodně souhlasilo 29,7 % respondentů, „Spíše ano” zvolilo 40,5 % respondentů, „Spíše ne” 24,3 % respondentů a rozhodně nesouhlasilo 5,4 %.
7. S tím, že **sledování aktivity pomocí nositelné elektroniky** by mohlo být motivačním prvkem pro zapojení klientů, souhlasilo pouze 35,1 % respondentů. „Rozhodně ano” uvedlo 10,8 % respondentů a „Spíše ano” 24,3 % respondentů. „Spíše ne” zvolilo 51,4 % respondentů a „Rozhodně ne” 13,5 %. U této otázky jsou zajímavá zjištění, na něž podíváme blíže z pohledu věku respondenta a skutečnosti, zda sám používá chytré hodinky či náramek.



Obrázek 17: Graf Motivace a usnadnění přístupu klientů k účasti na pohybové aktivitě

**Otázka č. 24: Které z níže uvedených pohybových aktivit byste doporučili vašim klientům?**

V této otázce respondenti odpovídali více výběrově bez možnosti doplnění dalších možností. Ty mohli respondenti v případě zájmu doplnit v závěru ve volném textovém poli.

Z nabízených možností nejvíce (95 %) respondentů vybralo chůzi s holemi pěší turistiku, na druhém místě nejčastěji doporučovali respondenti plavání (89 %) a jako třetí nejvíce doporučovaná aktivita byla jóga, zdravotní cvičení (87 %).

Tabulka 5: Názory na vhodnost vybraných typů pohybových aktivit pro klienty

Pořadí	Druh pohybové aktivity	Podíl respondentů doporučujících aktivitu
1.	Chůze s holemi, pěší turistika	95 %
2.	Plavání	89 %
3.	Jóga, zdravotní cvičení	87 %
4.	Kolektivní sport (fotbal, volejbal atd.)	81 %
5.	Běh	41 %
6.	Bojový sport (judo, karate atd.)	35 %

#### **Otázka č. 25: Další postřehy respondentů k tématu aneb na co v dotazníku nebyl prostor či na to nebyl prostor**

Zde byl ponechán respondentům volný prostor na psaní. Otázka byla nastavena jako dobrovolná. Svě odpovědi doplnilo 7 respondentů.

- Respondent sdělil, že se snaží, v případě zájmu klienta, zajistit pohybové aktivity (např. trénink fotbalu) v organizacích, které je nabízí. Sami pořádali spíše jednorázové akce, také jen v případě zájmu klientů. Dále doplnil názor, že pokud klientovi jeho psychický stav neumožňuje se, nevidí důvod jej k aktivitě nutit, protože se domnívá, že by to mohlo mít spíše negativní efekt.
  - „...v psychickém stavu (např. deprese), který je charakteristický ztrátou motivace, vůle, apatií, a především velkou únavou a zvýšenou mírou spánku, nevidím smysl je k tomu nutit, naopak to u nich vyvolává větší pocity viny "zase další věc co nezvládám", proto se k tomu snažíme přistupovat individuálně a citlivě.“*
- Tento respondent sdělil, že pro něj bylo těžké odpovídat obecně a že hodně záleží na vztahu klienta ke sportu.

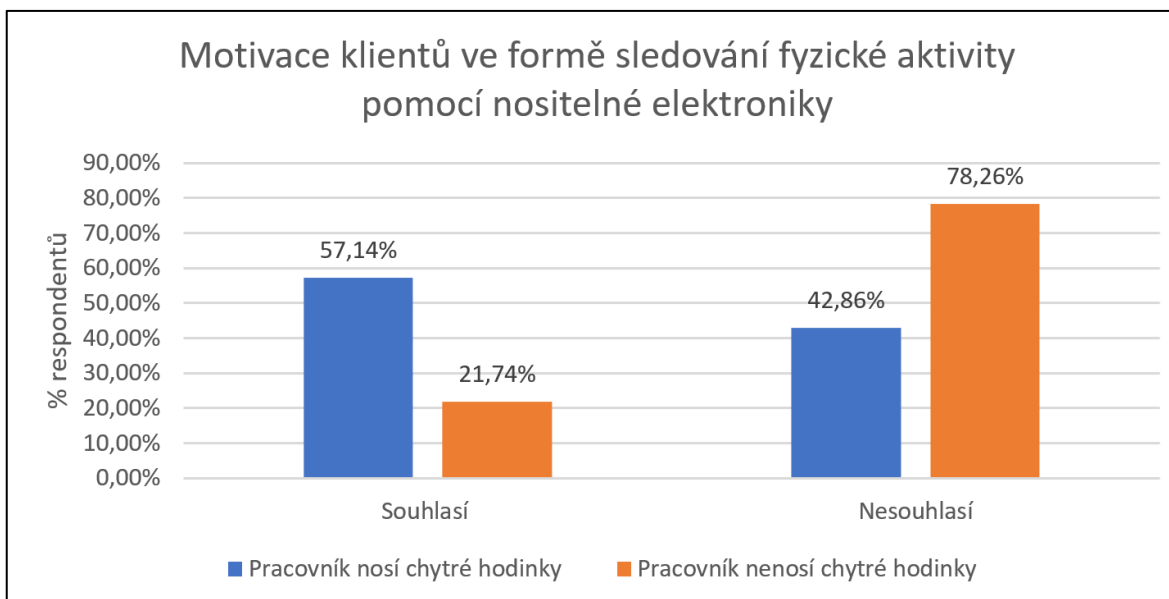


- „... Máme velmi sportovní klienty, kteří sport sami aktivně vyhledávají. Také máme klienty, kteří ke sportu vztah nemají, mají fyzické omezení nebo sport vyloženě nesnáší.“
3. Další respondent uvedl jako klíčové překážky finance, osamělost, stud.
  4. V této odpovědi respondent sděluje, že mezi staršími klienty s duševním onemocněním, s nimiž pracuje, jsou oblíbené spíše jiné zájmové aktivity jako cizí jazyky, vaření, cestopisné debaty, stolní hry, hudební klub, malování atd. než pohybové. A pokud ano, tak spíše v nenáročném rekreačním modu. Výjimkou ale jsou velmi oblíbené pěší výlety.
  5. Zde respondent doplňuje jako vhodnou aktivitu i stolní tenis
  6. Tento respondent vyjádřil názor, že velmi záleží na typu klienta, jeho zájmech a cílech. A též uvedl, že klienta lze pouze motivovat
    - „...nelze pracovat "za klienta" na jeho tělesném zdraví...“
  7. V poslední obdržené odpovědi nám respondent sděluje, že by každou z nabízených variant doporučil s ohledem na jejich individualitu
    - „...ne že bych každému doporučoval všechny.“

### **6.3.3 Srovnávání dat získaných dle kategorií respondentů**

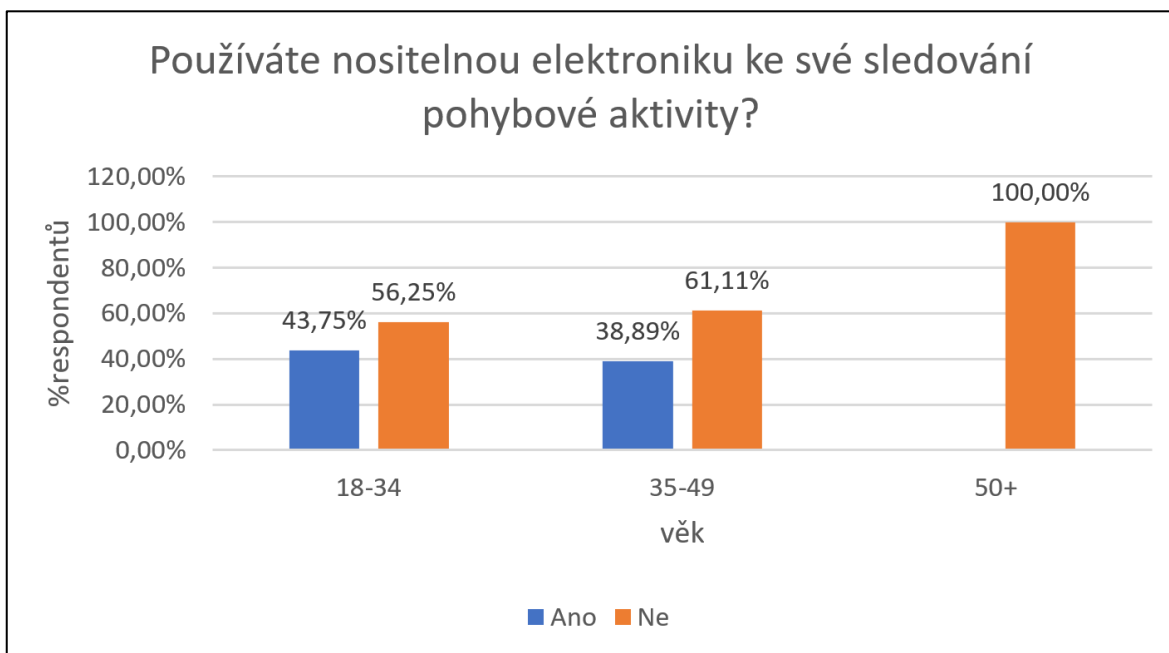
#### **6.3.3.1 Nositelná elektronika jako motivační prvek**

V problematice nositelné elektroniky jsem provedla podrobnější analýza dat. Respondenti, kteří používají chytré hodinky, by jejich používání klientům doporučilo 57 % a nedoporučilo 43 %. Z těch, kteří elektroniku na sledování své aktivity elektroniku nepoužívají, by ji klientům doporučilo 22 % a nedoporučilo 78 %.



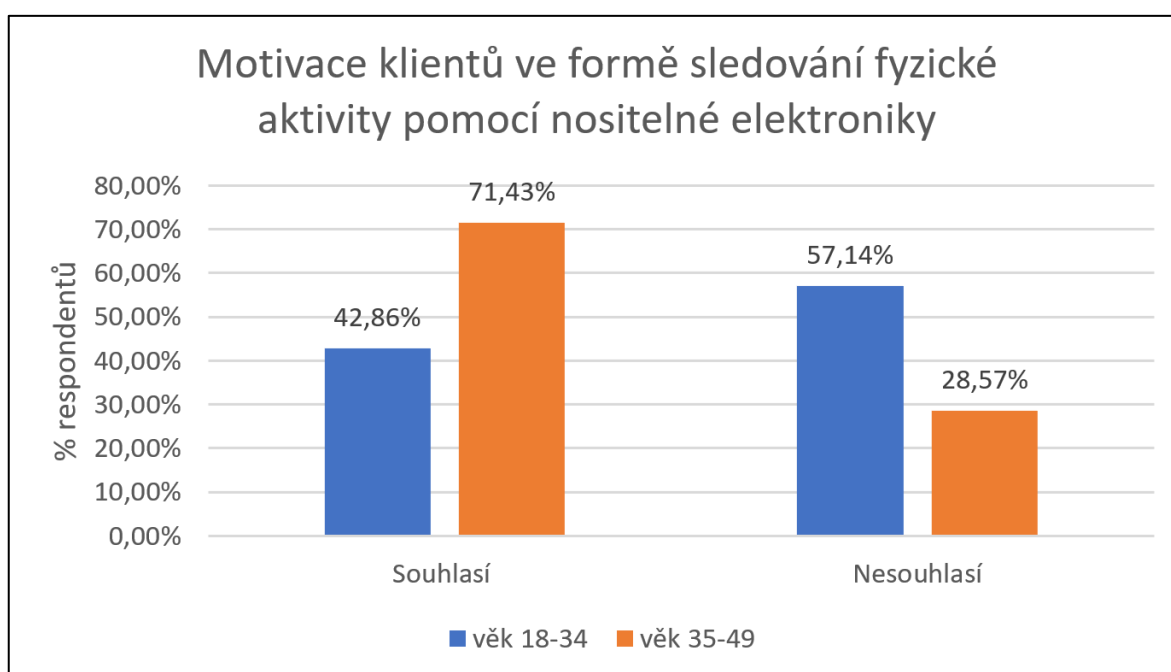
Obrázek 18: Graf Doporučení používání nositelné elektroniky ve vztahu k vlastní zkušenosti

Z nejmladší skupiny respondentů (věk 18-34) používá chytré hodinky atd. zhruba 44 % respondentů a ze střední věkové kategorie (35-49 let) nositelnou elektroniku využívá cca 39 % respondentů. V nejstarší kategorii respondentů nositelnou elektroniku nepoužívá ani jeden respondent.



Obrázek 19: Graf Využívání nositelné elektroniky dle věku

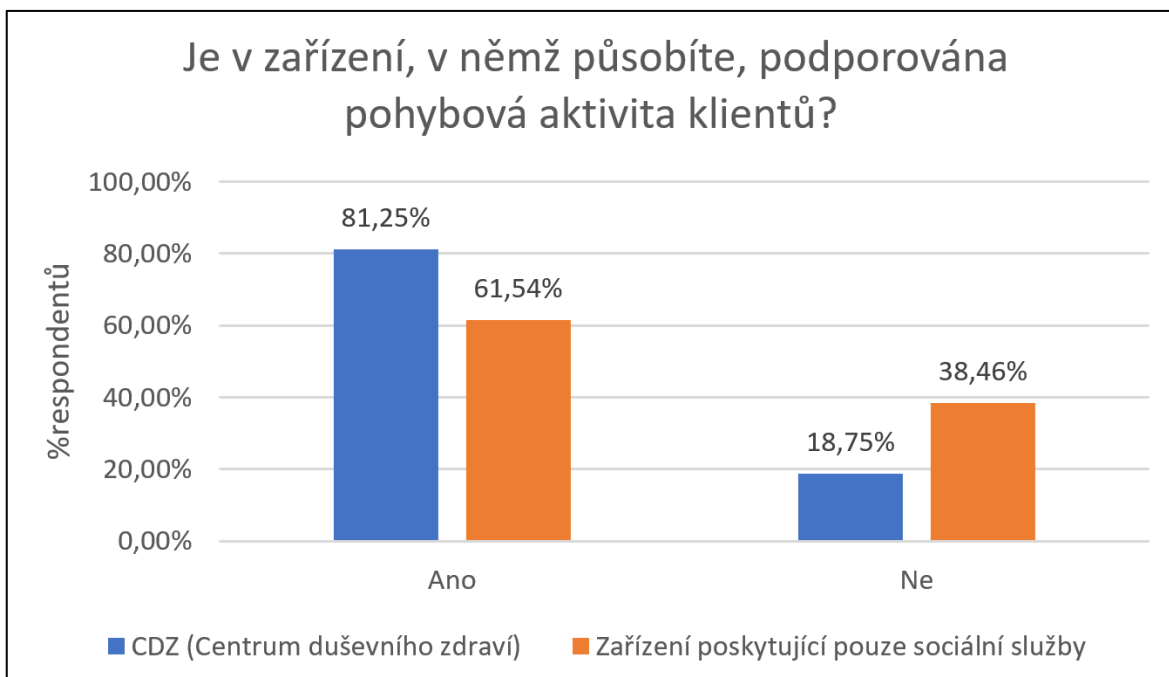
Na závěr jsem se blíže podívala na to, zda by používání nositelné elektroniky doporučili klientům respondenti, kteří nosí chytré hodinky atd. v jednotlivých věkových kategoriích. Zde respondenti, kteří používají chytré hodinky, je většinou doporučovali i svým klientům. 57 % z nich doporučuje a 43 % nedoporučuje. Následně jsem porovnávala názory respondentů nosících chytré hodinky dle věkových kategorií. Ve z těch, co nosí chytré hodinky by ji v mladší kategorii (18-34) klientům doporučilo 43 % a 53 % ne. Ve střední věkové kategorii (35-49), z těch, co používají chytré hodinky by ji naopak doporučilo 71 % respondentů a nedoporučilo 29 % respondentů.



Obrázek 20: Graf Doporučení nositelné elektroniky ze strany respondentů, kteří ji nosí – dělení dle věku

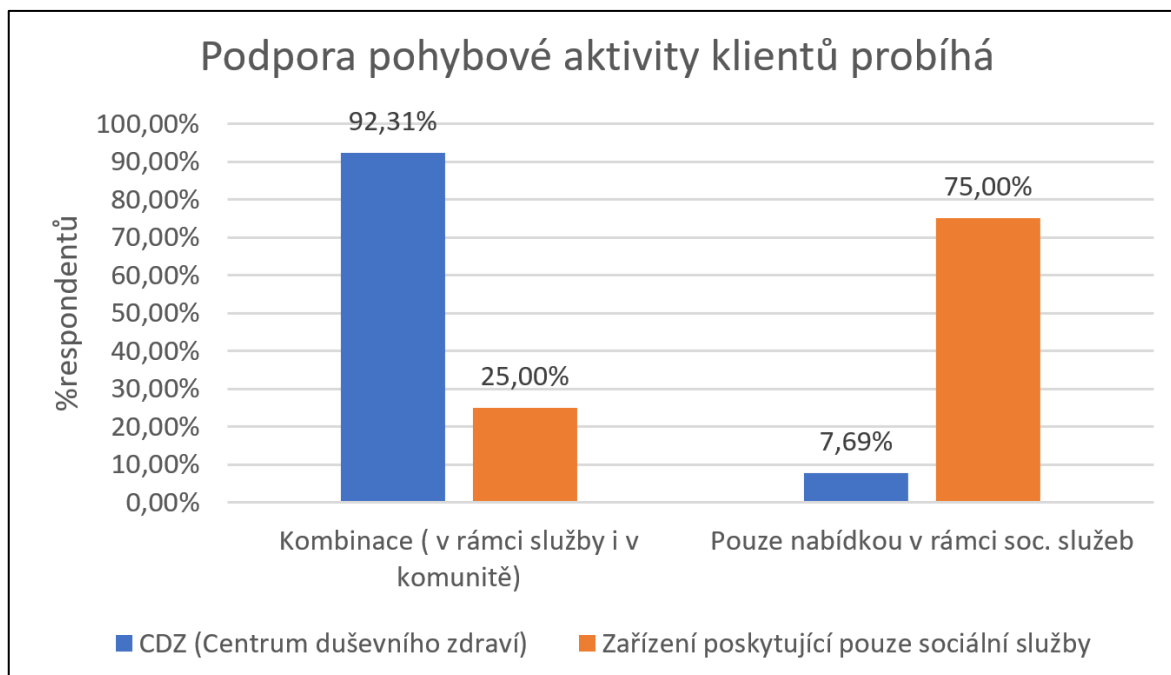
### 6.3.3.2 Srovnání podpory pravidelné pohybové aktivit dle typů zařízení

Provedla jsem srovnání odpovědi respondentů na otázku č.11 kde byli respondenti tázáni, zda je v zařízení, v němž působí podporována PA klientů. Z respondentů, působících v CDZ a podobného typu odpovědělo Ano 81,3 % respondentů a respondenti působící v zařízení, jež poskytují pouze sociální služby odpovědělo Ano 61,5 %. Respondentů



*Obrázek 21: Graf Je v zařízení, v němž působíte, podporována pohybová aktivita klientů?*

Při srovnání odpovědí těchto dvou skupin respondentů na formu poskytované podpory (Kombinace/pouze nabídkou v rámci sociálních služeb) 93,3 % respondentů, působících v CDZ a v zař. podobného typu, odpovědělo, že podpora v jejich zařízení probíhá kombinací (v rámci služby i v komunitě) a 75 % respondentů působících v zařízeních poskytujících pouze sociální služby uvedlo, že u nich podpora pohybové aktivity probíhá pouze v rámci sociálních služeb.



Obrázek 22: Graf Podpora pohybové aktivity klientů probíhá

## 7 DISKUZE

V praktické části jsem se zabývala průzkumem vnímání problematiky podpory pravidelné pohybové aktivity klientů pohledem pracovníků sociálních služeb, které se specializují na péči o duševní zdraví v Praze. Tématem tělesné kondice a fyzického zdraví lidí se závažným duševním onemocněním se zabírám již nějakou dobu. Největším impulsem pro to, abych se o tuto problematiku blíže zajímala a následně ve své diplomové práci zpracovala, bylo předčasné úmrtí několika mých přátel, kteří se dlouhodobě léčili psychickými obtížemi. Snažila jsem se zjistit více, ale v české odborné literatuře, která by se tomu blíže věnovala, jsem v té době toho moc nenacházela. Až mne to jednoho dne zavedlo na webové stránky Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kde jsem se dočetla, že je prokázáno, že lidé s vážným duševním onemocněním mají 2-3 krát vyšší riziko úmrtí než zdraví lidé stejného věku a pohlaví” a také, že tito lidé umírají až o 20 let dříve než je ve všeobecné populaci obvyklé. Za horším fyzickým zdravím lidí s duševním onemocněním

může být také nedostatečná zdravotní péče a prevence (Anýž et al., 2021). Ústřední vojenská nemocnice v Praze v té době nabízela svým pacientům pro zlepšení fyzického zdraví speciální edukační „Program pro dobré zdraví“. Jak jsem se později dozvěděla, tak tento edukační program existuje už od roku 2005 (Newcomer, 2007) a některá zdravotnická zařízení péče o duševní zdraví jej nabízí svým pacientům dodnes. Další významnou aktivitou věnující se fyzickému zdraví lidí s duševním onemocněním, kterou jsem v té době v naší republice či spíše konkrétně v Praze, byl projekt S.O.M.A. realizovaný Psychiatrickou nemocnicí Bohnice (S.O.M.A, 2015). I když jde o velmi přínosné aktivity, tím, že jsou (nebo byly) realizovány jen v rámci několika specializovaných zdravotnických zařízení, dle mého názoru pacientům jsou mnohdy nedostupná a ani o nic nemusí vědět. Navíc, když jsou pak lidé propuštěni z lůžkové péče a nemají v blízkosti svého bydliště možnost v podobném programu pokračovat ambulantně, vrací se často ke svému životnímu stylu a nemohou si své nové znalosti a návyky upevnit. Zde by měla plnit svou úlohu komunitní péče o lidi s duševním onemocněním v místě jejich bydliště, která by měla být schopna nabídnout lidem s duševním onemocněním komplexní péči a podporu i po stránce fyzického zdraví. Tuto komplexní péči v místě bydliště klientů/pacientů se závažným duševním onemocněním zajišťovat Centra duševního zdraví (CDZ). V České republice je však určité specifikum oproti zemím jako Itálie či Holandsko, jimiž se při transformování péče o duševní zdraví u nás inspirováme. A to v tom, že v našem státě komunitní služby péče o duševní zdraví byly rozvíjeny především v rámci služeb sociálních a zdravotní složka bývá v těchto komunitních službách zastoupena velmi málo. Z tohoto důvodu se také počítá i s větším zapojováním sociálních pracovníků v rámci plánovaných center duševního zdraví, kteří by měli být schopni v multidisciplinárního týmu fungovat samostatně a měli by se na tyto role připravovat vhodným vzděláváním a výcvikem (Stuchlík, 2001). Součástí náplně práce sociálního pracovníka by tedy, dle mého, měla být i podpora klienta v jejich péči o fyzické zdraví, edukace o zdravém životním stylu a předcházení přidružených tělesných obtíží spojených s duševním onemocněním. Součástí této komplexní péče by měla být podpora klienta v pravidelné pohybové aktivitě.

Dotazníkovým šetřením jsem se pokusila zjistit, jaké mají pracovníci sociálních služeb, zaměřených na péči o duševní zdraví, povědomí o přidružených tělesných obtížích

svých klientů, do jaké míry a jak pomáhají svým klientům změnit sedavý způsob života a zda to vůbec pokládají za důležité.

Bylo získáno hodně informací, z nichž by se dalo vyvodit velké množství informací o schématech jež jednotliví respondenti uplatňují tématu podpory pohybové aktivity klientů zařízení, v němž působí.

Ze srovnání odpovědí na realizaci podpory pohybové aktivity dle typu zařízení: 81 % respondentů, působících v CDZ a podobného typu odpovědělo, že je v jejich zařízení podporována pohybová aktivita klientů a to z 92 % kombinovanou formou – v rámci služby i v komunitě. z respondentů, působící v zařízení, jež poskytují pouze sociální služby odpovědělo 61 % respondentů, že je v jejich zařízení podporována pohybová aktivita klientů, a to z 75 % pouze v rámci poskytovaných sociálních služeb, kombinaci uvedl 25 %. Z následujících zjištění můžeme usuzovat, že v CDZ a zařízeních podobného typu poskytující i složku zdravotních služeb je více pozornosti věnováno podpoře pohybové aktivit jejich klientů. Příznivé bylo zjištění, že v CDZ a zařízení typu CDZ jsou také více podporována pohybová aktivity v komunitě (např. plavání, cvičení v posilovně atd.) Respondenti působící v CDZ také zmiňovali, že jejich klientům zařízení poskytují svým klientům permanentky na vstupy.

Blíže jsem se podívala data ohledně využívání nositelné elektroniky a jejího doporučení klientům jako motivačního prvku, konkrétně u respondentů, kteří sami používají chytré hodinky. Překvapil mne výsledek docela překvapil, by jejich používání klientům doporučilo 57 % a nedoporučilo 43 %, protože by se dalo předpokládat, že by ji mohli vzhledem k vlastní zkušenosti více doporučovat. Z těch, kteří elektroniku na sledování své aktivity elektroniku nepoužívají, by ji klientům doporučilo 22 % a nedoporučilo 78 %. Uvedené odpovědi by zhruba odpovídaly vnímání ovlivněném self-schématem, tedy vlastní zkušeností. Pak jsem se na závěr blíže podívala na to, zda by používání nositelné elektroniky doporučili klientům respondenti, kteří nosí chytré hodinky atd. v jednotlivých věkových kategoriích. Předpokládat by se dalo, že zde doporučení a poměru odpovědi v bodě 6, kde byla posuzována pouze podle zkušenost bez ohledu jiné parametry. Zde respondenti, kteří používají chytré hodinky je většinou doporučovali (57 %) i svým klientům (43 % nedoporučuje). Když jsem ale porovnávala názory věkových kategorií respondentů nosících chytré hodinky, výsledek u mladší věkové skupiny vyšel jinak než u starší věkové kategorie.

V mladší věkové kategorii (18-34) klientům by chytré hodinky doporučilo 43 % a 53 % ne. Ve střední věkové kategorii (35-49), z těch, co používají chytré hodinky by ji naopak doporučilo 71 % respondentů a nedoporučilo 29 % respondentů. Tento rozdíl v názorech mezi jednotlivými věkovými skupinami by mohl být důsledkem jiných schémat: např. osob (jaké schopnosti či omezení připisují svým klientům) nebo rolí (pacienta nebo klienta) protože v počáteční rubrice pozice v zařízení bylo v kolonce jiný několikrát uvedena zdravotnická profese (všeobecná sestra, psychiatrická sestra) To je však pouze má osobní hypotéza, kterou nelze na tak malém vzorku vyhodnotit.

Limitem tohoto dotazníkového šetření může být nereprezentativnost a menší počet zapojených respondentů. Dotazník jsem sice rozeslala s prosbou o vyplnění do více několika zařízení v Praze, ale dá se předpokládat, že se dost z nich nebyla distribuována dál a skončila v nevyžádané poště. Nejvíce odpovědi v dotazníku začaly přibývat až poté, co jsem obrátila s prosbou o pomoc s distribucí dotazníku, která pracuje na centrále Fokusu-Praha. Z toho se dá předpokládat, že velká část odpovědí pochází právě ze zařízení Fokusu-Praha.

Zajímavá by mohla být realizace podobných průzkumů v rámci různých regionů České republiky.



## 8 Závěr

V systému péče o duševní zdraví bylo dlouho upozadováno i tělesné zdraví. Nejčastějšími přidruženými onemocněními lidí s duševním onemocněním jsou kardiovaskulární onemocnění, cukrovka. Rizikové faktory, jež vedou k těmto onemocněním jako je kouření, špatné stravovací návyky či nedostatečná fyzická aktivita se u lidí duševním onemocněním se vyskytují častěji a dříve než u všeobecné populace. V současnosti probíhá transformace služeb péče o duševní zdraví, která je směřována z velkokapacitních lůžkových zařízení do komunitní péče, která by měla být komplexní a na principu multidisciplinarity. V České republice komunitní služby péče o duševní zdraví byly rozvíjeny především v rámci služeb sociálních, které mají s individuální prací s klienty a jeho okolím velké zkušenosti. Zdravotnických terénních pracovníků je u nás stále nedostatek i v jiných oblastech péče (např. o seniory), proto u nás v multidisciplinárních týmech komunitní péče o duševní zdraví představují sociální pracovníci, popř. pracovníci v sociálních službách. Zde vyvstává potřeba, aby tito pracovníci byli na svou práci s klienty se závažným duševním onemocněním řádně připraveni vhodným vzděláváním a výcviky, aby byli schopni na své klienty a jejich potřeby nahlížet komplexně, tedy i v rámci jeho zdraví tělesného. To by zahrnovalo především edukaci o zdravém životě, omezování rizikových faktorů a tím předcházet přidruženým tělesným onemocněním spojených s duševním onemocněním, čehož nedílnou součástí je vhodná pohybová aktivita.

Prostřednictvím dotazníkového šetření, které jsem zaměřila na pracovníky v sociálních službách zaměřených na péči o duševní se mi potvrdilo, že v multidisciplinárních týmech, kde je zastoupena i složka zdravotní je problematice fyzického zdraví a podpory pohybové aktivity věnována větší pozornost.

## 9 Seznam použitých zdrojů

ANTHONY, W. A. Psychiatric rehabilitation. 2nd ed. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, Sargent College of Health and Rehabilitation Sciences, Boston University, c2002. ISBN 978-1-878512-11-6.

6000 kroků změni váš život – nadváha, obezita, deprese, ztráta smyslu života [online]. Copyright © Maxdorf 2021 [cit. 2021-12-19]. Dostupné z: <https://www.6000kroku.cz/>

ANTHONY, W. A..1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>

Anýž J, Bakštein E, Dally A, Kolenič M, Hlinka J, Hartmannová T, Urbanová K, Correll CU, Novák D, Španiel F Validity of the Aktibipo Self-rating Questionnaire for the Digital Self-assessment of Mood and Relapse Detection in Patients With Bipolar Disorder: Instrument Validation Study JMIR Ment Health 2021;8(8):e26348 doi: 10.2196/26348 <https://mental.jmir.org/2021/8/e26348/>

ASAL Project – Advanced Skills for Active Living [online] 2019. [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: <http://asalproject.eu/cs/home-cs/>

BABYAK, M., et al. 2000. Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. Psychosomatic medicine, 62(5), 633–638. <https://doi.org/10.1097/00006842-200009000-00006>

COLTON, C. W. a R. W. MANDERSCHIED. Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. Preventing chronic disease. Centers for Disease Control and Prevention, 2006/04/, 3(2), A42-A42. ISSN 1545-1151. Dostupné také z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16539783>

ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2010. ISBN 9788024732138.

ČEŠKOVÁ, E. a R. Příkryl.. Praktická psychiatrie. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.

Evaluation Advisory CE s.r.o., Zpracování Analýzy dopadu reformy psychiatrické péče na jednotlivé pilíře sociální politiky optikou osob s duševním onemocněním. Transformace sociálních služeb [online]. Brno, 2020 [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2020/07/Anal%C3%BDza-dopadu-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De.pdf>

FISKE, S. T. a P. W. LINVILLE. What does the Schema Concept Buy us? Personality and Social Psychology Bulletin. 1980, 6(4), 543-557.

FOJTOVÁ, Z., Pěč. O a .B. Wenigová, B. Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním: Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky. 2011 Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

GOLD, L. H. DSM-5 and the Assessment of Functioning: The World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online. 2014/06/01, 42(2), 173-181. [cit. 31.08.2019]. Dostupné z: <http://jaapl.org/content/42/2/173.long>

HOSÁK, L., M. HRDLIČKA a J. LIBIGER. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-

CHERRY, K. The Role of a Schema in Psychology. Verywellmind [online]. 2019 [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: <https://www.verywellmind.com/what-is-a-schema-2795873>

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

KALMAN, M., Z. HAMŘÍK a J. PAVELKA. Podpora pohybové aktivity: pro odbornou veřejnost. Olomouc: ORE-institut, 2009. ISBN 978-80-254-5965-2.

KARTELIOTIS, K a M. Koskolou,. 2021. ASAL Project – Advanced Skills for Active Living [online]. Copyright © [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: <https://asalproject.eu/wp-content/uploads/2020/12/V%C3%BDstupy-z-v%C3%BDzkumu.pdf>

KITZLEROVÁ, E., MOTLOVÁ, L. a E. DRAGOMIRECKÁ. I pacienti se schizofrenií mohou být fit: Roční výsledky Programu pro dobré zdraví v České republice. *Psychiatrie*. 2008, 12(2), 78–81.

KOHOUTEK, R., *Základy užité psychologie*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2002. 544 s., ISBN 80-214-2213-3.

KONDRÁTOVÁ, L., et al.. 2018. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 114.

KOPŘIVA, K.. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

KOUBOVÁ, M. Centra duševního zdraví by měla mít jen jednoho zřizovatele. Urychlená změna by však mohla zablokovat reformu a ohrozit dotace. *Zdravotnický deník*. [online]. 2021. [cit. 2021-12-19] <https://www.zdravotnickydenik.cz/2021/07/centra-dusevniho-zdravi-by-mela-mit-jen-jednoho-zrizovatele-urychlena-zmena-by-vsak-mohla-zablokovat-reformu-a-ohrozit-dotace/>

KRÁLÍKOVÁ, E. Nejčastější příčina úmrtí psychiatrických pacientů: nebojme se ji léčit. *Psychiatrie pro praxi*. 2016, 17(3), 88-91.

KRUPCHANKA, D. et al. “Mortality in people with mental disorders in the Czech Republic: a nationwide, register-based cohort study.” *The Lancet. Public health* 3 6 (2018): e289-e295 .

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. *Psyché* (Grada). ISBN 8024701790.

KŘÍŽOVÁ, E.. Zdraví - kultura - společnost. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-3937-6.

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

MALÝ, R. a J. MASOPUST. Žilní trombóza a plicní embolie u psychiatrických nemocných. Praha: Mladá fronta, 2010. ISBN 978-80-204-2240-8.

MARTINEK, J., Vláda se chlubí slevami na jízdě, tisíce invalidů ale mají smůlu - Novinky.cz. [online]. 2019 [cit. 2021-12-19]. Dostupné z:  
<https://www.novinky.cz/domaci/clanek/vlada-se-chlubi-slevami-na-jizdnem-tisice-invalidu-ale-maji-smulu-40308460>

MATOUŠEK, O. et al., Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2010. (2. vyd.) ISBN 978-80-7367-818-0.

Mc DEVIT, J., et al. , Perceptions of Barriers and Benefits to Physical Activity Among Outpatients in Psychiatric Rehabilitation. Journal of Nursing Scholarship, 38: 50-55 [online]. 2006. [cit. 2021-12-18] <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2006.00077.x>

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví [online] . 2017c. [cit. 2021-12-19]  
[https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny\\_postup\\_2\\_2017\\_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c)

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Odpověď na dotaz dle z. č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím, elektronická komunikace 2020a, nepublikováno

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Průvodce reformou psychiatrické péče. [online] . 2019a. [cit. 2021-12-19] [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou\\_komplet.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18149/39439/Pr%C5%AFvodceReformou_komplet.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky., Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním., [online] . 2017b. [cit. 2021-12-19] [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika\\_MT\\_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky., MZ představuje strategii reformy psychiatrické péče v ČR , Tisková zpráva. [online] . 2013 a. [cit. 2021-12-19] <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. [online] . 2017a. [cit. 2021-12-19] [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Strategie reformy psychiatrické péče. [online] . 2013 b. [cit. 2021-12-19] <https://irop.mmr.cz/IROP/media/SF/Microsites/IROP/Dokumenty/Ostatn%3%ad/Strategie/Zam%4%9bstnannost%20zdravotnictv%3%ad%20TC9/Strategie-reformy-psych-pece.pdf>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Informace o stavu realizace Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí za období říjen 2017 – září 2018. Ministerstvo zdravotnictví [online].2018 [cit .2021-12-19] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-stavu-realizace-zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci-za-obdobi-rijen-2017-zari-2018/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. [online]. 2020, [cit. 2021-12-05]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Reforma péče o duševní zdraví potřebuje nadresortní spolupráci, tu definuje nový národní akční plán. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2019 [cit. 2021-12-07]. Dostupné z:

<https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-nadresortni-spolupraci-tu-definuje-novy-narodni-akcni-plan/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). In: Věstník MZČR. 2021, částka 8, [cit. 2021-12-04]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ\\_8-2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. V Česku je již 30 center duševního zdraví. Vznikla v rámci reformy psychiatrie ministerstva zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. 2021a, [cit. 2021-12-04]. . Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/v-cesku-je-jiz-30-center-dusevniho-zdravi-vznikla-v-ramci-reformy-psychiatrie-ministerstva-zdravotnictvi/> [online].

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Veřejná konzultace k aktualizovaným implementačním plánům Strategického rámce Zdraví 2030 [online]. 2020b.[cit .2021-12-19] Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/verejna-konzultace-k-aktualizovanym-implementacnim-planum-strategickeho-ramce-zdravi-2030/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Základní principy péče poskytované v CDZ. [online]. 2019b. [cit. 2021-12-19]. [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha\\_%C4%8D.\\_6\\_Metodiky\\_-\\_Z%C3%A1kladn%C3%AD\\_principy\\_p%C3%A9%C4%8De\\_poskytovan%C3%A9\\_v\\_CDZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky.. Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí: Akční plán č. 1: Podpora pohybové aktivity na období 2015-2020, [online]. 2015 [cit. 2021-12-19]. <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub-upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2001%20podpora%20pohybov%C3%A9%20aktivita.pdf>

MISHU, M.P., et al. Factors associated with regular physical activity participation among people with severe mental ill health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 54, 887–895 [online]. 2019. [cit. 2021-12-18] . <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1639-2>

NAKONEČNÝ, M. *Sociální psychologie*, Praha: Academia, 2009, 498 s., ISBN 978- 80-200-1679-9.

NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0

NEWCOMER, J.W. Metabolic syndrome and mental illness. *The American journal of managed care*. 2007, 13(7), 170-177.

PARABIAGHI, A, Ch- BONETTO, M. RUGGERI, Antonio LASALVIA a Morven LEESE. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 2006, 41(6), 457-463 [cit. 2019-08-31]. DOI: 10.1007/s00127-006-0048-0. ISSN 0933-7954. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00127-006-0048-0>

PASTUCHA, P. 2007. Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatr. praxi*, 8, 206-7.

PÁV, M. et al. SOMA Score, cardiovascular risk screening tool for psychiatric patients. *European Psychiatry*. 2016, 33, 84-85.

PĚČ, O. Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. [online].2008. [cit. 2021-12-19] Dostupné z: [https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra\\_brozura\\_04.pdf](https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/amepra_brozura_04.pdf)

PETR, T. a E. MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.



PFEIFFER J. a O. ŠVESTKOVÁ. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1587-2.

PLHÁKOVÁ, A.. Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia, 2004. ISBN 80-200-1086-6.

PrahaDnes.Pohyb na předpis by podle odborníků ušetřil až 30 % nákladů na zdravotní péči v ČR |. Praha - katalog firem a řemeslníků, volná pracovní místa a brigády, inzerce zdarma, tipy na výlet, [online]. 2019 [cit. 2021-12-19]. Dostupné z:

<https://www.prahadnes.info/zpravodajstvi/20163-pohyb-na-predpis-by-podle-odborniku-usetril-az-30-nakladu-na-zdravotni-peci-v-cr/?fbclid=IwAR13RJKGtk9npMDwOFots-5A-TMrGiCLf81lrtpu4EYPRb829C-35iW-dUA>

PRAŠKO, J. a K. LÁTALOVÁ. Psychiatrie v primární péči. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.

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

RAGINS, M. Cesta k zotavení. Praha: Fokus, 2018. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.

RICHTEROVÁ, O. Komentář Olgy Richterové: Vláda stále nezvládla vyřešit slevy na jízdné pro invalidy, kteří nemají průkaz ZTP. Pirátská strana [online]. 2020 [cit. 19.12.2021]. Dostupné z: <https://www.pirati.cz/tiskove-zpravy/komentar-vlada-nevyresila-slevy-pro-invalidy-bez-ztp.html>

ŘEZÁČ, J.. Sociální psychologie. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-48-6.

ŘÍČAN, P. Role sociálních pracovníků v reformě péče o duševně nemocné , Sociální novinky [online] 2015..[cit. 2021-12-19] Dostupné z:

<http://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/509-role-socialnich-pracovniku-v-reforme-pece-o-dusevne-nemocne>

S.O.M.A. Péče o tělesné zdraví a nácvik samostatného života v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Bohnice [online]. 2015 [cit. 2021-12-19]. Dostupné z: <https://bohnice.cz/o-nemocnici/dotacni-programy/soma/>

SIGMUND, E. et al. Biosociální proměnné pohybové aktivity dospělých obyvatel vybraných metropolí České republiky. Česká kinantropologie. Praha: Vědecká společnost kinantropologie, 2008, 12(4), 9-21. ISSN 12119261.

SLOVÁK, D, et al., ed. MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017. ISBN 978-80-7472-170-0.

STUHLÍK, J. 2001. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Praha, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

SVÁČINA, Š. Obezita a psychofarmaka. Praha: Triton, 2002. ISBN 80-7254-253-2.

ÚLEHLA, I. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-69-9.

ÚVN. Vliv duševního zdraví na zdraví tělesné - Program pro dobré zdraví. ÚVN [online]. 2014 [cit. 2021-12-19]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/podpora-zdravi-pacientu/dusevni-zdravi/program-pro-dobre-zdravi>

ÚZIS ČR. WHO Disability Assessment Schedule 2.0 Manuál pro snadné ohodnocení funkčního stavu pacientů.. [online]. 2019. [cit. 2021-12-7] Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--who-disability-assessment-schedule>

ÚZIS. Pohybová aktivita NZIP – Národní zdravotnický informační portál [online].2021b [cit. 2021-12-19]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/350-pohybova-aktivita>

ÚZIS. Prevence a zdravý životní styl (Hlavní zásady) NZIP – Národní zdravotnický informační portál [online]2021b.[cit..2021-12-19] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/modul/prevence-zdravy-zivotni-styl>

VANCAMPFORT, D. et al. Exercise improves cardiorespiratory fitness in people with schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*. 2015, 169(1-3), 453-457

VANCAMPFORT, D. et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*. John Wiley, 2017/10/01, 16(3), 308-315. DOI: 10.1002/wps.20458. ISSN 1723-8617. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1002/wps.20458>

VANCAMPFORT, D, et al. Prevalence and predictors of treatment dropout from physical activity interventions in schizophrenia: a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2016 Mar-Apr;39:15-23. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.11.008. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26719106.

VITOVSKÁ, J. Dotazník: Člověk s duševním onemocněním, slevy v dopravě a benefity pro osoby se zdravotním postižením *Revue pro sociální politiku a výzkum* - [online]. 2019 [cit. 19.12.2021]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2019/11/dotaznik-clovek-s-dusevnim-onemocnenim-a-slevy-v-doprave-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim/>

WHO. Physical activity. World Health Organization [online].2021 [cit..2021-12-19]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

World Health Organization Basic documents: including amendments adopted up to 31 December 2014. 48th ed. Geneva: World Health Organization, 2014. ISBN 978-92-4-165048-9.

World Health Organization Management of Physical Health Conditions in Adults with Severe Mental Disorders World Health Organization, [online]. 2018 [cit. 2019-08-31].

Dostupné z:

[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/guidelines\\_physical\\_health\\_and\\_severe\\_mental\\_disorders/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/guidelines_physical_health_and_severe_mental_disorders/en/)

World Health Organization. Mental Disorders affect one in four people. WHO | World Health Organization [online]. 2001. [cit. 2021-12-05]. Dostupné z:

<https://www.who.int/news/item/28-09-2001-the-world-health-report-2001-mental-disorders-affect-one-in-four-people>

World Health Organization.. ‘Excess Mortality in Severe Mental Disorders. World Health Organization [online]. Geneva, 2016 [cit.2021-12-07]. Dostupné z:

[https://www.who.int/mental\\_health/evidence/excess\\_mortality\\_meeting\\_report.pdf?ua=1](https://www.who.int/mental_health/evidence/excess_mortality_meeting_report.pdf?ua=1)

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. ve znění pozdějších předpisů. In:Sbírka zákonů.14. března 2006

## **10 Přílohy**

## Příloha A - Dotazník:

# Podpora pohybové aktivity klientů s vážným duševním onemocněním v Praze

Dobrý den,

jmenuji se Jitka Vitovská a jsem studentkou magisterského studia, oboru sociální a charitativní práce na HTF UK. Chtěla jsem Vás požádat o vyplnění následujícího dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem "Podpora pohybové aktivity klientů s vážným duševním onemocněním v Praze".

Dotazník je určen pro osoby, které pracují v sociálních službách zaměřených na péči o lidi se zkušeností se závažným duševním onemocněním v Praze.

Dotazník je anonymní a jeho vyplněním dáváte souhlas k využití získaných dat pro účel mé diplomové práce.

Děkuji Vám za ochotu a spolupráci Ing.

Jitka Vitovská

---

\*Povinné pole

1. Váš věk \*

*Označte jen jednu elipsu.*

18-34

35-49

50 a více

2. Pohlaví \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Muž

Žena

3. Svůj zdravotní stav hodnotíte jako \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Vynikající

Dobrý

Mám zdravotní problém omezující účast na PA

4. Věnujete se pravidelně doporučené pravidelné pohybové aktivitě? \*

Pro zdravé dospělé ve věku 18 až 65 let WHO doporučuje jako cíl dosažení minimálně 30 minut pohybové aktivity střední intenzity po 5 dnů týdně nebo alespoň 20 minut pohybové aktivity vysoké intenzity po 3 dny týdně.

*Označte jen jednu elipsu.*

Ano

Ne

5. Využíváte k přepravě do zaměstnání aktivního transportu? (pěší chůze, jízda na kole) \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano, pravidelně
- Ano, jen občas
- Ne

6. Používáte nositelnou elektroniku ke své sledování pohybové aktivity? (fitness náramek, chytré hodinky) \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Ano
- Ne

7. Pracujete jako \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Sociální pracovník
- Pracovník v sociálních službách
- Jiné:

8. Typ zařízení v něm pracujete \*

---

*Označte jen jednu elipsu.*



CDZ (Centrum duševního zdraví), popř. zařízení typu CDZ poskytující sociální i zdravotní služby Zařízení

poskytující pouze sociální služby Jiné:

\_\_\_\_\_

9. Forma poskytování sociální služby, v níž převážně v současnosti působíte \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

pobytová

ambulantní Terénní

10. Úroveň sociální práce, na níž převážně v současnosti působíte

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

Práce s jednotlivcem (klíčový pracovník, poradenství atd.)

Práce se skupinou (pracovník v centru denních služeb, v terapeutické dílně atd)

Práci s komunitou

11. Je v zařízení, v němž působíte, podporována pohybová aktivita klientů? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Ano *Přeskočte na otázku 14*

Ne *Přeskočte na otázku 12*

12. Důvodem, že v zařízení, v němž působíte, není podporována pohybová aktivita klientů je dle Vás \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
Nedostatek personálu nebo jeho vytíženost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nepovažuje se to za důležité	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nevhodné prostory, chybějící finance na vybavení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nezájem klientů	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jiné důvody	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Zde můžete podrobněji popsat výše uvedené důvody

---

---

---

---

---

*Přeskočte na otázku 18*

14. Z uvedených pohybových aktivit vašim klientům nabízíte / zprostředkováváte pravidelně \*

Stručně, podrobněji se můžete rozepsat níže

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*

- Fotbal
- Volejbal
- Běh
- Chůze s holemi
- Plavání
- Jóga
- Zdravotní cvičení
- Tanec

Jiné:  \_\_\_\_\_

15. Podpora pohybové aktivity klientů probíhá \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Pouze nabídkou pohybových aktivit organizovaných v rámci soc. služeb
- Jen zapojením do pohybových aktivit v komunitě (se "zdravými")
- Kombinace předchozích ( v rámci služby i v komunitě)

16. Považujete tuto podporu PA vašich klientů za dostatečnou? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

Ano

Ne

17. Zde můžete doplnit Vaše odpovědi týkající podpory PA v zařízení, v němž působíte

---

---

---

---

---

*Přeskočte na otázku 18*

18. Je důležité, aby každý zdravotník či sociální pracovník pečující o člověka s duševním onemocněním zajistil, aby bylo vyšetřeno i jeho tělesné zdraví? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano Spíše
- ne
- Rozhodně ne Nevím
- 

19. Znáte nejčastější tělesné obtíže klientů se závažným duševním onemocněním ? Pokud ano, napište alespoň jeden příklad. Pokud ne, napište N \*

20. 

---

Myslíte si, že účast vašich klientů na pohybových aktivitách může zlepšit jejich kvalitu života? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne
- Nevím

21. Překážkami účasti v pohybové aktivitě na straně klienta mohou být: \*

Označte jen jednu elipsu na každém řádku.

	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíš ne	Rozhodně ne	Nevím
Psychické obtíže, s nimiž se klient léčí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nežádoucí účinky léků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tělesné obtíže	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Finanční situace	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nízké sebevědomí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nezájem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dokázali byste motivovat klienta v depresi k pohybu? \*

*Označte jen jednu elipsu.*

- Rozhodně ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Rozhodně ne

Motivací a usnadněním přístupu klientů k účasti na pohybové aktivitě může být \*

*Označte jen jednu elipsu na každém řádku.*

	Rozhodně ano	Spíše ano	Spíše ne	Rozhodně ne
Sociální kontakt - s klienty služeb, komunitou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zlepšení fyzické kondice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snížení tělesné hmotnosti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pozitivní vztah s terapeutem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snížení finanční náročnosti účasti na PA (např. penamentka či slevy na sportovní aktivity)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zapůjčení sportovního náradí a pomůcek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sledování fyzické aktivity pomocí nositelné elektroniky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Které z níže uvedených pohybových aktivit byste doporučili vašim klientům \*

*Zaškrtněte všechny platné možnosti.*



- Kolektivní sport (fotbal, volejbal atd)
- Běh
- Chůze s holemi, pěší turistika
- Plavání
- Jóga, zdravotní cvičení
- Bojový sport (judo, karate atd)

25. Zde je můžete napsat další postřehy k tématu dotazníku, které pokládáte za důležité, na něž nebyl v dotazníku prostor či v něm nezazněly

---

---

---

---

---

Obsah není vytvořen ani schválen Googlem.

**Google** Formuláře