



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

METODIKA PRO MĚŘENÍ DOPADU MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE NA ZDRAVOTNĚ- SOCIÁLNÍ STAV OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

PROJEKT *CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_023/0000895*

MULTIDISCIPLINÁRNÍ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

ZAHRADA 2000 z. s.
NA MÝTINCE 32,
790 01 JESENÍK

www.zahrada2000.cz

ÚVOD

Psychózy jsou skupina velmi závažných duševních onemocnění, která významně ovlivňuje život člověka ve všech jeho aspektech. Dochází k výrazným změnám v myšlení, vnímání i chování, typická je ztráta kontaktu s realitou, absence náhledu na onemocnění, přítomnost bludů, halucinací i dalších příznaků, které negativně ovlivňují kvalitu života osob, které se s těmito symptomy potýkají. V posledních desetiletích máme v systému péče o duševně nemocné sledovat významný posun od přístupu čistě medicínského a zaměřený jen na léčbu symptomů se dostáváme k pojetí klienta jako osoby, která žije v určitém sociálním kontextu, která má určité potřeby a také potenciál rozvoje, tedy trend směrem k péči **komunitní**. Cílem léčby a rehabilitace psychotických onemocnění je dnes zejména prevence relapsu a dosažení tzv. úzdravy (**recovery**), tedy nikoliv nutné vymizení veškerých klinických příznaků, ale zejména dosažení smysluplného a kvalitního života navzdory nemoci.

Zahrada 2000 je organizací, která již přes 15 let poskytuje komplexní péči o osoby s duševním onemocněním v regionu Jeseník, s cílem zvýšit kvalitu jejich života a zapojit je zpět do společnosti. V organizaci je poskytována odborná péče založená na principech komunitní práce s využitím přístupu orientovaného na řešení, spolupracující způsoby práce a využívání principu otevřeného dialogu. V rámci našich poskytovaných služeb se neustále učíme a rozvíjíme spolu s klienty, stejně tak probíhá i vývoj nových metodik i postupů, kdy jsme například vytvářeli postupy pro evaluaci poskytované péče, metody pro měření potřeb klientů, postupy pro individuální plánování s klienty apod.

Cílem tohoto dokumentu je představit jednotnou **metodiku** pro **měření dopadu** multidisciplinární **komunitní péče** na zdravotně-sociální stav osob s duševním onemocněním. Tato metodika poslouží k měření efektu komunitní péče na osoby s DO v regionu, umožní nám sledovat, ve kterých oblastech flivota klient došlo k posunu a na které oblasti je potřeba se více zaměřit, případně ve kterých oblastech je péče málo efektivní.

Díky tomu budou zodpovězeny otázky, jaký je vliv rozšíření služeb komunitní péče na kvalitu flivota osob s dlouhodobým duševním onemocněním v regionu Jeseník, jaký má vliv na uspokojování jejich potřeb i to, jak se vztahuje k fenoménu recovery a jaký posun vykazují klienti v této oblasti.

Úvodem představíme některé teoretické koncepty, které souvisí s problematikou komunitní péče, měření jejího dopadu a efektu, měření kvality flivota i potřeb osob s DO. Představíme dostupné dotazníky a metody, které se používají pro měření dopadu komunitní péče na zdravotně-sociální stav i kvalitu flivota osob s duševním onemocněním. Kromě toho také osvětlíme specifika dotazníkových měření u osob s DO, jejich rizika i limity, specifika sebeposuzovacích metod, tak i metod vyplňovaných externími šhodnotiteliťó profesionály i blízkými a rodinnými příslušníky.

Podrobně zde popíšeme vybrané metody, které budou v rámci poskytované péče v Zahradě 2000 využívány pro měření efektu komunitní péče o osoby s DO a dopadu na jejich kvalitu flivota i potřeby a míru recovery. Následně bude předložena šnávodě k administrování dotazníků, které budou v rámci evaluace využívány, instrukce pro pracovníky, způsob vyhodnocení i následné práce s daty, jakým způsobem je třeba zpracovat a využít.

Organizace ZAHRADA2000 se od roku 1998 vnuje duševnímu zdraví a poskytuje osobám s duševním onemocněním převážně z jesenického regionu ucelený komplex služeb s cílem umožnit jim "návrat zpět do života". Cílovou skupinou, se kterou se vzažízení pracuje, jsou osoby s chronickým duševním onemocněním, zejména psychotického okruhu.

Kromě ambulantních a terénních sociálních služeb (včetně podpory bydlení) v okrese Jeseník pro osoby s duševním onemocněním nabízíme možnost zaměstnávání s podporou pro osoby se zdravotním postižením zahrnující odbornou přípravu na zaměstnání, pracovní a dluhové poradenství a podporu zaměstnávání na chráněném, podporovaném i volném trhu práce. Zahrada 2000 je akreditovanou vzdělávací institucí MPSV a M^TMT, nabízí vlastní vzdělávací a rekvalifikační kurzy. Má také povolení ke zprostředkování zaměstnání vydané ÚP R. V několika provozech je zaměstnáno na vymezených chráněných pracovních místech asi 40 osob se zdravotním postižením, Zahrada 2000 je uvedena s v seznamu sociálních podniků.

Zahrada 2000 provozuje také sociálně zdravotní terénní služby, kterou zajišťuje multidisciplinární terénní tým nejčastěji přímo v domácím prostředí lidí s vážnějším duševním onemocněním. Kromě toho zde funguje nestátní zdravotnické zařízení - Psychoterapeutický stacionář. Je podporováno vytváření svépomocných skupin, participativní zapojení osob s vlastní zkušeností (peer konzultant) je již řadu let samozřejmostí. Organizace se také zasazuje o rozvoj spolupráce mezi jednotlivými organizacemi na Jesenicku, které se při své práci setkávají s osobami s duševním onemocněním.

V Zahradě 2000 je poskytována péče a podpora založená na principech komunitní péče s využitím přístupu orientovaného na řešení, kolaborativní (spolupracující) způsobu práce a vyvíjení principu otevřeného dialogu. Mezi základní principy práce ve sdružení Zahrada 2000 patří především uplatnění zplnomocnění, rovného, partnerského a individuálního přístupu, otevřené komunikace a transparentnosti. Významným prvkem je bezpodmínečné přijetí a respektování druhého člověka takového, jaký je. Důraz je kladem na podporu samostatnosti uživatele a jeho schopnosti převzít odpovědnost, pomoc při naplňování reálných cílů, respekt k jeho schopnostem a možnostem. Samozřejmostí je zapojení uživatele do rozhodování o způsobu poskytování služby.

TEORETICKÝ ÚVOD

KOMUNITNÍ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Komunitní péče zahrnuje soubor služeb, programů a zařízení s cílem pomoci lidem s duševním onemocněním žít v podmínkách co nejvíce podobných běžnému životu subjektivně co nejuspokojivějším způsobem. Cílovou skupinou komunitní péče nejsou jen osoby s duševním onemocněním, ale i další členové komunity. Mezi postupy komunitní péče patří nejen léčba (terapie), ale i podpora sociální oblasti života klienta, zejména práce, bydlení a sociálních kontaktů. Z toho vyplývá, že základním předpokladem kvalitní komunitní péče je úzká spolupráce mezi sociálním a zdravotním resortem (Příčip, Probstová, 2009).

Komunitní péče také znamená respektování komplexnosti potřeb duševně nemocných v komunitě. Lidé s duševním onemocněním i jejich rodina jsou vnímáni jako partneři v procesu péče, kvalitní komunitní péče vyžaduje týmovou práci profesionálů zdravotní a sociální sféry na bázi rovnocennosti. Komunitní péče je založena na dostupnosti služeb a flexibilitě, orientaci na potřeby nemocných a na jejich kompetence.

PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE

Součástí komunitní péče je psychosociální rehabilitace, jejímž posláním je posilovat fungování lidí s dlouhodobými psychiatrickými problémy tak, aby mohli dosáhnout spokojenosti a úspěchu ve svém prostředí s co nejmenší podporou profesionálů. Zatímco psychiatrická léčba se zaměřuje zejména na poškození (šimpairment), rehabilitace na postižení (šdisability) – funkční ztráta vyplývající z poškození) a hendikep (sociální odpověď na postižení). Psychiatrická rehabilitace pomáhá lidem s duševním onemocněním v údravě a zotavení (**recovery**). Nejde o vymizení symptomů, ale o adaptaci, i případně přetrvávající symptomy. V České republice je známá holandská škola psychosociální rehabilitace STORM. Tento komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci vnímá problémy osob s DO jako překážky bránící dosažení určité kvality života, která stojí v cestě k uskutečnění jeho plánů.

ZOTAVENÍ

Anthony (1993; in P & Probstová, 2009) mluví o zotavení (šrecovery) jako o stavu vyjadující něco jiného než švylé ení v lékařském smyslu, než prosté vymizení symptomu. **Zotavení** neboli recovery je ryze osobní, jedinečný proces změn v postupu, hodnot, cílech, pocitech, schopnostech a rolích člověka. Je to proces, jehož výsledkem je, že člověk přijde spokojený, nadšený a plnohodnotný navzdory omezením, která je zapříčiněna nemocí. Recovery přispívá dříve než ze symptomů na kvalitu života a na to, jak je pacient se svou nemocí vyrovnáný a schopný s ní žít a fungovat.

HODNOCENÍ A MĚŘENÍ EFEKTIVITY POSKYTOVANÉ KOMUNITNÍ PÉČE

Abychom mohli posoudit, zda je poskytovaná komunitní péče pro osoby s duševním onemocněním užitečná /tedy zda je **efektivní**/, je nutné tuto péči pravidelně evaluovat a měřit její výsledky. Je potěšitelné zejména to, zda služby, které nabízíme, fungují, tedy zda přinášejí kýžený efekt. V sociálních službách i ve zdravotnictví existují v oblasti evaluace poskytované péče velké mezery, účinnosti a efektivita jsou však v dnešní době aktuálními tématy. Jak uvádí Thornicroft, efektivita je podle něj jednou ze základních kritérií, která by měla komunitní péči splňovat. Ovčování a hodnocení efektivity péče je velmi potěšitelné a klíčové pro zkvalitňování komunitní péče o duševně nemocné, pro její plánování, stanovení pracovních postupů apod.

Toto měření a ovčování efektivity je ale na druhou stranu velmi náročné a obtížné, stejně tak, jak je výsledek recovery subjektivní a jedinečný u každého jedince. Někdy je velice složité vymezit, jaký by tento žádaný výsledek (kvalitní komunitní péče) měl být, je problematické přesně vydefinovat, jak vypadá kvalitní péče a jaké jsou její objektivní důsledky.

V oblasti komunitních služeb, podobně jako třeba v psychoterapii, narážíme na otázku, *jakým způsobem* efektivitu služeb sledovat a měřit. Na jedné straně existuje tendence k číselně neobjektivnímu měření, které však velmi často opomíjí komplexnější proměnné subjektivní kvality, které jsou však pro nás v oblasti komunitní péče stejně důležité. Na druhou stranu, jen subjektivní výpovědi nejsou tak objektivní jako jiné, objektivní metody hodnocení,

mohou být zpochybnitelné, m ní se v ase, tyto subjektivní výpov di nejsou p íli–vhodné k šobjektivizování, pro srovnávací studie, jsou zpochybnitelné z hlediska metodologie.

K m ení úsp –nosti intervencí v oblasti komunitní pé e o du–evn nemocné se pouívají nástroje, které sledují stav a zm ny v sociálním fungování klienta, jeho reakci na poskytované slufby. Lé ba a rehabilitace du–evních onemocn ní vycházejí z biopsychosociálního modelu nemoci a stejn tak vyfladuje adu hodnotících kritérií. Klasickým hodnotícím kritériem je redukce symptom , míra šnemocnosti. Stejn jako odstran ní symptom je v–ak pro nemocného d leflitý jeho flivot, pocit spokojenosti, materiální zaji–t ní a flivotní perspektiva. (Dragomirecká, Barto ová, 2006).

Objektivní metody tedy v t–inou sledují symptomy nemoci, sledují, jak se symptomy / nemoc / vyvíjejí v ase (nap psychiatrické –kály). Pro objektivní m ení efektivity se také dají dob e vuffit nep ímé ukazatele, jako je nap íklad po et hospitalizací, délka hospitalizace, mnofství a typ medikace, nebo i míra sebevraflednosti.

Co se tý e **subjektivních**, kvalitativních metod, jedná se p edev–ím o metody m ení kvality flivota, hodnocení klientovy spokojenosti se slufbami, m ení napln nosti klientových pot eb, m ení sociální integrace klienta anebo také míry recovery.

MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

V dne–ní dob je pojem kvality flivota (quality of life) ásto sklo ován nejen v odborné literatu e, ale i mezi laiky. Sv tová zdravotnická organizace (WHO) kvalitu flivota definuje jako to, jak jedinec vnímá vlastní postavení ve sv t v kontextu kulturních i hodnotových systém , ve kterých flije a ve vztahu k jeho cíl m, p edstavám, flivotnímu stylu i zájm . Podle výzkumu kvality flivota u nemocných s dlouhodobými zdravotními problémy bylo prokázáno, fle zhor–ený zdravotní stav negativn ovliv ũje v–echny oblasti kvality flivota (Dragomirecká, Barto ová, 2006).

V medicínském prost edí se zab hl pojem šhealth related quality of life. Obsahuje v sob r zné oblasti, které se pojí s fyzickým, psychologickým a sociálním i funk ním zdravím lov ka. Tento koncept je napln n 3 rozm ry: 1) subjektivní pocit pohody ó spokojenosti, 2) schopnost fungovat v kaflodenním flivot , pe ovat o sebe a zastávat sociální role a 3) zevní zdroje materiální povahy a sociální podporu. D raz je v tomto konceptu kladen na

sebehodnocení nemocného a to, jak se sám subjektivně vnímá. (Motlová, Dragomirecká, 2003).

Kvalita života je dle výzkumů u osob s DO výrazně nižší, když je člověk trvale umístěn v psychiatrických zařízeních a v tísňové je pak výrazně vyšší, když je hospitalizace ukončena. Spokojenost života je také ovlivněna stupněm invalidity, mírou zneschopnění, délkou trvání nemoci ale vedlejšími úkony terapie, subjektivní kvalita života je výrazně nižší například v depresích, roli hraje i úzkostnost, ztráta výkonu, sociální nejistota. Podle Motlové a Koukolíka (2004) je důležitým protektivním faktorem pro dlouhodobou nemocné existence sourozeneckých vztahů v rodině a jiných sociálních vazeb. Negativní příznaky schizofrenie pak významně snižují kvalitu jejich života. Brown (1999; in Motlová, Dragomirecká, 2003) uvádí, že ambulantní programy, zaměřené na pracovní rehabilitaci a psychosociální a psychoedukační programy mají výrazný vliv na zlepšení kvality života osob se závažným dlouhodobým onemocněním.

Kvalita života je považována za ukazatel fyzického, psychického zdraví i sociální spokojenosti a může sloužit k hodnocení efektivity péče. V oblasti psychiatrie je kvalita života využívána jako fenomén, který je jedním z nejvyužívanějších při měření a hodnocení účinnosti terapeutických programů, zejména těch, které nejsou zaměřeny jenom na zmírnění příznaků, ale které pomáhají nemocnému v návratu do jeho přirozeného prostředí a běžného života. Kvalita života je tedy kritérium používané k hodnocení terapie a kvality služeb. I přes nepatrnou měřitelnost a možnost šobjektivizace je právě **životní spokojenost** klíčovým konceptem v oblasti komunitní péče. To, zda je nemocný schopen žít ve svém přirozeném prostředí, zda je schopen se uplatnit v práci, mezi lidmi, ve společnosti, to vše není jednoznačně vázáno na redukci symptomů. Na druhou stranu, příčina kvality života se nikdy přesně nedozvíme, zda zlepšení způsobilo užívání služby, nebo zda na to měla vliv jakákoliv proměnná v životě klienta. (Hejzlar, 2014)

Měření kvality u osob s dlouhodobým onemocněním může představovat metodologický problém. Kritici subjektivních metod hodnocení kvality života namítají, že osobní pohled nemocného nemusí být vždy objektivní a lidé s dlouhodobým onemocněním si často plně neuvědomují své onemocnění a vnímaná kvalita života může být vnímána zkresleně a často svou její zásadně nadhodnocují v porovnání s jinými osobami trpícími jinou formou zdravotního postižení. Hodnocení kvality života je může být ovlivněno kognitivními deficity,

kteře se s nemocí pojí, s výkyvy nálady, r znými neblahými řivotními okolnostmi a v neposlední řad také medikací.

Výsledek měření kvality řivota může být podle n kterých autor ůn kdy spí-e odrazem psychopatologie, neř skute né řivotní situace. Lidé se závažným du-ěvním onemocn ěním mají tedy řasto tendenci svou kvalitu řivota nadhodnocovat řo pravd podobn ě se jedná o výsledek p sobení kompenza ěních mechanism ů, tedy schopnost adaptace na nep říznivé řivotní okolnosti, nebo o zp ůsob obrany.

P ůi interpretaci výsledných hodnot kvality řivota je pot eba mít na pam ěti nejen schopnost ůlov k a jeho psychiky uzp ůsobit se vn ěj-ím i vnit ěním podmínkám, ale také relativní a velmi subjektivní charakter spokojenosti. Pokud existuje výrazný rozpor mezi objektivním a subjektivním hodnocením kvality řivota u nemocného, lze získat informace i od jeho p říbuzných. Pohled nemocného na jeho vlastní kvalitu řivota v-ak vnímáme jako naprosto nenahraditelný. Nakonec, řada studií dolořila, ře 63ř695 % klinicky stabilizovaných pacient ů je schopno hodnotit kvalitu svého řivota spoleřliv ě, s dostate ěnou konzistencí, což je dostate ěn uspokořivé říslo (Voruganti, 1998, in Motlová a Dragomirecká 2003).

VYBRANÉ METODY MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA

SQUALA

Subjective Quality of Life Analysis je sebesuřovací dotazník, který je ur ěn pro nemocné s du-ěvním onemocn ěním, řeskou verzi vytvo řili pracovníci psychiatrického centra Praha. Je to řtruný a krátký dotazník vhodný i k pr ůběřnému hodnocení terapie. Hodnocení kvality řivota je zde pořat jako zři-řování rozdřlu mezi p řáním a o ěkáváním jedince na jedné stran ě a jeho sou řasnou skute ěnou situací na stran ě druhé. Tento sebesuřovací dotazník zahrnuje 21 oblastí řivota (zdraví, fyzická řob řta nost, psychická pohoda, prost ědí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, d ěti, p ě e o sebe, sex, odpo ěnek, zářiby, bezpe ří, práce, spravedlnost, svoboda, krása a um ění, pravda, peníze, řídlo).

WHOQOL-BREF

Dotazník je složen ze 24 polofek sdrufených do čtyř domén. Doména . 1 (fyzické zdraví) je zaměřena na hodnocení bolesti, závislosti na lékařské péči, na únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnosti a pracovní činnosti. Doména . 2 (prožívání a psychologická oblast) se ptá na potěšení ze života, smysl života, soustředění, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost se sebou a negativní pocity. Doména . 3 (sociální vztahy) se zaměřuje na osobní vztahy, sexuální život, podporu přátel a osobní bezpečí. Doména . 4 (prostředí) se zabývá životním prostředím, finanční situací, přístupem k informacím, zálibami, prostředím, dostupností zdravotní péče a dopravou. Respondenti hodnotí každou polofku na škále 1-5, při čemž vyšší číslo znamená vyšší hodnocení kvality života v dané oblasti.

SOS-10 : Schwartzova škála hodnocení terapie

Jde o sebehodnotovací dotazník, je to krátká a jednoduchá škála, která byla vytvořena pro měření efektivity terapie a psychiatrické léčby. Tato škála je nástrojem, který je vhodný pro posouzení klientů s různými psychiatrickými diagnózami. Nejčastěji se vyskytující verze SOS-10 obsahuje 10 polofek, které pacient hodnotí na škále od 0 do 6. Překlad do českého jazyka a standardizaci nástroje pro českou populaci provedlo Psychiatrické centrum Praha.

MĚŘENÍ A HODNOCENÍ POTŘEB

Měření potřeb péče a míra jejich uspokojení je dalším aspektem, který lze v rámci komunitních služeb měřit. Stojí na pomezí objektivních metod a subjektivních přístupů, je možné je tedy i do určité míry srovnávat a kvantifikovat (Stuchlík, 2007).

U lidí s duševními onemocněními, jako jsou schizofrenie a jiné vážné duševní onemocnění, si podle předpokladů komunitní péče dokáže vybudovat dobrý a kvalitní život. Óvčina z nich k tomu ale *potřebuje* dlouhodobější profesionální pomoc a péči. Abychom mohli tuto péči kvalitně poskytovat, je potřeba tyto rozmanité potřeby znát. Nemoc je bezesporu jedním z významných faktorů, které znemožňují nebo znesnadňují uspokojování **základních lidských potřeb**. Duševní onemocnění člověka ovlivňuje v mnoha životních oblastech, do nichž zasahuje do sféry práce, bydlení, sociálních vztahů i volného času a dalších. Lidé s duševním onemocněním jsou méně odolní ke zvýšené zátěži v životě. Zároveň mají ale velké potřeby, které jsou díky jejich handicapu často nenaplněny a často je také tyto osoby ne schopny pojmenovat. Tyto osoby mají stejnou tendenci uspokojovat své potřeby jako ostatní, ale jejich onemocnění v dosahování těchto cílů a potřeb často brání.

Kromě toho existují určité **specifické potřeby**, které jsou v komunitě osob s duševním onemocněním zvýrazněny - Kroon (in P, 2009) dle nenaplněné potřeby lidí s duševním onemocněním do čtyř skupin: je to jednak potřeba podpory při zvládnutí handicapu a jeho důsledků, dále je to potřeba pomoci při úsilí o vlastní zotavení (úzdruvu), další z potřeb je podpora při budování a udržování sociálních vztahů a potřeba zapojení se do společnosti. Poslední skupinou potřeb je podpora při nalezení a udržení zaměstnání i při vzdělávání i bydlení.

CAN ó Camberwell Assessment of Needs

M ením pot eb osob s du- evním onemocn ním se zabývá Camberwellský formulá pro hodnocení pot eb. CAN je metoda zji- ování zdravotn ó sociálních pot eb osob s du- evním onemocn ním. Je vhodná k hodnocení pot eb klienta, pot ebnosti a kvality sociálních slufleb. Je jedním z mála nástroj hodnocení ú innost komunitní psychiatrické pé e.

Metoda má za cíl zachytit pot eby a problémy se zvládáním sociálních rolí u lidí s váfným du- evním onemocn ním. Vychází z definice pot eb, která znamená šschopnost mít n jaký prosp ch ze zdravotní a sociální pé e. Pot eba se m ní z p ání na schopnost erpat podporu. CAN mapuje zdravotní a sociální pot eby závafln du- evn nemocných. Pot eby poukazují na oblasti, kde je pé e i terapie nápomocna. Pot eby nejsou totofné s p áním, ale je to schopnost mít prosp ch ze zdravotní a sociální pé e. Pot eby upozor ují na oblast, ve které je prostor pro zm nu, pro terapii a rehabilitaci. Ú elem metody je najít, ve kterých flivotních oblastech by du- evn nemocný pot eboval pomoc, ve kterých oblastech se mu pomoci a podpory ufl dostalo a ve kterých oblastech fládnou pomoc nepot ebuje. (Probstová a kol., 2006)

Metoda CAN je u nás vyuffívána ve t ech verzích: krátká verze CANSAS - verze klinická CAN-C (Clinical Version) - výzkumná verze CAN-R (Research Version)

Dotazník obsahuje 22 oblastí (ubytování, strava, pé e o domácnost, pé e o sebe, denní innosti, t lesné zdraví, psychotické symptomy, informace, psychické potífle, nebezpe nost sob i druhým, sexualita, doprava a peníze), ve kterých m fle nemocný vid t rezervy.

Do eského prost edí metodu p evedl kolektiv autor Centra pro rozvoj pé e o du- evní zdraví (Probstová, 2006). Je to metoda nabízející dobré psychometrické kvality a je nenáro ný na administraci a za- kolení. Krom toho m fle být pomocníkem p i plánování individuální pé e o klienta. Je díky ní mofné jej sledovat dlouhodob , díky tomu nám nabízí pohled na zm ny v ase erpání slufly, s asem by m la klesnout nálehavost pot eb. (Hejzlar, 2014).

Existuje nejen sebeposuzovací verze, ale nabízí i pohled poskytovatele péče i blízké osoby. Rozdíly mezi pohledem na potěby člověka mezi ním samým a dalšími posuzovateli jsou pak podkladem pro diskusi, případně i inspirací pro sestavení individuálního plánu.

MĚŘENÍ RECOVERY

Jedním z dnes nejvýznamnějších principů poskytování péče duševně nemocným osobám je princip **recovery** (zotavení, uzdravy). Definicí uzdravy je šluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, produktivní, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vypořádá z katastrofických dopadů duševní nemoci. (Anthony, 1993; in P, 2009)

Prostředím zaměřeným na zotavení po útě s tím, kde je možné žít kvalitní život i přes existenci duševního onemocnění, je individualizovaný, ukazuje respekt k nemocnému a posiluje jeho odpovědnost. V procesu zotavení se posilují vztahy, sociální vazby a začlenění do komunity. Nemocný je podporován dalšími osobami se zkušeností duševního onemocnění. Proces uzdravy probíhá v určitých fázích, které následují za sebou: ve fázi **stabilizace** je hlavním obsahem získání kontroly nad projevy onemocnění po překonání krize, ve fázi **reorientace** je nasnadě zpracování a přijetí proflité zkušenosti a hledání nových perspektiv, hledání smyslu a ve fázi **reintegrace** pak dochází k zotavení ve všech životních rolích, posílení silných stránek a začlenění do běžného života v co nejvyšší míře. (<http://www.psychiatrickarehabilitace.cz>)

Míra recovery u klientů s duševním onemocněním je důležitým ukazatelem efektivity a kvality poskytované péče, ale stejně tak poukazuje na to, jak si daný člověk stojí v procesu recovery. Úroveň recovery je v dnešní době důležitý indikátor kvality psychosociálních intervencí a komunitní péče.

VYBRANÉ METODY V MĚŘENÍ RECOVERY

Ve světě se dnes vyvíjí, v souladu se stoupajícím trendem práce s konstruktem šrecovery, velká sada nejznámějších dotazníků měřících míru zotavení u duševně nemocných. Nejznámější z nich je například dotazník **RAS** (recovery assesment scale) a dotazník **QPR** (questionnaire about the process of recovery) a tyto jsou také přeloženy do českého jazyka. V Anglii existuje propracovaný systém měření **Mental health recovery star**, který jsme pilotně vyvíjeli pro měření v rámci Zahrady 2000 v rámci projektu z fondů Evropské unie.

QPR ó Questionnaire about the Process of Recovery

QPR, dotazník zaměřený na proces recovery byl vytvořen v Anglii, měří míru zotavení u osob s psychiatrickou diagnózou. Dotazník byl přeložen do češtiny. Lze jej dobře využít pro měření efektivity služeb při podpoře zotavení. Díky QPR také můžeme porovnávat efektivitu intervencí vyvíjených v rámci komunitních služeb. Obsahuje celkem 15 (příp. v delší verzi 22) položek, pro klinické i výzkumné využití je spíše doporučeno použít kratší variantu. Každou z těchto položek klient zhodnotí na škále od 0 do 4 (rozhodně nesouhlasím ó rozhodně souhlasím) a podle toho, jak se sám cítí vzhledem ke svému duševnímu stavu a situaci.

RAS - Recovery Assessment Scale

Škála pro měření recovery (RAS) se v praxi využívá pro zhodnocení subjektivního zotavení, je to hodnotící stupnice o 41 (nebo 24) položkách, kde klient na Likertovské škále od 1 do 5 (silně nesouhlasím ó silně souhlasím) hodnotí sám sebe v rámci procesu údravy. Dotazník je přeložen do českého jazyka. Celkové skóre pak variuje od 41 (nízké údravení) až po 205. Ve světě je to asi nejčastěji využívaná a nejvíce citovaná škála pro měření recovery. V originálu má 41 položek, kratší verze zahrnuje 24 otázek. Popisuje 5 domén: osobní spokojenost a naděje, ochota požádat o pomoc, orientace na cíl a úspěch, spoléhání se na ostatní a zvládnání příznaků.

Mental health recovery star (Outcomes star)

Recovery star je metodou vyvinutou v Anglii, která pomáhá lidem s DO smlouvat ve službách ke svým cílům a smlouvat k recovery. Recovery star není jen dotazníkem, ale

metodou práce s lidmi s DO. Obsahuje 10 oblastí, které pokrývají hlavní aspekty života v etn životních dovedností, vztah , práce a identity a sebeúcty. Klienti nastavují své osobní cíle v každé oblasti a m í, jak postupují k t mto cíl m. To jim m fle pomoci identifikovat to, jakou podporu pot ebují, metoda dokáfle vykreslit individuální pokrok. Umofl uje také m ení a hodnocení efektivity slufleb. V Zahrad 2000 jsme m li moflnost tento koncept vyzkou-et v rámci realizovaného projektu na podporu osob s DO, p i emfl ást metody bylo p elofleno a pilotn administrována s klienty. Administrace je náro ná, s nároky na d kladné pro-kolení zam stnanc v zahrani í, krom toho licence i kompletní p evod do J by byl velmi nákladný, proto je v sou asné dob p evod do eského prost edí v rámci organizace nereálný.

HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍHO A SOC. STAVU, CELKOVÉHO FUNGOVÁNÍ

Objektivní hodnocení efektivity poskytovaných slufleb se nej ast ji opírají o sledování **symptom nemoci** a jejich prom n v ase. Nej ast ji se pouflívají standardizované *psychiatrické -kály* pro hodnocení p íznak nemoci, které bývají administrovány opakovan v pr b hu erpání slufleb. Pro objektivní zhodnocení zm n v celkové závaflnosti stavu jsou pouflívány nej ast ji tyto nep ímé ukazatele: po et hospitalizací ve sledovaném období; celková délka pobytu v nemocnici; mnofství podávané medikace; sebevraflnost apod.

V rámci komunitních slufleb m fle být toto m ení a hodnocení nep ímých ukazatel výhodné zejména pro porovnání výsledk v komunitních sluflebách a klasickém systému pé e - m fle nám poskytnout výrazné argumenty pro financování komunitních slufleb z prost edk zdravotních poji- oven. Problematické m fle být to, kdo tyto nep ímé ukazatele bude sledovat, v rámci komunitních slufleb nemusí být k dispozici dostatek kvalifikovaného personálu nap . pro sledování medikace apod.

GAF ó Global Assessment Functioning

Nep ímé ukazatele zahrnuje Formulá celkového hodnocení - GAF. Jde o zhodnocení fungování nemocného, je to diagnostická -kála hodnotící u pacienta úrove psychických, sociálních a pracovních funkcí. Do formulá e se zaznamenávají údaje popisující pr b h a závaflnost onemocn ní. Hodnotí se 9 okruh (diagnóza, první p íznaky onemocn ní, p edchozí lé ba, celkový po et hospitalizací, celková délka hospitalizací, závaflnost

symptom , funk ní –kály nezp sobilosti a denní dávka lék). Tento formulá nej ast ji vypl uje o–et ující léka , psychiatr nebo terapeut, který je dob e seznámen se zdravotním stavem a situací nemocného.

Personal and Social Performance Scale (PSP)

TKála osobní a sociální výkonnosti (PSP) vznikla na základu –ir–í –kály GAF, je to jednodu–e aplikovatelná –kála je ur ená zejména pro poufítí v ambulantní sfé e. Je založená na doptávání nemocného i jeho blízkých, jak zvládá fungování ve ty ech oblastech b fného denního flivota: společensky prosp –né aktivity, osobní a sociální vztahy, pé e o sama sebe, ru–ivé a agresivní chování.

HoNOS: Health of the Nations Outcome Scales

Je to 12 polofkový nástroj hodnotící oblasti zdravotního a sociálního fungování u osob se závaflným du–evním onemocněním. TKála hodnotí nap . nadm rnou aktivitu, agresivitu, sebepo–kozování, problémy s drogami, alkoholem, problémy se vztahy, aktivitami kařdodenního flivota, flivotními podmínkami, problémy spojené se zam stnáním a prací, atd. Tento nástroj je vyuřitelný pro hodnocení klinického stavu, p íznak a sociálních funkcí u osob s DO. Metoda je p elořena do e–tiny a adaptována do eských kulturních podmínek

Kařdá polofka je hodnocena na –kále od 0 (není problém) do 4 (závaflný ařl velmi závaflný problém), výsledkem je celkové skóre. Nástroj umofl uje opakované hodnocení a posuzování zm n. Je administrován profesionálem a je vypl ován na základ jeho úsudku, tedy ne uřivatele samotného. Hodnocení uřivatele zachycuje sebehodnotící –kála, která je sou řstí nástroje.

PANSS: Positive and Negative Syndrome Scale

PANSS poskytuje p ehled o p ítomnosti pozitivních a negativních p íznak schizofrenie, hodnocení je v kompetenci o–et ujícího léka e. TKála zahrnuje 7 oblastí pozitivních symptom , 7 oblastí negativních symptom a 16 oblastí týkajících se obecné psychopatologie. Kařdá doména –kály nabývá hodnot 1-7, p í emfl 1 znamená absenci p íznaku, 7 znamená výrazné vyjád ení p íznaku.

PRAKTICKÁ ČÁST – HODNOCENÍ POSKYTOVANÉ KOMUNITNÍ PÉČE V ZAHRADĚ 2000

VÝVOJ – JAK JSME VYBÍRALI DOTAZNÍKY, PROCES

Organizace Zahrada 2000 se je již téměř 20 let v nuje poskytování pé e o osoby s du- evním onemocněním, v souladu s principy komunitní pé e s ohledem na koncept recovery. Stejn tak jako klienti organizace, i organizace sama se neustále vyvíjí a posouvá dop edu. Zejména díky realizaci mnoha projekt zam ených na podporu osob s du- evním onemocněním, prevenci relapsu, efektivního zvládnání stresu, jejich lep-í zapojení do spole nosti, do pracovního procesu apod., jsme ásto naráfeli na pot ebu mít pot eby osob zapojených do projektu, pot eb pracovník pracujících s touto cílovou skupinou, pot ebu mít kvalitu íivota du- evn nemocných, jejich pokroky, kterých dosáhli v rámci terapie a díky ú asti v projektech i v rámci sociální rehabilitace, dílen i dal-ích návazných aktivit.

V rámci t chto projekt i aktivit (nap íklad psychoeduka ních skupin, skupin pro zvládnání stresu apod.) jsme tyto vý-e jmenované domény m íli r zn ó pomocí vlastních, nestandardizovaných dotazník , ale nap íklad i pomocí standardizovaných psychodiagnostických metod v rámci psychodiagnostiky. D íve jsme v rámci projektu zam eného na sociální inovace vyufflival k m ení zm ny stavu v r zných sociálních oblastech a ve zdravotní oblasti u zapojených ú astník s DO dotazníky zalofené na metodice Outcomes star. Tyto dotazníky jsou pro klienty s DO pom rn sloffité a práce s nimi vyffladuje nákladné, opakované -kolení v Británii.

V rámci sociálních slufleb je již od za átku toto hodnocení z ásti napl ováno formou **individuálních plán** , které jsou základem práce s klienty v sociální rehabilitaci i v sociáln terapeutických dílnách. V sou asné dob odborní pracovníci Zahrady 2000 tedy pr b ín hodnotí dosahování krátkodobých a dlouhodobých cíl spolupráce s uffivateli slufleb prost ednictvím individuálního plánování. Organizace také jednou ro n zji- uje **spokojenost uffivatel** se slufbami formou dotazníkového -et ení.

Stále častěji se ale objevuje potřeba měřit efektivitu poskytované komunitní péče v organizaci jednotným způsobem a nejlépe **standardizovanými nástroji**, které jsou v rámci komunitní péče ověřené a díky nim tak budeme mít nejen cenné informace o kvalitě života, potřebách i stavu našich klientů, ale bude možné tyto faktory srovnávat v rámci sebe, ale také srovnávat je v rámci služeb apod.

Při výběru dotazníků vhodných pro posuzování komunitní péče v Zahradě 2000 jsme vycházeli z několika zdrojů z teoretických východisek, která jsou uvedena v první části této metodiky, z konzultací s odborníky z podobných organizací v České Republice i ve světě (Mark Hopfenbeck z Norwegian University of Science and Technology, organizace Práh, Fokus Vysočina, pracovníci Ostravské univerzity apod.), ale také jsme vycházeli z vlastních dlouholetých zkušeností s využitím nestandardizovaných metod při komunitní péči o duševně nemocné i se standardním psychologickým testováním v rámci klinické psychologické praxe.

Dotazníky, které budou vyvíjeny, by měly být v souladu s principy práce v Zahradě 2000, tedy měly by kopírovat dialogický přístup, zaměření na klienta, jeho respektování a zaměření spíše na zdroje než na problémy. Metody by měly být jednoduché, relativně časově nenárovné a vhodné i pro administrování všemi odbornými pracovníky v organizaci (tedy nikoliv pouhlitelné jen jako psychodiagnostické metody).

Systém hodnocení a měření efektivity péče je vytvářen s cílem zkvalitnění služeb v organizaci Zahradka 2000. Hodnocení je v současné době stále prováděno kvalitativně pomocí individuálního plánování (formou rozhovoru), kromě toho je v organizaci pravidelně měřena spokojenost s poskytovanými službami.

Individuální plánování je jedním z nejdůležitějších nástrojů individualizace služeb, aby poskytované služby vycházely z individuálně určených potřeb, přání, schopností a osobních cílů jednotlivce. Individuální plánování probíhá s klientem každého půl roku, kdy jsou zpracovávány krátkodobé i dlouhodobé cíle klient, na kterých se dále pracuje, jsou zde mapovány základní oblasti klientova života kvalitativní formou. V rámci individuálního plánování **mapujeme** tyto oblasti: 1. Zdraví 2. Bydlení 3. Rodina 4. Sociální vztahy 5. Aktivity a volný čas 6. Práce a vzdělání 7. Finanční situace 8. Péče o sebe 9. Smysl a význam života Tyto oblasti můžeme mapovat jak, pokud jde o minulost, současný stav a především budoucnost (představy a plány do budoucna). Při mapování doporučujeme využívat tzv. škálování o konkrétní škálu spokojenosti 0-10, kdy 10 je maximální spokojenost v dané oblasti. Klíčovými prvky plánování je definovat záměry, které chce uživatel v životě dosáhnout a následně konkretizovat termíny a úkoly pro jednotlivé členy týmu. Individuální plánování směřuje k tomu, aby výsledkem poskytování služeb byl rozvoj samostatnosti jednotlivých uživatelů, podpora jejich udržení se v širozeném prostředí a celkové zlepšování osobní spokojenosti a kvality života uživatelů služeb. (více viz Metodika sociálních služeb, Zahradka 2000, verze 2016; kapitola 5)

Mapování spokojenosti uživatelů se zpětně od poskytování služeb. Mapování spokojenosti je jedním z nástrojů zvyšování kvality sociálních služeb. Spokojenost se zpravidla zjišťuje dotazníkovým šetřením, které s uživatelem provádí klíčový pracovník. Za vyhodnocení a předání závěrného hodnocení členům týmu zodpovídá sociální pracovník. Toto mapování se uskutečňuje jedenkrát ročně, písemně zpracované výstupy v etn. dotazník jsou uloženy ve složce v kanceláři sociálního pracovníka. (viz Metodika sociálních služeb, Zahradka 2000, verze 2016)

Pro potěby měření efektivity komunitní péče budeme nadále v organizaci kromě uvedených individuálních plánů a hodnocení spokojenosti se slibami využívat tyto standardizované nástroje a metody:

- **Camberwelský dotazník potěb o krátká verze (CANSAS)**
- **QPR o Dotazník zaměřený na proces recovery**
- **SQUALA o Dotazník kvality života**
- **SOS-10 o Schwartzova škála hodnocení terapie**

PODROBNÝ POPIS DOTAZNÍKŮ

CANSAS o Camberwelský dotazník potěb

V České republice je CAN jedním z nejvyužívanějších dotazníků v rámci hodnocení komunitní péče o duševní zdraví. Dotazník je určen pro osoby se závažným duševním onemocněním. K jejímu použití není potřeba systematický trénink, i když nácvik například v rámci začínající se doporučené. Metoda se používá například při zahájení péče o pacienta při vstupu do léčby, může sloužit jako východisko pro sestavování individuálního plánu, lze ji opakovat v určeném časovém intervalu pro měření efektivity intervencí a pro kontrolu individuálního plánu. Informace mohou být dále využity nejen na úrovni jednotlivce, ale také při hodnocení efektivity intervencí u cílové skupiny uživatelů služeb. (Probstová a kol., 2011)

CANSAS je jednostránkový instrument, který pokrývá 22 oblastí zdravotních a sociálních potřeb:

1. Bydlení, 2. Strava, 3. Péče o domácnost, 4. Péče o sebe, 5. Denní činnosti, 6. Tělesné zdraví, 7. Psychotické symptomy, 8. Informace o zdravotním stavu a léčbě, 9. Psychické potíže, 10. Ohrožuje sebe, 11. Ohrožuje ostatní, 12. Alkohol, 13. Drogy (psychoaktivní látky), 14. Prátele, 15. Intimní vztahy, 16. Sexualita, 17. Péče o děti, 18. Základní vzdělání, 19. Telefon, 20. Doprava, 21. Peníze, 22. Finanční dávky

Odpovědi respondentů jsou ve všech verzích CAN hodnoceny na 3-bodové škále:

- 0 = v oblasti není žádný závažný problém (žádná potřeba)
- 1 = není závažný problém nebo existuje jen mírný problém, protože je poskytována ú jiná pomoc (naplněná potřeba);
- 2 = závažný problém, nezávisle na tom, zda je či není poskytována pomoc, podpora (nenaplněná potřeba).

Každý formulář CANSAS může být použit ke kterémukoli typu respondentem může být uživatel, blízká osoba (pevovatel, rodinný příslušník) či poskytovatel péče (například klíčový pracovník nebo terapeut). Pokud hodnocení provádí uživatel péče (tj. pacient/klient) nebo blízká osoba (příbuzný, přítel, pečovatel) tazatel s ním prochází jednotlivé oblasti a jejich odpovědi zaznamenává do formuláře

Nejprve zakroužkujeme ve formuláři, kdo je dotazován: U = uživatel péče, P = poskytovatel péče, B = blízká osoba (příbuzný, přítel, pečovatel). Tazatel by měl vysvětlit cíle rozhovoru (-et ení).

Pro uživatele může znít instrukce takto: *Š Rád bych s Vámi nyní vyplnil dotazník, který mapuje nejrizičnější oblasti života, ve kterých mohou mít lidé problémy. Budu procházet jednu oblast za druhou a budu se vás ptát na problémy, které jste mi v posledním měsíci. Souhlasíte?* Dlefité je nechat respondentovi čas, nespěchat.

Administrace CANSAS může trvat dle náročnosti apod. od 5 minut do cca 22 minut. Pokud má respondent potíže s koncentrací pozornosti, je možné udělat v průběhu dotazování přestávku. Postup při vyplňování je v každé oblasti shodný. Kurzívou je označena otázka, kterou navrhujeme jako úvodní. Další otázky mohou následovat tak, aby bylo zjištěno, zda má uživatel v dané oblasti nějaké problémy, a zda v případě problémů dostává efektivní pomoc.

Na konci hodnocení se sečetou naplněných potřeb (1) a zaznamená se do řádku A. Potom se sečetou nenaplněných potřeb (2) a je zaznamenáno do řádku B. Nakonec se sečtou tato dvě čísla (A+B) a výsledkem je celkový počet oblastí, ve kterých byla zjištěna potřeba. Výsledek je zaznamenán do řádku C.

N které z 22 poloflek pot ebuji podrobn j-í vysv tlení:

1. *Bydlení* : Pokud je lov k v sou asné dob hospitalizován a nemá domov, kam by mohl být propu-ť n, hodnotíme pot ebu jako napln nou (1). Pokud je lov k v sou asné dob hospitalizován a má vhodný domov, kam by mohl být propu-ť n, hodnotíme pot ebu jako 0 ó fládná pot eba (je to p íklad nadm rn napln né pot eby, kterou CANSAS nehodnotí).
2. *Strava* : Pot eba je p ítomna, pokud se lov ku nedostává odpovídající stravy kv li potíflím s nakupováním, uchováváním potravin nebo s va ením nebo protofle je mu poskytována neadekvátní nebo nevhodná strava (nap . v nemocnici). Pokud je problém zp soben nedostatkem pen z, potom by se pot eba m la hodnotit v oblasti *Peníze*, a pol. *Strava* hodnotíme jako 0.
3. *Pé e o domácnost* : Tato oblast se týká potíflí s udrflváním domácího prost edí, a ufl se jedná o pokoj v ubytovn í o vlastní domov. Není mofné, aby poskytovatel pé e hodnotil tuto oblast, pokud je lov k bez domova. Uflivatel m fle vyjád it, zda si myslí, fle by to zvládl, pokud by vlastní domov m l.
4. *Pé e o sebe* : Tato oblast se vztahuje k osobní hygien e a nezahrnuje neupravený nebo bizarní vzhled. Pokud se uflivatel není schopen zam stnat b hem dne bez pomoci, potom má v této oblasti problém. Poskytovaná pomoc m fle zahrnovat chrán né zam stnání, náv-ť vy denního centra nebo innosti s p átefi a p íbuznými. Pokud je primárním problémem osam lost, potom by se pot eba m la hodnotit v oblasti *P átelé*.
6. *T lesné zdraví* : V úvahu by se m ly brát t lesné vedlej-í p íznaky lék , stejn jako akutní nebo chronické zdravotní potífle nebo problémy se zuby.
7. *Psychotické symptomy* : Kdyfl se uflivatele zeptáte na tuto oblast, musí být zvlá-tní pozornost v nována zaznamenání jeho/jejího vnímání. Nap íklad uflivatel, který popírá, fle sly-í hlasy a fle by m l problémy s my-ľenkami, a uvádí, fle ho depotní injekce uklid ují, by m l být hodnocen bez pot eby (0).
8. *Informace o zdravotním stavu a lé b* : Polofka by m la zahrnovat informace jak o poskytování místních slufleb, tak o specifickém stavu uflivatele.
9. *Psychické potífle*: M la by být zahrnuta deprese a úzkost, bez ohledu na p í inu.
10. *Ohrofuje sebe* : Hodnotit by se m lo jak riziko váflného sebezanedbávání nebo sklon nechat se vyufflívat, tak i riziko sebevrafdy a sebepo-kození.
11. *Ohrofuje ostatní* : Hodnotit by se m lo jak riziko úmyslného násilí, tak riziko z nepozornosti (nap . riziko pofáru kv li nedbalému zacházení s cigaretami).
16. *Intimní vztahy* : Polofka zahrnuje problémy kv li vedlej-ím ú ink m lék , stejn tak jako nedostatek bezpe ného sexu a nep im enou ochranu (antikoncepci).
20. *Doprava* : Pot eba by m la být hodnocena, pokud je osoba neschopna pouflívat ve ejnou dopravu z fyzických nebo psychických d vod .
21. *Peníze* : Týká se schopnosti nakládat s pen zi, které má lov k k dispozici. Pokud uflivatel uvádí, fle nemá dostatek pen z, pot eba by m la být hodnocena v oblasti *Finan ní dávky*.

(vy ato z Probstová, Tělepová, Dragomirecká a kol. 2011)

SQUALA

SQUALA je dotazník kvality života vyvíjený pro měření životní spokojenosti duševně nemocných. Nespornou výhodou je jednoduchost jeho administrace, interpretace získaných dat. Dotazník zachycuje subjektivní pohled klienta na svou životní situaci - hodnotí, nakolik je spokojen nebo nespokojen s oblastmi života, které sám považuje za důležité. Základními pojmy zde jsou *špokojenost* a *šd lefitost*. Spokojenost je hodnocena na pětibodové škále od 1 = velmi zklamán po 5 = zcela spokojen. Dlefitost je také hodnocena na pětibodové škále, přičemž 0 = bezvýznamné a 4 = nezbytné.

Při zpracovávání získaných dat se pracuje se skóry. Hrubý skóre je přizváán v rámci získání subjektivního posouzení (spokojenosti) jednotlivých životních oblastí. Jednotlivé dimenze SQUALA1 až SQUALA5 obsahují dané, stanovené parciální skóry, které se nemění. SQUALA1 (abstraktní hodnoty) obsahuje položky- *pocit bezpečnosti, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda*. SQUALA2 (zdraví) obsahuje položky- *zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, péče o sebe sama*. SQUALA3 (blízké vztahy) obsahuje položky- *rodinné vztahy, láska, sexuální život*. SQUALA4 (volný čas) obsahuje položky- *spánek, vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky*. SQUALA5 (základní potřeby) obsahuje položky- *prostředí a bydlení, peníze, jídlo*.

Parciální skóre je závislý od daných oblastí života (např. oblast zdraví a QOL1 je součástí skóre dlefitosti D01 a skóre spokojenosti S01 a dohromady nabývá hodnoty 0-20. Parciální skóry se zobrazují ve formě procenta kvality života; celkový skóre je dán součtem všech parciálních skóre (Dragomirecká et al., 2006, s. 11).

Maximální skóre (tj. 20) je přítomno v případě, kdy je účastník zcela spokojen s oblastí, kterou ohodnotil jako šnezbytnou. Výsledky se mohou zpracovávat ve formě parciálních skóre, poskytující pohled o tom, které oblasti života jsou u určité skupiny osob narušeny, respektive jaké míře. Celkové skóre QOL-CZ je dáno součtem všech parciálních skóre (tzn. QOL 01-21). K vyplnění dotazníku má klient cca 15 minut. Je doporučováno, aby respondenti měli možnost během vyplňování klást otázky (dotazník byl přizváán pro pacienty s psychotickou poruchou), avšak odpovědi směřující k respondentovi by měly být otevřené. (Chrastina a kol., 2014)

SOS-10: Schwartzova –kála hodnocení terapie

SOS-10 je krátká a jednoduchá –kála, která byla vytvořena pro měření efektivity psychiatrické léčby. Je to –kála o 10 položkách, cílem tohoto nástroje je měřit efektivitu léčby. Délka administrace je cca 5 min. Respondenti odpovídají na otázky pomocí 7 bodové –kály v rozsahu od 0 (nikdy) po 6 (neustále nebo téměř stále). Celkový skóre se může pohybovat od 0 do 60. Čím je získaný skóre vyšší, tím vyšší je kvalita života (a šwell-being) respondenta.

Oblasti zaměření:

1. *Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat.*
2. *Dávám si záležet na své schopnosti udržovat dlouhodobé osobní vztahy.*
3. *Do budoucnosti hledím s optimismem.*
4. *Často mě život něčím zaujme nebo se pro něčím nadchnu.*
5. *Dovedu si užívat legraci.*
6. *Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím.*
7. *Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.*
8. *Můj život probíhá podle mého očekávání.*
9. *Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.*
10. *Mám klid v duši.*

QPR-15: dotazník zaměřený na proces recovery

QPR, dotazník zaměřený na proces recovery byl vytvořen v Anglii. Je zaměřen na hodnocení míry zotavení u osob s psychiatrickou diagnózou. Dotazník byl přeložen do češtiny. QPR obsahuje celkem 15 položek. Každou z těchto položek klient zhodnotí na –kále od 0 do 4 podle toho, jak se sám cítí vzhledem ke svému duševnímu stavu a situaci, klient má uvést, nakolik daný výrok odpovídá jeho situaci ve vztahu ke svému duševnímu zdraví, a to zejména v posledních 7 dnech. Následně v příslušném poli zakroužkuje, zda s daným výrokem rozhodně nesouhlasí (0), nesouhlasí (1), není si jistý/á (2), souhlasí (3), nebo rozhodně souhlasí (4).

ADMINISTRACE

KDO S KLIENTEM ADMINISTRUJE DOTAZNÍKY

Dotazníky s klientem administruje klíčový pracovník. Klíčový pracovník mimo jiné spolupracuje s uffiivatelem při vytváření a aktualizaci individuálního plánu (jehož součástí je případně krizový plán), zodpovídá za proces individuálního plánování s klientem, sleduje, zda poskytované služby směřují k naplnění jeho cílů. Administrování dotazníků může sloužit jako vhodné doplnění individuálního plánu, jeho dokreslení, může sloužit jako námět pro rozhovor a případně nová témata. Klíčový pracovník také dle metodiky poskytování soc. služeb zodpovídá za vedení dokumentace spojené s klientem – pravidelně aktualizuje kartu klienta a individuální plán o krom toho má také na starost archivaci dotazníků ke kartě klienta. (viz Metodika sociálních služeb)

Pro klienty terénního týmu pak platí podobné postupy, jako jsou uvedeny v metodice multidisciplinárního terénního týmu. Dotazníky jsou s klientem administrovány po vstupu do služby, po navázání prvního kontaktu, pracovník může sloužit jako nástroje ve fázi šetření sociální situace a potřeb klienta, pokud to stav klienta a situace dovolí. Následně je dotazník administrován v intervalu 1x za půl roku, ideálně společně s vypracováním individuálního plánu a předání do sociálních služeb až do ukončení spolupráce.

Vzdělávání pracovníků. Pracovníci jsou zaškoleni formou interního kurzu / školení v administrování těchto metod. V organizaci je k dispozici sociální pracovník, který absolvoval kurz CAN a Camberwellské hodnocení potřeb, akreditovaný MPSV.

FREKVENCE ADMINISTRACE DOTAZNÍKŮ

Dotazníky by měly být s klienty administrovány 1x za půl roku, ideálně společně s revizemi individuálního plánu. *Poprvé* s klientem dotazníky administrujeme při vstupu do služby a v nichž případech ufl v rámci terénního týmu, v t–inou při vstupu do sociálních služeb, kdy administrace probíhá ve fázi formulace zakázky a přípravu plánu poskytování služby, kdy se dotazníky stávají podnětem pro zpracování individuálních plánů. Dále je třeba dotazníky vyplnit vždy při revizi individuálního plánu, tedy minimálně *1 za půl roku*. Vhodné je, aby před ukončení služby, pokud je to možné, byly dotazníky vyplněny také.

KDY JE MOŽNÉ REALIZOVAT DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Je nutno zdraznit, že velký vliv na to, jak bude dotazník vyplněn, má současný psychický stav klienta. U cílové skupiny osob s duševním onemocněním je běžné, že může psychický stav kolísat, nicméně klient by při vyplnění dotazníku neměl být v remisi, neměl by vykazovat znaky akutní psychózy. Kontraindikací pro vyplnění je rozhodně akutní intoxikace alkoholem i drogami. Vhodné je, aby v době vyplnění nebyl ve zhoršeném psychickém stavu (neměl by být v těžké depresi, neměl výrazné úzkosti apod.), pokud je to možné.

ZÁSADY VEDENÍ ROZHOVORU, DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Uživatel je seznámen s tím, proč je potřeba vyplnit dané dotazníky, kterému slouží, je nutné osvětlit smysl dotazníka a jeho význam jak pro klienta, tak i pro organizaci. Je vhodné vysvětlit, že dotazníky mohou sloužit nejen ke zmapování toho, jaké má sám klient potřeby, jak je spokojený s kvalitou života, jak je na tom s vlastním zotavením apod. Kromě toho je také dobré uvést, že vyplněné dotazníky slouží k neustálému zkvalitování služeb v Zahradě 2000.

Při administrování dotazníků je, stejně jako při běžné práci s klientem v organizaci, důležitý partnerský vztah klíčového pracovníka a uživatele, základem vztahu je důvěra mezi nimi. Zaměřujeme se na zdroje, silné stránky, zájmy a talentování klienta spíše než na jeho omezení. Zachováme si vnímavost k pozitivnímu. Akceptujeme, že klient sám je nejvíce expertem na svůj život. Vyhneme se expertnímu posuzování, interpretování! Jsme transparentní (nemluvíme o lidech/klientech bez nich), autentičtí.

Je potřeba být pro uživatele srozumitelným a ověřovat si, zda nám uživatel plně rozumí (ale ověření nemá vnímat jako podceňování). Vhodné je mluvit pomalu, zřetelně. Některí uživatelé mohou být nedůvěřiví a nekontaktní. Je pak užitečné rozumět tomu spíše jako obraně, kterou uživatel používá, než jako nedostatek motivace ke spolupráci.

Pokud se klient rychle unaví, je vhodné dlat při vyplnění dotazníka přestávky, případně rozložit vyplnění dotazníka do více dní. Prostedí, ve kterém testování probíhá, musí být pro klienta co nejbezpečnější (je potřeba omezit přítomnost rušivých zvuků (např. hovor

jiných lidí), dbát na p im ené tempo apod. Je d leflité zajistit soukromí, respektovat klienta a to, fle dotazníky mohou obsahovat pro n j citlivá témata.

VEDENÍ DOKUMENTACE

Vedení dokumentace podléhá Metodice o poskytování sociálních slufleb v Zahrad 2000: o uflivatelích slufleb získáváme a uchováváme zásadn jen takové osobní údaje, které jsou nezbytné pro poskytování bezpe ných, odborných a kvalitních slufleb. Klient má právo odmítnout poskytnutí jakékoliv informace. V-ichni pracovníci jsou povinni zachovávat ml enlivost o údajích týkajících se osob, kterým jsou sociální slufiby poskytovány (zákon . 108/2006 Sb., § 100). Archivace a skartace osobních údaj uflivatel slufleb se ídí ustanoveními zákona . 499/2004 Sb., o archivnictví a spisové slufib , ve zn ní pozd j-ích p edpis . Osobní údaje uflivatel jsou archivovány po dobu 5 let od ukon ení slufiby, pokud podmínky dané zp sobem financování nestanoví lh tu del-í. Po uplynutí této lh ty jsou skartovány.

Karta klienta a individuální plány jsou v sou asné dob vedeny v elektronické verzi a p ístup k nim mají pouze odborní pracovníci. Dotazníky je pot eba administrovat formou tuflka-papír, budou uchovávány ve spisovn SRC D t ichov (v p ípad multidisciplinárního týmu u jeho pracovník).

ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ

Získané výsledky mohou slouflit nejen pro posouzení individuálního pokroku uflivatel a fungovat jako dopln k k individuálnímu plánování, v rámci organizace budou výsledky vyuflity zejména jako jedny z indikátor kvality poskytované pé e a mohou slouflit jako podn ty pro dal-í zkvalit ování komunitní pé e poskytované organizací.

Kaflký rok a budou výsledky hromadn zpracovány do p ehledné zprávy, která bude koncipována do takové podoby, na jaké se dohodne vedení organizace s vedoucím sociálním pracovníkem (p ípadn metodický tým). Zprávu se souhrnnými výsledky dotazníkových -et ení zpracuje vedoucí sociální pracovník p edá je vedení organizace.

ZDROJE

- Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16(4): 11-13.
- Dragomirecka E, Lenderking WR, Motlova L, Goppoldova E, Těpová P. A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10. *Quality of Life Research* (2006)
- Dragomirecká, E., Bartoňová, J. (2006). WHOQOL-BREF, WHOQOL-100-příručka pro uživatele české verze dotazník kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dragomirecká, E. et al. 2006. SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6.
- Hejzlar, P. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. In Péče o duševní zdraví [online]. [cit. 14. 2. 2014].
- Chrastina, Jan & Ivanová, Kateřina & Krejčíková, Olga & Věvodová, Tereza. (2014). Výzkumy subjektivní kvality života SQUALA standardizovaným dotazníkem / Results of subjective quality of life research using SQUALA standardized questionnaire. *PROFESE on-line*. 7. 1-8.
- Motlová L, Koukolík F. Schizofrenie neurobiologie, klinický obraz, terapie. Galén, 2004
- Motlová L., Dragomirecká E. Schizofrenie a kvalita života. *Psychiatrie* 2003;7(1):84690.
- Probstová, V.; Těpová, P. a kol. CAN: Camberwellské hodnocení potřeb. 2. vydání. Praha: Anepra, 2011. ISBN 978-80-260-0138-6.
- Probstová V, Těpová P, Dragomirecká E, Kalvoda H, Sochorová G, Proš O.; CAN: Camberwellské hodnocení potřeb. Komplexní metoda hodnocení potřeb závažně duševně nemocných. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: 2006. 64 s.
- Stuchlík J. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Fokus Books 2002. 88s.

- Stuchlík J. Výsledky práce s metodou CAN-C ve službách psychosociální rehabilitace poskytovaných regionálními sdruženími Fokus. Mladá Boleslav: Fokus Mladá Boleslav 2007.
- Tělepová, Pavla et al. Camberwellské –et ení pot eb-Hodnocení pot eb závařn du–evn nemocných. eská a slovenská psychiatrie [online]. 2012 [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=803>.
- Thornicroft G, Szmuckler G, eds. Textbook of Community Psychiatry. Oxford: Oxford University Press 2001. 585 s.

PŘÍLOHY – STANDARTIZOVANÉ DOTAZNÍKY

- **CANSAS** : Camberwellský formulá pro hodnocení pot eb ó krátká verze
- **SQUALA** : Dotazník kvality řivota
- **QPR ó 15** : Dotazník procesu recovery
- **SOS ó 10** : Schwartzova –kála hodnocení terapie

Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb – krátká verze

Jméno uživatele (pacienta)	Hodnocení potřeb 0 = bez problému 2 = nenaplněná potřeba 1 = naplněná potřeba 9 = není známo
-----------------------------------	---

Číslo hodnocení	1	2	3	4
Zakroužkujte, kdo je dotazován (U = uživatel, P = poskytovatel péče, B = blízká osoba)	U/P/B	U/P/B	U/P/B	U/P/B
Datum hodnocení				
Iniciály hodnotitele				

1. Bydlení <i>Kde bydlíte (typ zařízení)?</i>				
2. Strava <i>Máte dostatek vhodného jídla?</i>				
3. Péče o domácnost <i>Jste schopeni se starat o domácnost?</i>				
4. Péče o sebe <i>Máte problémy s hygienou a s úpravou zevnějšku?</i>				
5. Denní činnosti <i>Jak trávíte den?</i>				
6. Tělesné zdraví <i>Jak se cítíte po tělesné stránce?</i>				
7. Psychotické symptomy <i>Slyšíte někdy hlasy nebo máte problémy s myšlením?</i>				
8. Informace o zdravotním stavu a léčbě <i>Byly Vám poskytnuty srozumitelné informace o lécích, které užíváte?</i>				
9. Psychické potíže <i>Byl jste v poslední době velmi smutný nebo skleslý?</i>				
10. Ohrožuje sebe <i>Napadlo Vás někdy, že byste si úmyslně ublížil?</i>				
11. Ohrožuje ostatní <i>Myslíte si, že byste mohl nějak ohrozit ostatní?</i>				
12. Alkohol <i>Způsobuje vám pití nějaké problémy?</i>				
13. Drogy (psychoaktivní látky) <i>Užíváte nějaké psychoaktivní látky bez lékařského předpisu?</i>				
14. Přátelé <i>Jste spokojeni se svým společenským životem?</i>				
15. Intimní vztahy <i>Máte partnera?</i>				
16. Sexualita <i>Jaký je Váš sexuální život?</i>				
17. Péče o děti <i>Máte nějaké dítě do 18 let?</i>				
18. Základní vzdělání <i>Máte problémy se čtením, psaním nebo porozuměním textu?</i>				
19. Telefon <i>Umíte zacházet s telefonem?</i>				
20. Doprava <i>Jak se vám cestuje autobusem, metrem nebo vlakem?</i>				
21. Peníze <i>Jak vycházíte s penězi?</i>				
22. Finanční dávky <i>Dostáváte všechny peníze, na které máte nárok?</i>				
A Naplněné potřeby – sečtěte počet jedniček ve sloupci				
B Nenaplněné potřeby- sečtěte počet dvojek ve sloupci				
C Celkový počet potřeb – sečtěte dohromady A+B				

4) Ukončené vzdělání	
Neukončené základní.....	1
Základní.....	2
Střední bez maturity.....	3
Střední s maturitou.....	4
Vysokoškolské.....	5

5) Zaměstnání

- a) Jste soukromník?.....ano – ne
 b) Zaměstnáváte další osoby?..ano – ne
 c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete uveďte jeden z důvodů:	
studující.....	1
mateřská dovolená.....	2
v domácnosti.....	3
důchodce (neprac.).....	4
v invalidním důchodu.....	5
t.č. nezaměstnaný(á)	
hledající práci.....	6
voják zákl. služby.....	7
jiné.....	8

6) Hmotné zabezpečení

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné mírně podprůměrné průměrné mírně nadprůměrné výrazně nadprůměrné

7) Rodinný stav

svobodný/á	1
ženatý/vdaná, s druhem.....	2
rozvedený/á.....	3
vdovec/vdova.....	4

8) Máte děti?

ano – ne
 pokud ano, pak počet dětí žijících s vámi _____

Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte důležitost, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bezvýznamné
1)být zdravý					
2)být fyzicky soběstačný					
3)cítit se psychicky dobře					
4)příjemné prostředí a bydlení					
5)dobře spát					
6)rodinné vztahy					
7)vztahy s ostatními lidmi					
8)mít a vychovávat děti					
9)postarat se o sebe					
10)milovat a být milován					
11)mít sexuální život					
12)zajímat se o politiku					
13)mít víru(např. náboženství)					
14)odpočívat ve volném čase					
15)mít koníčky ve volném čase					
16)být v bezpečí					
17)práce					
18)spravedlnost					
19)svoboda					
20)krása					
21)pravda					
22)peníze					
23)dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?

Hodnocení spokojenosti

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a a zaškrtněte příslušné okénko.

	zcela spokojen	velmi spokojen	spíše spokojen	nespokojen	velmi zklamán
24) zdraví					
25) fyzická soběstačnost					
26) psychická pohoda					
27) prostředí bydlení					
28) spánek					
29) rodinné vztahy					
30) vztahy s ostatními lidmi					
31) děti					
32) péče o sebe sama					
33) láska					
34) sexuální život					
35) účast v politice					
36) víra					
37) odpočinek					
38) koníčky					
39) pocit bezpečnosti					
40) práce					
41) spravedlnost					
42) svoboda					
43) krása a umění					
44) pravda					
45) peníze					
46) jídlo					

QPR-15

<i>Tazatel:</i>	<i>Název a lokace (obec) zařízení:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Číslo respondenta:</i>

Prosím přečtěte si následující výroky. U každého výroku zvažte, nakolik daný výrok odpovídá Vaší situaci ve vztahu k Vašemu duševnímu zdraví, a to zejména v posledních 7 dnech. Následně v příslušném poli zakroužkujte, zda s daným výrokem *rozhodně nesouhlasíte* (0), *nesouhlasíte* (1), *nejste si jistá/ý* (2), *souhlasíte* (3), nebo *rozhodně souhlasíte* (4). Prosíme, uveďte svou odpověď u každého výroku.

	Rozhodně nesouhlasím	Nesouhlasím	Nejsem si jistá/ý	Souhlasím	Rozhodně souhlasím
1. Mám ze sebe lepší pocit.	0	1	2	3	4
2. Mám pocit, že dokážu využívat životních příležitostí.	0	1	2	3	4
3. Dokážu vytvářet pozitivní vztahy s ostatními lidmi.	0	1	2	3	4
4. Spíše než izolovaný, se cítím být součástí společnosti.	0	1	2	3	4
5. Dokážu se prosadit.	0	1	2	3	4
6. Cítím, že můj život má smysl.	0	1	2	3	4
7. Moje zkušenosti mě změnily k lepšímu.	0	1	2	3	4
8. Dokázal jsem se vyrovnat s věcmi, které se mi staly v minulosti, a posunout se v životě dál.	0	1	2	3	4
9. Mám silnou motivaci se zotavit.	0	1	2	3	4
10. Jsem si vědom pozitivních věcí, které jsem dokázal.	0	1	2	3	4
11. Jsem schopný lépe porozumět sám sobě.	0	1	2	3	4
12. Dovedu převzít zodpovědnost za svůj život.	0	1	2	3	4
13. Dokážu se aktivně zapojit do života.	0	1	2	3	4
14. Dokážu převzít kontrolu nad svým životem.	0	1	2	3	4
15. Dokážu si najít čas na věci, které mě baví.	0	1	2	3	4

SCHWARTZOVA ŠKÁLA HODNOCENÍ TERAPIE (SOS-10)

Instrukce: Následuje 10 výroků o Vás a o Vašem životě, které nám pomohou zjistit Váš názor na to, jak se Vám daří. Odpovězte, prosím, na každý výrok tak, že označíte číslo odpovědi, které nejlépe vystihuje, jak se Vám většinou během **posledních sedmi dní** (jednoho týdne) dařilo. Neexistují žádné správné ani špatné odpovědi, ale je důležité, aby Vaše odpověď *vystihla* Váš vlastní názor na to, jak se Vám dařilo. První odpověď, která Vás napadne, bývá často nejlepší. Děkujeme Vám za Vaši soustředěnou snahu. Zkontrolujte, prosím, že jste odpověděl/a na všechny výroky.

1. Vezmu-li v úvahu svou současnou fyzickou kondici, jsem spokojen/a s tím, co mohu dělat.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

2. Důvěřuji své schopnosti udržovat důležité osobní vztahy.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

3. Do budoucnosti hledím s optimismem.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

4. Často mě v životě něco zaujme nebo se pro něco nadchnu.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

5. Dovedu si užít legraci.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

6. Jsem celkově spokojen/a se svým duševním zdravím.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

7. Dovedu si odpustit svá vlastní selhání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

8. Můj život probíhá podle mého očekávání.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

9. Dovedu zvládat konflikty, které mám s jinými lidmi.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále

10. Mám klid v duši.

nikdy 0 1 2 3 4 5 6 neustále nebo téměř stále