

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FILOZOFICKÁ FAKULTA  
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**Vliv čerpání služeb komunitní péče na kvalitu života osob se  
schizofrenií: Interpretativní fenomenologická analýza**

**Effect of community care on the quality of life of schizophrenic  
people: Interpretative phenomenological analysis**



**Rigorózní práce**

Autorka:

Mgr. Helena Talandová

Olomouc

2017

## PROHLÁŠENÍ

„Ochrana informací v souladu s ustanovením § 47b zákona o vysokých školách, autorským zákonem a směrnicí rektora k Zadání tématu, odevzdávání a evidence údajů o bakalářské, diplomové, disertační práci a rigorózní práci a způsob jejich zveřejnění. Student odpovídá za to, že veřejná část závěrečné práce je koncipována a strukturována tak, aby podávala úplné informace o cílech závěrečné práce a dosažených výsledcích. Student nebude zveřejňovat v elektronické verzi závěrečné práce plné znění standardizovaných psychodiagnostických metod chráněných autorským zákonem (záznamový arch, test/dotazník, manuál). Plné znění psychodiagnostických metod může být pouze přílohou tištěné verze závěrečné práce. Zveřejnění je možné pouze po dohodě s autorem nebo vydavatelem.“

Místopřísežně prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma Vliv čerpání služeb komunitní péče na kvalitu života osob se schizofrenií vypracovala samostatně a uvedla jsem veškeré použité podklady a literaturu.

Podpis

V Praze dne

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji Mgr. Lucii Viktorové za inspirativní návrhy k realizaci práce.

Děkuji především všem probandům, kteří byli ochotni podílet se na tomto výzkumu.

# **OBSAH**

<b>1</b>	<b>PSYCHIATRICKÁ PÉČE</b>	<b>8</b>
1.1	Vývoj psychiatrie	8
1.2	Sociální psychiatrie	9
1.3	Organizace psychiatrické péče v ČR	11
1.4	Reforma psychiatrické péče v ČR	14
1.4.1	Centra duševního zdraví	16
<b>2</b>	<b>KOMUNITNÍ PÉČE</b>	<b>19</b>
2.1	Komunita	19
2.2	Vývoj komunitní péče	20
2.3	Přístupy v péči o duševně nemocné	22
2.4	Služby komunitní psychiatrie	24
<b>3</b>	<b>CÍLOVÁ SKUPINA</b>	<b>25</b>
3.1	Lidé se závažným duševním onemocněním	25
3.2	Základní pojmy	25
3.3	Stigmatizace jedinců s duševním onemocněním	27
<b>4</b>	<b>KOMUNITNÍ PÉČE A CÍLOVÁ SKUPINA</b>	<b>28</b>
4.1	Vstup do komunitních služeb	28
4.2	Formy komunitních služeb	28
<b>5</b>	<b>ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA</b>	<b>32</b>
5.1	Definice asertivní komunitní péče	32
5.2	Cílová skupina	33
5.3	Vývoj asertivní komunitní péče	34
5.4	Varianty asertivní komunitní péče	35
5.5	Cíl asertivní komunitní péče	36
<b>6</b>	<b>PROBLEMATIKA SCHIZOFRENIE</b>	<b>38</b>
6.1	Definice duševních poruch	38
6.2	Klasifikační systém v psychiatrii	38
6.3	Historie onemocnění schizofrenie	39
6.4	Epidemiologie a etiologie schizofrenie	40
6.5	Průběh onemocnění	42
6.6	Diagnostika schizofrenie	47
6.6.1	Diferenciální diagnostika schizofrenie	50
6.7	Terapie schizofrenie	51
6.7.1	Biologické přístupy	51
6.7.2	Psychofarmakoterapie	52
6.7.3	Psychoterapie	54
<b>7</b>	<b>KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM</b>	<b>56</b>

<b>7.1</b>	<b>Kvalita života</b>	<b>56</b>
<b>7.2</b>	<b>Úroveň kvality života jedinců se schizofrenií</b>	<b>57</b>
<b>7.3</b>	<b>Kvalita života a antipsychotika</b>	<b>58</b>
<b>7.4</b>	<b>Kvalita života a asertivní komunitní péče</b>	<b>59</b>
<b>8</b>	<b>METODOLOGIE</b>	<b>62</b>
<b>8.1</b>	<b>Cíl výzkumu a výzkumná otázka</b>	<b>62</b>
<b>8.2</b>	<b>Metoda výzkumu</b>	<b>63</b>
<b>8.3</b>	<b>Interpretativní fenomenologická analýza</b>	<b>64</b>
<b>8.4</b>	<b>Výzkumný soubor</b>	<b>66</b>
<b>8.5</b>	<b>Reflexe výzkumníka</b>	<b>68</b>
<b>8.6</b>	<b>Metoda získávání dat</b>	<b>69</b>
<b>8.7</b>	<b>Metoda analýzy dat</b>	<b>71</b>
<b>8.8</b>	<b>Etické otázky a možná rizika během výzkumu</b>	<b>72</b>
<b>8.9</b>	<b>Charakteristika pracovišť</b>	<b>73</b>
<b>9</b>	<b>VÝSLEDKY</b>	<b>73</b>
<b>10</b>	<b>DISKUZE</b>	<b>93</b>
<b>11</b>	<b>ZÁVĚR</b>	<b>98</b>
<b>12</b>	<b>SOUHRN</b>	<b>99</b>
	<b>LITERATURA</b>	<b>101</b>
	<b>SEZNAM TABULEK</b>	<b>111</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>112</b>

## ÚVOD

Schizofrenie představuje jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění a je stále doprovázena mýty a předsudky. Její projevy umožňují vidět lidskou psychiku v extrémních stavech, které nejsou běžně pozorovatelné, a vytváří tak zcela jedinečné a fascinující příběhy. Celkově schizofrenie představuje oblast, která se velmi intenzivně zkoumá, což je zásadní pro pokrok k jejímu porozumění.

Tato rigorózní práce se zabývá problematikou zmíněného onemocnění ve spojení s komunitní péčí.

Klade si za cíl blíže popsat zkušenosti s komunitním přístupem u osob se schizofrenií. Mapuje, jak jedinci, jimž byla diagnostikována tato choroba, vnímají spolupráci s komunitním týmem a jak tato spolupráce ovlivňuje kvalitu jejich života. Navazuje tak na moji bakalářskou a magisterskou diplomovou práci, které se snažily zmapovat a přiblížit duševní onemocnění.

Ve srovnání s magisterskou diplomovou prací jsem doplnila některé stávající kapitoly o nové informace a podrobněji definovala organizaci psychiatrické péče v ČR v souvislosti s komunitní psychiatrií. Přidala jsem kapitoly věnující se komunitním službám, diagnostice onemocnění a kvalitě života ve spojení s komunitní péčí.

V praktické části jsem se zaměřila, do jaké míry ovlivňuje kvalitu života jedinců se schizofrenií čerpání služeb komunitní péče.

K popsání zkušeností jsem použila interpretativní fenomenologickou analýzu, která umožňuje analyzovat osobní zkušenost každého jedince s onemocněním schizofrenie. Cílem je prozkoumat subjektivní proces vnímání kvality života těchto osob a definovat finální klíčová témata související s vnímanou kvalitou.

K napsání této práce mě podnítila letitá pracovní zkušenost s jedinci s psychózou a také pracovní zkušenost v rámci komunitního psychiatrie.

# **TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Úvodní kapitolu věnuji seznámení s psychiatrickou péčí poskytovanou v České republice.

## 1.1 Vývoj psychiatrie

Pojem psychiatrie (psychiatria) je odvozen z řeckých slov *psýché* – duše, psychika a *iátreia* – lékařství (Orel et al., 2016).

Psychiatrie představuje vědní a klinickou disciplínu zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch (Raboch et al., 2013).

Orel et al. (2016) dělí psychiatrii na obecnou a speciální. *Obecná psychiatrie* se zabývá základními oblastmi lidské psychiky a jejich poruchami – tedy oblastmi vědomí, vnímání, emocí, myšlení, pozornosti, inteligence, pudů, instinktů a jednání. V centru pozornosti jsou rovněž otázky etiopatogeneze (příčiny a vznik poruch a nemocí), biologie (tělesná podmíněnost včetně genetiky), způsobů vyšetření, možností terapie, rehabilitace a prevence duševních poruch (Orel et al., 2016).

Centrem zájmu *speciální psychiatrie* jsou konkrétní diagnostické jednotky (Orel et al., 2016).

### Mezníky psychiatrie

V moderních společnostech v posledních letech výrazně narůstá medicínský a rovněž společensko-ekonomický význam psychiatrie (Raboch et al., 2013).

Raboch et al. (2013) dále zmiňuje studii provedenou Světovou zdravotnickou organizací (WHO)<sup>1</sup>, z které jednoznačně vyplývá, že při měnících se socioekonomických podmínkách, dále při vymýcení závažných (např. infekčních) chorob ve vyspělejších státech a při prodlužování lidského věku, se staly neuropsychiatrické choroby jednou z nejvýznamnějších skupin nemocí.

V souvislosti s vývojem psychiatrie Orel et al. (2016) zmiňuje čtyři významné mezníky, které jsou mnohými pokládány za revoluce v psychiatrii:

---

<sup>1</sup> WHO - je Světová zdravotnická organizace. Představuje režijní a koordinační orgán pro zdraví v rámci Organizace spojených národů (OSN). Je globálním vedoucím v oblasti zdraví.



**První mezník psychiatrie** (první psychiatrická revoluce) je spojován s myšlenkou, že duševní nemoci mají medicínské příčiny. Nositelem této myšlenky byl Johannes Weyer (1515 – 1588), který byl profesorem lékařské fakulty v Kolíně nad Rýnem.

**Druhý mezník psychiatrie** (druhá psychiatrická revoluce) je dáván do souvislosti se jménem Phillippe Pinnel (1755 – 1826). V době francouzské revoluce Pinnel snímá řetězy padesáti duševně nemocným, kteří byli vězněni společně se zločinci a trestanci a tímto činem je osvobozuje.

**Třetí mezník psychiatrie** (třetí psychiatrická revoluce) přinesly myšlenky a práce Sigmunda Freuda (1856 – 1939). Freud se ve svých pracích věnoval nevědomým procesům, psychickým obranným mechanismům a možným příčinám duševních onemocnění skrytých v hloubi lidské psychiky. Freudovy názory a myšlenky zůstávají předmětem sporů a spekulací.

**Čtvrtý mezník psychiatrie** (čtvrtá psychiatrická revoluce) je dáván do souvislosti se zavedením psychofarmak při léčbě duševně nemocných. Spadá do poválečného rozvoje v 50. letech minulého století. Prvním psychofarmakem užitým v léčbě psychiatrických pacientů byl chlorpromazin, který byl užíván při léčbě bludů a halucinací u schizofrenie. Od jeho zavedení do praxe v roce 1956 začíná éra psychofarmakoterapie.

## 1.2 Sociální psychiatrie

Sociální psychiatrie představuje odvětví psychiatrie zaměřené na interpersonální a kulturní kontext duševních poruch a mentálního blahobytu (David, 2009).

Termín sociální psychiatrie se poprvé objevil v roce 1917. Nicméně jako samostatný obor se začal rozvíjet v druhé polovině minulého století. Předmětem zkoumání sociální psychiatrie jsou vzájemné vazby mezi duševním onemocněním, sociálními faktory a kulturními faktory. Tyto vazby mají výrazný vliv na etiologii onemocnění, její průběh, léčbu a rehabilitaci (Raboch et al., 2013).

Sociální psychiatrie zkoumá, do jaké míry ovlivňuje populace, společenství a komunita duševní zdraví (Pěč, 2007).

Sociálními psychiatry se nazvali sami pováleční stoupenci, kteří kladli důraz na interpersonální problémy a vztahový kontext duševních poruch (David, 2009).

Nedílnou součástí sociální psychiatrie je postavení jedince trpícího duševním onemocněním ve společnosti a koncepcie psychiatrické péče (Raboch et al., 2013).

Pěč (2012) rozděluje sociální psychiatrii do následujících užších oblastí:

- Psychiatrická epidemiologie – měří sociální deprivaci ve vztahu k prevalenci duševních poruch;
- Studium životních událostí a zkušeností – zabývá se rozbořem jednotlivých případů a v souvislosti s tím hledá predisponující faktory duševních nemocí;
- Zdravotní výchova a destigmatizace – zahrnuje dostatečnou informovanost společnosti a začleňování jedinců trpících duševním onemocněním zpátky do společnosti;
- Ovlivnění institucionální péče – koncept;
- Komunitní psychiatrie – léčba duševně nemocných, která se přibližuje co nejdříve jejich přirozenému prostředí.

Jak uvádí David (2009, in Talandová, 2017)

), v souvislosti s historií sociální psychiatrie je známá studie „*The Three Hospitals Study*“ z roku 1961. Studie se podrobněji zaměřila na chudé, málo podnětné prostředí špatných psychiatrických nemocnic, což zvyšuje znevýhodnění psychiatricky nemocných jedinců. David (2009) rovněž uvádí čtyři zdroje a čtyři následky sociální psychiatrie, které jsou následující:

Zdroje:

1. Snaha překonat přeplněnost a zanedbanost ústavů a s tím související bezvýhodnost hospitalizace;
2. Boj za lidská práva;
3. Snaha ušetřit;
4. Víra v prevenci duševních poruch.

Vyústění:

1. Resocializace a zlepšení podmínek;
2. Bezdomovectví těžkých psychotických jedinců, kteří jsou bez náhledu;
3. Reinstytucionalizace;
4. Neléčitelnost duševně nemocných jedinců, kteří nemají náhled.

V roce 1967 vzniklo v České republice první oddělení sociální psychiatrie (Raboch et al., 2013).

### **1.3 Organizace psychiatrické péče v České republice**

Psychiatrickou péči tvoří několik složek. U nás je psychiatrická péče organizována prostřednictvím ambulantní péče, lůžkové péče, intermediární péče a meziresortní péče (Pěč, nedat).

Raboch et al. (2013) dále udává, že existuje mezinárodní standard stanovující optimální počet jednotlivých typů péče. Zhruba na 100 000 obyvatel by mělo být k dispozici 50 lůžek, 14 – 15 na denní klinice, v chráněném bydlení by mělo být k dispozici 38 – 39 míst, dále 30 míst v chráněných dílnách a 25 míst pro dlouhodobou rehabilitaci.

Vědecké studie srovnávají stav péče o duševní zdraví v České republice v určitých ohledech horší ve srovnání s ostatními státy západní a severní Evropy. Psychiatrická péče v ČR od počátku 90. let 20. století neprodělala žádné výrazné systémové změny. Jedná o podfinancovaný obor (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR).

#### ***Ambulantní péče***

Psychiatrická ambulantní péče představuje základní článek psychiatrické péče. Jejím úkolem je prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, resocializace a posuzování duševním onemocněním (Marková et al., 2006).

Ambulantní psychiatrická péče rovněž navazuje na hospitalizaci nebo jí může předcházet. Síť psychiatrických ambulancí dovoluje pacientům navštěvovat psychiatra v blízkosti svého bydliště. Psychiatrické ambulance existují samostatně, ale bývají také součástí psychiatrických klinik, psychiatrických nemocnic nebo psychiatrických oddělení nemocnic (Orel, 2016).

Ambulantní zařízení se mohou dělit na ambulance veřejné psychiatrické péče, ordinace AT, substituční centra, psychiatrické ambulance pro děti a dorost, ambulance psychiatrické sexuologie, ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy, ambulance gerontopsychiatrické, ambulance pro léčbu poruch paměti, ambulance klinického psychologa (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006).

#### ***Lůžková péče***

Pro řadu psychiatrických nemocí a stavů je stále nepostradatelná psychiatrická hospitalizace. Ta se uskutečňuje v rámci psychiatrických oddělení nemocnic,

psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích nebo v psychiatrických nemocnicích<sup>2</sup> (dříve léčebnách) (Orel et al., 2016).

Psychiatrická zařízení mají k dispozici uzavřená a otevřená psychiatrická oddělení. Uzavřená psychiatrická oddělení se vyznačují omezením volného odchodu pacientů. Omezení možnosti volného odchodu je nezbytné u pacientů, kteří jsou dezorientovaní, suicidální, zmatení, bez kontaktu s realitou nebo nebezpeční okolí. Na otevřených psychiatrických odděleních jsou hospitalizováni pacienti, jejichž stav nevyžaduje nepřetržitou kontrolu a dohled. Při dodržování pravidel, řádu a programu oddělení se pacienti mohou na otevřených odděleních pohybovat bez omezení (Orel et al., 2016).

Psychiatrická oddělení musejí mít zajištěnu konziliární službu, laboratorní a další pomocná vyšetření po dobu 24 hodin denně (Marková et al., 2006).

Oblast lůžkové péče je dlouhodobě předmětem debat v odborné sféře a dokumenty reformující tuto oblast se zaměřují především na deinstitucionalizaci psychiatrie, tedy nahrazování institucionálních služeb a nahrazování péče ústavní péčí komunitní (Praško, 2003).

*Tabulka 1: Poskytovatelé lůžkové péče v ČR s kapacitou nad 500 lůžek*

<b>Organizace</b>	<b>Celkový počet lůžek</b>
Psychiatrická nemocnice Bohnice	1440
Psychiatrická nemocnice v Dobřanech	1229
Psychiatrická nemocnice v Kroměříži	1000
Psychiatrická nemocnice Brno	821
Psychiatrická nemocnice v Opavě	817
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod	710
Psychiatrická nemocnice Kosmonosy	553
Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice	534
Psychiatrická léčebna Šternberk	520
Psychiatrická nemocnice Jihlava	519

(Čabanová, 2017)

<sup>2</sup> Psychiatrické nemocnice jsou víceméně spádové, tedy určeny pro určitou oblast. Člení se na specializovaná oddělení a zajišťují dobrovolnou a nedobrovolnou léčbu (Orel et al., 2016).

### ***Intermediární – komplementární péče***

Komplementární péče navazuje na hospitalizaci nebo ambulantní péči a někdy je brána jako určitý mezičlánek mezi hospitalizací a ambulancí. „Umožňuje zachování větší soběstačnosti, navazování sociálních kontaktů, poskytuje zaměstnání a program ve volném čase s podílem vlastní iniciativy a aktivní činnosti klientů“ (Orel et al., 2016, 24).

Pěč (nedat.) rozděluje intermediární péči do několika variant:

- Krizová centra;
- Mobilní krizové týmy;
- Denní stacionáře (sanatoria);
- Komunitní psychiatrické sestry.

Intermediární služby spadají do resortu zdravotnictví (Pěč, nedat.).

### ***Meziresortní péče***

Meziresortní péče je většinou poskytována nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadá do sociálních služeb. Charakter její činnosti je však zdravotně sociální. Meziresortní zařízení zahrnují širokou škálu služeb včetně psychiatrické rehabilitace, případového vedení, poradenství a vlastních aktivit duševně nemocných jedinců a jejich rodinných příslušníků (Pěč, nedat.).

Meziresortní péče je organizována v podobě několika variant (Pěč, 2016): rehabilitační a chráněné dílny, sociální firmy a sociální družstva, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnání, podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci (job club), komunitní bydlení, chráněné bydlení, domy a byty na půl cesty, podporované bydlení, centra denních aktivit a centra sociálních služeb, svépomocné aktivity lidí s duševní poruchou a jejich rodinných příslušníků, případové vedení, asertivní komunitní léčba a poradenství.

### **Data a fakta**

V roce 2015 bylo ošetřeno celkem 650 566 pacientů. Největší skupinu představují pacienti s neurotickými poruchami, dále pacienti s afektivními poruchami a pacienti s organickými duševními poruchami. Za posledních patnáct let došlo k celkovému nárůstu počtu

psychiatrických pacientů o 80 %. Nejvyšší nárůst byl zaznamenán u pacientů s organickými poruchami.

*Tabulka 2: Počet pacientů v roce 2015*

<b>%</b>	<b>Diagnóza</b>
0,2 %	Neurčená duševní poruch
0,5 %	Sexuální poruchy
3 %	Poruchy vyvolané ostatním psycho-aktivními látkami
4 %	Mentální retardace
5 %	Poruchy vyvolané alkoholem
5 %	Vývojové poruchy v dětství a adolescenci
8 %	Schizofrenie
12 %	Organické duševní poruchy
18 %	Afektivní poruchy
40 %	Neurotické poruchy

(Anders, 2017)

Ze statistik rovněž vyplývá, že jeden z pěti dospělých jedinců má zkušenost s duševním onemocněním a jeden z 25 dospělých jedinců s duševním onemocněním žije. 50 % duševně nemocných onemocní před 14. rokem života a 75 % onemocní před 24. rokem života. V České republice dlouhodobě rovněž stoupá počet žadatelů s duševním onemocněním o invalidní důchod. Ročně dostane nově přiznaný invalidní důchod více než 27 000 jedinců. Invalidní důchody jsou v tomto případě často přiznány ve velmi mladém věku (Anders, 2017).

#### **1.4 Reforma psychiatrické péče v České republice**

Strategie reformy psychiatrické péče v České republice byla schválena 7. října 2013. Záměrem zmíněné strategie je naplňovat lidská práva duševně nemocných a jejím cílem je zvyšovat kvalitu jejich života. Strategie reformy psychiatrické péče má stanovené specifické cíle (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR in Talandová, 2017):

- Zvýšení kvality psychiatrické péče prostřednictvím systémové změny organizace jejího poskytování.
- Omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie.
- Zvýšení spokojenosti uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Zvýšení efektivity psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- Zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování jedinců s duševním onemocněním do společnosti.
- Zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Humanizování psychiatrické péče.

Strategie reformy psychiatrické péče v ČR je v souladu s evropskými dokumenty v rámci koncepce psychiatrické péče (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR in Talandová, 2017).

Psychiatrická péče v ČR se organizačně podobá zemím bývalého Sovětského svazu a Balkánu. Pro tento systém péče je charakteristická koncentrace péče v psychiatrických zařízeních (Raboch & Wenigová, 2012).

Strategie reformy psychiatrické péče po organizační stránce spadá pod Ministerstvo zdravotnictví ČR. Komplexní reforma péče o duševní zdraví vyžaduje podporu, zapojení a součinnost mnoha aktérů a orgánů státní správy. Reforma psychiatrické péče má být realizována v letech 2014 – 2023 a je tvořena třemi následujícími fázemi (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR in Talandová, 2017):

1. Iniclace a zajištění podmínek (1. 1. 2014 – 31. 12. 2015) – zahrnuje aktivity a projekty (především standardy a metodiky).
2. Realizace a provoz (1. 1. 2016 – 31. 12. 2023) – tato fáze představuje hlavní segment implementace celé Strategie.
3. Vyhodnocení, které má probíhat ke konci fáze druhé.

Reforma psychiatrické péče představuje zásadní systémovou změnu. Jedná se o dlouhodobý proces, na kterém se již několik let pracuje a který ještě několik desítek let potrvá. Díky výrazné finanční podpoře z evropských fondů (podrobněji uvedeno níže) bude tento proces v příštích pěti letech výrazně podpořen (Anders, 2017).

V souvislosti se změnou systému bude kladen důraz na primární zdravotní a psychiatrickou péči tak, aby její pracovníci byli schopni zajistit včasnou diagnostiku a léčbu základních duševních poruch. Dle Pěče (nedat.) je cílem vytvořit tzv. *vyvážený model* (balanced care) péče o duševní zdraví, kde:

- Služby reflektují priority pacientů a těch, kteří o ně pečují.
- Existuje vyvážený poměr mezi komunitními, ambulantními a nemocničními službami.
- Služby jsou poskytovány co nejbližší bydliště pacienta.
- Intervence se zaměřuje na zmírnění příznaků duševní nemoci a taktéž na zvýšení samostatnosti, kvality života a rozvíjení schopností pacienta.

### ***Financování reformy***

Reforma péče o duševní zdraví je finančně podpořena ze dvou následujících programů evropských strukturálních fondů (Anders, 2017):

- IROP – Integrovaný regionální operační program (2 miliardy Kč)

Program je určen na investice na zřízení nebo rekonstrukce akutních oddělení nemocnic, center duševního zdraví, stacionářů, ambulancí a vybavení mobilních týmů. Příjemci dotace jsou poskytovatelé zdravotních služeb.

- OPZ – Operační program zaměstnanost (1,35 miliardy Kč)

Program je určen na podporu transformace a deinstitucionalizace zdravotnických služeb v oblasti psychiatrické péče. Příjemci dotace jsou Ministerstvo zdravotnictví, Národní ústav duševního zdraví a Ústav zdravotnických informací a statistiky.

Řízení reformy je v kompetenci následujících složek (Anders, 2017): řídicí výbor (nejvyšší orgán reformy), odborná rada, výkonný výbor, gestor projektu, projektové týmy, tematické pracovní skupiny.

#### **1.6.1 Centra duševního zdraví**

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým prvkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním (Pěč, nedat.).

Tato centra fungují na komunitní bázi. Reforma si neklade za cíl rušit psychiatrické nemocnice, nicméně rozvoj Center duševního zdraví při spolupráci s alternativními



službami sníží kapacitní nároky na velké institucionální poskytovatele. Dojde ke zkvalitnění a zpřístupnění psychiatrické péče (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR).

Centra duševního zdraví jsou tvořena souborem vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou, případně více organizacemi, které zajišťují v daném regionu služby osobám s vážným duševním onemocněním. Primárním posláním Center duševního zdraví je poskytovat psychiatrické zdravotnické a navazující sociální služby v rámci vlastního sociálního prostředí pacienta (Raboch & Wenigová, 2012).

Jednotlivé prvky péče poskytované Centry duševního zdraví jsou odvozeny od „*praxe založené na důkazech*“ (evidence based practice). Patří mezi ně krizová intervence s prokazatelným zlepšením klinického stavu, větší spokojenost s léčbou, snížení zátěže rodin, taktéž snížení opakovaného přijetí k hospitalizaci a opakovaného vypadávání pacientů z péče (Murphy et al., 2012).

K zajištění hlavního cíle, kterým je maximální společenská integrace a klinické a sociální zotavení (recovery) pacientů, spolupracuje Centrum duševního zdraví ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami (Marshall et al., 2011).

V první fázi budou Centra duševního zdraví zaměřena na dospělé pacienty. Jejich hlavní cílovou skupinou budou pacienti s vážným duševním onemocněním (SMI)<sup>3</sup>, což jsou pacienti s těžkým průběhem schizofrenních onemocnění a bipolární afektivní poruchou. Jedná se o skupinu jedinců, kteří jsou nejvíce ohroženi institucionalizací a vyloučení z běžné společnosti. Cílovou skupinou budou i osoby s raným výskytem psychotického onemocnění (tzv. Early Intervention). Služby založené na stejném principu budou postupně vznikat i pro další diagnostické skupiny (Anders, 2017).

Služby poskytované Centry duševního zdraví (Pěč, nedat.):

- Poskytování služeb v přirozeném prostředí pacienta nebo v prostorách Centra duševního zdraví.
- Poskytování péče multidisciplinárními týmy.
- Terénní týmy poskytující psychiatrickou rehabilitaci a práci s rodinami.
- Krizová centra.
- Denní péče – zdravotnické denní stacionáře či denní centra.
- Psychiatrická ambulantní péče.
- Služby klinického psychologa.

---

<sup>3</sup> SMI - Severe Mental Illness

- Služby dětského klinického psychologa.
- Svépomocné programy.

Dle Strategie by na cca 100 000 obyvatel mělo být vybudováno jedno Centrum duševního zdraví pracující v režimu 24/7. Doba dojezdu do centra by měla být maximálně 30 minut veřejnou dopravou. Pilíře Center duševního zdraví by měly představovat psychiatr, klinický psycholog/dětský klinický psycholog, psychiatrická sestra, sociální pracovník, case manager, krizová centra, mobilní týmy, asertivní komunitní léčba, denní stacionáře, týmy pro léčbu duálních diagnóz (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR in Talandová, 2017).

Centrum duševního zdraví bude poskytovat následující služby:

- Mobilní
- Krizové
- Ambulantní
- Denní služby.

Funkcí Centra duševního zdraví je prevence hospitalizací či jejich zkracování u duševně nemocných jedinců, včasný záchyt rozvoje vážného onemocnění a nápomoc k reintegraci hospitalizovaných do běžné komunity. Tým Center bude pracovat formou případového vedení (case management) s cílovou skupinou a to bez čekací doby. Péče Center duševního zdraví bude nepřetržitá, pacient se tak nebude v systému péče ztrácet (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR).

*„Centrum duševního zdraví je soubor vzájemně propojených služeb poskytovaných jednou nebo více organizacemi zajišťujících v daném regionu služby osobám s vážným psychickým onemocněním – Severe Mental Illness (SMI). Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem maximální podpory začlenění klientů do jejich vlastního sociálního prostředí“ (Strategie, 2013, 35).*

## 2 KOMUNITNÍ PÉČE

*„Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem“ (Pfeiffer, 2002 in Pěč & Probstová, 2009, 44).*

Komunitní péče si klade za cíl přesunout těžiště veškeré léčby nemocných do domácích podmínek, tedy umožnit těmto jedincům život v jejich vlastním a přirozeném prostředí (Probstová & Pěč, 2014).

### 2.1 Komunita

Pro pochopení pojmu komunitní péče je důležité definovat pojem komunita, který má několik možných vysvětlení. Tiliosová & Matuška (2004 in Talandová, 2017) v komunitě vidí společenství lidí, kteří žijí v geograficky definované oblasti a mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby a kteří jsou ve vzájemném citovém vztahu k ostatním a k místu, kde žijí.

Komunita je zde vymezena hranicemi a postavena na pilířích s jasnou strukturou. Dle Jarošové (2007) se jedná o hranice politické, ekonomické, sociální či geografické.

Komunitu lze dále definovat z hlediska sociologického a psychologického. V praxi se setkáváme s oběma výše zmíněnými přístupy (Gojová, 2006):

#### a) Sociologicky

- Teritoriální komunita – představuje souhrn osob žijících v daném a vymezeném prostoru. V tomto prostoru jedinci vykonávají každodenní aktivity a vytvářejí tak autonomní jednotku.
- Zájmová komunita – představuje ji skupina lidí, pro které jsou charakteristické společné zájmy, ideje a myšlenky, totožný původ apod.

#### b) Psychologicky

- Typ organizace bez hierarchie, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti. Odstranění těchto vztahů vede k lepší komunikaci a spolupráci.

Komunitu je možné dělit také následovně (Hartl, 1997 in Talandová, 2017):

- a) Terapeuticky (léčebně) zaměřená komunita
  - charakterizuje ji specifická forma organizace léčebné instituce, kde je umožněno otevřeně komunikovat se všemi členy a to včetně pacientů a vzájemně spolurozhodovat a podílet se na léčbě.
  
- b) Výcvikově zaměřená komunita
  - je zaměřena na sebezpoznání, nácvik nezbytných dovedností, postojů atd.

Matoušek (2012) vymezuje ještě za c) spirituální komunitu, tedy společenství osob, které sdílejí podobné myšlenky a ideje a snaží se o společný spirituální rozvoj.

## 2.2 Vývoj komunitní péče

*„V posledních několika desetiletích se stále častěji uplatňuje model komunitní péče, zejména u pacientů se schizofrenním onemocněním. Důraz je zde kladen na přesun těžiště péče z velkých lůžkových zařízení do intermediárních, sociálně-rehabilitačních a ambulantních služeb a zajištění léčby pacientů co nejblíže jejich přirozeným podmínkám“* (Raboch et al., 2013, 438 in Talandová, 2017).

První koncepty komunitní péče o osoby s duševní poruchou za začaly objevovat převážně ve velkých psychiatrických léčebnách. Léčebny během 20. století stále více čelily kritice v oblasti péče o duševně nemocné. Tato kritika podnítila hledání efektivnějších a lidsky přijatelnějších alternativ (Marková et al., 2006).

Již Platón se ve svém díle *Ústava* zmiňoval o péči o duševně choré, což lze považovat za příklad komunitní péče. Komunitní péče v meziválečném období dosáhla nejvyšší úrovně. Následně byl tento vývoj částečně přerušen poválečnými a lokálními politickým změnami a globálními tendencemi medicionalizace<sup>4</sup> a institucionalizace (Marková et al., 2006 in Talandová, 2017).

Nicméně 50. léta 20. století se obvykle považují za rozvoj komunitních služeb v západní Evropě a ve Spojených státech (Říčan, 2007).

---

<sup>4</sup> Medicionalizace představuje označení určitých životních jevů a procesů hodných zájmu medicíny. Podává informace a z hlediska medicíny je pomáhá řešit (Marková et al., 2006).

Pojem komunitní péče není vždy vnímám uniformně. Komunitní péči charakterizuje Koncepce oboru psychiatrie ve své revizi z roku 2008 jako soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nevíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, sociální a rovněž psychologické potřeby.

I přesto není pojem komunitní péče jednoznačně definovaný. Thornicrof & Tansella (2001) hovoří o několika významech, které přibližují komunitní péči. Jsou jimi péče poskytovaná mimo velké instituce; profesionální služby, které jsou poskytovány mimo nemocnice; péče, která je poskytována komunitou; normalizace obyčejného život.

Všechny výše uvedené body mají jedno společné – komunitní péče je zde chápána v opozici k péči ve velkých azylových zařízeních. Pěč (2007) naproti tomu chápe komunitní péči jako souhrn všech služeb pro cílovou skupinu, kde jsou zahrnuty všechny články péče, včetně péče lůžkové. Pojem komunitní zde představuje hlavně princip, podle něhož by měly být služby nastaveny. *„Péče, která je nazývána komunitní, využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí. Komunitní péče je trendem posledních desítek let nejen pro lidi s duševními poruchami, ale i pro další skupiny zdravotně postižených a pro seniory.“* (Kalvach et al. 2001 in Probstová & Pěč, 2014, 184).

Komunitní péče stojí v protikladu péči ústavní, kterou charakterizuje dlouhodobější izolace nemocných od jejich přirozených lidských společenství (Probstová & Pěč, 2014).

Van Weeghel (2005, in Řičan, 2007 in Talandová, 2017) charakterizuje komunitní péči následovně:

- Komunitní péči tvoří dobré pracovní spojení (working alliance) mezi klienty a poskytovatelem pomoci. Ke klientovi se přistupuje jako ke kompetentnímu jedinci s vlastními volbami, znalostmi a zkušenostmi.
- Požadavky komunitní péče jsou efektivní intervence zaměřené na posílení (empowerment) a společenskou participaci klientů, které jsou poskytovány řádně vyškolenými poskytovateli.
- Komunitní péči tvoří široká nabídka služeb, která je přístupná klientům, rodině a širší veřejnosti.
- Komunitní péče klade důraz na rodinu a její podporu, případně na další neformální poskytovatele služeb.

System komunitní péče nepředstavuje statistickou entitu. Trvale se vyvíjí v závislosti na nových poznatcích a zkušenostech, které jsou integrovány do poznatků stávajících (Pěč, 2007).

Dle Probstové (2005) komunitní péče neoznačuje pouze služby v místním společenství, ale také služby poskytované obcí. Zároveň jsou tyto služby zaměřeny na potřeby lidí, nikoliv na budování institucí.

Komunitní péče by měla splňovat následující kritéria (Thorncroft & Tansella, 2001): autonomie, kontinuita (týká se služeb a času), efektivita (poskytnutí adekvátní intervence), dostupnost (časová, místní, odpovídající potřebám), komplexnost (zahrnuje veškeré služby a pacienty), spravedlnost (týká se rozdělení zdrojů), odpovědnost (vůči pacientům a společnosti), koordinace (mezi jednotlivými službami) a výkonnost (nejúčinnější služby by měly být zároveň nejlevnější).

### 2.3 Přístupy v péči o duševně nemocné

V souvislosti s komunitní péčí je třeba zmínit Carlingovu typologii přístupů v rámci péče o duševně nemocné jedince. Carling (1995 in Říčan, 2007, in Talandová, 2017) v rámci této typologie popsal tři základní modely péče, které jsou následující:

- **Medicínský model** – datován do 50. let 20. století – v této době převládal institucionalismus, kdy byli duševně nemocní jedinci zcela izolováni od komunity a představovali pasivní roli *pacientů*. Zlepšení duševního stavu se u nich neočekávalo.
- **Rehabilitační model** – datován od 50. let do současnosti – je to období charakterizováno podstatnými změnami v péči o duševně nemocné jedince, začaly se rozvíjet systémy komunitní péče. Pacienti zaujímají v tomto období roli *klientů*, kteří se spolupodílejí na léčbě a očekává se u nich zlepšení duševního stavu.
- **Integrační model** – je datován do 80. let – v tomto období je důraz kladen na neformální pečovatele. Duševně nemocní jedinci v rámci tohoto modelu potřebují profesionální služby, ty ale nepředstavují to hlavní, co nemocní potřebují. Podpora jim má být poskytována rodinou, přáteli, okolím a běžně dostupnými službami. Klient se zde stává osobou.

„V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (*balanced care*) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, včetně psychoterapeutických programů, akutní lůžková psychiatrická péče na odděleních všeobecných nemocnic včetně jejich alternativ (krizové služby a denní stacionáře), dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické nemocnice“ (Probstová & Pěč, 2014, 185).

Foitová (2009, in Petr et al., 2014) hovoří o tom, že úkolem komunitní péče je zaměření se nejen na odstranění symptomů, ale rovněž posílení funkční kapacity pacientů, posílení jejich občanských práv a důstojnosti a jejich maximální sociální začlenění.

V rámci komunitní péče představoval původní koncept tzv. *systém komunitní podpory* (Community Support System – CSS), který byl definován Národním institutem duševního zdraví v USA. Tento systém je datován do 70. let 20. století. Zaměřoval se na začleňování duševně nemocných osob do společnosti a na minimalizaci rizik v rámci jejich izolace. Opatřeními, které model musel splňovat, byla identifikace potřeb duševně nemocných jedinců, jejich aktivní vyhledávání, psychiatrická léčba, nepřetržitá krizové služby, obecná zdravotní a stomatologická péče, služby bydlení, podpora v oblasti financí, podpora v sociální oblasti, podpora rodiny a okolí, ochrana práv duševně nemocných jedinců a právní poradenství (Probstová & Pěč, 2014).

Dalším z možných modelů je tzv. *síť podpory* (Framework for support). Tento model charakterizuje maximální využívání svépomoci a služeb sloužících v komunitě všem lidem (např. cestovní agentury, církve, divadla apod.). Model tak minimalizuje využívání profesionálních poskytovatelů péče (Probstová & Pěč, 2014).

Carling (2003 in Petr et al., 2014) hovoří o tom, že veškerá koordinace využívání služeb a péče je v kompetencích pracovníků případového vedení – case managerů.

Služby komunitní péče je možné rozdělit na neformální a specializované. Neformální služby jsou poskytovány všem občanům bez ohledu na jejich duševní či somatický stav, služby specializované jsou určeny pro jedince s duševním onemocněním. „O těchto specializovaných službách hovoříme také jako o komunitní psychiatrii“ (Probstová & Pěč, 2014, 188).

## 2.4 Služby komunitní psychiatrie

Komunitní psychiatrie poskytuje širokou škálu služeb – diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci<sup>5</sup> a prevenci. Tyto služby poskytují zejména ambulantní psychiatrické služby a týmy, denní stacionáře, psychoterapeutické programy, psychiatrická oddělení, krizové služby, rezidenční služby v rámci komunity a psychiatrické rehabilitace (McDaid & Thronicroft, 2005 in Probstová & Pěč, 2014).

Někdy jsou součástí služeb rovněž praktiční lékaři (Probstová & Pěč, 2014).

Služby komunitní psychiatrie mají své charakteristiky (Probstová & Pěč, 2014):

- Jsou tvořeny **multidisciplinárními týmy** (psychiatri, komunitní psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti, psychoterapeuti), kdy každý z profesionálů zodpovídá za příslušnou část péče. Péče o pacienta se řídí plánem individuálním péče, který je zpracován podle léčebných a rehabilitačních potřeb pacienta (Hejzlar et al., 2005 in Probstová & Pěč, 2014).
- Jsou **regionalizované**. Každý tým se věnuje určité lokalitě či regionu. To zlepšuje podmínky spolupráce a propojenosti mezi týmy a dalšími institucemi.
- **Služby jsou poskytovány co nejbližší domovů** pacientů, případně v jejich vlastním prostředí.
- Služby jsou **mobilní**, čímž mají asertivní a proaktivní charakter. Flexibilně reagují na aktuální potřeby a obtíže pacienta.
- Služby kladou důraz na **dodržování občanských práv** pacientů.

Komunitní psychiatrie se orientuje na variabilní skupiny pacientů podle věku a skupin onemocnění, pro které jsou k dispozici všeobecné i specializované služby: dospělý věk, senioři, děti a adolescenti, lidé s mentálním postižením, závislí, forenzní psychiatrie. Zavedení služeb v určitém regionu má předcházet analýza potřebnosti léčby a péče v dané populaci (Probstová & Pěč, 2014).

---

<sup>5</sup> Dispenzarizace představuje aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s konkrétní nemocí bez rizikových známek po dobu ohrožení těchto jedinců či trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení – dispenzární péče (Dispenzarizace, nedat.).



### 3 CÍLOVÁ SKUPINA

Kapitola se týká cílové skupiny lidí s duševním onemocněním. Jsou zde objasněny základní termíny a pojmy. V poslední podkapitole se zmiňují o problému stigmatizace ve spojitosti s duševním onemocněním.

#### 3.1 Lidé se závažným duševním onemocněním

Cílovou skupinu většinou tvoří dlouhodobě duševně nemocní jedinci. Jsou to pacienti s tzv. závažným duševním onemocněním (SMI), dle MKN-10 tedy jedinci s psychotickým onemocněním, poruchami nálady, některými poruchami osobnosti, duálními diagnózami či chronifikovanými neurotickými poruchami. Dalším kritériem je min. dvouletá anamnéza duševní nemoci nebo kontaktu se službami duševního zdraví (Pěč & Probstová, 2009 in Talandová, 2017).

Do cílové skupiny spadají rovněž jedinci se sníženou funkční kapacitou. Funkční kapacita se v tomto případě posuzuje škálou GAF<sup>6</sup>, která představuje nástroj pro měření funkčního postižení (Probstová & Pěč, 2014).

Závažná duševní porucha je často definována délkou trvání a postižením, které produkuje. Závažné duševní onemocnění jsou léčitelná a při správné medikaci a řízení léčby se mohou takto nemocní jedinci vyléčit. V souvislosti s léčbou je podstatná komunikace mezi lékaři, členy týmu a nemocným. To často vyžaduje čas a úsilí. Vytvoření pozitivního, dlouhodobého vztahu je zvláště důležité (Kizler et al., 2003, Pěč et al., 2003 in Probstová & Pěč, 2014)

#### 3.2 Základní pojmy

##### *Zotavení (recovery)*

Proces zotavení je popisován jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností a rolí jedince. Zotavení představuje žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením, která jsou zapříčiněna onemocněním. Zotavení

---

<sup>6</sup> GAF – Global Assessment of Functioning je stobodová škála zahrnující symptomy nemoci, praktické a sociální fungování pacienta. Skóre 50 bodů tedy představuje souhrnné postižení na úrovni zhruba 50 % (Probstová & Pěč, 2014).

představuje vývoj nového smyslu a účelu života (Anthony, 1993 in Foitová, Pěč, & Wenigová, 2011).

### ***Relaps***

„*Relaps je návrat akutních příznaků, tedy těch potíží, které již byly jakoby vyléčeny*“ (Praško, 2005, 44). Výskyt relapsů snižuje dlouhodobá léčba. Nicméně stále relabuje kolem 20 – 30 % nemocných ročně i při udržovací medikaci. Relapsy mohou zapříčinit zhoubný vliv na průběh choroby tím, že snižují lékovou odpověď a vedou k rezistenci na léčbu. Důvody relapsu můžeme rozdělit na důvody související s chorobou a na důvody psychosociální. Nejúčinnější prevencí relapsu je dlouhodobá kontinuální léčba (Češková, 2012).

Bylo rovněž prokázáno, že nadměrné vyjadřování kritický komentářů a hostility a přílišná angažovanost v situaci nemocného představují prediktor relapsu (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012, Bebbington & Kuipers, 2011; Cechnicki, Bielanska, Hanuszkiwicz, & Daren, 2013). Tuto myšlenku ve svých studiích rovněž potvrdil Hesse et al. (2015).

### ***Stigmatizace***

Stigma představuje znamení domnělé méněcennosti, která vede k odmítání jedince okolím. Zdrojem stigmatu může být vlastnost viditelná anebo neviditelná. Stigma se týká i okolí pacienta a může vést k dlouhodobému popírání duševního onemocnění v rodině. Ke stigmatizaci přispívá také nerovnoprávné postavení psychiatrie mezi ostatními medicínskými obory (Raboch et al., 2013).

Stigmatizací se podrobněji zabývám v kapitole 3.3.

### ***Kompliance***

Kompliance v psychiatrii představuje dodržování předepsaného léčebného režimu, pravidelné užívání farmak, ochotu nemocného spolupracovat při léčbě a řídit se pokyny a radami odborného personálu (Compliance, nedat.).

Opakem compliance je nonkompliance, která představuje při léčbě duševních poruch častý problém (Höschl et al., 2002).

### 3.3 Stigmatizace jedinců s duševním onemocněním

Nositel stigmatu bývá okolím razantně odmítán. Zdrojem stigmatizace může být viditelná vlastnost, kterou představuje deformita těla či neviditelná vlastnost, tedy příslušnost k určité skupině lidí (Malá et al., 2006 in Talandová, 2017).

Dle Matouška (2013) je stigma nálepka, nebo cejch, který poznamená jedince a jeho uplatnění ve společnosti.

*„O výrazné stigmatizaci můžeme hovořit ve spojení se schizofrenií. Zatímco dnes umíme schizofrenii léčit, neumíme odstranit stigma, které je s ní spjaté, a to má závažné dopady pro pacienty a jejich blízké. Na nemocné s touto diagnózou společnost hledí skrz prsty, čímž je vystavuje stresu, potažmo riziku dlouhodobě nepříznivého průběhu. Většina pacientů neřekne svému zaměstnavateli, že se léčí se schizofrenií, ale s depresí. Deprese stigma nenese“* (Bankovská Motlová & Španiel, 2013, 10, in Talandová, 2017).

V minulosti byli osoby s duševním onemocněním vykazovány do izolovaných oblastí a tím tak vyloučeni ze společnosti. Stigma duševně nemocným jedincům bere sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění a brání jim v návratu nejen do zaměstnání, ale do celé společnosti (Höschl et al., 2002). V postoji k duševně nemocným jedincům (konkrétně osobám se schizofrenií) převažuje kombinace odporu a obav (Vágnerová, 1999).

Na stigmatizaci se velkou mírou podílejí sama média, která duševně nemocné pacienty popisují v negativním světle a kolikrát jako nebezpečné a nenapravitelné násilníky. Takové poskytování informací veřejnosti má jednoznačně závažné dopady. Jedinou možností odstranění stigmatizace jsou antistigmatizační kampaně a dostatečná informovanost veřejnosti (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

Agresivní činy duševně nemocných osob bývají často bizarní a nepochopitelné pro veřejnost. Z toho plyne velký zájem okolí o takové činy. *„Naproti tomu obdobné projevy u řady jedinců s poruchami osobnosti a závislostmi na návykových látkách jsou běžné a nikoho neudivují“* (Češková, 2012, 105).

Destigmatizace nespočívá pouze ve změně postojů, ale souvisí také se změnou legislativních opatření (Höschl et al., 2002). Stigma postihuje rovněž rodinu a okolí nemocného jedince. V souvislosti s dopadem na rodinu její členové často dlouho váhají a nechtějí si připustit, že jejich příbuzný je duševně nemocný. Duševní onemocnění totiž vrhá špatné světlo na příbuzné (Höschl et al., 2002).

Stigmatizace se rovněž týká psychofarmak, která jsou stále spojována s mnoha předsudky (Vodáčková et al., 2002).

## **4 KOMUNITNÍ PÉČE A CÍLOVÁ SKUPINA**

Při komunitní péči jde o takové uspořádání sociálních, zdravotních a ostatních služeb pro skupiny obyvatel, kteří se ocitli na okraji společnosti tak, aby mohly setrvat ve své komunitě a žily nadále plnohodnotný život (Matoušek, 2013).

### **4.1 Vstup do komunitních služeb**

Pro vstup do komunitních služeb je nezbytné doporučení specializované služby. Komunitní týmy akceptují doporučení od praktických lékařů, služeb primární péče, sociálních služeb, ostatních specializovaných týmů a psychiatrických služeb (Probstová & Pěč, 2014). Někdy je možné akceptovat rovněž doporučení policie, případně rodiny a okolí (Assertive Community Treatment, nedat.).

### **4.2 Formy komunitních služeb**

#### **Denní stacionáře**

Denní stacionáře vznikaly na základě rozvoje komunitních služeb a práce s velkými skupinami pacientů, které se rozšířily v době druhé světové války a začali je praktikovat skupinová analytici. Vznikly jako součást mimonemocniční péče (Kizler et al., 2003, Pěč et al., 2003 in Probstová & Pěč, 2014).

Denní stacionáře zajišťují denní pobyt psychiatrických pacientů. Představují alternativu a rozšíření hospitalizace, ambulantní péče, dlouhodobé rehabilitace a resocializace (Probstová & Pěč, 2014 in Talandová, 2017).

Předpokladem denních stacionářů jsou spolupracující jedinci. Program denních stacionářů je zaměřen psychoterapeuticky a často kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací. Je realizován psychiatry, klinickými psychology, zdravotními lékaři a sociálními pracovníky (Probstová & Pěč, 2014).

## **Krizové služby**

Vznik krizových služeb je datován od začátku dvacátého století, kdy tyto služby byly určeny pro jedince se suicidálním chováním. Krizové služby představují krizová centra a mobilní krizové týmy (Vodáčková, 2007).

Krizová centra jsou charakteristická poskytováním neodkladné, bezbariérové a nestigmatizující psychiatrické péče (krizová intervence, neodkladná psychiatrická vyšetření, emergentní psychoterapie, krátkodobá systematická individuální, rodinná a skupinová psychoterapie, farmakoterapie, krátkodobý několikadenní lůžkový pobyt) (Probstová & Pěč, 2014).

Mobilní krizový tým poskytuje téměř totožné služby jako krizový tým (krizová intervence, neodkladná psychiatrická a psychologická vyšetření, farmakoterapie, emergentní psychoterapie) s tím rozdílem, že tyto služby jsou poskytovány v místě rozvoje krizové situace. Do spolupráce jsou zapojeni také rodinný příslušníci. Výhodou mobilních krizových týmů je předcházení hospitalizace či její zkrácení (Lorenc, 2008).

## **Psychiatrická rehabilitace**

Pojetí psychiatrické rehabilitace popsal William Anthony tak, že „*psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svou schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory*“ (Anthony et al., 2002, 101 in Probstová & Pěč, 2014, 196, in Talandová, 2017).

Psychiatrickou rehabilitaci tvoří různé postupy a typy intervencí. Prvotním krokem je především určení rehabilitačního cíle pacienta a následné vytvoření rehabilitačního plánu (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

V současnosti se v rámci psychiatrické rehabilitace uplatňují tři hlavní směry, které nesou své názvy podle míst vzniku (Probstová & Pěč, 2014 in Talandová, 2017):

### **1. Bostonský směr**

reprezentován je W. Anthonym. Představuje vývojový model. Zaměřuje se na rozvoj schopností a význam učení. Klient je zde především žákem. Rehabilitace upřednostňuje zdraví před léčbou, která minimalizuje symptomy.

### **2. Los Angeleský směr**

reprezentován je R. P. Libermanem. Zaměřuje se na trénink sociálních dovedností, získání strategií při řešení problémů a monitorování symptomů. V neposlední řadě se rovněž zaměřuje na funkční vyšetření či vyšetření stresorů.

### **3. Britský model**

reprezentován je G. Shepherdem a D. Bennettem. Předpokládá pečlivě vytvořený systém péče. Dále klade důraz na úpravu prostředí, v kterém klient žije (uvědomělý uživatel péče) a které je zajištěno kvalitními službami.

Deset zásadních prvků v rámci přístupu k psychiatrické rehabilitaci (Marková et al., 2006):

- Rehabilitace představuje dynamický obousměrný proces s cílem údravy, opory a zlepšení kvality života.
- Rehabilitace směřuje k úzdavě, opoře, normalizaci a začlenění do komunity.
- Aktivity v rámci rehabilitace mohou být prováděny na úrovních klienta, jeho zázemí a společnosti.
- Působnost rehabilitace v rámci následujících směrů: vztahy, činnost, čas.
- Rehabilitace je prováděna v triádě pracovník, klient a sociální síť.
- Čtyři životní domény rehabilitace u klienta představují bydlení, práce, učení a volný čas. A čtyřmi osobními doménami jsou osobní péče, zdraví, účel a smysl a sociální vztahy.
- Pět pilířů rehabilitačního procesu jsou motivace, dovednosti, status, materiální a společenská podpora.
- Rehabilitace by měla odstraňovat bariéry a zvyšovat příležitosti jedinců.
- Rehabilitace v sobě kombinuje osobní a materiální podpory.
- Čtyři hlavní typy aktivit rehabilitačně orientované péče představují léčebně zaměřená péče, péče cílená k funkční nápravě, kompenzační péče a komunitní péče.

Pěč & Probstová (2009) zmiňují tři základní principy v souvislosti s rehabilitací. Holding, handling a subject presenting – držení, vedení a prezentování objektu.

Jedná se o strategie související s vybudováním aktivního a důvěrného vztahu mezi klientem a pracovníkem.

## **Případové vedení**

Případové vedení (case management) napomáhá lepší koordinaci poskytování služeb ve fragmentovaném systému péče. Případový vedoucí (case manager) koordinuje péči o pacienta mezi poskytovateli a současně přímo podporuje pacienta v jeho vlastním prostředí. Roli případového vedoucího mohou zastávat různí profesionálové, především potom psychiatrické sestry a sociální pracovníci (Probstová & Pěč, 2014).

Case management se řídí určitými zásadami při práci s pacienty, kterými jsou zaměřeni se na zdravé stránky pacienta více než na psychopatologii, klást důraz na vztah pacienta a case managera, zachovat terapeutický optimismus, poskytovat intervence založené na základě pacientova rozhodnutí a brát komunitu jako zdroj podpory (Probstová, 2005).

Původ případového vedení můžeme nalézt v 70. letech 20. století v USA. Vývojem postupně vznikaly a vyvíjely se různé formy případového vedení. Např. brokerský model, který se ohraničoval na pouhé zprostředkování potřebných služeb pro pacienta. Tento model se ukázal jako neúčinný. Byl tak záhy vystřídán formou klinického případového vedení. Zde již pracovník sám obstarává část přímé péče (Probstová & Pěč, 2016). Case management se řídí určitými zásadami při práci s pacienty.

Dalšími formami případového vedení je např. intenzivní případové vedení. Zvláštní formou případového vedení je **asertivní komunitní léčba** (Probstová & Pěč, 2016). Asertivní komunitní léčbě se podrobněji věnuji v kapitole 5.

Cílem komunitních služeb je poskytovat nemocným podporu potřebnou k tomu, aby zvládli žít nezávisle v komunitě, nebo k tomu, aby se do komunity dokázali úspěšně vrátit po dlouhotrvající hospitalizaci a dlouhodobě se v ní udržet bez nutných rehospitalizací. Tyto služby jsou poskytovány přímo v komunitě a jsou zaměřeny na základní potřeby svých uživatelů – potřebu samostatného a důstojného bydlení, potřebu pracovního uplatnění, potřebu sociálních kontaktů (Matoušek, 2013).

## 5 ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA

Asertivní komunitní léčba představuje formu případového vedení. Představuje intenzivní a vysoce integrovaný přístup k poskytování komunitních služeb v souvislosti s duševním onemocněním. V následujících podkapitolách blíže nastíním její poslání a vývoj.

### 5.1 Definice asertivní komunitní péče

Asertivní komunitní léčba (ACT)<sup>7</sup> je postavena na mezioborových týmech, které spolupracují s pacientem v místě jeho bydliště (Baštecká et al., 2015).

Asertivní komunitní léčba představuje typ případového vedení charakterizovaný následujícími prvky (Probstová & Pěč, 2014):

- Tým složený z více odborníků;
- Sdílení péče o pacienta celým týmem;
- Přímé poskytování služeb členy týmu;
- Vysoká četnost kontaktů s pacientem;
- Méně pacientů připadajících na jeden tým;
- Asertivní kontaktování pacientů v oblasti působení týmu;
- Nepřetržitá služba.

Stuchlík (2001) definuje asertivní komunitní péči v několika následujících aspektech:

- Je nezbytné jasné vymezení cílové skupiny.
- Asertivní komunitní péče může být účinná především u lidí, kteří mají největší problémy při užívání běžných služeb.
- Asertivní komunitní péče snižuje potřebu psychiatrické lůžkové péče.
- Asertivní komunitní péče přináší pacientům a jejich rodinám lepší péči bez navýšení nákladů.
- V rámci asertivní komunitní péče je nezbytná dlouhodobá spolupráce s pacientem.
- Klíčové faktory představují práce s psychiatrickou medikací, obhajoba zájmů klienta a zaměření na praktické problémy všedního dne.
- Důležitost jednotlivých úkolů se mění na základě okolností a aktuálních potřeb.

---

<sup>7</sup> ACT – Assertive community treatment.



Dle Markové et al. (2006) prvky asertivní komunitní péče jsou:

- Přehled o potřebách a schopnostech pacienta.
- Plánování péče, kdy plán obsahuje zcela jasně definované a definovatelné cíle.
- Uskutečňování plánu za pomoci pacienta a jeho sociálního okolí.
- Monitorování a zaznamenávání dosažených výsledků, příp. i nedosažených.
- Vyhodnocení práce a výsledků s pacientem a pracovníky a všemi, kteří se podíleli na práci s pacientem.

## 5.2 Cílová skupina

*„Cílovou klientelou asertivních komunitních týmů jsou klienti, kteří vlivem své nemoci vypadávají ze služeb, nedostavují se k ambulantním ošetřením, neužívají předepsaná psychofarmaka, což nejen vede k časným rehospitalizacím, ale i k řadě potíží v sociální oblasti (dluhy, exekuce, špatné finanční podmínky a podmínky bydlení, event. bezdomovectví)“ (Probstová & Pěč, 2014, 195).*

Z hlediska klientely se často jedná o pacienty částečně omezené ve způsobilosti, u nichž jsou ustanoveni opatrovníci. Asertivní tým získává podnět k zahájení péče u určitého pacienta ze strany ambulantních zařízení, obce, policie, lůžkových zařízení. První fází v rámci práce asertivního týmů představuje zaangažování pacienta. To se děje formou pravidelného a vytrvalého kontaktování pacienta v jeho bydlišti. V souvislosti s touto fází je důležité zvolit adekvátní téma k navázání důvěry. V této fázi probíhá rovněž kontaktování rodiny pacienta, případně jeho okolí. Po navázání spolupráce je potřeba zajistit potřeby pacienta, vytvořit plán a zapojit další pracovníky týmů (sociální pracovník, psychiatrická sestra, psychiatr, ergoterapeut). Nejčastější potřeby představují zabezpečení kontinuální psychiatrické léčby, řešení sociálních problémů, podporu v každodenních činnostech, zapojení do psychoterapie apod. (Probstová & Pěč, 2014).

Asertivní komunitní péče necílí na všechny jedince s vážnou duševní poruchou, ale zaměřuje se na nejzávažněji nemocné a ohrožené pacienty, tedy často nestabilní, psychotické pacienty, u nichž dochází k častým rehospitalizacím. Udává se, že tato skupina pacientů tvoří zhruba 20 % celé skupiny vážně nemocných psychiatrických pacientů (Assertive Community Treatment, nedat.).

Cílovou skupinou ACT jsou tedy klienti, kteří propadávají sítí služeb, neužívají předepsané léky a nedochází pravidelně k lékaři. Často se jedná o klienty, u nichž je při propuštění z hospitalizace malá pravděpodobnost pravidelné spolupráce. Mají časté obtíže v sociální oblasti a jsou často rehospitalizováni (Burns a Firn in Probstová, Pěč, 2014, s. 194-195).

Složení týmů tvoří psychiatrické sestry, sociální pracovníci, psychiatr a psycholog. Na pracovníka připadá 10 pacientů. Kontaktování pacientů se odvíjí od potřeby, často několikrát týdně. Propuštění pacientů z týmu se odvíjí rovněž dle potřeby. Pokud pacienti nepotřebují kontakt alespoň jedenkrát týdně, jsou z péče týmu propuštěni. Kapacita týmu je zhruba 60 – 100 pacientů (Hoof et al., 2015).

Technikami týmu je asertivní kontaktování, sdílení pacientů, multidisciplinární přístup (Owen et al., nedat.).

### **5.3 Vznik asertivní komunitní péče**

Vývoj modelu asertivní komunitní péče úzce souvisí se studií, která nese název Trénink života v komunitě<sup>8</sup>. Studie byla provedena ve zmiňovaném Wisconsinu. Jednalo se o poskytování „komunitních služeb“ v domovech pacientů, či na jejich pracovištích. Pro každého pacienta byl sestaven individuální program s pokrytím 24 hodin denně po 7 dní v týdnu. Velké úsilí bylo věnováno vyhledávání pracovních míst nebo chráněné práce pro pacienty. Služba také podporovala zapojení rodinných příslušníků a dalších osob z okolí pacienta. Ve srovnání s kontrolní skupinou došlo u pacientů s poskytováním „komunitní podpory“ k signifikantnímu zlepšení zdravotního stavu a výrazně se zlepšila jejich životní situace (Stuchlík, 2001).

Výsledky tak byly celkově velmi pozitivní. Tytéž studie byly následně replikovány v Austrálii, Velké Británii a v USA, kde byly výsledky obdobné. Součástí studie byla rovněž komplexní ekonomická studie, která prokázala, že model je ekonomicky dostupný a náklady jsou prakticky srovnatelné s kontrolním systémem péče (Říčan, 2007).

Následné výzkumy také potvrdily, že asertivní komunitní péče výrazně zredukovala počet rehospitalizací. Pacienti asertivních týmů čerpali méně zdravotní péče od dalších

---

<sup>8</sup>TLC – Training in Community Living.

poskytovatelů, dostávali se méně do konfliktních situací, byli kratší dobu nezaměstnaní a více času trávili v chráněné práci. Celkově tito jedinci žili spokojenější život, měli méně příznaků onemocnění a nepředstavovali takovou zátěž pro rodinu a okolí (Stein & Test, 1980 in Probstová & Pěč, 2014).

## 5.4 Varianty asertivní komunitní péče

### Psychiatrická asertivní péče (PACT)

Model asertivní komunitní péče byl vyvinut v sedmdesátých letech minulého století ve státě Wisconsin v USA Leonardem Steinem a Mary Ann Testovou. Program poté byl uveřejněn jako *PACT<sup>9</sup> model*, tedy model psychiatrické asertivní komunitní péče. Původně byla asertivní komunitní péče určena pro všechny psychiatrické pacienty. Z důvodů nákladnosti později byla doporučována pouze pacientům s vážnou duševní poruchou (Drake, 2008.).

Při šetření po 14 měsících vyřazení klientů z programu se ale ukázalo, že většina zisků nabytých v programu se ztratila a pacienti již zdaleka neprosperují tak dobře. Obdobných výsledků bylo dosaženo i v jiných studiích (Řičan, 2007).

### Flexibilní asertivní komunitní péče (FACT)<sup>10</sup>

Flexibilní asertivní komunitní péče představuje nizozemskou variantu asertivní komunitní péče. Cílovou skupinou jsou všichni pacienti se závažným duševním onemocněním v příslušném regionu (tedy 100 %). Tým tvoří psychiatrické sestry, case manageři, psychiatr, psycholog a specialista v oblasti zaměstnávání. Na pracovníka připadá 20 pacientů. Kapacita týmu je zhruba 220 – 250 pacientů. 80 % pacientů je v režimu individuálního case managementu. Flexibilní asertivní týmy vycházejí především z potřeb velkých měst. Ve srovnání s jinými tyto týmy užívají tzv. „Tabuli“ (FACT board<sup>11</sup>) (What is F-ACT, nedat.).

---

<sup>9</sup> PACT - Psychiatric Assertive Community Treatment.

<sup>10</sup> FACT – Flexible Assertive Community Treatment.

<sup>11</sup> FACT Board / Tabule - Tabule je tvořena excelovou tabulkou, kde jsou uvedeni pacienti, kteří aktuálně vyžadují intenzivní péči z různých důvodů, jako je prevence krize, návrat domů po hospitalizaci, prodloužené dekompenzace, pacienti vyhýbající se kontaktu, hospitalizovaní pacienti, noví pacienti či pacienti se soudně nařízenou léčbou (Hejzlar, 2014).

### **Asertivní terénní týmy (AO)**

Asertivní terénní péče (AO)<sup>12</sup> představuje formu asertivní komunitní péče ve Velké Británii. Cílovou skupinu tvoří pacienti se závažným duševním onemocněním. Týmy jsou multidisciplinární, tvoří je psychiatři, sociální pracovníci, psychiatrické sestry, psychologové, pracovníci v oblasti zaměstnávání. Na pracovníka připadá 10 – 12 pacientů, celková kapacita týmu je 180 - 220 pacientů (Lakeman, 2001 in Talandová, 2017).

### **5.5 Cíl asertivní komunitní péče**

Cílem asertivní komunitní péče u osob se schizofrenií je integrovat tyto pacienty v rámci společnosti a umožnit jim autonomní žití. Péče se netýká pouze psychiatrických a jiných zdravotnických potřeb pacientů, ale též sociálních a ekonomických potřeb. Asertivní péče má být vysoce intenzivní. Asertivní komunitní péče u osob se schizofrenií má pozitivní dopad na celkovou kvalitu života pacientů s tímto onemocněním a zlepšuje jejich životní úroveň (Probstová & Pěč, 2009).

Jedinci trpící schizofrenií, kterým je poskytována asertivní komunitní péče, vykazují pozitivní dopad na jejich kvalitu života (Allness, nedat.):

- Více čelí běžným každodenním situacím, které zvládají mnohem lépe.
- Mají větší šance uplatnění na volném trhu práce.
- Získávají více kladné reference ze stran zaměstnavatelů.
- Jsou úspěšnější v rámci budování a udržování sociálních vztahů.
- Celkově udávají vyšší životní spokojenost.
- V souvislosti s jejich onemocněním udávají ustupující symptomy nemoci.

Asertivní péče poskytovaná jedincům se schizofrenií by měla být intenzivní. Pracovníci by se měli s jednotlivými pacienty dlouhodobě setkávat minimálně jednou týdně. Péče by neměla být časově omezena, měla by být poskytována 24 hodiny denně. Měla by být především vysoce individualizovaná a flexibilní, tedy měnící se dle aktuálních potřeb pacienta. Hlavním cílem asertivní péče by mělo být snížení rehospitalizací pacientů. Dále pak pomoc nemocným jedincům přizpůsobit se každodennímu životu v komunitě (Gale et al., 2008).

---

<sup>12</sup> AO - Assertive Outreach.

Specifikem asertivní péče je rovněž asertivní vyhledávání a kontaktování potenciálních pacientů s psychózou (Probstová & Pěč, 2014).

Počáteční fází v rámci asertivní péče u jedinců se schizofrenií je proaktivní kontaktování, budování vztahu, vyšetření a plánování. Pracovníci intervnují v následujících oblastech (Hejzlar, 2014 in Talandová, 2017):

- Intervence zaměřené na prostředí klienta (vytvoření vazeb, zprostředkování, práce s rodinou, monitorování a rozšiřování sociálního zázemí).
- Intervence zaměřené na klienta (trénink dovedností, individuální terapie, farmakoterapie).
- Intervence zaměřené na klienta a prostředí (krizová intervence, rodinná terapie, monitorování).

V souvislosti s asertivní komunitní péčí u osob se schizofrenií Hollý (nedat.) hovoří o tom, že v týmu má každý specialista zastávat určitou funkci. Zdravotníci by se měli více soustředit na dodržování léčebného režimu. Zastávají tak určitou kontrolní funkci. Sociální pracovníci zastávají funkci podpůrnou a to tím, že pomáhají pacientovi v řešení každodenních situací. V rámci této spolupráce u nemocných dochází k redukci stresu, kterému jsou tito jedinci vystaveni a což zhoršuje prognózu a zvyšuje tak pravděpodobnost relapsu onemocnění.

Práce týmu začíná zaangažováním klienta pro léčbu - tzv. engagement. Pracovníci kontaktují klienty přímo v jejich bydlišti a snaží se s nimi navázat důvěrný vztah. Často se tak děje při řešení jiných obtíží klienta, např. při přiznání sociálních dávek, na které má klient nárok. Pokud se podaří nastolit spolupráci s pacientem, je možné zjišťovat jeho další potřeby a vytvořit plán jejich řešení (Burns a Firm in Probstová & Pěč, 2014).

Průměrná délka setrvání v péči v týmu se odhaduje zhruba na pět let (Burns & Firm, 2002; Ryan & Morgan, 2004 in Probstová & Pěč, 2014).

## **6 PROBLEMATIKA SCHIZOFRENIE**

Schizofrenie predstavuje závažné duševní onemocnění. Duševní onemocnění predstavuje změnu duševní činnosti, která má za následek vyřazení člověka z pracovní oblasti, společenského života a zodpovědnosti při úkonech. Projevuje se v myšlení, vnímání, emocích a chování jedince a tím znesnadňuje jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím (Hartl, 2004).

### **6.1 Definice duševních poruch**

Duševní poruchy a choroby se mohou vyskytovat v každém věku. Jejich projevy jsou různorodé. Mohou se projevovat změnami psychických funkcí, verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi (Zvolský et al., 1996b).

Rozvoj psychické poruchy je možné pochopit na základě znalosti interakce mnohočetných rizikových faktorů, mezi které patří faktory biologické (genetické, vrozené, dané úrazy, onemocnění apod.), enviromentální (dané prostředí, tj. výchova, vzory, životní události apod.), psychologické (charakterové rysy osobnosti apod.) a sociální (vliv kultury, školní třídy, kolektiv v práci apod.) (Praško et al., 2003).

Orel (2012) hovoří o tom, že vymezit duševní zdraví je velice obtížný úkol. Je to určeno tím, že hranice mezi zdravím a patologií v případě duševních poruch je sice někdy zcela jednoznačná, většinou ale bývá velmi neostrá.

### **6.2 Klasifikační systém v psychiatrii**

Odborné disciplíny třídí své poznatky a zkušenosti. Tak vznikají klasifikační systémy. Úkolem těchto systémů je poskytnout specifický jazyk všem pracovníkům v oboru, který umožňuje vzájemnou odbornou komunikaci, stanovit správnou diagnózu a následnou efektivní léčbu a přijít na příčiny duševních poruch (Raboch et al., 2013).

S vývojem klasifikace je velice úzce spjato poznání o příčinách a průběhu jednotlivých onemocnění. Mezi psychiatrické klasifikační systémy patří Mezinárodní klasifikace

nemocí, 10. revize (MKN-10) z roku 1992 a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize (DSM-V). MKN-10 se používá v evropských zemích, DSM-V v zemích severní a jižní Ameriky, v Austrálii a na Novém Zélandu (Orel et al., 2016). MKN-10 je v současné době předmětem revize. Dle WHO je naplánováno vydání 11. revize v roce 2017 (Classifications of diseases, 2015).

Psychiatrii je v MKN-10 věnována V. kapitola pod označením písmenem F. Obsahuje zhruba 1000 kategorií, které jsou rozděleny do následujících 10 sekcí

*Tabulka 3: Klasifikace duševních poruch*

<b>Kapitola</b>	<b>Poruchy duševní a poruchy chování</b>
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 – 69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 – F79	Mentální retardace
F80 – F89	Poruchy psychického vývoje
F90 – F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní poruchy

*(Orel et al., 2016)*

### **6.3 Historie onemocnění schizofrenie**

K historii bych zmínila pouze základní údaje a data. Do konce 18. století se věřilo, že duševní onemocnění jsou projevem samotné patologické bytosti. Užíval se termín Wilhelma Griesingera Einheitspsychose (pojetí jediné psychózy). Další důležitou osobností byl francouzský lékař Philippe Pinel, který jako jeden z prvních rozeznal, že

duševní onemocnění by měla být separována a klasifikována na základě jejich rozdílných rysů a rozeznávání mezi demencí, retardací, mánií a melancholií. Francouzský psychiatr Benedict Augustin Morel pojmenoval onemocnění jako “Démence précoce”. Tento termín následně převzal německý psychiatr Emil Kraepelin, který shrnul řadu psychóz v nosologickou jednotku “Dementia praecox” (raná demence). Považoval psychózy za jednu nemoc, u které lze předpokládat jednotnou příčinu. Pojem schizofrenie (z řeckého schizein – rozštěp a phren – mysl) následně zavedl švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857 – 1939) v roce 1911. Nemoc charakterizoval “rozštěpem” různých psychických funkcí. Přestože použil pro pojmenování nemoci singular, domníval se, že se jedná o skupinu nemocí (Warner & Girolamo, 1995 in Talandová, 2017).

#### **6.4 Definice schizofrenie**

Schizofrenie představuje závažné duševní onemocnění, které výrazně narušuje schopnost nemocného jedince srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Jedná se o psychotické onemocnění. Psychóza hluboce narušuje vztah jedince k realitě a dochází u něj ke změnám osobnosti (Raboch et al., 2001).

Schizofrenii charakterizuje kognitivní deficit, pozitivní a negativní, strukturální, funkční a neurochemická alternace mozku. Představuje psychotickou poruchu (Raboch et al., 2013). Psychózami se označují závažná duševní onemocnění, kdy je narušeno vnímání reality jedince. Je tak ovlivněno jeho chování, vnímání, cítění. Psychóza má značný vliv na celkovou osobnost člověka. Jedná se o onemocnění s dlouhodobým průběhem se sklonem k chronicitě. Schizofrenii charakterizuje porucha myšlení, jednání, vnímání, emocí a vůle. (Marková et al., 2006 in Talandová, 2017).

#### **6.5 Epidemiologie a etiologie schizofrenie**

Celoživotní prevalence schizofrenie představuje 1 – 1,5 %. 2 – 4 případy na 10 000 ročně. Incidence je totožná pro obě pohlaví. Nicméně mužům je připisován malignější průběh. Schizofrenie je diagnostikována nejčastěji mezi 25. a 35. rokem života, u mužů mezi 15. a 25. rokem. Setkáváme se ale i s pacienty, u nichž bylo toto onemocnění zjištěno ve vyšším věku života než v 35. roce života. Jako vzácná se jeví schizofrenie diagnostikovaná v



dětském věku. Celosvětově spadá mezi deset nejzávažnějších důvodů pracovní neschopnosti (Raboch et al., 2013).

Někdy je dáváno do souvislosti s propuknutím schizofrenie prostředí, ve kterém jedince vyrůstá. Panují rozpory v odhadu míry incidence a prevalence onemocnění. Prevalence je dávána do souvislosti s výskytem, ale také s jeho trváním. Což může být vyjádřeno následujícím vzorcem (Warner & Girolamo, 1995):

$$\textit{Prevalence (P - Prevalence) = Výskyt (I - Incidence) x Trvání (D - Duration)}$$

Přesná etiologie onemocnění není dosud známa. Schizofrenie je dávána do souvislosti s genetickými faktory, což je v současné době nejvíce přijímaná teorie. Byla provedena řada dvojčecích studií a studií s adoptivními dětmi. Tyto studie potvrdily významnost genetických dispozic v souvislosti s onemocněním. *“U schizofrenie se předpokládá interakce mezi geneticky podmíněnou neurobiologickou vulnerabilitou a negenetickými rizikovými faktory”* (Češková, 2013, 13).

Ze studií o dědičnosti vyplývá, že u dítěte jednoho schizofrenního rodiče je šance 10 %, že onemocní též schizofrenií. Pokud jsou schizofrenní oba rodiče, šance u dítěte se zvyšuje na 30 – 40 %. Rovněž byly provedeny dvojčecí studie u jednovaječných a dvouvaječných dvojčat. Výsledky ukázaly, že šance onemocnění u jednovaječných dvojčat je 3 – 40 %, u dvouvaječných 10 %. A to vše i za předpokladu, že dvojčata vyrůstala odděleně, v odlišných sociálních podmínkách. Z toho jednoznačně vyplývá, že do určité míry se dědí vloha pro propuknutí psychózy, ale nikoliv psychóza jako nemoc (Raboch et al., 2013).

U schizofrenie je výrazný výskyt strukturálních a funkčních abnormalit. Propuknutí schizofrenie souvisí se vzájemným působením biologických, psychologických a sociálních faktorů. Součinnost těchto faktorů vytváří dispozici k vlastnímu onemocnění (Raboch et al., 2013 in Talandová, 2017).

Praško (2003) psychotické nemoci dává do souvislosti s dědičnými vlivy, s porodem v zimních a časných jarních měsících a s prenatálními a perinatálními vlivy.

Predisponující faktory představují faktory rizikové, mezi které se nejčastěji řadí starší otcové, migrační status, hladovění v období gravidity, abúzus kanabisu, porodní komplikace, narození v zimních a jarních měsících, život ve městě, toxoplazmóza (Češková, 2013).

Z hlediska faktorů sociálních se do souvislosti se schizofrenním onemocněním řadí příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život v městských aglomeracích spojený se zvýšenou hustotou obyvatelstva (Češková, 2005).

Jednoznačné vysvětlení tohoto jevu dosud nebylo objasněno. Můžeme se spíše domnívat, že za tím může být stres spojený se sociálně ekonomickou deprivací. Dalším vysvětlení může být finanční znevýhodnění v městských aglomeracích (Zvolský et al., 1996b).

## **6.6 Průběh schizofrenie**

Schizofrenie představuje heterogenní onemocnění, jehož projevy jsou rozmanité. V popředí dominují charakteristické příznaky, které se dělí do tří základních skupin (Raboch et al., 2013):

1. Pozitivní příznaky
2. Negativní příznaky
3. Kognitivní příznaky

### **Pozitivní příznaky**

Pozitivní příznaky charakterizují halucinace, iluze, bludy ve spojení se zvýšenou dopaminergní aktivitou. Halucinace jsou řazeny mezi poruchy vnímání. Představují nejzávažnější poruchu smyslového vnímání. O jejich realitě je nemocný jedinec zcela přesvědčen. V takovém případě hovoříme o pravých halucinacích. Pokud si je nemocný vědom faktu, že halucinuje, hovoří se o nepravých halucinacích, tzv. pseudohalucinacích. Halucinace se mohou vztahovat k různým smyslům (Orel, 2012 in Talandová, 2017):

- Sluchové (auditivní) halucinace – nejčastější forma; zvuky, slova, věty, rozhovory, monology až několika hlasů; obsah verbálních halucinací může být neutrální, často však nepřátelský a nepříjemný, nemocnému se posmívá, nadává, vyhrožuje, kritizuje
  - imperativní halucinace – nemocnému dávají příkazy a rozkazují (zde je riziko suicidia, sebepoškození či homicidy nemocného).
- Zrakové (optické) halucinace - bývají méně časté; nemocný vidí osoby, zvířata, věci, obrazce, objekty aj.

- Útrobní (viscerální) halucinace – charakteristické jsou tělové pocity vycházející z různých vnitřních orgánů; obsah bývá často sexuálního rázu.
- Hmatové (taktilní) halucinace – charakteristické jsou hmatové pocity.
- Čichové (olfaktorické) a chuťové (gustatorické) halucinace – nemocný cítí různé zápachy často spojené s podobnými chuťovými pocity.
- Intrapsychické halucinace – nemocný halucinuje, že mu jsou do hlavy vkládány jiné a cizí představy a myšlenky, případně jsou odebírány jeho vlastní.
- Inadekvátní halucinace – nemocný má pocity v jiných částech těla než v těch, kde daný orgán sídlí.
- Hypnagogické halucinace (představy) – jsou to nepravé halucinace, které se objevují během usínání, kdy jedinec ještě nespí; jedná se o přechod z bdění do snu.

Iluze představují zkreslené, deformované vjemy, které jsou vyvolané skutečným reálným podnětem. Pro definici pravé iluze je podstatné, že vnímající jedinec je v daném okamžiku přesvědčen o její pravosti a nelze mu to vyvrátit. Iluze mají několik podob. Setkáváme se s iluzemi sluchovými (akustickými), zrakovými (optickými), čichovými a chuťovými, hmatovými (taktilními), pohybovými (kinestetickými) a útrobními (viscerálními). Setkáváme se rovněž s nepravými iluzemi, tzv. pseudoiluzemi, které jsou definovány zkreslením vjemu za určitých okolností jako je stres, strach apod. (Höschl et al., 2002).

Bludy se řadí mezi kvalitativní poruchy myšlení. Praško (2003) definuje blud jako mylné přesvědčení, vzniklé z chorobných duševních předpokladů na chorobném psychotickém podkladu, kterému nemocný chorobně věří a které má patický vliv na jednání jedince. Blud má postupný časový vývoj. Někdy se psychiatrovi může podařit u nemocného podchytit fázi bludné nálady před vytvořením samotného bludu. Tato fáze je nazývána fází krystalizační. Nemocný hovoří o změnách v okolí, působí neklidně, ostražitě. Souběžně s bludy mohou být u nemocného přítomny iluze a halucinace. Bludy mohou mít následující podoby (Orel et al., 2012):

➤ **Mikromanické bludy (depresivní)**

- insuficienční blud – pocit bezmoci a vlastní neschopnosti
- autoakuzační blud – sebeoviňující
- ruinační blud – pocit naprostého bankrotu
- hypochondrický blud – obavy z těžkého či nevyléčitelného onemocnění

- dysmorfofobický blud – přesvědčení o znetvoření
- **Megalomanické bludy (expanzivní)**
- extrapotenční blud – přesvědčení o mimořádných schopnostech
- originární blud – spojený s urozeným a vznešeným původem
- inventorní blud – přesvědčení o vlastních vynálezech
- religiózní blud – spojený s náboženským obsahem
- erotomanický blud – přesvědčení o vlastní neodolatelnosti
- kosmický blud – spojený s komunikací s mimozemskou sférou
- **Paranoidní bludy** (chorobná vztahovačnost a podezřívavost)
- perzekuční blud – přesvědčení o pronásledování, spiknutí apod.
- kverulační blud – stěžovatelský blud, pocit nespravedlnosti
- emulační blud – spojený se žárlivostí a s přesvědčením o nevěře partnera
- metamorfózní blud – chorobné přesvědčení o změně ve zvíře, jinou bytost, věc

### **Negativní příznaky**

Negativní příznaky jsou charakterizovány sníženou dopaminergní aktivitou. Přestavují psychické ochuzení, především emotivní a volní složky. Chování nemocného působí tak, jako by se jej nic netýkalo, nic ho nezajímalo a na ničem nezáleželo. Komunikaci s okolím je omezená. U nemocných je patrné snížení mimiky obličeje. Rozhodování je výrazně ztížené, je snížena schopnost plánování a přítomna je porucha koncentrace pozornosti (Raboch et a., 2013 in Talandová, 2017).

Hales, Yudofsky, & Talbot (1999) uvádějí, že negativní příznaky jsou obtížně léčitelné a jsou výrazně destruktivnější než příznaky pozitivní a to vzhledem k tomu, že nemocný jedinec je netečný a zcela demotivovaný.

Dle Bankovské Motlové & Španiela (2011 in Talandová, 2017) negativní příznaky zahrnují:

- afektivní oploštění nebo otupění – chudost pohybů, absence očního kontaktu, neměnný výraz v obličeji, monotónní hlas, afektivní netečnost;
- alogie (neschopnost hovořit) – chudost řeči a obsahu řeči, zárazy, latence při odpovědi;
- apatie – ztráta energie, zanedbávání zevnějšku;

- anhedonie a sociální stažení – nezájem o sociální kontakty, neschopnost prožívat radost.

Hollý (nedat.) udává, že negativní příznaky jsou charakterizovány nerozhodností, sníženou spontaneitou, apatií, která je často zaměňována za lenost, a z nevýraznými až depresivními náladami. Negativní příznaky často přetrvávají a zůstává v nich deficit běžného prožívání, pacientům se výrazně hůře žije realita kolem nich, což působí značné problémy v běžných sociálních kontaktech.

### **Kognitivní příznaky**

Kognitivní příznaky můžeme považovat za jádro příznaků schizofrenie. Jsou charakterizovány dysfunkcí poznávacích schopností, se kterou se setkáváme před propuknutím samotného onemocnění (Češková, 2013).

Kognitivní příznaky nesouvisí s intelektem. Charakterizují je poruchy pozornosti, rychlost zpracování informací, poruchy paměti, poruchy exekutivních funkcí, abstraktního myšlení. Kognitivní postižení se měří testovými metodami. Slouží k dlouhodobému sledování zlepšení či zhoršení kognice u schizofrenních pacientů (Höschl et al., 2002).

Češková (2013) hovoří ještě o 4. skupině příznaků, kterými jsou **afektivní příznaky** - ty bývají reprezentovány přítomností deprese. Deprese představuje součást akutní psychotické ataky. Po odeznění psychotické komponenty se depresivní projevy dostávají více do popředí – tzv. postpsychotická deprese.

Kučerová (2010) navíc zmiňuje **katatonní příznaky**, které se projevují grimasováním, manýrováním, katatonním stuporem či raptem. Tyto příznaky se vztahují k psychomotorickému tempu.

Vágnerová (1999) doplňuje rozdělení příznaků na primární a sekundární. Primární příznaky představují poruchu asociací, poruchu afektivity, ambivalence a autismus. Nemocný zcela podléhá tomuto spektru příznaků. Z toho se dále vydělují příznaky sekundární, které reprezentují bludy, halucinace a změny aktivity.

Praško (2003) diferencuje tři skupiny příznaků schizofrenie:

1. Psychomotorické ochuzení – prvořadě se projevuje ochuzením řeči, dále ochuzením pohybů, omezením očního kontaktu, oploštěním afektu; takový jedinec může spíše působit jako líný, pasivní, netečný
2. Dezorganizace - charakteristická je ztráta soudržnosti afektu, řeči, myšlení a pohybů; jedinec působí roztržitě, nesoustředěně
3. Distorze skutečnosti – jedinec má narušené vnímání reality; typické jsou bludy a halucinace

Většina nemocných datuje první schizofrenní ataku do období dospívání nebo rané dospělosti. Onemocnění je těžko diagnostikovatelné, rozvíjí se postupně s prodromálními příznaky (příznaky předcházející nemoci). Prodromy mívají často podobu podrážděnosti a náládovosti, nedostatku energie a sebevědomí. Objevují se často velmi brzy a to již kolem 15. roku života. První projevy nemoci u dospívajících jsou často rodinou a okolím dávány do souvislosti s normálním průběhem dospívání. Průběh schizofrenie je u každého jedince odlišný. Nicméně se rozeznává několik typických průběhů, které však dopředu neumíme predikovat (Praško et al., 2003, in Talandová, 2017):

- epizodický průběh, v mezidobích reziduální (zbytkové) příznaky;
- epizodický průběh, v mezidobích bez příznaků;
- jediná epizoda s částečnou remisí (úzdavou);
- jediná epizoda s plnou remisí (úplnou úzdavou);
- kontinuální průběh, příznaky přetrvávají.

Dlouhodobá prognóza nemocných je dle Rabocha et al. (2013) následující:

- Necelá třetina (22 – 27 %) nemocných se po první atace uzdraví úplně nebo částečně.
- U třetiny nemocných jsou přítomny ataky s reziduální psychopatologií mezi atakami.
- U více než třetiny nemocných jedinců stav přechází k chronickému onemocnění.

Důležité je vědět, že *“schizofrenie je léčitelné duševní onemocnění”* (Raboch et al., 2013, 247 in Talandová, 2017).

Nicméně zhruba 10 % nemocných se schizofrenií suiciduje. Příznivější prognóza je u nemocných s náhlým začátkem a s přítomností pozitivních příznaků. Naproti tomu nemocní s plíživým začátkem onemocnění a s přítomností negativních příznaků mají znatelně horší prognózu (Raboch et a., 2013).

*Tabulka 4: Fáze nemoci*

<b>Fáze nemoci</b>	<b>Klinický obraz</b>	<b>Poznámky</b>
Prodromy	podrážděnost, neklid a náladovost, nedostatek sebevědomí a energie, změna zájmů	nespecifické příznaky; až 5 let před první atakou
První ataka	pozitivní příznaky, ztráta náhledu, negativní a kognitivní příznaky	přibližně 6 měsíců
Remise	období bez příznaků	
Časné varovné příznaky	nespecifické změny, nejčastěji poruchy spánku	týdny či dny před relapsem
Relaps	pozitivní příznaky, ztráta náhledu, negativní a kognitivní příznaky	trvá přibližně 6 měsíců

*(Bankovská Motlová & Španiel, 2013, 30)*

## **6.7 Diagnostika schizofrenie**

Dělení schizofrenních poruch závisí na převažující psychopatologii, průběhu a míře funkčního postižení nemocného. Přestože MKN-10 v současné době rozlišuje jednotlivé formy schizofrenie, klasifikační systém DSM-V od tohoto dělení již upouští a nemělo by se používat ani v 11. revizi MKN, která je aktuálně připravována (Hosáková, 2016).

Schizofrenie jsou definovány v odstavci F2. Vyjma označení F20 jsou v odstavci F2 rovněž uvedeny následující poruchy: F21 Schizotypální porucha, F22 Poruchy s trvalými bludy, F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy, F24 Indukovaná porucha s bludy, F25 Schizoafektivní poruchy, F28 Jiné neorganické psychotické poruchy, F29 Neurčené neorganické psychózy.

Tabulka 5: Subtypy schizofrenie dle MKN-10

Typ	Symptomatika
Paranoidní (F20.0)	Bludy, obvykle paranoidního charakteru, často i halucinace; nejčastější typ schizofrenie
Hebefrenní (F20.1)	Neobvyklé a nepředvídatelné chování, emoční labilita, bizarní chování, manýrování, nepřiměřená emotivita, inkoherece
Katatonní (F20.2)	psychomotorické poruchy, hyperkineze, katatonní stupor, povelový automatizmus, negativizmus, nástavy, flexibilitas cerea
Nediferencovaná (F20.3)	splňuje kritéria schizofrenie, ale neodpovídá konkrétnímu subtypu; zahrnuje symptomatologii více forem a nelze určit, která převládá
Postschizofrenní deprese (F20.4)	při schizofrenních příznacích se objevuje porucha nálady, obvykle depresivního směru; odeznívání epizody schizofrenie a nástup epizody deprese s odstupem až jednoho roku; zvýšené riziko suicidálního chování
Reziduální (F20.5)	dlouhodobé negativní příznaky po odeznění akutní symptomatiky
Simplexní (F20.6)	Pomalý rozvoj zejména negativních příznaků
Jiná (F20.8)	-
Nespecifikovaná (F20.9)	-

MKN-10 popisuje poruchy souhrnně nazvané “Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F20 – 29”. Kučerová (2010) zastává názor, že se jedná o roztříštěnou klasifikaci, do které je třeba zanést řád. Zároveň vyjadřuje názor, že zavést řád do okruhu schizofrenních onemocnění je komplikované.

Diagnostická kritéria pro schizofrenii jsou uvedena v následující tabulce. “Ke stanovení diagnózy musí být u nemocného přítomny následující příznaky po dobu psychotického období” (Bankovská Motlová & Španiel, 2013, 23 in Talandová, 2017).



Tabulka 6: Kritéria MKN-10 pro schizofrenii

---

**1. Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:**

---

- a. ozvučování, vkládání, odebírání, vysílání myšlenek
- b. bludy kontrolování, ovládání, ovlivňování, zřetelné pohyby těla, končetin, zvláštní myšlenky, pocity, činnosti, bludné vnímání
- c. auditivní halucinace
- d. neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, nadlidská moc nebo schopnost

---

**2. Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:**

---

- a. neustálé halucinace jakéhokoli typu vyskytující se po dobu min. 1 měsíce a jsou spojeny s bludy bez jasného emotivního obsahu
  - b. neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, inkoherentní myšlení, zmatený slovní projev
  - c. katatonní chování, vzrušení, nástavy, vosková ohebnost, mutismus, stupor
  - d. negativní symptomy jako je apatie, ochuzení řeči, ploché nepřiměřené odpovědi
- 

Pro určení diagnózy by příznaky měly trval minimálně jeden měsíc. Nemají být spojeny se silně vyjádřenou depresivní nebo manickou symptomatikou, časově by afektivním příznakům měly předcházet. Zároveň by příznaky neměly být spojeny s intoxikací, odvykacím stavem po odnětí návykové látky a ani jiným organickým onemocněním mozku. Ke klasifikace průběhu nemoci lze použít následující kódy (Hosáková, 2016):

- F20.x0 chronický
- F20.x1 v atakách s postupně narůstajícím defektem
- F20.x2 v atakách s remisemi
- F20.x4 neúplná remise
- F20.x5 úplná remise
- F20.x8 jiný
- F20.x9 období pozorování kratší než jeden rok

Oficiální změnu v kategoriálním přístupu k nemoci přinesly dva diagnostické manuály z USA: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5. verze (DSM-5)** a **Research Domain Criteria (RDoC)**, které ustoupily od rozlišování subtypů schizofrenie ve prospěch popisu klinické heterogenity v rámci dimenzí symptomů. V DSM-5, vydaném

v roce 2013, se od subtypů upustilo z důvodu neprokázaného prediktivního významu kategorií (Mattila et al., 2015), preference klinické užitečnosti manuálu a zlepšení jeho psychometrických vlastností (Tandon, 2014 in Hosáková, 2016).

Hlavním kritériem diagnózy schizofrenie je dle DSM-5 přítomnost po dobu minimálně jednoho měsíce přítomnost alespoň jednoho z prvních tří symptomů a celkově alespoň dvou ze symptomů uvedených v následujícím výčtu: bludy, halucinace, dezorganizace řeči, dezorganizované či katatonní jednání, negativní symptomy.

Mezi další kritéria pro diagnostiku patří narušení každodenního fungování, celkové trvání symptomů alespoň půl roku, což je významný rozdíl oproti MKN-10, a další. Je možno rozlišit, zda se jedná o první či mnohočetnou ataku, její aktuální stav (akutní epizoda, částečná remise, plná remise) a také zda je přítomna katatonie. Stejně jako ostatní diagnózy z psychotického okruhu lze ohodnotit klinický projev nemoci u konkrétního pacienta v následujících oblastech: halucinace, bludy, dezorganizace řeči, abnormní psychomotorické jednání, negativní symptomy, narušení kognice, deprese, mánie. Vytyčené oblasti se hodnotí na stupnici 0 (nepřítomnost symptomu) – 4 (závažné narušení). Výsledkem je kromě přehledu aktuálního stavu symptomů také 37 celkový skóre závažnosti, který umožňuje rychle zhodnotit změnu v projevech nemoci (American Psychiatric Association, 2013 in Hosáková, 2016).

### **6.7.1 Diferenciální diagnostika schizofrenie**

Obraz schizofrenie mohou napodobit různá jiná onemocnění. Z důvodů značné variability příznaků může po určité době dojít ke změně diagnózy. Diferenciální diagnostika vyžaduje především čas. Využívají se k ní různá pomocná vyšetření jako toxikologické vyšetření, vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření séra, biochemické a cytologické vyšetření moči apod. Případně zjišťování přítomnosti přenosných chorob. V rámci diferenciální diagnostiky je nutné odlišit následující diagnózy (Češková, 2013).

- Organické a symptomatické poruchy (F0)  
encefalitida, traumatické poškození CNS, neurodegenerativní, metabolická, revmatická a srdeční onemocnění, metabolická onemocnění, roztroušená skleróza.
- Psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami (F1).

- Poruchy schizofrenního spektra (F2)  
schizofreniformní, schizoafektivní a schizotypní poruchy.
- Afektivní poruchy (F3)  
mánie či deprese.
- Neurotické poruchy (F4)  
disociativní stupor, obsedantně-kompulzivní syndrom, depersonalizační a derealizační syndrom.
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými a somatickými faktory (F5).
- Poruchy osobnosti (F6)  
především paranoidní, schizoidní a emočně nestabilní porucha osobnosti.

## **6.8 Terapie schizofrenie**

Cíl léčby schizofrenie nepředstavuje pouze odstranění symptomů, ale především úzdrava nemocného a umožnění mu naplno fungovat v běžném životě. Léčba schizofrenie obvykle zahrnuje kombinaci biologických přístupů, psychofarmak a psychoterapie.

### **6.8.1 Biologické přístupy**

V minulosti byla schizofrenie léčena mnohými bizarními způsoby – aplikace mravenců a kopřiv, ponořování do kádě s ledovou vodou (Bankovská Motlová & Španiel, 2013). Dalším způsob léčby představovala pyroterapie, která spočívala ve vyvolání horečky. Známostou metodou byla lobotomie, kterou rozpracoval Walter Freeman a která spočívala v chirurgickém oddělení spojů mezi frontálním lalokem a ostatními částmi mozku (Lehman & Ban, 1997).

K léčbě se využívala také tzv. plynová terapie, kdy se u pacientů experimentovalo s pobyty v komorách, kde byla udržovaná hladina kyslíku 50 %, a s inhalací oxidu uhličitého. Další metodou léčby bylo vyvolání inzulinových kómat, tedy uvádění pacienta do bezvědomí v důsledku hypoglykemie (Hosáková, 2016). Na principu šokové terapie spočívá rovněž elektrokonvulzivní terapie (ECT), jejíž používání je datováno od 30. let 20. století. Navzdory účinnosti je tato metoda odmítaná. Tato cesta léčby se volí v případech farmakorezistentních pacientů a u velmi těžkých schizofrenních atak. Při

elektrokonvulzivní terapie se nemocnému aplikuje střídavý proud (z 220V na 60V) prostřednictvím elektrod umístěných na hlavě v oblasti spánkové. Elektrokonvulzivní terapie je indikována 2 – 3x týdně v celkovém počtu zhruba 6 – 12 šoků (Petr et al., 2014). Výkon je prováděn v celkové anestezii za přítomnosti anesteziologa, psychiatra, anesteziologické sestry. Během aplikace střídavého proudu dochází ke ztrátě vědomí, apnoe a objevují se tonicko-klonické křeče. Vedlejší účinky jsou nevolnost, bolesti hlavy, pocity slabosti, kardiovaskulární problémy. Nejmarkantnější jsou dočasné mnestické poruchy (Datto, 2010).

K indikaci elektrokonvulzivní terapie je třeba provedení laboratorních a speciálních vyšetření a souhlas pacienta (Zvolský et al., 1996a).

## 6.8.2 Psychofarmakoterapie

Velký zlom v léčbě schizofrenie představuje vývoj prvního antipsychotika, kterým byl *chlorpromazin* podávaný od roku 1952.

Základním pilířem je podávání antipsychotik, která se diferencují následovně (Orel, 2012):

### ➤ **Klasická antipsychotika**

- sedativní (bázální) antipsychotika (chlorpromazin, levomepromazin, thioridazin, zuclopenthixol, chlorprothixen)
- incisivní antipsychotika (flupentixol, flufenazin, haloperidol, perfenazin, prochlorperazin, melperon, trifluoperazin, cisklopenthixol, pimozid, fluspirilen, penfluridol)

### ➤ **Atypická antipsychotika** (risperidon, ziprasidon, olanzapin, quetiapin, clozapin, aripiprazol, amisulprid, zotepin, sertindol)

### ➤ **Depotní antipsychotika** (haloperidol dekanóát, zuclopenthixol dekanóát, flupentixol dekanóát, risperidon, fluspirilen, flufenazin dekanóát, oxyprotepin dekanóát, olanzapinum).

Antipsychotika způsobují blokádu dopaminových receptorů, čímž ovlivňují psychotické příznaky. V minulosti byla antipsychotika označována jako neuroleptika. Prvním vyvinutým antipsychotikem byl chlorpromazin, původně vyvinutý pro anesteziologické účely v roce 1952 (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010 in Talandová, 2017).

Depotní forma antipsychotik je určena především pro nemocné, u nichž si nemůžeme být jisti, že užívají pravidelně antipsychotika perorální. Depotní medikament se postupně uvolňuje a účinkuje 1 – 4 týdny (Orel et al., 2012 in Talandová, 2017).

Cílem léčby schizofrenie je zvládnout akutní průběh nemoci, zabránit relapsu a rozvoji negativních příznaků nemoci. Antipsychotika se podávají dlouhodobě, minimálně po dobu jednoho roku. Je několik lékových forem antipsychotik (tablety, injekce, kapky) a rovněž více způsobů podání (perorální a injekční). Účinnost podávaného antipsychotika by se měla hodnotit po 4 - 6 týdnech užívání. Jednotlivá antipsychotika účinkují individuálně (Orel et al., 2012).

### ***Nežádoucí účinky antipsychotik***

Antipsychotika nepůsobí okamžitě, k plnému rozvoji účinku daného léku dochází po několika dnech až týdnech. Lékaři se snaží medikovat psychofarmaka s minimem nežádoucích účinků, které mohou být následující (Marková et al., 2006):

- Časné extrapyramidové příznaky:
  - akatizie – neschopnost zůstat v klidu, nemocný působí tenzně, stále přešlapuje a popochází,
  - parkinsonoid – třes, snížení hybnosti, svalová ztuhlost, akutní dystonie – mimovolní kontrakce svalů v šíjové, obličejové oblasti.
- Pozdní extrapyramidové příznaky:
  - tardivní dyskinezy – opakované, mimovolní pohyby jazyka, mimických svalů obličeje,
  - tardivní dystonie – mimovolní, pomalé, bolestivé stahy svalů.
- Metabolické nežádoucí účinky - často se vyskytují v rámci metabolického syndromu (klinické a laboratorní abnormality, inzulínová rezistence, hypertenze aj.), u schizofrenních pacientů je výskyt s tímto syndromem dáván do souvislosti s psychofarmakoterapií.
- Nárůst hmotnosti.
- Narušení glukózového metabolismu - diabetes, porucha glukózové tolerance, zvýšení glykemie nalačno.
- Dyslipidemie – zvýšená hladina lipidů.
- Hyperprolaktimie – zvýšená hladina prolaktinu.

Velice závažnou komplikaci představuje *maligní neuroleptický syndrom* (MNS), který je charakterizován poruchou vědomí, svalovou rigiditou, svalovým třesem, horečkami, dehydratací, křečemi, tachykardií, změnami krevního tlaku apod. Rozvíjí se během jednoho až tří dnů. Léčba vyžaduje urgentní zásah lékaře a hospitalizaci na jednotce intenzivní péče (Orel et al., 2012 in Talandová, 2017).

Relativně novější metodou je transkraniální magnetická stimulace (TMS), která využívá působení magnetického pole na narušené neuronální okruhy. Homan, Dierks, Kindler & Hubl (2015, in Hosáková, 2016) uvádějí, že provádět transkraniální magnetickou stimulaci je vhodné pouze u osob s vysokou neuronální aktivitou v určitém regionu mozku.

### **Hospitalizace**

Hospitalizace je nutná v případě akutních psychotických příznaků, slouží k diferenciální diagnostice a zároveň k nastavení léčby antipsychotiky. Hospitalizace může být dobrovolná a nedobrovolná (Zvolský et al, 1996a).

K nedobrovolné hospitalizaci se přistupuje v případech, kdy hrozí ohrožení jak pacienta, tak jeho okolí. Indikace k nedobrovolné hospitalizaci je vymezena §38 zákona o zdravotních službách. Převzetí a držení občana v léčebném ústavu bez jeho souhlasu upravují tři právní normy: Listina základních práv a svobod, zákon o zdravotních službách a občanský soudní řád (Raboch et al., 2013).

### **6.8.3 Psychoterapie**

Ačkoliv existuje možnost moderní farmakologické léčby schizofrenie, ukazuje se, že pouze farmakoterapie nepředstavuje jednoznačné řešení a problém schizofrenního onemocnění nedokáže vyřešit. Stále je mnoho pacientů, u nichž jsou symptomy špatně ovlivnitelné, trpí kognitivními deficity, častými relapsy onemocnění, selhávají v sociálních rolích, nemají dostatečně vyvinutý repertoár sociálních dovedností apod. Na tyto okruhy problémů u schizofrenních pacientů se zaměřuje psychoterapie (Pěč, 2009).

Na zmíněné okruhy problémů se zaměřují psychoterapie a psychosociální intervence, které usilují především o posílení vnitřních zdrojů každého jedince tak, aby zvládl adaptaci v rámci prostředí a dokázal co nejvíce odolávat stresorům. Jedná se především o značně zranitelné jedince (Hoskovcová, 2009).

S psychoterapií se začíná po odeznění akutních příznaků onemocnění. Je třeba zmínit, že psychoterapie schizofrenních pacientů se liší od psychoterapie zdravých jedinců nebo jinak diagnostikovaných. V souvislosti s psychoterapií hovoříme o individuální psychoterapii, skupinové psychoterapii, kognitivně-behaviorální psychoterapii, rodinné psychoterapii a psychoedukaci (Raboch et al., 2013).

Psychoterapie je zde reprezentována mnohými formami a přístupy. V rámci dělení je možné tyto formy a přístupy rozčlenit na dvě skupiny a to na základě očekávaných výstupů a kritérií hodnocení účinnosti. První skupinu představuje psychoterapie *orientovaná na výsledek* (outcome oriented), která si klade za cíl ovlivnit symptomy a kam patří kognitivně behaviorální přístupy a druhou skupinu tvoří psychoterapie *orientovaná na proces* (proces oriented), tedy cílená na posílení ega, proces zpracování informací apod. Tuto skupiny reprezentují přístupy psychodynamické, podpůrné nebo kognitivní rehabilitace (Messer, 2002).

Řada studií ukazuje, že podpůrná dlouhodobá psychoanalytická psychoterapie nese dobré výsledky a jeví se jako účinná metoda (Alanen, 1997; Cullberg, 2000; Fenton, McGlashan, 1987; Fenton, 2000; LeFevre, Morrison, 1997; Volkan, 1990; Volkan, 1995 in Vybíral & Roubal, 2010).

Další používaný směr psychoterapie představuje kognitivně behaviorální terapie (KBT). Ve srovnání s psychoanalytickým přístupem není jejím cílem věnovat se egu člověka, ale klade důraz na techniky a strukturované programy zaměřené na redukci konkrétních symptomů nebo zlepšení v určité oblasti symptomů (Haddock & Spaulding, 2011 in Hosáková, 2016).

Další léčebné programy zajišťují denní stacionáře pro pacienty s psychózou, ambulance, podpora v bydlení, podpora v rámci zaměstnání, svépomocné skupiny, centra denních aktivit aj. (Höschl et al., 2002).

## 7 KVALITA ŽIVOTA JEDINCŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V posledních desetiletích se zvýšil zájem o kvalitu života duševně nemocných jedinců a především jedinců se schizofrenií. Kvalita života takto nemocných je dáváno do kontextu s komunitní psychiatrií.

### 7.1 Kvalita života

V současné době se ve všech oblastech setkáváme s termínem kvalita života (quality of life, QOL). Tento pojem se stal součástí diskuzí mezi laickou veřejností a rovněž v odborných kruzích. Koncept byl původně politologický a ekonomický. Ale postupem času získal své místo ve společenských vědách, lékařství, ošetrovatelství nebo pedagogice. V literatuře je uváděno mnoho definic kvality života. V podstatě se jedná o důsledek interakce sociálních, zdravotních, ekonomických a environmentálních podmínek, což v důsledku ovlivňuje lidský rozvoj. V souvislosti s kvalitou života se často také setkáváme s pojmy jako sociální pohoda (social well-being), sociální blahobyt (social welfare) a lidský rozvoj (human development). Tyto pojmy jsou často používány jako ekvivalentní či analogické termíny (Payne et al., 2005).

Křivohlavý (2002) nabízí různé pohledy na vymezování kvality života a definice termínu shrnuje do několika kategorií. Kvalitu života lze definovat například ztotožněním se subjektivně pocíťovaným zdravím nebo spokojeností. S vnímáním spokojenosti v životě úzce souvisí kvalita života. Další úhel pohledu představuje kvalita života vnímaná souladem mezi přáními a očekáváním, naplňováním potřeb a reálnými možnostmi jedince. Kvalitu života je možné také vymezit výčtem oblastí života jedince, kterých se pojem týká. Kvalita života je to, jak každý jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve který žije, a ve vztahu k jeho cílům, stylu života, zájmům a očekáváním (Payne et al., 2005).

Světová zdravotnická organizace (WHO, 1992) definuje kvalitu života jako individuální vnímání postavení jedince v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, normám a obavám.



Browne et al. (1996) shrnuli názor několika autorů a konstatovali, že klinické hodnocení kvality života získané ze zpráv psychiatrických pacientů je žádoucí, jelikož sebereflexe může být ovlivněna přetrvávajícími psychotickými symptomy, názory a hodnotami těchto pacientů a přizpůsobením se nepříznivým okolnostem.

Lehman (1983) zastává tvrzení, že je skutečně možné shromáždit spolehlivé údaje o kvalitě života u schizofrenních pacientů a dospěl k závěru, že subjektivní hodnocení lze u těchto pacientů aplikovat.

## **7.2 Úroveň kvality života jedinců se schizofrenií**

Na základě srovnání mnohých studií týkajících se kvality života duševně nemocných osob, především jedinců se schizofrenií, je možné konstatovat následující závěry (Bobes et al., 2005):

- Kvalita života u schizofrenních pacientů je horší než u obyčejné populace a ostatních fyzicky nemocných pacientů.
- Mladí lidé, ženy, manželé a jedinci s nízkou úrovní vzdělání hlásí lepší kvalitu života.
- Délka onemocnění souvisí s vnímáním kvality života. Čím delší je délka onemocnění, tím horší je kvalita života.
- Psychopatologie, zejména negativní a depresivní syndromy, negativně koreluje s kvalitou života u schizofrenních pacientů.
- Kombinace vhodné psychofarmakologické léčby a psychoterapeutické léčby zlepšuje kvalitu života jedinců.
- Výrazný vliv na kvalitu života osob se schizofrenií má míra vedlejších účinků medikamentů.
- Jedinci integrovaní do programů komunitní péče prokazují lepší kvalitu života než ti, kteří jsou institucionalizováni.

Měření kvality života je založeno na principu uplatňování lékařské péče a intervencí s přihlédnutím k právu pacientů na autonomii, které nutně zahrnují jejich názor během diagnostického hodnocení a rovněž při formulování plánu péče. Nicméně stále existují pochybnosti o tom, zda pacienti se schizofrenií jsou schopni sebehodnocení své kvality

života kvůli jejich kognitivním deficitům a nedostatku informací o jejich nemoci (Bobes et al., 2005).

Schizofrenie představuje mnohostranné chronické onemocnění, které představuje zátěž pro nemocného jedince, pro rodinu a okolí a snižuje tak celkovou kvalitu života všech zúčastněných. Tradiční psychiatrická péče se ukázala jako nedostačující pro poskytování komplexní péče o jedince se schizofrenií (Nabil, 2014).

### **7.3 Kvalita života a antipsychotika**

Větší zájem o posouzení kvality života schizofrenních pacientů podpořil vývoj atypických antipsychotických léků s různými terapeutickými a vedlejšími účinky (aripiprazol, klozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon, ziprasidon). Corrigan et al. (2003). Hovoří o tom, že zjištění k danému tématu jsou protichůdná. Pouze polovina studií prokázala, že v porovnání s atypickými antipsychotiky ta atypická zvyšují kvalitu života pacientů se schizofrenním onemocněním. Zároveň udává, že nekonzistence výsledků může být způsobena použitými nástroji.

V souvislosti s antipsychotickou léčbou byly publikovány tři srovnávací studie (Ritsner et al., 2004; Haro et al., 2005; Kilian et al., 2004), které porovnávají kvalitu života schizofrenních pacientů, který užívají klasická antipsychotika s těmi, kteří užívají antipsychotika atypická. Dvě z nich naznačují, že atypická antipsychotika mají několik výhod oproti antipsychotikům klasickým v souvislosti se subjektivně vnímanou kvalitou života schizofrenních pacientů.

Ritsner et al. provedl studii, kde se zaměřil na spektrum negativních vedlejších účinků v souvislosti s kvalitou života. Z jeho závěrů vyplývá, že jedinci užívající medikamenty s obsáhlým spektrem vedlejších účinnů vykazují signifikantně nižší spokojenost ve srovnání s pacienty, kteří užívají léky s minimálním spektrem negativních vedlejších účinků. Zároveň ve studii definoval nejvýznamnější negativní vedlejší účinky: poruchy spánku, únava, tachykardie, třes, sexuální dysfunkce, bolest hlavy, polyurie, závratě, hypertenze/hypotenze, dyskinetické pohyby a zácpa/průjem.

Další studie (Allison et al., 2003; Strassnig et al., 2003) hodnotily dopad hmotnostního přírůstku jako negativního vedlejšího účinky antipsychotické léčby na kvalitu života. Obě studie prokázaly, že hmotnostní přírůstek zhoršuje kvalitu života nemocného jedince.

Ačkoliv atypická antipsychotika prokázala širší profil účinnosti a lepší tolerovatelnost než klasická antipsychotika, výsledky týkající se jejich většího vlivu na kvalitu života schizofrenních jedinců jsou v současné době kontroverzní. Dopad extrapyramidových symptomů na kvalitu života pacientů se schizofrenií zůstává stále nejasný. Zato negativní vedlejší účinky jako je přírůstek hmotnosti a sexuální dysfunkce, se ukázaly být negativně spojovány s vnímáním kvality života (Katschnig et al., 2005).

#### **7.4 Kvalita života a asertivní komunitní péče**

Asertivní komunitní týmy se snaží zmírnit (případně odstranit) příznaky duševního onemocnění u každého jedince. Další snahou je minimalizovat či zabránit opakujícím se relapsům onemocnění. Významným prvkem je snaha zlepšit celkovou kvalitu života pacientů, jejich fungování v rámci sociálních a profesních rolí a zvýšit schopnost jedince žít nezávisle (Assertive Community Treatment, nedat.).

Charakteristický znak asertivního přístupu představuje sdílení péče o nemocné jedince celým týmem a společné cílení na zlepšení kvality života duševně nemocného jedince. Typické jsou četné kontakty s pacienty. Tým proaktivně vyhledává nemocné jedince v jejich přirozeném prostředí a asertivně kontaktuje ty, kteří obtížně spolupracují v rámci léčby (Lehman et al., 2004 in Probstová & Pěč, 2014)

Se službami asertivní komunitní péče souvisí též nácvik sociálních dovedností a psychoedukace.

##### **Sociální dovednosti**

Pro osoby se schizofrenií je důležité obstat v mezilidských vztazích s vyloučením stresových situací. To může umožnit nácvik sociálních dovedností, které usnadňují mezilidskou komunikaci a mezi které patří například konverzace, asertivní komunikace, dovednost o něco požádat nebo naopak odmítnout. (Bankovská Motlová & Španiel, 2006). Bobes et al. (2001) ve své studii udává, že osvojení si určitých sociálních dovedností má výrazný vliv na kvalitu života osob se schizofrenií.

Nácvik sociálních dovedností představuje určitou formu léčby schizofrenie. U nemocných jedinců je rovněž podstatné fungování kognitivních funkcí, kterými jsou paměť, pozornost, schopnost plánovat, umění řešit konstruktivně problémy a schopnost reagovat (Bankovská Motlová & Španiel, 2006).

Sociální dovednosti reprezentují využití sociálních faktorů při léčbě schizofrenie. Snaží se o zlepšení sociální situace a zamezení dlouhodobého pobytu v psychiatrických zařízeních. Dlouhodobá a častá hospitalizace ohrožuje duševně nemocného jedince nedostatkem stimulačních podnětů. Struktura sociálních vztahů nemocných jedinců s personálem psychiatrické nemocnice se vyznačuje sociální vzdáleností a omezenou komunikací, což může mít za následek zhoršení psychického stavu nemocného jedince. Tím dochází k rozvoji hospitalismu, druhotné sociální újmy, která se projevuje zhoršenou sociální adaptací (Praško et al., 2003).

Hospitalismus (též uváděno pod pojmem psychická deprivace) představuje skupinu negativních příznaků, které se vyvíjejí vlivem dlouhodobého pobytu v nemocnici a souvisejí s odloučením jedince od rodiny a okolí. Typickými příznaky jsou anhedonie, apatie, nechutenství, nezáměr, povadlost aj. (Langmeier & Matějček, 2011).

### **Psychoedukace**

V souvislosti s kvalitou života hraje svoji roli rovněž psychoedukace. Subjektivní nahlížení na vlastní onemocnění má výrazný vliv na kvalitu života (Naber et al., 2001).

Psychoedukace je prostředek k zajištění dlouhodobé spolupráce s pacientem. Cílem je nemocného jedince v maximální míře informovat o povaze jeho onemocnění a léčebných opatřeních. Je podstatné, aby pacient alespoň zčásti porozuměl tomu, co se s ním děje a z jakého důvodu tak je (Marková et al., 2006).

Psychoedukace představuje nezbytnou součást terapie a spolupráce s nemocnými jedinci a jejich okolím. Psychoedukace představuje snahu pracovníka poučit pacienta o povaze jeho onemocnění, léčebných opatřeních a zákroců. Je třeba ho naučit porozumět tomu, co se s ním děje a proč tomu tak je a vést ho k důvěře, že své prožitky, obavy a nejistoty bude snášet lépe, pokud se nebude bát je sdělovat a hovořit o nich (Raboch & Zvolský, 2001).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 8 METODOLOGIE

V následujících kapitolách popisuji metodologický rámec. Zaměřuji se na definování cíle předkládané práce a výzkumné otázky. Blíže identifikuji metodu sběru dat, výzkumný soubor, časový harmonogram výzkumu a etické aspekty tohoto výzkumu. Seznamuji rovněž s pracovišti, v rámci kterých probíhal výzkum.

### 8.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu představuje explicitní záměr výzkumníka shromáždit data takovým způsobem, aby byl schopen odpovědět na danou výzkumnou otázku (Hendl, 2016). Vzhledem k malé probádanosti tématu komunitní terénní péče u osob s vážným duševním onemocněním v České republice je můj výzkum explorativního charakteru.

Cílem mojí práce je zjistit, zda a jaký je vliv čerpání komunitní terénní péče na kvalitu života u osob se schizofrenií a lépe porozumět individuálnímu vnímání vlivu spolupráce s terénním týmem na život jedince. Předmětem zkoumání je osobní subjektivní zkušenost každého jedince s duševním onemocněním a jeho vnímání spolupráce s terénními službami. Výzkum se ptá, jak ovlivňuje život a každodenní činnosti nemocných možnost využívat komunitní péči. Účelem je rovněž porozumět vývoji jedince s duševním onemocněním, jak jej vnímá a prožívá. Dílčí otázky směřovaly k tematickým okruhům prožívání současného života a spokojenosti se současným životem a zkušenosti se terénními službami. Na základě informací, které jsou uvedeny v teoretické části, vyplývá zřetelný dopad na kvalitu života osob se schizofrenií. Cíl výzkumu úzce souvisí s mojí bakalářskou prací a magisterskou prací, na které navazuje.

Strauss a Corbin (1999, 25) hovoří o tom, že „*původní výzkumná otázka je pro badatele směrnici, která jej vede přímo k prozkoumání určité situace, místa konání události, dokumentů, aktérů nebo zpovídaných informátorů.*“

Miovský (2006) hovoří o tom, že výzkumná otázka v případě kvalitativního výzkumu představuje ekvivalent hypotézy u výzkumu kvantitativního. Zatímco hypotézy se ale testují, na výzkumné otázky u kvalitativního výzkumu se odpovídá, protože žádné hypotézy testovat kvalitativními metodami nelze. Výzkumná otázka musí být položena jasně a jsou na ni kladeny podobné nároky jako na hypotézu.

*„Od hypotézy se otázka liší pouze v jednom, zato však podstatném znaku. Hypotézu nelze v průběhu výzkumu měnit, výzkumnou otázku však změnit můžeme, a někdy dokonce musíme“ (Miovský, 2006, 88).*

Cílem tohoto výzkumu je tedy skrze subjektivní zkušenost jedince s komunitní péčí zjistit dopad poskytování této péče na kvalitu života osob se schizofrenií. Výzkumná otázka tak byla stanovena následovně:

**Jak vnímá jedinec se schizofrenií vliv spolupráce s komunitními službami na kvalitu života?**

## **8.2 Metoda výzkumu**

V psychologickém bádání můžeme rozlišovat dvě základní paradigmaty, kterými jsou kvalitativní a kvantitativní přístup. Vzhledem k citlivosti tématu a nízkému počtu respondentů jsem se rozhodla pro kvalitativní výzkumnou strategii.

Creswell (1998, 12 in Hendl, 2016, 45) definuje kvalitativní výzkum takto:

*„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“*

Hendl (2016) hovoří o tom, že kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem, či situací jedince (popř. skupiny jedinců). Metody k získávání dat jsou relativně málo standardizované. Hlavní nástroj představuje sám výzkumník. Nevýhodou představuje časová náročnost sběru dat, snadná ovlivnitelnost výsledků výzkumníkem a v neposlední řadě také fakt, že získané výsledky nemusí být zobecnitelné na ostatní skupiny.

Ferjenčík (2010) vyjadřuje rozdíl mezi kvalitativním a kvantitativním přístupem dvěma filozofickými proudy, kterými jsou pozitivismus a fenomenologie. Zatímco pozitivismus jasně nabádá ke kvantifikaci a manipulaci s předmětem výzkumu, fenomenologie navrhuje, aby výzkumník nechal jev sám, aby se sám odhalil ve své plné šíři a hloubce. Úkolem výzkumníka je zde daný objekt pozorovat ze všech možných úhlů a perspektiv, nikoliv na něj přímo působit a měnit ho v rámci výzkumu.

Dle Miovskeho (2006, s. 17) je „*kvalitativní přístup v psychologických vědách přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“

Disman (2002) hovoří o tom, že kvalitativní výzkum je orientovaný holisticky, což znamená, že člověk, skupina, jejich produkty, případně nějaká událost jsou zkoumány v rámci možností v celé své šíři a všech možných rozměrech. Nedílnou součástí je pojmout tyto rozměry integrovaně, tedy v jejich vzájemné návaznosti a souvislostech. Kvalitativní výzkum má tři hlavní složky. První složku představují údaje (rozhovor, pozorování). Druhou složku tvoří různé analytické anebo interpretační postupy, které obsahují techniky konceptualizace údajů (kódování), díky nichž se dochází k závěrům nebo teoriím. Třetí složkou jsou písemné a ústní výzkumné zprávy (Strauss & Corbinová, 1999).

### **8.3 Výzkumný design - Interpretativní fenomenologická analýza**

Vzhledem k cíli práce byl kvalitativní výzkum realizován z perspektivy interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Záměrem interpretativní fenomenologické analýzy je porozumět individuální žité zkušenosti člověka a skrze tuto zkušenost porozumět danému fenoménu (Smith et al., 1999).

*„Podnětem pro vznik byla potřeba fenomenologického přístupu, který umožní podrobnou exploraci subjektivní zkušenosti a zároveň bude přístupný výzkumníkům, kteří nemají hluboké filozofické znalosti“* (Willig in Řiháček at. al., 2013, 9). Zmiňovaná metoda je doporučována jako velmi vhodná v případech, kdy účastníky výzkumu je neobvyklá skupina osob či teoreticky neprozkoumaná oblast. Interpretativní fenomenologická metoda nám pomáhá detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo fenoménu (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Interpretativní fenomenologická analýza představuje původní psychologický kvalitativní přístup k datům, jenž je rozvíjen od 90. let 20. století Jonathanem A. Smithem. Počátky metody jsou spojeny s psychologií zdraví, nicméně v současnosti je aplikována na různá výzkumná témata z oblasti psychoterapie, klinické psychologie apod. (Smith, 2010).

Ve výzkumu za použití IPA jsou snahy výzkumníka o porozumění vztahu ostatních lidí ke světu nezbytně interpretativní a zaměřují se na jejich snahy vytvářet smysl v jejich aktivitách a ve věcech, které se jim dějí (Smith et al., 2009). IPA vychází zásadně ze tří



myšlenkových směrů, které určují její způsob myšlení a práce. Tyto směry definují tři klíčové oblasti filosofie poznání: **fenomenologie, hermeneutika a idiografie** (Shaw, 2001). Fenomenologická perspektiva IPA směřuje k jevu samotnému, který se snaží zaznamenat v co nejméně zkreslené podobě. Každý fenomén je však přístupný pouze skrze proces interpretace a nikdy se nelze zcela vyhnout vlastnímu subjektivnímu porozumění o jeho povaze (Kostínková, & Čermák, 2013).

Fenomenologie je filosofická studie „Bytí“. Často je chápána tak, že má dvě významné historické fáze: transcendentální a hermeneutická nebo existenciální. Transcendentální fenomenologie, jejímž zakladatelem je Husserl, usiluje o identifikaci základních jádrových struktur dané zkušenosti. *„Výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přikládá. Výzkumník analyzuje získaná data, aby zachytil esenci prožité zkušenosti. V rámci fenomenologické studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků. Výsledkem je text, který „zní pravdivě“ pro toho, kdo měl danou zkušenost s daným fenoménem, a poskytuje vhled pro toho, kdo ji neměl.“* (Hendl, 2008, 126).

Hermeneutika zastává přístup vzhledem k procesu utváření smyslu a významu jak ze strany respondenta, který zpracovává a transformuje své prožitky, tak ze strany zpracovatele.

Idiografie klade důraz na případ – předmětem výzkumu je zkušenost, prožívání a životní svět jedince. Prožívá životního světa každého jedince je jedinečné. Přejíždí od jedinečného k obecnějším tvrzením (Larkin & Thompson, 2011).

Podobně jako u jiných kvalitativních přístupů se IPA spíše stará o smysl a procesy než o události a příčiny.

Primárním zájmem výzkumníka uplatňujícího přístup IPA je získání bohatých, podrobných a prvotřídních informací o zkoumaných zkušenostech a jevech. Polostrukturované, hloubkové a individuální rozhovory jsou nejoblíbenějším způsobem k dosažení tohoto cíle, i když lze využít i jiné alternativy sběru dat (např. deníky, dopisy, fokusové skupiny apod.). Polostrukturovaný rozhovor umožňuje výzkumníkovi a účastníkovi zapojit se do dialogu v reálném čase (Pietkiewitz, Smith, 2014).

Metoda IPA se především plně projevuje ve fázi zpracování dat, v jejich analýze a interpretaci (Smith et al., 2009).

Hlavní výzkumná otázka v souvislosti s IPA obvykle nevychází ze studia odborné literatury k danému tématu (Smith & Osborn, 2003) i když teorie může pomoci

identifikovat téma, které dosud nebylo vůbec zkoumáno a tím tak může přinést důležité informace o budoucích respondentech výzkumu (Smith et al., 2009).

Výzkumná otázka je v IPA zaměřena především fenomenologicky, tedy na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu. Měla by explorovat, nikoliv objasňovat. Z toho důvodu se spíše zaměřuje na proces než na výsledek a spíše na význam než na konkrétní příčiny a důsledky událostí (Kostínová & Čermák, 2013).

#### 8.4 Výzkumný soubor

Výzkum byl proveden v rámci Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET a zapsaného spolku ESET-HELP. Pro zařazení do výzkumu byla stanovena následující kritéria:

- Spolupráce s terénní psychiatrickou (na pozici case managera) v rámci Komunitního terénního týmu.
- Diagnostické kritérium – F20.0 – F20.9 dle MKN-10.
- Stabilní zdravotní stav (duševní a somatický) v době realizace výzkumu (současná remise onemocnění).
- Minimální věk respondenta 18 let.
- Podepsaný souhlas se zpracováním osobních údajů, podepsaný souhlas k nahlížení do dokumentace v rámci organizací ESET a ESET-Help.

Jako metodu výběru zkoumaného souboru jsem zvolila *záměrný výběr*, který je charakteristický pro kvalitativní výzkum, neboť vyhledáváme vhodné respondenty na základě našeho záměru (např. zástupce extrémních poloh, reprezentanty a „prototypy“). Výběr je však vždy nutno argumentovat a zdůvodnit. (Miovský, 2006). Hendl (1999, in Miovský, 2006) Důležitou zásadou výběru respondentů dle IPA je homogenita vzorku vzhledem k danému zkoumanému fenoménu. Při stanovování kritérií výběru jsem zvolila pro dosažení dostatečné homogenity vzorku diagnostické kritérium schizofrenie dle MKN-10. Při stanovování kritérií jsem vycházela z již realizovaných výzkumů v souvislosti s psychotickým onemocněním, které jsou převážně vymežovány zmíněnými kritérii (Lysaker & Roe, 2014; Walsh et al., 2016).

V rámci předkládaného výzkumu se jedná o pacienty, se kterými spolupracuji jako klíčový pracovník (case manager) v rámci komunitního terénního týmu.

Jako case manager aktuálně spolupracuji s 24 pacienty. Po velmi důkladném a pečlivém posouzení shody se zadanými kritérii jsem oslovila 13 pacientů, kteří tato kritéria splňovali (pět pacientů nemělo podepsaný souhlas, jedná se o anonymní pacienty; dva pacienti byli v době výzkumu hospitalizováni, pět pacientů bylo zhoršených z psychiatrického hlediska). Se zapojením do výzkumu souhlasilo osm pacientů. Z psychiatrického hlediska se jedná o kompenzované pacienty, psychotický proces je aktuálně v remisi.

Všem dotazovaných respondentům byla zaručena anonymita v rámci provedeného výzkumu. U všech pacientů byla změněna křestní jména na jména fiktivní.

*Tabulka 7: Charakteristika výzkumného souboru*

<b>Jméno</b>	<b>Věk</b>	<b>Diagnóza</b>	<b>Počet hospitalizací</b>	<b>Vzdělání</b>	<b>Spolupráce s KTT (v měsících)</b>
Alžběta	38	F 20.0	11	ZŠ	7
Ema	33	F 20.0	4	SŠ	5
Barbora	31	F 20.0	19	SŠ	20
Julie	57	F 20.0	6	SOU	20
Tereza	41	F 20.1	6	OU	18
Vladimír	29	F 20.0	8	VŠ	9
Bořivoj	51	F 20.5	9	SŠ	20
Martin	39	F 20.0	4	SŠ	20

Práce navazuje na výzkumy Talandové (2015, 2017) prezentované v bakalářské a magisterské diplomové práci. Cílem prací bylo přiblížit problematiku schizofrenie a zmapovat její dopad na zvládání problémů každodenního života. Bakalářská diplomová práce Talandové (2015) blíže specifikuje pozici terénní psychiatrické sestry a její roli v péči o duševně nemocné. Magisterská diplomová práce Talandové (2017) přibližuje

problematiku asertivní komunitní péče mapuje spolupráci s pacienty z hlediska preference sociálního pracovníka či psychiatrické sestry. Dále se ptá, do jaké míry je efektivní a využívaná krizová intervence v době víkendu.

Někteří z respondentů vybraných pro tento výzkum se účastnili předchozího výzkumu prezentovaného v magisterské diplomové práci.

## **8.5 Reflexe výzkumníka**

Smith et al. (2009) zmiňuje, že ke zvýšení kvality výzkumu v IPA přispívá reflexe výzkumníkovi osobní zkušenosti a motivace pro práci s daným tématem, jakožto podstatných součástí analytického procesu. Reflexe napomáhá uzávorkování (bracketing) prekonceptů výzkumníka, tedy jeho předsudků či předpokladů o povaze zkoumaného fenoménu a přibližuje se tak uchopení zkoumaného jevu v jeho původní podobě. Reflexe zároveň slouží k zajištění validity (Kostínková & Čermák, 2013). Proto na tomto místě předkládám svoji reflexi vztahu k tématu.

S lidmi s vážným duševním onemocněním jsem se setkala poprvé v roce 2001 po ukončení střední školy, kdy jsem nastoupila brigádně do krizového centra. Klienty centra byli především a z většiny lidé závislí na návykových látkách, ale občas se do služeb instituce dostal rovněž jedinec s vážným duševním onemocněním. Nedlouho po této zkušenosti následovala další. Po prázdninách jsem začala jsem studovat obor psychiatrická sestra. V rámci dálkového studia výuka probíhala v Psychiatrické nemocnici v Bohnicích, kde jsem se první den při vstupu do areálu „natrefila“ na skupinku pacientů. Vzhledem k tomu, že k prvnímu setkání s tímto fenoménem došlo již před mnoha lety, nedokážu si již zcela přesně vybavit pocity a myšlenky s tím byly spojeny. Ale zpětně vím, že v tu chvíli jsem prožívala pocity spojené s vnímáním zcela jiného světa. V tu chvíli jsem se se vrátila na vstupní bránu, ale po chvíli jsem vstoupila zpět do areálu a v podstatě areál již „neopustila.“ S pacienty s psychotickým onemocněním od té doby spolupracuji. Setkávání s lidmi, kterým byla diagnostikována porucha schizofrenního spektra, mě vedlo k nárůstu zájmu o jejich individuální prožívání, vnímání a zkušenosti.

## 8.6 Metoda získávání dat

V kvalitativním přístupu označujeme proces získávání dat termínem „tvorba“ dat. (Miovský, 2006).

*„Strategie a metody získávání kvalitativních dat v psychologickém výzkumu často korespondují s tzv. klinickými psychologickými metodami, tedy metodami, které v psychologii známe a používáme prakticky v rámci všech oblastí pomoci člověku. Metody pozorování a rozhovoru (interview) patří současně do základní výbavy každého psychologa“* (Miovský, 2006, 141).

Hlavní metodou sběru dat byl v souladu s doporučením IPA zvolen polostrukturovaný rozhovor. Ten umožňuje přizpůsobit znění otázek tomu, co se v rámci rozhovoru ukáže jako důležité. Tím tak rozvíjí mezi respondentem a výzkumníkem autentický dialog (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). K realizaci jsem měla připraveno schéma rozhovoru. Konkrétní otázky se rozvíjeli v průběhu rozhovorů s ohledem na předchozí výpovědi respondentů.

Rozhovor představuje jednu z nejobtížnějších a současně nejvýhodnějších metod pro získávání kvalitativních dat. *„Z terminologického hlediska termínem interview označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie“* (Miovský, 2006, s. 156). Vedení rozhovoru představuje vědu a umění zároveň. Dle Hendla (2016) vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a rovněž disciplínu.

Disman (2002) hovoří o tom, že rozhovor je velmi náročná technika sběru dat. Jeho nevýhodu představuje málo přesvědčivá anonymita výzkumu, což může být problém pro respondenty.

Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější metodou interview, která představuje řešení nevýhod strukturovaného<sup>13</sup> a nestrukturovaného<sup>14</sup> interview. Polostrukturované (semistrukturované) interview vyžaduje náročnější technickou přípravu, kdy tazatel vytváří určité schéma, které se stává závazným. U polostrukturovaného rozhovoru máme jasně

---

<sup>13</sup> Strukturované interview – má pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a umožňuje minimální změny či úpravy. Pořadí a znění otázek je jasně fixované (Miovský, 2006).

<sup>14</sup> Nestrukturované interview – podobá se běžnému rozhovoru. Není dopředu vytvořený plán v podobě struktury, které je třeba se držet. Důraz je kladen na přirozenost konverzace (Miovský, 2006).

definováno „jádro interview“, které představuje minimum témat a otázek, které je třeba probrat (Miovský, 2006).

Jako doplňující metodu tvorby dat jsem využila pozorování. „*Pozorování patří spolu s rozhovorem mezi vůbec nejstarší metody získávání psychologických poznatků*“ (Miovský, 2006, 142).

Metoda pozorování neprošla v akademické psychologii tak výrazným vývojem, jak tomu u jiných používaných výzkumných metod (Miovský, 2006).

Ferjenčík (2010) hovoří o tom, že lidské pozorování je vždy selektivní a jedinec nikdy nepozoruje „vše“ kolem sebe. Zachytit a zaregistrovat všechny podněty v okolí pozorovatele není dost dobře možné.

Sběr dat se sestával z rozhovorů s respondenty. Nedílnou součástí bylo rovněž studium odborné dokumentace.

Rozhovory byly realizovány v přirozeném prostředí pacientů, nejčastěji v jejich domácím prostředí. V úvodu každého interview jsem si od respondentů vyžádala souhlas s tím, že si při rozhovoru mohu dělat písemné poznámky. Vzhledem k povaze onemocnění jsem nepožadovala žádné audionahrávky, příp. videonahrávky.

Všichni dotazovaní byli předem seznámeni s tím, že interview není časově omezeno a na případné odpovědi budou mít dostatečný čas, případně je možné rozhovor rozčlenit na několik setkání. Během interview bylo u některých pacientů patrné, že na určité dotazy jim činí určité potíže odpovídat a záměrně se jim snaží vyhýbat. Délka interview se odvíjela jednak od psychické pohody respondentů, jednak od bohatosti slovního projevu dotazovaných a jejich ochotě jít do hloubky tématu. Během rozhovorů jsem si dělala písemné poznámky. S maximální mírou jsem se snažila činit i poznámky související s pozorováním mimoverbálního projevu.

Veškeré rozhovory nakonec byly poskytnuty během dvou až třech setkání s dotazovanými. Každý z rozhovorů začínal otevřenou otázkou zkoumající motivaci participantů k zapojení do výzkumu. Otázky nebyly kladeny vždy ve stejném pořadí, nýbrž s ohledem na aktuální kontext rozhovoru. Pořadí otázek tak bylo v průběhu rozhovorů měněno.

Rozhovory s účastníky výzkumu se uskutečnily v průběhu měsíců července a srpna v roce 2017.

V souvislost se sběrem dat je třeba zmínit, že se všemi respondenty dlouhodobě spolupracuji jako terénní psychiatrická sestra a jsem s nimi v pravidelném kontaktu. Tento fakt výrazně podnítil ochotu pacientů zapojit se do výzkumu a ochotu poskytnout rozhovor. Z hlediska dlouhodobé spolupráce mohu s jistotou říci, že se mezi mnou a dotazovanými již vytvořilo pouto vzájemné důvěry. Což velmi ovlivnilo validitu získaných informací a odpovědí od dotazovaných.

Otázky k rozhovoru byly rozděleny do pěti skupin tak, aby korespondovaly s jednotlivými výzkumnými otázkami.

## 8.7 Metoda analýzy dat

Miovský (2006, s. 219) hovoří o tom, že analýza kvalitativních dat je považována za nejobtížnější fázi realizace výzkumu. *„K tomu výrazně přispívá velká míra volnosti výkladu jednotlivých metod, nízká standardizace dílčích postupů a obrovské množství možností, které nám skýtají jak jednotlivé metody, tak nepřeborné množství variant vzniklých jejich vzájemnou kombinací.“*

V rámci kvalitativní analýzy a interpretaci dat jde o systematické nenumerné organizování těchto dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, datové konfigurace, formy, kvality a vztahy (Hendl, 2016).

*„Kvalitativní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku“* (Hendl, 2016, s. 227).

V analýze bylo postupováno dle doporučení Smitha et al. (2009) a Kostínkové a Čermáka (2013). Cílem analýzy v IPA je identifikace témat, která zachycují podstatu samotného zkoumaného fenoménu (Willing, 2001). Samotné analýze předcházela podrobná reflexe výzkumníka, jeho zkušeností, předpokladů a vztahu k danému tématu. Analýzu dat jsem započala opakovaným čtením poznámek vedených k jednotlivým rozhovorům s cílem získat tzv. insider perspective, tedy pochopení co nejlépe vlastní perspektivy respondenta, jeho jedinečnosti a subjektivního pohledu na vlastní život (Kostínová & Čermák, 2013). U každého konkrétního jedince jsem se snažila vybavit taktéž atmosféru setkání, která rozhovor doprovázela a hlas jedince. Posléze jsem si začala činit kontraktní poznámky k textu. Všimla jsem si jazykových nápadností ve vyjadřování respondentů. Konkrétní části poznámek jsem si pročetla opakovaně a vracela se k nim, abych se tak dostala k podstatě sdělení participanta. Poznámky jsem formulovala v prvním pádě, což mi

umožnilo se více vcítit do každého jednotlivce. Rozhovory jsem analyzovala samostatně, s co největší otevřeností pro vynořující se nová témata a s úsilím zachovat idiografický přístup. Opakovaným pročitáním jsem se snažila definovat obecnější témata, která se prolínala napříč všemi rozhovory. Pro lepší orientaci jsem si názvy obecnějších témat přepsala na předem připravené kartičky, které jsem umístila pro přehlednost na zem. Zde jsem kartičky různě překupovala a barevně označovala až do chvíle, kdy se mi podařilo nalézt v nich smysl a identifikovat tak konkrétní témata nadřazená a podřazená.

## **8.8 Etické otázky a možná rizika během výzkumu**

Vzhledem k tématu předkládané práce bylo třeba etické stránce výzkumu věnovat velkou pozornost. Duševní onemocnění (schizofrenie především) nadále představují stigmatizované téma ve společnosti.

Rozhovory s účastníky výzkumu se uskutečnily v jejich domácím prostředí při zachování plné anonymity. Před započítím rozhovoru jsem každého pacienta ujistila o dobrovolnosti účastnit se výzkumu a samozřejmě ho seznámila s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit. Respondentům byl předložen souhlas se zpracováním osobních údajů při zaručení anonymity. Zároveň byli pacienti ujištěni z mé strany o závazku mlčenlivosti. Účastníci výzkumu byli informováni o zajištění anonymity a využití získaných dat. Anonymita byla zajištěna změnou všech osobních jmen. Dotazovaní souhlasili s tím, že je ale možné ponechat názvy organizací, s nimiž účastníci spolupracují. S participanty bylo dále ujednáno, že pro účely této práce lze využít doslovné citace a souhrny rozhovorů.

Někteří účastníci po ukončení rozhovorů vyjádřili radost z výzkumu a zkušenost reflektovali jako přínosnou a zajímavou. V rámci sebereflexe vyjadřovali pocit užitečnosti a důležitost.

Každému účastníkovi výzkumu jsem podrobněji vysvětlila, čeho se výzkum týká, nastínila jsem tematické okruhy, které budou předmětem rozhovoru. Zároveň jsem každého respondenta seznámila s tím, že je výhradně v jeho kompetenci, jaké dotazy zodpoví a jaké nikoliv.

Během výzkumu jsem se nesešla se žádnými problémy, obtížemi, či rizikovými situacemi. Nicméně riziko představovalo samotné onemocnění a s ním související symptomy. Během sběru dat jsem brala v úvahu možná rizika se strany pacientů, která



představuje bludná produkce zaměřená paranoidně, rovněž možný verbální či brachiální útok a abulie související s nemocí.

## **8.9 Charakteristika pracovišť**

Součástí předkládané práce je seznámení s pracovišti, v jejichž rámci probíhal sběr dat. Jsou jimi Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET, s. r. o. a organizace ESET-HELP, z. s. V rámci těchto pracovišť je poskytována komunitní péče. Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET, s. r. o. je zdravotnické zařízení, organizace ESET-HELP, z. s. je registrována jako sociální služba.

V rámci zmíněných pracovišť pracuji jako terénní psychiatrická sestra a jsem pracovníkem komunitního terénního týmu.

### ***Historie a poslání Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET***

Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET, s. r. o. (dále jen Klinika ESET) byla založena v roce 1995 se sídlem v Praze 10 – Strašnicích.

Klinika ESET se specializuje na léčbu širokého okruhu duševních onemocnění. Poskytuje integrovanou péči o lidi, kteří trpí duševní poruchou, příp. duševními obtížemi. V odborných týmech pracují kvalifikovaní odborníci – psychiatři, kliničtí psychologové, zdravotní sestry, terénní psychiatrické sestry, ergoterapeut.

Cílovou skupinu jsou dospělí lidé, děti a dospívající.

Klinika ESET poskytuje terapeutické programy, kterými jsou psychiatrické ambulance, psychologické ambulance, denní stacionáře s psychoterapeutickým programem, ambulantní péče dětského klinického psychologa, individuální psychoterapie, docházkové psychoterapeutické skupiny, rodinná a partnerská psychoterapie, skupinová a individuální relaxace, terénní činnost psychiatrických sester a psychoterapeutické pobyty.

Komplexní integrovaná péče je určena zejména pro jedince v těchto oblastech: psychózy, neurózy, osobnostní poruchy, deprese, stavy poškození mozku, závislosti a psychické poruchy u dětí a mládeže.

### ***Historie a poslání organizace ESET-HELP***

Vznik organizace v roce 1995 iniciovali pracovníci Kliniky ESET, kteří postrádali při zdravotní péči o dlouhodobě duševně nemocné sociální služby, které by se zabývaly rehabilitací, resocializací a reintegrací duševně nemocných do společnosti.

Posláním organizace je rozvoj a péče o duševní zdraví. Jednotlivé programy navazují a úzce se prolínají se zdravotnickou péčí, která je poskytována Klinikou ESET. Rozšiřují tak tuto péči o nabídku služeb z oblasti rehabilitace, resocializace, sociálního a právního poradenství.

Aktuálně organizace poskytuje následující služby: služby zaměstnávání, chráněné bydlení, centrum denních aktivit, komunitní terénní tým.

Od samého počátku rozšiřuje své služby a služby stávající se snaží maximálně zkvalitňovat.

### **Komunitní terénní tým**

V souvislosti s tématem práce bych rozvedla více činnost terénního týmu určeného především pro pacienty s psychotickým onemocněním. Vznik komunitního terénního týmu je datován k 1. lednu 2016.

Komunitní terénní tým představuje multidisciplinární tým specializovaný na podporu lidem se závažným duševním onemocněním, především pak s onemocněním z okruhu psychóz. Jeho posláním je přispívat ke stabilizaci a zlepšení somatického a mentálního zdravotního stavu pacientů, podporovat jejich samostatnost a kompetence při řešení každodenních situací s důrazem na rozvoj dovedností. Cílem je zapojení pacientů do procesu léčby a rehabilitace. Spolupráce probíhá často v kooperaci s rodinou a okolím pacienta. Cílovou skupinu tvoří dospělí jedinci s místem bydliště vymezených regionů, kterými jsou MČ Praha 10, Praha 11 a Praha 15. Z diagnostického kritéria je služba primárně určena jedincům s diagnózou z okruhu psychotických onemocnění (F2). Dále jsou indikováni ke službě jedinci se závažnou afektivní poruchou (F3), event. se závažným neurotickým onemocněním (F4), příp. se závažnou poruchou osobnosti (F6) a to včetně tzv. duálních diagnóz (kombinace závažného duševního onemocnění a závislosti na návykových látek (popř. škodlivé užívání návykových látek). Pro indikaci do týmu je určující výrazné funkční omezení, která závisí na důkladném posouzení.

Tým asertivně a dlouhodobě kontaktuje a motivuje ke spolupráci jedince, kteří vypadávají z lékařské péče, nejeví motivaci k léčbě a ke spolupráci, avšak z dosavadních zjištění jednoznačně vyplývá potřebnost danému jedinci službu nabídnout a motivovat ho k léčbě a řešení aktuální situace. Tým se žádostí o spolupráci nejčastěji kontaktují ambulantní psychiatrii, lůžková zařízení, městské úřady, příp. blízké okolí pacienta.

Služba není určena jedincům, kteří aktivně užívají návykové látky. V takovém případě je těmto osobám doporučena péče na AT oddělení pro léčbu závislostí. Další kontraindikaci představuje závažná porucha intelektu (hluboká a těžká mentální retardace). Lidé s touto diagnózou potřebují specifickou péči a podporu, kterou tým nemůže poskytovat. Službu také nemohou využívat pacienti s organickou duševní poruchou.

V případě kontaktu s potenciálními pacienty týmu, kteří nesplňují kritéria a podmínky, je těmto pacientům doporučena specifická péče a podpora, která adekvátně odpovídá jejich aktuálním potížím a problémům.

V týmu pracují terénní psychiatrické sestry, sociální pracovníci, psychiatrii a psycholog. Přímá péče je poskytována individuálně, komplexně a dlouhodobě v přirozeném prostředí pacienta. S pacienty, kteří splňují kritéria vstupu do služby, je po vzájemné dohodě uzavřena o vstupu do služby písemná smlouva. Samotnému podpisu smlouvy předchází společné setkání zájemce a pracovníků služby. Před podpisem smlouvy je se zájemcem vypracováno šetření potřeb. Podmínkou pro vstup do služby je doporučení ošetřujícího psychiatra. V případě pacientů s duální diagnózou je nutné vyšetření AT psychiatrem a minimální tříměsíční abstinence od návykové látky. Vstup pacienty do služby projednává celý tým. V rámci evidence pacienta je veden sociální spis zdravotnická dokumentace. Další databáze představují elektronické databáze Highlander (využívaná všemi pracovníky) a Medicus (využívaná pouze zdravotníky).

Před vznikem individuálního plánu je vyhotoveno tzv. šetření potřeb, kde pracovník formou rozhovoru zjišťuje informace z různých oblastí klientova života. Na základě šetření potřeb se definují oblasti, v kterých pacient potřebuje podporu a míru této podpory.

Dalším z dokumentů vypracovávaných s pacientem je krizový plán. Tento plán upravuje postup spolupráce pracovníka s klientem v případě zhoršení jeho somatického či duševního stavu. Krizový plán má za cíl pomáhat předcházet hospitalizacím nebo zmírnit její negativní dopady na jedince. Plán by měl obsahovat řešení krizových situací a úlohu pracovníků v tomto procesu. Četnost kontaktů pracovníka s pacientem se odvíjí od aktuálního situace pacienta a jeho potřeb.

## 9 VÝSLEDKY

V kapitole jsou stručně shrnuty zkušenosti participantů se spoluprací s komunitním terénním týmem a vlivem těchto zkušeností na kvalitu života. Vše v souvislosti s vnímáním onemocnění dotazovaných. To odpovídá idiografické podstatě IPA a současně zvyšuje porozumění výsledkům prezentovaným dále (Smith et al., 2009). Jak je výše uvedeno, jména účastníků výzkumu byla změněna.

### ALŽBĚTA

Alžbětě je třicet osm let. Pochází z úplné rodiny. Matka jí zemřela velmi mladá. Léčila se ze závislosti na alkoholu. Příčinou úmrtí bylo selhání jater. Otec byl podnikatel, nyní je onkologicky nemocný. Pacientka má staršího bratra, který má vlastní rodinu. Ta představuje pro pacientku velkou oporu.

Pacientka absolvovala základní školu bez obtíží, střední školu nezvládla dokončit z psychických důvodů. Zde začíná Alžběta datovat počátky svého onemocnění. *„V té době matka pila alkohol, otec byl agresivní a často docházelo ke konfliktům mezi rodiči.“* V té době byla Alžběta poprvé hospitalizována. Příčinou byly depresivní rozlady a panické ataky. Během hospitalizace zemřela matka z důvodu selhání jater. To prohloubilo Alžbětiny deprese. Konflikty s otcem se ještě více vyostřily. Psychotické onemocnění u ní bylo diagnostikováno ve dvaceti letech, kdy byla již po čtvrté hospitalizována v psychiatrické léčebně. Po návratu ze čtvrté hospitalizace začala Alžběta bydlet u babičky. Má pracovní zkušenosti na volném trhu práce. Dlouhodobě pracovala v rámci podporovaného zaměstnávání. Má přiznaný invalidní důchod z psychiatrické indikace.

V době, kdy žila u babičky, navázala partnerský vztah s mužem, který trval tři roky. Důvodem rozchodu bylo onemocnění Alžběty a opakované dekompenzace duševního stavu. *„Přítel nesl, že jsem nemocná. I když jsem tu řekla krátce potom, co jsme spolu začali chodit. Tvrdil, že to chápe a nevidí v tom překážku. Pak to ale zažil, jak se to projevuje a nedal to.“*

Před rokem se Alžběta odstěhovala od babičky, což vnímá jako důležitý pozitivní krok. Méně spokojená je však s kvalitou bydlení. Již druhým rokem má stálé zaměstnání na částečný úvazek. Do budoucna by ráda navázala nový partnerský vztah.

## EMA

Emě je třicet tři let. Psychiatricky se léčí od osmnácti let, kdy jí byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. „*Začala jsem mít divné pocity, stavy vztahovačnosti, slyšela jsem, jak se o mě ostatní baví. Pomlouvali mě. Pak jsem jednou ráno šla k zubaři a měla jsem opět divné myšlenky a hlasy, které mi říkaly špatné scénáře mého života.*“ Základní školu Ema absolvovala bez obtíží, do kolektivu zapadla. Poté studovala obchodní akademii, kterou ukončila maturitní zkouškou. Po návratu z první hospitalizace začala pracovat v malé firmě jako asistentka. Práci zpočátku zvládala, ale po několika měsících začala mít problémy. „*Začalo mi být divně. Přestala jsem totiž brát léky, po kterých jsem byla unavená. Nesměla jsem být unavená v práci, potřebovala jsem dělat. A nemohla jsem tam nikomu říci, že se léčím na psychiatrii a navíc s jakou diagnózou. Že je to schizofrenie.*“ Poté následovala další hospitalizace. Po návratu z hospitalizace se Ema již do zaměstnání nevrátila. Začala docházet do denního stacionáře pro osoby s psychotickým onemocněním. V té době jí byl přiznán plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Aktuálně Ema žije ve společné domácnosti s matkou, nevlastním otcem a bratrem. Ráda si čte a chodí na procházky. S přáteli se stýká minimálně. „*Většinou se se mnou přestali bavit. Mám ale pořád nějaké známé z léčebny. Ale ty taky moc nepotkávám.*“

Postrádá nějaký partnerský vztah. „*Ráda bych měla partnera, i když vím, že děti asi mít nemůžu. To bych asi nezvládla.*“ Do budoucna rovněž plánuje samostatné bydlení.

## BARBORA

Barboře je třicet jedna let a byla jí diagnostikována paranoidní schizofrenie. Začátek svého onemocnění datuje do období čtrnácti let, kdy byla poprvé hospitalizována. Důvodem byl suicidální pokus. „*Tehdy mi přišlo všechno zbytečně, tak jsem se chtěla otrávit tátovými léky.*“ Pacientka byla hospitalizována celkem devatenáctkrát, z toho několik hospitalizací bylo velmi dlouhodobých. Po návratu z první hospitalizace Barbora začala studovat na střední obchodní škole. Školu s velkými obtížemi dokončila. Studium měla prodloužené a studovala na základě individuálního studijního plánu. „*Kvůli tomu, že jsem byla nemocná, jsem nemohla chodit do školy. A kamarádit se s ostatními. Nikdo z kamarádů mi už nezůstal. Mám teď jen ty hlasy v hlavě, které mě nadávají.*“ U Barbory často dochází k autoagresivním raptům s nutností rychlé hospitalizace. „*Hlasy mi říkají, že musím přijít do jiného světa, ale že nejdříve musím umřít. Často se mi smějou a sledují, jak se chovám.*“ Barbora má určité pracovní zkušenosti. Několikrát pracovala v rámci podpory zaměstnávání a to na různých pracovních pozicích. Během práce u ní vždy došlo po určité

době k dekompenzaci psychického stavu. „*Vždycky mě to vystresovalo, že nebudu nic stíhat. Je pravda, že jsem si taky někdy zapomněla vzít prášky a potom mi nebylo dobře.*“

Vlivem psychotické symptomatologie se pacientka sebepoškozuje. Pobírá invalidní důchod.

## **JULIE**

Julii je padesát sedm let. Má diagnózu paranoidní schizofrenie. Své vyprávění Julie začíná líčením nelehkého dětství. Biologický otec jí zemřel, když byla velmi malá. Vychovával ji poté otčím, s nímž bydlela společně s matkou a starším bratrem. Když bylo Julii třináct let, byla matce odebrána z péče a předána do péče dětského domova. Z té doby udává, že ji otčím několikrát sexuálně zneužil a jednou rovněž vlastní bratr. V dětském domově pobývala do svých osmnácti let. Dokončila základní školu a vyučila se prodavačkou. Poprvé byla hospitalizována v patnácti letech. „*Tehdy jsem si podřezala žíly. Nesnesla jsem svůj život a taky to, že máma nic neudělala, když mi to fotr dělal. Bylo to poprvé, co jsem se pokusila podřezat, ale ne naposledy. Taky jsem si píchala do žíly benzin.*“ Julie byla podruhé hospitalizována ve svých dvaceti letech. Tehdy byla na oddělení ochranných léčeb. „*Měla jsem deprese, tak mi dávali inzulinové šoky. Časem jsem si vydobyla pozici na oddělení a pomáhala jsem sestřičkám s péčí o další pacienty. Nebudu ani vykládat, jaké hnusy se tehdy za socialismu na ochrankách děly.*“ Po jedenácti měsících byla Julie propuštěna. Našla si zaměstnání jako prodavačka na plný úvazek. „*Chodila jsem normálně do práce a jednou přijeli policajti a odvezli mě zpátky na ochranky. To bylo, když jsem byla venku z léčebny dva měsíce. Dělalí to tak normálně. Kdyby mě tam totiž drželi celý rok, tak by mi museli začít vyplácet invalidní důchod. Tak to takhle na dva měsíce přerušili.*“ Z druhé hospitalizace na oddělení ochranných léčeb Julie utekla. Vzhledem k tomu, že v té době byla Sametová revoluce, se Julie do léčebny již nevrátila. Odešla do Německa, kde žila její teta. Tam pracovala tři roky. Poté se vrátila a vdala se. Během té doby se léčila s depresemi. Manželství bylo komplikované, plné hádek, manžel byl alkoholik. Před šestnácti lety manžel zmizel. Dle Julie byl zavražděn mafii. „*Vím taky, kdo to udělal. Muž si o to koledoval, dělal podvody. Divím se, že nezabili i mě. Ale jednou přišli Balkánci a chtěli, abych řekla, kde najdou manžela. Ale já to opravdu nevěděla. Postavili mě do kruhu, což bych kruh z ocelového lanka. Byla to jejich tradiční metoda.*“ Paranoidní schizofrenie byla Julii diagnostikována až v pozdějším věku. Aktuálně žije v sociálním bytě a má velké obtíže vycházet ven. „*Nechci vidět lidi, po tom všem, co mi všichni udělali.*“ Izoluje se v bytě, žije bez sociálních kontaktů. Z hlediska financí chod

domácnosti zvládá. Byla jí přiznána řada příspěvků. Zároveň jí byl přiznán invalidní důchod bez možnosti vyplácení. Ačkoliv byla po mnoho let zaměstnána, zaměstnavatel neodváděl sociální dávky.

## **TEREZA**

Tereze je čtyřicet jedna let. Byla jí diagnostikována hebefrenní schizofrenie. Poprvé byla hospitalizována v patnácti letech. Absolvovala základní školu. Poté se vyučila v oboru prodavačka a po vyučení začala jako prodavačka pracovat. V té době se léčila a užívala pravidelně léky. Seznámila se s mužem, za kterého se poté provdala. Po svatbě se jí narodil syn. To jí bylo dvacet dva let. Po porodu byla hospitalizována v psychiatrické léčebně. *„Bylo to hrozný, měla jsem asi laktační psychózu. Vůbec jsem to nezvládla. Ale pak se mi udělalo dobře.“* Po propuštění z hospitalizace se o syna starala za velké podpory rodiny, především jí pomáhala matka a manžel. Manžel si postupem času našel novou partnerku a s Terezou se rozvedl. *„To mně nebylo dobře, když odešel. Prostě už nedal tu moji nemoc. Našel si zdravou ženskou a odešel za ní i se synem. Ale je fajn. Jsme kamarádi. I s jeho novou ženou, je moc fajn.“* Tereza je s bývalým manželem a jeho novou rodinou v kontaktu. Pravidelně je navštěvuje. Zůstává ve velmi intenzivním kontaktu se svým synem. *„Pavlíček je zlatý, stará se o mě. Když někdy máma jede na chatu, tak tu se mnou spí, abych se nebála a aby mi taky připravil jídlo a došel na nákup.“* Tereza bydlí ve společné domácnosti s matkou. V domácnosti pomáhá minimálně. Veškerou péči o domácnost zajišťuje matka. *„Ale když mě to nebaví chodit na nákup a uklízet. To mě nikdy nebavilo. A dokud to máma zvládá, tak to je dobrý. Vždyť jí to stejně baví.“* Matka je již stará a má řadu somatických onemocnění. Nemoc dcery ji velmi trápí. *„Já vím, že máme někdy není dobře, ale mě taky všechno bolí. Bolí mě pořád klouby a záda a břicho, tak přeci nemůžu nic dělat.“* Tereza pobírá invalidní důchod. Velmi touží najít si partnera. *„Chci nějakého přítele, chybí mi sex. Ale chci, aby měl byt a chatu a auto.“* V rámci jiných sociálních kontaktů se téměř s nikým nestýká. *„Chtěla bych kamarády, doma se nudím, ale chci, aby přišli za mnou, mně se nikam chodit nechce“* směje se Tereza.

## **VLADIMÍR**

Vladimírovi je dvacet devět let a má diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Počátky svého onemocnění sám datuje do doby patnácti let. *„Uzavřel jsem se, nevěděl jsem, kdo jsem, rok jsem byl jenom doma a úplně jsem z toho zblblnul. Měl jsem pocit, že mě sledují, kam jdu a co dělám, hrozně jsem se bál lidí, bylo to naprosto šílené. Taky jsem se bál jít do*

*školy, aby mě někdo nezabil.*“ Následně proběhla první hospitalizace, která trvala několik měsíců. Následně se opakovalo několik hospitalizací. Vladimírovi se podařilo vystudovat a úspěšně ukončit vysokou školu a to i navzdory onemocnění. Velkou oporu má v rodině, především v matce. Má rovněž dvě sestry, se kterými se setkává minimálně. Otec vnímá jeho onemocnění těžce. *„Vidí v tom svoje vlastní selhání, že on není chlap. Někdy to vyčítal i matce. Má sice ještě dvě dcery, ale mít nezdravého syna je pro něj prohra. Ale pořád nechápe, že jsem zdravý.*“ Vladimír užívá pravidelně léky a dochází na pravidelné lékařské kontroly. Dochází také někdy do centra volnočasových aktivit.

*„Mojí kamarádi ze školy se se mnou už nebaví. Nevím proč, ale asi je to tou nemocí, kterou vlastně nemám.*“

Od propuštění ze své první hospitalizace pobírá invalidní důchod. Aktuálně pracuje na částečný úvazek na chráněné pozici. *„Ale rád bych jednou pracoval více a na celý úvazek. Vím, že budu pracovat na celý úvazek. Na druhou stranu mám zase strach, že mi seberou důchod a budu bez peněz i bez práce.*“

Do budoucna by se Vladimír rád osamostatnil. *„Chtěl bych bydlet sám, ale k tomu potřebuju víc peněz, důchod mi na nájem nestačí. Ale stejně nejsem nemocný tak, jak si všichni myslí. To oni nechtějí, abych byl schopný pracovat.*“

## **BOŘIVOJ**

Bořivojovi je padesát jedna let. Má diagnostikovanou paranoidní schizofrenií. Nemoc se u něj projevila, když mu bylo dvacet čtyři let. Tehdy prošel první hospitalizací. Ve svém vyprávění obšírně hovoří o svém dětství. Neustále k němu v myšlenkách zabíhá a vrací se. Vzpomíná na rodiče. *„Máma s tátou jsou hrozně hodní. Ale odešli, když mi bylo šest nebo sedm let. Šli pracovat do Ameriky, dělají tam v NASA.*“ Dle anamnézy v dokumentaci Bořivojovi rodiče zemřeli. Dětství strávil Bořivoj u babičky, do jejíž péče byl svěřen. Ve škole prospíval, měl dobré výsledky. Vynikal ve sportu. Konstitučně je sportovní postavy. *„Hrál jsem závodně tenis, moc mě to bavilo. A taky jsem cvičil karate a ninjutsu.*“ Před propuknutím onemocnění měl Bořivoj jeden partnerský vztah, který trval dva roky. *„Máme spolu syna. Syn je obrovský, dělá šéfa URNy (Útvar rychlého nasazení).*“ Dle anamnézy Bořivoj je bezdětný. Byl opakovaně hospitalizovaný, z nichž nejdelší byla hospitalizace, která trvala osm let. K té došlo po smrti babičky. Bořivoj nyní žije v bytě v osobním vlastnictví a to již po dobu šesti let. Během této doby byl dvakrát krátkodobě hospitalizován. *„Bydlí se mi dobře, mám hodně práce přes den, musím meditovat a trénovat.*“ Je omezený ve způsobilosti k právním úkonům. Finance mu spravuje



opatrovník. Nemá pracovní zkušenost. Dlouhodobě je kompenzovaný. „*Dostávám injekce a beru léky a to i když je nepotřebuju, protože jsem zdravý. Ale rád chodím k doktorce a na skupiny. Tam si vždycky popovídá.*“ Se svým současným životem je spokojený. Kromě vycházek ven rád čte a to literaturu všech žánrů. Občas postrádá více sociálních kontaktů.

## **MARTIN**

Martinovi je třicet devět let. Byla mu diagnostikována paranoidní schizofrenie. V rozhovoru se pacient upíná na dětství. Barvitě popisuje vztah se sestrou a výchovu rodičů, kterou vnímá jako ideální. Absolvoval základní školu bez obtíží. Poté nastoupil na střední elektrotechnickou školu. Zde začal mít problémy v kolektivu. „*Lidi jsem se stranil, nepotřeboval jsem je a spolužákům jsem nevěřil. Byl jsem pro ně divný. I když máma mi vždycky říkala, že jsem šikovný, že něco dokážu.*“ Martin úspěšně odmaturoval. Po maturitě nastoupil základní vojenskou službu, kterou dokončil po dvou letech. Po návratu u něj naplno propukla psychóza a byl poprvé hospitalizován v psychiatrické léčebně. Jednalo se o několikaměsíční hospitalizaci. V té době mu byl přiznán invalidní důchod. Později si našel zaměstnání v rámci podpory zaměstnávání. Během druhého pobytu v léčebně se seznámil a navázal vztah se ženou, se kterou se později oženil. Aktuálně bydlí s manželkou ve společné domácnosti. S podporou péči o domácnost zvládají. Manželka je omezena ve způsobilosti. „*Katku musím držet s penězma. Pořád si chce něco kupovat a já ji musím brzdit.*“ Martin se léčí, dochází na pravidelné lékařské kontroly a užívá léky. „*Někdy mám pokušení. Vadí mi cestovat, lidi se na mě dívají. A mívám divné myšlenky. Někdy taky vidím zvláštní obrazce.*“ V průběhu života se stal věřícím. Chodí pravidelně do kostela. „*Víra mi pomáhá v moji nemoci. Bez boha bych tu nebyl, byl bych někde v ústavu.*“ V souvislosti se sociálními kontakty se stýká pouze s jedním kamarádem, se kterým se seznámil v průběh jedné z hospitalizací. Naposledy byl krátkodobě hospitalizován před dvěma lety a v to v době, kdy byla hospitalizována rovněž jeho manželka. Je bez sexuální zkušenosti.

## **FINÁLNÍ TÉMATA**

Analýzou rozhovorů bylo identifikováno šest finálních témat. Jejich názvy, podtémata a výskyt u jednotlivých participantů jsou obsahem tabulky č. 7. Každé z finálních témat je dále podrobněji vysvětleno a ilustrativně doplněno přímým vyjádřením participantů.

Tabulka č. 8: Přehled finálních témat

OBLAST	RESPONDENTI							
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Onemocnění</b>								
Náhled na nemoc	x	x	x	x	x			x
Akceptace onemocnění		x			x			x
Medikace	x	x	x	x		x	x	x
Hospitalizace	x		x	x		x	x	
Komunitní péče	x	x	x	x	x		x	x
<b>Hospodaření s finančními prostředky</b>								
Omezení ve způsobilosti						x	x	x
Finanční soběstačnost	x	x	x	x	x	x	x	x
Zaměstnání	x		x	x		x	x	
Komunitní péče	x		x	x				x
<b>Partnerské/rodinné vztahy</b>								
Stálý partner		x	x					x
Děti	x		x		x	x	x	
Rodina	x	x	x	x		x	x	x
<b>Sociální vztahy</b>								
Přátelé	x		x		x	x	x	x
Komunitní péče	x	x	x	x	x		x	x
Víra	x	x	x					x
Stigmatizace	x	x	x	x			x	x
<b>Bydlení</b>								
Samostatné bydlení	x	x		x			x	x
Bydlení s rodinou			x			x		
<b>Trávení volného času</b>								
Záliby	x	x	x			x	x	x
Komunitní péče	x	x	x		x	x	x	x

*Legenda k tabulce: Jednotlivý respondenti jsou označeni číslicemi:*

1 – Alžběta; 2 – Ema; 3 – Barbora; 4 – Julie; 5 – Tereza; 6 – Vladimír; 7 – Bořivoj; 8 – Martin

### ➤ **OBLAST ONEMOCNĚNÍ**

Oblast témat, která souvisí se samotným onemocněním a léčbou, zabírala během realizace rozhovorů velký prostor. Z této oblasti jsem vymezila následující podtémata, které se prolínala rozvory s účastníky.

#### **Náhled na onemocnění**

Ne všichni dotazovaní mají náhled na nemoc a jsou ochotni připustit, že jsou nemocní. *„Doktor mi tvrdí, že mám paranoidní schizofrenii, ale nechápe, že jsem zdravý. Občas mi je špatně, ale to je proto, že mě neustále sledují estébáci a chtějí mě dostat“* tvrdí Bořivoj. Julie hovoří o tom, že jí byla diagnostikována celá řada psychiatrických onemocnění. Jako první byla deprese. *„Nemoc mi diagnostikovali pozdě, když už jsem byla starší. Začala jsem slyšet hlasy, které mi nadávali a vyhrožovaly mi“* ujasňuje.

Alžběta vnímá svoji nemoc jako *„projevující se paranoiou, se kterou se potýkám denně a přesvědčuju sama sebe, že se jedná o nemoc a že to, co si myslím, není pravda. Že mě třeba všichni sledují a chtějí se mi mstít.“*

Ema má náhled na své onemocnění. Dokáže vnímat, kdy se její stav zhoršuje. *„Je to ve chvíli, kdy mi Aneta (jeden z hlasů) začne nadávat. Jindy na mě mluví normálně jako kamarádka.“* Tereza s Barborou mají náhled na nemoc. Vladimír nemá náhled na své onemocnění. Nemá tak ani potřebu se k tomuto tématu vyjadřovat. Téměř nikdo z dotazovaných nepoužíval konkrétní název pro svoji nemoc. Všichni dotazovaní hovoří o symptomech, ale určitým způsobem se vyhýbají vyslovení názvu diagnózy.

#### **Akceptace onemocnění**

*„S nemocí jsem se smířil. Je to boží vůle. Bůh chtěl, abych se tak stal lepším člověkem“* udává Martin. Bořivoj s Vladimírem nemoc popírají. *„Nejsem nemocný, zkrátka to nechť připustit. Možná mi někdy je špatně, ale to je snad každému. Všichni mají někdy blbou náladu“* svěruje se Vladimír. *„Je to zbytečné, už nikdy to nebude lepší. Nikdy se toho nezabavím a nikdy nebude žít normální život jako ostatní“* udává Barbora. Tereza s Emou svoji nemoc akceptují. *„Jsem nemocná a vím, že už to tak bude. Ale když chodím*

*k doktorovi, tak je to dobrý“ tvrdí Tereza. „Musím to brát tak, jak to je. Asi je to boží vůle. Vím, že jsem nežila poctivý život a bůh mi takto otevřel oči a svým způsobem potrestal a na druhou stranu mi tak dal sílu to všechno zvládat. Sama někdy nechápu, že za mnou pořád stojí“ svěruje se Julie. „Nevím, proč to muselo potkat zrovna mě. Pořád věřím, že to jednou bude dobrý. Takhle bych nemohla žít celý život, to by pak nemělo smysl“ vypovídá v souvislosti s nemocí Alžběta.*

## **Medikace**

Všichni dotazovaní aktuálně užívají předepsanou medikaci. Ačkoliv v minulosti někteří z účastníků mají v anamnéze samovolné vysazení předepsaného užívání léků. Pravidelné užívání léků dávají do souvislosti s přístupem lékaře a medikací správných léků. *„Pořád do mě cpali různé prášky, zkoušeli na mě inzulínové školy a elektrošoky. Až pak doktor našel ty správné léky. Konečně nějaké tablety, které mi trochu pomohly“* svěruje se Julie. Většina dotazovaných zmiňuje vedlejší účinků léků, které subjektivně vnímají jako nepříjemné. U mnohých participantů v minulosti došlo k samovolnému vysazení předepsaných léků a to většinou z důvodů nepříjemných vedlejších účinků. *„Mám několik tablet čtyřikrát denně, zapíjím asi dvacet tablet. Ale vím, že bez toho by nešlo“* zmiňuje Barbora. *„Tablety беру, když už je mám předepsané. I když jsem zdravý. A taky chodím na injekce“* udává Bořivoj. Stejný názor zastává rovněž Vladimír. *„Beru léky, ale je to hrozné. Strašně po nich sliním. Kolikrát nemůžu večer usnout. S paní doktorkou pořád ještě vymýšlíme nějakou jinou kombinaci. Ale je to složité. Kdysi jsem dostávala i elektrošoky, protože mi nic nezabíralo“* udává Alžběta. Většina dotazovaných vnímá, že výběr správné kombinace léků snižuje počet relapsů a předchází tak rehospitalizacím.

V souvislosti s pravidelným užíváním léků většina tázaných hovoří o službách terénní psychiatrické sestry. *„Je pravda, že sestřička mě naučila dávkovat si prášky a od té doby je užívám pravidelně“* vypovídá Barbora. *„Od té doby, co spolupracuji se sestřičkou, tak nezapomínám užívat prášky a cítím se tak i lépe“* svěruje se Alžběta. Martin doplňuje, že *„díky sestřičce jsem se naučil dávkovat léky do lékovky a nezapomínám je užívat.“*

Starší pacienti jako Julie, Tereza, Bořivoj, Martin dokážou posoudit vliv nástupu atypických antipsychotik, které mají podstatně méně vedlejších účinků ve srovnání s klasickými antipsychotiky.

Barbora jako pozitivní vnímá aplikaci depotních medikamentů. Subjektivně to vnímá jako prevenci hospitalizace.

## Hospitalizace

Zkušenost s hospitalizací dotazovaní vnímali různě. Julie s odporem popisovala zkušenosti z léčebny z dob socialismu. Tuto zkušenost i nyní vnímá jako děsivou. Při rozhovoru bylo zcela zřejmé, že období hospitalizace pro ni představuje silný emoční zážitek. Hovoří o nelidských podmínkách na oddělení a o ponižujícím chování ze strany personálu. Bořivoj hovoří o přelidněných odděleních v léčebnách. „*Vždycky, když jsem hospitalizovaný, tak se všichni jenom snaží do nás narvat co nejvíce léků, aby měli celý den od nás klid*“ deklaruje Vladimír. „*Záleží na oddělení. Někde se taky stalo, že nás vyhnali na chodbu a zavřeli pokoje. Nechtěli, abychom leželi přes den v posteli v noci pak nespali*“ doplňuje Vladimír. „*Já tam byl hrozně moc let a nebylo to tak špatný. Na víkendy jsem i chodil domů. Chodím se tam podívat, chodím tam na procházky*“ přiznává Bořivoj. „*Hodněkrát jsem se nechala hospitalizovat sama, když jsem se necítila dobře. A taky jsem tam vydělala peníze*“ usmívá se Barbora. „*Už nikdy v životě bych nechtěla být hospitalizovaná, toho se děším. Nechci zpátky do léčebny. Bylo to tam hrozný*“ obává se Alžběta. Někteří zároveň připouští účel hospitalizací jako přínosný, vedoucí ke stabilizaci duševního stavu. Ale to pouze v určitých případech.

## Komunitní péče

Všichni dotazovaní (s výjimkou Vladimíra) v oblasti zdraví zmiňují komunitní služby. Deklarují užitečnost, smysluplnost spolupráce s komunitním terénním týmem. „*Spolupráce se sestřičkou mi hrozně pomáhá, že za mnou chodí. A ostatní taky. Mluví se mnou o mé nemoci, kontroluje mi léky a vím, tak, že je musím brát pravidelně*“ zmiňuje Alžběta. „*Jsem ráda, že za mnou někdo chodí. A rozumí mi, když je mi špatně. Ale vadí mi, když mi někdo z pracovníků říká, že bych měla chodit ven*“ zmiňuje Tereza. „*Kdybych neměla sestřičku a pana doktora, tak už bych tu asi nebyla. Pomáhají mi hrozně moc v mojí nemoci. Nikdy bych to bez nich nezvládala*“ chválí služby Julie. Respondenti vnímají zkušenost s komunitním terénním týmem jako podstatnou nebo zlomovou ve své životě. „*Nikdy by mě nepustili ven z léčebny, kdyby za mnou nechodila sestřička a sociální pracovník*“ je přesvědčen Bořivoj. Pro všechny participanty znamenalo navázání spolupráce s terénním týmem významnou konsolidaci jejich životní situace a pozitivní posun v jejich životě. Pro Emu, Julii, Barboru a Alžbětu symbolizují pracovníci komunitního terénního týmu zpětnou vazbu a významnou oporu ve zvládání každodenních činností ve spojení se schizofrenií.

## ➤ OBLAST HOSPODAŘENÍ S FINANČNÍMI PROSTŘEDKY

Hospodaření s financemi v rozhovorech zmínili všichni dotazovaní. Někteří v tom vidí prostředek k osamostatnění se, jiní toto téma vnímají jako zneschopňující prvek.

### **Omezení ve způsobilosti**

Omezení ve způsobilosti se netýká všech dotazovaných, nicméně pro některé z nich je to silné téma. Martin, Bořivoj, Vladimír jsou omezení ve způsobilosti k právním úkonům v souvislosti s hospodařením s finančními prostředky. Všem zmíněným byl přidělen veřejný opatrovník. *„Je to nespravedlivý, že jiní lidi si můžou dělat se svýma penězma co chtějí. Přitom já jsem nikdy neutrácel a vždycky jsem šetřil“* stýská si Bořivoj. Julie v minulosti sama zažádala o omezení ve způsobilosti. Tato žádost jí byla zamítnuta jako bezdůvodná a Julie nadále zůstává svéprávná. *„Chtěla jsem, aby mi někdo spravoval peníze. Mám problém s tím, že dám vždycky kamarádům, když mě o to požádají a já jim neumím říci ne. A potom jsem naštvaná. Ale když mě vyšetřoval psychiatr poslaný od soudu, tak usoudil, že to není třeba, abych byla zbavená nebo omezená“* popisuje svoji zkušenost Julie.

### **Finanční soběstačnost**

Finanční soběstačnost dávali všichni do souvislosti s invalidním důchodem, který pro většinu je vnímán jako existenční jistota a zmírňuje tak stres vyplývající z obtížně předvídatelného vývoje nemoci, který je spjat se schopností pracovat. Všichni respondenti jsou pobírateli invalidního důchodu z psychiatrické indikace. *„Mám alespoň jedinou jistotu, že zaplatím nájem, když беру důchod. Ale mám strach, že mi někdy vezmou“* hovoří Alžběta. *„I když mám důchod, tak bych stejně nemohla nikdy bydlet sama v pronajatém bytě. Ale díky důchodu mám na jídlo a základní potřeb“* zmiňuje Ema.

*„Peníze mi dává máma, když potřebuju. Ale já je nepotřebuju“* dodává a usmívá se Tereza. *„Dříve jsem pořád utrácel peníze a nadělal jsem dluhy. Ale ty jsem s pomocí sestřičky a sociálního pracovníka vyřešil. Ted' už je to dobrý a šetřím. Ale zase mám výčitky, že je nesprávné, když šetřím dávky od státu. To je jako kdybych okrádal stát“* polemizuje Martin.

### **Zaměstnání**

Uspěť na trhu práce a zapojit se do pracovní činnosti je pro mnohé synonym úzdravy. Ale na straně druhé práce představuje určitý stresor a jistý prvek nebezpečí. *„Chodím už rok do*

*práce, ale mám strach, že na to přijdou a seberou mi invalidní důchod, i když je ta práce jen na pár hodin týdně“* udává Alžběta. *„Hrozně bych chtěla pracovat. Ale když jsem pracovala naposledy na chráněné pozici, tak jsem to nezvládla. Bylo to náročné na mě. A pak jsem se nechala hospitalizovat“* reflektuje svoji zkušenost Barbora. *„Práce mě vždycky nervovala, když jsem věděl pořád, že tam musím být včas. Hlasy mi pak začali říkat, že přijdu pozdě a vyhodí. Nakonec jsem skončil v léčebně“* udává Martin. Julie, Bořivoj a Vladimír chápou docházení do zaměstnání jako určitý stresor, který může výrazně přispět k dekompenzaci psychického stavu. Julie zároveň dodává, že *„práce mi sloužila jako denní režim. Při chození do práce jsem vždycky měla stejný denní harmonogram a spala jsem zásadně v noci.“* Julie s Emou následně doplňují, že to bylo právě docházení do zaměstnání, co pro ně bylo podnětem k vysazení medikace z důvodů únavy jako vedlejšího účinku léků.

### **Komunitní péče**

I v rámci problematiky financí dotazovaní zmiňují spolupráci s komunitním terénním týmem. Většina z nich našla pracovní uplatnění na chráněných pozicích za podpory pracovníků terénního týmu. *„Bez pana sociálního a sestřičky bych tu práci nikdy nenašla a nikdy bych ji hlavně ani nehledala, protože bych nevěřila tomu, že to zvládnou“* reflektuje zkušenost Alžběta. *„Byla to spolupráce se sociálním pracovníkem a sestřičkou, kdo mi pomohl najít práci. To mi hrozně pomohlo“* udává Barbora. Všichni dotazovaní mají pracovní zkušenost na volném trhu práce nebo na chráněných pozicích. Mnohým z nich pomohli pracovníci týmu zprostředkovat zaměstnání.

### **➤ OBLAST PARTNERSKÝCH / RODINNÝCH VZTAHŮ**

Oblast partnerských a rodinných vztahů se objevila v rozhovorech se všemi účastníky výzkumu. Pro některé je to určitý stabilizační prvek v rámci jejich života.

### **Stálý partner**

Ema, Barbora a Martin mají aktuálně dlouhodobé partnerské vztahy. Martin je ženatý přes deset let. Ostatní participanté mají zkušenost s krátkodobými či dlouhodobějšími partnerskými vztahy. Tereza si často stýská, že *„chtěla bych přítele, bylo mi dobře, když jsem byla s manželem. Ale chci zdravého přítele.“*

„Nedovedu si představit, že bych žil bez manželky. To bych nezvládl. Zvykli jsme si na sebe, jsme teď jako jedno tělo“ zmiňuje Martin. Ema a Alžběta udávají psychotickou ataku jako důvod rozpadu partnerských vztahů. Julie a Ema si aktuálně žádný partnerský vztah nepřejí. „Už nechci žádného chlapa ani vidět, stačil mi můj muž a můj fotr s bráchou. Fotrovi s bráchou nikdy nezapomenu, co mi udělali. Kvůli tomu jsem nemohla mít ani normální vztah s manželem“ udává Julie.

## **Děti**

Děti zmiňovali jen někteří respondenti. Z dotazovaných má dítě pouze Tereza. Ostatní mluví o dětech jako o smyslu života, ale zároveň zkušenost s vlastním dítětem vnímají jako nereálnou. „Vím moc dobře, že nemůžu mít děti. I když mám přítele a děti mít můžu, kvůli nemoci bych to nikdy nezvládla“ zmiňuje Barbora.

„Děti bych nechtěla, jsou někdy nevděčné a nikdy bych nechtěla, aby měly život jako jsem měla já“ dodává. „Chodím pravidelně za synovcem a neteří. Mám je moc ráda. Hraju si s nima a někdy je hlídám. Vím, že nemůžu mít vlastní děti kvůli tomu, že nejsem zdravá“ hovoří Alžběta.

„Syna jsem už dlouho neviděl. Ale to je tím, že dělá u URNy, to prostě nemá čas a je tajný“ dodává Bořivoj.

## **Rodina**

Pro všechny dotazované hraje rodina důležitou v roli v jejich životě. Pro mnohé představuje zdroj opory a pomoc na cestě k uzdravě. „Máma s tátou mi vždycky hrozně pomáhali. Ted' už jsem jen s tátou a se sestrami. Ty mi taky pomáhají“ udává Barbora. Bořivoj zmiňuje rodiče, kteří „jsou velmi schopní. Oba dělají v NASA a tak se o mě starala babička, když jsem byl malý a dokud neumřela. Moc mi vždycky pomáhala.“ Pro mnohé nebyla zdrojem opory rodina nukleární, ale často to byli prarodiče. „Naši se pořád hádali a můj táta nikdy nepochopil, že jsem nemocná. Byl vždycky přesvědčený, že jsem jenom lina. Ted' už je to trochu lepší. Ale babička mě chápala a starala se o mě“ zmiňuje Alžběta.

„Táta se nikdy nesmířil s tím, že jsem nemocný. Vnímá to pořád jako ohromnou zradu a selhání. Ale nechová se ke mně špatně, je na mě hodný“ reflektuje svoji zkušenost Vladimír. Barbora a Ema vnímají velkou podporu v jejich nukleární rodině, kdy je rodiče podporovali a měli pochopení pro jejich onemocnění. Ostatní zmiňují prarodiče jako



ochranné prvky, případně tety a strýce. Pro Alžbětu je velkou oporou v životě její starší bratr.

### ➤ OBLAST SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ

Oblast sociálních vztahů je pro všechny respondenty jednou z nejcitlivějších oblastí. Obecně jsou sociální vztahy oblastí, kde může spolupráce s komunitním terénním týmem výrazně zvyšovat kvalitu života.

#### **Přátelé**

Oblast přátelských vztahů se během rozhovorů v souvislosti se vztahy jevila jako nejbezpečnější oblast. Většina respondentů udává, že jejich přátelé jsou většinou psychiatricky léčeni pacienti. Často se seznámili v prostředí léčebny během hospitalizace, případně v rámci docházky do denního stacionáře. U některých dotazovaných se objevily také obavy ze „zdravých“ lidí. *„Nikdo normální nepochopí, že jsem nemocná a nebude se se mnou chtít bavit“* zmiňuje Alžběta. *„Pro všechny ve škole jsem byla divná, nikdo se semnou nebavil“* dodává Barbora. V oblasti přátelských vztahů hovořila většina respondentů o tom, že nemá příliš přátel ve svém okolí. *„Nepotřebuji se s nikým kamarádit, mně stačí, že chodím na skupinu, k doktorovi“* udává Bořivoj. Vzhledem k symptomatologii onemocnění se absence přátel nejeví jako neobvyklá. Dotazovaní vnímají okolní svět jako neutrální nebo jako nepřátelský.

#### **Komunitní péče**

Spolupráce s komunitním týmem pro dotazované představuje průvodce zmiňovaným nepřátelským světem. Pomáhá jim při kontaktu s okolním světem například v podobě kontaktu s jinými institucemi. *„Bez sestřičky bych nikdy nedošla do banky. A když bych došla, tak by mi pak z toho bylo několik dní špatně a musela bych si brát prášky na uklidnění“* zmiňuje Alžběta. *„Bojím se chodit sám na úřady, všichni se tam na mě dívají divně a sledují mě. Když se mnou jde sociální pracovník, tak je to dobrý“* reflektuje svoji zkušenost s terénním týmem Bořivoj. Všichni dotazovaní (vyjma Vladimíra) využívají pracovníky komunitního týmu při jednání s institucemi, které pro ně často představují příčinu dekompenzace psychického stavu. *„Musím jít na přezkoumání kvůli důchodu. Nevím, jak by to dopadlo, kdyby tam se mnou nešla sestřička nebo sociální pracovnice. Sama bych tam nedošla a důchod by mi vzali“* zmiňuje Ema.

## **Víra**

Pro některé z dotazových je víra důležitým prvkem v životě. Ačkoliv všichni dotazovaní nejsou věřící, polovina toto téma zmínila v rozhovorech. Někteří náboženskou víru vnímají pozitivně, jiní negativně, někteří zaujmají neutrální postoj.

Velmi silnou zkušenost s vírou má Julie a Martin. Oba jsou věřícími a stali se jimi až po propuknutí onemocnění. Víra jim dává smysl života. „*Víra mi ukázala správnou cestu životem a bůh mě chrání před pokušením*“ udává Martin. „*Bůh to tak chtěl a tak to tak je. Bez něj bych tu nebyla. Denně se k němu modlím za vás za všechny*“ dodává Julie. Ema s Barborou okrajově zmiňují, že u nich v rodině byla věřící matka nebo to byli prarodiče, kteří je párkrát vzali do kostela.

„*Je to ten nahoře, co mě ozařuje, nechává sledovat a vysílá ke mně signály*“ zmiňuje Bořivoj.

## **Stigmatizace**

Dotazovaní mluví o stigmatu v souvislosti s psychiatrií. „*Dnes stačí, že jdete jednou k psychiatrovi nebo k psychologovi a hned jste pro všechny blázen*“ udává Alžběta. Alžběta, Ema a Barbora chápou svoji nemoc jako překážku při začleňování se do společnosti, především pak při hledání zaměstnání nebo hledání bydlení.

„*Lidé jsou hnusní, když jim řeknete, že se léčíte na psychiatrii se schizofrenií. Když jsem ještě chodila ven, tak se ke mně kvůli tomu chovali odtazitě. Ted' už to nikomu neříkám*“ říká Julie. „*Mám velký strach, aby se to nedozvěděli v práci, že se léčím na psychiatrii právě se schizofrenií. Určitě by mě vyhodili*“ vyjadřuje své obavy Alžběta.

### **➤ OBLAST BYDLENÍ**

Téma bydlení je výrazně spjaté se sociálními vztahy. Vnímají to tak především respondenti, kteří bydlí ve společné domácnosti s rodiči nebo s prarodiči, případně s jinými příbuznými. Ve svých výpovědích se shodují v tom, že toto soužití není někdy bezproblémové. Někteří participanti dávají kvalitu bydlení do souvislosti se spoluprací s pracovníky terénního týmu.

## **Samostatné bydlení**

„*Ráda bych zase bydlela s tátou, ale nešlo by to. Ta jeho nová žena mě nesnáší, nikdy by nedovolila, abych s nimi žila. Nevím, co bude, až nebudu moci bydlet tady v tom bytě. Ale*

*doufám, že mi pomůže sestřička nebo sociální pracovnice. Oni mi domluvili tenhle byt“* zmiňuje Alžběta.

*„Nevím, co budu dělat, až přijdu o tento sociální byt. Vlastní byt nemám, finance na nový také ne a důchod se mi nevyplácí. Mám z toho strach. Ale věřím, že mi zase pomůže sestřička nebo sociální pracovník. Jako když mně sehnali tenhle byt“* vnímá situaci Julie.

Nalezením samostatného bydlení respondenti často řešili odchod z problematického prostředí.

Martin bydlí společně s manželkou a velmi si to pochvaluje. Zároveň dodává, že to byla spolupráce s terénní psychiatrickou sestrou, co přispěla k nalezení vlastního bydlení.

Bořivoj bydlí ve vlastním bytě a je takto maximálně spokojený: *„Líbí se mi tu, jsem tady rád a pomáhá mi správce. Jen sousedi mě někdy ozařují a do skříní mi dávají mrtvoly.“*

### **Bydlení s rodinou**

*„Ráda bych bydlela se svým přítelem. Teda on to hlavně chce. Ale nevím, to bysme museli z Prahy. Tady v Praze by nám asi nestačily peníze na podnájem. A já se nechci stěhovat z Prahy“* tvrdí Barbora, která bydlí společně s otcem.

*„Já jsem vlastně rád, že jsem doma. I když někdy je to náročný“* zmiňuje Vladimír

*„Chtěl bych ale někdy pryč odsud. Rodiče nejsou zlí. Ale chtěl bych být sám. To jen někdy. Jenže k tomu musím pracovat na plný úvazek a vydělávat peníze. Ale teď jsem vlastně spokojený“* dodává Vladimír a k tématu se opakovaně vrací.

### **➤ OBLAST TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU**

Volný čas představuje další ze silných témat, která se prolínala všemi rozhovory. Denní režim je pro pacienty velmi důležitý a to nejen ze zdravotního hlediska. Volný čas u většiny pacientů není vnímán jako prostor pro odpočinek, aktivitu, ale jako určité prázdno a nuda. Pacienti v souvislosti s trávením volného času zmiňují spolupráci s komunitním týmem.

### **Záliby**

*„Dříve jsem chodila tancovat, to mě bavilo. Ale teď už to nejde, jsem hrozně unavená“* tvrdí Barbora.

*„Ráda bych se věnovala nějakým zálibám, ale samotnou mě to nebaví. Zase na druhou stranu mě nebaví být s někým. Takhle občas chodím na procházky, to mě baví“* popisuje Ema.

*„Já mám pořád co dělat. Někdy ani všechno nestihnu. Musím meditovat, trénovat v parku a cvičit a taky číst. Nemám televizi ani rádio a ani nechci. Mám hodně věcí na práci“* pochvaluje si Bořivoj.

*„Já bych chtěla něco dělat, třeba chodit cvičit, ale sama chodit nebudu a jsem líná a stejně mě bolí tělo“* stěžuje si Alžběta. Martin a Julie spatřují zálibu ve čtení Bible.

*„Mám pořád co dělat. Rád fotografuji. Především krajinu a zátiší. Doma si fotky sám vyvolávám. A jsem v tom dobrý. Určitě bych se tím mohl živit“* chlubí se Vladimír.

### **Komunitní péče**

Alžběta, Barbora, Bořivoj a Martin vnímají jako zálibu docházení do centra aktivit, které je primárně určeno pro jedince s duševním onemocněním. *„Z práce chodím rovnou do klubu a jsem tam hrozně spokojená. Je tam vždycky hodně lidí, se kterými mohu trávit čas“* pochvaluje si Alžběta. *„Chodím do klubu rád. Jsou tam zajímavé věci a programy a někdy tam taky cvičíme“* tvrdí Bořivoj.

Všichni respondenti byli během spolupráce s komunitním týmem navázány na instituce poskytující služby v souvislosti s volnočasovými aktivitami. Alžběta, Barbora, Tereze, Bořivoj, Martin a Ema absolvovali rovněž denní stacionář a to ve spolupráci s komunitním týmem. Alžběta, Barbora, Bořivoj i nadále docházejí do docházkové skupiny, která je určena zájemcům, kteří absolvovali denní stacionář.

## 10 DISKUZE

Kapitola zohledňuje výsledky výzkumu. Upozorňuje rovněž na možné nedostatky a případné limity výzkumu.

Studie je zaměřena na nemocné jedince se schizofrenním onemocněním. Tématem předkládané práce je vnímání zkušenosti duševně nemocných jedinců v souvislosti se spoluprací s komunitním terénním týmem. Cílem je zjistit, jaký má vliv čerpání služeb komunitní péče na kvalitu života nemocných jedinců. Na základně provedených studií (Renwick et al., 2012; Alptekin et al., 2005) bylo prokázáno, že osoby se schizofrenním onemocněním trpí nižší kvalitou života a rámci společnosti jsou stigmatizováni a ze společnosti tak vyčleňováni.

V souvislosti s výzkumem jsem se dotazovaných ptala na vnímání kvality života před propuknutím onemocnění. Většina dotazovaných hovoří o vztahových problémech v rodině a jiných zátěžových situacích, které předcházely počátku nemoci. Ačkoliv etiologie nemoci není dosud zcela známa, vychází z faktu, že propuknutí nemoci je podmíněno multifaktoriálně v koincidenci s mnohočetnými patogenetickými vlivy (Raboch et al., 2013).

Z výsledků analýzy vyplynulo, že spolupráce s komunitním terénním týmem do určité míry ovlivňuje kvalitu života v následujících oblastech: oblast onemocnění, oblast hospodaření s finančními prostředky, oblast partnerských vztahů, oblast sociálních vztahů, oblast bydlení a oblast volnočasových aktivit.

Všichni dotazovaní vnímají zkušenost se spolupracovníky komunitního terénního týmu jako pozitivní v určitých aspektech.

Z mnohých randomizovaných studií zcela jednoznačně vyplývá, že komunitní péče (v tomto případě asertivní komunitní péče) snižuje celkovou délku hospitalizace, zabraňuje rehospitalizacím, předchází relapsům duševního onemocnění, vede ke stabilizaci jedinců se schizofrenií v oblasti bydlení a sociálních vztahů. Celkově tak zvyšuje kvalitu život nemocných osob (Mueser et al., 2001; Bustillo et al., 2001; Marshall et al., 2000).

Všichni respondenti v rámci spolupráce s terénním komunitním týmem zastávají pozitivní postoj. Byť někteří z nich uznávají, že zájem o spolupráci nevyplýval z jejich vlastní

iniciativy, ale z iniciativy okolí. V tomto případě se jednalo o iniciativu ambulantních psychiatrů, praktických lékařů a rodiny. Spolupráce s terénním komunitním týmem nabízí určitou alternativu hospitalizace a nabízí tak cestu ke zvýšení kvality života duševně nemocných (Pěč & Probstová, 2009).

Světová zdravotnická organizace uvádí, že celosvětově došlo k přechodu od nemocniční péče k péči komunitní o osoby s duševním onemocněním. Např. Itálie pracuje na decentralizaci svých služeb v oblasti péče o duševní zdraví již od roku 1979. Současný výzkum ukazuje, že důležitými prvky k určení kvality života u schizofrenních osob jsou oblasti sociálního a společenského fungování. V souvislosti s tím studie zdůrazňuje vliv komunitní léčby na kvalitu života. Zdůrazňuje též účast rodin na léčbě (Gorna et al., 2004).

Všichni respondenti vnímají pozitivně zkušenost s pracovníky terénního týmu v souvislosti s onemocněním. Spolupráce působí jako významný prvek v prevenci relapsů a hospitalizací. Pravidelný kontakt s pracovníky podněcuje nemocné ke spolupráci v léčbě a k pravidelnému užívání předepsané medikace. Pravidelné užívání medikace vede ke stabilizaci psychického stavu, což jednoznačně zvyšuje kvalitu život nemocných jedinců. Spolupráce s pracovníky komunitního terénního týmu přispívá k získání náhledu na onemocnění prostřednictvím edukace. To koresponduje s výzkumy Drake a Whitley (2014), kteří ve svých studiích poukazují na fakt, že na kvalitě života uživatelů psychiatrické péče představuje jednu z klíčových rolí spolupráce s odborníky ve smyslu komunitní psychiatrie.

Flanagan et al. (2012) ve své studii popisuje, že dokud schizofrenii neprožijeme na vlastní kůži, můžeme o ní vědět teoreticky naprosto vše, ale nikdy si nedokážeme představit, jak se nemocný jedinec cítí a čím prochází.

Většina tázaných popisovala zkušenosti z hospitalizace v negativním smyslu. Ve svých výpovědích respondenti poukazovali na přeplněná oddělení, na neochotu personálu. Svě zkušenosti dávali do souvislosti s pojmy podřadný, dehonestující, odstrčený, ponižovaný. Jen někteří hospitalizaci vnímali jako přínosnou. Všichni se shodli na tom, že spolupráce s terénním komunitním týmem výrazně snížila počet jednotlivých rehospitalizací. Drake a Whitley (2014) ve svých studiích poukazují na fakt, že hospitalizace představuje veskrze odejmutí veškerých povinností a oslabení kompetencí.

Patterson et al. (1999) ve své studii došli k závěrům, že schizofrenní pacienti pocítují osamocenost a izolovanost z důvodů nedostatku vzdělání a nevědomosti a nedostatečné edukaci o nemoci, která jim byla diagnostikována.

Walsh et al. (2016) se ve své studii poukázal na vliv vhodně nalezené a nakombinované medikace na kvalitu života nemocných jedinců. Vhodná medikace a její pravidelné užívání vede k eliminaci psychotických symptomů u respondentů a dochází tak ke zvýšení kompliance v léčbě. Což dále podporuje proces zotavení.

S tématem onemocnění silně souvisí finanční soběstačnost nemocných jedinců a hospodaření s finančními prostředky. Pro respondenty je finanční soběstačnost ekvivalentem osamostatnění. Vzhledem k tomu, že všichni respondenti jsou pobírateli invalidního důchodu z psychiatrické indikace, je pro nemocné složité vyjít s příjmy, které jim přináší důchod, případně přiznané sociální dávky. Někteří z respondentů vnímají negativně omezení ve způsobilosti k právním úkonům. Určení opatrovníka vnímají jako zneschopňování vlastní osoby. Všichni v souvislosti s financemi hovoří o podpoře se strany pracovníků komunitního týmu ve smyslu sjednání dávek apod.

Respondenti vnímají dostatek finančních prostředků jako prostředek ke zvýšení kvality života. Appelbaum et al. (1999) došel ve svých studiích k závěru, že finanční způsobilost jedinců se schizofrenií může mít devastující následky v podobě podvýživy, bezdomovectví a dokonce i předčasného úmrtí.

Dalšími oblastmi, které zmínili všichni dotazovaní a opakovaně se k nim v rozhovorech vraceli, jsou vztahové oblasti. Respondenti oddělovali partnerskou oblast a sociální oblast. Hovořit o partnerství pro ně bylo mnohem obtížnější než popisovat své zkušenosti s přátelskými vztahy a vztahy s okolím. Na kvalitě života se jednoznačně odráží kvalita vztahů v osobním životě. Alshowkan et al. (2012) ve své studii poukázal na to, že kvalitu života pacientů se schizofrenií ovlivňuje skutečnost, zda mají oporu v rodině. Alshohowkan vnímá spolupráci s komunitní psychiatrií jako schopnou částečně suplovat a napravovat vztahy s blízkým okolím. Probstová & Pěč (2014) udávají, že vztahy členů rodiny bez psychotického onemocnění k členovi rodiny s psychózou jsou často komplikované. Zlostné reakce mohou někdy vést k opuštění takové jedince. Přítomen je neustálý strach z navrácení symptomů.

Někteří tázaní se cítí provinile vůči své rodině, že jí svojí nemocí způsobili bolest a trápení. Téměř všichni se shodují v tom, že vnímají určité opovržení se strany „zdravé“ společnosti. S vnímáním sociálních vztahů udávali příklady jako zahanbení, stud, strach, agrese, opovržení, lhostejnost, vztek.

Libiger (2001) uvádí, že v naší společnosti stále přetrvává stereotypní negativní pohled na jedince s diagnózou schizofrenie. Mnohé studie (Schränk et al., 2014; Brohan et al., 2010; Lysaker et al., 2007) upozorňují na internalizaci stigmatu jako na vedoucí k negativnímu

sebepečetí, beznaděži, depresi a výrazně snižující kvalitu života. Následkem rovněž bývá znemožnění procesu zotavení.

Dalším silným tématem byla oblast bydlení. Samostatné bydlení je pro mnohé jedince spjato s dostatečným množstvím finančních prostředků. Z důvodů nedostatku financí je pro mnohé jedince samostatné bydlení nedosažitelné. Všichni respondenti jsou pobírateli invalidního důchodu z psychiatrické indikace, jehož výše pro zajištění základních životních potřeb a samostatného bydlení je nedostačující. Nemocní jsou tak často odkázáni na finanční a materiální pomoc členů rodiny. Bankovská Motlová & Španiel (2013) udávají, že až 80 % osob se schizofrenií žije ve společné domácnosti s příbuznými.

Jablensky et al. (2011) zase odhaduje, že přibližně 28 % lidí se schizofrenií žije nezávisle, 20 % žije ve skupinových domech a asi 25 % žije s rodinnými příslušníky. Zbývajících 27 % je buď bez domova, žije ve věznicích, v nemocnicích nebo pečovatelských domech. Panuje domněnka, že polovina všech osob se závažným duševním onemocněním zůstává neléčena.

Výzkumné šetření potvrdilo vliv komunitní péče ve všech šesti oblastech. Většina respondentů je schopna jasně konstatovat a definovat vliv komunitních služeb na kvalitu života.

Dotazovaní hovoří o tom, že samostatné bydlení je pro ně dosažitelné ve chvíli, kdy budou mít partnera. Což nekoreluje s tím, že někteří odmítají mít partnerský vztah, případně vnímají, jak je složité nalézt vhodného partnera.

V souvislosti s bydlením někteří vnímají, že by pro ně bylo z finančního hlediska dostupné bydlení mimo velká města, konkrétně mimo Prahu. Taktéž připouští variantu sdíleného bydlení, které je finančně dosažitelnější.

Rozsáhlá studie Hanssona et al. (2002) jednoznačně prokazuje, že osoby se schizofrenií, kteří bydlí samostatně, udávají vyšší kvalitu života, spojenou s pocíťovanou nezávislostí. Rovněž sociálních sítí těchto jedinců je vnímána jako širší.

V souvislosti s volnočasovými aktivitami jsou odpovědi respondentů rozdílné. Někteří dokážou definovat záliby, kterým se věnují. Jiní dávají nemožnost věnovat se koníčkům a aktivitám ve volném čase do souvislosti se symptomatikou schizofrenie ve smyslu bludů a halucinací a s negativními vedlejšími účinky léků. Někteří z respondentů v souvislosti s volnočasovými aktivitami hovoří o docházení do denního centra nebo do docházkové psychoterapeutické skupiny.

Studie Fowlera et al. (2009) udává, že lidé se schizofrenií se méně věnují zálibám a volnočasovým aktivitám a většinu volného času tráví pasivně. Což je spojováno



s negativní závažností symptomů. Závažnost onemocnění tedy negativně ovlivňuje trávení volného času. V souvislosti s volným časem Pěč & Probstová (2009) zmiňují rehabilitaci volného času. Ta se postupně vyvinula z rehabilitace pracovní. Cílem je účelné využití času, které dle studií pomáhá jedincům se schizofrenií přizpůsobit se každodennímu životu (Kielhofner, 1977 in Probstová & Pěč, 2009).

Výzkum má rovněž své limity a nedostatky. Limity výzkumu vnímám v absenci rozhovorů s ambulantními psychiatry nebo s rodinnými příslušníky. Cenné by byly rozhovory rovněž s pracovníky dalších institucí, kteří s respondenty spolupracují. Relativní nedostatek představuje velikost výzkumného souboru. Ačkoliv v souvislosti s interpretativní fenomenologickou analýzou se doporučuje menší výzkumný vzorek. Jedním z důvodů je bezesporu náročnost sběru dat. Primární důvod však představuje citlivost tématu. Řada takto nemocných jedinců má potíže otevřeně hovořit o své nemoci, což je určeno jednak povahou onemocnění a z ní vyplývajícími symptomů, ale také především následným rizikem stigmatizace, případně dekompenzace duševního stavu v souvislosti s paranoidní symptomatikou nemoci. Z hlediska stigmatizace představuje somatická nemoc odchylku, která je sociálně tolerována. Naproti tomu duševní onemocnění představuje odchylku psychickou a sociální zároveň. Což vymezuje a předurčuje postoj k jeho nositeli (Marková et al., 2006).

Stigma je spojováno s domnělou méněcenností a nositel stigmatu bývá okolím často razantně odmítán (Malá et al., 2002). Höschl et al. (2002) k problematice stigmatizace doplňuje, že v minulosti takto nemocní jedinci byli izolováni a zcela vyloučeni ze společnosti.

## 11 ZÁVĚR

V předkládané práci jsem výzkumně i teoreticky prozkoumala téma práce s lidmi se schizofrenií. Hlavním cílem rigorózní práce bylo popsat a interpretovat zkušenosti osmi respondentů trpících schizofrenií s čerpáním služeb komunitního terénního týmu v souvislosti s vlivem na kvalitu jejich života.

Výzkum byl realizován formou polostrukturovaných rozhovorů s předem daným schématem. Data získaná z rozhovorů s účastníky výzkumu byla detailně zpracována pomocí metody IPA (Interpretativní fenomenologická analýza). Výsledkem je šest identifikovatelných témat, která se prolínala uskutečněnými rozhovory s účastníky výzkumu: „oblast onemocnění“, „oblast hospodaření s finančními prostředky“, „oblast partnerských/rodinných vztahů“, „oblast sociálních vztahů“, „oblast bydlení“, oblast trávení volného času“.

Na otázku, jaký vliv má čerpání služeb komunitního terénního týmu na kvalitu život u osob se schizofrenií, lze díky výzkumu jednoznačně odpovědět, že tento vliv je velmi znatelný v pozitivním směru.

Spolupráce s pracovníky komunitní psychiatrie ovlivňuje průběh onemocnění, slouží jako prevence relapsu onemocnění, přispívá ke stabilizaci psychického stavu nemocných jedinců a slouží k začleňování těchto jedinců zpět do společnosti. U všech participantů výzkumu během spolupráce s komunitním terénním týmem došlo ke zlepšení v oblasti duševního zdraví a oblasti sociálních kontaktů.

Z výzkumného šetření lze konstatovat, že život se schizofrenií není snadný jak pro nemocnou osobu, tak pro její rodinu a blízké okolí. Onemocnění ve všech aspektech ovlivňuje výrazně kvalitu života nemocných jedinců. Nejpodstatnější pro tyto jedince je přijmout nemoc jako fakt, akceptovat ji ve všech ohledech, snažit se s ní vyrovnat a navzájem se podporovat. Velmi důležité pro tyto osoby je integrace do většinové společnosti a zabránění segregace a izolace duševně nemocných od běžné populace.

Nedostatek výzkumu představuje velikost výzkumného souboru. Do studie mohlo být zapojeno více participantů. Přínosné by byly rovněž rozhovory s ošetřujícími lékaři, především psychiatry, a dalšími pracovníky z pomáhajících profesí.

## 12 SOUHRN

Rigorózní práce přibližuje problematiku kvality života jedinců se schizofrenií. Detailněji se zabývá zkušeností nemocných osob s komunitní péčí. Zároveň zohledňuje vývoj a fungování komunitního přístupu v České republice. Zabývá se psychiatrickou péčí v České republice s důrazem na aktuálně probíhající reformu psychiatrie. V práci je podrobněji rozvedena tematika sociální psychiatrie s komunitní psychiatrií. Stručně nastiňuje vývoj a historii komunitní psychiatrie v zahraničí. S ohledem na zmíněná témata se práce snaží nastínit vnímání poskytované péče s jejími pozitivy a negativy a definovat vliv této péče na kvalitu života pacientů se schizofrenií. Klade si za cíl zohlednit dostupnost a dosažitelnost komunitních služeb a popsat zkušenosti s nimi v souvislosti s vnímáním kvality života.

Práce rovněž zohledňuje problematiku duševních onemocněních. Z okruhu těchto nemocí je kladen důraz na psychotický okruh onemocnění, především potom na schizofrenii. Více popisuje aspekty nemoci v souvislosti s kvalitou života jedinců trpících schizofrenií.

Cílovou skupinu participantů tvoří osoby s diagnózou schizofrenie, kteří aktuálně spolupracují s komunitním terénním týmem.

Důležitou položkou předkládaného výzkumu bylo zjištění, že skrze duševní nemoc jsou jedinci značně omezeni v kontextu kultury a zájmů. Další zjištění představuje absence uplatnění rodičovského pudu. Nemocní buď rodinu nemají a velmi po ní touží, nebo mají děti z doby před propuknutím onemocnění. U mnohých je touha po vlastní rodině sice velká, ale její realizace častokrát zavrhnutá. Další zjištění představuje finanční oblast. Kdy takto nemocní jsou většinou pobírateli invalidního důchodu a vzhledem k jeho výši nejsou schopni fungovat samostatně a sami sebe tak materiálně zajistit. Mnozí jsou odkázáni na pomoc rodiny, přátel a blízkého okolí. V souvislosti s finančním zajištěním často zmiňují touhu uplatnit se na pracovním trhu na celý úvazek, což mnozí reflektují jako složité, často až nemožné. Z toho tak plyne alarmující fakt a tím je vysoká nezaměstnanost psychotických osob na volném trhu práce a nedostatek příležitostí k ní v případě duševně nemocných jedinců. Jako masivnější je vnímána problematika zmiňovaných invalidních důchodů, jejichž výše v žádném případě nestačí k pokrytí základních potřeb v rámci samostatného fungování.

Velkou bariéru psychiatrické rehabilitace představuje problematika stigmatizace duševně nemocných. Téměř všichni dotazovaní uvedli zkušenost se stigmatem. Vzhledem k tomu, že se jedná negativní zkušenost, mají tito jedinci často určitou tendenci izolovat se od

společnosti. Rozhodně je zapotřebí pracovat na informovanosti širší společnosti, představit antistigmatizační kampaně a maximálně integrovat duševně nemocné.

Velkým tématem pro nemocné osoby představuje komunitní péče. Mnozí v ní vnímají základní podporu vedoucí ke zvýšení kvality jejich života.

Práce je rozčleněna na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část je věnována popisu psychiatrické péče v České republice. Rozvádí více problematiku komunitní psychiatrie. S ohledem na aktuálně probíhající reformu psychiatrie zohledňuje základní údaje a fakta související se Strategii reformy psychiatrické péče, která představuje zásadní dokument aktuálně probíhající reformy celého systému psychiatrické péče v České republice. Seznamuje s časovým harmonogramem a cíli reformy a více rozebírá vznikající Centra duševního zdraví. V souvislosti s komunitní psychiatrií zohledňuje komunitní péči v rámci České republiky a její vývoj. Důraz je kladen na popis duševních onemocnění, především pak z okruhu psychóz. V souvislosti s psychózou a komunitní péčí je část práce věnována kvalitě života nemocných osob se schizofrenií.

V praktické části je definována hlavní výzkumná otázka. Je zde popsán výzkumný soubor, který tvoří osm participantů. Všichni respondenti splňují diagnostická kritéria, která byla podmínkou pro účast ve výzkumu. Vzhledem k tématu práce byl kvalitativní výzkum realizován z perspektivy interpretativní fenomenologické analýzy, která klade důraz na odhalení vlastní zkušenosti. Pečlivou analýzou rozhovorů vyplynulo šest finálních témat, která se prolínala napříč rozhovory se všemi participanty.

Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s jeho podmínkami a s možností z výzkumu kdykoliv odstoupit bez udání důvodů. Zároveň jim byl předložen souhlas s účastí ve výzkumu. Ze strany výzkumníka jim byla zajištěna anonymita.

Závěr výzkumu jednoznačně potvrzuje, že spolupráce s pracovníky komunitního terénního týmu má zcela definovatelný vliv na kvalitu života nemocných jedinců. U všech dotazovaných během spolupráce došlo ke stabilizaci psychického stavu a ke snížení počtu rehospitalizací ve srovnání s předchozími obdobími.

Nedostatek představuje velikost výzkumného souboru, do které mohlo být zapojeno více participantů. Přínosná by byla rovněž realizace rozhovorů s ošetřujícími lékaři, rodinou a dalšími pracovníky z pomáhajících profesí.

## LITERATURA

- 1) Allness, D. (nedat.). The program of assertive community treatment. *New directions for mental health services*, Wisconsin. Získáno 4. února 2017 z <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=e0235b19-a105-4cc7-9768-28599c205987%40sessionmgr102&hid=129>
- 2) Allison DB., Mackell JA., McDonnell DD. (2003). The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54, 565–567. Získáno 1. září 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 3) Alptekin K, Akvardar Y, Akdede B, Dumlu K, Işik D, Pirinççi F et al. (2005). Is Quality of Life Associated with Cognitive Impairment in Schizophrenia? *Prog NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29, 239-244. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 4) Alshowkan A., Curtis J., White Y. (2012). Quality of life for people with schizophrenia: a literature review. *The Arab journal of psychiatry*, 23 (2), 122-131. Získáno z: <http://ro.uow.edu.au/cgi/>
- 5) Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, D. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: An overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12-20. doi: 10.4103/0253-7176.96149
- 6) Anders, M. et al. (2017). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.
- 7) Assertive community treatment. (nedat.) *National alliance on mental illness Minnesota*. Získáno 22. prosince 2016 z <http://www.namihelps.org/assets>
- 8) Appelbaum, P., Grisso, T. (1995). The treatment competence study: mental illness and competence to consent to treatment. *Law hum. Behav.*, 19, 105-126. Získáno 11. srpna z: <http://citeseerx.ist.psu.edu/>
- 9) Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2013). *Schizofrenie*. Praha: Mladá fronta.
- 10) Bankovská Motlová, L., Dragomirecká, E., Matelová, Š., Otevřelová, R., Čermáková, R., Čermák, J., . . . Kitzlerová, E. (2010). Edukace u schizofrenie: Jak pacienti a příbuzní hodnotí program prevence relapsu PREDUKA. *Časopis lékařů českých*, 149(1), 21-25.
- 11) Baštecká, B., Mach, J. et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál
- 12) Baštecký, J. (1997). *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén.

- 13) Bebbington, P. E., & Kuipers, E. (2011). *Schizophrenia and psychosocial stresses*. Chichester: John Wiley & Sons, 601-624. Získáno 1. září z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12591589>
- 14) Ben-Zeev, D., Brian, R., Aschbrenner, A., Jonatha, G., & Steingard, S. (2016). Video-based mobile health interventions for people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. doi: 10.1037/prj0000197
- 15) Ben-Zeev, D., Scherer, EA., Gottlieb, JD., Rotondi, AJ., Brunette, MF., Achtyes, ED....Kane, JM. (2016). Patient engagement with a mobile phone intervention following hospital discharge. *Journal of Medical Internet Research – Mental Health*, 3(3). doi: 10.2196/mental.6348
- 16) Bobes J. (2001). Quality of life in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc*, 42, 251. Získáno 2. září 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 17) Bobes J., Garcia-Portilla MP., Saiz PA., Bascaran T., Bousoño M. (2005). Quality of life measures in schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 20, 5313–5317. Získáno 2. září 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 18) Browne S., Roe M., Lane A., et al. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand.*, 94, 118–124. Získáno z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 19) Brohan E., Slade M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Services Research*, 10 (80), 2-11. doi: 10.1186/1472-6963-10-80
- 20) Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2),163. Získáno 1. září 2017 z: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.12.2092-c>
- 21) Cechnicki, A., Bielanska, A., Hanuszkiewicz, I., & Daren, A. (2013). The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia: A 20-year prospective study. *Journal of Psychiatric Research*, 47(2), 208-214. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.10.004
- 22) Cohen, N. (1990). *Psychiatry: Takes psychiatry to the streets*. New York: The Guilford Press.
- 23) Corrigan PW., Reinke RR., Landsberger SA., Charate A., Toombs GA. (2003). The effects of atypical antipsychotic medications on psychosocial outcomes. *Schizophr*

- Res*, 63, 97–101. Získáno 3. 2017 září z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 24) Čabanová, A. (3. ledna 2017). Psychiatrické nemocnice volají po miliardových investicích. Zaostávají. Získáno 25. srpna 2017 z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/udalosti/psychiatricke-nemocnice-volaji-po-miliardovych-investicich-zastaravaji-1327307>
- 25) Češková, E. (2005). *Schizofrenie a její léčba* (1. vydání). Praha: Maxdorf.
- 26) Češková, E. (2013). *Schizofrenie a její léčba* (3. vydání). Praha: Maxdorf.
- 27) Datto, C. (2000). Side effects of electroconvulsive therapy. Získáno 22. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 28) David, I. (4. března 2009). *Principy sociální psychiatrie*. Získáno 13. ledna 2017 z [http://cdzjesenik.cz/Principy\\_social.psychiatrie.pdf](http://cdzjesenik.cz/Principy_social.psychiatrie.pdf).
- 29) Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.
- 30) Dispenzarizace. (nedat). In Velký lékařský slovník. Získáno 14. ledna 2017 z <http://lekarske.slovniky.cz/pojem/dispenzarizace>
- 31) Drake, R. (2008). Brief history, current status, and future place of assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2). Získáno 13. ledna 2017 z <http://web.a.ebscohost.com>
- 32) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2005). *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
- 33) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
- 34) Drake, R., & Whitely R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59 (5), 236-242.
- 35) Eset, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika. (nedat). Eset, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika. Získáno 2. února 2017 z: <http://www.klinikaeset.cz>
- 36) Eset-Help. (nedat). Občanské sdružení Eset-Help. Získáno 2. února 2017 z: <http://www.esethelp.cz>
- 37) Falk, K., Allebeck, P. (2002). Implementing assertive community care for patients with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 280-286. Získáno 4. února 2017 z <http://web.b.ebscohost.com>
- 38) Fišar, Z. et al. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing.

- 39) Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál
- 40) Foitová, Z., Pěč, O., & Wenigová, B. (2011). *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- 41) Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., Mugford, M., Croudac, T. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis. *Psychol. Med.*, 39, 1627 – 1636. Získáno 11. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 42) Gale, J., Realpe, A., & Pedrali, E. (2008). *Therapeutic communities for psychosis*. East Sussex, Routledge.
- 43) GOJOVÁ, Alice. *Teorie a modely komunitní práce*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2006, 115 s. ISBN 80-7368-154-4.
- 44) Gorna K, Jaracz K, Rybakowski J. (2004). The importance of social support for quality of life of patients with schizophrenia. *Pol Psychiat*, 38(3), 443-452. Získáno 3. září 2017 z: <http://www.jpccr.eu/>
- 45) Hales, R., Yudofsky, S., & Talbot, J. (1999). *Textbook of Psychiatry*. Washington, D.C.: *American Psychiatric Press*
- 46) Hansson, L., Middelboe, T., Sørgaard, K. W., Bengtsson-Tops, A., Bjarnason, O., Merinder, L.,...Vinding, H. R. (2002). Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 343–350. Získáno 3. září 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 47) Haro JM., Edgell ET., Novick D., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic treatment for schizophrenia: 6-month results of the PanEuropean Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (SOHO) study. *Acta Psychiatr Scand.*, 111, 220–231. Získáno 3. září 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 48) Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- 49) Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál
- 50) Hejzlar, P. (2014). *Zapojování psychiatrů do komunitních služeb*. X. sjezd psychiatrické společnosti ČSL JEP. Získáno 4. ledna 2017 z: [http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/Hejzlar\\_sjezd%20PS\\_140614.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/Hejzlar_sjezd%20PS_140614.pdf)
- 51) Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.



- 52) Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 53) Hesse, K., Kriston, L., Mehl, S., Wittorf, A., Wiedemann, W., Wölwer, W., & Klingberg, S. (2015). The vicious cycle of family atmosphere, interpersonal self-concepts, and paranoia in schizophrenia—A longitudinal study. *Schizophrenia Bulletin*, 41(6), 1403-1412. doi: 10.1093/schbul/sbv055
- 54) Hollý, M. (nedat). Martin Hollý v Diagnóze F: *Pro schizofrenika jsou obtížné i běžné životní situace*. Získáno 1. března 2017 z: <http://www.iskerka.info/clanky/20141201-Martin-Holly-Pro-schizofrenika.pdf>
- 55) Hoof, F. et al. (2015). The role of national polices and mental health care systems in the development of community care and community support: an international analysis. *Journal of Mental Health*, 1-6. doi:10.3109/09638237.2015.1036973
- 56) Hosáková, K. (2016). *Negativní symptomy u schizofrenie a jejich souvislosti s kognitivními funkcemi*. (Nepublikovaná disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.
- 57) Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum.
- 58) Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tisig.
- 59) Jarošová, D. (2007). *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada Publishing.
- 60) Jablensky, A. (2011). Diagnosis and revision of the classification systems. In W. Gaebel (Ed.), *Schizophrenia: Current science and clinical practice* (1-30). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- 61) Katschnig H. How useful is the concept of quality of life in Psychiatry? In: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, eds. *Quality of Life in Mental Disorders*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd; 2005:3–17
- 62) Kilian R., Dietrich S., Toumi M., Angermeyer MC (2004). Quality of life in persons with schizophrenia in out-patient treatment with first- or second-generation antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand.*, 110, 108–118. Získáno 3. září 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>
- 63) Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). *Interpretativní fenomenologická analýza*. Brno: Masarykova univerzita.
- 64) Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing.
- 65) Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing.
- 66) Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Triton

- 67) Lakeman, R. (2001). *Towards assertive community care*. Získáno 3. února z <http://www.testandcalc.com/Richard/resources/ACT.pdf>
- 68) Lam, D., Kuipers, L., & Leff, J. (1993). Family work with patients suffering from schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 233-237. Získáno 15. března 2017 z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=39e6e203-3650-4bfd-ab39-a5f3ed8bbc12%40sessionmgr103&hid=116>
- 69) Leff, J., Sharpley, M., Chisholm, D., Bell, R., & Gamble, C. (2001). Training community psychiatric nurses in schizophrenia family work. *Journal of Mental Health* 10(2), 189-197. Získáno 18. března 2017 z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=39e6e203-3650-4bfd-ab39-a5f3ed8bbc12%40sessionmgr103&hid=116>
- 70) Lehman AF., Postrado LT., Rachoba LT. (1993). Convergent validation of quality of life assessment for persons with severe mental illness. *Qual Life Res.*, 2, 327–333. Získáno 30. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 71) Lehmann, H. E., & Ban, T. A. (1997). The history of the psychopharmacology of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 156-162. Získáno 30. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 72) Libiger, J. (2001). Stigma duševního onemocnění. *Psychiatrie*, 1, 38–40.
- 73) Lorenc, J. (2008). *O krizové intervenci a krizových centrech*. Získáno z <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1732>
- 74) Lysaker, P. H., & Roe, D. (2014). Strong subjective recovery as a protective factor against the effects of positive symptoms on quality of life outcomes in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 55(6), 1363–1368.  
doi:10.1016/j.comppsy.2014.04.022
- 75) Lysaker P. H., Buck, K. D., & Hammoud, K. (2007). Psychotherapy and schizophrenia: an analysis of requirements of individual psychotherapy with persons who experience manifestly barren or empty selves. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, Practice*, 80, 377–87.  
doi:10.1348/147608306X159361
- 76) Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing.
- 77) Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* (2):CD000050. Získáno 30. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- 78) Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. (2011) *Cochrane Database of Systematic Reviews*,4:CD001089. Získáno 29. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 79) Mattila, T., Koeter, M., Wohlfarth, T., Storosum, J., van den Brink, W., de Haan, L., . . . Denys, D. (2015). Impact of DSM-5 changes on the diagnosis and acute treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 41(3), 637-643. doi: 10.1093/schbul/sbu172
- 80) MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- 81) Matoušek, O. a kol. (2013). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
- 82) Messer, S. (2002). Evidence-based psychotherapy. *Medscape General Medicine*, 4(4). Získáno 16. února 2017 z <http://www.medscape.com>
- 83) Ministerstvo zdravotnictví ČR. (8. října 2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Získáno 10. ledna 2017 z [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)
- 84) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 85) Mueser, KT., Bond, GR., & Drake, RE. (2001). Community based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Medscape General Medicine* 3(1). Získáno 15. srpna 2017 z: <http://www.medscape.com/viewarticle/430529>
- 86) Murphy S. et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. (2012) *Cochrane Database of Systematic Reviews*,; 5:CD001087.
- 87) Nabil, A. (2014). Managing schizophrenia in the midst of schizophrenia – the role of assertive community treatment. *Medicine & Health*, 9(2), 139-142. Získáno 4. února 2017 z <http://web.a.ebscohost.com>
- 88) Naber D., Moritz S., Lambert M., et al. (2001). Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs. *Schizophr Res.*, 50, 79–88. Získáno 27. srpna 2017 z: <http://www.medscape.com/>
- 89) Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- 90) Orel, M. et al. (2016). *Psychopatologie – nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.

- 91) Owen, A., Sood, L., Ward, S., & Wood, R. (nedat.). *ACT to FACT*. Získáno 2. února 2017 z [http://www.nfao.org/Resource\\_Library/Andy\\_Owen\\_ACT-to-FACT.pdf](http://www.nfao.org/Resource_Library/Andy_Owen_ACT-to-FACT.pdf)
- 92) Patterson TL, Kaplan RM, Jeste D. (1999). Measuring the effect of treatment on quality of life in patients with schizophrenia: focus on utility based measures. *CNS Drugs*, 12, 49–64. Získáno 28. srpna 2017 z: <http://www.medscape.com/>
- 93) Payne, J. a kol. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton
- 94) Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78. Získáno 16. února 2017 z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>
- 95) Pěč, O. & Probstová, V. (2009). *Psychózy*. Praha: Triton.
- 96) Pěč, O. (2007). *Sociální psychiatrie – živé i zatracované téma*. Získáno 13. ledna 2017 z [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_4\\_167.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_4_167.pdf)
- 97) Pěč, O. (23. října 2012). *Sociální psychiatrie*. In Wikiskripta. Získáno 14. ledna 2017 z [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Sociáln%C3%AD\\_psychiatrie](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Sociáln%C3%AD_psychiatrie)
- 98) Pěč, O. (nedat.). *Komunitní péče o duševně nemocné*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví
- 99) Péče o duševní zdraví. (2010). *Na cestě ke komunitní psychiatrii*. Pardubice: Petr, T., Marková, E. et al. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing
- 100) Praško, J. (2005). *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: MedicalTribune Group
- 101) Probstová, V. (2005). *Sociální práce s duševně nemocnými*. Praha: Portál.
- 102) Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- 103) Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Triton.
- 104) Raboch, J., Pavlovský, P. et al. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 105) Raboch, J., & Wenigová, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče*. Praha: Česká psychiatrická společnost.
- 106) Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén
- 107) Renwick L, Jackson D, Foley S, Owens E, Ramperti N, Behan C et al. (2012). Depression and Quality of Life in First-Episode Psychosis. *Compr Psychiatry*, 53(5), 451-455. Získáno 17. srpna 2017 z:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- 109) Ritsner M., Gibel A., Perelroyzen G., Kurs R., Jabarin M., Ratner Y. (2004). Quality of life outcomes of risperidone, olanzapine, and typical antipsychotics among schizophrenia patients treated in routine clinical practice. A naturalistic comparative study. *J Clin Psychopharmacol*, 24, 582–591. Získáno 30. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 110) Říčan, P. (leden 2007). *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné*. Text k přednášce
- 111) Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- 112) Shaw, R. L. (2001). Why use interpretative phenomenological analysis in Health Psychology? *Health Psychology Update*, 10, 48-52. Získáno 18. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 113) Skutil, M. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál.
- 114) Schrank, M., Amering, A., Hay G. A., Weber, M., & Sibitz, I. (2014) Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23, 271–279.  
doi:10.1017/S2045796013000322
- 115) Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). Interpretative phenomenological analysis. *Theory, Method and Research*. London: Sage Publications. Získáno 28. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 116) Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. London: Sage
- 117) Smith, J.A. (1999). "Identity development during the transition to motherhood: An interpretative phenomenological analysis". *Journal of reproductive and infant psychology*, 17(3), 281-299. Získáno 30. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 118) Smith, Osborne (2003). *Interpretative Phenomenological Analysis*. Získáno 17. srpna 2017 z: [http://med-fom-familymed-research.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/IPA\\_Smith\\_Osborne21632.pdf](http://med-fom-familymed-research.sites.olt.ubc.ca/files/2012/03/IPA_Smith_Osborne21632.pdf)
- 119) Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.

- 120) Strassnig M., Brar JS., Ganguli R.(2003). Body mass index and quality of life in community-dwelling patients with schizophrenia. *Schizophr Res.*, 62, 73–76.  
Získáno 17. srpna 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- 121) Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha
- 122) Talandová, H. (2017). *Zkušenosti s asertivní komunitní péčí*. (Nepublikovaná diplomovaná magisterská práce). Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci
- 123) Tiliosová, P., & Matuška, V. (2004). *Stručný průvodce psychosociální rehabilitací*. Praha: Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus
- 124) Thornicroft, G., & Tansella, M. (2001). *The principle underlying community care*. Oxford: Oxford University Press.
- 125) Thompson, A., Larkin, M. (2012). *Interpretative phenomenological analysis*. University of Birmingham, 99 - 116 Doi: 10.1002/9781119973249
- 126) Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 127) Vodáčková, D. et al. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- 128) Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- 129) Walsh, J., Hochbrueckner, R., Corcoran, J., & Spence, R. (2016). The lived experience of schizophrenia: A systematic review and meta-synthesis. *Social Work in Mental Health*, 14 (6), 607–624, doi:10.1080/15332985.2015.110015
- 130) Warner, R., & Girolamo, G. (1995). *Schizophrenia*. Geneva: World Health Organization.
- 131) World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1992
- 132) *What is F-ACT?* (nedat). F-ACT Nederland. Získáno 3. února 2017 z: <https://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>
- 133) Ziguras, S., & Stuart, G. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410-1421.  
Získáno 18. února 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11058189>
- 134) Zvolský P. et al. (1996a). *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 135) Zvolský P. et al. (1996b). *Speciální psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova.

## **SEZNAM TABULEK**

<b>Tabulka 1:</b>	<b>Poskytovatelé lůžkové péče v ČR</b>	<b>13</b>
<b>Tabulka 2</b>	<b>Počet pacientů v roce 2015 v ČR</b>	<b>15</b>
<b>Tabulka 3:</b>	<b>Klasifikace duševních poruch</b>	<b>40</b>
<b>Tabulka 4:</b>	<b>Fáze nemoci</b>	<b>48</b>
<b>Tabulka 5:</b>	<b>Subtypy schizofrenie dle MKN-10</b>	<b>49</b>
<b>Tabulka 6:</b>	<b>Kritéria MKN-10 pro schizofrenii</b>	<b>50</b>
<b>Tabulka 7:</b>	<b>Charakteristika výzkumného souboru</b>	<b>68</b>
<b>Tabulka 8:</b>	<b>Přehled finálních témat</b>	<b>84</b>

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha 1:**            **Abstrakt v českém a cizím světovém jazyce**
- Příloha 2:**            **Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**
- Příloha 3:**            **Dotazy k polostrukturovanému rozhovoru**



## **Příloha 1: Abstrakt v českém a cizím světovém jazyce**

### **ABSTRAKT**

**Název práce:** Vliv čerpání služeb komunitní péče na kvalitu života osob se schizofrenií:

Interpretativní fenomenologická analýza

**Autor práce:** Mgr. Helena Talandová

**Počet stran a znaků:** 112 (216 271)

**Počet příloh:** 3

**Počet titulů použité literatury:** 135

#### **Abstrakt:**

Hlavním cílem rigorózní práce je popsat a interpretovat zkušenosti jedinců trpících schizofrenií s čerpáním služeb komunitního terénního týmu v souvislosti s vlivem na kvalitu jejich života. Výzkum byl realizován na vzorku osmi lidí, z toho pěti žen a tří mužů, ve věku 29-57 let.

Práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou. Teoretická část seznamuje s tematikou sociální psychiatrie s ohledem na probíhající reformu v systému psychiatrické péče v České republice. Dále se zabývá problematikou schizofrenie s ohledem na kvalitu života. Výzkumná část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo popsat zkušenosti osob se schizofrenií s komunitní péčí a dát je do souvislosti s vnímáním kvality života. Součástí výzkumné části je rovněž popis zařízení, v jejichž rámci probíhal sběr dat.

Výzkum byl realizován formou rozhovorů. Data získaná z rozhovorů s účastníky byla detailně zpracována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledkem rozhovorů je šest tematických oblastí, které se jeví jako podstatné v souvislosti s kvalitou života a komunitní péčí. Jednotlivé tematické oblasti obsahují dílčí podtémata. Možné interpretace výzkumných zjištění jsou pojednány v diskusi. Rovněž jsou zmíněny přínosy a limity práce.

**Klíčová slova:** psychiatrie, schizofrenie, komunitní, interpretativní fenomenologická analýza, kvalita

## **SUMMARY OF THESIS**

**Title:** Effect of community care on the quality of life of schizophrenic people:  
Interpretative phenomenological analysis

**The author:** Mgr. Helena Talandová

**Number of pages and characters:** 112 pages (216 271)

**Number of appendices:** 3

**Number of references:** 135

### **Summary:**

The aim of this study is to describe and interpret the experience of individuals suffering from schizophrenia with community care in connection with the influence on their quality of life. The research was carried out on a sample of eight people, including five women and three men, aged 29-57 years. The work is divided into theory and research. The theoretical part introduces the theme of social psychiatry with regard to the ongoing reform in the system of psychiatric care in the Czech Republic. It also deals with the issue of schizophrenia with regard to the quality of life. The research part is processed in the form of qualitative research, the aim of which was to describe the experience of persons with schizophrenia with the community care and to put them into context with the perception of quality of life. Part of the research section is also a description of the equipment, where the information were collected.

The research was carried out in the form of interviews. Data obtained from the interviews with the participants was processed using interpretative phenomenological analysis. The result of the interviews is six thematic areas that emerged as relevant in the context of quality of life and community care. Each of the thematic areas contain sub-subtopics. Possible interpretation of the research findings is dealt with in the discussion. Also are discussed the benefits and limits of the work.

**Key words:** psychiatry, schizophrenia, community, interpretative phenomenological analysis, quality

## **Příloha 2: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**

### **Informovaný souhlas**

V souladu s příslušnými ustanoveními zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, uděluji Heleně Talandové souhlas ke zpracování svých osobních a citlivých údajů, poskytnutých v rozhovoru v rámci výzkumu s názvem „Vliv čerpání služeb komunitní péče na kvalitu života osob se schizofrenií.“

Dávám své svolení výzkumnici, aby materiál, který jsem jí poskytl/a, použila pro účely rigorózní práce, popř. pro odborné publikace a prezentace vycházející z tohoto výzkumu. V souvislosti s tím dávám souhlas k nahlížení do odborné dokumentace.

Souhlasím s pořizováním poznámek během rozhovoru. poznámek během rozhovoru. Dávám souhlas k tomu, že výzkumnice může citovat informace, které jí poskytují, při zachování anonymity týkající se mých osobních údajů.

Souhlasím, že jsem byl/a obeznámen/a se zachováním důvěrnosti a anonymity formou změny křestního jména i jmen blízkých osob.

Souhlasím s tím, že jména organizací mohou zůstat nezměněna.

Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho ukončení.

Rovněž беру na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli, podle svého vlastního uvážení, vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

### **Příloha 3: Schéma rozhovoru**

- Proč jste se rozhodl/a se mnou spolupracovat na výzkumu?
- Z jakého důvodu spolupracuje s komunitním terénním týmem? A jak dlouho?
- Kdo inicioval spolupráci s komunitním terénním týmem?
- Jak vnímáte tuto spolupráci?
- Jak tato spolupráce probíhá?
- Vyhovuje Vám spolupráce?
- Pokud ano, tak v čem? Pokud ne, tak v čem?
  
- Jak byste popsal/a Vaše onemocnění?
- Jak vnímáte Vaše onemocnění?
- Jak byste popsal/a Váš aktuální život?
- Jak byste popsal/a stručně průběh Vašeho dosavadního života?
- Dokázal/a byste definovat kvalitu Vašeho života?
- Dokáže popsat, jak jste vnímal/a Váš život před diagnostikováním onemocnění?
- Změnil/a byste něco ve Vašem životě?
- Pokud ano, tak co konkrétního? A z jakého důvodu?
- Máte nějaké plány do budoucna?
- Pokud ano, můžete je konkretizovat?
- Máte nějakou představu, co byste mohl/a učinit, aby se Vaše plány uskutečnily?
- Máte nějakou představu, co by pro uskutečnění těchto plánů mohlo učinit Vaše okolí?
- Pokud ano, kdo konkrétně? A jak?
  
- Máte nějaká doporučení pro ostatní jedince s duševním onemocněním?
- Pokud ano, jaká to jsou? Co by měli na základě Vaší zkušenosti učinit?
- Co by naopak činit neměli?

#### *Doplňující otázky*

- Věk, vzdělání, zaměstnání, invalidní důchod
- Partnerský život, vztahová minulost

