

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

**2014–2016**

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**Dominika Zvolenská**

**Rozvoj možností vzdělávání rodinných příslušníků osob  
s vážným duševním onemocněním**

Praha 2016

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

MASTER COMBINED STUDIES

2014-2016

**DIPLOMA THESIS**

**Dominika Zvolenská**

**The development of the opportunities for the family  
members taking care of seriously mentally ill people**

Prague 2016

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne.....

Dominika Zvolenská

## **Poděkování**

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce Doc. PhDr. Jaroslavu Veteškovi, Ph.D. za odborné vedení práce, za pomoc a cenné rady při zpracování této práce.

## **Anotace**

Diplomová práce se zabývá problematikou osob s vážným duševním onemocněním a zvláště jejich rodinnými příslušníky. Cílem práce je poskytnout ucelené informace o duševních onemocněních a především vlivu zátěže na pečovatele o tyto osoby. Rodinní příslušníci mají své specifické potřeby, mezi zásadní patří dostatek informací o nemoci svého blízkého a dále potřeba sdílet své zkušenosti a problémy. Hlavním andragogickým přínosem práce je navrhnout možnosti řešení této andragogické interakce formou edukačního programu pro rodinné příslušníky. Práce je rozdělena do tří pilířů. První, teoretická část, vymezuje duševní onemocnění, možnosti léčby, zátěž pro pečující osoby a jejich specifické potřeby, možnosti edukace. Druhá, empirická část, doplněná o praktické zkušenosti z praxe autorky, identifikuje na základě výsledků kvalitativních metod vzdělávací potřeby rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním. Třetí část obsahuje návrh konkrétního vzdělávacího programu pro osoby pečující o duševně nemocné členy rodiny.

## **Klíčová slova**

Duševní onemocnění, léčba duševních onemocnění, potřeby rodiny, psychoedukace, psychosociální rehabilitace, rodinný příslušník, vzdělávací program.

## **Annotation**

The master thesis deals with the issue of the people who suffer from serious mental illness and with their family members who take care of them. The aim of the thesis is to provide comprehensive information on mental illnesses and especially the influence of the stress on the caregiver who takes care of these mentally ill people. The family members have their own specific needs, including having enough information about the disease that their family members suffer from, as well as the need to share their experience and problems. The main andragogical goal of this work is to propose possible solutions of this andragogical interaction in the form of the educational programme proposal for family members. The thesis is divided into three parts. The first, theoretical part, defines the mental illness, its treatment options, the burden on the caregivers and their specific needs, the possibilities of education. The second, empirical part, which is supplemented with the author's practical experience, identifies on the basis of the results of the qualitative methods, the educational needs of the family members who take care of people with mental illness. The third part contains a proposal of the specific training programme for caretakers of the mentally ill family members.

## **Keywords**

Educational programme, family member, family needs, mental illness, treatment of mentally ill people, psychoeducation, psychosocial rehabilitation.

## OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>12</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA VÁŽNÝCH DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>12</b>
1.1 Schizofrenie a její příčiny, průběh, prognóza a prevence relapsu .....	15
1.2 Rozdělení schizofrenie.....	17
1.3 Příznaky schizofrenie.....	19
<b>2 MOŽNOSTI LÉČBY.....</b>	<b>22</b>
2.1 Farmakoterapie .....	24
2.2 Komunitní péče a psychosociální rehabilitace.....	25
2.3 Psychoterapie .....	30
2.4 Psychoedukace.....	33
2.5 Poradenství.....	35
2.6 Stigmatizace.....	37
<b>3 RODINA A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ.....</b>	<b>41</b>
3.1 Fáze vyrovnání se s nemocí .....	42
3.2 Role duševně nemocného v rodině .....	45
3.3 Zátěž u pečujících členů rodiny .....	47
3.4 Komunikace a míra vyjadřování emocí v rodině.....	48
<b>4 PODPORA A PRÁCE S RODINOU .....</b>	<b>51</b>
4.1 Potřeby členů rodiny .....	53
4.2 Svépomocné skupiny rodičů .....	55
<b>5 RODINNÁ PSYCHOEDUKACE.....</b>	<b>57</b>
5.1 Účinnost rodinné psychoedukace .....	58
5.2 Témata a formy rodinné psychoedukace .....	59
5.3 Rodinná psychoedukace v České republice.....	61
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>64</b>
<b>6 METODOLOGIE PRŮZKUMU.....</b>	<b>64</b>
6.1 Hlavní cíl průzkumu a průzkumná otázka .....	64

6.2	Metoda průzkumu .....	65
6.3	Technika sběru a přípravy dat.....	66
6.4	Průzkumný soubor .....	67
6.5	Analýza dat .....	70
6.6	Zpracování rozhovorů.....	71
6.7	Vyhodnocení rozhovorů .....	84
<b>7 NÁVRH VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY .....</b>		<b>87</b>
7.1	Cíle vzdělávacího programu .....	87
7.2	Základní údaje o vzdělávacím programu.....	87
7.3	Formy a metody vzdělávacího programu .....	89
7.4	Obsah – stručná charakteristika jednotlivých vzdělávacích modulů .....	91
7.5	Organizační a lektorské zajištění vzdělávacího programu .....	96
7.6	Výstupy, hodnocení vzdělávacího programu .....	97
<b>ZÁVĚR .....</b>		<b>98</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>		<b>101</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>		<b>106</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>		<b>107</b>



## ÚVOD

Duševní onemocnění, schizofrenie a nejčastěji označení nebezpečný schizofrenik jsou termíny, které se v poslední době objevují v médiích stále častěji. Často vlnu diskuzí vyvolá nějaká událost, která vyvolá vlnu kritiky, potřebu hledat viníka, potřebu odsouzení. Vlivem událostí poslední doby a vlivem velmi negativních diskuzí v médiích je vyvíjen velký tlak na každého člověka trpícího vážným duševním onemocněním. Nástroje boje se stigmatizací duševně nemocných selhávají a naopak je stigma duševní nemoci stále silnější. Stigma zasahuje nejen dotyčného trpícího duševní nemocí, ale i jeho rodinu a nejbližší okolí.

Péče o duševně nemocné v České republice je oproti celosvětovým trendům moderní psychiatrie charakteristická nízkým podílem na celkových zdravotních výdajích, přetrvávající a převážnou koncentrací péče v psychiatrických léčebnách, nerovnoměrně rozmístěnou akutní lůžkovou péčí a nedostatečně rozvinutou komunitní péčí. Duševní onemocnění patří na rozdíl od jiných závažných onemocnění k takovým, která nejsou na první pohled viditelná a zratelná, přesto ve svých důsledcích mají závažné a bezprostřední dopady jak na postižené jedince, tak i na jejich rodiny a blízké. Rodina je pro duševně nemocného jedince hlavním a někdy i jediným poskytovatelem pomoci a péče, ve velkém procentu žijí rodinní příslušníci s nemocným ve společné domácnosti. Rodinní příslušníci jsou chtě nechtě vtaženi bez přípravy, informací a podpory do péče o nemocného 24 hodin, 7 dní v týdnu. Součástí úspěšné léčby duševních onemocnění je harmonické, klidné a spolehlivé zázemí. Z praxe a zkušeností autorky práce je zratelné, že právě rodinní příslušníci mají na utváření bezpečného prostředí, které je součástí úspěšné léčby nezanedbatelný podíl. Přitom právě rodinní příslušníci osob s vážným duševním onemocněním jsou nejčastěji ohroženi psychickým a fyzickým vyčerpáním, stigmatizací, izolací, vztahovými, komunikačními, ekonomickými a sociálními problémy. Tyto rizikové faktory a stresové prostředí výrazně ovlivňují další průběh léčby a zvyšují riziko a počet hospitalizací nemocného. Je tedy nutné, se jako součást komplexní léčby zabývat i prací s rodinou nemocných a jejich specifickými potřebami.

Autorka spatřuje jako zásadní andragogické téma nedostatek informací, a to v případě samotných nemocných jedinců, tak i jejich rodinných příslušníků, kteří často v počátku nemoci neznají ani správnou diagnózu onemocnění. Autorka si jako cíl práce stanovuje sledovat edukační souvislosti této andragogické interakce, tj. jak efektivně edukovat rodinné příslušníky a jejich nemocné členy rodiny.

Hlavní andragogický přínos práce vidí autorka ve vytvoření konkrétního návrhu vzdělávacího programu, který bude určen rodinným příslušníkům osob s vážným duševním onemocněním. Návrh vzdělávacího programu bude vytvořen na základě identifikace vzdělávacích potřeb cílové skupiny formou průzkumu. Kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů se autorka v práci pokusí poskytnout odpověď na hlavní průzkumnou otázku: „*Jaké jsou vzdělávací potřeby rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním?*“.

Posouzení těchto zjištěných vzdělávacích potřeb povede k výše zmíněnému zpracování návrhu vzdělávacího programu, prostřednictvím jehož by rodinní příslušníci získali potřebné informace o nemoci, o jejich projevech, léčbě a prevenci, komunikaci s duševně nemocným a službách pro duševně nemocné. Pozitivním přínosem po absolvování vzdělávacího programu by následně mělo být zlepšení fungování rodiny, snížení rizikových faktorů, zlepšení péče o duševně nemocné v jejich přirozeném rodinném prostředí a snížení počtu hospitalizací.

Práce bude rozdělena do třech pilířů – teoretického, empirického a vzdělávacího. Cílem teoretické části práce bude přinést základní teoretické poznatky o duševních onemocněních, možnostech jejich léčby a vymezit problematiku související s cílovou skupinou rodinnými příslušníky. V prvních kapitolách budou definována závažná duševní onemocnění a následně detailně popsána jedna z nejčastějších a nejzávažnějších duševních nemocí – schizofrenie. Právě s tímto druhem onemocnění se autorka ve své praxi setkává nejčastěji. V dalších kapitolách se práce bude zabývat rodinou, jako významným faktorem majícím vliv na úspěšnost léčby duševních onemocnění, fázemi vyrovnání se rodiny s nemocí, zátěží pečujících členů rodiny, komunikací v rodině. Následující kapitola popíše možnosti podpory a práce s rodinou a potřeby členů rodiny. Poslední kapitola teoretické části se bude zabývat rodinnou psychoedukací, stěžejními tématy, možnostmi a stavem současné psychoedukace v České republice.

Druhý, empirický pilíř práce bude zaměřen na analýzu vzdělávacích potřeb cílové skupiny, rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním. Hlavním cílem bude identifikovat konkrétní vzdělávací potřeby cílové skupiny a následně na základě těchto zjištění navrhnout vzdělávací program pro rodinné příslušníky pečující o osoby s vážným duševním onemocněním. K naplnění cíle bude využita metoda kvalitativního výzkumu. Sběr dat bude probíhat technikou polostrukturovaných rozhovorů, kdy budou osloveni rodinní příslušníci pečující o duševně nemocného člena rodiny a využívající služeb organizace Fokus Mladá Boleslav.

Třetí, andragogicky zaměřený pilíř, se bude věnovat na základě identifikace vzdělávacích potřeb v předchozí empirické části návrhu konkrétního vzdělávacího programu pro rodinné příslušníky osob s vážným duševním onemocněním. Nejprve budou popsány cíle vzdělávacího programu, dále základní údaje o vzdělávacím programu a použité formy a metody. Obsah programu bude rozdělen do modulů, jejichž detailní obsah bude popsán v následující podkapitole. Následně se pak autorka bude v návrhu věnovat také organizačnímu a lektorskému zjištění, výstupům a hodnocení vzdělávacího programu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHARAKTERISTIKA VÁŽNÝCH DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Duševní poruchy představují velkou a specifickou skupinu nemocí tvořící v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN10) samostatnou kapitolu označenou písmenkem F a následnými dvěma až čtyřmi číslicemi (F00 – F99). V této mezinárodně uznávané a používané klasifikaci jsou ke každé skupině duševních poruch uvedena diagnostická kritéria, včetně popisu klinicky rozpoznatelných souborů příznaků, sloužící jako platná vodítka pro stanovení konkrétní diagnózy.

Světová zdravotnická organizace (WHO) uvádí, že právě duševní poruchy patří mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. Vyskytují se nejvíce v produktivním věku, přináší dlouhodobé hospitalizace, invaliditu a celkové sociální selhávání. Každá dlouhodobá duševní porucha má negativní psychologický, ekonomický a sociální dopad na postiženého jedince, jeho rodinu, příbuzné i celou společnost.<sup>1</sup>

Odhad součtů přímých (zdravotnických i nezdravotnických) a nepřímých nákladů na léčbu duševních poruch v České republice odhadl v roce 2010 Ethler na více než 100 miliard korun. Nepřímé náklady jsou u duševně nemocných způsobené invaliditou, pracovní neschopností a zkrácením střední délky života. Více než čtvrtina invalidních důchodů třetího stupně je zapříčiněna duševní poruchou.<sup>2</sup>

Weeghel uvádí, že většina lidí se závažnými psychickými poruchami pocítuje kromě symptomů své nemoci značná omezení ve svém každodenním fungování. Mezi tyto nepříznivé životní okolnosti patří nízký příjem, chybějící sociální podpora, dlouhodobé hospitalizace, sociální bariéry, stigmatizace, nedostupnost služeb komunitní péče. Většina lidí důsledkem této situace žije izolovaně, nemá partnera,

---

<sup>1</sup> MALÁ, E., P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 10. ISBN 80-7178-700-0.

<sup>2</sup> ETHLER, E. et al. *Náklady na poruchy mozku v České republice*. [online]. [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/naklady-na-poruchy-mozku-v-ceske-republice-40577>.

nemá placené zaměstnání, v mnohých případech ani žádný strukturovaný denní program. Jedinci takto izolovaní nemají často kromě své rodiny žádnou sociální síť.<sup>3</sup>

U závažných duševních onemocnění se v zahraniční literatuře i praxi můžeme setkat s označením Serious/severe Mental Illness (SMI). Tato skupina osob je při neadekvátní pomoci a péči nejvíce ohrožena chronifikací nemoci, častými hospitalizacemi a sociálním vyloučením.

Skupina SMI je definována délkou trvání nemoci a zároveň mírou narušení fungování v běžném životě, u některých autorů je součástí i diagnóza dle výše zmíněné MKN 10.

Označení SMI je použito, pokud psychická porucha:

- Trvá déle než 2 roky.
- Dojde k závažnému zneschopnění a funkčnímu narušení pod 50 a méně bodů na škále vyšetření celkového fungování Global Assessment of Functioning (GAF). Jde o stobodovou škálu obsahující jak symptomy nemoci, tak praktické a sociální fungování postižené osoby. Skóre 50 bodů této škály znamená postižení ve všech zmíněných oblastech fungování pod úroveň 50%.
- Byla stanovena diagnóza dle MKN 10 (nejčastěji kapitoly F2 – psychózy, F3 – poruchy nálad a F6 – poruchy osobnosti).<sup>4</sup>

Využívané pro charakteristiku cílové skupiny osob s vážným duševním onemocněním bývá také Libermanovo pravidlo 3D. Je definováno jako:

- DISABILITY (zneschopnění) – u člověka dochází k omezení a narušení sociálních rolí, které vyžaduje pomoc v delším časovém horizontu.
- DURATION (trvání) – onemocnění trvá déle než 2 roky.
- DISORDER (druh duševní nemoci) – nejčastější psychózy 60%, afektivní poruchy 25%, poruchy osobnosti 10%, ostatní diagnózy 15%.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> WEEGHEL, J. *Komunitní péče pro lidi s psychickým onemocněním*. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009, s. 16. ISBN 978-80-7387-253-3.

<sup>4</sup> ROZVOJ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. [online]. [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

<sup>5</sup> LIBERMAN, R. P. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009, s. 97. ISBN 978-80-7387-253-3.

Nejzávažnější a nejčastější duševní onemocnění patří do okruhu psychóz. Psychóza je obecný pojem pro okruh onemocnění, pro které je charakteristická změna prožívání člověka vůči sobě i okolí, skutečnost se mění na bludy a fantazie, člověk ztrácí náhled a kontakt s realitou, aniž si toho je vědom. Společná je u psychóz příčina onemocnění, způsobená nerovnovážným systémem přenášení dopaminu v mozku a z tohoto faktu vyplývající i podobná léčba onemocnění. Psychózy ovlivňují všechny oblasti života, který zásadním způsobem znehodnocují.<sup>6</sup>

Psychologický slovník definuje psychózy jako „*těžké duševní choroby, při nichž je zpravidla ztracen kontakt jedince s realitou, vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány, chybí vědomí nemoci*“<sup>7</sup>.

MKN 10 skupinu psychotických onemocnění označuje kódy F20 – F29. Podrobnější dělení dle MKN 10 je následující:

- F20 Schizofrenie.
- F21 Schizotypní porucha.
- F22 Trvalé duševní poruchy s bludy.
- F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy.
- F24 Indukovaná porucha s bludy.
- F25 Schizoafektivní poruchy.
- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy.
- F29 Nespecifikovaná neorganická psychóza.<sup>8</sup>

V následující podkapitole se práce bude věnovat podrobnějšímu popisu jedné z nejzávažnějších psychóz – schizofrenii. Vzhledem ke zkušenostem autorky z praxe bude i empirická část práce věnována rodinným příslušníkům osob, které trpí právě schizofrenním onemocněním.

---

<sup>6</sup> WEIMEROVÁ, M. *Psychózy*. [online]. [cit. 2015-09-16]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/co-to-jsou-psychozy>

<sup>7</sup> HARTL, P., H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 489. ISBN 978-807-36-75-691.

<sup>8</sup> *Poruchy duševní a poruchy chování*. In MKN 10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. 10. revize. 1. vyd. Praha: Bomton agency, s. r. o., 2008, s. 197-203. ISBN 978-8090-425-03.

## 1.1 Schizofrenie, příčiny, průběh, prognóza a prevence relapsu

Pojem schizofrenie (z řeckého schizein – rozštěp a phren – mysl) poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler pro popis nemoci způsobující rozštěp různých psychických funkcí. Schizofrenie patří do okruhu nejčastějších a nejzávažnějších psychotických onemocnění.

MKN 10 definuje: „*Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Osobnost je postižena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie. Nemocný má často pocit, že jeho nejintimnější myšlenky, pocity a činy jsou známy nebo sdíleny jinými lidmi. Mohou se rozvinout bludné interpretace, že přírodní nebo nadpřirozené síly ovlivňují pacientovo myšlení a jednání, a to často bizarní formou. Běžné jsou především sluchové halucinace, hlasy mohou komentovat chování nebo myšlení pacienta. Barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné. Nepodstatné nebo obyčejné věci se mohou stát důležitější než celý předmět nebo situace. U typické schizofrenní poruchy myšlení jsou kladeny do popředí okrajové a nepodstatné rysy celku, tím se myšlení stává nepřesné, nespojitelné a neproniknutelné.*“<sup>9</sup>

### Příčiny, průběh, prognóza a prevence

Dle Probstové a Pěče se nemoc vyskytuje stejně často u mužů i žen, nejčastěji v dospívání a rané dospělosti v rozmezí mezi 15 až 35 rokem. Výskyt se uvádí u 1% populace bez ohledu na rasu, zeměpisnou polohu a sociokulturní vlivy.

Příčina schizofrenie není jednoznačně objasněna. V poslední době se nejčastěji prosazuje model multifaktoriální podmíněnosti, kdy vznik nemoci vzájemně ovlivňují a podmiňují genetické, biologické faktory, dědičné dispozice, faktory prostředí, vývojové změny, specifické zkušenosti a podněty a jejich vzájemná interakce.

První atace nemoci předchází tzv. prodromy. Jde o nespecifické příznaky jako depresivní ladění, úzkost, vztahovačnost, náladovost, nedostatek sebevědomí. Nemocný

---

<sup>9</sup> *Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, s. 187. ISBN 80-851-2111-5.*

se postupně začíná měnit a uzavírá se do sebe, ztrácí původní zájmy. Tyto pozvolné projevy bývají často mylně připisovány projevům dospívání. První nápadné projevy lze vystopovat i 2 až 5 let zpětně od propuknutí akutní fáze nemoci, a to často již od 15. roku věku. Přitom právě délka neléčeného období nemoci velmi negativně ovlivňuje její prognózu.<sup>10</sup>

Bankovská-Motlová a Španiel podporují teorii tzv. kritického období na počátku onemocnění, tedy právě v období první ataky. Teorie uvádí, že pokud se zabrání rozvoji nemoci v počátku, předejde se dalším atakám a celková prognóza nemoci je pak dobrá. Komplexní, včasná léčba v počátku onemocnění zahrnující farmakoterapii i psychosociální rehabilitaci zvyšuje pravděpodobnost příznivého výsledku léčby.<sup>11</sup>

Další průběh onemocnění bývá často rozmanitý a těžko předvídatelný. Dle Rabocha může být chronický, zcela bez přechodných zlepšení (remisí) nebo epizodický, probíhající v atakách s rostoucím nebo stabilním defektem, či v atakách střídající úplné bezpříznakové nebo částečné remise.<sup>12</sup>

Ataky popisují Bankovská-Motlová a Španiel jako období zahrnující pozitivní, negativní i kognitivní příznaky, které mohou trvat až 6 měsíců. V plně rozvinuté atace dochází ke ztrátě náhledu a nemocný bývá obvykle hospitalizován. Opět platí, že čím dříve se léčba zahájí, tím rychleji se stav lepší. Následné období ústupu příznaků se nazývá remise. Platí, že čím je větší počet relapsů, tím menší je pravděpodobnost úplné remise. Čím větší je počet relapsů, tím hůře nemocný zvládá běžný život a léčba méně zabírá. Každý relaps zanechává morfologické a funkční změny v mozku nemocného, které následně ovlivní jeho celkové fungování. Proto je prevence relapsu stěžejním cílem léčby schizofrenie.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> PROBSTOVÁ, V., O. PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Portál, 2014, s. 41- 48. ISBN 978-80-262-0731-3.

<sup>11</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 34. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>12</sup> RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ, D. JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4.vyd. Praha: Triton, 2006, s. 75. ISBN 80-7254-746-1.

<sup>13</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 31. ISBN 978-80-204-2993-3.



Zda se v budoucnu objeví další ataka nemoci (tzv. relaps) popisuje třetinové pravidlo. U jedné třetiny nemocných nedochází po první atace k dalším zhoršením nemoci a stav se zlepší bez jakýchkoli následků. Druhé třetiny nemocných má opakované ataky a remise, které mohou být bezpříznakové či částečně s příznaky. Poslední třetina nemocných má trvalý a chronický průběh nemoci kdy nedochází k žádné remisi psychotických příznaků.

### **Prevence relapsu**

Relaps psychózy provázejí vždy prodromální příznaky. Papežová zdůrazňuje jako prevenci důležitost jejich včasného podchycení. Nutné je jejich sledování lékařem minimálně 1x týdně a ideální je zapojení rodinných příslušníků. Zmiňuje v této souvislosti unikátní preventivní projekt ITAREPS zaměřený na rychlé a včasné rozpoznání varovných příznaků relapsu onemocnění. Principem je, že nemocný a jeho rodinní příslušníci podávají 1x týdně formou textové zprávy informaci o aktuálním stavu. Program pak následně automaticky, v případě rizika relapsu, informuje lékaře o nutnosti jeho intervence.<sup>14</sup>

## **1.2 Rozdělení schizofrenie**

Vágnerová u schizofrenie rozlišuje 4 základní typy:

- Paranoidní schizofrenie: nejčastější typ, může se objevit i ve vyšším věku. Prognóza léčby tohoto typu vcelku úspěšná. Charakterizovaná trvalými bludy, často s persekčním obsahem, provázené též poruchami vnímání a myšlení, především vzhledem k bludnému výkladu reality. Často se objevují halucinace, zejména hlasy, které něco přikazují. Nemocný trpí ztrátou vůle, nedokáže se přinutit k jakékoliv aktivitě.

---

<sup>14</sup> PAPEŽOVÁ, H. et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015, s. 315. ISBN 978-80-7345-425-8.

- Hebefrenní schizofrenie: objevuje se v období adolescence a rané dospělosti, často se projevuje jako prohloubená puberta s podivným klackovitým a nezodpovědným chováním, nápadným způsobem uvažování, šaškováním neodpovídajícím věku. Typickým projevem je porucha myšlení, porucha emočního prožívání i sociálního chování. Častá je zpočátku hypomanická nálada, ze které postupně dochází k přechodu do apatie a netečnosti. Nápadný je v chování nedostatek zábrán, sociální necitlivost, hrubost a vulgarita. Tento typ má špatnou prognózu.
- Katatonní schizofrenie: méně často se objevující typ nemoci. Je specifická nápadnostmi v oblasti motoriky a pohybových schopností. Obvykle má dvě formy, produktivní (vyznačující se nadměrnou a nepřiměřenou aktivitou) a stuporózní (projevující se naopak zpomalením či úplným útlumem jakékoliv činnosti).
- Simplexní schizofrenie: projevuje se plíživě, sociální nepřizpůsobivostí a leností. Nemocný neakceptuje běžné sociální normy, je bez zájmu, nečinný, toulá se, je apatický často až autistický. Nemocný není schopen zvládnout věci běžné péče, osobnost postupně upadá až na úroveň demence.

Toto rozdělení je dle Vágnerové teoretické, v praxi se jednotlivé formy překrývají či přechází do jiné a průběh nemoci je značně různorodý. V praxi se často vyskytují i kombinované formy.<sup>15</sup>

MKN 10 rozděluje schizofrenii podrobněji na:

**F20.0 Paranoidní schizofrenie** (nejčastější, dominující trvalé paranoidní často persekční bludy a halucinace, nejčastěji sluchové, včetně poruch vnímání).

**F20.1 Hebefrenní schizofrenie** (dezorganizovaná schizofrenie, s příznaky podobnými pubertě, nápadné změny afektivity, nepřiměřená nálada i emoce, manýrování, nevhodné chování, prchavé bludy a halucinace, rozvolněné myšlení, neologismy, nezvyklá slovní spojení, celkově špatná prognóza způsobená rychlým rozvojem negativních příznaků, diagnostikována pouze v dospívání).

---

<sup>15</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 345-349. ISBN 978-80-7367-414-4.

F20.2 **Katatonní schizofrenie** (s extrémními psychomotorickými příznaky mezi extrémy hyperkineze po stupor, strnulý postoj, zuřivý neklid, povelový automatismus, vosková ohebnost).

F20.3 **Nediferencovaná schizofrenie** (příznaky není možné zařadit k žádnému z výše uvedených typů).

F20.4 **Postschizofrenní deprese** (depresivní syndrom, rozvinutý v důsledku předchozí schizofrenní ataky s přetrvávajícími příznaky psychózy, zvýšené riziko sebevraždy).

F20.5 **Reziduální schizofrenie** (chronické stadium onemocnění, kde převažují negativní příznaky jako pasivita, oploštělá emotivita, ztráta zájmu a pasivita, poruchy osobnosti a koncentrace, chudost řeči, špatná nonverbální komunikace, snížená péče o vlastní osobu, sociální izolace).

F20.6 **Simplexní schizofrenie** (plíživý rozvoj podivínského chování, celkový pokles výkonnosti a úpadek celkového projevu jedince, ochuzené prožívání, stereotypní projevy).

F20.8 **Jiná schizofrenie.**

F20.9 **Schizofrenie nespecifikovaná.**<sup>16</sup>

### 1.3 Příznaky schizofrenie

Dle Vágnerové není u schizofrenie jednotný klinický obraz. Symptomy jsou různorodé, je možné je dělit podle toho, zda se projevují jako nadměrné, zkrácené projevy běžných funkcí (pozitivní příznaky) nebo naopak jejich úbytkem (negativní příznaky).<sup>17</sup>

Bankovská-Motlová a Španiel rozdělují specifické symptomy schizofrenie do 4 skupin:

---

<sup>16</sup> *Poruchy duševní a poruchy chování.* In MKN 10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.* 10. revize. 1. vyd. Praha: Bomton agency, s. r. o., 2008, s. 197-199. ISBN 978-8090-425-03.

<sup>17</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 4.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 336. ISBN 978-80-7367-414-4.

## 1. Psychotické (pozitivní symptomy)

Pozitivní příznaky bývají velmi viditelné a výrazné v akutní fázi onemocnění.

Patří sem:

- Ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání, vysílání myšlenek.
- Bludy – mylná, bizarní přesvědčení, mylná interpretace vjemů a prožitků, velmi časté a vyskytující se až u 90% nemocných. Pro bludy je typická chorobnost a nevyvratitelnost.
- Halucinace – nejčastěji sluchové tzv. hlasy až u 50% nemocných, obsahově nepříjemné, často slyší nemocný jeden nebo více hlasů, které nepřetržitě komentují jeho chování nebo myšlenky. Objevit se mohou zrakové (vidiny), taktilní nebo i čichové a chuťové halucinace.
- Dezorganizace řeči – nesouvislé mluvení z cesty, neschopnost udržet téma, projev je inkohrentní, postrádá gramatickou vazbu. Myšlení se zastavuje, dochází k zárazům řeči nebo echolalii, kdy pacient opakuje, co říká druhý.
- Dezorganizace chování se projevuje zanedbáním vnějšího vzhledu včetně extrémních nápaditostí v oblékání. Nemocný nepřijímá potravu, není schopen dodržet denní režim, udržet okolo sebe pořádek.
- Poruchy motoriky projevující se zvýšeným neklidem nebo naopak úplným ztuhnutím tzv. stuporem.

## 2. Negativní symptomy

Jsou přítomny paralelně s příznaky pozitivními, ale viditelné bývají až po odeznění akutních psychotických příznaků. Řadíme mezi ně plochý afekt, sníženou emoční reaktivitu, chudost řeči, ztrátu zájmu o okolí, ztrátu energie, neschopnost prožívat radost a pocity beznaděje, naprostou ztrátu vůle. Pacient nemá k ničemu motivaci, je apatický, vyhýbá se okolí, není schopen se radovat ani plakat. Právě tato bezvýhodná situace a depresivní ladění bývají často riziková pro suicidální jednání.

### 3. Kognitivní symptomy

Postihují kognitivní (poznávací) funkce, především pozornost, paměť, schopnost reagovat na změny, řešit konstruktivně problémy. Nemocný je nejistý v sociálních situacích, má zhoršené komunikační dovednosti, trpí nedostatkem sebedůvěry i důvěry v ostatní.

### 4. Afektivní symptomy – symptomy depresivní nebo manické

Mezi další méně specifické symptomy nemoci patří poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkosti a pocity napětí. Nemocný vždy postupně ztrácí kontakt s realitou, je si jist, že je vše v pořádku, ztrácí náhled na své onemocnění. Ztráta náhledu bývá zdrojem konfliktů s okolím a také velmi častým důvodem odmítání léčby.<sup>18</sup>

Dle Kučerové znamená schizofrenie „*nemoc v pohybu, nemoc postupující a měnící se v čase, kdy spolu jednotlivé příznaky různě souvisejí, vzájemně se ovlivňují a tvoří nikoliv prostý, ale integrovaný celek*“<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 14-21. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>19</sup> KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, s. 9. ISBN 978-802-4720-456.

## 2 MOŽNOSTI LÉČBY

Schizofrenie je nemoc rozmanitá a obtížně předvídatelná. Čím dříve je určena správná diagnóza a zahájena komplexní léčba, tím větší je její úspěšnost a šance nemocného vrátit se na úroveň fungování před vznikem nemoci. Významný je hlavně úplný počátek onemocnění, období první ataky nemoci. Jaká efektivní léčba je v tomto období zvolena rozhoduje o dalším vývoji onemocnění. Správně zvolená komplexní léčba rozhoduje o průběhu a výsledném stavu nemoci. Při nedostatečné a neefektivní léčbě onemocnění se zhoršují symptomy nemoci, zvyšuje pravděpodobnost hospitalizací a to vše má negativní vliv na nemocného, jeho rodinu i okolí.<sup>20</sup>

Bankovská-Motlová a Španiel uvádí jako cíl moderní léčby schizofrenie nejen odstranění symptomů, ale především úzdravu. Úzdravu, nebo také zotavení či tzv. recovery popisují jako stav, při kterém dochází jak k absenci příznaků nemoci, tak i zároveň schopnosti člověka obstát v životních situacích, schopnosti žít spokojený život navzdory omezením, která přináší nemoc.<sup>21</sup>

Anthony popisuje úzdravu jako hledání nového způsobu života navzdory omezením, které přináší nemoc. Nejde o uzdravení jako takové, ale o hledání cesty, jak žít dále, jak fungovat, aby měl život dále smysl a kvalitu. Jde o hledání nového smyslu života, při kterém člověk mění své cíle, přání, postoje k sobě, nemoci a okolí. Přičemž tento proces může trvat celý život a není lineární. Právě úzdrava z následků nemoci totiž bývá náročnější než uzdravení z nemoci samotné.<sup>22</sup>

Dle Bankovské-Motlové a Španiela lze tohoto stavu dosáhnout kombinací farmakoterapie a psychosociální rehabilitace. Komplexní moderní léčbu duševních onemocnění je proto nutné chápat jako komplexně propojený přístup všech zdravotních a sociálních služeb, jehož cílem je zlepšení či udržení kvality života nemocných,

---

<sup>20</sup> SCHIZOFRENIE 24x7. *Význam efektivní a včasné léčby na vývoj onemocnění*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z <http://www.schizophrenia24x7.cz/early-treatment>

<sup>21</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 51. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>22</sup> ANTHONY, W. A. *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1900s*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: [http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony\\_Recovery\\_Article.pdf](http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony_Recovery_Article.pdf)

redukce symptomů nemoci, zlepšování fungování v běžném životě, prevence relapsu onemocnění a již zmíněné zotavení.

Zároveň však upozorňují na zaostávající systém komplexní psychiatrické péče v České republice, kdy farmakoterapeutická léčba je sice dostupná všem, ale psychosociální rehabilitace pouze zlomku nemocných po první atace.<sup>23</sup>

Vybíral a Roubal zmiňují, jako velmi úspěšné, široké a propojené spektrum poskytovaných služeb od hospitalizace v akutních stavech, přes ambulantní a udržovací farmakoterapeutickou a psychoterapeutickou dlouhodobou léčbu. Doplněnou o poskytování psychosociální rehabilitace včetně psychoedukačních programů pro nemocné a jejich rodinné příslušníky, důslednou komunitní síť služeb s možností podporovaného zaměstnávání, bydlení i kvalitního trávení volného času.<sup>24</sup>

Vágnerová zmiňuje především skutečnost, že léčba schizofrenie je dlouhodobý proces, ve kterém dochází k výkyvům, střídání období remisí a atak, proměnám symptomů a vzniku postprocesuálních změn. Do kombinované a komplexní léčby schizofrenie tak spadají farmakoterapie (perorálně nebo injekčně podávaná antipsychotika a léky pro zvládnání dalších nežádoucích stavů), psychosociální rehabilitace (v oblasti pracovní, vzdělávání, bydlení, sociálních vztahů a kontaktů), psychoterapie (individuální a skupinová terapie, kognitivně behaviorální terapie, rodinná terapie) a psychoedukace (edukace nemocných a jejich rodinných příslušníků). Farmakoterapie je významná především pro zvládnání akutních stavů, po jejich překonání je nedílnou součástí léčby psychoterapie a psychosociální rehabilitace.<sup>25</sup>

---

<sup>23</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 51. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>24</sup> VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL. *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 477. ISBN 978-80-7367-682-7.

<sup>25</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 365. ISBN 978-80-7367-414-4.

## 2.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie – léčba psychofarmaky, léky ovlivňujícími psychické funkce jedince. Vhodně zvolená medikace by měla nemocného člověka zbavit symptomů nemoci, udržet tento stav a minimalizovat vedlejší účinky léků.

Mezi nejčastěji používaná psychofarmaka řadíme antipsychotika (zmenšují či úplně odstraňují symptomy psychóz), anxiolytika (zbavují krátkodobé úzkosti), antidepresiva (zbavují dlouhodobě depresí a úzkostí), stabilizátory nálady – tymoprofylaktika (omezují výkyvy nálady), hypnotika (ovlivňují kvalitu spánku). Mezi nejčastější formu podání léků patří perorální podání, formou tablet. Méně časté u nás, ale přesto velmi účinné hlavně pro nespolupracující pacienty je depotní (injekční) podávání medikace, která se následně pomalu po dobu 2 až 4 týdnů uvolňuje do organismu.

V současné době se jako neúčinnější u psychóz ukazuje léčba antipsychotiky (dříve neuroleptika). Antipsychotika fungují na bázi blokace dopaminových receptorů, na jejichž základě pak mizí či slábnou halucinace a bludy, zklidňuje se hyperaktivita, agrese, manická nálada, mizí narušené vnímání a myšlení, snižují riziko relapsu. Bohužel stejně zásadní mohou být projevy nežádoucích účinků (třes, rigidita – útlum, svalová ztuhlost, akatizie, suchost sliznic či naopak nadměrné slinění, poruchy libida, zvýšená hladina prolaktinu, zvýšená chuť k jídlu a nadváha, poruchy metabolismu aj.). To bývá u některých nemocných častým důvodem odmítní léčby. Uvádí se také, že až 80% pacientů nedodrží léčbu, často z důvodu absence náhledu na nemoc a absence dostatku informací o nemoci a její léčbě.<sup>26</sup>

Pro délku léčby antipsychotiky se uvádí obecná pravidla, kdy po první atace se užívají minimálně 1 rok, optimálně 2 roky, po dvou atakách nemoci alespoň 5 let a při více atakách po celý život. Bankovská-Motlová a Španiel uvádí poznatek z praxe: „i po 5 letech udržovací léčby s absencí příznaků dochází přibližně v 70% k relapsu do 1 roku po vysazení antipsychotika“<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> ROZVOJ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. [online]. [cit. 2015-09-17]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

<sup>27</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 57. ISBN 978-80-204-2993-3.



Dle Kučerové je farmakoterapie u schizofrenie velice individuální, volba vhodných léků velice složitá. Platí, že pokud má být léčba úspěšná, je nutná spolupráce pacienta při léčbě. Vždy je nutné dodržovat zásadu postupného navyšování medikace do dosažení žádoucího stavu a postupného snižování medikace na tzv. udržovací hladinu po odeznění akutních příznaků nemoci.

V některých velmi závažných případech, kdy je léčba farmakorezistentní se používá elektrokonvulzivní terapie (ECT) a to vždy pouze v průběhu hospitalizace.<sup>28</sup>

Fürst uvádí, že i přes vysokou účinnost farmakoterapie není možné úplné uzdravení bez současné přítomnosti a návaznosti psychosociální rehabilitace, edukace a psychoterapie.<sup>29</sup>

## 2.2 Komunitní péče a psychosociální rehabilitace

Rozvoj komunitní péče jde v posledních třech desetiletích celoevropsky ruku v ruce s procesem deinstitucionalizace psychiatrické péče. Foitová popisuje nové trendy péče o vážně duševně nemocné, které znamenají především snahu o snižování nemocničních lůžek a naopak navyšování péče v přirozeném prostředí a komunitě. Komunitní péči definuje jako systém služeb odborné pomoci a podpory, včetně poskytování potřebných a vhodných intervencí včas a na správné úrovni tak, aby nemocný mohl žít v přirozeném prostředí a byl co nejvíce soběstačný. Jako významnou považuje kromě péče o nemocného i péči a podporu o jeho okolí, aby právě ono mohlo vhodně nemocným pomáhat.<sup>30</sup>

---

<sup>28</sup> KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 91-94 . ISBN 978-80-247-4733-0.

<sup>29</sup> FÜRST, A. *Psychofarmakoterapie, psychoterapie a jejich kombinace*. In: FÜRST, A., P. HEJZLAR, A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004, s. 87-94 . ISBN 80-7262-271-4.

<sup>30</sup> FOITOVÁ, Z. *Komunitní péče, aneb aby péče o duši neztratila duši*. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 208-214. ISBN 978-80-7387-253-3.

Hejzlar definuje komunitní péči jako: „jednu z metod sociální práce, která se zaměřuje na pomoc lidem v rámci místní komunity, snaží se určit jejich sociální potřeby, zvážit nejúčinnější způsoby naplnění potřeb a pracovat na jejich naplnění do té míry, jak to umožňují zdroje, které mají k dispozici“<sup>31</sup>.

Podle Hejzlara patří mezi nejvýznamnější metody práce uplatňované v komunitní péči case management a psychosociální rehabilitace, a také v naší komunitní péči zatím nenaplněné multidisciplinární mobilní týmy. Právě flexibilní a mobilní péči o nemocné přímo v jejich přirozeném prostředí vidí jako velmi efektivní a praktickou. Klíčová je také vzájemná a propojená spolupráce všech složek léčebné péče, sociální péče i neprofesionální péče o nemocného z jeho okolí. Bohužel v České republice komunitní psychiatrie jako taková stále není, hovořit můžeme pouze o jednotlivých poskytovatelích komunitních služeb, které tvoří z převážné většiny neziskové nestátní organizace. Systém naší komunitní péče je tak značně fragmentizovaný na péči zdravotnickou a sociální.<sup>32</sup>

Komunitní péče by podle Matouška a kol. měla být zaměřena komplexně na potřeby duševně nemocných lidí a jejich blízkých v místním společenství. Síť služeb by měla být dostupná, flexibilní, měla by zahrnovat prevenci stigmatizace nemocných. Důraz klade na podporu rodin a blízkých duševně nemocných a práci se sociální sítí klientů prostřednictvím multidisciplinárních týmů, které jsou založeny na spolupráci specialistů jednotlivých profesí a vzájemné koordinaci spolupráce. Jako základní složky komunitní péče jmenuje Matoušek moderní psychiatrickou rehabilitaci, případové vedení – case management a týmovou – multidisciplinární spolupráci.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> HEJZLAR, P. *Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace*. In: FURST, A., P. HEJZLAR, A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004, s. 99. ISBN 80-7262-271-4.

<sup>32</sup> HEJZLAR, P., M. HALÍŘ a M. FIALA. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné*. [online]. [cit. 2015-09-25]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08\\_hejzlar\\_3\\_2010.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08_hejzlar_3_2010.pdf)

<sup>33</sup> MATOUŠEK, O., J. KODYMOVÁ, J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 134- 145. ISBN 978-80-7367-818-0.

## Case management

U nás bývá tato metoda také nazývána jako „případové vedení“ jehož primárním rysem je individuální přístup k jednotlivým klientům a jejich potřebám. Stuchlík jej charakterizuje jako metodu práce realizovanou multidisciplinárním týmem složeným z řad sociálních pracovníků, psychiatrických sester, psychiatrů, psychologů, terapeutů a také lidí s vlastní zkušeností s nemocí tzv. peer konzultantů. Prostřednictvím spolupráce těchto složek a zároveň asertivní nabídkou služeb špatně spolupracujícím klientům dochází ke snižování míry institucionální péče a počtu hospitalizací a přenesení opory a péče do přirozeného prostředí.<sup>34</sup>

## Psychosociální rehabilitace

Z andragogického pohledu definuje Veteška rehabilitaci jako souhrn speciálních pedagogických postupů, jejichž cílem je zlepšení kvality života postižených jedinců, kterým lze upravit společenské vztahy, obnovit narušené praktické schopnosti a dovednosti a zlepšit možnosti jejich seberealizace.<sup>35</sup>

V literatuře se setkáváme s pojmy psychiatrická nebo psychosociální rehabilitace. V současnosti se oba tyto pojmy používají souběžně se stejným významem a platí pro ně definice Anthonyho: „*Psychiatrická rehabilitace pomáhá lidem s dlouhodobými psychiatrickými problémy a postiženími zvýšit jejich fungování tak, aby byli úspěšní a spokojení v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory.*“<sup>36</sup>

Pěč k psychiatrické rehabilitaci uvádí, že je v současnosti svými přístupy a mnoha směry hlavní součástí komunitní péče o duševně nemocné. Její postupy navazují a prolínají se s farmakoterapeutickou a psychoterapeutickou léčbou. Jako společné a hlavní rysy vidí snahu dát nemocným naději na lepší život, smysluplné trávení

---

<sup>34</sup> STUCHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba: Case management*. 1.vyd.Praha: Fokus Books, 2001, s. 9.

<sup>35</sup> VETEŠKA, J. *Mediace a probace v kontextu sociální andragogiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015, s. 39. ISBN 978-80-7478-898-7.

<sup>36</sup> ANTHONY, W. A. In: VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL. *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 475. ISBN 978-80-7367-682-7.

volného času, práce a volnočasové aktivity, aktivní zapojení nemocných do rehabilitačního procesu.

V praxi Pěč psychiatrickou rehabilitaci rozděluje dle oblastí svého působení. Mezi stěžejní oblasti rehabilitace patří práce – zaměstnávání, bydlení, vzdělávání a sociální kontakty.

### **Rehabilitace v oblasti pracovní**

Pracovní rehabilitace se zaměřuje na všechny aktivity a činnosti, které rozvíjí pracovní dovednosti a kompetence duševně nemocných jedinců. Jejimi hlavními úkoly jsou příprava jedince pro práci a uplatnění na trhu práce a zároveň hledání či vytváření vhodných pracovních míst a příležitostí. Většina duševně nemocných i přes svá omezení a handicapy pracovat chce. Právě pracovní rehabilitace jim má pomoci překonávat překážky v podobě diskriminace, stigmatizace, nedostatečné kvalifikace, deficitů v oblasti sociálního fungování a komunikace, omezené nabídky vhodných pracovních pozic.

Aby byla pracovní rehabilitace úspěšná, musí mít následující po sobě jdoucí kroky:

- připravenost pro pracovní rehabilitaci (aktivní účast na plánování),
- příprava (zjišťování pracovních dovedností, poradenství, job cluby, edukativní programy),
- adaptace (trénink sociálních a pracovních dovedností, např. v centrech denních aktivit, trénink kognitivních funkcí),
- podporování v chráněných podmínkách (chráněné dílny, sociální firmy),
- přechodné zaměstnávání (podpora zaměstnavatelů),
- podporování na volném pracovním trhu.

### **Rehabilitace v oblasti bydlení**

Potřeba stabilního zázemí, jistoty, nestresujícího prostředí, bezpečí a soukromí jsou pro duševně nemocného člověka významnými potřebami a často právě jejich neuspokojení bývá překážkou v úzdravě. Proto mezi hlavní rehabilitační cíle v oblasti bydlení patří:

- umožnit duševně nemocným bydlet samostatně a nezávisle,
- podporovat získání a udržení dovedností potřebných k životu v běžném prostředí (vedení domácnosti, nakupování, hospodaření s penězi, vaření),
- naučit jedince nést zodpovědnost za sebe, svůj život a náklady s ním spojené (samostatné jednání s úřady, využívání veřejných služeb),
- předcházet dlouhodobým hospitalizacím v léčebných psychiatrických zařízeních ze sociálních důvodů,
- omezit závislost duševně nemocných jedinců ve vyšším věku na svých blízkých,
- umožnit jedinci plně se začlenit do běžné populace (začleňování se do různých sociálních rolí).

Mezi nejčastěji rozšířené možnosti v oblasti bydlení, které se liší mírou podpory a formou poskytovaných služeb pak patří: chráněné bydlení, domy na půl cesty, komunitní (skupinové) bydlení, podporované bydlení.

### **Rehabilitace v oblasti vzdělávání**

Tato oblast má nezanedbatelné místo, jelikož převážná část závažných duševních onemocnění propuká v období rané dospělosti, tedy době, kdy se většina mladých lidí teprve připravuje na svou budoucí profesi. Nedokončená studia, absence praxe a pracovních zkušeností bývají velkým problémem při snaze o uplatnění na trhu práce. Zde mají uplatnění především programy podporovaného vzdělávání, které poskytují pomoc a podporu všem jedincům, kteří chtějí dále studovat, vrátit se ke studiu či s ním nově začít.

Do této široké oblasti spadají i další možnosti vzdělávání jako edukační programy dobrého zdraví zaměřené na prevenci, zdravý životní styl či redukci nadváhy a psychoedukační programy pro nemocné a jejich blízké.

### **Rehabilitace v oblasti sociální**

Duševní nemoc má kromě jiných devastujících dopadů zásadní vliv na sociální role a vztahy. Nemocní mají často vlivem nemoci sklony se sociálně izolovat a tak se dříve nebo později jejich sociální síť stává minimální. Zároveň mají problém s udržením

a navazováním sociálních kontaktů. To postupně snižuje jejich sociální dovednost, schopnost komunikace, ztrácí úplně veškeré své sociální role.

Cíle rehabilitačních programů v této oblasti pak jsou:

- nácvik a obnovení sociálních rolí,
- obnova komunikačních dovedností,
- obnova a vytváření nové sociální sítě,
- zvyšování sebedůvěry a sebevědomí,
- zvládání stresu a napětí,
- emocionální podpora a posilování motivace,
- volnočasové aktivity a smysluplné využití volného času,
- pěstování zdravých každodenních návyků.

Mezi nejčastější specializované služby u nás patří: centra denních aktivit, denní stacionáře, svépomocné skupiny.<sup>37</sup>

Úspěšné zotavování z duševní nemoci dle Vybírala a Roubala vyžaduje komplexní, koordinovanou, provázanou a dlouhodobou podporu všech složek péče, nazývanou v moderní psychiatrii jako multidisciplinární přístup.<sup>38</sup>

## 2.3 Psychoterapie

Psychoterapii definuje Kratochvíl jako souhrn léčebných metod a činností, při kterých dochází k záměrnému ovlivňování a sociální interakci. Pomocí léčebného působení psychologickými prostředky dochází k působení na nemoc či poruchu a následnému zmírnění nebo úplnému odstranění potíží a jejich příčin. V průběhu psychoterapeutického procesu dochází ke změně v prožívání a chování nemocných.

---

<sup>37</sup> PĚČ, O. et al. *Psychiatrická rehabilitace*. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009, s. 94-129. ISBN 978-80-7387-253-3.

<sup>38</sup> VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL. *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 492. ISBN 978-80-7367-682-7.

Mezi základní dva cíle psychoterapie pak Kratochvíl řadí odstranění patologických příznaků a dále reedukaci, resocializaci a rozvoj osobnosti nemocného.<sup>39</sup>

Prochaska a Norcross poskytují definici psychoterapie: „*psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobnostní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí*“<sup>40</sup>.

Kučerová zdůrazňuje, že psychoterapie u duševně nemocných je zcela odlišná od jiných diagnostických skupin. Především pro svůj profesionálně empatický, chápavý a akceptující přístup k často absurdním a nepochopitelným projevům duševně nemocných klientů.<sup>41</sup>

Podle Vybírala a Roubala mezi hlavní cíle u psychoterapie lidí s vážným duševním onemocněním patří: zmírňování až úplné vymizení symptomů nemoci, zvyšování kvality života, prevence relapsu nemoci, snižování počtu hospitalizací, zamezení sociální izolaci, zlepšení fungování v sociálních vztazích v rodině i v okolí, zvyšování sebedůvěry a sebevědomí, změna sebepojetí, zvládání stavu úzkosti a strachu, snižování stresu a napětí, kontrola emocí a afektů, posilování kognitivních funkcí a snižování jejich deficitů.

Následně popisují některé nejčastěji používané psychoterapeutické přístupy v léčbě vážných duševních onemocnění:

### **Kognitivně behaviorální terapie (KBT)**

Cílem KBT je u duševně nemocného klienta zvyšování náhledu a upevňování kontroly nad pozitivními příznaky, snižování dopadu pozitivních symptomů, především hlasů a halucinací na chování nemocného, včetně snižování jejich frekvence a míry přesvědčení nemocného o jejich pravdivosti. Samotný proces se kromě vyšetření klienta a navázání terapeutického vztahu skládá například z nácviku metod zvládání symptomů,

---

<sup>39</sup> KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997, s. 13- 17. ISBN 80-7178-179-7.

<sup>40</sup> PROCHASKA, J. O., J. C. NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999, s. 16. ISBN 80-7169-766-4.

<sup>41</sup> KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013, s. 93. ISBN 978-80-247-4733-0.

zpochybňování pravdivosti bludných přesvědčení a hlasů, upevňování nabytých dovedností.

KBT lze využít i při práci s rodinou duševně nemocného. Zaměřuje se na nácvik a předávání informací o nemoci, prevenci relapsu, zvládání zátěže. Stěžejní je pak nácvik komunikace a vzájemného naslouchání, konstruktivní zvládání řešení problémů. Cílem je zlepšení celkové atmosféry a vztahů v rodině, snížení zátěže a stresu a celkové zlepšení fungování nemocného člena rodiny.

### **Podpůrná psychoterapie**

Jedná se o eklektickou metodu využívající vedení, empatii a porozumění. Terapeut se aktivně a direktivně zaměřuje na poskytování nových modelů chování, které snižují sociální obtíže pacienta. Pomocí edukace, poradenství, povzbuzování, posilování silných stránek a oceňování úspěšných kroků zvyšuje pacientovu schopnost zvládat problémy.

### **Trénink sociálních dovedností**

Trénink probíhá ve skupině 6 až 8 lidí, je zaměřený na potřebné sociální dovednosti jednotlivých členů skupiny. Jako metody využívá edukaci o nemoci, instruování o správném sociálním chování, modelové situace, hraní rolí, posilování prostřednictvím zpětných vazeb.

### **Skupinová psychoterapie**

Terapie ve skupině poskytuje nemocným pocit sounáležitosti, porozumění, zmírňuje pocit izolace a frustrace, poskytuje určitou míru milosrdné sociální reality. Ve skupině si nemocný nacvičuje správné a přiměřené formy komunikace, získává lepší porozumění vztahům s ostatními. U léčby psychóz se zaměřuje i na pochopení a vyrovnání se s příznaky nemoci, řešení současných problémů a jejich správnou sebereflexi. Doporučeno je v tomto případě pracovat vždy s homogenní skupinou se stejnými problémy v počtu maximálně 5 až 8 osob.



## Rodinné intervence

Hlavním cílem spolupráce s rodinou je stabilní a podpůrné rodinné prostředí, zmírnění či úplné odstranění konfliktů v rodině, zmírnění zátěže a stresu jednotlivých členů rodiny. Přestože má klidné a stabilní rodinné prostředí významný vliv na další vývoj onemocnění, je rodinná terapie jak ve zdravotnictví i sociálních službách u nás slabinou, především v oblastech, které nejsou dostatečně pokryty sociálními službami. Právě rodinní příslušníci přitom potřebují především v počátku nemoci důležité informace, postupně pak podporu posilující každodenní soužití s duševně nemocným členem rodiny.<sup>42</sup>

Mahrová s Venglářovou uvádí vzhledem k velkému množství psychoterapeutických směrů nejvíce využívaný tzv. eklekticko-integrativní přístup, který vybírá z každého ze směrů to užitečné. Společným a jednotným bodem všech směrů je pevný psychoterapeutický vztah, který jednoznačně ovlivňuje úspěch psychoterapeutického procesu.<sup>43</sup>

## 2.4 Psychoedukace

Edukaci definují Průcha s Veteškou z andragogického pohledu jako: „*všechny druhy formálního a neformálního vzdělávání, včetně vzdělávání dospělých*“<sup>44</sup>.

Bankovská-Motlová psychoedukaci definuje jako cílenou, strukturovanou didaktickou informaci, jejíž cílem je naučit nemocné adaptovat se na svou nemoc a získat dovednosti k jejímu zvládnutí. Moderní psychiatrie usiluje o to, aby se nemocný stal v léčbě partnerem. Partnerem se nemocný může stát jedině za předpokladu, že má o své nemoci a léčbě dostatečné informace. Je výzkumně prokázáno, že právě informovaní pacienti lépe spolupracují při léčení. Lepší spolupráce nese lepší úspěšnost

---

<sup>42</sup> VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL. *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 483-490. ISBN 978-80-7367-682-7.

<sup>43</sup> MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 90. ISBN 978-802-4721-385.

<sup>44</sup> PRŮCHA, J., J. VETEŠKA: *Andragogický slovník*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014, s. 93. ISBN: 978-80-247-4748-4.

léčby a prognózu onemocnění. Důležité je, aby psychoedukace byla poskytnuta již v začátku onemocnění, tedy hned po první atace nemoci.

V léčbě psychóz má velký význam nejen edukace nemocných, ale i celé rodiny včetně pacientova blízkého okolí.

Na téma: „O čem a jak edukovat?“ proběhl již v roce 2009 v České republice průzkum v řadách příjemců i poskytovatelů psychiatrické péče. Poskytovatelé služeb (psychiatri, psychiatrické sestry, sociální pracovníci) se shodli na těchto hlavních tématech edukace:

- informace o nemoci (příčiny vzniku, průběh nemoci, příznaky, prognóza),
- léčba (možnosti léčby, důležitost medikace, vedlejší účinky, kde hledat pomoc),
- prevence relapsu onemocnění (rozpoznání varovných příznaků, rizikové faktory, zdravý životní styl).

Oslovení příjemci péče (pacienti a jejich rodinní příslušníci) ve zmíněném průzkumu uvedli kromě výše uvedených stěžejních informací také jako velmi důležité informace o komunikaci s duševně nemocným členem rodiny, dále, jak postupovat při výskytu varovných signálů nemoci, kde hledat oporu a pomoc. Významná je u rodinných příslušníků potřeba sdílet své zkušenosti, slyšet zkušenost a názory jiných rodičů s obdobným problémem.<sup>45</sup>

Bankovská-Motlová a Španiel upozorňují, že tyto základní poznatky by měly být dostupné celorepublikově jako jakýsi „průvodce onemocnění“ všem pacientům i jejich blízkým, například v denních stacionářích. Bohužel v důsledku celoplošné nedostupnosti sociálních a komunitních služeb u nás nejsou edukace u každého pacienta a jeho rodiny včas poskytovány. A to i přes pozitivní výsledky výzkumných studií prokazující u pacientů absolvujících psychoedukační program významné zlepšení prognózy onemocnění, snížení počtu hospitalizací a závislosti na zdravotnické péči, snížení nákladů na péči a celkové zvýšení kvality života nemocných i jejich rodinných příslušníků.<sup>46</sup>

---

<sup>45</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L.: *O čem, proč a jak edukovat pacienty se schizofrenií a blízké*. [online]. [cit. 2015-09-19]. Dostupné z: [http://www.smireni.cz/download/Psychiatry\\_News\\_02.pdf](http://www.smireni.cz/download/Psychiatry_News_02.pdf)

<sup>46</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 74-75. ISBN 978-80-204-2993-3.

## 2.5 Poradenství

Poradenství je vnímáno jako základní služba ve všech pomáhajících profesích. Baštecká poradenství definuje jako: „*proces, při kterém profesionál poskytuje druhému člověku (páru, rodině, skupině) ve vztahu partnerské spolupráce při řešení problému informace, rady, vedení a podporu přiměřeně k nepříznivé životní situaci člověka a jeho životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila schopnost jedince (páru, rodiny, skupiny) se ve své životní situaci orientovat, na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji co nejlépe řešit nebo přijmout rozhodnutí, včetně přijetí zodpovědnosti za důsledky svého rozhodnutí*“<sup>47</sup>.

Novosad v tomto smyslu definuje přímo termín speciální poradenství, které je určené specifickým skupinám klientů se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, které má dlouhodobý (chronický) nebo trvalý charakter a v jehož důsledku hrozí vznik sekundárního znevýhodnění. Jako specifické cíle sociálního poradenství následně rozlišuje:

- dosažení klientova zdraví (tělesného, duševního i sociálního) v prostředí, ve kterém žije, ve vzájemné interakci s okolním společenstvím,
- dosažení změny nepříznivé situace v sociálním prostředí klienta, nebo prevence toho, aby taková situace nastala,
- konkrétní, individuální řešení vzniklé situace u klienta (rozvoj kompetencí, trénink a zlepšování dovedností, zvýšení samostatnosti).

Do všech výše uvedených cílů patří zároveň prevence (primární, sekundární i terciární), která předchází vzniku, prohlubování a rozšiřování nepříznivých a problémových situací klienta.

---

<sup>47</sup> BAŠTECKÁ, B. In: NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009, s. 99. ISBN 978-80-7367-509-7.

Novosad rozlišuje tyto formy poradenské pomoci:

- Vedení, informování (guidance): má výchovný, osvětový a podpůrný charakter. Jde o poskytnutí informací tak, aby klient zvládl situaci řešit sám. Převážně jde o jednostranné předání poznatků klientovi.
- Poradenství v užším smyslu (counselling): vede klienta k hlubšímu náhledu na problém, jeho možné příčiny a možnosti řešení tohoto problému. Předpokladem je interakce a obousměrná komunikace, individuální diagnostika, terapeutická intervence. Vyžaduje vyšší kvalifikaci a má za cíl dosažení pozitivní změny v klientově situaci.
- Konzultační činnost: jde o odborné rady poskytované jiným odborníkům v rámci péče o klienta.<sup>48</sup>

Scally a Hospon naopak rozlišili 6 typů poradenské pomoci:

- Pomáhání podáváním jednoduchých věcných a praktických informací. Například jak vyplnit formulář, jaké jsou sociální dávky, na které má klient nárok, kde o ně může žádat.
- Pomáhání poskytováním rad a názorů specializovaného odborníka (právník, finanční či daňový poradce).
- Pomáhání prostřednictvím učení. Umožňuje člověku získat informace a znalosti, které mu pomohou řešit nepříznivou situaci účelně. Příkladem je proškolení, jak správně napsat profesní životopis, absolvovat přijímací pohovor.
- Pomáhání prostřednictvím psychologického náhledu. Spočívá v pomoci druhému získat náhled a pochopit, objasnit proč vzniká problém, ukázat cesty jak ho řešit.
- Pomáhání prostřednictvím přímého výkonu činnosti, pomáhající vykoná pro osobu službu nebo činnost, kterou v tu chvíli nutně potřebuje (jídlo, půjčku, bydlení, jednání na úřadě).

---

<sup>48</sup> NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009, s. 100- 108. ISBN 978-80-7367-509-7.

- Pomáhání změnou situace, spočívající ve změně systému, který jedinci způsobuje potíže. Příkladem je pomoc při změně v trávení volného času, změně rizikového způsobu života.<sup>49</sup>

Poskytování poradenství je vymezeno v rámci Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Tento zákon rozlišuje:

- Základní sociální poradenství, zajišťující poskytování potřebných informací k řešení nepříznivých sociálních situací. Je základní činností všech sociálních služeb.
- Odborné sociální poradenství, zaměřené na konkrétní skupiny osob.<sup>50</sup>

Poradenství je poskytováno jako neodmyslitelná součást rehabilitace, v případě pomoci osobám vážně duševně nemocným je neodmyslitelnou součástí psychosociální rehabilitace. U nás je poradenství osobám s vážným duševním onemocněním poskytováno především v kompetenci nestátních neziskových organizací, které začaly vznikat po roce 1996.

## 2.6 Stigmatizace

Stigma je spjato s jakoukoli duševní nemocí, dnes je naprosto běžné označit člověka, který jakýmkoli způsobem vybočuje za blázna. Stigmatizace duševních nemocí znamená dle Mahrové a Venglářové: „*že je větší část společnosti vnímá jako víceméně homogenní skupinu, méněcennou a nebezpečnou*“<sup>51</sup>.

---

<sup>49</sup> SCALLY, M., B. HOSPON. In: MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 85. ISBN 978-80-7367-502-8.

<sup>50</sup> Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2007, s. 15-16. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf)

<sup>51</sup> MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 128. ISBN 978-802-4721-385.

Kudláček k tématu stigmatizace uvádí: „*Ať si psychicky postižený člověk o sobě myslí cokoliv, společnost mu připisuje negativní identitu. Právě z toho důvodu lze tvrdit, že stigmatizace není vedlejším produktem postižení, jako jeho podstatou.*“<sup>52</sup>

Některé duševní choroby jako třeba deprese jsou společensky tolerovány. U schizofrenie však platí stigma nemoci dvojnásob a v očích veřejnosti je úplně běžné spojení schizofrenik = člověk šílený, nebezpečný, agresivní. Dnes umíme léčit schizofrenii jako takovou, ale odstranit stigma, které se s ní spojuje, se jeví jako čím dál více nemožné. Přitom právě stigma má velmi závažné dopady jak na nemocného tak na jeho blízké. Na nemocné s diagnózou schizofrenie společnost hledí skrz prsty, což je vystavuje velkému stresu. Právě proto mnoho pacientů svou nemoc před okolím tají, v zájmu zajištění léčby jsou často vedeni i pod jinou společensky přijatelnější diagnózou. V Japonsku v rámci destigmatizace přistoupili ke změně názvu nemoci na méně stigmatizující označení nemoci jako poruchy integrace. Již krátce poté se dle průzkumů ukázalo, že tento počín byl velmi účinný. Dle Bankovské-Motlové a Španiela je úkolem psychiatrie 21. století schizofrenii jako nemoc přejmenovat, i když najít relevantní nový název nebude jednoduché.<sup>53</sup>

Vágnerová označuje schizofrenii jako velmi stigmatizující onemocnění. Příčiny vidí v nejasné etiologii a nedostatku znalostí o příčinách a léčbě této nemoci. Dle ní je častým důvodem iracionálních postojů k nemocným fakt, že se počátky onemocnění schizofrenií často a dlouhou dobu rozvíjí bez lékařské pomoci. Chování nemocných je podivné a nepochopitelné, komunikace s nemocným neefektivní a místy nemožná. To v okolí vyvolává pocity bezradnosti, ohrožení, strach a obavy. Většina nemocných je kromě své rodiny v naprosté sociální izolaci, bez přátel a podpory okolí. Tento celkový nedostatek informací o nemoci ovlivňuje i názory na možnosti a včasnost a úspěšnost léčby, a to nejen ve společnosti, ale často i u samotných rodinných příslušníků

---

<sup>52</sup> KUDLÁČEK, M. Goffmanův koncept stigmatizace. In: RABOCH, J., I. ZRZAVECKÁ, P. DOUBEK a M. ANDERS. *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén, 2004, s. 272. ISBN 80-7262-273-0.

<sup>53</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 10. ISBN 978-80-204-2993-3.

nemocného. Rodinní příslušníci většinou popírají, že jde o jednoznačné příznaky vážné duševní choroby.<sup>54</sup>

Mahrová a Venglářová popisují a vyvracejí některé mýty laické veřejnosti o duševně nemocných.

- Schizofrenie je neléčitelná – z poznatků z praxe vyplývá tzv. třetinové pravidlo. U jedné třetiny nemocných nedochází po první atace k dalším zhoršením nemoci a stav se zlepší bez jakýchkoli následků. Druhé třetiny nemocných má opakované ataky a remise, které mohou být bezpříznakové či částečně s příznaky, přesto mohou nemocní relativně dobře fungovat v běžném prostředí. Poslední třetina nemocných má trvalý a chronický průběh nemoci kdy nedochází k žádné remisi psychotických příznaků.
- Nemocní schizofrenií jsou nebezpeční – většina pacientů s duševní poruchou nespáchá nikdy násilný trestný čin, jejich jednání je častěji nebezpečné pouze vůči vlastní osobě. Pokud dojde k trestnému činu, jedná se o osoby neléčené či zanedbávající léčbu.
- Nemocní schizofrenií jsou líní, nespolehliví a neschopní normálně fungovat – výkon a způsobilost nemocných má svá specifika, často dochází ke kolísání stavu. Přesto je velká část nemocných schopna zařazení do běžného života a nějaké formy pracovního zařazení.<sup>55</sup>

Dle Praška jsou psychotická onemocnění srovnatelná s jakýmkoli dlouhodobým neurologickým onemocněním. I přes narušení některých funkcí mozku není nutné dát nemocnému stigmatizující nálepkou a izolovat jej na okraji společnosti. I přes předsudky okolí, vycházející ze skutečnosti, že je v akutní fázi nemoci složité nemocným porozumět, je toto onemocnění léčitelné. Psychóza si nevybírá a může postihnout kohokoliv z nás, i jedince s nadprůměrnou inteligencí či mimořádným talentem.

---

<sup>54</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 354- 355. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>55</sup> MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, s. 124. ISBN 978-802-4721-385.

Nejznámějším příkladem je celosvětově známý příběh loni zesnulého Johna Nashe, držitele Nobelovy ceny, který onemocněl schizofrenií ve svých 30 letech.<sup>56</sup>

Wenigová jako nejzávažnější důsledky stigmatizace uvádí nízkou spolupráci s lékaři a celkovou neochotu nemocných léčit se, zvýšení izolace, problémy s bydlením, nemožnost získat a udržet si zaměstnání a s tím související ekonomické potíže. Vlivem těchto nepříznivých situací dochází k nárůstu stresu, který má neblahý vliv na zhoršování zdravotního stavu a úspěšné prognózy léčby onemocnění. Nemoc chronifikuje a tím roste stigmatizace. Mnozí z nemocných si více než na samotnou nemoc stěžují na izolaci a osamocení, nízké sebevědomí, nízký pocit vlastní sebehodnoty.

Právě v důsledku negativního vlivu stigmatizace na průběh a léčbu duševních onemocnění dochází dlouhodobě od roku 2004 v České republice ke snahám tuto situaci změnit. Projekt Změna stanovil jako hlavní cíle systematické vzdělávání a osvětu jak u duševně nemocných a jejich rodinných příslušníků, tak u laické veřejnosti, lékařů a zdravotníků a zaměstnanců státní správy.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2005, s. 22. ISBN 80-239-5482-2.

<sup>57</sup> WENIGOVÁ, B. *Stigma a duševní poruchy*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art415>



### 3 RODINA A DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Rodina je dle Matouška unikátní a ničím nenahraditelnou institucí. Rodina byla v minulosti a v určitých situacích je i v současnosti prvním a často jediným zdrojem pomoci a podpory jedince, u kterého se vyskytl určitý problém nebo postižení. Postupem času na sebe přebíral odpovědnost v mnoha směrech pomoci v závažných situacích stát, přesto je péče rodiny o svého blízkého s postižením v mnoha směrech nenahraditelná. Například na Slovensku již po první světové válce existoval systém tzv. heterofamiliární péče. Systém fungoval tak, že psychiatrický pacient byl po odeznění akutních příznaků propuštěn do dlouhodobé rodinné venkovské péče, kde žil jako jakýkoliv její další člen, pracoval, účastnil se společně veškerého dění.<sup>58</sup>

Wenigová vidí roli rodiny v procesu uzdravování nemocného jako velmi významnou, přestože dlouhodobá nemoc má na rodinu psychické, sociální i finanční dopady. V posledních desetiletích se při léčbě potvrzuje nepostradatelnost rodiny, což je mimo jiné i důsledkem nesplněných očekávání a zklamání z převažující péče sociálních a zdravotnických zařízení v minulém století. Je také potvrzeno, že většina rodin je i přes negativní dopady ochotna svému nemocnému členu pomáhat. Záleží však na několika faktorech, mezi které patří: jak je rodina veliká, jakou roli nemocný v rodině zastával, jak závažné je onemocnění a jeho prognóza, jak dlouho nemoc již trvá, jaké se vyskytly další komplikace, jak rodina komunikuje a zvládá řešit problémy.<sup>59</sup>

Bankovská-Motlová a Španiel odhadují, že v současnosti je až 80% nemocných psychózou v častém kontaktu se svou rodinou nebo přímo s ní žije ve společné domácnosti. Vlivem celosvětových trendů moderní psychiatrie dochází ke snaze přesouvat léčbu a péči z institucí do komunitní péče. Dochází tak zákonitě k přesunu významné části péče na okolí nemocného. Otázkou však zůstává, zda je rodina bez cílené edukace schopna být plně kompetentním partnerem v léčbě nemocného.

---

<sup>58</sup> MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 183. ISBN 978-80-7367-502-8.

<sup>59</sup> WENIGOVÁ, B. *Práce s rodinou*. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

Duševní porucha a schizofrenie obzvláště klade vlivem snížené schopnosti nemocných fungovat i v běžných záležitostech na rodinné příslušníky příliš vysoké nároky. U členů rodiny dochází k pocitům bezmoci, vyhoření a dříve nebo později má tento stav vliv i na jejich psychické a tělesné zdraví.<sup>60</sup>

Gabriel a kol. upozorňuje na alarmující a dlouhodobě špatnou situaci v České republice, kde chybí vládní program péče o duševní zdraví, a kde je tato oblast dlouhodobě podfinancována. I přes snahu neziskových organizací za posledních 25 let, se nemocní a jejich rodiny stále potýkají s nedostupností služeb zajišťujících péči v domácím prostředí a nízkým počtem psychiatrických ambulancí. Chybějící krizová centra, denní stacionáře, terapeutické komunity, terénní týmy, chráněná a tréninková bydlení, chráněná zaměstnání vyvolávají u rodinných příslušníků extrémně stresující obavy a strach z budoucnosti svého potomka. Častá je otázka: „Kdo se o něho postará, až my nebudeme moci?“<sup>61</sup>.

### 3.1 Fáze vyrovnávání se s nemocí

Na drsnou realitu, se kterou se v počátku onemocnění svého člena rodiny setkávají rodinní příslušníci, upozorňuje Jarolímek et al. Převážná část první zkušenosti s duševní nemocí se odehrává v psychiatrické nemocnici, často při nedobrovolné hospitalizaci, kde má zdravotní personál na příbuzné jen velmi málo času. Rodina tak bez bližšího vysvětlení vidí svého utlumeného blízkého jako bezvládnou trosku, v nevábném prostředí se zamřížovanými okny. Diagnóza je často příbuzným podána bez obalu, jako neléčitelné onemocnění se špatnou prognózou.<sup>62</sup>

---

<sup>60</sup> MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 72-73. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>61</sup> GABRIEL, J., M. KAŠPAR, T. VANĚK. *Kam jsou lidé s nemocnou duší*. 1. vyd. Praha: Dobré místo, 2014, s. 106-109. ISBN 978-80-260-6746-7.

<sup>62</sup> GABRIEL, J., M. JAROLÍMEK, J. ZÁVIŠEK. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Sympatheia, o. p. s., 2012, s. 10.

Reakce rodiny na duševní onemocnění prochází dle Matouška několika neohrazenými etapami. V první fázi nastává šok, poté popírání nemoci. Následuje hledání pomoci a jako poslední přijetí nové role nemocného v rodině. Mění se i pohled rodinných příslušníků na pobyt nemocného v léčebném zařízení, od počátečního odmítání hospitalizace a strachu ze stigmatizace dochází postupně k takovému vyčerpání sil jednotlivých členů rodiny, že hospitalizace může být považována jako úlevná. Zvláště pokud rodina žije s nemocným v jedné domácnosti je v akutní fázi nemoci zužována nesmyslnými a často bizarními požadavky, představami a přesvědčeními nemocného. Nemocný se nepodílí na chodu domácnosti, naopak jej narušuje, což způsobuje konflikty a napětí a narůstající frustraci jednotlivých členů rodiny. Rodina se často cítí stigmatizována a z tohoto důvodu tají nemoc svého člena před okolím, omezuje své sociální kontakty.

V literatuře se také můžeme setkat s termínem tzv. šílenství ve dvou, kdy i sama blízká osoba nemocného, nejčastěji žena (manželka, matka) přistoupila na bludná přesvědčení nemocného z důvodu obrany před konflikty a krizemi ve společném soužití. V dnešní době je v důsledku rozpadu širší rodiny spíše častější její úplný rozpad – rozvod.<sup>63</sup>

Vágnerová vidí přijetí diagnózy schizofrenie jako závažné trauma, se kterým se rodina musí vyrovnat. Reakce postoje jednotlivých členů se mění a rozděluje je do následujících fází:

- **Popření skutečnosti:** první obrannou reakcí je popření a bagatelizace nemoci. Rodinní příslušníci se chovají, jakoby se nic nedělo, o problémech nemluví, před okolím nemoc tají. Převládá úzkost, bezmoc, strach ze stigmatizace, rodina se izoluje, omezuje kontakt s okolím.
- **Hledání příčiny, viny:** rodina postupně nemoc zpracovává, ale často hledá příčinu vzniku onemocnění. Rodiče se trápí vinou, zda něco nezanedbali, ale vinu mohou hledat i v okolí. Zátěž rodina nemá úplně zpracovanou, dochází k pocitům lítosti, zklamání, hněvu a zlosti.

---

<sup>63</sup> MATOUŠEK, O., H. PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 132-133. ISBN 978-80-262-0697-2.

- **Hledání pomoci a léčba:** rodina postupně přechází do období hledání možností léčby. Právě v důsledku předsudků, nedostatečných informací o průběhu léčby mají rodinní příslušníci často pocit, že léčba je neefektivní, neúčinná, nepřiměřeně dlouhá. Hledají další možnosti, ale zároveň prožívají bezmoc. Rezignace a pocit marnosti představuje nejen pro rodinné příslušníky velkou psychickou zátěž, ale je i velkou překážkou v úspěšné spolupráci rodiny při léčbě.
- **Náhled a přijetí nemoci:** závěrečná fáze nemusí být vždy úspěšná, nemusí k ní dojít, rodina zátěž neunese a rozpadá se, nebo se od nemocného úplně distancuje. Pokud rodina nemoc přijme, získá náhled, dochází k novému uspořádání vztahů v rodině. Úspěšné zvládnutí této fáze nese pozitivní předpoklad spolupráce rodiny při léčbě a podpory nemocného při nalezení nového způsobu života.<sup>64</sup>

Matoušek v další publikaci uvádí typické reakce rodiny na duševní poruchu, jde o tzv. *dvoufázovou nálepkovou reakci*. V první etapě dochází k zesílení kontaktu rodiny s nemocným, rodina se snaží jeho nestandardní chování normalizovat, brání se hospitalizaci nemocného v léčebném zařízení. Pokud je tento postup neúspěšný, rodina kontakt s nemocným postupně omezuje, svolí snáze k umístění do léčebného zařízení.

Zároveň Matoušek zmiňuje i zajímavý výzkum, prováděný Janíkem, Chromým a Kubíčkovou, v němž hraje roli, zda je rodina přesvědčena, že nemoc vznikla vlivem vnějších faktorů (stres, přetížení, úmrtí, konflikty). V tomto případě rodina o nemocného zájem neztrácí a je ochotna jej podporovat navzdory zátěži, kterou to nese. Ovšem v opačném případě, pokud je rodina přesvědčena, že nemoc způsobily vnitřní faktory (psychogenní), je nemocný rodinou častěji odmítán. Vyloučení nemocného člena rodiny je také častější v případě dlouhého trvání duševní nemoci, společného soužití v jedné domácnosti.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 355-357. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>65</sup> MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha: Slon, 1997, s. 121. ISBN 80-86429-19-9.

V zahraničí provedl Eaton výzkum zaměřený na rozbor strategií zvládnání rodinných příslušníků psychiatricky hospitalizovaných pacientů. Rozlišil strategie zaměřené na emoce (ovlivnění negativních emocí způsobující stresové situace, snížení úzkosti, přijetí nemoci, hledání kognitivního rozptýlení) a strategie zaměřené na problém a jeho řešení (zaměřené přímo na zdroj stresu, změnu prostředí, změnu vnějších vlivů, hledání zdrojů pomoci). Detailněji pak ještě strategie rozlišil na pozitivní a negativní. Rodiny využívající převážně pozitivní strategie jsou zaměřeny více na emoce než na řešení problémů, využívají strategie zaměřené na snižování úzkosti, jsou otevřené okolí, komunikují a hledají oporu u nejbližší rodiny. Využívají zdroje a pomoc z okolí. Často se zaměřují na kognitivní rozptýlení a duchovní oporu (víra, církev). Naopak negativní strategie nesou vyhýbavé chování, negativní myšlení, zneužívání návykových látek (alkohol, drogy). Zde dochází ze strany rodinných příslušníků k omezení komunikace, ignorování člena rodiny, omezení fyzického a emocionálního kontaktu, až i úplnému omezení jakéhokoliv kontaktu s nemocným.<sup>66</sup>

### **3.2 Role duševně nemocného v rodině**

S propuknutím závažné duševní nemoci v rodině dojde dle Vágnerové vždy ke změně rolí jednotlivých členů, mění se jejich životní styl i hodnoty a postoje. Reakce samotné rodiny na nemoc je závislá na tom, jakou roli měl nemocný před propuknutím svého onemocnění. Pokud byl nemocný v roli:

- **Adolescenta:** není změna tolik výrazná, přesto zásadní. Na počátku je mladý člověk plný elánu, plánů do budoucnosti, jemuž nemoc všechny jeho sny a cíle překazí. Nemocný většinou žije ve své rodině, rodiče jsou a zůstávají v roli pečujících a ochraňujících členů nebo se nemocný krátce po pokusu o osamostatnění vlivem nemoci vrací domů k rodině a stává se na ní závislý.

---

<sup>66</sup> EATON, P. M. et al. *Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients*. [online]. [cit. 2015-10 -02]. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/392705/>

- Dospělého, manželského partnera, rodiče: tyto role mění duševní nemoc velmi výrazně. Nemocný není schopen zastávat své původní role, plnit své povinnosti v rámci rodiny. Dochází k vážnému narušení rodinných vztahů. Velkým problémem bývá, když je nemocný v roli rodiče nezletilých dětí, které často díky své nezralosti nechápují příčinu změny chování svého rodiče a reagují nepříznivě.<sup>67</sup>

Podle Matouška může být role rodiče jako hlavní pečující osoby o nezletilé dítě velmi problematická. Takový rodič trpící schizofrenií sice nepředstavuje bezprostřední nebezpečí pro své okolí, ve vztahu k dítěti nemusí být ale dostatečnou oporou a nemusí být schopen reagovat na potřeby dítěte. Může dojít i k psychické deprivaci dítěte. Hlavní péči o nezletilé dítě by měla vždy zajišťovat ještě druhá osoba.

Matoušek zdůrazňuje vliv duševní nemoci na vztahy a vazby nejen v rodině samotné, ale i s okolím. Často dochází vlivem nemoci k přerušování vazeb, kontaktů a sociální izolaci. Nemocný nemá kromě rodiny nikoho jiného, s kým by byl v kontaktu.<sup>68</sup>

Savenje popisuje změny rolí v rodině v tom smyslu, že pokud je potřeba se o duševně nemocného starat, má to zásadní vliv na změnu rolí všech ostatních členů rodiny. Dochází k dalším mnoha praktickým důsledkům dlouhodobého onemocnění, jakým je ztráta nebo snížení příjmu rodiny, složitost kombinovat péči o nemocného s prací či školou ostatních členů rodiny.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 360. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>68</sup> MATOUŠEK, O., H. PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 134. ISBN 978-80-262-0697-2.

<sup>69</sup> SAVENJE, A. *Rodina a psychiatrické onemocnění*. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 200. ISBN 978-80-7387-253-3.

### 3.3 Zátěž u pečujících členů rodiny

Vážná duševní nemoc má zásadní dopad na nemocného jedince, ale i jeho rodinu. Wenigová zmiňuje zahraniční studii, která prokazuje, že pokud rodinní příslušníci žijí nebo jsou každý den v kontaktu s vážně duševně nemocným více než 5 hodin, po dobu déle než 5 let, sami prokazují příznaky duševního onemocnění – klinické deprese. Málokterý rodič ale požádá v tomto případě o pomoc sám sobě.<sup>70</sup>

Matoušek popisuje mnoho negativních jevů objevujících se u rodinných příslušníků duševně nemocných. Mezi nejčastější patří úzkost, smutek, pocit viny, strach z budoucnosti, frustrace, stud a s tím související izolace, opomíjení a zanedbávání ostatních členů rodiny. Důsledkem neustálého vypětí pak bývá zvýšená kritičnost, neustálý dohled nad nemocným, zvýšená odpovědnost za nemocného, zanedbávání vlastních aktivit.<sup>71</sup>

Savenje uvádí, že duševní nemoc narušuje rovnováhu mezi vnitřní silou rodiny a zátěží, kdy zátěž neúměrně stoupá, oproti tomu síly členů rodiny ubývají. Opomíjen bývá i fakt, že rodinní příslušníci se často izolují od svého okolí, od svých známých a přátel, právě v důsledku toho, že nechtějí hovořit nejen o prapodivném chování svého blízkého, ale i o svých vlastních pocitech a potížích.<sup>72</sup>

Vážná nemoc někoho blízkého vyvolává podle Vágnerové vždy negativní emoce, způsobuje pocit bezmoci, beznaděje, vyvolává pocity viny a deprese. Jako hlavní zdroje zátěže uvádí:

- Samotný kontakt s těžce nemocným, především v akutní fázi onemocnění, který od ostatních vyžaduje zvýšenou toleranci.

---

<sup>70</sup> WENIGOVÁ, B. *Práce s rodinou*. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

<sup>71</sup> MATOUŠEK, O., J. KODYMOVÁ, J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 145. ISBN 978-80-7367-818-0.

<sup>72</sup> SAVENJE, A. *Rodina a psychiatrické onemocnění*. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 200. ISBN 978-80-7387-253-3.

- Dochází k vynucené změně zaběhlého života rodiny, členové jsou nuceni měnit své plány a aktivity, omezovat kontakty s okolím.
- Po fyzické i psychické stránce vyčerpávající a dlouhodobá péče, často bez velkého efektu, vedoucí k pocitům marnosti nebo až pocitům úplného vyhoření.<sup>73</sup>

Nutnost péče o rodinu již během hospitalizace nemocného a následně i po ní zdůrazňuje Matoušek. Již během akutní fáze nemoci je nutné pracovat na snižování úzkosti jednotlivých členů rodiny a naopak zvyšovat jejich naději na uzdravu. Je dobré rodinu podporovat, aby měla o nemocného zájem a předem plánovat a pracovat na budoucnosti nemocného po propuštění do domácího prostředí. Nejen nemocný, ale i rodina by již před propuštěním měla mít základní informace o nemoci a prevenci relapsu, včetně rozpoznání varovných příznaků. Rodinu je také nutné připravit na některé možné a nepříjemné projevy nemoci, aby nedocházelo k negativním emocím a stresu, který vede ke zhoršení stavu.<sup>74</sup>

### **3.4 Komunikace a míra vyjadřování emocí v rodině**

Význam a vliv komunikace v rodině na průběh duševního onemocnění potvrdily již některé teorie v 60. letech minulého století, kdy bylo u mnoha nemocných schizofrenií po propuštění z ústavního zařízení zjištěno zhoršení stavu vlivem špatné atmosféry v rodině.

Wenigová popisuje dva zásadní jevy, které se v rodinách objevují – nadměrná kritika nebo naopak nadměrné pečování. Nemoc přináší po odeznění viditelných pozitivních příznaků příznaky negativní, které jsou sice méně viditelné, ale pro příbuzné nemocného těžko pochopitelné a akceptovatelné. Příkladem je mladý člověk, dříve velmi aktivní, mající spoustu přátel, zájmů a koníčků, který vlivem nemoci přestane

---

<sup>73</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 93-94. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>74</sup> MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha: Slon, 1997, s. 122. ISBN 80-86429-19-9.



chodit do školy, často jí zpětně nedokončí, nechodí do práce – často je v invalidním důchodu, leží v posteli bez zájmu o cokoliv, v naprosté izolaci, bez kontaktů s okolím. Tento člověk postupně ztrácí nejen kvalitu života, ale i schopnost se postarat o základní věci jako je třeba hygiena. Rodina neví, jak se má v tomto případě zachovat, zda tyto projevy chování jsou ještě nemoc nebo lenost. Dochází tak ze strany členů rodiny buď ke snaze přimět dotyčného k akci pomocí nadměrné kritiky, povelů a pokynů, nebo naopak dělat vše za nemocného a nadměrně o něj pečovat. Je těžko odhadnutelné, jaký postup je v danou chvíli správný, platí však, že nadměrná kritika nebo pečování vyvolávají konflikty a stres a v nemocném strach, hněv a nechuť. V rodinách, kde se tyto jevy v nadměrné míře objevují, je dokonce až dvakrát vyšší počet relapsů onemocnění.<sup>75</sup>

Soužití s duševně nemocným členem rodiny přináší dle Savenjeho spoustu specifických situací a problémů. Často jde o situace, které jednotliví členové nikdy předtím nezažili. Velký tlak a stres provází velké množství emocí, které jsou často extrémní a velmi negativní. Pro míru vyjadřování emocí v rodině se používá pojem „expressed emotion“ (EE). K měření škály intenzity emocí v rodině slouží strukturované interview (Camberwel Family Interview) autorů Browna a Ruttera. Zaměřuje se na měření intenzity vřelých vztahů a pochval směrem k nemocnému, míru kritiky, hostility a emoční angažovanosti.<sup>76</sup>

Bankovská-Motlová a Španiel zdůrazňují, že komunikace v rodině významně ovlivňuje průběh a prognózu onemocnění. Jako škodlivé označují tzv. high expressed emotions (HEE), neboli nadměrně vyjádřené emoce. V rodinách, kde se tato skutečnost vyskytuje, dochází ze strany příbuzných k větší kritice, nadměrného vměšování do záležitostí nemocného, může se objevit i nepřátelství a naopak chybí naslouchání, více se mluví s tendencí rušivě zasahovat do komunikace, menší tolerance k nedostatkům. Tím vzniká v rodině nezdravě stresující prostředí, ve kterém je zvýšené riziko relapsu. V případě nízkého vyjádření emocí tzv. low expressed emotions (LEE), jsou rodinní příslušníci tolerantnější a více naslouchají.

---

<sup>75</sup> WENIGOVÁ, B. *Práce s rodinou*. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

<sup>76</sup> SAVENJE, A. *Rodina a psychiatrické onemocnění*. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, s. 199-204. ISBN 978-80-7387-253-3.

Psychoedukační programy by tak kromě informací o nemoci, léčbě a prevenci měly zahrnovat i nácvik efektivní komunikace, zvládání konfliktů a efektivní řešení problémů. Během nácviku by se účastníci měli naučit správně naslouchat druhé straně, více se chválit a pružněji a efektivněji řešit vzniklé problémy. V tréninku komunikace pro rodinné příslušníky by měl převládat nácvik konstruktivní kritiky. Nácvik by měl být zaměřený i na odstranění komunikačních zlovyků, protože nejčastější chybou v komunikaci jsou dlouhá nesrozumitelná sdělení směrem k nemocnému, několik požadavků nebo otázek naráz. Příbuzným je nutné vysvětlit, že jednoduchá a stručná komunikace pomáhá nemocnému snadněji pochopit a zpracovat informace.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, s. 73. ISBN 978-80-204-2993-3.

## 4 PODPORA A PRÁCE S RODINOU

Podporou rodiny označuje Matoušek programy, které se zaměřují na pomoc jednotlivým členům rodiny tak, aby docházelo k naplňování potřeb jednotlivých členů a zároveň k jednání jednotlivých členů v zájmu rodiny navenek. V tomto pojetí se podpora rodiny zaměřuje na rodinu v jejím přirozeném prostředí. Na rozdíl od rodinné terapie, která probíhá ve specializovaném prostředí a vyžaduje specializovaný výcvik terapeutů. Podpora rodiny se tak zaměřuje na fungování rodiny, ale především i na vazby rodiny na okolní společenství a různé organizace. Používá jak profesionální zdroje pomoci (psychiatry, psychology, sociální pracovníky, psychiatrické sestry), tak i jakékoliv neprofesionální zdroje pomoci z okolí rodiny (širší rodina, sousedé, přátelé, kolegové).<sup>78</sup>

Základní dělení typů služeb poskytovaných rodinám rozlišuje Matoušek podle:

- času trvání (krizové, krátkodobé, dlouhodobé),
- prostředí, kde k pomoci a podpoře dochází (rodina, komunitní služby, instituce a další organizace, zdravotnické zařízení),
- metody a způsobu práce s rodinou (poradenství, terapie, svépomocné skupiny),
- podnětu k pomoci (ohrožení života dospělého jedince, rozvod, úmrtí).<sup>79</sup>

V jiné publikaci Matoušek hlavní rozdělení práce s rodinou seřadil následovně: „*represivní zásah – dohled – přímá pomoc s poskytnutím peněz, ubytování aj. – poradenství – krizová intervence – rodinná terapie*“<sup>80</sup>.

---

<sup>78</sup> MATOUŠEK, O., H. PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014, s. 13-15, 133-134. ISBN 978-80-262-0697-2.

<sup>79</sup> MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 195. ISBN 978-80-7367-502-8.

<sup>80</sup> MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha: Slon, 1997, s. 100. ISBN 80-86429-19-9.

Důležitost podpory a pomoci rodině souvisí s tím, jak závažně zasahuje psychóza do života rodiny. Ač rodina jako taková není nemocná, potřebuje dle Kaliny podpořit, aby mohla zdravě fungovat. Jako krizovou vidí v rodině i situaci, kdy se veškerá pozornost soustředí jen na nemocného, ostatní členy rodiny zanedbávají a neřeší své starosti, problémy či dokonce onemocnění. Rodina se často dostává do kontaktu s lékaři na počátku onemocnění během hospitalizace, kdy dostává základní informace o nemoci a jejím léčení, v některých případech i poučení, jak s nemocným zacházet po propuštění z nemocnice. To ale často rodinní příslušníci uvádí jako nedostačující. Rodinným příslušníkům chybí informace o příčinách onemocnění, důsledcích nemoci pro celou rodinu, kde oni sami mohou hledat pomoc a podporu, jak se chovat v krizových situacích k nemocnému, jak rozpoznat varovné příznaky, kdy je nutná hospitalizace, jak zajistit klidné a nestresující prostředí, jak chránit své vlastní potřeby a zájmy.<sup>81</sup>

Jako stěžejní a základní oblasti, kde pomáhat rodinám duševně nemocných vidí Wenigová tyto oblasti:

- poskytování informací o nemoci a léčbě,
- zapojení rodiny do léčby a spolupráce,
- podpora a sejmутí pocitů viny z členů rodiny,
- pomoc při řešení konkrétních problémů a situací v rodině.

Naopak jako zvláštní druh pomoci popisuje Wenigová rodinnou terapii. Ta by měla být doporučována a patřit k běžné praxi psychiatrických zařízení v případě, že je nutná intenzivnější spolupráce s rodinou v důsledku špatného průběhu nemoci, významných a důležitých změn v rodině klienta, náročných a rizikových situací v rodině. Dostupnost těchto služeb je však u nás nízká a většinou dostupná pouze v rámci soukromých praxí či ambulancí.<sup>82</sup>

---

<sup>81</sup> KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001, s. 93. ISBN 80-7178-563-6.

<sup>82</sup> WENIGOVÁ, B. *Práce s rodinou*. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

Vágnerová vidí také jako nezbytnou podporu rodiny v rámci terapie, jejíž cílem terapeutické pomoci je především:

- poskytnutí podpory a porozumění,
- informace a rady o prevenci, tzn. jak předejít prevenci relapsu onemocnění včetně celkového zapojení rodinných příslušníků do pomoci nemocnému,
- informace, rady a podpora, jak se chovat k nemocnému, jak zlepšit vzájemné vztahy, jak předcházet konfliktům kvůli nevhodnému chování nemocného,
- podpora a pomoc rodině přijmout omezení, která nemoc přináší.<sup>83</sup>

#### 4.1 Potřeby členů rodiny

Všechny rodiny, ve kterých se vyskytují handicapovaní, nemocní členové, mají kromě i běžných potřeb i potřeby specifické, jejichž naplnění a uspokojení je pro jednotlivé členy velmi důležité. Slowík specifikuje především potřeby sociální pomoci a podpory, potřebu účastnit se běžného života ve společnosti (především v místní komunitě) a potřebu kontaktu a sdílení zkušeností s rodinami se stejnými problémy.<sup>84</sup>

Rodinní příslušníci mají dle Matouška některé odlišné potřeby než nemocní členové domácnosti. Chtějí a potřebují sdílet své zkušenosti, hledají emoční podporu, potřebují praktické informace a pomoc v oblasti každodenního soužití s nemocným. Starší generace z řad rodičů řeší problém, co s jejich dětmi bude, až tu oni nebudou. Rodiny mladých lidí zajímají partnerské vztahy.<sup>85</sup>

Savenje shrnul hlavní témata zahrnující potřeby členů rodin pečujících o duševně nemocného do následujících bodů:

- informace o nemoci, jejích příčinách, důsledcích a prognóze, léčbě,

---

<sup>83</sup> VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2008, s. 361. ISBN 978-80-7367-414-4.

<sup>84</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007, s. 35. ISBN 978-80-247-1733-3.

<sup>85</sup> MATOUŠEK, O., J. KODYMOVÁ, J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, s. 145. ISBN 978-80-7367-818-0.

- podpora rodiny a její silné stránky,
- sdílení emocí a zkušeností,
- komunikace v rodině,
- nastavení hranic v rodině (nastavení a ochrana hranic jednotlivých členů rodiny, zachování vlastních životů jednotlivých členů),
- efektivní řešení problémových situací,
- obnovení společenských vazeb a kontaktů (přátelé, známí),
- spolupráce se zdravotními a sociálními službami.<sup>86</sup>

Evropská federace organizací rodinných příslušníků duševně nemocných (EUFAMI) provedla mezinárodní průzkum „Péče o pečovatele“. Z něj vyplývají následující skutečnosti. Rodinní příslušníci tráví péčí o nemocného člena průměrně 23 hodin týdně. Každý šestý pečovatel z oslovených 400 respondentů si není schopen od péče odpočinout. 4 z 10 pečujících žijí s trvalou úzkostí. Následují další zjištěná fakta:

- 90% pečovatelů uvádí, že by potřebovali větší podporu,
- 78% pečovatelů o nemocné schizofrenií tvoří ženy,
- 72% pečovatelů o nemocné schizofrenií jsou jedinými pečovateli, což znamená obrovskou zátěž,
- 54% pečovatelů má obavy ze závislosti nemocného člena na jejich osobě,
- 50% pečovatelů uvedlo, že nemůže plánovat svou budoucnost,
- 46% pečovatelů vyjádřilo nespokojenost s podporou ze strany lékařského personálu,
- 44% pečovatelů je nespokojeno s tím, že nemohou ovlivnit plánování péče a léčby.<sup>87</sup>

---

<sup>86</sup> SAVENJE, A. *Rodina a psychiatrické onemocnění*. In: PĚČ O., V. PROBSTOVÁ. Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009, s. 199-204. ISBN 978-80-7387-253-3.

<sup>87</sup> BOHNICE BEZ HRANIC. Průzkum péče o pečovatele. [online]. [cit. 2015-10-09]. Dostupné z: [http://www.bohnicebezhranic.cz/files/dokumenty/EUFAMI\\_C4C\\_Pruzum.pdf](http://www.bohnicebezhranic.cz/files/dokumenty/EUFAMI_C4C_Pruzum.pdf)

Na základě provedeného průzkumu shrnuje potřeby rodinných příslušníků také Bankovská-Motlová. Rodinní příslušníci mezi své nejdůležitější potřeby řadí:

- potřebu setkávat se s lidmi se stejnou zkušeností, sdílet svou zkušenost s ostatními,
- potřebu informací a potřebu vědět, kam se obrátit o pomoc,
- potřebu možnosti komunikace a konzultace s odborníky.

Jako zásadní, co rodinám osob s duševním onemocněním nejvíce pomáhá, členové rodin uvádějí:

- pomoc a podpora ze strany profesionálů, vstřícnost a komunikace,
- dostatek informací,
- existence a dostupnost sociálních služeb,
- existence a dostupnost psychoedukace,
- možnost setkávat se s lidmi s obdobnou zkušeností.<sup>88</sup>

## 4.2 Svépomocné skupiny rodičů

Jedna ze základních potřeb rodinných příslušníků sdílet své zkušenosti, starosti a pocity zapříčinila již koncem 80. let minulého století ve světě vznik prvních svépomocných rodičovských organizací.

V České republice se první svépomocné skupiny začaly zakládat před 15 lety, v zahraničí je tedy zkušenost delší. Jsou zakládány a vedeny samotnými rodiči.

Wenigová vidí jako jejich hlavní přínos v:

- vzájemné podpoře,
- zprostředkování a výměně informací a zkušeností,
- pomoci při řešení konkrétních situací,

---

<sup>88</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: PCP Praha, 2012, s. 27. ISBN 978-80-87142-16-5.

- činnostech a aktivitách, souvisejících s destigmatizací a obhajováním práv nemocných i jejich příbuzných (především v zahraničí, kde je větší zkušenost a delší fungování skupin).<sup>89</sup>

Mezi největší svépomocnou skupinu patří celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných Sympathea, která vznikla již v roce 2003. Sdružení organizuje svou činnost nejen v Praze, ale i v rámci celé České republiky. Ve spolupráci s Českou asociací pro psychické zdraví nabízí program „Rodiče sobě“, který v regionech Praha, Tábor, České Budějovice, Pardubice, Chrudim, Ústí nad Labem, Děčín, Brno, Zlín, Jihlava, Havlíčkův Brod, Hranice na Moravě, Opava a Bruntál organizuje 1x měsíčně svépomocné skupiny, besedy, semináře na rodiči vybrané téma, exkurze do organizací, rekondiční pobyty pro rodiče i nemocné členy rodiny.<sup>90</sup>

Mezi další sdružení rodičů a příbuzných u nás patří: sdružení Ondřej, Šela, Sanity, Snadno, Felicitas, Amicus, Anima, Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR.

---

<sup>89</sup> WENIGOVÁ, B. *Práce s rodinou*. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

<sup>90</sup> SYMPATHEA - Organizace příbuzných duševně nemocných. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://sympathea.cz/>



## 5 RODINNÁ PSYCHOEDUKACE

U léčby většiny chronických multifaktoriálních onemocnění bylo výzkumně prokázáno, že na úspěšnou léčbu má vliv spolupráce nemocného. Spolupráce lékařů a pacientů je možná pouze v případě, že má nemocný dostatečné a komplexní informace. Totéž a ještě významněji platí pro léčbu schizofrenních onemocnění, kde je navíc významným a nezanedbatelným partnerem při léčbě i rodina nemocného. První náznaky o spojitosti vlivu prostředí na průběh schizofrenního onemocnění se objevily již v 50. – 60. letech minulého století. Motlová popisuje studie, které se zabývaly přímou souvislostí mezi stavem duševně nemocného a jeho kvalitou vztahů s rodinnými příslušníky. Negativní rodinné klima bylo označeno jako jeden ze zásadních chronických stresorů. V současnosti preferovaný biopsychosociální model vychází ze skutečnosti, že vlivem chronického stresu dochází ke zhoršení průběhu nemoci. Proto je cílem rodinné psychoedukace zmírnit či úplně odstranit zdroje chronického stresu a zajistit nemocnému klidné a stimulační prostředí, a také zvyšovat odolnost nemocného vůči stresovým faktorům. Výsledkem psychoedukace by následně měla být lepší prognóza onemocnění a snižování rizika relapsu a s tím související snižování počtu hospitalizací. V návaznosti na to také zvýšení psychické pohody příbuzných. Mezi prostředky, kterými lze tohoto stavu docílit, patří jednoznačně cílená psychoedukace nemocných a jejich rodinných příslušníků, obsahující nejen všechny informace o nemoci, její léčbě a zvládání problémů s ní souvisejících, ale i podpora a nácvik potřebných dovedností a komunikace.<sup>91</sup>

První psychoedukační programy u schizofrenních onemocnění se objevily již v 70. letech 20. století na žádost rodin nemocných. Dle Bankovské-Motlové tomu předcházela především v USA tzv. deinstitucionalizace, která přinesla hromadné propouštění pacientů z psychiatrických léčeben. Neexistující komunitní péče způsobila velký nápor na rodiny nemocných. Rodinní příslušníci začali upozorňovat na problémy soužití s nemocným a na nedostatek informací. Postupně tak začaly vznikat různé

---

<sup>91</sup> MOTLOVÁ, L. *Rodinná psychoedukace u schizofrenie*. [online]. [cit. 2015-10-6]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2005/03/06\\_motlova\\_psych\\_3-05.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2005/03/06_motlova_psych_3-05.pdf)

edukační a podpůrné programy s cílem poskytovat potřebné didaktické informace jak nemocným, tak jejich blízkým.<sup>92</sup>

Bankovská-Motlová uvádí možnosti rodinných psychoedukačních intervencí:

- „*behaviorální rodinné přístupy,*
- *rodinná psychoedukace,*
- *skupinová rodinná psychoedukace,*
- *individuální rodinná psychoedukace doplněná skupinovou psychoedukací pouze pro příbuzné,*
- *rodinná konzultace,*
- *skupinová rodinná edukace vedená vyškolenými laiky, absolventy programu*“<sup>93</sup>.

## 5.1 Účinnost rodinné psychoedukace

Účinnost psychoedukace souvisí do jisté míry i s otázkou, kdy ideálně s psychoedukací začít. Názor na to, kdy nejlépe začít s psychoedukací je v praxi rozdělen podle fází nemoci a její léčby. Motlová na základě klinických zkušeností vidí jako optimální zařazení rodinné psychoedukace ve stabilizační fázi onemocnění, kdy již odeznívají psychotické symptomy. V tomto období je hlavním cílem intervencí získat rodinu pacienta pro spolupráci. Nemocný bývá v tomto období, nazývaném také jako „křehká remise“, velmi náchylný a zranitelný vůči stresu a změnám. Příbuzní a blízcí by tak měli mít v tento moment správné informace o rizicích spojených například s nereálným očekáváním či přetěžováním pacienta.

Zároveň se však objevuje i názor dalších odborníků, kteří vidí jako přínosné zařadit psychoedukaci u pacientů a rodinných příslušníků, kteří již mají s nemocí delší zkušenost. Takoví pacienti jsou pak připravenější přijmout některá omezení a skutečnosti, které nemoc přináší.

---

<sup>92</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: PCP Praha, 2012, s. 10. ISBN 978-80-87142-16-5.

<sup>93</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: PCP Praha, 2012, s. 11. ISBN 978-80-87142-16-5.

Z praxe však vyplývá, že motivace a zájem pacientů a jejich blízkých o edukaci bývá vyšší v období první ataky právě z důvodu zvýšené potřeby získat nové informace. Z praxe také vyplývá, že efektivita edukace klesá s časem od první ataky a aktivita a účast příbuzných v léčbě a terapii nemocného zvyšuje kvalitu života obou skupin.

Hlavní a celkový přínos psychoedukačních programů shrnuje Motlová pro nemocné i pro jejich blízké. U nemocných dochází ke snížení počtu a frekvencí relapsů, snížení počtu hospitalizací, zmírnění příznaků nemoci, lepší možnosti zapojení nemocných v pracovní rehabilitaci, zvýšení zaměstnatelnosti nemocných, celkově lepší sociální adaptaci a snížení míry závislosti a potřeby zdravotní a sociální péče, snížení celkových nákladů na léčbu a péči o nemocné. Všechny uvedené přínosy mají následný přímý i nepřímý vliv na příbuzné a blízké nemocného. V rodině dochází ke zmírnění zátěže, zlepšení kvality života, posílení osobních kompetencí, snížení stresu, nemocnosti a využívání zdravotní péče všech dalších členů rodiny.<sup>94</sup>

## 5.2 Témata a formy rodinné psychoedukace

Psychoedukace by měla představovat jakýsi „průvodce nemocí“, a to jak pro nemocné, tak pro jejich rodinné příslušníky.

Bankovská-Motlová na základě svých klinických zkušeností rozlišuje psychoedukační potřeby nemocných a jejich rodinných příslušníků. Za efektivní považuje programy, které mají společnou informační část pro nemocné a blízké a následně část, při které se skupiny rozdělí a zabírají se vybranými tématy odděleně.

### **Společná psychoedukační témata pro nemocné i příbuzné:**

- co je psychóza (příčiny onemocnění, projevy, jak příznaky vznikají),
- průběh onemocnění, prognóza,
- léčba (farmakoterapie, psychosociální rehabilitace, další možnosti),

---

<sup>94</sup> MOTLOVÁ, L. *Rodinná psychoedukace u schizofrenie*. [online]. [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2005/03/06\\_motlova\\_psych\\_3-05.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2005/03/06_motlova_psych_3-05.pdf)

- prevence relapsu (jak předcházet relapsu, rozpoznání varovných příznaků, co dělat),
- kam se mohu obrátit o pomoc (komunitní služby),
- zdravý životní styl.

#### **Psychoedukační témata pro nemocné:**

- informace o symptomech,
- informace o průběhu onemocnění (jak rozpoznat včas varovné příznaky),
- medikace (předsudky, důležitost užívání),
- zacházení s nemocí (denní režim),
- zdravý životní styl,
- dodání naděje a optimismu.

#### **Psychoedukační témata pro rodinné příslušníky:**

- mýty a fakta o schizofrenii,
- komunikace s nemocným (návčik),
- jak si zachovat svou vlastní životní rovnováhu,
- jak reagovat na nezvyklé projevy a chování nemocného,
- kde hledat oporu, pomoc a porozumění.

#### **Formy psychoedukace**

Na základě svých zkušeností a výsledků průzkumu mezi profesionály, absolventy edukací a příjemci péče bez edukace, preferuje Bankovská-Motlová a kol., jako vhodné formy psychoedukace diagnózou homogenní (F20 – F29) a menší skupiny. S programem rozloženým do více lekcí a více týdnů. Pro rodinné příslušníky jako optimální doporučuje skupiny maximálně 10 účastníků s trváním jedné lekce maximálně do 60 minut, dobou trvání programu na 4 až 8 týdnů a tomu odpovídajícím počtem lekcí v rozmezí 6 až 10 lekcí.

Jednodenní programy (6 až 8 hodinové), které jsou v současné době často realizované, vidí jako velmi zatěžující a obtížné pro udržení dlouhodobé pozornosti.

Upozorňuje zároveň na skutečnost, že většina psychoedukačních programů je u nás prováděna jednorázově, ještě za průběhu hospitalizace, ve velkých lůžkových zařízeních pro velké a diagnosticky heterogenní skupiny. Jako optimální vidí rodinné psychoedukace zařadit po propuštění z léčby do denních stacionářů a docházkových skupin při ambulancích psychiatrů.

Jako osvědčené po stránce lektorského zajištění psychoedukačních programů vidí v pozicích lektorů nejen lékaře – psychiatry, ale také proškolené psychiatrické sestry a sociální pracovníky.

### **5.3 Rodinná psychoedukace v České republice**

Výzkumu vlivu a vývoji samotných psychoedukačních programů se v České republice od 90. let 20. století věnuje tým odborníků z Psychiatrického centra v Praze Bohnicích (dále jen PCP), od loňského roku Národní ústav duševního zdraví v Praze Klecanech.

Bankovská-Motlová zmiňuje jako první, od roku 1996 nabízený, psychoedukační program PRELAPSE pro pacienty PCP a jejich blízké. Dále byl tento program také nabízen například v Centru duševního zdraví v Hradci Králové již v roce 2000.<sup>95</sup>

Program PRELAPSE podrobněji popisují Pidrman a Masopust jako program doporučený Světovou zdravotnickou organizací a Světovou psychiatrickou asociací, jehož cílem je poskytovat nemocným a jejich blízkým informace o nemoci, zvyšovat jejich spolupráci při léčbě, zlepšovat jejich kvalitu života a snižovat počet relapsů onemocnění a počet hospitalizací. Program probíhal původně formou 8 setkání v oddělených skupinách pro nemocné a zvláště pro rodinné příslušníky, kdy počet účastníků ve skupině byl mezi 8 až 12. Skupiny vedli 2 až 3 odborníci (psychiatr nebo psycholog, psychiatrická sestra nebo sociální pracovník). Postupně se program různě upravoval, protože na základě zpětné vazby účastníků se ukázal počet 8 setkání moc zdoluhavý a více se osvědčilo spíše méně delších setkání. Úpravy a doplnění tohoto programu jsou možné, záleží na zkušenostech a praxi vedoucího lektora programu.

---

<sup>95</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: PCP Praha, 2012, s. 11-13, 28-29. ISBN 978-80-87142-16-5.

Většina odborníků zastává názor, že základní informace o duševní nemoci by měl dostat každý nemocný i jeho rodina ideálně po odeznění akutních příznaků, nejlépe hned po první atace nemoci. S tím, že po skončení edukačního programu je dobré nabídnout příbuzným další možnosti spolupráce, jako může být zapojení do svépomocných skupin rodičů.<sup>96</sup>

Na základě vyzkoušení a úprav praktických nedostatků navázal na program PRELAPSE u nás pak vysoce účinný psychoedukační program PREDUKA (preventivně edukační program proti relapsu psychózy). Jde o jednodenní 6 hodinový skupinový program poskytující informace o povaze onemocnění, léčbě, prevenci relapsu, nácviku včasného rozpoznání varovných příznaků nemoci, životním stylu a roli rodiny v léčbě. První 4 hodiny programu jsou společné pro pacienty a jejich blízké, jsou věnované obecným informacím. Po zbylý čas jsou účastníci rozděleni na nemocné a jejich rodinné příslušníky. Program se snaží pro větší názornost a zapamatování mimořádně náročných témat využívat oživení v podobě animací nebo metafor. Pracuje také s didaktickými materiály v podobě pracovních sešitů či powerpointových prezentací. Program je nabízený pacientům v ambulantní léčbě i jejich blízkým. Tento program vedou lékaři – psychiatři, psychologové a psychiatrické sestry. Materiály k oběma programům patří u nás k jediným manuálům, jak psychoedukaci provádět.<sup>97</sup>

Zajímavá je také v této souvislosti zmínka o výzkumu z roku 2009, které provedlo PCP. Z oslovených 510 ambulancí a center (psychiatrických, pedopsychiatrických a psychoterapeutických) poskytlo informace 107 zařízení. Jen 13 z nich však uvedlo, že nabízí skupinovou psychoedukaci nemocným a jejich blízkým.

Z celkového počtu 550 zařízení u nás, poskytujících lůžkovou, ambulantní a komunitní péči provádí psychoedukaci 46 zařízení. Z tohoto počtu 46 zařízení realizuje 29 zařízení skupinovou psychoedukaci pouze pro pacienty, 16 zařízení nabízí

---

<sup>96</sup> PIDRMAN, V., J. MASOPUST. *Psychoedukační program Prelapse*. [online]. [cit. 2015-10-29]. Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2123&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2123&magazine_id=2)

<sup>97</sup> NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Preduka*. [online]. [cit. 2015-10-29]. Dostupné z: <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/preduka/>

psychoedukaci pro pacienty i jejich blízké a pouze jedno zařízení ze všech provádí rodinnou psychoedukaci pouze pro rodinné příslušníky.<sup>98</sup>

---

<sup>98</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: PCP Praha, 2012, s. 22-25. ISBN 978-80-87142-16-5.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 METODOLOGIE PRŮZKUMU

V teoretické části se autorka věnovala mimo jiné nastínění důležité role rodinných příslušníků v úspěšné léčbě duševně nemocných. Rodina je pro osoby s vážným duševním onemocněním často hlavním a někdy i jediným poskytovatelem pomoci. Proto nelze zanedbávat potřeby rodinných příslušníků, které autorka popsala a mezi něž mimo jiné patří právě komplexní a dostatečná informace o nemoci a její léčbě. Průzkum se věnuje identifikaci vzdělávacích potřeb rodinných příslušníků, na jejichž základě v rámci rozvoje možností vzdělávání bude vytvořen konkrétní návrh vzdělávacího programu.

### 6.1 Hlavní cíl a průzkumná otázka

Vzhledem k zaměření práce na rozvoj možností vzdělávání rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním si autorka zvolila jako cíl empirické části práce, zjistit, které informace rodinným příslušníkům v péči o duševně nemocného člena nejvíce scházejí s cílem sledovat edukační souvislosti této interakce, tj. také efektivně edukovat rodinné příslušníky a jejich duševně nemocné členy rodiny. Z důvodu tohoto definovaného cíle si autorka položila otázky, které jsou nedílnou součástí průzkumu a měly by vést k naplnění jeho cíle. Zodpovězení těchto otázek by mělo vést k identifikaci konkrétních vzdělávacích potřeb rodinných příslušníků, na jejichž základě bude vytvořen konkrétní návrh vzdělávacího programu pro rodinné příslušníky osob s vážným duševním onemocněním.

Jako nejvýstižnější volila autorka hlavní průzkumnou otázku ve znění:

- Jaké jsou vzdělávací potřeby rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním?



Mezi další, dílčí cíle, patřilo zjištění odpovědí na otázky:

- Jaké mají rodinní příslušníci vzdělávací možnosti v oblasti péče o duševně nemocného člena rodiny?
- Jakým způsobem si rodinní příslušníci získávají potřebné informace?
- Jaké konkrétní informace chybí rodinným příslušníkům osob s vážným duševním onemocněním?

Otázky, které byly položeny jednotlivým rodinným příslušníkům, jsou uvedeny v příloze A.

## 6.2 Metoda průzkumu

Problematika se vztahuje ke zkušenostem, emocím, názorům a potřebám rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním. Autorka proto zvolila kvalitativní výzkum. Dle Dismana je „*posláním kvalitativního výzkumu porozumění lidem v sociálních situacích*“<sup>99</sup>.

Jako metodu sběru dat volila autorka kvalitativní dotazování, konkrétně polostrukturované dotazování. Podle Hendla se tato metoda „*vyznačuje definovaným účelem určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací*“<sup>100</sup>.

Jako nástroj sběru dat volila autorka polostrukturovaný rozhovor, konkrétně dle Hendla rozhovor pomocí návodu, při kterém používáme návod s předem připravenými otázkami, které je nutné během rozhovoru probrat. Výhodou je volnost a možnost přizpůsobení otázek podle situace a také možnost využít co nejefektivněji čas určený k rozhovoru.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002, s. 289. ISBN 978-80-246-0139-7.

<sup>100</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 164. ISBN 978-80-262-0219-6.

<sup>101</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 174. ISBN 978-80-262-0219-6.

### 6.3 Technika sběru a přípravy dat

Pro zpracování dat autorka zvolila techniku transkripce. Transkripceí Hendl nazývá „proces převodu mluveného projevu s interview nebo ze skupinové diskuze do písemné podoby“<sup>102</sup>.

Cílem zpracování kvalitativního materiálu formou transkripce je dle Hendla interpretace zachycující smysluplně a komplexně zkoumané sociální jevy, při které lze postupovat různými způsoby. V textu se autorka zaměřila na obsahově-tematickou rovinu, upravila text stylisticky, očistila jej od chyb ve větné skladbě a to tak, aby i přes úpravu textu, byla zachována autentičnost rozhovorů.

Vyhodnocení a interpretaci velkého množství kvalitativních dat komplikuje, že nemají strukturovanou podobu dat kvantitativního výzkumu, jsou doplňována citacemi částí interview, zápisky nebo poznámkami z rozhovorů. Autorka pro další zpracování obsáhlého textu využila také techniky shrnujícího protokolu, při které se v určitých pasážích nezachovává celý text, čímž se snižuje rozsah nadbytečného materiálu a některé významově shodné části se integrují, nepotřebná místa v textu vypouští. Dle Hendla lze tímto postupem: „zpracovat velké množství materiálu, redukovat jej do zvladatelného objemu. Lze jej využít, když jde především o obsahově-tematickou stránku materiálu“<sup>103</sup>.

Provedeno bylo celkem 9 rozhovorů. Rozhovory probíhaly v prostředí terénního týmu o. s. Fokus Mladá Boleslav, kde autorka pracuje na pozici case managera. Autorka o svém průzkumu informovala a následně při práci s materiály klientů sdružení a jejich rodinnými příslušníky postupovala se souhlasem nadřízeného pracovníka.

Jednotliví rodinní příslušníci byli nejprve telefonicky osloveni, poté byl dohodnut termínu osobního setkání dle individuálních časových možností jednotlivých respondentů. Před počátkem každého rozhovoru byl jeho účastník informován o použití výsledku průzkumu a jeho celkovém průběhu, včetně ujištění o anonymitě a důvěrnosti rozhovoru. U každého účastníka byl ověřen souhlas s provedením audionahrávky

---

<sup>102</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 208. ISBN 978-80-262-0219-6.

<sup>103</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 210. ISBN 978-80-262-0219-6.

rozhovoru. Rozhovory byly zaznamenány na diktafon a poté přepisovány. Rozhovory probíhaly v časovém rozmezí od 30 do 45 minut.

## 6.4 Průzkumný soubor

U kvalitativního výzkumu Gavora uvádí nutnost záměrného výběru, ve kterém se výzkumník zaměřuje na menší počet případů, zároveň však s o to hlubší intenzitou a hloubkou zkoumání.<sup>104</sup>

V tomto případě výzkumník vybíral zcela účelově osoby tak, aby reprezentovaly dané prostředí a danou situaci, tzn. v rodině je přítomný člen se závažným duševním onemocněním, konkrétně s diagnózou schizofrenie. Rodinní příslušníci byli vybráni na základě skutečnosti, že pečují o osobu se schizofrenií minimálně 1 rok. Souhlas s poskytnutím rozhovoru ve všech případech daly ženy, matky, které zajišťují převážnou část péče a jsou více emocionálně zainteresované.

Kontakty na tyto matky byly získány na základě přímého výkonu profese výzkumníka jako terénního sociálního pracovníka – case managera o. s. Fokus Mladá Boleslav. Fokus Mladá Boleslav je nestátní neziskovou organizací, která působí jako vůbec jedna z prvních neziskových organizací v České republice již od roku 1990. Postupně se kromě Prahy rozšířilo pole působnosti do regionů Liberec, Ústí nad Labem, Vysočina, Turnov, Písek, Tábor a Opava. V roce 1992 vznikl Fokus Mladá Boleslav. Sdružení poskytuje služby komplexní psychosociální rehabilitace v regionech Mladá Boleslav, Nymburk, Kolín, Karlovy Vary, Cheb a Sokolov. Prostředky pro svou činnost získává z dotací, grantů, projektů, sponzorských darů a výnosů svých pracovně rehabilitačních programů. Posláním organizace je poskytování komplexní psychosociální rehabilitace s cílem zvyšování kvality života klientů, zvyšování jejich nezávislosti a snižování počtu psychiatrických hospitalizací.<sup>105</sup>

---

<sup>104</sup> GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2010, s. 183. ISBN 978-80-7315-185-0.

<sup>105</sup> FOKUS MLADÁ BOLESLAV. Sdružení pro péči o duševně nemocné. [online]. [cit. 2016-01-31]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/>

Osloveni byli rodinní příslušníci jednotlivých klientů využívajících služby sdružení. Základní informace o jednotlivých respondentech nastiňují rodinnou situaci respondentů, pochází z přímé praxe autorky práce a její znalosti konkrétních případů. Autorka veškeré informace zpracovala se souhlasem respondentů, zachovala důvěrnost údajů, anonymitu a ochranu osobních údajů tím, že nepoužila žádné údaje vedoucí k identifikaci konkrétních osob.

**Respondent 1 (R1)** – žena, 62 let, vdova, vzdělání střední odborné. Ve společné domácnosti žije pouze s nemocným synem. Manžel před 3 lety zemřel. Péče o syna trvá od roku 2000. Syn 35 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, nemoc propukla v jeho 19 letech, dokončil střední odborné učiliště. Syn pobírá plný invalidní důchod, služeb Fokusu Mladá Boleslav využívají na popud matky od roku 2014. Soužití matky se synem je problematické, matka je zároveň synovou opatrovnicí. Syn prodělal opakované, nedobrovolné hospitalizace, celkem jich bylo 10. V současné době odmítá vycházet z domova, není schopen se o sebe postarat.

**Respondent 2 (R2)** – žena, 61 let, vdaná, vzdělání vysokoškolské. Žije ve společné domácnosti s manželem a nemocnou dcerou. Péče o dceru trvá od roku 2008. Dcera 31 let, diagnóza nediferencovaná schizofrenie, nedokončila vysokoškolské studium, nemoc propukla v jejích 23 letech. Pobírá částečný invalidní důchod, služeb Fokus Mladá Boleslav využívá od roku 2012. Využívá služeb terénního týmu a dochází do centra sociální rehabilitace. Soužití je problematické, dochází k častým hádkám matky s dcerou. Rodina plánuje koupit malý byt, aby se dcera mohla osamostatnit. Dcera je ve stabilizovaném stavu, první a druhá hospitalizace byly v roce 2008 krátce po sobě.

**Respondent 3 (R3)** – žena, 65 let, vzdělání střední odborné s maturitou. Žije ve společné domácnosti s manželem a nemocným synem. Péče o syna trvá od roku 2002. Syn 34 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, nedokončil vysokoškolské studium, nemoc propukla v jeho 20 letech. Pobírá plný invalidní důchod, služeb Fokusu Mladá Boleslav využívá od roku 2012. Dojíždí pravidelně 2x týdně do centra sociální rehabilitace. Vztahy v rodině bezproblémové, syn ve stabilizovaném stavu, celkem 3x hospitalizován, naposledy v roce 2006.

**Respondent 4 (R4)** – žena, 62 let, vdaná, vzdělání vysokoškolské. Ve společné domácnosti žije s manželem. Péče o syna trvá od roku 2008. Syn 30 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, nemoc propukla v jeho 22 letech, nedokončil studium na vysoké škole. Pobírá plný invalidní důchod, služeb Fokusu Mladá Boleslav využívá od roku 2011. Syn celkem 4x hospitalizovaný, poslední hospitalizace v roce 2011. Syn nyní krátce využívá služeb chráněného bydlení, aby se naučil žít samostatně a v budoucnu mohl bydlet sám. Za rodinou jezdí na víkendy. Syn zároveň pracuje v chráněné dílně, kam dochází 3x týdně na 4 hodiny.

**Respondent 5 (R5)** – žena, 42 let, vdaná, vzdělání střední odborné bez maturity. Ve společné domácnosti žije společně s manželem, nemocným synem a jeho dvěma mladšími sourozenci. Péče o syna trvá od roku 2013. Syn 22 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, nemoc propukla v jeho 18 letech, dokončil střední odborné učiliště. Syn pobírá částečný invalidní důchod, služeb Fokusu Mladá Boleslav využívá od roku 2014. Syn nyní krátce pracuje v chráněné dílně, kam dojíždí 3x týdně na 4 hodiny. Soužití v rodině je bezproblémové, občasné hádky s mladšími sourozenci. Hospitalizován pouze 1x v roce 2013.

**Respondent 6 (R6)** – žena, 55 let, rozvedená, vzdělání vysokoškolské. Ve společné domácnosti žije s nemocnou dcerou. Péče o dceru trvá od roku 2012. Dcera 25 let, diagnóza hebefrenní schizofrenie, nemoc propukla v 21 letech, nedokončila studium na vysoké škole. Pobírá plný invalidní důchod, služeb Fokusu Mladá Boleslav využívá od roku 2013. Dcera hospitalizovaná celkem 5x, poslední hospitalizace v roce 2015. Dcera nemoc odmítá přijmout, odmítá spolupráci, cítí se být zdráva, přeceňuje své síly, nedodrží léčebný režim, což končí opakovanými hospitalizacemi. Vztahy v rodině komplikované, především kvůli otci, který rodinu opustil. S matkou dcera vychází dobře, pokud dojde ke zhoršení stavu je však k matce nepřátelská až agresivní.

**Respondent 7 (R7)** – žena, 56 let, vzdělání vysokoškolské. Ve společné domácnosti žije manželem. Péče o dceru trvá od roku 2009. Dcera 30 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, dokončila střední školu s maturitou, nemoc propukla v jejích 20 letech. Pobírá částečný invalidní důchod a služeb Fokusu Mladá Boleslav využívá od roku 2011. Dcera hospitalizována celkem 3x, poslední hospitalizace v roce 2013. Dcera

dochází do centra sociální rehabilitace a zároveň je na zkrácený úvazek zaměstnána v rodinné firmě. V minulosti využila k osamostatnění služeb chráněného bydlení, nyní žije krátce v garsoniéře, kterou pro ni rodina zakoupila. Vztahy dříve problematické zejména s otcem, nyní po osamostatnění se, se situace zklidnila.

**Respondent 8 (R8)** – žena, 60 let, rozvedená, vzdělání střední odborné s maturitou. Žije ve společné domácnosti s dcerou. Péče o dceru trvá od roku 2005. Dcera 33 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, dokončila střední školu s maturitou, nemoc propukla v jejích 22 letech. Pobírá plný invalidní důchod, služeb Fokusu Mladá Boleslav od roku 2012. Využívá služby centra sociální rehabilitace. Hospitalizována byla celkem 4x, naposledy v roce 2012. Vztahy s matkou bezkonfliktní, dcera není schopna fungovat samostatně, vše za ní vyřizuje matka.

**Respondent 9 (R9)** – žena, 64 let, vdaná, vzdělání střední odborné s maturitou. Žije ve společné domácnosti s těžce nemocným manželem. Péče o dceru trvá od roku 1996. Dcera 42 let, diagnóza paranoidní schizofrenie, dokončila střední školu s maturitou, nemoc propukla v jejích 22 letech. Pobírá plný invalidní důchod, služeb Fokusu Mladá Boleslav využívá od roku 2012. Pravidelně dochází do centra sociální rehabilitace, využívala služeb chráněného bydlení, nyní bydlí krátce samostatně v bytě, který pořídila rodina. Vztahy v rodině se nyní po odstěhování dcery zlepšily, přesto je vztah s matkou komplikovaný. Dcera hospitalizována celkem 8x, naposledy v roce 2013.

## 6.5 Analýza dat

Kvalitativní analýza systematicky, nenumerycky a smysluplně zpracovává data tak, aby byla zodpovězena daná výzkumná otázka. Autorka k analýze dat použila prvky zakotvené teorie, mezi které patří koncepty kategorie a propozice. Při tomto postupu autorka využila otevření kódování a psaní poznámek.

Dle Švaříčka a Šedové kódování představuje: „*operace, pomocí nichž jsou údaje rozebrány, konceptualizovány a složeny novým způsobem*“<sup>106</sup>.

Materiály byly kódovány podle shodných segmentů do významových kategorií, které byly jednotlivě pojmenovány.<sup>107</sup>

V textu přepsaných rozhovorů byly nejprve označeny klíčové pojmy, které se shodně vyskytovaly ve všech rozhovorech. Následně byly tyto pojmy rozděleny do jednotlivých kategorií a subkategorií. Analyzováno bylo celkem 5 kategorií. Připojeny jsou přímé citace jednotlivých respondentů, označené zkratkami R1 – R9.

## **6.6 Zpracování rozhovorů**

Z uskutečněných 9 rozhovorů bylo analyzováno celkem 5 hlavních kategorií, které se vztahují k získávání informací na počátku nemoci a následně v průběhu vývoje onemocnění, zjišťování možností vzdělávání rodinných příslušníků, nabídce vzdělávání a identifikaci stěžejních témat dalšího vzdělávání rodinných příslušníků.

Autorka vytvořila pro jednotlivé kategorie tyto názvy: ZAČÁTEK ONEMOCNĚNÍ, ZJIŠŤOVÁNÍ, INFORMACE, VZDĚLÁVÁNÍ, POMOC. Hlavní kategorie obsahující odpovědi na související podotázky autorka rozdělila pro přehlednost do podkategorií. Pomocí techniky shrnujícího protokolu autorka zpracovala další otázky a odpovědi, které v rozhovorech zazněly a nebyly zahrnuty do vytvořených kategorií v níže komentovaných shrnutích u každé kategorie.

### **KATEGORIE ZAČÁTEK ONEMOCNĚNÍ**

Tato kategorie zahrnuje informace týkající se poskytnutí informací o nemoci na začátku onemocnění. Ve většině případů během první hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

---

<sup>106</sup> ŠVAŘÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, s. 211. ISBN 978-80-7367-313-0.

<sup>107</sup> HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 223. ISBN 978-80-262-0219-6.

**R1** „Tenkrát nám něco málo řekli v léčebně, ale moc ne, spíš o tom, jak to se synem momentálně je, že to ještě není na to, aby šel domů. Řekli nám, že bude muset brát prášky pravidelně, že když nebude léky užívat, bude to zase horší, že se na to máme připravit, že je možná bude odmítat. Při dalších jeho odvozech do léčebny už to bylo stejné, pořád dokola to samé, nic nového. Co bude, lékaři také nevěděli, že se to nedá říct, že to nikdo neví. Nikdo mi dodnes není schopný říct co dělat. Jenom se mu zvyšují léky a to nepomáhá.“

**R2** „Já jsem dost informací o nemoci věděla, mám sama lékařské vzdělání, ale v jiném oboru. Jenže v knihách nenajdete ty konkrétní situace, co řešíte a nastanou doma, to tam nikde není. To je realita. A nikdo, kdo to nezažil, si nedokáže představit jak strašně vyčerpávající to je. Lékaři v léčebně nám k tomu řekli fakta o nemoci, ale co nás čeká pak doma, to Vám neřekne nikdo.“

**R3** „Podrobnosti o jeho stavu nám řekli, když jsme za ním jezdili na návštěvy do léčebny a pak jeho paní doktorka, ta je hodná, vše nám vždy řekla nebo vysvětlila, vždy si udělala čas. Ta nemoc se nedá vyléčit, ale dá se s ní žít, musí, snažíme se to zvládat.“

**R4** „Na začátku jsme toho moc nevěděli, mysleli jsme si, že se to vyléčí i to tak vypadalo, bylo to chvíli dobré, syn se po první atace vrátil do školy, vypadalo to, že je to v pořádku. Jenže pak to přišlo znovu a bylo to daleko horší. Měli jsme strach, že umře, ani doktoři si nevěděli rady, vůbec nic nepomáhalo, nezabíraly léky. Nakonec dostal šoky, to byla poslední šance.“

**R5** „Vše nám řekla naše dětská psychiatricka, jezdili jsme k ní s psychickými problémy mladšího syna, takže když mi chování toho staršího začalo být divné, neváhala jsem a zavolala jí a ona hned řekla, ať s ním raději přijedeme.“

**R6** „Já mám sama lékařské vzdělání, takže spoustu věcí jsem okrajově věděla nebo tušila, ale je to samozřejmě jiné, když to člověk pak prožívá reálně u svého dítěte. Načetla jsem spoustu knih, odborných časopisů, čtu vše nové, hledám si cizí články na internetu, co je nového v léčbě, prostě hledám informace pořád a všude kde to jde. Hledám a zjišťuji, jaké jsou možnosti v jiných zemích, mimo Českou republiku. Samozřejmě nám prvotní informace řekli lékaři po příjmu dcery do léčebny při její



*první hospitalizaci, pak už to bylo jen dokola to samé, někdy jsem měla i pocit, že s ní ani nic nedělají, protože sami nevědí, co za léky ještě vyzkoušet. Někdy jí ani léky neměnili, prostě jen byla v léčebně, měla jiný režim, a to asi pomohlo.“*

**R7** *„Informace byly kusé, moc literatury tenkrát nebylo, internet jsme ještě neměli. Věděli jsme jen to, co nám řekl doktor v léčebně, ale rozhodně to nebylo dostačující.“*

**R8** *„Ze začátku jsem byla zmatená, nevěděla jsem, co jí je. Lékaři se, se mnou bez přítomnosti dcery nechtěli o ničem bavit. Chyběly mi veškeré informace, co bude dál, jaká bude léčba. Tyhle informace jsem se dozvěděla až po určité době.“*

**R9** *„To už je dlouho, co dcera marodí, tenkrát to bylo úplně jiné, nebyl internet, moderní knihy, prostě dnes to podle mě mají lidé z hlediska přístupu k informacím daleko jednodušší. Nám tenkrát poprvé neřekli skoro nic, ale už si to opravdu moc nepamatuji. Vůbec jsme nevěděli, co bude dál, nikdo to nevěděl. Prakticky dodnes třeba nevím, jaký je rozdíl mezi psychózou a schizofrenií.“*

Ze všech rozhovorů vyplynulo, že nemoc naprosto změnila chod rodiny. Dotazovaní rodiče se shodují, že došlo k zásadní změně života všech členů. Na počátku byla většinou víra v úplné uzdravení, ze které došlo postupně ke změně směrem k pocitům zklamání, strachu, beznaděje, lítosti. Časté jsou u většiny rodičů úvahy, že již nikdy nebude život jejich dítěte tak jako dříve. Převládají obavy z budoucnosti, kdo se o jejich dítě postará, až oni tu nebudou. Většina dotazovaných neměla na počátku všechny potřebné informace o nemoci, ty byly různými způsoby získávány až postupně. V průběhu první hospitalizace získali rodiče základní informace o momentálním stavu, informace byly pro většinu rodičů nedostačující.

## **KATEGORIE ZJIŠŤOVÁNÍ**

Tato kategorie zahrnuje informace týkající se aktivity a způsobů, které souvisí se získáváním potřebných informací o nemoci a její léčbě.

**R1** *„No kluk musí pravidelně ke svému psychiatrovi, ta občas něco řekla, když tam člověk s klukem jel a zeptal se, ale v podstatě vždy jen to, že mu přidá další léky nebo*

*zkusí nějaké nové. Mě se ptala, co třeba kluk celý dny dělá. To spíš já jí říkala, že kluk je horší a horší a nikam to nevede.“*

**R2** *„Četla jsem knihy, dívala se na internet, ptala se nenápadně známých lékařů, ale že mám problém s dcerou, jsem jim neřekla, říkala jsem, že to zjišťuji pro známé.“*

**R3** *„Četla jsem knížky, i syn si kupuje různé knihy o psychiatrii, čte je on i já. A když bylo něco potřeba, šli jsme za synovou doktorkou se zeptat. Syn jí má rád, má k ní důvěru, vše s ní probírá, chodí k ní každých 14 dnů.“*

**R4** *„Hledali a zjišťovali jsme všude, kde to šlo, četli jsme, ptali se. To děláme dodnes. Snažíme se věřit, že přijde nový lék, který pomůže od všech vedlejších příznaků.“*

**R5** *„Já si nikde nic moc nehledala, důvěřuji naší paní doktorce, ta nám vždy vše vysvětlila, je moc hodná, nechala si ve své péči i staršího syna, jezdíme vždy na kontroly s oběma syny zároveň. Byla to i naše paní doktorka, která nám doporučila, aby syn začal chodit do Fokusu, a to mu moc pomáhá.“*

**R6** *„Načetla jsem mnoho odborných knih, odborných časopisů, čtu vše nové, hledám si cizí články na internetu, co je nového v léčbě, prostě hledám informace pořád a všude kde to jde. Hledám a zjišťuji, jaké jsou možnosti v jiných zemích, mimo Českou republiku.“*

**R7** *„Důležité informace jsem získala ve Fokusu, ptala jsem se pracovníků, až od nich jsem se dozvěděla spoustu věcí, které nám do té doby nikdo neřekl.“*

**R8** *„O některých věcech jsem se radila se známými a přáteli, kteří dceru osobně znají. Samozřejmě jsem se ptala lékařů, ale dcera nechtěla, nepřála si, aby mi ze začátku cokoliv říkali.“*

**R9** *„Většinu informací zjišťoval manžel, všude kde to šlo. Máme o té nemoci mnoho knih. Dnes už nás ani nic nepřekvapí, víme, co můžeme čekat, když je lepší období, jsme jedině rádi, že je klid. Dcera si vždycky kupovala knihy, vždy se u nás hodně četlo.“*

Jako zdroje informací z řad profesionálů uvádí dotazovaní lékaře v psychiatrické nemocnici, ambulantní psychiatry, pracovníky neziskové organizace. Rodinní příslušníci dále pak zjišťovali a zjišťují potřebné informace z odborné literatury, knih a časopisů, internetu. Jedna z matek uvádí jako zdroj informací zahraniční literaturu. Někteří rodiče se také pro informace obracejí na přátele a známé.

## **KATEGORIE INFORMACE**

Tato kategorie je rozdělena do třech souvisejících podkategorií. V první podkategorii nazvané TO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ autorka zpracovala informace, které vyjadřují skutečnost, co ze svého pohledu považují dotazovaní jako to nejdůležitější a nejvíce potřebné v péči o nemocného člena rodiny. Co by měl podle nich každý rodič pečující o duševně nemocného vědět.

### **Podkategorie TO NEJDŮLEŽITĚJŠÍ**

**R1** „Každý by měl vědět, jaké jsou služby, kam se obrátit, kam zavolat, že taky někdo může přijet k Vám domů a popovídat si s Vámi nebo klukem, prostě vědět, že existuje nějaká pomoc.“

**R2** „Všechno je důležité, ale je potřeba to vědět hned od začátku. Člověk spoustu věcí netuší, neví, ani ho nenapadnou, že by se na ně mohl zeptat. Určitě musíte vědět, jaká je léčba, co pomůže, jaké jsou možnosti pomoci. A co může rodič udělat, jak se má k nemocnému dítěti chovat.“

**R3** „Je potřeba o všem mluvit, nebát se ptát, mluvit o tom v rodině. Syn má ke mně důvěru, říká mi vše, rozebíráme to. To mu pomáhá. Jedině díky tomu to zvládáme tak jak to je.“

**R4** „Nesmí se ztrácet naděje, rodiče musí najít sílu, zachovat klid, vydržet to, protože bez klidného rodinného prostředí to nejde. Pro nás třeba bylo důležité vědět, že ty léky mají vedlejší efekt, syn jen spal, ležel, nic nedělal, vůbec jsme nevěděli, co s ním, byl po těch lécích úplně utlumený, to vůbec nebyl on. My si na začátku mysleli, že zlenivěl.“

**R5** „Co je ta nemoc, jak se dá léčit, že se musí jíst léky a hlavně, že je potřeba, aby dítě jen neleželo celé dny doma, že potřebuje nějakou aktivitu. Samozřejmě to jde pomalu, je potřeba trpělivost. Je těžké se smířit, že to, co šlo dítěti před nemocí, nyní už nezvládne.“

**R6** „Neztrácet naději. A vědět, co bude dál, co pomůže, co dělat když...dítěti není dobře.“

**R7** „Jak mu usnadnit život, aby mohl žít plnohodnotně a nemusel být smutný, nebo někde zavřený v léčebně, nebo doma bez přátel a bez kontaktů. Co jako rodič můžu pro své dítě udělat, jak mu mám pomoci.“

**R8** „Každý rodič by měl vědět, že nemá přebírat odpovědnost za své dítě, měl by pečovat taky o sebe a svůj život, aby mohl pomoc poskytnout v pravý okamžik, nepřebírat odpovědnost za odborníky.“

**R9** „Vědět, jaká je léčba, jak s dítětem mluvit, jakým způsobem dítěti pomoci. Jak se o sebe starat, aby bylo dobře mně, abych v pravou chvíli dokázala pomoci dítěti. Jak se starat sama o sebe a být v pohodě.“

Nejčastěji dotazované matky uvádějí informace o tom, jaká je léčba, a co ony samotné mohou pro své dítě udělat, jak mu mohou pomoci, jak s ním mohou komunikovat. Někteří z rodičů hovoří také o nutnosti vědět, kam se obrátit o pomoc, mít přehled o nabídce služeb. Zmíněna je i opakovně důležitost neztrácet naději a víru.

### **Podkategorie CO NEVÍM**

Tato podkategorie shrnuje odpovědi na otázky týkající se absence informací, které rodinní příslušníci v současnosti z jejich pohledu nejvíce postrádají.

**R1** „Mně ani nechybí informace, ale síla mu dál pomáhat, aby to k něčemu bylo. Syn má stále halucinace, bludy, je paličatý, do léčebny dobrovolně nechce, v noci nespí, někdy celou noc prochodí po baráku. Já spíše potřebuji mezi lidmi, a taky mluvit s někým, kdo si umí představit, co prožívám.“

**R2** „Jaké jsou novinky v léčbě, v léčích. Jaké jsou další možnosti pomoci, jestli se chystá něco nového, něco co by pomohlo. A taky jak s tím nemocným dítětem mluvit, když s ním není řeč, jak předejít hádkám, jak mu domluvit, jak se k němu chovat.“

**R3** „Já myslím, že dneska už vím tak nějak všechno. Syn jezdí do Fokusu, o všem, co tam dělají, mi vypráví, probíráme to. Přiveze mi i různé výrobky, co mi tam vyrobil, to mě moc potěší. Samozřejmě mě zajímá, co by se dalo dělat, aby syn mohl třeba pracovat.“

**R4** „Od té doby, co máme konečně dobrého psychiatra, nemám pocit, že by mi něco chybělo, co se týká informací, on nám vše vysvětlí a probere to s námi. Na začátku jsme samozřejmě nevěděli nic, ani nás vlastně nenapadlo, na co se máme ptát, to člověk zjistí až postupně, až když ty věci přicházejí a on neví, co si má počít, co má dělat.“

**R5** „Teď už to základní víme, je toho určitě ještě hodně, těch informací, ale ono možná radši nevědět vše, člověk pak nad tím moc přemýšlí. Na začátku jsme toho moc nevěděli, netušili jsme, co to je za nemoc, co to znamená, jak nám to všem změnil život.“

**R6** „Informací není nikdy dost, bohužel má dcera je zrovna případ, u kterého není prognóza dobrá, už to vypadalo, že zabere nový lék, ale zase se stav zhoršil. Zajímá mě, co bude dál, co by se dalo dělat, jaké jsou možnosti.“

**R7** „Chybí mi informace o službách a hlavně zařízeních, kam by syn mohl případně jít a bylo o něj postaráno, až já nebudu moci.“

**R8** „Hrozný chaos mám v tom, jaké jsou léky, jak se zajišťuje optimální léčba, jaké mají nebo nemají léky vedlejší účinky, v tom není jasno, každý to má jinak.“

**R9** „Ve vědě a medicíně je pořád něco nového, takže určitě je těch nových věcí třeba v léčbě hodně. Ty by nás zajímaly. Psychiatr na Vás jako na rodiče nemá moc času, je plná čekárna, každý většinou dostane recept a za chvíli jste venku, tam není čas se na takové věci ptát.“

V převážné většině dotazované matky potvrzují, že největší nedostatek informací rodiny měly na počátku onemocnění. V současné době již absenci zásadních informací

nepotvrzuje žádná z dotazovaných. Přesto z rozhovorů vyplývá, že chybí informace o službách, nových postupech v léčbě onemocnění a účincích medikace.

### **Podkategorie TÉMATA**

V této podkategorii autorka zpracovala, jaká témata jsou pro dotazované nejvýznamnější. Na výběr byly nabídnuty následující z možností: nemoc a její léčba, jak se chovat v krizi, jak správně s nemocným komunikovat, význam rodiny v péči o nemocného, rehabilitace a péče o nemocného po propuštění z nemocnice, sociální dávky, služby pro duševně nemocné, jak to chodí v jiných rodinách, jaké mají zkušenosti ostatní rodiče, uveďte jiná pro Vás důležitá témata.

**R1** „*Co dělat v krizi, jak komunikovat, rehabilitace, a co dál, co prostě dělat v té beznaději. Co bude dál.*“

**R2** „*Jak správně komunikovat, co dělat v krizi, ale důležité je prostě všechno, co se té nemoci týká. Zkušenosti jiných rodičů mne také zaujaly.*“

**R3** „*Jak správně komunikovat, zkušenosti jiných rodičů a vše ostatní.*“

**R4** „*Všechna témata jsou důležitá, jen pro každého v jiném stadiu nemoci. Když je dítě v léčebně, zajímá Vás léčba, léky, kdy půjde domů. Když je doma a je jakžtakž v pořádku, řešíte, co by měl celý den dělat, že by neměl ležet. Když mu není dobře, řešíte, co dělat, kam zavolat o radu, zda jet k lékaři.*“

**R5** „*Nemoc a její léčba, rehabilitace a péče o nemocného po propuštění z nemocnice, pak to vše ostatní.*“

**R6** „*Jak se chovat v krizi, co dělat po propuštění, nemoc a léčba, jak to chodí v jiných rodinách.*“

**R7** „*Nemoc a léčba, komunikace, jak se chovat v krizi, rehabilitace po propuštění, jak to chodí v jiných rodinách, služby, dávky.*“

**R8** „*Jak správně komunikovat, význam rodiny, jak se chovat v krizi, nemoc a její léčba, rehabilitace a ostatní, jak to chodí v jiných rodinách – výměna zkušeností.*“

**R9** „*Nemoc a její léčba, jak se chovat v krizi, jak komunikovat, jak to chodí v jiných rodinách. Rozhodně jsou všechna témata zajímavá a důležitá.*“

Dotazované matky se shodují, že důležitá jsou všechna témata, přesto se některá z nich na prvním místě v důležitosti opakovala častěji. Jde především o nemoc a její léčbu, jak správně s nemocným komunikovat, jak se chovat v krizi a také zkušenosti jiných rodičů.

## **KATEGORIE VZDĚLÁVÁNÍ**

Kategorie VZDĚLÁVÁNÍ obsahuje podkategorii ÚČAST a NABÍDKA. Podkategorie ÚČAST se vztahuje ke zjištění skutečnosti, zda měli rodinní příslušníci v minulosti možnost se účastnit nějakého vzdělávacího programu nebo zda jim tato možnost byla vůbec někdy nabídnuta. Podkategorie NABÍDKA zachycuje jejich postoje, pokud by nyní byla nabídnuta možnost účastnit se vzdělávacího programu, zda by jí využili a proč.

### **Podkategorie ÚČAST**

**R1** „*Nikde jsem nikdy nebyla, nikdo mi nic nenabízel, tady u nás prostě nic takového není, možná v Praze, ale to je pro nás z ruky.*“

**R2** „*Žádné možnosti nemáme a o žádných kurzech tady u nás nevím. Víím, že v léčbě dcera říkala, že měli terapie a skupiny, kde o nemoci mluvili, ale to měla ona, nám nikdo nic neříkal.*“

**R3** „*Nikdy jsem nikde nebyla, nikdo mi nic nenabízel.*“

**R4** „*Ne, nikde jsme nebyli, ani nám nikdo nic nenabízel. Spíš jsme se vždycky všude ptali a zajímali my.*“

**R5** „*Nemáme žádné zkušenosti, nikde jsme nikdy nebyli.*“

**R6** „*Nebyla jsem nikde, ani nevím o tom, že by se někde něco takového nabízelo.*“

**R7** „Účastnila jsem se edukace pro rodiče v rámci sdružení Fokus, byly tam informace o nemoci, léčbě, o tom, co ta nemoc přináší pro rodinu za omezení. Bylo to super, navíc jsem se tam seznámila s ostatními rodiči a tím, jak to vypadá jinde. To mi moc pomohlo.“

**R8** „Neměli jsme možnost, měli jsme kdysi asi dvě společné sezení s dcerou v léčebně. Ale to bylo vše. Žádné služby donedávna nebyly pro nemocnou dceru, natož pro nás.“

**R9** „Nikde jsme nebyli, vždy jsme maximálně mluvili pouze s ošetřujícími lékaři.“

Z odpovědí dotazovaných jednoznačně vyplývá, že se v počátku onemocnění a ani v jeho průběhu, až na jedinou výjimku, neměli rodiče možnost se jakéhokoliv vzdělávacího programu účastnit. Ve většině případů dotazovaní nevědí o žádné takové možnosti a nikdy jim ani žádný kurz či edukace nabízeny nebyly. Jen jedna dotazovaná žena uvedla svou účast na kurzu, který jí nabídlo sdružení Fokus Mladá Boleslav. V tomto případě mimo získaných informací zdůrazňuje velký přínos především v možnosti setkat se s ostatními rodiči, kteří také pečují o duševně nemocného člena rodiny.

### **Podkategorie NABÍDKA**

**R1** „Dneska už asi jo, určitě jo, když vím, že je to potřeba, dřív mi to nikdo nenabízel a já si myslela, že pomůžou léky a to stačí.“

**R2** „Určitě, i když vše co šlo, jsem si zjistila na internetu nebo přečetla v knihách, ale spíš by mě na tom kurzu zajímalo co ostatní rodiče, kteří mají doma taky nemocné dítě, co dělají, jak to řeší. Člověk si potřebuje popovídat s někým, kdo ví, o co jde, zná to, nemusí se před ním stydět a připadat si divně. A to pochopí jen ten, kdo to samé má doma taky.“

**R3** „Tenkrát asi jo, na začátku, to jsme byli mladší, teď už jsem stará, už bych asi nikam nešla. Už toho spoustu vím a vím, co synovi pomáhá.“

**R4** „Určitě ano, uděláme s manželem vše, co by bylo ku prospěchu a pomohlo našemu synovi, dozvědět se co nejvíc je základ.“



**R5** „Myslím, že ano, záleží, kdy a kde by to bylo. Chodím odpoledne na brigádu, uklízet. Určitě bych se ráda dozvěděla něco nového, co a jak se synem bude dál, jaké jsou možnosti do budoucna, kvůli práci a tak.“

**R6** „Ano, takové možnosti bych ráda využila, informací není nikdy dost, člověk se odreaguje, potká nové a zajímavé lidi, pozná další osudy.“

**R7** „Ano, už jen proto, že bych potkala další rodiče s novými zkušenostmi.“

**R8** „Určitě ano, informace nebyly, byla jen bezmoc a beznaděj.“

**R9** „Účastnili bychom se čehokoliv, co by naši dceři pomohlo a nám i jí ulehčilo soužití.“

V této podkategorii jsou zachyceny výpovědi týkající se zájmu dotazovaných o možné vzdělávání v oblasti péče o nemocného. Většina rodin se shoduje, že pokud by jim bylo nabídnuto vzdělávání v této oblasti, rádi by této nabídce využili. Třetina matek také uvádí jako velmi přínosnou možnost se na takové vzdělávací akci setkat s ostatními rodiči, kteří se nachází v obdobné životní situaci.

## **KATEGORIE POMOC**

Tato kategorie obsahuje podkategorie: CO NAVRHUJI a SETKÁVÁNÍ. První podkategorie obsahuje shrnutí odpovědí, co samotní rodiče navrhují a vidí jako nejvíce přínosné, co by se dalo zlepšit z hlediska poskytování informací a služeb.

### **Podkategorie CO NAVRHUJI**

**R1** „Důležité informace, všechny informace by se měly říkat hned od začátku všem rodičům. Co všechno ta nemoc obnáší, že to je tak strašně těžké, hlavně aby člověk věděl, co nemá zanedbat, na co si má dát pozor, že nesmí kluka nechat ležet doma, že je potřeba hledat dobrého doktora, který si na vás udělá čas, že se člověk nesmí bát jich zkusit víc, protože jde o vaše dítě. Že prostě nestačí jen brát léky a bude to dobrý, že musí být ta celková rehabilitace, jak říká ten pán z Fokusu.“

**R2** „Mohly by být nějaké přednášky pro rodiče, nebo kdyby si ošetřující psychiatr udělal čas i na rodiče a vše s nimi probral, ale chápu, že ten čas asi nemá, když má plnou čekárnu lidí a u nás ve městě těch psychiatrů není tolik, jsou přetížení. Ale i v té léčebně tenkrát moc času nebylo, po telefonu nic neřekli, často tam i o víkendu lékař nebyl.“

**R3** „Měli by o tom všem víc psát, nejen ty hrozné věci co se někde stanou, ale i o tom, že spousta těch lidí je hodných, nikomu nic nedělají, snaží se normálně žít a fungovat.“

**R4** „Informace dneska jsou všude na internetu lehce dohledatelné, je spousta knížek, ale člověk na začátku ani neví, co se ho týká, jak to bude, vůbec si neumí představit, co ho čeká. Nás nikdy nenapadlo, že syn bude v dnešní době ve stavu, že nepomáhají žádné léky. Samozřejmě by bylo fajn, kdyby byly různé kurzy, školení s touto problematikou, ale víte jak to u nás je, na nic nejsou peníze.“

**R5** „Já ani nevím, to asi říká každému ten jeho lékař ne? Ale asi určitě nejsou všichni tak ochotní, my měli na naší paní doktorku štěstí. Určitě by mělo být více lékařů a více služeb pro tyhle lidi.“

**R6** „Mělo by být celkově více služeb pro tyhle lidi, chráněné dílny, nabídka kurzů.“

**R7** „Více návazných služeb, jejich propojení, více chráněných dílen, chráněných bydlení.“

**R8** „Pomohly by různé skupiny jen pro rodiče a výměna zkušeností. Psychiatr má omezený čas, není schopen to rodině vysvětlit, co se děje v každodenním životě, to se dozvíte od lidí, kteří to prožili nejlépe.“

**R9** „Více psychiatrických ambulancí, hlavně na malých městech a více služeb pro takové lidi, to by moc pomohlo. Dcera byla roky doma, nic u nás v okolí nebylo, nechodila mezi lidi, byla jen stále s námi doma.“

Tato podkategorie shrnuje, co dotazovaní rodiče navrhují pro zlepšení péče o duševně nemocné a jejich rodiny. Jde především o potřebu větší nabídky služeb pro duševně nemocné, větší počet ambulantních psychiatrů, především v menších

lokalitách. Tři dotazované matky by také uvítaly možnost skupin pro rodiče a nabídku kurzů a školení v této problematice.

### **Podkategorie SETKÁVÁNÍ**

Tato podkategorie shrnuje možnosti, které dotazovaní mají z hlediska setkávání se s lidmi s obdobnou životní zkušeností a také jejich postoje k případné takové možnosti se setkávat s jinými rodiči a sdílet s nimi své zkušenosti a starosti.

**R1** *„Nikdo v okolí obdobný problém nemá, ale určitě by to bylo dobré, mluvit s někým, kdo má syna nemocného stejně jako já, to je bezpochyby. Nikdo vás nemůže pochopit tak, jako ten, kdo to zná ze své vlastní zkušenosti.“*

**R2** *„Chodíme na setkání rodičů, kteří mají také dítě s touto nemocí, to je moc fajn. Nabídl nám to Fokus. Já s tím měla ze začátku problém, stydíte se, ale když pak slyšíte, co se děje jinde, člověk pochopí, že se ostatní trápí úplně stejně jako vy.“*

**R3** *„Nikoho jiného, kdo by řešil to co my, neznám. Nepřála bych to nikomu, ale syn mi vypráví o svých kamarádech z Fokusu a je mi jasné, že mají také rodiče, kteří řeší ty samé věci co my, že se bojí o své dítě. Určitě by to bylo dobré někoho takového poznat.“*

**R4** *„Díky Fokusu jsme byli na stáži v Holandsku, kde jsme měli možnost poznat služby a péči pro duševně nemocné u nich. To je sen. To kdyby fungovalo tady, jak to tam mají promyšlené. A na té stáži jsme se seznámili s ostatními rodiči, bylo to moc fajn, všichni byli moc milí, hodní a stejně utrápení jako my, člověk kolikrát ani nemusí mluvit a pozná, na co ten druhý myslí nebo co se mu honí hlavou. Se všemi jsme nadále v kontaktu, voláme si, píšeme e-maily, povzbuzujeme se.“*

**R5** *„Jiné rodiče bohužel neznám. Nebránila bych se tomu, se s nějakou jinou maminkou seznámit a popovídat si, jak to vidí, jaké má zkušenosti, hlavně s někým, kdo už to zná a ví.“*

**R6** *„Chodím na setkání s rodiči, kteří mají stejně nemocné děti, ta setkání s ostatními rodiči dost pomáhají. Člověk slyší, že v tom není sám, dává to i naději, když slyší, že jinde to bylo taky zlé a teď je to lepší a daří se. To vždy tajně doufám, že se podaří i u dcery.“*

**R7** „Setkávám se v rámci Fokusu s rodiči, kteří mají obdobný problém, cítím, že na to nejsem sama, i ostatní rodiče mají obdobné problémy, předáváme si zkušenosti, radíme se. Je to pro mě odlehčení od toho trápení.“

**R8** „Nesetkávám se s nikým takovým, ale přínos by to byl. Výměna zkušeností by byla moc cenná. Je důležité, aby byl rodič v pohodě, když není, působí negativně na dítě a nemůže mu poskytnout oporu, když mu samotnému není dobře.“

**R9** „Nikoho v našem okolí, kdo má psychicky nemocné dítě neznám. S tím se člověk raději nikomu cizímu nesvěřuje. Ale samozřejmě pokud bych někoho takového poznala, určitě bych s ním ráda mluvila o tom, co nás trápí.“

Z odpovědí je zřejmé, že většina dotazovaných matek vidí v možnosti setkat se s někým, kdo má obdobně nemocné dítě a zažívá podobné situace, velký přínos. A to nejen z hlediska výměny informací, zkušeností, ale i z pohledu získání naděje v lepší budoucnost. Tři dotazované matky uvedly svou vlastní zkušenost ze setkání s jinými rodiči v rámci sdružení Fokus Mladá Boleslav.

## **6.7 Vyhodnocení rozhovorů**

Cílem provedeného průzkumu bylo zjištění „*Jaké jsou vzdělávací potřeby rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním?*“

Na základě analýzy provedených rozhovorů s vybranými rodinnými příslušníky osob s vážným duševním onemocněním, jež jsou klienty organizace Fokus Mladá Boleslav, byly identifikovány tyto stěžejní oblasti: nedostatek informací především v počátku onemocnění, absence nabídky vzdělávání pro rodinné příslušníky osob s duševním onemocněním, potřeba a zájem o sdílení svých starostí a problémů s lidmi s obdobnou zkušeností. Také se autorka pokusila identifikovat témata, která dotazovaným matkám nejvíce chybí, a o které by měly z hlediska informací zájem.

Z uskutečněných rozhovorů a ze zkušeností autorky z vlastní praxe vyplývá, že rodinní příslušníci trpí nedostatkem informací o nemoci a její léčbě především v počátku onemocnění. Rodiny nevědí, kam se mají obrátit o pomoc, jak se

k nemocnému členu rodiny chovat či jak mu oni samotní mohou pomoci. Znatelná je z odpovědí neexistence komplexního a jednotného modelu komunitní péče. A samozřejmě i rodinní příslušníci nemocných postrádají celoplošnou síť služeb, která by na celém území naší republiky zajistila duševně nemocným stejný přístup k psychosociální rehabilitaci, včetně možnosti účastnit se psychoedukačních programů pro samotné nemocné i pro jejich blízké.

Zde se nabízí odpověď na další položenou otázku: „*Jaké mají rodinní příslušníci vzdělávací možnosti v oblasti péče o duševně nemocné?*“ Z rozhovorů vyplynulo, že ani jedna z dotazovaných osob žádnou možnost účasti v edukačním programu od samého počátku onemocnění jejich blízkého neměla, o žádné takové možnosti nemají informace, žádnou nabídku účasti nikdy neobdržela. Pouze v jediném případě je zmíněna účast na psychoedukačním programu, který byl této ženě nabídnut v rámci služeb organizace Fokus Mladá Boleslav.

Většina rodinných příslušníků se snaží získávat scházející informace všemi možnými způsoby, a to v průběhu celé doby onemocnění jejich blízkého. Uvedené způsoby získávání informací poskytují odpověď na otázku: „*Jakým způsobem si rodinní příslušníci získávají potřebné informace?*“ Na prvním místě jsou zde uvedeny ve většině případů knihy, odborné časopisy a internet. Z řad profesionálů získávají rodinní příslušníci nejčastěji informace od ošetřujících lékařů v průběhu hospitalizace, ambulantních psychiatrů a pracovníků neziskové organizace. Přesto je z některých odpovědí znatelné, že hlavně v počátku onemocnění nebyla úroveň poskytnutých informací dostatečná.

Poslední otázka průzkumu: „*Jaké konkrétní informace chybí rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním?*“ se zabývá konkretizací témat, které rodinám nejvíce chybí a tím, co považují z hlediska informací dotazovaní rodiče jako nejdůležitější. Dotazované matky uvedly jako nejvýznamnější informace o tom, jaká je léčba a co ony samotné mohou pro své dítě udělat, jak mu mohou pomoci, jak s ním komunikovat. Některé matky uvedly také nutnost vědět, kam se obrátit o pomoc a mít dostatečný přehled o nabídce služeb. Zmiňována je i opakovaně důležitost neztrácet naději a víru.

Z témat, která byla dotazovaným matkám dána na výběr (nemoc a její léčba, jak se chovat v krizi, jak správně s nemocným komunikovat, význam rodiny v péči o nemocného, rehabilitace a péče o nemocného po propuštění z nemocnice, sociální

dávky pro duševně nemocné, jak to chodí v jiných rodinách, jaké mají zkušenosti ostatní rodiče), se v odpovědích dotazované matky shodují, že důležitá jsou všechna témata, přesto se některá z nich na prvním místě v důležitosti opakovala častěji. Jde především o nemoc a její léčbu, jak správně s nemocným komunikovat, jak se chovat v krizi a také zkušenosti jiných rodičů.

Mimo tyto uvedené skutečnosti autorka během rozhovorů zjistila, že rodinní příslušníci zpravidla ve svém okolí nemají nikoho s obdobnou zkušeností, přesto by o možnost setkávání se s ostatními rodiči měli zájem a spatřují v něm velký přínos. Matky, které uvedly, že tuto zkušenost mají, oceňují možnost výměny zkušeností a opory právě mezi lidmi, kteří prožívají ty samé obtížné životní situace. Tato možnost jim ve všech případech byla poskytnuta v rámci organizace Fokus Mladá Boleslav.

Vzhledem k tomu, že průzkum byl proveden kvalitativní formou na vzorku 9 rozhovorů, nelze zjištěná fakta generalizovat na všechny rodinné příslušníky pečující o vážně duševně nemocné. Mezi dotazovanými ve všech případech dominují ženy, matky, zajišťující převažující péči o duševně nemocné dítě. V rámci zvýšení objektivnosti dat by bylo dobré tento průzkum rozšířit na další členy rodiny a samotné duševně nemocné členy rodiny. Také se zde nabízí vhodné doplnění o kvantitativní výzkumnou strategii.

## **7 NÁVRH VZDĚLÁVACÍHO PROGRAMU PRO RODINNÉ PŘÍSLUŠNÍKY OSOB S VÁŽNÝM DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

### **7.1 Cíle vzdělávacího programu**

Cílem vzdělávacího programu pro rodinné příslušníky je poskytnout rodinám osob s duševním onemocněním základní informace o nemoci, její léčbě a dalších možnostech předcházení obtížím, které s nemocí souvisejí, a se kterými se rodina v každodenním styku s duševně nemocným členem často setkává. Rodinní příslušníci kromě nových poznatků získají možnost sdílet své zkušenosti s ostatními účastníky, kteří se nacházejí v obdobné životní situaci. Vzdělávací program bude nabídnut rodičům, dospělým sourozencům, partnerům a dalším příbuzným z řad rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním.

Samotnému sestavení vzdělávacího programu předcházela analýza vzdělávacích potřeb. Cílem průzkumu bylo zodpovědět hlavní otázku: Jaké jsou vzdělávací potřeby rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním? Zjištěné vzdělávací potřeby vedly k výběru stěžejních témat a vytvoření návrhu vzdělávacího programu pro rodinné příslušníky osob s vážným duševním onemocněním. Jak vyplynulo z průzkumu mezi rodinnými příslušníky, je další silnou potřebou možnost sdílet své zkušenosti, vědět, kam se mohou v případě potíží obrátit. Obě tyto skutečnosti byly také zahrnuty do návrhu vzdělávacího programu.

### **7.2 Základní údaje o vzdělávacím programu**

**Název vzdělávacího programu:**

Psychoedukace pro rodinné příslušníky osob s vážným duševním onemocněním.

**Organizátor vzdělávacího programu:** neziskové organizace zabývající se péčí o osoby s vážným duševním onemocněním (např. o. s. Fokus Mladá Boleslav, o. s. Fokus Praha, o. s. Fokus Vysočina).

**Cílová skupina, vstupní předpoklady:** vzdělávací program bude nabízen rodinným příslušníkům (rodičům, manželům – manželkám, sourozencům, dospělým potomkům) osob trpících vážným duševním onemocněním z okruhu psychóz. Program je možné nabídnout přímo rodinným příslušníkům klientů o. s. Fokus Mladá Boleslav a dalším občanským sdružením a organizacím působícím v této oblasti v různých lokalitách České republiky. Dále je možné vzdělávací program nabídnout v rámci vzájemné spolupráce s ambulantními psychiatry v dané lokalitě i rodinným příslušníkům nemocných, navštěvujících tyto psychiatrické ambulance.

**Profil absolventa:**

Absolvent po absolvování kurzu:

- získá základní informace o duševních onemocněních, jejich léčbě, prognóze a souvisejících potížích, které ovlivňují nejen život nemocného, ale i jeho okolí,
- seznámí se s možnostmi a návody, jak tyto obtíže zvládat,
- naučí se porozumět a v rámci svých možností předcházet komplikovaným stavům, které nemoc a soužití s nemocným přináší,
- umí rozpoznat včasné varovné příznaky onemocnění,
- na základě získaných zkušeností umí posoudit a vyhodnotit jak jednat v krizové situaci,
- umí racionálně vyhodnotit reakce nemocného člena rodiny,
- ovládá strategie jak řešit konfliktní situace s nemocným členem rodiny,
- získá prostor pro vzájemné sdílení informací, poskytnutí vzájemné opory a příležitost pro sdílení zkušeností s ostatními účastníky kurzu,
- seznámí se a získá možnost navázat na další pravidelná setkávání a sdílení zkušeností a podnětů s ostatními rodinnými příslušníky.



### 7.3 Formy a metody vzdělávacího programu

Program bude probíhat přímou - prezenční formou. Během kurzu se budou střídat přednáškové bloky - moduly, doplněné o praktické příklady a diskuze účastníků. Účastníci budou řešit konkrétní modelové - problémové situace, včetně možnosti praktického nácviku zaměřeného na komunikaci s duševně nemocným členem rodiny. Účastníci dostanou v každém bloku prostor pro sdílení svých zkušeností.

#### **Časový rozsah, celkový rozsah, frekvence:**

- celkový rozsah kurzu 5 modulů,
- časový rozsah jednoho modulu 3x 45 minut + 2x přestávka 10 minut,
- celkový časový rozsah kurzu 13 hodin včetně přestávek,
- frekvence 1x týdně (1x za 14 dní), 17:00 až 19:30 hodin.

**Počet účastníků:** skupina by neměla mít méně než 5 a více než 12 účastníků.

#### **Použité didaktické metody**

Didaktickou metodou Mužík nazývá soubor přístupů, kterými lektor v daném kurzu předává nové informace a poznatky, formuje nové dovednosti, zkušenosti a případné změny návyků v chování účastníků.

*Přednáška* doplněná powerpointovou prezentací k jednotlivým modulům. Dle Mužíka jde o základní monologickou metodu založenou na slovním projevu lektora prezentujícího informace, poznatky a zkušenosti z praxe. Výhodou této formy je možnost prezentovat utříděné, přehledné, jasné a srozumitelné nové poznatky v relativně krátkém čase. Zároveň je nutné převažující pasivní roli účastníků doplnit o prostor pro jejich reakce, náměty, podněty a dotazy. Pestrost přednášky je vhodné doplnit o moderní komunikační technologie v podobě powerpointové prezentace hlavních bodů a myšlenek přednášeného tématu.<sup>108</sup>

---

<sup>108</sup> MUŽÍK, J. *Andragogická didaktika. Řízení vzdělávacího procesu*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2011, s. 89-102. ISBN 978-80-7357-581-6.

*Diskuzní metody – debata o problému.* Řízenou diskuzi jako výukovou metodu charakterizuje Bednaříková jako výměnu informací a názorů účastníků, která umožňuje vyjádření jejich vlastních myšlenek, zkušeností a postojů, kdy zároveň dochází k obohacení o myšlenky a názory ostatních zúčastněných. Tato prezentace vlastních názorů ke konkrétní problematice může přispívat ke změně postojů a využití zkušenosti druhých.<sup>109</sup>

*Případové (situační) metody* – zaměřené na řešení problémových situací z praxe. Mužík popisuje metodu řešení konfliktních situací takto: lektor ústně, stručně popíše popis konfliktní situace a stanoví zadání pro účastníky. Účastníci následně rozebírají příčiny vzniku konfliktu, navrhnou způsoby řešení a hodnotí jejich použitelnost v praxi. Lektor na závěr diskuze shrnuje celou situaci a její řešení. Účastníkům tato metoda umožní se přesvědčit o možnosti citlivé volby řešení situace, vzhledem k možným důsledkům. Tato metoda je velmi vhodná právě pro oblast mezilidských vztahů a komunikace.<sup>110</sup>

*Inscenační metody* – popisuje Paulovčáková jako metody vhodné pro nácvik změn v chování a jednání, vztahové komunikaci, při které dochází k rozvoji sociálních kompetencí. Hlavním posláním těchto metod v kurzu pro rodinné příslušníky bude posilovat vztahy v rodině a očekávané změny chování rodinných příslušníků ve vztahu k nemocným členům rodiny.<sup>111</sup>

### **Didaktické pomůcky, prostředky:**

- datový projektor
- flipchart
- tištěné prezentace k jednotlivým modulům k dispozici všem účastníkům

---

<sup>109</sup> BEDNAŘÍKOVÁ, I. *Základy vysokoškolské didaktiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, s. 47-48. ISBN 978-80-244-4818-3.

<sup>110</sup> MUŽÍK, J. *Andragogická didaktika. Řízení vzdělávacího procesu*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2011, s. 131-132. ISBN 978-80-7357-581-6.

<sup>111</sup> PAULOVČÁKOVÁ, L. *Modulární členění výuky a dobré příklady z oblasti podnikání*. 1. vyd. Praha: EDUCA Servis, 2012, s. 47. ISBN 978-80-87306-11-6.

## 7.4 Obsah – stručná charakteristika jednotlivých modulů

### I. MODUL

**Název modulu:** Základní informace o duševních onemocněních a schizofrenii.

**Cíl modulu:** poskytnout základní souhrn informací o onemocnění z okruhu psychóz.

**Obsah modulu:**

- Co je psychóza?
- Schizofrenie, mýty o schizofrenii.
- Příčiny vzniku onemocnění.
- Příznaky onemocnění.
- Průběh onemocnění (ataka, remise, relaps).
- Prognóza onemocnění.
- Dotazy, diskuze.
- Vlastní zkušenosti účastníků.

**Časový rozsah modulu:** 3x 45 min + 2x 10 minut přestávka.

**Metody modulu:**

- Přednáška doplněná powerpointovou prezentací.
- Skupinová diskuze, debata o problému.

**Didaktické pomůcky, technika:** dataprojektor, flipchart, tištěné materiály.

**Základní literatura a důležité zdroje informací k tématu:**

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.

PAPEŽOVÁ, H. et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-425-8.

## II. MODUL

**Název modulu:** Léčba a její možnosti.

**Cíl modulu:** poskytnout základní informace o všech možnostech léčby onemocnění, negativním působení stresu a poskytnout návody a rady pro zvládání stresových situací.

**Obsah modulu:**

- Farmakoterapie (antipsychotika a jejich výhody, nežádoucí účinky, formy léků a způsoby aplikace, léky na další příznaky).
- Hospitalizace, co dělat po propuštění.
- Psychosociální rehabilitace.
- Další léčebné postupy.
- Stres a jeho škodlivost, zvládání stresu.
- Prognóza onemocnění.
- Dotazy, diskuze.
- Vlastní zkušenosti účastníků.

**Časový rozsah modulu:** 3x 45 min + 2x 10 minut přestávka.

**Metody modulu:**

- Přednáška doplněná powerpointovou prezentací.
- Skupinová diskuze, debata o problému.

**Didaktické pomůcky, technika:** dataprojektor, flipchart, tištěné materiály.

**Základní literatura a důležité zdroje informací k tématu:**

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

PĚČ, O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

[www.psychozy.cz](http://www.psychozy.cz), [www.schizophrenia24x7.cz](http://www.schizophrenia24x7.cz), [www.stopstigma.cz](http://www.stopstigma.cz)

### III. MODUL

**Název modulu:** Prevence relapsu.

**Cíl modulu:** získat základní informace o možnostech jak předcházet relapsu onemocnění, získat informace a návod, jak rozpoznat varovné příznaky a jak se v dané situaci zachovat.

**Obsah modulu:**

- Jak zabránit relapsu.
- Nejčastější varovné příznaky.
- Nácvič rozpoznání včasných varovných příznaků.
- Co dělat když...
- Zdravý životní styl.
- Mýty o schizofrenii.
- Dotazy, diskuze.
- Vlastní zkušenosti účastníků.

**Časový rozsah modulu:** 3x 45 min + 2x 10 minut přestávka.

**Metody modulu:**

- Přednáška doplněná powerpointovou prezentací.
- Situační metody – řešení problémových situací z praxe.
- Skupinová diskuze, debata o problému.

**Didaktické pomůcky, technika:** dataprojektor, flipchart, tištěné materiály.

**Základní literatura a důležité zdroje informací k tématu:**

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada 2010. ISBN 978-802-4720-456.

## IV. MODUL

**Název modulu:** Komunikace s duševně nemocným, rady pro zachování vlastní životní rovnováhy.

**Cíl modulu:** zlepšit komunikaci v rámci rodiny.

**Obsah modulu:**

- Komunikace jako zdroj stresu.
- Pravidla komunikace.
- Návuk komunikačních dovedností, praktická cvičení.
- Specifické komunikační dovednosti.
- Rady pro zachování vlastní životní rovnováhy.
- Dotazy, diskuze.
- Vlastní zkušenosti účastníků.

**Časový rozsah modulu:** 3x 45 min + 2x 10 minut přestávka.

**Metody modulu:**

- Přednáška doplněná powerpointovou prezentací.
- Situační metody – řešeny budou problémové situace z praxe.
- Skupinová diskuze, debata o problému.
- Hraní rolí – návuk komunikačních dovedností.

**Didaktické pomůcky, technika:** dataprojektor, flipchart, tištěné materiály.

**Základní literatura a důležité zdroje informací k tématu:**

KALINA, K.. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

MATOUŠEK, O., H. PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.

PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

## V. MODUL

**Název modulu:** Systém sociálních služeb pro duševně nemocné a jejich blízké.

**Cíl modulu:** seznámit účastníky se systémem služeb pro duševně nemocné v ČR, podrobně informovat o nabízených službách péče v rámci o. s. Fokus Mladá Boleslav, informovat o sociálních dávkách, opatrovnictví.

**Obsah modulu:**

- Systém služeb pro duševně nemocné v ČR.
- Představení služeb a péče o. s. Fokus Mladá Boleslav.
- Sociální aspekty duševních onemocnění (invalidizace, sociální dávky).
- Právní aspekty duševních onemocnění (opatrovnictví).
- Dotazy, diskuze.
- Vlastní zkušenosti účastníků.

**Časový rozsah modulu:** 3x 45 min + 2x 10 minut přestávka.

**Metody modulu:**

- Přednáška doplněná powerpointovou prezentací.
- Skupinová diskuze, debata o problému.

**Didaktické pomůcky, technika:** dataprojektor, flipchart, tištěné materiály.

**Základní literatura a důležité zdroje informací k tématu:**

STUČHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba: Case management*. 1. vyd. Praha: Fokus Books, 2001.

[www.fokus-mb.cz](http://www.fokus-mb.cz)

[www.sympathea.cz](http://www.sympathea.cz)

[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

[www.cssz.cz](http://www.cssz.cz)

[www.psychportal.cz](http://www.psychportal.cz)

## 7.5 Organizační a lektorské zajištění vzdělávacího programu

### **Kvalifikace, vzdělávání, praxe lektorů.**

- Vzdělání: VŠ, VOŠ (lékařské vzdělání – obor psychiatrie, dále obor psychologie, sociální práce, vzdělávání dospělých – andragogika, zdravotní sestra se specializací v oblasti psychiatrie).
- Zkušenosti: praxe v oboru psychiatrie, terapeutická práce s lidmi s vážným duševním onemocněním, sociální práce s lidmi s vážným duševním onemocněním, ošetrovatelská péče v oblasti psychiatrie.
- Další kompetence lektora: komunikační a rétorické dovednosti, schopnost práce s informacemi a používání moderních výukových technologií, argumentace příklady a zkušenostmi z praxe, schopnost zaujmout a umět reagovat na podněty, empatie, humor, charisma, organizační schopnosti, umění improvizace a vytvoření prostoru pro diskuzi.

Lektor 1: jméno, titul, pracovní zařazení, praxe, lektorské zkušenosti.

Lektor 2: jméno, titul, pracovní zařazení, praxe, lektorské zkušenosti.

- Odborný garant kurzu: například odborný ředitel o. s. Fokus Mladá Boleslav, kvalifikace, praxe.

### **Prostorové, technické a materiální zabezpečení kurzu:**

- Výuka bude probíhat v prostorech o. s. Fokus Mladá Boleslav (adresa konkrétního střediska). Prostory jsou standardně vybaveny, součástí vybavení je dataprojektor a flipchart.
- Občerstvení (k dispozici pro účastníky budou nápoje, káva, čaj).



## 7.6 Výstupy, hodnocení vzdělávacího programu

**Výstup, zakončení kurzu:** účastníci obdrží potvrzení o účasti na kurzu.

**Zpětná vazba:** proběhne formou dotazníkového šetření, ve kterém půjde o zjištění stanoviska účastníků kurzu. Otázky budou směřovány na 4 základní témata:

- Jak a nakolik bylo dosaženo vzdělávacích cílů kurzu a jak byla v tomto směru splněna očekávání účastníků?
- Jak hodnotí účastníci přínos nových informací?
- Jak hodnotí účastníci práci lektorů?
- Jak účastníci hodnotí organizační stránku kurzu?

## ZÁVĚR

Jako téma práce autorka volila Rozvoj možností vzdělávání rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním. Jak již bylo zmíněno v úvodu, toto téma autorka považuje za aktuální z důvodu zřejmého nedostatku informací jak na straně samotných nemocných jedinců tak i jejich rodinných příslušníků, jež se jeví jako zásadní problém, se kterým se autorka ve své praxi denně setkává a jež se snažila analyzovat i provedeným kvalitativním průzkumem v empirické části práce. Hlavním andragogickým cílem práce bylo sledovat edukační souvislosti této interakce, tj. jak efektivně edukovat rodinné příslušníky a jejich nemocné členy rodiny.

Práce je postavena na třech pilířích, teoretickém, empirickém a vzdělávacím. Cílem teoretické části bylo popsat a charakterizovat práci s cílovou skupinou, rodinnými příslušníky duševně nemocných osob. V empirické části se autorka pokusila analyzovat vzdělávací potřeby této cílové skupiny a propojit je se svými postřehy z praxe. Na základě těchto zjištění pak autorka ve třetím, vzdělávacím pilíři práce, navrhla vzdělávací program pro rodiče pečující o duševně nemocného člena rodiny.

Vážná duševní onemocnění hluboce narušují kvalitu života postiženého jedince. Člověk s psychózou má obtíže v sociální komunikaci a problémy se zvládnutím běžných životních rolí a sociálních vztahů. Cílem teoretické části bylo shrnout základní informace o duševních onemocněních, jejich možnostech léčby. Zásadním cílem autorky v teoretické části bylo upozornit na skutečnost, jaké závažné a doživotní dopady mají duševní onemocnění na rodinu a osoby v blízkém okolí nemocného. Většina nemocných osob žije s rodiči případně dalšími sourozenci dlouhodobě ve společné domácnosti. Rodiče, často v dobré víře, přebírají veškerou péči o nemocné potomky, což vede ke vzniku závislosti potomka po stránce emocionální, finanční i v oblasti bydlení. Rodina je často jediným zdrojem podpory a sociálního kontaktu. Zároveň jsou časté konflikty, nevhodná komunikace, vyčerpání jednotlivých členů v rodině zdrojem stresujícího prostředí, které má nevhodný dopad na fungování rodiny jako takové a také zhoršuje prognózu onemocnění rizikem relapsu nemoci. Autorka v teoretické části také popisuje možnosti práce s rodinou a především pak rodinnou psychoedukaci. Psychoedukace představuje jakéhosi průvodce nemocí, kterého je účinné poskytovat nejen nemocným, ale také jejich rodinným příslušníkům. V České republice bohužel

neexistuje komplexní a jednotný model komunitní péče. Stále není celoplošná síť služeb, které by na celém území naší republiky zajistila duševně nemocným stejný přístup k psychosociální rehabilitaci, včetně možnosti účasti na psychoedukačních programech pro samotné nemocní i pro jejich blízké.

V empirické části práce se autorka pokusila analyzovat vzdělávací potřeby metodou kvalitativního průzkumu, pro sběr dat autorka využila polostrukturované rozhovory. Autorka zároveň v popisu zkoumaného vzorku využila znalost jednotlivých případů ze své praxe. Stanovený cíl se dle autorky podařilo splnit. Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že většina z dotazovaných rodičů neměla dostatečné informace o nemoci a její léčbě především v počátku onemocnění, informace byly získávány ze stran rodičů postupně, a to všemi možnými způsoby. Žádný vzdělávací kurz rodičům nabídnutý nebyl a nemají informace o existenci takové možnosti. Pokud by taková možnost vzdělávání byla, většina dotazovaných by ji ráda využila. Z konkrétních témat, která rodičům i po delší době trvání nemoci stále schází, se většina z nich shoduje na tématu léčby, moderní medikace, jak správně s nemocným komunikovat a jak se chovat v krizi. Z rozhovorů mimo další skutečnosti zároveň vyplynula silná potřeba rodičů setkávat se s lidmi se stejnou životní zkušeností a mít možnost sdílet své pocity a starosti.

Vzhledem k tomu, že průzkum byl proveden kvalitativní formou na vzorku 9 rozhovorů, nelze zjištěná fakta generalizovat na všechny rodinné příslušníky pečující o vážně duševně nemocné. Mezi dotazovanými ve všech případech dominují ženy, matky, zajišťující převažující péči o duševně nemocné dítě. V rámci zvýšení objektivnosti a generalizace dat by bylo dobré tento průzkum rozšířit, co do počtu dotazovaných a také na další členy rodiny i samotné nemocné členy rodiny. Jako vhodné se autorce jeví i doplnění o kvantitativní výzkumnou strategii.

Třetí část práce je zaměřena andragogicky. Obsahuje návrh konkrétního vzdělávacího programu, vytvořeného pro rodinné příslušníky osob s vážným duševním onemocněním. Autorka popsala konkrétní cíle vzdělávacího programu, základní údaje o programu, vzdělávací formy a metody. Obsah vzdělávacího programu autorka rozdělila do 5 vzdělávacích modulů. Dále autorka popsala organizační a lektorské zajištění programu a v poslední řadě i hodnocení a závěrečné výstupy celé vzdělávací akce.

Autorka vidí zásadní andragogický přínos celé práce právě v návrhu konkrétního vzdělávacího programu pro rodinné příslušníky osob s vážným duševním onemocněním. Tento návrh může být využit a realizován v praxi. Autorka v práci zmiňuje konkrétní organizace, kterým by vzdělávací program mohl být v praxi nabídnut. Jde především o neziskové organizace působící v České republice v oblasti péče o duševně nemocné, konkrétně organizace Fokus Mladá Boleslav, Fokus Praha, Fokus Vysočina aj.

Autorka si uvědomuje, že některá opatření v oblasti reformy psychiatrické péče, například zvýšení počtu dostupných služeb nebo psychiatrických ambulancí a center duševního zdraví, jsou dlouhodobého charakteru a za vysokých finančních nákladů. Dle autorky je možné některé změny provést rychle a za poměrně nízkých nákladů. Jde v první řadě o práci s informacemi a jejich intenzivní šíření mezi duševně nemocnými a jejich rodinnými příslušníky. Týká se především edukace o povaze duševní nemoci, včasnosti léčby, významu medikace, komunikace s duševně nemocným, jejímž jednoznačným výsledkem je předejít relapsům nemoci a dlouhodobým hospitalizacím. V druhé řadě jde o edukační programy pro mládež a širší veřejnost s cílem snižování stigmatizace duševně nemocných v celé společnosti.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., F. ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a kolektiv. *Psychoedukace u schizofrenie*. 1. vyd. Praha: PCP Praha, 2012. ISBN 978-80-87142-16-5.

BEDNAŘÍKOVÁ, I. *Základy vysokoškolské didaktiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4818-3.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 978-80-246-0139-7.

*Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize*. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-851-2111-5.

GABRIEL, J., M. KAŠPAR, T. VANĚK. *Kam jsou lidé s nemocnou duší*. 1. vyd. Praha: Dobré místo, 2014. ISBN 978-80-260-6746-7.

GABRIEL, J., M. JAROLÍMEK, J. ZÁVIŠEK. *Matky za život dětí s vážným duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Sympathea, o. p. s., 2012.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HARTL, P., H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-36-75-691.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 3. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-02196.

FÜRST, A., P. HEJZLAR, A. VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ. *Acta psychiatrica postgradualia Bohemica: 2/2004*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-271-4.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7.

- KUČEROVÁ, H. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-802-4720-456.
- KUČEROVÁ, H. *Psychiatrické minimum*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.
- MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-802-4721-385.
- MALÁ, E., P. PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-700-0.
- MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MATOUŠEK, O., H. PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2. vyd. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-86429-19-9.
- MATOUŠEK, O., J. KODYMOVÁ, J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MKN 10. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Poruchy duševní a poruchy chování. 10. revize*. 1. vyd. Praha: Bomton agency, s. r. o., 2008. ISBN 978-8090-425-03.
- MUŽÍK, J. *Andragogická didaktika. Řízení vzdělávacího procesu*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s., 2011. ISBN 978-80-7357-581-6.
- NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
- PAULOVČÁKOVÁ, L. *Modulární členění výuky a dobré příklady z oblasti podnikání*. 1. vyd. Praha: EDUCA Servis, 2012. ISBN 978-80-87306-11-6.
- PAPEŽOVÁ, H. et al. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2015. ISBN 978-80-7345-425-8.
- PRAŠKO, J. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich členy rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

PĚČ, O., V. PROBSTOVÁ. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PROBSTOVÁ, V., O. PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PROCHASKA, J. O., J. C. NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy*. 1. vyd. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-766-4.

PRŮCHA, J., J. VETEŠKA. *Andragogický slovník*. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.

RABOCH, J. et al. *Česká psychiatrie a svět*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-273-0.

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ, D. JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

STUHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba: Case management*. 1. vyd. Praha: Fokus Books, 2001.

ŠVARŤÍČEK, R., K. ŠEĐOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VETEŠKA, J. *Mediace a probace v kontextu sociální andragogiky*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-898-7.

VYBÍRAL, Z., J. ROUBAL. *Současná psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-682-7.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

ANTHONY, W. A. *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1900s*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: [http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony\\_Recovery\\_Article.pdf](http://elearningzoom.com/courses/CPRPPREP1ZD3BGC/document/Anthony_Recovery_Article.pdf)

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L.: *O čem, proč a jak edukovat pacienty se schizofrenií a jejich blízké.* [online]. [cit. 2015-09-19]. Dostupné z: [http://www.smireni.cz/download/Psychiatry\\_News\\_02.pdf](http://www.smireni.cz/download/Psychiatry_News_02.pdf)

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. et al.: *Rodinná psychoedukace u schizofrenie: demografické charakteristiky a kvalita života příbuzných.* [online]. [cit. 2015-02-10]. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2009/04/03%20Motlova%20psychiatrie%204-2009.pdf>

BOHNICE BEZ HRANIC. *Průzkum péče o pečovatele.* [online]. [cit. 2015-10-03]. Dostupné z: [http://www.bohnicebezhranic.cz/files/dokumenty/EUFAMI\\_C4C\\_Pruzkum.pdf](http://www.bohnicebezhranic.cz/files/dokumenty/EUFAMI_C4C_Pruzkum.pdf)

EATON, P. M. et al. *Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients.* [online]. [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: <http://www.hindawi.com/journals/nrp/2011/392705/>

ETHLER, E. et al. *Náklady na poruchy mozku v České republice.* [online]. [cit. 2015-09-27]. Dostupné z: <http://www.csnn.eu/ceska-slovenska-neurologie-clanek/naklady-na-poruchy-mozku-v-ceske-republice-40577>

FOKUS MLADÁ BOLESLAV. *Sdružení pro péči o duševně nemocné.* [online]. [cit. 2016-01-31]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/>

HEJZLAR, P., M. HALÍŘ a M. FIALA. *Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné.* [online]. [cit. 2015-09-25]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08\\_hejzlar\\_3\\_2010.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2010/03/08_hejzlar_3_2010.pdf)

MOTLOVÁ, L. *Rodinná psychoedukace u schizofrenie.* [online]. [cit. 2015-10-02]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2005/03/06\\_motlova\\_psych\\_3-05.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2005/03/06_motlova_psych_3-05.pdf)

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ. *Preduka.* [online]. [cit. 2015-10-29]. Dostupné <http://www.nudz.cz/lecebna-pece/lecebne-programy/preduka/>

PIDRMAN, V., J. MASOPUST. *Psychoedukační program Prelapse.* [online]. [cit. 2015-10-29]. Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2123&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2123&magazine_id=2)



ROZVOJ PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. [online]. [cit. 2015-10-27]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

SCHIZOFRENIE 24x7. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: <http://www.schizophrenia24x7.cz/>

SYMPATHEA. Organizace příbuzných duševně nemocných. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://sympathea.cz/>

WEIMEROVÁ M. *Psychózy*. [online]. [cit. 2015-09-16]. Dostupné z: <http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/co-to-jsou-psychozy>

WENIGOVÁ, B. *Práce s rodinou*. [online]. [cit. 2015-10-04]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

WENIGOVÁ, B. *Stigma a duševní poruchy*. [online]. [cit. 2015-09-10]. Dostupné z: <http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art415>

### **Seznam použitých ostatních zdrojů**

Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*, 2007, s. 15-16. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108\\_2006\\_2015.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf)

## **SEZNAM ZKRATEK**

ECT – Elektrokonvulzivní léčba

EE – Expressed emotion

GAF – Global Assessment of Functioning

HEE – High expressed emotions

KBT – Kognitivně behaviorální terapie

LEE – Low expressed emotions

MKN 10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

PCP – Psychiatrické centrum Praha

SMI – Serious/severe Mental Illness

WHO – Světová zdravotnická organizace

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha A – Návrh otázek pro rozhovor s rodinnými příslušníky.....I**

## **Příloha A – Návrh otázek pro rozhovor s rodinnými příslušníky**

### **Zkušenosti s onemocněním člena rodiny**

1. Jaké pro Vás bylo období, kdy Váš blízký onemocněl?
2. Jaké onemocnění Vašeho blízkého ovlivnilo konkrétně Váš život?
3. Jaké jste tenkrát získali informace o jeho nemoci? Od koho jste je získali? Byly tyto informace dostatečné?
4. Kde a jak jste se snažili získat další informace o nemoci?
5. S čím nejtěžším se podle Vás musí rodina duševně nemocného vyrovnat?

### **Potřeba pomoci**

6. Co nebo kdo Vám v současnosti nejvíce pomáhá? Na koho se obracíte pro pomoc?
7. Setkáváte se s někým, kdo řeší obdobné problémy? Jaký to pro Vás má nebo by mělo přínos?

### **Služby**

8. Co si myslíte o nabídce služeb a pomoci (např. informačních kurzů) pro rodinné příslušníky duševně nemocných?

### **Psychoedukace**

9. Jaké máte možnosti vzdělávání v oblasti péče o duševně nemocného člena rodiny? Účastnili jste se nějakého programu či kurzu? Které informace Vám zde byly poskytnuty?
10. Pokud by byla možnost účastnit se vzdělávacího kurzu, využil/a byste ji a proč?

### **Informace**

11. Jaké informace o nemoci a její léčbě pro Vás byly a jsou nejvíce užitečné?
12. Které konkrétní informace související s nemocí Vám v současnosti nejvíce chybí?
13. Kde, případně od koho se snažíte získávat potřebné informace související s nemocí nebo krizovou situací?
14. Jak by se podle Vás dala zvýšit dostupnost těchto informací?
15. Co by měl rodič duševně nemocného vědět, co považujete za nejdůležitější?

16. Seřad'te prosím následující témata podle jejich důležitosti právě pro Vás:

Nemoc a její léčba.

Jak se chovat v krizi.

Jak správně s nemocným komunikovat.

Význam rodiny v péči o nemocného.

Rehabilitace a péče o nemocného po propuštění z nemocnice.

Sociální dávky.

Služby pro duševně nemocné.

Jak to chodí v jiných rodinách, jaké mají zkušenosti ostatní rodiče.

Uved'te jiná pro Vás důležitá témata.

### **Závěr**

17. Chtěl byste na závěr něco doplnit?

18. Chtěl byste se závěrem na něco zeptat?

### **Poděkování, rozloučení**

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Dominika Zvolenská

**Obor:** Andragogika

**Forma studia:** kombinované studium

**Název práce:** Rozvoj možností vzdělávání rodinných příslušníků osob s vážným duševním onemocněním

**Rok:** 2016

**Počet stran textu bez příloh:** 92

**Celkový počet stran příloh:** 2

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 39

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 17

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Jaroslav Veteška, Ph.D.