

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

FAKTORY OVPLYVŇUJÚCE
SPOLUPRÁCU V LIEČBE
SCHIZOFRÉNIE

FACTORS INFLUENCING COOPERATION IN THE
TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA



Bakalárska diplomová práca

Autor: **Martina Žabková**
Vedúci práce: **Mgr. Ondrej Gergely**

Olomouc

2022

Pod'akovanie

Na tomto mieste by som chcela pod'akovať predovšetkým vedúcemu práce Mgr. Ondrejovi Gergelymu za jeho trpezlivosť, ochotu, podporu, všetok čas a cenné rady, ktoré mi počas písania práce venoval. Moja vďaka ďalej patrí vedeniu Fakultnej nemocnice F. D. Roosevelta, za umožnenie realizácie výskumnej časti práce, menovite tak MUDr. Michalovi Patarákovi, Ph.D., za jeho ústretový prístup, pomocnú ruku a za aktívnu účasť vo výskume. Za podnetné postrehy a inšpiratívny rozhovor ďakujem tiež MUDr. Ivici Hanzel a samozrejme všetkým respondentom, ktorí mi odhalili kúsok svojho života a bez ktorých by táto práca nemohla vzniknúť. Na záver by som chcela pod'akovať mojej rodine a priateľom za ich podporu a za to, že pri mne po celý čas stáli.

Prehlásenie

Miestoprísazne prehlasujem, že som bakalársku diplomovú prácu na tému: „Faktory ovplyvňujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa 31. 1. 2022

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČASŤ		6
1 Schizofrénia		7
1.1 Vývoj koncepcie schizofrénie – stručný historický prehľad		7
1.2 Epidemiológia.....		8
1.3 Etiológia		9
1.3.1 Genetické faktory		9
1.3.2 Biologické faktory.....		10
1.3.3 Environmentálne faktory		11
1.3.4 Psychologické a sociálne faktory.....		12
1.4 Symptomatológia		12
1.4.1 Psychotické (pozitívne) symptómy		13
1.4.2 Negatívne symptómy.....		14
1.4.3 Kognitívne poruchy.....		14
1.4.4 Poruchy nálady.....		14
1.5 Priebeh a prognóza ochorenia.....		14
1.6 Diagnostika a subtypy schizofrénie		16
1.7 Liečba		19
1.7.1 Farmakologická liečba		20
1.7.2 Elektrokonvulzívna terapia (ECT).....		24
1.7.3 Psychosociálne intervencie.....		24
2 Spolupráca v liečbe		28
2.1 Spolupráca v liečbe – definícia pojmov		28
2.2 Prevalencia a monitorovanie (ne)spolupráce.....		29
2.3 Mapovanie faktorov		31
2.3.1 Faktory súvisiace s pacientom		31
2.3.2 Faktory súvisiace s prostredím pacienta.....		32
2.3.3 Faktory súvisiace s ošetrovateľom		33
2.3.4 Faktory súvisiace s liečbou.....		34
VÝSKUMNÁ ČASŤ		36
3 Výskumný problém		37
3.1 Výskumné ciele a otázky.....		38
4 Prístup výskumu a použité metódy		39
4.1 Prístup a typ výskumu		39
4.2 Metóda získavania dát		40

4.3	Metóda spracovania a analýzy dát	42
4.4	Výskumný súbor	45
4.5	Etické aspekty výskumu.....	47
5	Výsledky	48
5.1	Predstavenie respondentov	48
5.2	Faktory podporujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie.....	51
5.2.1	Faktory súvisiace s pacientom	52
5.2.2	Faktory súvisiace s okolím	55
5.2.3	Faktory súvisiace s liečbou.....	57
5.3	Faktory vplývajúce na spoluprácu v liečbe negatívne	60
5.4	Motivácia pacientov k liečbe.....	62
6	Diskusia.....	64
7	Závery	71
8	Súhrn	72
	LITERATÚRA	75
	PRÍLOHY	89

ÚVOD

O schizofrénii bolo už bezpochyby povedané i napísané mnoho, pričom neprestajne dochádza k ďalšiemu rozširovaniu poznatkov. Aj napriek výskumnému úsiliu však diagnóza zostáva v určitých aspektoch pre ľudstvo záhadou. Medzi duševnými ochoreniami by sme len s ťažkosťami hľadali ochorenie tak pestré a individuálne variabilné, ako je práve schizofrénia. Možno je to ona rozmanitosť, ktorá robí zo schizofrénie tému stále atraktívnu a aktuálnu pre najrôznejšie výskumy. Minimálne v mojom prípade to bol jeden z hlavných dôvodov, ktoré ma k tejto téme doviedli.

Určite to však nebol jediný dôvod. I keď je ochorenie z vedeckého hľadiska nepochybne zaujímavé, v reálnom živote so sebou nesie obrovské bremeno zasahujúce do všetkých oblastí života. Narušuje kontakt s realitou, vzťahy, pracovné schopnosti, možnosti a v istom slova zmysle poznačí celú osobnosť človeka.

Hoci schizofrénii do dnešného dňa nie je možné vyliečiť, správne zvolenou liečbou je možné príznaky aspoň zmierniť a prispieť k vyššej kvalite života pacientov, ktorí tak môžu viesť plnohodnotný život. Zásadným predpokladom efektivity predpísanej liečby je, aby ju pacient skutočne dodržiaval a s lekármi spolupracoval. Bohužiaľ, percento nespolupracujúcich pacientov je stále pomerne vysoké a nesie so sebou zodpovedajúce dôsledky. Neliečená schizofrénia predstavuje záťaž pre okolie chorého, pre štát a v neposlednom rade je veľkým rizikom pre pacienta samotného. Naskytuje sa tak otázka – čo človeka vedie k tomu, aby v liečbe spolupracoval? Práve táto otázka ma zaujala natoľko, že som sa jej rozhodla bližšie venovať v záverečnej práci. Problematike sa už síce v minulosti venovalo niekoľko štúdií, no žiadna z nich nebola realizovaná na území Slovenska.

Cieľom práce je teda zmapovať faktory, ktoré môžu na spoluprácu v liečbe pacientov so schizofréniou vplývať ako podporne, tak ohrozujúco – a to najmä z pohľadu samotných pacientov, ktorí bývajú v tomto ohľade často opomínaní. Ich pohľad bude doplnený tiež o skúsenosti lekárov z ich praxe.

Následné zistenia budú poskytnuté výskumnému oddeleniu a II. Psychiatrickej klinike SZU Fakultnej nemocnice F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici ako možná inšpirácia pre klinickú prax.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 SCHIZOFRÉNIA

Schizofrénia patrí nepochybne medzi najzávažnejšie duševné ochorenia, výrazne ovplyvňujúce kvalitu života. Radí sa do okruhu **psychotických ochorení** (Raboch & Pavlovský, 2020), čo je súhrnné označenie pre závažné duševné ochorenia, pre ktoré je typická strata kontaktu s realitou, chýbajúci náhľad na ochorenie a významné narušenie vnímania, prežívania, správania, vôle a myslenia (Hartl & Hartlová, 2010). Paleta príznakov tohto ochorenia je skutočne pestrá a aj preto niektorí autori zdôrazňujú jeho **jedinečnosť, neopakovateľnosť a mnohotvárnosť** (Kučerová, 2010; Orel, 2020).

1.1 Vývoj koncepcie schizofrénie – stručný historický prehľad

Schizofrénia fascinuje ľudstvo takpovediac odnepamäti. Prvá zmienka pravdepodobne pochádza z 3400 rokov starého fragmentu z Ajurvédy (Vágnerová, 2012).

Za významný míľnik pri postupnom vymedzovaní pojmu tak, ako ho poznáme dnes, sa považuje rok **1896**, kedy **Emil Kraepelin** oddelil „afektívne psychózy“ a tzv. „predčasnú demenciu“ (*dementia praecox*) – stavy, ktoré by sme podľa súčasnej klasifikácie zaradili práve pod diagnózu schizofrénie (Preiss & Kučerová, 2006).

Samotný pojem schizofrénia sa ale v odbornej literatúre objavil až v roku **1911** a jeho autorom je švajčiarsky psychiater **Eugen Bleuler**. Názov pochádza z gréckych slov *schizein* – rozštiepiť a *frén* – myseľ. Mal by poukazovať práve na rozpoltenosť medzi myslením, emóciami a správaním (Fišar, 2009). Bohužiaľ, toto pomenovanie sa ukázalo ako nie najšťastnejšie zvolené, pretože v okruhoch širokej verejnosti vedie často k nepochopeniu pravej podstaty ochorenia. Môžeme sa tak niekedy stretnúť s mylnou domnienkou nezasväteného laika, ktorý schizofréniu považuje za „rozdvojenie osobnosti“ (Weinberger & Harrison, 2011).

Bleuler bral do úvahy rozmanitosť symptómov ochorenia a to ho viedlo k uvažovaniu o „skupine schizofrénii“ (Bleuler, Bleuler, & Angst, 1998). Tradícia subtypov schizofrénie bola v určitej modifikácii dlhé roky súčasťou diagnostických systémov Medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKCH) a amerického Diagnosticko-štatistického manuálu (DSM), no v súčasnosti sa od nej upúšťa, čo môžeme pozorovať aj v najnovších revíziách spomínaných diagnostických systémov (Braff a kol. 2013).

Svoje miesto v špecifikácii diagnostických kritérií zastáva aj **Kurt Schneider**, ktorý v roku **1939** klasifikoval halucinácie a bludy ako „symptómy prvého rádu“ (Katschnig, 2018), kam zaradil hlavne počutie hlasov, telesné prežitky, vysielanie či vkladanie myšlienok, presvedčenie, že niekto iný ovplyvňuje jeho emócie, vôľu a podobne (Kulišťák a kol., 2019). Tieto príznaky označoval tiež ako „kvalitatívne“ zmeny prežívania a odlíšil ich od „symptómov druhého rádu“, kam zaradil ostatné poruchy vnímania, ktoré nespádali do prvej kategórie (Kendler & Mishara, 2019).

V súčasnosti sa vo svete používajú dva vyššie spomínané diagnostické systémy, ktoré vymedzujú kritériá pre diagnostiku schizofrénie – **MKCH-11** (s platnosťou od 1. 1. 2022) a **DSM-5**. V čase realizácie výskumnej časti bola v platnosti **MKCH-10**, preto v tejto práci vychádzame z tejto revízie. MKCH-10 (2021) schizofréniu uvádza pod diagnostickým kódom F20, pričom ako charakteristické znaky ochorenia uvádza poruchy myslenia, vnímania a afektivity.

1.2 Epidemiológia

Schizofrénia sa vyskytuje naprieč všetkými kultúrami, bez ohľadu na faktory ako sú pohlavie, rasová príslušnosť, zemepisná šírka či sociokultúrne vplyvy (Vágnerová, 2012). Simeone, Ward, Rotella, Collins a Windisch (2015) udávajú, že prevalencia ochorenia je údaj, ktorý je naprieč štúdiami značne nekonzistentný. Vo všeobecnosti sa udáva **celoživotná prevalencia 1 %** (Svoboda a kol., 2012; Vágnerová, 2012), no napríklad podľa DSM-5 sa prevalencia pohybuje v rozmedzí **0,3-0,7 %** (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský & Ptáček, 2015). Odlišnosť v jednotlivých údajoch môže byť spôsobená napríklad dizajnom štúdie, časovým obdobím realizácie, geografickým regiónom či kritériami hodnotenia (Simeone a kol., 2015).

Prevalencia sa v súvislosti s pohlavím nelíši, avšak rozdiel je v priemernom veku nástupu ochorenia. U mužov sa pohybuje v rozmedzí 16-25 rokov, u žien, o čosi neskôr – v rozmedzí 22-34 rokov (Raboch & Pavlovský, 2020).

V súvislosti s epidemiológiou sa udáva tiež **incidencia** (odhad výskytu nových prípadov ochorenia). Podľa McGratha, Sahy, Chanta a Welhama (2008) je medián pre tento odhad za rok približne 15 ľudí na 100 000, pričom prevažujú muži v pomere 1,4:1.

Dĺžka života pacientov so schizofréniou je oproti bežnej populácii skrátená približne o desať až dvadsať rokov (Torniainen a kol., 2015). Riziko **mortality** sa zvyšuje dva až

trikrát (McGrath a kol., 2008). Svoj podiel má na tom bezpochyby **suicidalita** pacientov (Kašpárek, 2008), ale aj zvýšená **morbidity** zapríčinená nevhodnými životnými návykmi, ktoré vedú k slabej fyzickej kondícii a často k ďalším pridruženým ochoreniam (Sigmundová & Látalová, 2008). Ďalšími faktormi podieľajúcimi sa na zvýšenej mortalite môžu byť neadekvátna zdravotná starostlivosť, či polyfarmácia (Auquier, Lançon, Rouillon, Lader, & Holmes 2006).

1.3 Etiológia

V súvislosti so schizofréniou sa vyskytujú viaceré problémy v oblasti epidemiológie, diagnostiky i liečby. Mnohé z nich sa viažu práve na nedostatočné znalosti **príčin vzniku ochorenia** (Heretik & Heretik, 2016). Podľa Vágnerovej (2012), je to spôsobené tým, že sa jedná viac o skupinu porúch zhodujúcich sa v niektorých symptómoch, a teda sa predpokladá, že vznik ochorenia je podmienený **multifaktoriálne**, pričom svoju rolu zohráva ako dedičnosť, tak vplyvy vonkajšieho prostredia.

V súčasnosti je vo všeobecnosti najviac prijímaná **teória záťaže a dispozície** (Raboch & Pavlovský, 2020), ktorá predpokladá, že pacient má určitú dispozíciu k ochoreniu, tzv. vulnerabilitu (zraniteľnosť), ktorá vplyvom určitej záťaže vyústí do schizofréneho ochorenia (Svoboda a kol., 2012). Dispozícia k ochoreniu môže byť spôsobená ako genetickými faktormi, tak prenatálnymi a perinatálnymi vplyvmi – rôznymi druhmi záťaže v tehotenstve, prípadne komplikáciami pri pôrode (Hosák, Hrdlička, & Libiger, 2015).

Účelom nasledujúcej časti je podať prehľad najznámejších teórií týkajúcich sa vzniku schizofrénie, no vzhľadom na ich početnosť nie je možné spomenúť všetky, ani sa im podrobnejšie venovať. Zaujímavcov si preto dovoľíme odkázať na relevantné zdroje.

1.3.1 Genetické faktory

Podiel dedičnosti na vzniku schizofréneho ochorenia je nespochybniteľný, čo nám sústavne dokazujú početné štúdie dvojčiat, či ďalšie rodinné štúdie (McCutcheon, Reis Marques & Howes, 2019). Napriek výrazným pokrokom v oblasti genetiky sa doposiaľ nepodarilo identifikovať gény, ktoré by jednoznačne zodpovedali za vznik schizofrénie. Jej podmienenosť má **polygenetický charakter**, a teda rolu zohráva niekoľko génových oblastí, ktoré však samostatne majú len veľmi slabý vplyv na samotný vznik ochorenia (Alnæs a kol., 2019).

Heritabilita (dedivosť)¹ schizofrénie sa uvádza všeobecne okolo 80 %, pričom vychádza z výskumov na dvojčatách (Hilker a kol., 2018, Sullivan, Kendler, & Neale, 2003). Pokiaľ sa schizofrénia vyskytuje u jedného z rodičov, miera pravdepodobnosti výskytu ochorenia sa zvýši z priemerne udávaného 1 % až na 12 % (Pečeňák a kol., 2005).

Maximálne sa však táto miera pravdepodobnosti zvýši na 50 %, a to u jednovaječných dvojčiat, i napriek tomu, že zdieľajú 100 % genetickej informácie. Tento fakt poukazuje na interakciu medzi vplyvmi prostredia a genetickými faktormi, ktoré vzájomne zvyšujú riziko prepuknutia ochorenia (McCutcheon a kol., 2019). Celoživotné riziko pre schizofréniu podľa stupňa príbuznosti demonštruje tabuľka č. 1.

Tab 1: Celoživotné riziko pre schizofréniu u príbuzných pacientov so schizofréniou (Pečeňák a kol., 2005)

Príbuzenský vzťah	Celoživotný výskyt (%)
<i>Prvostupňové príbuzenstvo</i>	
Rodič	5,6
Súrodeneč	10,1
Súrodeneč v rodine s výskytom schizofrénie aj u jedného z rodičov	16,7
Dieťa	12,9
Dieťa dvoch rodičov so schizofréniou	46,3
<i>Druhostupňové príbuzenstvo</i>	
„Polovlastný“ súrodeneč	4,2
Strýko/teta	2,4
Bratranec/sesternica	3
Vnuk/vnučka	3,7

1.3.2 Biologické faktory

Mozog pacientov so schizofréniou vykazuje určité **anatomické zmeny**. Niektoré zmeny môžeme pozorovať ešte predtým, než sa objavia klinické príznaky ochorenia, k iným dochádza s postupom ochorenia (Koukolík, 2014). Relatívne častý je úbytok šedej i bielej kôry mozgovej (Birur, Kraguljac, Shelton, & Lahti, 2017), zväčšenie postranných mozgových komôr a rozšírenie mozgových rýh (Shenton, Whitford, & Kubicki, 2010).

V súvislosti s **biochemickými zmenami** sú najčastejšie spomínané neurotransmitéry dopamín, serotonín a glutamát (Stahl, 2018).

¹ Nakoľko je premenlivosť znaku zapríčinená genetickými faktormi

O tom, akú úlohu zohráva v etiopatogenéze schizofrénie **serotonín**, sa začalo uvažovať už v polovici minulého storočia, keďže psychóza vyvolaná halucinogénmi vykazuje určitú podobnosť so schizofrénou psychózou (Kulišťák a kol., 2019).

V popredí sa dlho držala najmä **dopamínová hypotéza**. V jej prospech hralo najmä zistenie, že látky, ktoré znižujú hladinu dopamínu pomáhajú s redukciou psychotických príznakov (Carlsson, Roos, Wålinder, & Skott, 1973) a tiež fakt, že efektívnosť antipsychotík závisí od toho, ako silno sa dokážu naviazať práve na dopamínové receptory (Seeman & Lee, 1975). V súčasnosti sa väčšia pozornosť upriamuje na **glutamátovú hypotézu**, ktorá nám poskytuje iný uhol pohľadu v súvislosti s kognitívnymi a negatívnymi príznakmi, ktoré dopamínová hypotéza dostatočne nevysvetľuje (Nemček, 2020).

Podľa Stahla (2018) sú systémy týchto troch hlavných teórií navzájom prepojené a pravdepodobne sa aj na vzniku rôznych druhoch psychózy bude podieľať viac, než len jeden z nich.

1.3.3 Environmentálne faktory

Mnohé z rizikových faktorov zapríčinených vonkajšími vplyvmi, či rôznymi druhmi záťaže sa spájajú už so samotným tehotenstvom. Rizikom je napríklad **infekčné ochorenie** v čase tehotenstva (Hosák a kol., 2015), ale napríklad aj **nedostatočná výživa matky** (Koukolík, 2014), či **hypoxia plodu** (Vágnerová, 2012).

Ďalším, pomerne prekvapivým rizikovým faktorom, je **miesto narodenia**. Janoutová, Janáčková a kol. (2016) uvádzajú, že riziko vzniku schizofrénie je až dvojnásobne vyššie u ľudí narodených v meste.

Prekvapivá môže byť tiež súvislosť vyššieho rizika vzniku schizofrénie **s ročným obdobím**, v ktorom sa človek narodil. Rizikovejší sú v tomto prípade ľudia narodení v zime a na jar, k čomu sa viaže hypotéza o vyššom výskyte vírusových ochorení alebo nedostatku vitamínu D, no obe hypotézy majú svoje medzery (Schwartz, 2011).

Určité riziko môže predstavovať aj **migrácia**, ktorá ohrozuje prvé a druhé generácie migrantov (Henssler, 2019). Ohrození sú tiež ľudia migrujúci z vidieckych oblastí do mesta (Koukolík, 2014).

Hosák a kol. (2015) upozorňujú, že riziko prepuknutia ochorenia u disponovaných jedincov sa zvyšuje pri **užívaní psychotropných látok**, a to najmä kanabinoidov a metamfetamínov. Kendler, Lönn, Sundquist & Sundquist (2015) poukazujú na

problematiku **fajčenia**, ktorá taktiež vykazuje značnú súvislosť so schizofréniou, no zdôrazňujú, že sa jedná o problematiku veľmi komplexnú.

1.3.4 Psychologické a sociálne faktory

Hoci sa psychologické a sociálne faktory v kontexte etiológie dostali v poslednej dobe do tieňa výskumu biologických faktorov, nemôžeme ich opomínať. Svoju nezastupiteľnú rolu zohrávajú najmä v celkovom priebehu a prognóze i v terapeutickom procese (Kulišťák a kol. 2019).

V Českej Republike sa psychosociálnym rizikovým faktorom výskumne venoval projekt *Epidemiologie a genetika schizofrenie*. Janoutová, Šerý, Ambroz, Hosák a Janout (2016) dospeli k nasledovným výsledkom:

Faktory jako nižší vzdělání, nezaměstnanost, rodinný stav, počet dětí, problémy s blízkými osobami, úmrtí blízké osoby, domácí násilí, fyzické nebo emocionální strádání, šikana a komplikace v těhotenství matky byly u nemocných schizofrenií statisticky významně více vyjádřeny než u skupiny kontrolních osob (20).

Ako dôležité sa ukazujú tiež **rodinné väzby**, i keď výskumne neboli potvrdené žiadne charakteristické vzorce správania (Raboch & Pavlovský, 2020). Pozornosť sa venuje aj **poruchám komunikácie v rodine a miere vyjadrenia emócií** (Kulišťák a kol., 2019).

Podľa Janoutovej, Šerého a kol. (2016) by mali byť tieto faktory sledované odborníkmi, aby bolo možné zabezpečiť adekvátne preventívne opatrenia, ktoré by mohli pomôcť so znížením rizika prepuknutia schizofrenie.

1.4 Symptomatológia

Ako už bolo spomenuté vyššie, schizofrénia je ochorenie vyznačujúce sa svojou mnohotvárnosťou. Táto mnohotvárnosť a rôznorodosť sa vzťahuje okrem iného aj ku klinickým prejavom ochorenia (Vágnerová, 2014). Naprieč literatúrou nájdeme rôzne modely klasifikácie symptómov.

Asi najčastejšie sa môžeme stretnúť s už klasickým delením na symptómy **pozitívne** a **negatívne** (napr. Fišar, 2009; Orel, 2020). Raboch a Pavlovský (2020), či Svoboda a kol. (2012) okrem pozitívnych a negatívnych symptómov hovoria ešte o tretej skupine **kognitívnych príznakov**, respektíve o **kognitívnom deficite**.

Black a Andreasen (2014) rozdeľujú symptómy rovnako do troch hlavných dimenzií, na rozdiel od predchádzajúcich autorov však hovoria o **psychotickej dimenzii** (zahŕňa práve pozitívne symptómy ako sú bludy a halucinácie), **negatívnej dimenzii** (patrí sem napríklad znížená expresia emócií, abúlia či anhedónia) a **dimenzii dezorganizácie** (reči, správania, myslenia).

Pre účely tejto práce budeme ďalej pracovať s rozdelením podľa Bankovskej Motlovej a Španiela (2017), ktorí symptómy delia do štyroch skupín:

1.4.1 Psychotické (pozitívne) symptómy

Psychotické príznaky patria k základným diagnostickým kritériám schizofrénie. Pod touto kategóriou môžeme nájsť nasledujúce príznaky:

- **Ozvučovanie, vkladanie a odnímanie myšlienok** – táto skupina môže byť označená tiež ako tzv. intrapsychické halucinácie (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Tie sú špecifickým druhom halucinácií, pri ktorých má daný človek pocit, že jeho myšlienky sú ozvučované, zverejňované, komentované, prípadne že nie sú jeho vlastné (Raboch & Pavlovský, 2020).
- **Bludy** – radíme medzi poruchy myslenia (Uhrová & Roth, 2020). Ide o mylné, chorobné a nevyvrátiteľné presvedčenia, pričom je daný človek presvedčený o ich skutočnosti (Raboch & Pavlovský, 2020).
- **Halucinácie** – sú spojené s narušením vnímania, kedy jedinec vníma neexistujúce podnety (Orel, 2020). Halucinácie môžu postihnúť všetky zmysly, pričom najčastejšie sa u schizofrénie môžeme stretnúť so sluchovými halucináciami v podobe jedného či viacerých hlasov vedúcimi rozhovor, či komentujúcimi správanie pacienta (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).
- **Dezorganizácia** – vyznačuje sa nesúvislosťou myslenia a reči, ktorým chýbajú logické súvislosti (Raboch & Pavlovský, 2020), ale týka sa napríklad aj správania, kde sa dezorganizácia prejavuje napríklad zanedbaním vzhľadu, výstredným obliekaním, neporiadkom, či absenciou denného režimu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).
- **Poruchy motoriky** – môžu sa prejaviť ako nadmernou aktivitou (Vágnerová, 2014), tak katatonnými príznakmi a stuporom (úplnou absenciou pohybu) (Uhrová & Roth, 2020).

1.4.2 Negatívne symptómy

K negatívnym symptómom patrí predovšetkým znížené a „ploché“ emočné prežívanie, vytráca sa iniciatíva, schopnosť plánovania, vôľa a motivácia k akýmkoľvek činnostiam a celkovo záujem o ne (Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Raboch & Pavlovský, 2020). Negatívne symptómy sa pri prvej epizóde vyskytujú u 50-90 % pacientov a naďalej pretrvávajú v 20-40 % prípadov (Mäkinen, Miettunen, Isohanni, & Koponen, 2008).

1.4.3 Kognitívne poruchy

Ide o poruchy poznávacích funkcií. Narušenie sa týka pozornosti, pamäti, rýchlosti spracovania informácií a exekutívnych funkcií (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Kognitívnym deficitom trpí najmenej 85 % pacientov so schizofréniou (Medalia, & Lim, 2004), pričom sa spravidla objavuje po prvom ataku ochorenia a následne zostáva relatívne stabilný (Uhrová & Roth, 2020).

1.4.4 Poruchy nálady

Afektívne príznaky sa týkajú zmeny emočného ladenia, či už neprimeranosťou emócií alebo vyššie spomínanou emočnou otupenosťou (Vágnerová, 2014). Často sa môže objaviť depresívne ladenie s pocitmi menejcennosti a beznádeje, či obavy v súvislosti s uvedomením si svojho ochorenia a jeho prognózy (Raboch & Pavlovský, 2020).

Napokon, klinický obraz schizofrénie je podľa Bankovskej Motlovej a Španiela (2017), sprevádzaný napríklad poruchami spánku, zmenou chutí, pocitmi úzkosti a napätia, stratou náhľadu na ochorenie. Takéto symptómy označujú ako **nešpecifické**. Práve chýbajúci náhľad na ochorenie je jedným zo závažných rizikových faktorov, negatívne ovplyvňujúci ako samotný proces liečby, tak prognózu (Monteiro, Silva, & Louzã, 2008).

1.5 Priebeh a prognóza ochorenia

V rozvoji a ďalšom dlhodobom priebehu ochorenia výskumy opäť poukazujú na značnú variabilitu (Carpenter Jr. & Kirkpatrick, 1988). Rozvoj môže byť ako **pozvoľný a postupný**, tak **akútny a náhly** (Kulišťák a kol., 2019). Najväčšia rôznorodosť sa vyskytuje najmä v prvých piatich (Uhrová & Roth, 2020) až desiatich (Kulišťák a kol., 2019) rokoch od začiatku ochorenia, neskôr sa obraz a priebeh stávajú stabilnejšími.

Prepuknutie ochorenia v podobe ataku psychotických príznakov sa najčastejšie objavuje **medzi 20. a 30. rokom života**, pričom niektoré **prodromálne príznaky** (príznaky, ktoré predchádzajú samotnú chorobu) môžeme sledovať približne okolo 15. roku života (Bankovská Motlová & Španiel, 2017), u niektorých dokonca už od detstva (Orel, 2020).

Prvé varovné príznaky sú väčšinou takmer na nerozoznanie so správaním dospievajúcich – môže sa objaviť podráždenosť, problémy v škole alebo v práci, sociálna uzavretosť, či zmeny v osobnosti človeka (Raboch & Pavlovský, 2020). Vágnerová (2014) hovorí o **kryštalizačnej fáze**, kedy si dotýčny začína uvedomovať, že je niečo „inak“, nevyzná sa vo svete, vo svojom okolí a koniec koncov, ani sám v sebe.

Tieto príznaky po individuálne dlhej dobe prerastú až do **akútnej fázy – ataku**, spojenej s nápadnejšími psychotickými príznakmi (Uhrová & Roth, 2020). Vo vrcholnej fáze ataku sa spravidla stráca kontakt s realitou (Bankovská Motlová & Španiel, 2017) a často býva nutná hospitalizácia (Orel, 2020).

Po prvej akútnej fáze nie je možné nasledovný priebeh predpovedať s určitosťou. Môže sa jednať o ojedinelú epizódu, o opakované ataky s obdobiami **remisie**, kedy sú príznaky na ústupe (prípadne odznejú úplne), až po chronický priebeh, ktorý je z hľadiska prognózy najmenej priaznivý (Praško & Látalová, 2013). V neskoršom priebehu ochorenia sa pacienti líšia v závislosti na tom, či došlo k zlepšeniu v prítomnosti psychotických príznakov a najmä k zlepšeniu v sociálnych schopnostiach a fungovaní v spoločnosti. (Carpenter Jr. & Kirkpatrick, 1988).

Raboch a Pavlovský (2020) uvádzajú, že najčastejšie sa stretávame práve **s epizodickým priebehom**, kedy dochádza k striedaniu jednotlivých epizód s obdobiami remisie. Opätovné vzplanutie ochorenia označujeme ako **relaps**. Pri opakovaných epizódach je možné bližiaci sa relaps do určitej miery predikovať práve na základe varovných príznakov, kedy sa typicky opäť objavuje sociálna uzavretosť, zhoršený spánok, znížený výkon či nesústredenosť (Uhrová & Roth, 2020).

Čo sa týka **prognózy**, Clemmensen, Vernal a Steinhausen (2012) vo svojom systematickom prehľade uvádzajú, že dopady schizofrénie sú v porovnaní s inými psychotickými ochoreniami závažnejšie, pričom ešte o niečo závažnejšia je práve skorá manifestácia príznakov.

O niečo priaznivejšie na prognózu nazerajú Vita & Barlati, (2018), podľa ktorých sú ako remisia, tak zotavenie o čosi častejšie, než sa predpokladalo. K zotaveniu, či výraznému

zlepšení sa dopracovala približne polovica pacientov so schizofréniou. Výsledky longitudinálneho výskumu dokonca naznačujú, že približne 30-40 % pacientov dokáže po určitom čase vysadiť antipsychotiká bez toho, aby došlo k relapsu ochorenia (Harrow, Jobe, & Faull, 2012).

Vo všeobecnosti platí zásada, že čím skôr sa ochorenie podchyť a začne liečiť, tým je prognóza priaznivejšia (Orel, 2020).

Prognózu ochorenia samozrejme ovplyvňujú mnohé ďalšie faktory. Jedným z najvýznamnejších je práve **spolupráca v liečbe** (Uhrová & Roth, 2020). Ďalšie faktory a ich súvislosti s prognózou sú zhrnuté v tabuľke č. 2.

Tab 2: Faktory súvisiace s prognózou ochorenia (Uhrová & Roth, 2020)

Dobrá prognóza	Zlá prognóza
Rýchly rozvoj ochorenia	Skorý začiatok
Veľa afektívnych príznakov	Pozvoľný vývoj
Búrlivé pozitívne príznaky	Väčšie množstvo negatívnej symptomatiky
Dobré premorbídne fungovanie	Pozitívna rodinná anamnéza
Dobré sociálne zázemie	Neurologické príznaky v predchorobe
	Zlá sociálna podpora a zázemie
	Opakované relapsy
	Autistické rysy premorbídne
	Perinatálna trauma

1.6 Diagnostika a subtypy schizofrénie

Dôležitou súčasťou diagnostiky je odobratie anamnézy, vychádzajúce z **pozorovania prejavov správania a zo štruktúrovaného rozhovoru** (Uhrová & Roth, 2020), avšak čoraz významnejším sa stáva aj **neuropsychologické vyšetrenie**, ktoré nám pomôže odhaliť na prvý pohľad menej nápadné poruchy spracovania informácií (Hosák a kol., 2015).

V procese diagnostiky sa ďalej využívajú napríklad testy inteligencie, testy kognitívnych funkcií či osobnostné testy (Heretik & Heretik, 2016). Práve **prítomnosť**

kognitívneho deficitu je jedným z významných ukazovateľov (Svoboda a kol., 2012). Jeho štruktúra aj miera sa líšia v závislosti na forme schizofrénneho ochorenia. Pozornosť vedcov sa teda sústreďí na systematizáciu údajov a vytvorenie vhodného algoritmu pre hodnotenie kognitívnych dysfunkcií, čo by malo viesť ako k hlbšiemu pochopeniu kognitívnych porúch, tak k presnejšej diagnostike ochorenia (Isaeva, Lebedeva, & Simon, 2018).

Diagnostika sa ďalej opiera o **prítomnosť „typických symptómov“**, ktoré sa však v mnohých prípadoch prekrývajú s ďalšími duševnými či neurologickými ochoreniami. Rozlíšenie symptómov od podobne sa tváriacich diagnóz, ako je napríklad bipolárna porucha, posttraumatická stresová porucha či schizoafektívna porucha, by malo byť úlohou **diferenciálnej diagnostiky** (Farah, 2018).

Diagnostikovanie schizofrénie so sebou nesie veľkú zodpovednosť. Lekár totiž môže uškodiť v oboch prípadoch – v podcenení a neliečení schizofrénie adekvátnymi liekmi tam, kde toto ochorenie je, a zároveň podaním silných a potenciálne nebezpečných liekov, v prípade, kde ochorenie nie je (Kučerová, 2010). Okrem toho diagnóza schizofrénie vedie k **sebastigmatizácii, stigmatizácii a diskriminácii širokou verejnosťou** (Praško & Ocisková, 2015), ale napríklad aj **zdravotníckymi pracovníkmi** (Vučić Peitl, Peitl, Pavlović, Prološćić, & Petrić, 2011) a teda určite nie je jednoduché niekomu takúto “nálepku” prideliť.

V súčasnosti sa za účelom diagnostiky využívajú už vyššie spomínané diagnostické manuály **DSM-5** a **MKCH-11** (Gaebel & Salveridou-Hof, 2022).

DSM-5 je v platnosti od roku 2013. Hlavnou charakteristikou 5. revízie je **náhľad na schizofréniu ako na spektrum**. V manuáli zostáva možnosť špecifikovať prítomnosť katatónných príznakov, avšak už sa nepracuje s jednotlivými subtypmi schizofrénie, pretože vzhľadom na ich nízku stabilitu neposkytujú dostatočne relevantnú prognózu (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Od jednotlivých subtypov upúšťa aj 11. revízia európskeho diagnostického systému MKCH (MKCH-11), ktorá je v platnosti od **1. 1. 2022**. Varianty, s ktorými pracuje táto revízia sa odvíjajú od výskytu opakovaných epizód – prvá epizóda, viacnásobná epizóda alebo kontinuálny priebeh a od prítomnosti symptómov, ktoré môžu byť súčasné, prípadne v čiastočnej či úplnej remisii (Shmukler, 2021).

Počas realizácie výskumnej časti tejto práce bola **ešte stále v platnosti 10. revízia MKCH** (MKCH-10, 2021), a teda pre úplnosť ďalej uvádzame podrobnejšie klasifikáciu práve podľa tejto revízie.

Schizofrénia (F20) patrí do **skupiny porúch F20-F29**, kam zaraďujeme tiež schizotypové poruchy, perzistujúce poruchy s bludmi, akútne a prechodné psychotické poruchy a schizoafektívne poruchy. Schizofrénne poruchy sú charakterizované **deformáciou myslenia, vnímania a narušenou afektivitou**, v zmysle jej neprimeranosti alebo otupenosti. Ďalšími dôležitými charakteristikami sú myšlienkové ozveny, pocit vkladania, odnímania či vysielania myšlienok, bludné vnímanie, halucinácie a v neposlednom rade, negatívne symptómy, ktoré sú bližšie opísané v kapitole 1.4. Zároveň, diagnóza by nemala byť stanovená v prípade zjavnej prítomnosti ochorenia mozgu, intoxikácie či abstinenčného syndrómu, alebo pri výraznejších manických či depresívnych príznakoch, ktoré neboli predchádzané inými schizofrénnymi príznakmi (MKCH-10, 2021).

MKCH-10 (2021) zároveň ešte stále rozoznávala **jednotlivé subtypy** schizofrénie, medzi ktoré patria:

- **Paranoidná schizofrénia (F20.0)** – najčastejší typ schizofrénie vo väčšine krajín sveta, obvykle s neskorším začiatkom (Praško & Ocisková, 2015). V klinickom obraze sa vyskytujú najmä paranoidné bludy, ktoré môžu sprevádzať prevažne sluchové halucinácie, prípadne iné poruchy vnímania. Prítomné môžu byť tiež negatívne príznaky, avšak v klinickom obraze neprevládajú (MKCH-10, 2021).
- **Hebefrénna schizofrénia (F20.1)** – forma javiaca sa ako plynulý prechod z pubertálnych znakov až do manifestácie samotného ochorenia (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Typické sú pre ňu zmeny v afektivite, nezodpovedné a nepredvídateľné správanie, dezorganizované myslenie a reč. Môžu sa vyskytovať aj halucinácie a bludy, ktoré sú skôr prchavej povahy a nemali by byť v klinickom obraze dominantné. Hebefrénna schizofrénia býva diagnostikovaná len u adolescentov, prípadne u mladších dospelých (MKCH-10, 2021).
- **Katatonická schizofrénia (F20.2)** – charakteristická najmä psychomotorickými poruchami pohybujúcimi sa na spektre medzi dvomi extrémnymi pólmi – nadmerne zvýšenej či zníženej pohybovej aktivity, prípadne od automatického plnenia inštrukcií po nemotivovaný odpor pacienta voči inštrukciám k pohybu (MKCH-10, 2021). Zaujímavosťou je, že Kleinhaus a kol. (2012) zistili, že u jedincov s

katatonickou schizofréniou je riziko spáchania samovraždy vyššie, než u jedincov, ktorí trpia iným typom schizofrénie.

- **Nediferencovaná schizofrénia (F20.3)** – forma schizofrénie, ktorá síce spĺňa všeobecné diagnostické kritériá, ale nie je možné ju zaradiť do žiadnej z vyššie uvedených foriem, prípadne sa objavujú charakteristiky viac ako jednej z nich, avšak bez toho, aby niektoré prevládali (MKCH-10, 2021).
- **Postschizofrenická depresia (F20.4)** – depresívna epizóda objavujúca sa po odznení psychotického ataku (Praško & Ocisková, 2015). Príznaky schizofrénie sú stále prítomné v rôznom zastúpení, i keď častejšie sa môžeme stretnúť s negatívnymi príznakmi. Celkovo však schizofrenne príznaky v klinickom obraze nedominujú (MKCH-10, 2021).
- **Reziduálna schizofrénia (F20.5)** – chronická forma, pri ktorej významne prevažujú negatívne symptómy pozorované počas jasného postupu od skoršieho do neskoršieho štádia ochorenia (MKCH-10, 2021). Tieto negatívne symptómy, prejavujúce sa všeobecne spomalením a ochudobnením myslenia, nálady i celkovej psychomotoriky, pretrvávajú minimálne rok po odznení akútnych psychotických príznakov (Heretik & Heretik, 2016).
- **Jednoduchá schizofrénia (F20.6)** – vzácna forma schizofrénie, pre ktorú je typický postupný nástup, ktorý prechádza do bizarného správania, sociálneho stiahnutia, straty cieľov a celkového poklesu výkonnosti (MKCH-10, 2021). Diagnostika tejto formy je veľmi náročná, pretože v iniciálnej fáze môžu prejavy pripomínať niektorú z porúch osobnosti (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Ochorenie môže pozvoľným procesom vyústiť až do trvalej zmeny osobnosti daného človeka (Raboch & Pavlovský, 2020).

Napokon v MKCH-10 (2021) môžeme nájsť kategórie **iná schizofrénia (F20.8)** a **nešpecifikovaná schizofrénia (F20.9)**.

1.7 Liečba

Medzi hlavné ciele liečby schizofrénie patrí nielen snaha o zníženie frekvencie a zmiernenie závažnosti psychotických, či ďalších príznakov ochorenia, ale aj snaha o zabezpečenie vyššej kvality života a efektívnejšieho fungovania v jeho každodennosti (Bruijnzeel, Suryadevara, & Tandon, 2014).

Kulišťák a kol. (2019) zdôrazňuje biopsychosociálnu podstatu ochorenia, na čo by sa mal brať ohľad aj pri plánovaní liečby. V ideálnom prípade by liečba mala byť **komplexná** a sústrediť sa nielen na biologickú, ale i psychologickú a sociálnu rovinu – či už v podobe doplnkovej **psychoedukácie, psychoterapie alebo rehabilitačných aktivít** (Hosák a kol., 2015; Kučerová, 2010). Dlhodobá liečba antipsychotikami, spolupráca v liečbe a dostupnosť psychosociálnych intervencií sú podľa Češkovej (2006) predpokladom dosiahnutia remisie, s ktorou idú ruka v ruke aj zmiernenie psychopatológie, či spomínané zvýšenie kvality života.

Raboch & Pavlovský (2020) rozlišujú tri hlavné fázy liečby. V prvej fáze je dôležité zamerať sa na liečbu **akútnych príznakov**, neskôr sa pozornosť sústreďí najmä na **stabilizáciu a dosiahnutie uspokojivej remisie** a napokon, v poslednej, tretej fáze, ide o snahu túto **remisiu udržať a predchádzať relapsu**.

V nasledujúcej časti priblížime, aké možnosti liečby máme v súčasnosti k dispozícii.

1.7.1 Farmakologická liečba

Základný kameň liečby schizofrénie predstavuje nepochybne **psychofarmakologická liečba**, pričom najčastejšie využívané sú **antipsychotiká** (Heretik & Heretik, 2016). Ďalšie psychofarmaká, ako napríklad antidepresíva, benzodiazepíny, stabilizátory nálady alebo antiepileptiká sa v liečbe schizofrénie využívajú takmer výlučne ako prídavné liečivá (Kulišťák a kol., 2019).

Antipsychotiká (v minulosti známe ako neuroleptiká, či veľké trankvilizátory) sú antagonistami dopamínových D2-receptorov (Švihovec, 2018). Využívajú sa, ako ich názov v podstate napovedá, **k liečbe psychotických príznakov**, pričom v ideálnom prípade tento typ symptómov odznie úplne (Raboch & Pavlovský, 2020). Okrem toho ich spájajú tiež antiagresívne a upokojujúce účinky (Švihovec, 2018).

Poznáme niekoľko desiatok rôznych druhov antipsychotík, ktoré sa delia do dvoch hlavných skupín: **antipsychotiká prvej generácie (AP1G)**, tiež označované ako konvenčné, či klasické a **antipsychotiká druhej generácie (AP2G)**, inak známe ako atypické. Rozdiely v účinnosti medzi generáciami sú pomerne malé, avšak podstatné sú rozdiely v miere nežiadúcich účinkov (Bruijnzeel a kol., 2014).

V tabuľke č. 3 uvádzame prehľad oboch generácií antipsychotík a tiež antipsychotiká dlhodobo pôsobiace, známe aj ako depotné.

Tab 3: *Prehľad antipsychotík (Raboch & Pavlovský, 2020)*

Antipsychotiká 1. generácie	Antipsychotiká 2. generácie	Depotné antipsychotiká
Chlorpromazin	Risperidon	Haloperidol decanoát
Levomepromazin	Ziprasidon	Zuclopentixol
Haloperidol	Olanzapin	Flupentixol
Chlorprothixen	Quetiapin	Risperidon
Flupentixol	Clozapin	
Zuclopentixol	Aripiprazol	
	Amilsulprid	
	Zotepin	
	Sertindol	

Antipsychotiká 1. generácie sa spájajú predovšetkým s **neurologickými** a **endokrinnými vedľajšími účinkami**. Neurologické vedľajšie účinky sú obmedzené najmä na **extrapyramídový motorický systém** ovplyvňujúci mimovoľné pohyby a svalové napätie (Ayano, 2016). Objaviť sa teda môžu nežiaduce symptómy, ako sú napríklad akútna dystónia (mimovoľné sťahy svalov), akatízia (psychomotorický nepokoj), liekmi indukovaný parkinsonizmus (tras), tardívna dyskineza (mimovoľné pohyby svalových skupín) (Divac, Prostran, Jakovcevski, & Cerovac, 2014), ale aj zrýchlená činnosť srdca, rozmazané videnie, problémy s pamäťou a podobne (Ayano, 2016).

Čo sa týka endokrinného systému, častá je prítomnosť hyperprolaktinémie, teda zvýšenej hladiny prolaktínu v krvi, ktorá môže zapríčiniť napríklad gynekomastiu (zväčšenie mliečnej žľazy u mužov), či poruchy menštruačného cyklu (Mohr, 2012) a nezriedka sa vyskytujúce sklony k sexuálnym dysfunkciám (Aichhorn, Whitworth, Weiss & Marksteiner, 2006).

Hoci účinnosť antipsychotík 1. generácie na psychotické symptómy je nespochybniteľná, už **menej efektívne sú v prípade negatívnych, kognitívnych či depresívnych príznakov** (Švihovec, 2018). Vo vyšších dávkach môžu dokonca tento typ symptómov vyvolať, či prehĺbiť (Ayano, 2016).

V súčasnosti sa za možnosť prvej voľby považujú **antipsychotiká 2. generácie** (Markovič, 2012; Mohr, 2012). Majú vplyv ako na dopaminergný, tak serotóninergný

system a vďaka ovplyvneniu príslušných receptorov majú, na rozdiel od antipsychotík 1. generácie, priaznivý vplyv ako na pozitívne, tak na negatívne a kognitívne symptómy (Raboch & Pavlovský, 2020), hoci tento prínos je v prípade kognitívnych funkcií mierny (Hill, Bishop, Palumbo, & Sweeney, 2010). Taktiež 2. generáciu antipsychotík spájame s nižším počtom relapsov (Kishimoto a kol., 2013) a subjektívne vyššou kvalitou života (Gründer a kol., 2016).

Navzdory početným výhodám sa však aj pri 2. generácii môžeme stretnúť s nežiadúcimi účinkami. V rozpore s očakávaniami odborníkov sú pri tejto generácii stále prítomné **extrapyramídové syndrómy**, hoci v podstatne nižšej miere, než tomu bolo v generácii predchádzajúcej (Divac a kol., 2014). Najčastejšími vedľajšími symptómami sú najmä **celková sedácia** (Mohr, 2012) a **prítomnosť metabolických vedľajších účinkov**, pričom niektoré lieky majú závažnejšie nežiadúce účinky, než iné (Rummel-Kluge a kol., 2010). Napríklad klozapín a olanzapín sú spojené s vyšším rizikom priberania na hmotnosti, rozvoja cukrovky a dyslipidémie (Newcomer, 2005). Práve tieto menované vedľajšie účinky majú súvislosť s vyšším rizikom kardiovaskulárnych chorôb a s nimi spojenej mortality (Patel, Cherian, Gohil, & Atkinson, 2014). Podľa množstva dávky so sebou klozapín navyše prináša riziko epileptických záchvatov (Mohr, 2012) či agranulocytózy (Patel a kol., 2014).

I keď klozapín nepatrí medzi lieky prvej voľby, medzi antipsychotikami má predsa len svoje nezastupiteľné miesto. Je známy ako jediné účinné antipsychotikum pri farmakorezistentných formách schizofrénie, teda u pacientov, ktorí nedostatočne reagujú na zvolenú farmakoterapiu (Olfson, Gerhard, Crystal, & Stroup, 2016). S ohľadom na možné závažné vedľajšie účinky je však dôležité u pacientov pravidelne sledovať krvný obraz, a to minimálne 4 mesiace od nasadenia lieku (Hosák a kol., 2015).

V prvých fázach liečby by mala prevládať predovšetkým **monoterapia** (Češková & Mayerová, 2014). Názory na to, po akej dobe môžeme hodnotiť účinnosť daného antipsychotika, sa líšia. Raboch a Pavlovský (2020) uvádzajú obdobie 4-6 týždňov, Bruijnzeel a kol. (2014) 6-10 týždňov, no napríklad Agid, Kapur, Arenovich & Zipursky (2003) poukázali na to, že odpoveď na antipsychotikum začína už v prvom týždni a k najväčšiemu zlepšeniu by malo prísť v prvých dvoch týždňoch od nasadenia lieku.

Kombinácia liekov sa odporúča len v niektorých **odôvodnených klinicky indikovaných prípadoch** (Baandrup, 2020). Pokiaľ sa k nej lekár napokon uchýli, mal by tak spraviť až po dôkladnom zvážení, vzhľadom na možnosť liekových interakcií, vyššie

riziko nežiadúcich účinkov a v neposlednom rade, vyššiu pravdepodobnosť ich vysadenia (Patel a kol., 2014). Aj u farmakorezistentných pacientov sa za medzinárodne uznávaný štandard považuje prvotné nasadenie klozapínu a až neskôr prípadná kombinácia s ďalšími farmakami (Baandrup, 2020). Napriek týmto odporúčaniam však polyfarmácia v praxi často predchádza nasadenie klozapínu (Češková & Mayerová, 2014).

Pri výbere liekov je potrebné vždy zvážiť, či potenciálne prínosy prevážia možné riziká, s ohľadom na konkrétneho pacienta (Rummel-Kluge a kol., 2010). Takáto voľba by sa mala odvíjať predovšetkým od predchádzajúcich reakcií na liečbu, anamnézy, individuálnej náchylnosti a osobných preferencií pacienta (Bruijnzeel a kol., 2014) a v každom prípade by mali byť dôkladne sledované vedľajšie účinky daného lieku, či liekových kombinácií (Baandrup, 2020).

Čo sa týka udržiavacej liečby, psychofarmaká by sa mali užívať minimálne **jeden až dva roky** od stabilizácie prvej epizódy (Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Hosák a kol., 2015). V prípade opakovaných epizód by mala farmakoterapia pokračovať minimálne päť rokov, u závažnejších foriem schizofrénie je liečba celoživotná (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Kučerová (2013) napríklad vysadenie medikácie neodporúča vôbec a prikláňa sa k dlhodobému podávaniu nižších dávok, keďže prípadný relaps ochorenia zhoršuje celkový stav pacienta.

Niektoré antipsychotiká s dlhodobou pôsobiacim účinkom² je možné podávať vo forme injekcií (Brnabic a kol., 2011), čo je veľmi dôležité najmä u pacientov, ktorí sú nespoľahliví v pravidelnom užívaní liekov (Hosák a kol., 2015). Ich nástup je pozvoľný, no účinok pretrváva od jedného až do štyroch týždňov (Orel, 2020). Tento typ farmák bol zavedený v 60. rokoch 20. storočia, pričom hlavným cieľom bolo zlepšiť dlhodobé výsledky liečby – adherenciu k liečbe a stabilnejšiu hladinu liečiva v krvi (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Vhodné sú teda v prípade, kedy je pacient nonadherentný k perorálnej liečbe (Brnabic a kol., 2011), ale aj vo včasných štádiách liečby a najmä v prípade, pokiaľ si ich zvolí sám pacient (Taylor & Ng, 2013).

² Viz. Tabuľka č. 3

1.7.2 Elektrokonvulzívna terapia (ECT)

Elektrokonvulzívna terapia je biologickou formou liečby, ktorá využíva **striedavý modifikovaný elektrický prúd** (Kališová & Albrecht, 2018). Počas samotnej procedúry je pacient v celkovej anestéze (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

Ide o bezpečnú metódu využívanú, okrem iného, aj v liečbe schizofrénie (Grover, Sahoo, Rabha, & Koirala, 2019). Odporúčaná je najmä u pacientov s **katatónnou formou schizofrénie** (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015), u pacientov **rezistentných voči farmakologickej liečbe** (Ali, Mathur, Malhotra & Braga, 2019), ale aj všeobecne **na zvýšenie odpovede** pri antipsychotickej liečbe (Sanghani, Petrides & Kellner, 2018).

Čo sa týka vedľajších účinkov, Kulišťák a kol. (2019) spomína **nežiadúce účinky na pamäť**. Sanghani a kol. (2018) však zdôrazňujú, že takéto účinky na kognitívne funkcie bývajú len **mierne a prechodné**, ba dokonca môže dôjsť k ich zlepšeniu.

Navzdory tomu je však ECT verejnosťou ešte stále nezriedka vnímaná stigmatizujúcim a negatívnym pohľadom (Kališová & Albrecht, 2018) a vo väčšine prípadov sa k nej lekári uchýlia až ako k poslednej možnosti (Grover a kol., 2019).

1.7.3 Psychosociálne intervencie

Hoci pokroky v modernej medicíne a farmakológii sú nespochybniteľné, bohužiaľ nám stále neumožňujú riešiť celé spektrum symptómov a dôsledkov schizofrénie. „Len“ farmakoterapia častokrát v procese liečby skrátka nie je dostatočná. U niektorých pacientov naďalej pretrvávajú psychofarmakami slabo ovplyvniteľné symptómy, ako napríklad kognitívny deficit či negatívne príznaky, alebo môžu mať problém vyrovnať sa s dôsledkami ochorenia, zmenami v rodinnom či pracovnom prostredí (Pěč, 2009). Odporúčania založené na dôkazoch preto apelujú na **kombináciu** psychofarmakologickej liečby so psychosociálnymi intervenciami (Fenton & Schooler, 2000).

Spoločným cieľom psychosociálnych intervencií je **rehabilitácia** a **resocializácia**, pričom pacientovi pomáhajú nadobudnúť a/alebo precvičovať zručnosti a schopnosti potrebné pre každodenný život (Heretik & Heretik, 2016).

Dôležitou psychosociálnou intervenciou pre pacienta i jeho blízkych, je **psychoedukácia**, ktorá sa zameriava na zvýšenie informovanosti, poskytnutie **lepšieho náhľadu na ochorenie** a rozpoznanie príznakov blížiaceho sa relapsu (Kulišťák a kol., 2019). Predpokladá sa, že práve hlbšie znalosti o svojom stave dokážu ľuďom so

schizofréniou napomôcť pri vyrovnávaní sa s ochorením (Xia, Merinder & Belgamwar, 2011). Okrem získania informácií však psychoedukácia v mnohých prípadoch poskytuje aj emocionálnu úľavu a podporu (Pidrman & Masopust, 2002). Kľúčové je práve zapojenie rodiny pacienta (respektíve iných blízkych osôb), čím dokážeme posilniť podporu, ktorú pacient vo svojom okolí má (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V kontexte rodiny sa ukazuje ako dôležitý koncept **emočnej expresivity** (expressed emotion - EE), ktorý sa dotýka troch oblastí negatívnej rodinnej interakcie: **kritiky pacienta**, **hostility k pacientovi** a **nadmernej spoluzodpovednosti** za pacienta (Praško, Horáček & Škrdlantová, 2003). Ukázalo sa, že vysoká miera EE je nielen jedným z prediktorov relapsu pri schizofrénii, ale dokáže ovplyvniť celkový priebeh ochorenia (Amaresha & Venkatasubramanian, 2012).

Práve psychoedukačné programy zamerané na celú rodinu môžu vysokú mieru EE pomôcť redukovat'. Rodiny s nižšou mierou EE sa totiž k pacientovi správajú predvídateľnejšie, v zdravej miere sa zaujímajú o jeho stav, rešpektujú autonómiu, akceptujú ho ako skutočne chorého a celkovo majú sklon zachovať k nemu tolerantnejší postoj (Praško a kol., 2003).

Po odznení akútnych príznakov psychózy je ideálne doplniť farmakologickú liečbu o **psychoterapiu**, ktorej cieľom je najmä **podporiť zdravé časti osobnosti** daného človeka (Raboch & Pavlovský, 2020). Okrem toho ale pomáha aj s problémami v oblasti komunikácie, vyrovnávaním sa s potenciálnymi reziduálnymi symptómami ochorenia (Kulišťák a kol., 2019, Patel a kol., 2014) a poskytuje bezpečný priestor pre zdieľanie a ventiláciu pocitov (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Základom psychoterapie by malo byť predovšetkým **prijatie, pochopenie, ústretovosť** a **akceptácia bez výhrad** (Kučerová, 2013).

Podľa Bankovskej Motlovej a Španiela (2017) môžeme psychoterapiu u schizofrénie podľa formy rozdeliť na **individuálnu, skupinovú** a **rodinnú** psychoterapiu.

Najmä v začiatkoch sa odporúča **individuálna psychoterapia**, ktorej cieľom je obnovenie dôvery voči svetu a vytvorenie puta s terapeutom, ktorému môže pacient dôverovať v prípade krízových situácií (Praško a kol., 2003). S opätovným začleňovaním sa do spoločnosti a nácvikom sociálnych zručností, ale napríklad aj so zvládaním negatívnych symptómov, pomáha neskôr **skupinovú psychoterapiu** (Orfanos, Banks & Priebe, 2015).

Napokon **rodinná terapia**, podobne ako psychoedukácia rodiny, cieli na zlepšenie atmosféry v domácom prostredí a v okruhu najbližších (Raboch & Pavlovský, 2020).

Čo sa týka samotných psychoterapeutických smerov, ako najúčinnější sa javí **kognitívno-behaviorálna terapia (KBT)**, ktorá pomáha zmierniť reziduálne symptómy (Dickerson & Lehman, 2011). Techniky KBT sa zameriavajú na rozvoj dôvery, testovanie reality, podporu copingových stratégií a na prácu s dysfunkčnými afektívnymi či behaviorálnymi reakciami na psychotické symptómy (Turkington, Dudley, Warman & Beck, 2006).

Okrem KBT však samozrejme poznáme množstvo ďalších prístupov, ako je napríklad podporná psychoterapia, psychoterapia orientovaná na realitu, na riešenie konkrétnych problémov, či špecifické symptómy (Mohr, 2012). I keď rôzne terapeutické prístupy zvyčajne chápeme oddelene, mnohé z nich sa v niektorých prvkoch a technikách prekrývajú (Dickerson & Lehman, 2011). Za menej vhodný terapeutický smer sa považuje hlbinná psychoterapia (Uhrová & Roth, 2020).

Pomôcť s opätovným začleňovaním do sociálneho i pracovného života môžu tiež rôzne **špecializované zariadenia** zamerané na nácvik a rehabilitáciu pracovných zručností (Hosák a kol., 2015). Človek v nich má možnosť **znovuzískať oslabenú dôveru vo vlastné schopnosti** tým, že sa aktívne podieľa na procese liečby (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). V kontexte psychosociálnych prístupov, tak existuje celý rad ďalších možností určených pre podporu vyššie menovaného. Môžeme sem zaradiť denné stacionáre, psychosociálne centrá, chránené dielne, svojpomocné organizácie, komunitné centrá a podobne (Kulišťák a kol., 2019).

V neposlednom rade sa v kontexte psychosociálnych intervencií budeme venovať **kognitívnej remediácii**, ktorej cieľom je zlepšenie, respektíve napravenie kognitívneho deficitu, sociálnych schopností a eventuálne aj zmiernenie symptómov ochorenia. Zameriava sa teda napríklad na pozornosť, pamäť, jazyk, exekutívne funkcie a nepriamo aj na funkčné postihnutia, ktoré sa odzrkadľujú v bežnom živote pacienta (Demily & Franck, 2008).

Kognitívny deficit patrí medzi najvýraznejšie črty schizofrénie, pričom sa v mnohých prípadoch vyskytuje nezávisle od pozitívnych či negatívnych symptómov. Zároveň je miera postihnutia kognitívnych funkcií významným prediktorom fungovania v bežnom živote (Kaneko & Keshavan, 2012). Aby sme dosiahli funkčné výsledky, kognitívne zmeny

dokonca ani nemusia byť nutne veľké. Dôležité je najmä uplatnenie nadobudnutých poznatkov v praktickom živote (Wykes & Huddy, 2009).

Kognitívna remediácia vychádza z predpokladu, že kognitívne funkcie sú síce narušené, ale pomocou tréningu a psychologických metód **existuje možnosť ich rozvíjať** (Kulišťák a kol., 2019). Takýto tréning kognitívnych funkcií podporuje tiež **neuroplasticitu mozgu** (Campos, Rocha, Lattari, Nardi & Machado, 2017; Thorsen, Johansson & Løberg, 2014), čo je schopnosť, vďaka ktorej mozog dokáže meniť neurónové siete – ich štruktúru, konektivitu či funkciu a to v závislosti od zmien v okolí, či nadobudnutých skúseností (Kaneko & Keshavan, 2012).

Neuroplastický potenciál pri kognitívnej remediácii môžu podporiť ďalšie stratégie, ako sú napríklad **fyzická aktivita**, či **transkraniálna stimulácia jednosmerným prúdom** (Jahshan, Rassovsky & Green, 2017).

Priaznivé výsledky prináša najmä **kombinácia** kognitívnej remediácie s fyzickou aktivitou, čo sa ukazuje ako efektívnejšia stratégia, než samostatný tréning kognitívnych funkcií. Stále sú však potrebné ďalšie výskumy, ktoré by sa mali zameriavať práve na optimalizáciu stratégií pre dosiahnutie lepších kognitívnych výsledkov a maximalizáciu neuroplasticity (Campos a kol., 2017).

2 SPOLUPRÁCA V LIEČBE

V nasledujúcej kapitole sa budeme bližšie venovať problematike spolupráce pacienta v procese liečby – definícii pojmov, monitoringu a prehľadu štúdií, ktoré sa doposiaľ venovali problematike faktorov vplývajúcich na spoluprácu.

Problematika spolupráce je stále aktuálnou a dôležitou otázkou, keďže od toho, aký postoj pacient k svojej diagnóze zaujme, ako, prípadne, či vôbec, v liečbe spolupracuje, sa odvíja celý efekt terapie – a to samozrejme v kontexte akéhokoľvek ochorenia. Pokiaľ pacient v liečbe spolupracuje, prispieva tak k optimalizácii výsledkov terapie, vyššej kvalite svojho života i zníženiu nákladov na zdravotnú starostlivosť (Slabá, 2020).

2.1 Spolupráca v liečbe – definícia pojmov

V kontexte spolupráce, či dodržiavania liečby pacientom sa môžeme stretnúť s tromi hlavnými termínmi: adherencia, kompliancia a konkordancia. Termíny kompliancia a adherencia niektorí autori chápu ako synonymá (napr. Cramer a kol., 2008), u iných sa môžeme stretnúť s názorom, že adherencia je nadradeným pojmom pre komplianciu (Vytríšalová, 2009).

Chakrabarti (2014) **komplianciu** definuje ako mieru zhody správania pacienta s odporúčaniami ošetrojúceho lekára. V kontexte medikamentóznej liečby je to teda dodržovanie času, dávky a frekvencie užívania predpísaného liečiva (Cramer a kol., 2008). Riadenie sa odporúčaniami lekára samozrejme môžeme chápať aj v nefarmakologickom zmysle, napríklad dodržiavaním predpísanej diéty, či zmenou životného štýlu (Slabá, 2020).

Takéto dodržiavanie liečby je však vo svojej podstate pasívne. Lekár je považovaný za autoritu, pričom od pacienta sa dodržiavanie predpísanej liečby očakáva automaticky. Tento problém z časti rieši neskôr zavedený pojem **adherencia**, ktorý taktiež vyjadruje mieru zhody správania pacienta s predpísanou liečbou, avšak kladie väčší dôraz na pacienta – jeho presvedčenia, preferencie a na to, aby sa podieľal na procese rozhodovania o vhodnej liečbe. O niečo ďalej potom zachádza termín **konkordancia**, pri ktorom sa ešte o čosi viac zdôrazňuje práve vzťah lekár – pacient, ich vzájomná diskusia a rešpekt k názorom pacienta (Chakrabarti, 2014).

Pojem, ktorý sa ešte v danej súvislosti môže objaviť je **perzistencia**, ktorá vyjadruje zachovanie kontinuity v dodržiavaní liečby po dobu odporučenú lekárom (Cramer a kol., 2008).

Pre účely bakalárskej práce pracujeme primárne s termínom adherencia, prípadne so všeobecnejším a možno aj trochu „ľudskejším“ pojmom **spolupráca v liečbe**, ktorý bol, ako veríme, pochopiteľnejší aj pre samotných pacientov, ktorí sa zúčastnili výskumnej časti tejto práce.

2.2 Prevalencia a monitorovanie (ne)spolupráce

Ako už bolo spomenuté vyššie – spolupráca v liečbe je zásadným faktorom, ktorý **ovplyvňuje priebeh a prípadný vývoj ochorenia** (Janů & Racková, 2004). Pokiaľ pacient odporúčanú liečbu nedodržiava, výrazne zvyšuje riziko relapsu a rehospitalizácie. S relapsom sa okrem štrukturálnych zmien v mozgu a zhoršením symptómov spája aj zvýšená rezistencia voči liečbe v prípade jej opätovného nasadenia (Kane & Correll, 2019). Objavuje sa tiež vyššie riziko násilného správania, či samovražedných tendencií (Manhas, Manhas, Akhter, Thappa, & Manhas, 2019).

Nespolupráca v liečbe je však pomerne **častým problémom** – podobne ako pri iných ochoreniach sa udáva, že nespolupracuje **približne polovica pacientov so schizofréniou** (Dufort & Zipursky, 2019). K tomuto výsledku dospeli aj Chaudhari, Saldanha, Kadiani, & Shahani (2017), ktorí uskutočnili prierezovú analytickú štúdiu na 50 dospelých pacientoch s diagnózou schizofrénie podstupujúcich liečbu minimálne šesť mesiacov. Na posúdenie adherencie využili dotazník Morisky Medication Adherence Scale-8 (MMAS-8). Nízka adherencia sa zistila u 26 pacientov (52 %). K podobnému záveru dospela aj štúdia s väčším výskumným súborom 403 pacientov v Etiópii – prevalencia nespolupracujúcich pacientov bola 48.4% (Girma, Abdisa, & Fikadu, 2017).

Ešte viac alarmujúce boli výsledky retrospektívnej prierezovej štúdie za roky 2010-2014, podľa ktorej bolo nespolupracujúcich až 71 % ľudí z celkového počtu 1,2 miliónov pacientov trpiacich schizofréniou. K posúdeniu adherencie autori využili metódu počtu pokrytých dní (Proportion of days covered – PDC), čo je pomer počtu dní, počas ktorých sa pacient lieči k počtu dní, kedy má pacient liek k dispozícii (Desai & Nayak, 2019).

To, akým spôsobom adherenciu zisťujeme sa samozrejme odzrkadlí aj na výsledkoch – u exaktnejších metód býva adherencia spravidla nižšia (Češková, 2011). K **monitoringu**

sa okrem dotazníkových metód môžu využívať tiež výpovede pacienta, odhad lekára, databázy výdaju liekov, prípadne elektronické počítanie tabliet (Acosta, Hernández, Pereira, Herrera, & Rodríguez, 2012), či napríklad meranie hladiny antipsychotika v krvnej plazme, čo sa považuje za najúčinnjší spôsob (Ustohal & Vrzalová, 2012). Češková (2011) považuje monitorovanie krvnej hladiny za jednu z metód pre optimalizáciu liečby. Hoci ani tento spôsob nie je maximálne presný, vďaka poznatkom o terapeuticky účinných hladinách jednotlivých antipsychotík môžeme rozlíšiť, či je pacient nonadherentný (pri žiadnych alebo veľmi nízkych hladinách) alebo rezistentný voči liečbe (pokiaľ sú hladiny antipsychotika v norme). V prípade, že sú hladiny nižšie, než je stanovená terapeuticky účinná hladina, zvažujeme príčinu, ktorou môže byť napríklad aj rýchlejšie metabolizovanie liečiva, prípadne čiastočná adherencia (Ustohal & Vrzalová, 2012). Vyvarujeme sa tak **nesprávnemu označeniu** pacienta za farmakorezistentného, či zbytočnej zmene liekov, ku ktorým môže dochádzať pri nerozpoznaní nespolupracujúcich pacientov (Haddad, Brain, & Scott, 2014).

Zároveň je nutné brať do úvahy, že adherencia **nie je čisto dichotomická premenná**, ktorá buď je alebo nie je, napriek tomu, že mnoho výskumov s ňou týmto spôsobom pracuje (Vytřísalová, 2009). Medzi pacientmi, ktorí neužívajú žiadne lieky a tými, ktorí užívajú 100 % predpísanej dávky v odporúčanom čase sa nachádza spektrum pacientov **s rôznym stupňom adherencie**, ktorý sa navyše často **mení v čase**. Užívanie liekov sa napríklad môže líšiť v období relapsu, kedy pacient užíva 100 % predpísaného lieku, avšak v období remisie začne postupne dávku znižovať (Haddad a kol., 2014).

Za uspokojivú adherenciu k farmakologickej liečbe vo všeobecnosti považujeme, ak pacient užíva **aspoň 80 % odporúčanej dávky** (Češková & Mayerová, 2014). Vytřísalová (2009) uvádza, že hoci sa do úvahy často berie kvantitatívna miera adherencie vyjadrená v percentách, mali by sme zvažovať aj to, či pacient užíva **správne množstvo liečiva** a či ho užíva **správnym spôsobom**. Zároveň je dobré identifikovať, či sa jedná o vedomé a úmyselné vynechanie dávky, alebo je vynechávanie liekov neúmyselné a zapríčinené napríklad zabudlivosťou, respektíve narušením kognitívnych funkcií v súvislosti s ochorením (Gast & Mathes, 2019). Druhý prípad je možné vyriešiť pomerne jednoducho vďaka dostupnosti mobilných aplikácií či budíkov (Slabá, 2020) alebo vďaka dávkovaču liekov s popisom dátumu a času užívania (Haddad a kol., 2014).

2.3 Mapovanie faktorov

Spolupráca v liečbe je **multifaktoriálny fenomén**, na ktorom sa podieľajú mnohé premenné (Gast & Mathes, 2019). Hoci jednotlivé faktory ovplyvňujúce spoluprácu sa často ovplyvňujú aj navzájom, či čiastočne prekrývajú, Fleischhacker, Oehl, & Hummer (2003) rozlišujú medzi faktormi, ktoré súvisia s:

- a) **pacientom** – pohlavie, vek, povaha ochorenia, kognitívny deficit, komorbidita;
- b) **prostredím pacienta** – podpora okolia, postoj okolia k liečbe, finančná podpora, stigma, vplyv médií;
- c) **ošetrojúcim lekárom** – vzťah lekár-pacient, viera v liečbu, poskytovanie informácií;
- d) **samotnou liečbou** – vedľajšie účinky liekov, dĺžka a cena liečby, polyfarmácia.

2.3.1 Faktory súvisiace s pacientom

Čo sa týka **sociodemografických faktorov** a ich súvislosti s adherenciou, výsledky štúdií sú mierne nekonzistentné. Hoci mnohé štúdie potvrdili súvislosť adherencie a vybraných sociodemografických faktorov (Chaudhari a kol., 2017; Manhas a kol., 2019), napríklad Girma a kol. (2017) neobjavil medzi pohlavím, vekom, rodinným stavom, vzdelaním, finančným príjmom a spoluprácou žiadnu koreláciu.

Väčšina autorov uvádza, že v liečbe **nespolupracujú najmä mladší pacienti**, čo môže byť spôsobené tým, že podceňujú nevyhnutnosť liečby. To sa ale mení s pribúdajúcim vekom a skúsenosťami s ochorením (napr. Acosta a kol., 2009; Fleischhacker a kol., 2003; Chaudhari a kol., 2017). Eticha, Teklu, Ali, Solomon a Alemayehu (2015) zistili, že okrem mladších pacientov sa ako nespokojujúca ukázala aj **staršia veková kategória** (45-64), čo odôvodňujú vyššou **prevalenciou komorbidít** vo vyššom veku, čo často vedie k polyfarmácii. Okrem toho by sme do úvahy mali brať aj prítomnosť kognitívneho deficitu u starších pacientov, čo vedie často k už spomínanej, **neúmyselnej nonadherencii**. Gast a Mathes (2019) a Fleischhacker a kol. (2003) popisujú, že vek má k adherencii zrejme **konkávny vzťah** – adherencia je najnižšia u veľmi mladých a starších pacientov.

Ako rizikové sociodemografické faktory sa udávajú tiež **mužské pohlavie**, **nízky príjem** (Chaudhari a kol., 2017), **nezamestnanosť**, **nižší stupeň vzdelania** (Eticha a kol., 2015) a **slobodný rodinný stav** (Manhas a kol., 2019).

Acosta a kol. (2012) uvádza, že vo všeobecnosti sú rizikovými najmä mladí muži s nízkym socioekonomickým statusom. Podľa Manhasa a kol. (2019) by sme ďalej

rizikových pacientov mohli charakterizovať ako nezadaných, žijúcich vo vidieckych oblastiach, nezamestnaných a nevzdelaných. Dôležité je ale samozrejme **posudzovať každého pacienta individuálne** (Acosta a kol., 2012).

Medzi časté prediktory nespôlupráce sa uvádza tiež **zneužívanie návykových látok** (Dufort & Zipursky, 2019). U pacientov, ktorí užívali khat³, marihuanu alebo alkohol po zahájení liečby bola pravdepodobnosť nonadherencie **dva až štyrikrát vyššia**, než u pacientov bez histórie užívania týchto látok (Manhas a kol., 2019).

Podstatným a ťažko ovplyvniteľným faktorom je **náhl'ad pacienta na ochorenie** (Buckley a kol., 2007). Nedostatočný náhl'ad je prítomný najmä v prvých epizódach schizofrénie (Češková, Přikryl, Kašpárek, & Kučerová, 2007). Pacienti s nedostatočným náhl'adom nevnímajú potrebnosť liečby a preto liečbu nevyhl'adávajú (Chaudhari a kol., 2017). Náhl'ad môžeme do istej miery ovplyvniť psychoedukáciou pacienta (Ruzanna, Marhani, Parveen, & Cheah, 2010), pričom terapeutické intervencie by sa mali zameriavať predovšetkým na zvyšovanie povedomia o ochorení ako takom, než na to, aby si pacient uvedomoval potrebu liečby (Eticha a kol., 2015).

Napokon nesmieme opomínať ani **presvedčenia a postoje** pacienta k ochoreniu, liečbe a liekom, pričom tieto postoje sa samozrejme môžu v priebehu ochorenia meniť (Acosta a kol., 2012). Pozitívny postoj pritom neprekvapivo koreluje s vyššou adherenciou, negatívny postoj s nižšou adherenciou (Eticha a kol., 2015). V kontexte zmeny postoja je problematické napríklad to, ak sa pacient rozhodne liečbu vysadiť svojvoľne, pričom verí, že lieky už viac nepotrebuje (Velligan a kol., 2009).

2.3.2 Faktory súvisiace s prostredím pacienta

Náchylnejší k nonadherencii sú pacienti, ktorí schizofréniu považujú za miernejšie ochorenie, ktoré **nie je natoľko závažné** aby vyžadovalo liečbu. Tento postoj sa často odvíja od **nepriaznivého sociálneho vnímania ochorenia a stigmatizácie**, ktoré môžu viesť k pocitom hanby kvôli užívaniu liekov, prípadne úplnému vyhýbaniu sa čomukoľvek, čo s ochorením súvisí – vrátane liečby (Acosta a kol., 2012; Fleischacker a kol., 2003). Prevládajúcu stigmú a nedostatok podpory okolia uvádza ako jednu z najčastejších bariér v kontexte spolupráce aj Hudson a kol. (2004).

³ Droga so stimulačnými, či naopak tlmivými účinkami.

Riziko nespolupráce je najmä u ľudí, ktorí **žijú sami**. Na druhú stranu, hoci spolužitie s ďalšími ľuďmi považujeme všeobecne za protektívny faktor, neplatí to v prípade, kedy sú **interpersonálne vzťahy v domácnosti napäté** a pacienti spôsobujú distress (Acosta a kol., 2012).

V kontexte liečby je dôležité neopomínať ani **finančné náklady** na liečbu zo strany pacienta. Zlá finančná a životná situácia patria medzi prediktory nonadherencie (Velligan a kol., 2009). Chaudhari a kol. (2017) uvádza, že takmer polovica pacientov uviedla ako dôvod nonadherencie, okrem iného, práve aj finančné problémy. Táto skutočnosť je ale pochopiteľná, vzhľadom na to, že sa jedná o dlhodobé ochorenie často vedúce k pracovnej neschopnosti, respektíve nezamestnanosti, v dôsledku čoho môže byť zvládanie finančných nákladov na liečbu pre pacientov vskutku náročnou úlohou.

Priebe a kol. (2014) skúmal kontroverznú a eticky spornú otázku finančnej motivácie pre podporu adherencie. Pacienti v experimentálnej skupine dostávali počas jedného roka za každú injekciu depotnej dávky antipsychotika 17€, pacienti v kontrolnej skupine pokračovali v liečbe bez finančných stimulov. Výsledkom bola signifikantne vyššia adherencia v experimentálnej skupine ($p=0,003$).

2.3.3 Faktory súvisiace s ošetrojúcim lekárom

Výskumy ukazujú, že pre pacientov je dôležitým faktorom **dobrý vzťah s ošetrojúcim lekárom** (Higashi a kol., 2013). Fleischhacker a kol. (2003) takýto terapeutický vzťah medzi lekárom a pacientom označuje ako **základný stavebný kameň spolupráce**. Vychádzať by mal predovšetkým z vytvorenia dôvery a bezpečného prostredia (Motlová & Holub, 2005), záujmu o pacientov stav a dostatočného informovania nielen pacienta, ale aj jeho najbližších príbuzných (Acosta a kol., 2012). Neľahkou úlohou lekára je pacientovi pozorne naslúchať, rešpektovať jeho potreby a snažiť sa vytvoriť optimálny liečebný plán **s ohľadom na jeho životnú situáciu a možnosti** (Slabá, 2020). Pacient by mal byť ale stále podporovaný v tom, aby sa na tomto procese podieľal a vnímal tak nad ním určitú **kontrolu a spoluzodpovednosť** (De Las Cuevas, de Leon, Peñate, & Betancort, 2017).

Terapeutický vzťah posilňuje tiež otvorená komunikácia zo strany všetkých členov ošetrojúceho tímu (Phan, 2016), pričom u všetkých členov tímu by mala byť zachovaná **konzistentnosť postojov k farmakoterapii** (Acosta a kol., 2012).

Podľa Zolnierka a DiMattea (2009) **kvalitná komunikácia** lekára s pacientom pozitívne koreluje so spoluprácou. Pokiaľ lekár komunikuje nedostatočne, pravdepodobnosť nespôlpráce sa zvyšuje až o 19 %. Zároveň, autori udávajú 1,62-krát vyššiu pravdepodobnosť spolupráce pacientov v prípade, že ich ošetrojúci lekár absolvoval školenie pre rozvoj komunikačných zručností.

2.3.4 Faktory súvisiace s liečbou

V kontexte faktorov súvisiacich s liečbou zvažujeme najmä samotný **efekt medikácie**. **Nedostatočná odpoveď** na predpísanú liečbu je jedným z najčastejších dôvodov, prečo pacient nie je ochotný v terapii pokračovať. Preto je dôležité, aby bol informovaný o časovom odstupe, kým psychofarmaká začnú účinkovať. Ak sa očakávaná odpoveď na predpísané lieky nedostaví ani po čase, lekár by mal byť pripravený viesť s pacientom diskusiu o prechode na iný typ liečiva (Haddad a kol., 2014).

Často skloňovanými sú taktiež **nežiadúce účinky**. Na túto koreláciu poukazuje viacero štúdií (napr. DiBonaventura, Gabriel, Dupclay, Gupta, & Kim, 2012; Eticha a kol., 2015; Girma a kol., 2017). Súvislosť je však o niečo komplexnejšia, než sa môže na prvý pohľad zdať. Fleischacker a kol., (2003) dokonca pripúšťa možnosť, že vedľajšie účinky liečby sú prepojené so spoluprácou v tom zmysle, že pacienti, ktorí svoje lieky užívajú pravidelne, budú vedľajšie účinky pociťovať s väčšou pravdepodobnosťou, než pacienti, ktorí neužívajú lieky vôbec.

Vo výskume, ktorý prebiehal v USA až **80 % pacientov** uviedlo minimálne jeden vedľajší účinok, ktorý ich nejakým spôsobom obťažoval. Pacienti najčastejšie uvádzali problémy s koncentráciou, nepokoj, nespavosť, priberanie na váhe a nadmernú ospalosť (DiBonaventura a kol., 2012).

Do určitej miery opäť pomáha psychoedukácia pacienta a jeho blízkych o možnom výskyte vedľajších účinkov, s dôrazom na **zmiernenie obáv**, ak sú tieto účinky menej závažné. Niektorým nežiadúcim účinkom je možné **predchádzať zmenou životného štýlu**, k čomu je dobré pacienta viesť (Chaudhari a kol., 2017).

V neposlednom rade patrí medzi rizikové faktory **komplikovanosť liečby** (Phan, 2016). Pacienti, ktorí musia užívať liek niekoľkokrát denne v rôznych časoch, prípadne dva alebo viac rôznych liekov, majú s dodržiavaním liečby väčší problém, než pacienti, u ktorých platí schéma jeden liek, raz denne (Fleischacker a kol., 2003). Podľa Girmy a kol. (2017)

je pravdepodobnosť nonadherencie u pacientov s predpísanou polyfarmáciou dvakrát vyššia, než u pacientov podstupujúcich monoterapiu.

Napokon, pacient by mal byť dostatočne informovaný o tom, čo môže a čo nemôže od liečby očakávať. V prípade, že sú jeho očakávania príliš vysoké a nedôjde k ich naplneniu, je dosť možné, že skôr či neskôr od spolupráce upustí (Acosta a kol., 2012).

VÝSKUMNÁ ČASŤ

3 VÝSKUMNÝ PROBLÉM

Schizofrénia je ochorenie chronické, vo väčšine prípadov vyžadujúce dlhodobú, až celoživotnú liečbu pomocou psychofarmák (Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Nicolino, Vedana, Miasso, Cardoso, & Galera, 2011). Početné pokroky farmakológie v priebehu posledných desaťročí i efektívnosť antipsychotík v dosahovaní remisie sú nespochybniteľné, no bohužiaľ nie dostačujúce (Acosta a kol., 2012).

Efektívnosť farmák je totiž nutne závislá **od spolupráce pacienta a dodržiavania predpísaného liečebného plánu** (Nicolino a kol., 2011). V opačnom prípade dochádza k zhoršeniu stavu pacientov, pri ktorom sa nespokojnosť ukazuje byť častou príčinou (Kane, 2007). Acosta a kol. (2012) tak označuje nespokojnosť za primárny problém v liečbe schizofrénie a jej štúdium považuje za prioritu. Napriek výskumnému úsiliu a vývoju intervencií sa však za posledné polstoročie nepodarilo nájsť riešenie problematiky (ne)spokojnosti, ani zvýšiť počet spolupracujúcich pacientov (Kikkert & Dekker, 2017).

Mapovanie faktorov, ktoré môžu potenciálne negatívne ovplyvniť adhérenciu, je dôležité hneď z niekoľkých dôvodov. Gast & Mathes (2019) uvádzajú nasledujúce:

- 1. Pomoc pri identifikácii pacientov, u ktorých je riziko non-adherencie vyššie.**
- 2. Identifikácia možných prekážok a ich prípadná eliminácia.**
- 3. Rozvoj intervencií zameraných na podporu adhérencie.**

Dovolíme si dodať, že pozornosť by sa však nemala zameriavať len na potenciálne negatívne faktory, ale aj na tie, ktoré spoluprácu dokážu podporiť a ovplyvniť v pozitívnom zmysle.

Mapovaniu faktorov, ktoré môžu mať na spoluprácu v liečbe vplyv sa venovalo niekoľko kvantitatívnych (napr. Fleischhacker a kol., 2003; Girma a kol., 2017; Higashi a kol. 2013) aj kvalitatívnych štúdií (napr. Tranulis, Goff, Henderson, & Freudreich, 2011; Teferra, Hanlon, Beyero, Jacobsson, & Shibre, 2013). V rámci Českej a Slovenskej republiky je počet aktuálnych štúdií tejto problematiky skutočne nízky. Hoci môžeme nájsť pár článkov v českom jazyku, ktoré túto problematiku spomínajú (napr. Janů & Racková, 2004; Ustohal, 2011), relevantné štúdie uskutočnené na českej či slovenskej populácii sa nepodarilo dohľadať.

Zároveň sa pri mapovaní faktorov súvisiacich so spoluprácou v liečbe často opomína samotný pacient a jeho pohľad, ako uvádzajú napríklad Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens (2001).

3.1. Výskumné ciele a otázky

S ohľadom na tieto dôvody sme sa teda rozhodli empirickú časť práce zamerať práve na mapovanie faktorov, ktoré potenciálne môžu ovplyvniť spoluprácu v liečbe u pacientov so schizofréniou, pričom dôležitým je pre nás práve pohľad samotných pacientov, doplnený o skúsenosti odborníkov z praxe. Cieľom práce je priniesť aktuálny pohľad a zmapovať faktory, ktoré môžu na spoluprácu vplyvať ako pozitívne, tak negatívne a priblížiť motiváciu pacientov k tomu, aby v liečbe pokračovali.

Na základe cieľov sme teda formulovali nasledujúce výskumné otázky:

1. *Aké faktory môžu potenciálne podporiť spoluprácu v liečbe schizofrénie?*
2. *Aké faktory môžu ovplyvňovať spoluprácu v liečbe negatívne?*
3. *Čo pacientov motivuje k spolupráci pri liečbe?*

4 PRÍSTUP VÝSKUMU A POUŽITÉ METÓDY

V tejto kapitole bude predstavený zvolený typ výskumu, metódy získavania dát, metódy spracovania a analýzy dát, náš výskumný súbor a v neposlednom rade etické aspekty výskumu.

4.1 Prístup a typ výskumu

Vzhľadom na výskumný zámer bol pre túto prácu zvolený ako najvhodnejší základný prístup kvalitatívny. **Kvalitatívny prístup** v psychológii je všeobecne podľa Miovského (2006, 17) „*prístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“.

Dôraz sa pri výklade skúmaných fenoménov kladie predovšetkým na pohľad účastníkov či pozorovateľov výskumu (Hartl, 2004), pričom kľúčovými sú práve **jedinečnosť a neopakovateľnosť týchto fenoménov** (Miovský, 2006).

Hartl (2004) uvádza, že výsledkom kvalitatívneho výskumu je podrobný idiografický popis jednotlivých prípadov. Práve hĺbkový popis pri skúmaní určitého fenoménu v prirodzenom prostredí považuje Hendl (2008) za jednu z hlavných predností kvalitatívneho výskumu. Ďalej nám tento prístup umožňuje hlbšie skúmať procesy či navrhovať teórie, pričom dokáže pružne reagovať na lokálne situácie a podmienky. Naopak za jeho nevýhodu považujeme nemožnosť zovšeobecnenia poznatkov na populáciu, časovú náročnosť, možnosť ovplyvnenia výsledkov výskumníkom a náročnosť formulovania predikcií či testovania hypotéz a teórií (Hendl, 2008).

Ako typ výskumu bola zvolená **prípadová štúdia**. Ide o jeden z najviac rozšírených typov výskumu v kontexte kvalitatívneho výskumu. Kľúčovým objektom záujmu v prípadovej štúdii je **jasne definovaný a ohraničený prípad**. Vďaka tomuto typu výskumu môžeme zdôrazniť komplexnosť prípadu, nájsť vychádzajúce miesto pre hľadanie vplyvov a súvislostí v kontexte prípadu, či na úrovni prípadu spätne kontrolovať výsledky predchádzajúcich výskumov (Miovský, 2006). V prípade dobre prevedenej prípadovej štúdie môžeme skúmaný prípad zaradiť do širšieho kontextu a zároveň nám umožňuje lepšie pochopiť ďalšie podobné prípady (Hendl, 2008).

4.2 Metóda získavania dát

Ako metódu získavania dát sme zvolili **pološtruktúrované interview**. Pre výskum bolo dostačujúce zachytenie audiozáznamu, ktorý bol so súhlasom respondentov nahrávaný na mobilný telefón.

Interview všeobecne patrí podľa Miovského (2006) k náročným, no súčasne najvýhodnejším metódam pre získanie dát v kvalitatívnom výskume, pričom jeho najrozšírenejšou formou je práve nami zvolená pološtruktúrovaná. Hoci je pološtruktúrované interview kvôli dopredu pripravovanej schéme rozhovoru o niečo náročnejšie na technickú prípravu (Miovský, 2006), táto príprava hlavných tém rozhovoru je zároveň aj jeho nespornou výhodou, pričom súčasne poskytuje určitú **flexibilitu v rozvíjaní ďalších tém**, ktoré počas rozhovoru vyplynú (Magaldi & Berler, 2020). Flexibilita je taktiež možná v poradí otázok, ktoré meníme podľa potreby tak, aby sme z rozhovoru vytlačili maximum (Miovský, 2006).

Keďže respondenti si v tomto type interview môžu sami zvoliť štýl odpovedí, a teda spôsob aj forma sú v podstate voľné (Ferjenčík, 2000), flexibilita poradia otázok sa aj v našom prípade ukázala ako veľmi výhodná a umožnila nám logickejšie premostovanie medzi otázkami podľa toho, kam respondent sám smeroval.

Základnú kosť otázok pre interview sme tvorili tak, aby boli pokryté výskumné otázky a ciele práce. Pri formulovaní otázok sme sa snažili o čo najväčšiu neutralitu tak, aby samotná otázka respondenta sugestívne nesmerovala k určitým odpovediam, ako to odporúča Hendl (2008). Napokon sme pre pacientov formulovali trinásť základných otázok, ktoré buď priamo korešpondovali s výskumnými otázkami, prípadne k ich zodpovedaniu smerovali nepriamo, ako tomu bolo v prípade zisťovania potenciálnych faktorov ovplyvňujúcich spoluprácu:

1. *Mohli by ste mi prosím opísať, kedy a ako Vaše ochorenie začalo?*
2. *Spomínate si, čo bol Váš prvotný impulz pre vyhľadanie pomoci?*
3. *Bola Vám poskytnutá nejaká forma psychoedukácie? Máte pocit, že máte dostatok informácií o Vašom ochorení?*
4. *Ako vnímate komunikáciu s Vaším lekárom?*
5. *Je niečo, čo Vás od liečby v minulosti, prípadne v súčasnosti odrádza/odrádzalo?*
6. *Prerušili ste niekedy liečbu? (Ak áno, prečo?)*
7. *Podstupujete, okrem liekov, nejakú inú formu terapie?*

8. *Dochádzate do nejakej podpornej skupiny alebo stacionára? (Ako často?)*
9. *Ako sa k Vášmu ochoreniu postavilo okolie?*
10. *Máte pocit, že sú Vaši najbližší o ochoreni informovaní dostatočne?*
11. *Čo je pre Vás v procese liečby najdôležitejšie?*
12. *Čo Vás motivuje v liečbe pokračovať?*
13. *Potrebovali by ste niečo v liečbe inak, je niečo, čo Vám chýba?*

Pre zaistenie triangulácie sme sa rozhodli výpovede pacientov doplniť o pohľad odborníkov z praxe. Ďalšia séria siedmich otázok bola smerovaná teda priamo na nich. Tieto otázky sa zameriavali na ich pohľad a skúsenosti s danou problematikou.

1. *Ako vnímate dodržiavanie liečby u pacientov so schizofróniou? (či je dostatočná, aké majú lekári konkrétne skúsenosti)*
2. *Monitorujete nejakým spôsobom spoluprácu v liečbe u Vašich pacientov?*
3. *Vnímate nejaké zmeny v spolupráci pacientov v liečbe za posledné roky?*
4. *Sú nejaké konkrétne lieky u ktorých pozorujete vyššiu pravdepodobnosť spolupráce?*
5. *Všímate si nejaké indikátory u pacientov, podľa ktorých dokázate už vopred odhadnúť, či pacient bude alebo nebude spolupracovať?*
6. *Čo podľa Vás vplýva na spoluprácu v liečbe priaznivo a čo nepriaznivo?*
7. *Pracujete nejakým spôsobom na tom, aby ste podporili ich spoluprácu v liečbe?*

Práve formulácia otázok patrí spoločne so získaním predbežných informácií o respondentovi a uvedením si, ako bude rozhovor prebiehať, podľa Ferjenčíka (2000) do prvej, **prípravnej etapy** vedenia interview. Pri stretnutí s každým respondentom sme začali **úvodnou fázou interview**, v ktorej boli predstavené ciele a priebeh výskumu. Najmä pri rozhovoroch s pacientmi, bola pozornosť venovaná vytvoreniu bezpečnej atmosféry podľa odporúčaní Ferjenčíka (2000) – napríklad opakovaným uistením o dobrovoľnej účasti a možnosti kedykoľvek z výskumu odstúpiť. Po tejto etape bolo možné plynulo prejsť do **etapy jadra rozhovoru**, v ktorej je hlavným cieľom získať tzv. jadrové informácie. Napokon rozhovor prešiel do **záverečnej**, no nemenej dôležitej fázy, ktorá je podstatná najmä s ohľadom na samotných respondentov. Tí na konci rozhovoru dostali priestor na akékoľvek doplnenie či spätnú väzbu a poďakovali sme im za ich čas a ochotu sa nášho výskumu zúčastniť.

Ako poslednú, piatu etapu, uvádza Ferjenčík (2000) **vyhodnotenie interview**, v ktorej už dochádza k triedeniu a analýze získaných dát.

4.3 Metóda spracovania a analýzy dát

Samotnej analýze získaných dát predchádzala **transkripcia audiozáznamu do písomnej podoby** v programe **Microsoft Word**. Počas transkripcie zároveň došlo k redukcii prvého rádu (Miovský, 2006), kedy bol prepisovaný text zbavený slovnej vaty a častí, ktoré niesli žiadne informácie relevantné k výskumu. Samotná transkripcia bola kontinuálne overovaná opakovaným počúvaním a súbežným čítaním prepísaných dát.

S ohľadom na výskumný cieľ a otázky, bola k analýze získaných dát zvolená **tematická analýza**, ku ktorej bol využitý program **Atlas.ti** a opäť **Microsoft Word**. Táto metóda sa primárne využíva na **identifikáciu, analýzu a nachádzanie určitých tém** či vzorcov v rámci kvalitatívnych údajov. Na rozdiel od zakotvenej teórie ale nesmeruje k vytvoreniu teórie odvíjajúcej sa od získaných údajov (Braun & Clarke, 2006).

V tematickej analýze ale rozhodne nejde len o mechanické počítanie slov či určitých fráz. Vyžaduje sa dostatočná angažovanosť a schopnosť interpretácie na strane výskumníka. Jeho úlohou je identifikácia a popis implicitných aj explicitných myšlienok v rámci tém (Guest, MacQueen, & Namey, 2012).

Braun a Clarke (2006) považujú tematickú analýzu za **flexibilný výskumný nástroj**, ktorý poskytuje potenciálne **bohatý, podrobný** a zároveň do istej miery **komplexný** prehľad údajov. Postup samotnej analýzy zhrnuli do **šiestich hlavných krokov**, podľa ktorých sme v priebehu analýzy dát postupovali aj my. Autorky zároveň ale zdôrazňujú **potrebu flexibility práce** s ohľadom na výskumné otázky a povahu dát. Taktiež upozorňujú, že spôsob práce nie je lineárny a je žiadúce sa k jednotlivým fázam vracat', aby neboli vynechané žiadne dôležité údaje.

1. Zoznámenie sa s dátami

Prvá fáza zahŕňa prepis verbálnych dát do písomnej podoby, čo môže výskumník využiť ako prvý spôsob zoznámenia sa s dátami. Pred samotným kódovaním by si výskumník mal prečítať text aspoň raz, ideálne sa doň ponoriť opakovaným čítaním. Jedná sa o časovo náročnú fázu, avšak je dôležité jej venovať náležitú pozornosť a čítanie doplniť o vlastné poznámky a prvé nápady kódov (Braun & Clarke, 2006).

2. Generovanie počiatkových kódov

Ako vyplýva z názvu tejto fázy, ide o vytváranie počiatkového zoznamu kódov a zaujímavých informácií vyplývajúcich z dát. Kódy bývajú konkrétnejšie a užšie než samotné témy (Braun & Clarke, 2006).

Všetky rozhovory tak boli okódované počiatkovými kódmi v programe **Atlas.ti**. S objavovaním sa nových a nových kódov bolo nutné si všetky rozhovory prejsť niekoľkokrát a o tieto kódy ich doplniť. Ukážka kódovania je zobrazená v tabuľke č. 4.

Tab 4: Ukážka kódovania dát

Úryvok rozhovoru	Priradený kód
<i>„Aj povedali mi, že čo, ako. Že budú pretrvávajúť.“</i>	Informovanosť o ochorení
<i>„Ja som vtedy bola sama doma a som si uvedomila, že niečo nie je dobre, že niečo je zle, takže oni za mnou hneď sadli do auta a prišli za mnou.“</i>	Pomoc rodičov
<i>„Áno máme tie skupinky, chodíme vlastne do skupiniek a rozprávame sa medzi sebou, že kto čo má na srdci, kto ako sa cíti a takto. Akože to je tiež celkom fajn, mňa to baví.“</i>	Podporné skupiny
<i>„Potom mi dala kamarátka kontakt na jednu pani psychiatricku, ku ktorej chodím doteraz, tá ma začala liečiť.“</i>	Pomoc kamaráta
<i>„Aj keď by som mala robiť len preto, aby som niečo robila, aby ma niečo naplňalo. Aby môj život mal zmysel.“</i>	Potreba zmyslu

3. Hľadanie tém

Tretia fáza sa vyznačuje triedením počiatkových kódov do potenciálnych tém a ich porovnávaním. Výskumník zvažuje ako je možné jednotlivé kódy kombinovať a vytvoriť zastrešujúcu tému. K tomu je možné využitie myšlienkových máp, tabuliek, či iných vizuálnych znázornení (Braun & Clarke, 2006).

Tab 5: Ukážka tvorby tém

Kódy	Téma
Pomoc rodičov	Sociálna opora
Pomoc kamaráta	
Podporné skupiny	
Preferencia konkrétneho lieku	Spokojnosť s liečbou
Cíti sa dobre na psychiatrii	
Vnímané benefity liečby	
Absencia vedľajších účinkov	
Motivácia cítiť sa lepšie	Motivácia zdravie
Motivácia žiť život ako predtým	
Motivácia zmierniť vedľajšie účinky	
Motivácia spánok	

4. Preskúvanie tém

V tejto fáze dochádza k prepracovaniu a zdokonaľovaniu vytvorených tém. Pôvodné témy môžu zaniknúť, zlúčiť sa, či naopak rozdeliť sa do ďalších samostatných tém. Údaje v rámci jednotlivých tém by mali byť zmysluplne prepojené a zároveň by medzi jednotlivými témami mali existovať jasné rozdiely (Braun & Clarke, 2006).

Príkladom je napríklad zlúčenie jednotlivých tém v rámci motivácie do jedného podporného faktoru – konkrétna motivácia v liečbe.

5. Definovanie a pomenovanie tém

Piata fáza sa vyznačuje identifikáciou podstaty toho, o čom je každá téma. V rámci spresnenia je možné identifikovať prípadné subtémy. V tejto fáze by mal výskumník premýšľať nad stručnými a výstižnými názvami, ktoré budú mať témy v konečnej analýze (Braun & Clarke, 2006).

6. Spísanie správy

V závere analýzy sa výskumník venuje spísaniu správy na základe konečných objavených tém (Braun & Clarke, 2006).

4.4 Výskumný súbor

S ohľadom na celkové zameranie práce tvoria výskumný súbor slovenskí pacienti s diagnózou niektorého typu schizofrénie. Podmienkou pre zaradenie do výskumu bola už stanovená diagnóza F20, plnoletosť, stabilizovaný stav s náhľadom na ochorenie a samozrejme, ochota dobrovoľne sa výskumu zúčastniť.

Vzhľadom na kvalitatívny prístup boli pre získanie participantov do výskumu zvolené **nepravdepodobnostné metódy výberu**. Na rozdiel od pravdepodobnostných metód výberu, u týchto metód nepracujeme s náhodnosťou a predpokladom, že každý človek z cieľovej populácie má rovnakú šancu byť zaradený do výskumu (Etikan, Musa, & Alkassim, 2016).

Miovský (2006) uvádza, že v prípade nepravdepodobnostných metód výberu sa využíva predovšetkým **ich kombinácia** a je bežné, ak sa metódy výberu v priebehu výskumu menia. Dôležité je však tieto metódy prispôbiť cieľom výskumu s predpokladom, že sa nám do súboru podarí zahrnúť čo najviac charakteristík našej cieľovej populácie, v ideálnom prípade dosiahnuť **saturáciu dát**.

V našom prípade sme zvolili metódu zámerného výberu cez inštitúciu, prostého zámerného výberu a metódu samovýberu.

Metódu zámerného výberu Miovský (2006) označuje za najrozšírenejšiu nepravdepodobnostnú metódu výberu. Jej podstata spočíva v zámernom vyhľadávaní participantov spĺňajúcich stanovené charakteristiky, ktoré sú zároveň kritériom zaradenia do výskumného súboru. Až na jedného respondenta, vybraného metódou **prostého zámerného výberu**, sme s ohľadom na špecifické kritériá nášho výskumného súboru primárne využili **zámerný výber prostredníctvom inštitúcií** pracujúcich s pacientmi so schizofréniou. Oslovené boli celkovo štyri inštitúcie, z ktorých so spoluprácou súhlasili dve – denný stacionár pre pacientov so psychotickým ochorením a Fakultná nemocnica s poliklinikou F. D. Roosevelta v Banskej Bystrici. Ďalšie inštitúcie spoluprácu odmietli z časových dôvodov.

Inštitúcie boli vopred oboznámené s kritériami výskumného súboru, s cieľmi a spôsobom realizácie výskumu, najprv stručne prostredníctvom zaslaného sprievodného listu,

neskôr podrobnejšie pri telefonickom alebo osobnom kontakte. V prípade, že sa v zariadení vyskytol niekto, kto spĺňal naše kritériá, bol oslovený s ponukou účasti na výskume. Týmto spôsobom sa nám podarilo získať päť respondentov, ktorí prejavili záujem sa na výskume aktívne podieľať. Jeden respondent sa zapojil **samovýberom**, keďže sa o výskume dozvedel priamo počas realizácie rozhovorov na pracovisku a oslovil nás z vlastnej iniciatívy, že dané kritériá spĺňa.

Je nutné dodať, že aktívny záujem o účasť vo výskume prejavili viacerí klienti daných zariadení, no do výskumného súboru ich nebolo možné zaradiť z dôvodu, že nespĺňali základné stanovené kritériá.

Výskumu sa napokon zúčastnilo **7 respondentov** s diagnózou schizofrénie, z toho 4 ženy a 3 muži. Čo sa týka konkrétnych typov schizofrénie, 4 respondenti mali diagnostikovanú paranoidnú schizofréniu a 3 respondenti reziduálnu schizofréniu. Pre lepší prehľad sú tieto charakteristiky uvedené v nasledujúcej tabuľke, kde sú respondenti zoradení postupne podľa realizácie jednotlivých rozhovorov. Toto poradie je zachované aj v kapitole *Výsledky*, kde sú respondenti predstavení o niečo bližšie

Tab 6: Informácie o respondentoch

Respondent	Diagnóza	Vek	Vek nástupu ochorenia	Dĺžka trvania ochorenia
R1	Paranoidná schizofrénia	61	21	40 rokov
R2	Paranoidná schizofrénia	41	25	16 rokov
R3	Reziduálna schizofrénia	50	35	15 rokov
R4	Reziduálna schizofrénia	41	35	6 rokov
R5	Reziduálna schizofrénia	30	30	1 mesiac
R6	Paranoidná schizofrénia	34	19	15 rokov
R7	Paranoidná schizofrénia	33	31	2 roky

Za účelom triangulácie boli rozhovory s pacientmi **doplnené o rozhovory s dvomi odborníkmi** a ich skúsenosti z praxe týkajúcej sa danej problematiky. Rozhovorov sa tak zúčastnili dvaja odborníci s dlhoročnou praxou so psychotickými pacientmi – MUDr.

Patarák a MUDr. Hanzel. V tomto prípade išlo o výber pomocou metódy **prostého zámerného výberu**.

4.5 Etické aspekty výskumu

Základným predpokladom účasti vo výskume bola samozrejme **dobrovoľná účasť**. V prípade, že potenciálni respondenti prejavili o výskum záujem, inštitúcie nám dohodli a sprostredkovali osobné stretnutie. Všetkým respondentom bolo niekoľkokrát zdôraznené, že ich účasť je dobrovoľná a že **kedykoľvek počas, alebo po uplynutí rozhovoru môžu z výskumu odstúpiť**. Respondenti boli oboznámení s anonymizáciou dát, aj so skutočnosťou, že v prípade ich súhlasu bude rozhovor zachytený na audiozáznam, ktorý posluží čisto pre účely výskumu a po jeho ukončení bude vymazaný. Táto inštrukcia im bola prezentovaná najprv slovne, neskôr dostali čas si prečítať tieto informácie **v informovanom súhlase**, ktorý každý z respondentov pred zaradením do výskumu podpísal. Všetci respondenti dostali pred aj po skončení rozhovoru priestor na prípadné otázky, či zdieľanie myšlienok, o ktoré sa ešte chceli podeliť.

S údajmi respondentov bolo počas celého výskumu narábané v súlade so zákonom č. **18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov**.

Audiozáznamy boli premiestnené do počítača chráneného heslom. Pri ich prepise došlo k **odstráneniu osobných údajov**, ktoré by mohli viesť k identifikovaniu danej osoby – boli tak odstránené mená konkrétnych lekárov, blízkych osôb, prípadne názvy miest, ktoré sa počas rozhovoru objavili. Samozrejmosťou bolo **anonymizovanie mien** samotných respondentov, ktorí sú pre účely prezentácie výsledkov výskumu označení R1 až R7.

Počas výskumu nedošlo ku klamaniu ani zatajovaniu informácií pred respondentmi. Účastníci boli motivovaní výhradne možnosťou prispieť k vedeckému poznaniu, forma motivácie prostredníctvom materiálnej odmeny za účasť na výskume nebola využitá.

Bakalárska práca a jej výsledky budú podľa dohody poskytnuté výskumnému oddeleniu Fakultnej nemocnice F. D. Roosevelta.

5 VÝSLEDKY

V tejto kapitole postupne predstavíme výsledky analýzy dát získaných pomocou tematickej analýzy. Po úvodnom predstavení našich respondentov sa budeme postupne venovať zodpovedaniu výskumných otázok.

5.1 Predstavenie respondentov

R1, muž, 61 rokov

Ochorenie u respondenta prepuklo počas štúdia na univerzite v Anglicku, keď bol pod veľkým tlakom a zhoršili sa jeho vzťahy s okolím. V tej dobe mal pocit, že sa proti nemu spojil celý svet a že ho špehujú. Kvôli dvom nedobrovoľným hospitalizáciám musel štúdium prerušiť, avšak neskôr sa mu ho podarilo úspešne ukončiť. Celkovo bol hospitalizovaný desaťkrát, z toho päťkrát v Anglicku a päťkrát na Slovensku. Ochorenie pretrváva do súčasnosti. Počas liečby vymenil niekoľko rôznych liekov, pričom si začal postupne uvedomovať ich potrebnosť. Odvtedy lieky užíva tak, ako ich má predpísané. Okrem liekov podstupoval aj kognitívne behaviorálnu terapiu, o ktorej je presvedčený, že mu pomohla s rozpoznaním bludných presvedčení.

O ochorení je informovaný dostatočne, ako vďaka lekárom, tak vďaka stacionárom a podporným skupinám, ktoré navštevoval v oboch krajinách. Zároveň za dostatočne informovaných považoval aj svojich rodičov i kamarátov, ktorí jeho diagnózu prijali a zostali mu oporou.

R2, žena, 41 rokov

Ochorenie sa u respondentky začalo objavovať, keď mala zhruba 25 rokov, kedy prišli spoločne s matkou domov do vykradnutého bytu. Po tejto skúsenosti začala mať čoraz väčšie obavy a začali sa u nej objavovať paranoidné myšlienky. Pomoc vyhľadala spoločne s matkou, diagnóza paranoidnej schizofrénie jej bola stanovená už počas prvej hospitalizácie, kedy na ochorenie ešte nemala náhľad. Po prepustení z hospitalizácie otehotnela, preto jej museli lieky vysadiť a tak sa dostala opäť na psychiatriu. Pred pôrodom ju prepustili, pričom navštevovala denný stacionár. Kvôli rizikovému tehotenstvu sa dostala do nemocnice, kde sa dcéra narodila o mesiac skôr.

Respondentka si je vedomá potrebnosti liečby a toho, že jej užívanie liekov pomáha. Mimo liekov nepodstúpila žiadnu inú formu terapie, okrem programov v rámci hospitalizácie na psychiatrii. Približne po troch rokoch od stanovenia diagnózy začala pravidelne navštevovať denný stacionár, v čom pokračuje aj v súčasnosti.

Komunikáciu s lekármi vníma negatívne a má pocit, že nikto zo zdravotníkov jej dostatočné informácie neposkytol. Oporou sú jej v liečbe rodičia, s ktorými žije aj spoločne s dcérou.

R3, žena, 50 rokov

Prvé príznaky ochorenia sa u respondentky začali objavovať pred približne 15 rokmi, kedy mala 35 rokov. Začalo to problémami so spánkom, neskôr začala prežívať halucinácie, čomu však v tej dobe neprikladala veľkú váhu. Kvôli hlasom sa však postupne začala izolovať od okolia. Sama sa rozhodla vyhľadať pomoc, primárne kvôli problémom so spánkom a kvôli rapidnému úbytku hmotnosti. V tej dobe odišla bývať k rodičom, ktorí na ňu dohliadali.

Jej stav sa v dôsledku problémového vzťahu a užívaníu alkoholu zhoršil, čo si všimla jej kamarátka, ktorá ju presvedčila, aby sa nechala hospitalizovať. Ochorenie sa neustále vracia, posledné tri roky je hospitalizovaná takmer neustále. Predpísané lieky užíva, no mala obdobia, kedy lieky vysadila úplne. V tej dobe verila, že ju vylieči Boh a lieky nepotrebuje. Zistila však, že takto by to už ďalej nešlo a opäť vyhľadala pomoc – odvtedy liečbu dodržiava podľa pokynov a so svojou lekárkou je spokojná. Okrem liekov podstúpila aj ECT. Psychoterapiu podstupuje len počas hospitalizácie v psychiatrickej nemocnici. Pravidelne dochádza do denného stacionára. O ochorení je informovaná dostatočne a snaží sa ho priblížiť aj svojim synom, ktorí sú jej oporou.

R4, žena, 41 rokov

Respondentka bola prvýkrát hospitalizovaná keď mala 35 rokov kvôli samovražednému pokusu. V tej dobe jej nasadili liečbu pomocou ECT. Hlasové halucinácie sa začali objavovať až po pokuse o samovraždu, no pretrvávajú až do súčasnosti. Respondentka však vníma určité zlepšenie a je si vedomá potrebnosti liečby.

O ochorení je dostatočne informovaná, pričom za informované považuje aj svoje okolie – manžela a susedu, ktorí jej pomáhajú. V liečbe dôveruje lekárom a je spokojná s ich prístupom. Okrem farmakoterapie nepodstupuje v súčasnosti žiadnu inú liečbu. Kvôli nedostupnosti nenavštevuje ani žiadny stacionár, hoci by rada mala túto možnosť.

R5, žena, 30 rokov

U respondentky č. 5 bola diagnostikovaná paranoidná schizofrénia skutočne čerstvo – pred mesiacom. Podľa jej slov sa ale ochorenie rozvíjalo postupne už od detstva, vždy mala prehnané obavy. Práve stanovená diagnóza veľa vecí objasnila – samotnej respondentke aj jej rodičom.

Prvá epizóda naplno vypukla po problémoch vo vzťahu a po skonzumovaní vyššej miery alkoholu. Ona sama si uvedomila, že sa niečo deje a ihneď kontaktovala rodičov, ktorí jej pomohli so zariadením hospitalizácie. Počas celej hospitalizácie ju každý deň navštevovali a snažili sa získať čo najviac informácií. Je si vedomá, že lieky jej pomohli, no pociťuje na sebe vedľajšie účinky a tak stále s ošetrujúcou lekárkou hľadajú ideálnu kombináciu liekov. Farmakoterapiu plánuje doplniť o psychoterapiu, čo jej opäť pomáhajú vybaviť aj rodičia, u ktorých bude po hospitalizácii bývať.

R6, muž, 33 rokov

Ochorenie u respondenta trvá dva roky, kedy sa uňho prvýkrát začali objavovať vizuálne, neskôr i akustické halucinácie. To, že sa niečo deje si ako prvá všimla jeho matka, ktorá ho presvedčila k návšteve psychiatra. Lekárka mu údajne nič o ochorení nevysvetlila. Ošetrujúcu lekárku neskôr zmenil a v súčasnosti je s prístupom spokojný.

Po vypuknutí ochorenia začal dochádzať do denného stacionára, kde začal pracovať ako dobrovoľník. Okrem stacionára dochádza aj do Zväzu pre telesne postihnutých, keďže v detstve sa uňho rozvinula detská mozgová obrna.

Respondent priznáva, že lieky v niektorých prípadoch svojvoľne vysadzuje. Niekedy naňho dohliada matka, ktorá mu aj lieky nachystá – vtedy ich zvykne užívať. Keď sa však cíti lepšie, má pocit, „že lieky nepotrebuje“.

R7, muž, 31 rokov

Prvá hospitalizácia u respondenta nastala po maturite, kedy sa v jeho živote objavili vzťahové problémy a taktiež užívanie tvrdších drog – nárazovo pervitínu a extázy. Pravidelne užíval marihuanu. Začali sa uňho objavovať výraznejšie problémy so spánkom, kvôli ktorým bol napokon hospitalizovaný. Počas hospitalizácie mu nasadili liečbu ECT, príznaky mu ustúpili po mesiaci.

Relaps ochorenia sa dostavil približne po dvoch rokoch, kedy nastúpil do novej práce, v ktorej pracoval na nočné smeny. V tej dobe si sám uvedomil, že jeho stav sa zhoršuje

a pomoc vyhľadal dobrovoľne. Ochorenie sa uňho dostávalo do remisie, no vždy sa znovu objavil relaps. Najdlhšie obdobie bez príznakov trvalo 9 rokov.

O ochorení sa necíti dostatočne informovaný, ale ani sám sa oň veľmi nezaujíma a informácie nezisťuje. K liečbe je adherentný a dodržiava ju podľa pokynov. Vyhovuje mu, aké lieky momentálne užíva, dokonca udáva, že je vďaka nim ráno viac čulý. Spokojný je aj celkovo s priebehom liečby na psychiatrickej klinike, kde sa cíti dobre. So stacionárom má skúsenosti len v rámci hospitalizácie, psychoterapiu počas liečby nepodstupoval.

5.2 Faktory podporujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie

V tejto podkapitole budú predstavené výsledky k prvej výskumnej otázke – *Aké faktory môžu potenciálne podporiť spoluprácu v liečbe schizofrénie?*

Z rozhovorov s pacientmi sa v procese analýzy dát vynorilo **desať hlavných tém** týkajúcich sa faktorov, ktoré môžu ovplyvniť spoluprácu v liečbe schizofrénie v pozitívnom slova zmysle. Týmito témami sú: náhľad na ochorenie, informovanosť, vedomie potrebnosti liečby, postoj pacienta k ochoreniu, konkrétna motivácia k liečbe, sociálna opora, priaznivé psychosociálne prostredie, otvorená komunikácia, dobrý vzťah s lekárom a spokojnosť s liečbou.

Tieto témy sme sa rozhodli roztriediť do 3 okruhov – faktory súvisiace s pacientom, faktory súvisiace s okolím a faktory súvisiace s liečbou.

Schéma 1: Prehľad faktorov podporujúcich spoluprácu

Faktory súvisiace s pacientom	Faktory súvisiace s okolím	Faktory súvisiace s liečbou
<ul style="list-style-type: none">• Náhľad na ochorenie• Informovanosť• Vedomie potrebnosti liečby• Postoj pacienta k ochoreniu• Konkrétna motivácia pokračovať v liečbe	<ul style="list-style-type: none">• Sociálna opora• Priaznivé psychosociálne prostredie	<ul style="list-style-type: none">• Otvorená komunikácia• Dobrý vzťah s lekárom• Spokojnosť s liečbou

5.2.1 Faktory súvisiace s pacientom

Do tohto okruhu sme zaradili 5 tém – *náhľad na ochorenie, informovanosť, vedomie potrebnosti liečby, postoj pacienta k ochoreniu a konkrétna motivácia pokračovať v liečbe.*

Náhľad na ochorenie

Problematika náhľadu je téma, ktorá sa vyskytla v nejakej forme u všetkých respondentov a ide o jednu z vôbec najdôležitejších tém v kontexte spolupráce. Ako veľmi problematický sa náhľad ukazuje najmä pri nástupe ochorenia, kedy je jeho prítomnosť skôr raritou.

Štyria respondenti, u ktorých sa začali objavovať halucinácie ich považovali za realitu a neuvedomovali si, že sa u nich rozvíja ochorenie. R3: „...*vtedy som začala mať prvé halucinácie a hlasy, čo bolo také dosť nepríjemné, len stále som si myslela, že to je následkom niečoho. Že proste, nikdy by mi to nenapadlo, že je to následok nejakej... Že už sa prebúdzajú nejaká choroba vo mne.*“

Bez náhľadu na ochorenie človek len ťažko vyhladá pomoc sám. Väčšina respondentov bola hospitalizovaných buď nedobrovoľne alebo na podnet od svojho okolia, ktoré im pomohlo s vyhľadáním pomoci. Výnimku u našich respondentov predstavovala R5, ktorá si ako jediná sama začala uvedomovať, že sa necíti dobre a že potrebuje pomoc. Napriek tomu udáva, že počas hospitalizácie nerozumela, prečo je to nutné: „*Tak najprv som si myslela, že sú zlí a chcú mi zle. Lebo som nerozumela, o čo sa jedná.*“ Až po čase pochopila, že ochorenie je u nej skutočne prítomné a liečebné postupy majú zmysel. Získanie náhľadu tak častokrát býva cieľom už započatej liečby.

Vzhľadom na podmienky pre zaradenie do výskumného súboru, všetci respondenti skôr či neskôr náhľad na ochorenie získali: „*Tak pochopil som potom, keď som bol liečený, že som mal nesprávne myšlienky. A že som mal paranoidné myšlienky,*“ (R1). Vďaka náhľadu tak niektorí vedia už vopred rozlíšiť, že sa blíži relaps a dokážu tak sami vyhladať pomoc ešte predtým, než sa epizóda naplno rozvinie: „*Čiže mne prišlo potom zle a ja sám som išiel na psychiatriu zase do (mesto) sa prihlásiť. Sám. To bolo dobrovoľne,*“ (R7).

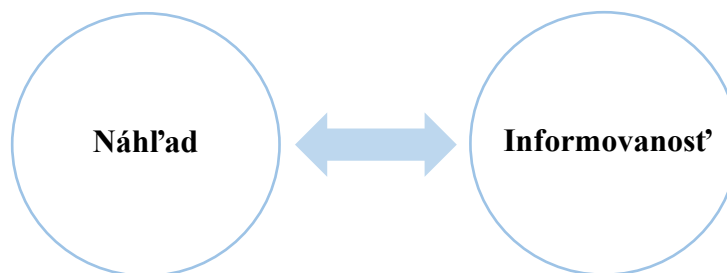
Náhľad na ochorenie ako kľúčový vnímajú aj opýtaní odborníci vo svojej praxi, kde sa s touto problematikou stretávajú veľmi často. „*Tam je ale problém s náhľadom, tá anozognózia, keď neuvedomujú si, že čo ich vlastne trápí, čo to je, tú podstatu psychickej poruchy nejak sami na sebe nenasvietili a neidentifikovali sa s tým, tak tam nečudo, že to neberú,*“ (MUDr. Patarák).

Informovanosť

Téma *informovanosť* sa týka nielen informácií o samotnom ochorení, ale aj celkovo liečby a liekov – ich významu, potreby či možných vedľajších účinkov. Hoci táto téma nebola zastúpená u všetkých respondentov, predsa sa ukázala ako dôležitá. Dostatočne informovaní sa cítia štyria respondenti. Traja respondenti uviedli, že im ich diagnózu nikto nevysvetlil. O ochorenie sa však ani nijak zvlášť z vlastnej iniciatívy nezaujímal.

Informovanosťou dokážeme čiastočne podporiť aj náhľad pacienta, hoci v niektorých prípadoch dokáže informácie prijať až po tom, čo sa náhľad objaví, ako uvádza napríklad R1: „*Oni vysvetlili, oni boli, hej...veľmi dobrí. Problém bol môj mozog, moja myseľ, že mi vždy...Ja som sa prijímal...*“. Tento obojsmerný vplyv znázorňuje nasledujúca schéma.

Schéma 2: *Vzťah náhľadu a informovanosti o ochorení*



Vedomie potrebnosti liečby

Tretou témou je *vedomie potrebnosti liečby*, ktorý vychádza z predpokladu, že pacient už má na ochorenie náhľad, má dostatok informácií a chápe, že pokiaľ by prestal užívať lieky, dostavia sa následky tohto rozhodnutia.

„Vlastne tam je veľmi dôležité vysvetliť, to je podstata, on bojuje proti tým liekom, aj proti hospitalizácii, aj voči celej psychiatrizácii, aby to odišlo. Ale on potrebuje to pochopiť, že tie lieky a tie kontroly sú na to, aby sa nedostal na oddelenie,“ (MUDr. Hanzel).

Pacienti, ktorí dospeli do tohto štádia, si to dobre uvedomujú: „*No keby som prestala s liečbou, tak tu už nie som,*“ (R3), „*Nechcela som nikdy vysadiť. Beriem to zodpovedne, že do konca života to budem musieť brať,*“ (R2). Samozrejme, nie každý pacient do tohoto štádia dospeje – či už kvôli nedostatočnému náhľadu, nedostatočnej informovanosti, či voči ďalším možným faktorom, ktoré zjednodušená schéma č. 3 neberie do úvahy.

Schéma 3: Zjednodušený vzťah náhľadu, informovanosti a vedomia potrebnosti liečby



Postoj pacienta k liečbe

Ako podstatný sa medzi našimi respondentmi ukázal aj postoj, ktorý k ochoreniu zaujali. V rámci tejto témy sme zahrnuli dve subtémy, a to konkrétne postoj „nie som na tom až tak zle“ a vnímaný zmysel.

Schéma 4: Subtémy kategórie postoj pacienta k liečbe



Prvá zmienená subtéma sa objavila v rozhovoroch v oboch kontextoch – na jednu stranu tento postoj viedol k akejsi motivácii pokračovať v liečbe, dodával nádej:

„Tým, že som videla tých ľudí ostatných, ako sú na tom zle, som vedela, že ja nie som na tom tak zle. Ja viem plynulo rozprávať, mám áno túto chorobu, ale ako keby si to proste uvedomujem, tým, že si to uvedomujem, je to...Dá sa s tým žiť. Tak by som povedala,“ (R5).

Na druhú stranu, takýto postoj môže ovplyvniť proces liečby aj negatívne, napríklad tým, že pacient odmietne navrhnutú liečbu, ako tomu bolo v prípade R7: *„Ale ja si nemyslím, že by som potreboval elektrošoky. Lebo nie som, si myslím, že nie som na tom tak zle, že by som potreboval tie elektrošoky,“* prípadne pokiaľ pacient ešte nedospel do štádia, kedy si je naplno vedomý potrebnosti liečby, môže lieky v takomto prípade úplne vysadiť.

U niektorých respondentov sa objavil taktiež postoj, vďaka ktorému si aj v nepriaznivej situácii – samotného ochorenia či hospitalizácie, našli nejaký zmysel, či dokonca zisk. Táto subtéma dostala názov *vnímaný zmysel*. Respondenti tak na proces

potrebnosti liečby nenahliadali len ako na povinnosť, či neželanú komplikáciu, ale skutočne hľadali zmysel toho, prečo sa to stalo, čo pre nich malo protektívny charakter:

„Proste malo to význam, tá hospitalizácia, aj ten incident s rodičmi, s mojou priateľkou, že malo to proste dôvod, že sa to nestalo len tak pre nič za nič,“ (R7).

„Prvé čo, tak chcete odtiaľ odísť, pretože nechápete, že prečo ste tam. Ale myslím, že som to pochopila už a som tu preto, aby som zmenila vlastne ten môj spôsob života, akým som žila. Lebo to ma nedoviedie nikde dobre,“ (R5).

Konkrétna motivácia pokračovať v liečbe

U respondentov sa taktiež objavovali konkrétne dôvody, ktoré slúžili ako ich motivácia liečbu dodržiavať a pokračovať v nej. Tejto problematike sa budeme bližšie venovať v samostatnej výskumnej otázke. Keďže sa však táto téma ukázala ako jeden z relevantných podporných faktorov, pre úplný prehľad ju uvádzame aj na tomto mieste.

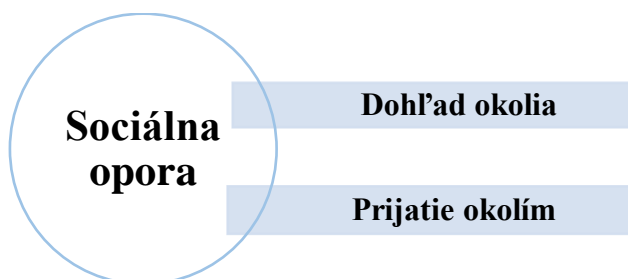
5.2.2 Faktory súvisiace s okolím

Do tejto oblasti sme zahrnuli 2 témy – *sociálna opora* a *priaznivé psychosociálne prostredie*.

Sociálna opora

Téma sociálnej opory sa v nejakej podobe objavila u každého z respondentov. Najbližšie okolie, či už rodina alebo kamaráti, zohráva v liečbe nezastupiteľnú úlohu. V tejto kategórii sme identifikovali dve subtémy: *dohľad okolia* a *prijatie okolím*.

Schéma 5: *Subtémy kategórie Sociálna opora*



Subtéma *dohľad okolia* vznikla v reakcii na respondentov, ktorí opakovane uvádzali, že ich blízki zohrali dôležitú rolu v čase, keď ich ochorenie vypuklo. Často sú to práve najbližší, ktorí si všimnú, že je niečo inak: „Prvýkrát mala mama podozrenie, že už vtedy sa so mnou niečo deje,“ (R6). Pomoc tak v začiatku epizódy poskytni nielen rodičia či partneri, ale napríklad aj kamaráti: „A tak som stretla kamarátku v meste, ona bola hospitalizovaná

a ona ma sem doviezla. Že na hospitalizáciu, ona povedala: musíš ísť do nemocnice. Lebo ja by som sama neviem, čo vtedy v tom stave urobila,“ (R3). Celkovo pomoc vyhľadali vďaka doprovodu štyria zo siedmich respondentov. Najbližší sa však podieľajú na liečbe aj s postupom času, kedy si všímajú prípadné zmeny: „už keď je zle, tak ma upozornia – aha, už dačo není dobre, zvoľni tempo, hej,“ (R7), prípadne priamo dohliadajú na to, či pacient lieky užíva: „Aj manžel mi pripomína, daj si lieky. Takže, on vie, akú mám diagnózu. A snaží sa mi pomôcť, zo všetkých síl,“ (R4).

V náväznosti na to je teda potrebné, aby určité informácie o ochorení a liečbe malo aj pacientovo okolie. To, že je do procesu liečby výhodné zapojiť aj príbuzných uvádza aj MUDr. Hanzel: „oni s nimi žijú, od nich máme základné informácie, oni sa o nich starajú. Sú to pacienti s bizarnými prejavmi niekedy, takže aj tí rodinní príslušníci potrebujú pochopiť o čo vlastne ide – a im najviac dôverujú, takže spolupráca s rodinnými príslušníkmi je veľmi dôležitá, aby pacienti pravidelne brali lieky.“

Opäť je však dôležité spomenúť aj druhú stranu mince, na ktorú upozornil MUDr. Patarák a to, že prehnaná starostlivosť môže pacientovi aj škodiť: „niekedy to tak prehávajú, že každý nejaký poryv teraz interpretujú ako znak tej duševnej poruchy, že visia na tom človeku, tak to niekedy pacientom zase lezie na nervy, že nie je to tá pravá opora, v tom pravom zmysle slova.“

S tou pravou sociálnou oporou súvisí napokon aj subtéma *prijatie okolím*. Pre pacientov je samozrejme dôležité, aby ich najbližší prijali to, že skutočne trpia daným ochorením, no že sú to stále oni. Hoci s pomocou od okolia sa stretli všetci respondenti, nesúviselo to nutne aj s prijatím. Prípadnú stigmatizáciu zo strany rodiny nesú pochopiteľne ťažko: „Akože to berú, že hej som chorá, ale do istej miery som pre nich len šibnutá. Ťažko...aj brat sa za mňa hanbí, ale tak, no čo už narobím,“ (R2). Ostatní respondenti sa so stigmatizáciou stretli tiež, avšak v kontexte širšieho okolia: „No niektorí kamaráti, kvázi kamaráti, sa na mňa pozerajú ako na blázna, psychiatrického pacienta. Ale moji najbližší kamaráti ma berú úplne ako normálneho človeka, lebo ma poznajú a vedia, že som normálny človek, že nie som blázon,“ (R7).

Pocit prijatia môžu podporiť aj rôzne podporné skupiny, či stacionáre, do ktorých pravidelne dochádzajú štyria respondenti. Zvyšní traja sa s určitou formou stacionára stretli len v rámci hospitalizácie, pričom túto skúsenosť hodnotili pozitívne. Konkrétne R1 má s podpornými skupinami i so stacionármi veľmi dobré skúsenosti, pretože okrem ďalších

informácií mu sprostredkovali nové kontakty a podobné prípady ľudí, s ktorými mohli vzájomne zdieľať svoje skúsenosti.

Priaznivé psychosociálne prostredie

Táto téma sa objavila až po rozhovoroch s opýtanými odborníkmi, ktorí sa nezávisle na sebe zhodli, že jedným z kľúčových indikátorov spolupráce v liečbe je psychosociálne prostredie, z ktorého pacient pochádza. V prípade, že podmienka priaznivého psychosociálneho prostredia nie je naplnená, je vysoká pravdepodobnosť, že pacient spolupracovať v liečbe nebude: „*ťažko potom chcieť od toho človeka, aby nabehol na nejaký, na nejakú spoluprácu, keď nemá možno základné potreby splnené,*“ (MUDr. Patarák).

Respondenti v našom výskumnom súbore skutočne pochádzali z prostredia, ktoré naplňalo minimálne ich základné existenčné potreby. Dvaja respondenti uviedli, že rodiny im okrem iného pomohli aj finančne: „*Teraz si zoberte, že za byt zaplatiť, za stravu, za všetko. Ako má človek vyžiť. Ja mám našťastie ešte rodičov, tí mi pomáhajú, ale keď sa už pomínú, tak už neviem ako budem,*“ (R2).

MUDr. Hanzel v tomto kontexte zdôrazňuje, že je veľmi dôležité pacienta a prípadne jeho blízkych (respektíve opatrojúce osoby) informovať o možnostiach invalidného dôchodku a opatrovateľského príspevku, ktoré pre pacienta i jeho rodinu môžu predstavovať určitú formu motivácie zo strany štátu.

5.2.3 Faktory súvisiace s liečbou

Tretia a posledná oblasť zahŕňa 3 témy – *otvorenosť v komunikácii, dobrý vzťah s lekárom a spokojnosť s liečbou.*

Otvorenosť v komunikácii

Správna komunikácia medzi lekárom a pacientom je zrejme jediným faktorom, ktorý lekár dokáže priamo ovplyvniť a snažiť sa ho využiť v prospech spolupráce pacienta. Za kľúčový tento faktor považujú aj samotní lekári. Uvedomujú si, že je dôležité byť s pacientmi v komunikácii otvorený, zaujímať sa o ich stav, „*treba sa s nimi rôzne o tom rozprávať, či nie sú aj nejaké sexuálne vedľajšie účinky, alebo aj to priberanie alebo ako to vnímajú,*“ (MUDr. Hanzel). Na mieste je „*ochota lekára preberať tieto otázky kontrolu čo kontrolu. Pravidelne sa pýtať na to, aj na drobnosti,*“ (MUDr. Patarák). Vďaka správnej komunikácii je potom možné prípadné vedľajšie účinky včas zachytiť a predchádzať tomu, že pacient si dávku liekov upraví sám.

V našom výskumnom súbore mali všetci okrem jednej respondentky pozitívne skúsenosti a boli s komunikáciou so svojimi lekármi spokojní.

Dobrá vzťah s lekárom

Komunikácia je taktiež dôležitým predpokladom rozvoja dobrého vzťahu s ošetrojúcim lekárom, ktorý sme identifikovali ako druhú tému v tejto oblasti. Ďalšou úlohou lekára je snažiť sa o nadviazanie terapeutického vzťahu založenom na dôvere – aj za pomoci otvorenej komunikácie.

Respondenti, ktorí mali pozitívne skúsenosti s komunikáciou, zároveň hodnotili ich celkový vzťah s lekárom pozitívne: „*Ja som veľmi spokojný, áno, je to super pani doktorka, veľmi zlatá, veľmi milá a ústretová,*“ (R7), „*Tak to mám dobrú lekárku, akože. Akonáhle zistí, že mi je nedobre, mením liečbu,*“ (R4). V odpovediach bolo zároveň možné vypožorovať aj prvky dôvery, ktorú voči svojim lekárom prechovávajú. Bolo tak tomu najmä u skupiny respondentov, ktorí sa u svojho lekára liečili dlhodobejšie. Títo respondenti sa spoliehali na to, že lekár už pozná ich stav a vie, ako má v liečbe postupovať: „*Moja doktorka je veľmi fajn, pozná ma. Keď potrebujem hospitalizáciu alebo napísať niečo, alebo keď mám ja ťažký stav, tak ona ma hneď zoberie.*“ (R3). „*Tak oni vedia, že čo majú mi dať. Už som tu... Chodím tu jako na klavír. Takže, vedia, že čo majú so mnou robiť,*“ (R4).

Pre pacienta je dôležité, aby zo strany ošetrojúcich cítil záujem, nielen o to, či liečbu dodržiava, ale napríklad aj o to, ako funguje v bežnom živote. „*Pre nich sú dôležité aj iné sféry toho života a keď toto psychiater pochopí a dáva najavo, tak vtedy je pre nich niekto, komu dôverujú a keď aj vysadia, tak na ďalšiu kontrolu povedia: ‚Pán doktor, znížila som si to, lebo...‘ – Hej a už môžeme zase pracovať,*“ (MUDr. Patarák).

Na budovaní terapeutického vzťahu si zakladá aj MUDr. Hanzel, pričom sa počas vyšestrenia snaží pacientov súčasne motivovať: „*Keď lekár pristupuje tak empaticky a hlavne ľudsky, tak ten pacient to zbadá, a to je veľmi dôležité pre tú motiváciu.*“

Spokojnosť s liečbou

Poslednou témou, ktorá sa naprieč rozhovormi objavovala, je celková *spokojnosť s liečbou* u pacientov. Ako môžeme vidieť na schéme č. 6, táto téma súvisí s predchádzajúcimi dvomi – komunikáciou aj kvalitným terapeutickým vzťahom.

Spokojnosť s liečbou mnohí pacienti pociťujú aj vďaka vnímaným benefitom, napríklad v podobe zlepšenia stavu, odstránenia alebo aspoň zmiernenia príznakov

ochorenia. Nie všetci respondenti boli psychotických príznakov zbavení úplne, no udávali prinajmenšom utlmenú intenzitu hlasových halucinácií, či napríklad schopnosť pracovať s paranoidnými myšlienkami vďaka poznatkom z KBT psychoterapie.

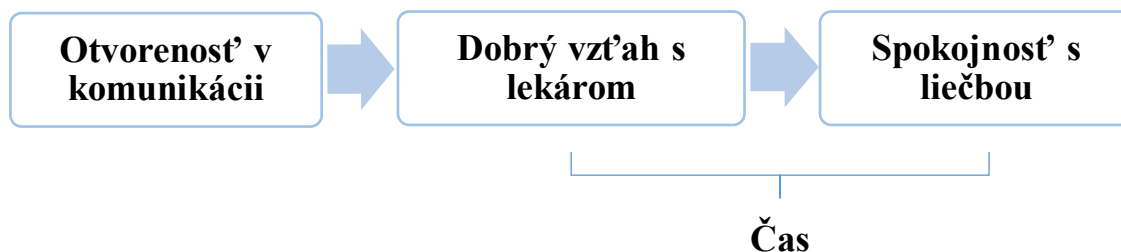
U všetkých respondentov nás zároveň zaujímalo, či existuje niečo, čo im v procese liečby chýba a čo by prípadne potrebovali inak. Väčšina respondentov uviedla, že im v liečbe nechýba nič a vyhovuje im to tak, ako to majú nastavené. R1 by potreboval vyriešiť problémy s nespavosťou, na čom ale aj aktuálne s doktorom pracujú a tak je celkovo s liečbou spokojný. Nespokojnosť s liečbou pociťovala R2: *„keď je človek na psychiatrii, oni ho liečia akože stále len liekmi. No a že len, koľkokrát by len dobré slovo padlo oveľa lepšie, ako všetky tie lieky dokopy.“* U tejto respondentky sa však nevyskytli ani dve predchádzajúce témy z tejto oblasti, od ktorých sa spokojnosť s liečbou čiastočne odvíja.

U respondentov sa objavila v dvoch prípadoch aj preferencia konkrétneho lieku, s ktorým mali dobré skúsenosti: *„Mne úplne vyhovuje to Depakine Chrono ráno a Trevicta raz za tri mesiace. Vedľajšie účinky absolútne žiadne, absolútne, práve mi to robí dobre ráno, lebo som čulý, svieži, nie som ospalý,“* (R7).

U piatich respondentov rozhovory prebehli po zaliečení v čase hospitalizácie, čím sa nám otvárala aj táto téma. Pacientov pochopiteľne netešilo, že sú hospitalizovaní, no téma určitej spokojnosti sa objavila aj v tomto kontexte: *„Mne sa tu strašne páči. Je tu super, personál úžasný, krásne baby tu robia, je tu pán prednosta, ktorého uznávam, ktorý je podľa mňa vo svojom odbore špička, jednotka, je na správnom mieste,“* (R7). Niektorí pacienti hospitalizáciu dokonca vnímali ako nejaký reštart, vďaka ktorému mohli opäť nabráť sily: *„Ja to tu už neberiem v podstate ako nejakú zlú vec, skôr to beriem ako nejaký rehabilitačný liečebný pobyt,“* (R5) a hoci je návrat do bežného života v mnohých ohľadoch náročný *„ja keď som v nemocnici, tak som dobre, ale ja keď idem domov, ja neviem fungovať poriadne,“* (R3), všetci respondenti mali svoj dôvod, ktorý ich motivoval sa doň vrátiť.

Ako môžeme vidieť na schéme č. 6, spokojnosť s liečbou je výsledkom procesu ďalších faktorov, nedostaví sa hneď. Prítomnosť tohto faktoru je tak podmienená časom a minimálne započatím liečby. Z toho vyplýva, že sa nejedná o faktor, ktorý by pacienta mohol motivovať k liečbe, ak liečbu odmieta *a priori*, avšak je podstatným faktorom, ktorý podporuje pokračovanie v liečbe a minimalizuje riziko svojvoľného vysadenia farmakoterapie.

Schéma 6: Proces vývoja spokojnosti s liečbou



5.3 Faktory vplývajúce na spoluprácu v liečbe negatívne

Na to, ktoré faktory sú v spolupráci pacienta rizikové a hrozí vyššia pravdepodobnosť nespolupráce, sa pozrieme v druhej výskumnej otázke: *Aké faktory môžu ovplyvňovať spoluprácu v liečbe negatívne?*

V kontexte tejto výskumnej otázky je dôležité upozorniť na to, že výskumný súbor pozostával zo spolupracujúcich pacientov, a teda nemáme pohľad pacientov, ktorí lieky aktuálne neužívajú. Napriek tomu bolo identifikovaných osem tém na základe predchádzajúcich skúseností respondentov a rozhovorov s odborníkmi.

Niektoré faktory znižujúce pravdepodobnosť spolupráce pacienta sa odvíjajú priamo od predchádzajúcej výskumnej otázky – ide v podstate o absenciu vybraných pozitívne vplývajúcich faktorov. Sú to konkrétne *anozognózia* (absencia náhľadu na ochorenie), *nedostatok informácií*, *nedostatočná sociálna opora* a *nepriaznivé psychosociálne prostredie*. Tieto faktory sú bližšie rozobraté v predchádzajúcej podkapitole, preto sa v nasledujúcej časti venujeme ďalším témam, ktoré sa v súvislosti s touto výskumnou otázkou vynorili – *negatívne skúsenosti so zdravotníctvom*, *vedľajšie účinky liečby*, *paranoidita*, *kratšie trvanie ochorenia* a *užívanie psychoaktívnych látok*.

Negatívne skúsenosti so zdravotníctvom

V prípade, že má človek so zdravotníckym systémom negatívne skúsenosti, s veľkou pravdepodobnosťou to môže prispieť k nedôvere a neochote v liečbe spolupracovať. Negatívne skúsenosti s lekármi uvádzala len jedna respondentka: „*Sa bojím, že ma hneď zavrú keď tam prídem, že niečo si zmyslia. Alebo že budú na mňa kričať, alebo tak.*“ (R2).

Negatívne skúsenosti sa ale nemusia nutne týkať len skúseností so psychiatriou. Túto problematiku otvoril aj MUDr. Patarák, podľa ktorého sa psychiatrickí pacienti, bohužiaľ,

stretávajú so stigmatizáciou mimo psychiatrie: „...keď prídu do styku s nejakým lekárom, tak ich vždycky aspoň nepriamo stigmatizuje. „To je ten so schizofréniou, patrí niekam k cvokárovi“ – omnoho kratší čas trávia lekári s pacientmi so psychózou, myslím somatickí nepsychiatri, ako s inými pacientmi. Majú pocit, že nerozumejú ničomu, že pristupujú k nim ako k mentálne retardovaným, čo vôbec nesúvisí s tou schizofréniou.“ Tento prístup tak často vedie k spätnému posilneniu nedôvery voči zdravotníckemu systému všeobecne. O to náročnejšie je pre takýchto pacientov vyhládať pomoc.

Vedľajšie účinky liečby

Aj napriek vynaloženému úsiliu pri optimalizácii liečby sa v mnohých prípadoch vedľajším účinkom liečby nedá vyhnúť. Podľa MUDr. Hanzel je určitým pokrokom v tejto oblasti využívanie antipsychotík 2. generácie, ktoré majú vedľajších účinkov menej, no ani v tejto generácii nie sú vylúčené. Navyše sú indikované prípady, kedy sa v praxi siahajú stále po klasických neuroleptikách.

Podstatná je samozrejme aj miera závažnosti vedľajších účinkov a prípadná subjektívna dôležitosť postihnutej oblasti pre daného pacienta – napríklad ovplyvnenie sexuálnej oblasti, či priberania na hmotnosti. Ako poznamenal MUDr. Patarák: „*Sú pacienti, ktorí radšej budú paranoidní, ako by mali pribrať.*“ Téma priberania na váhu sa objavila aj v rozhovore s respondentkou, ktorá začala užívať nové lieky a bola znepokojená práve priberaním na hmotnosti.

Ako už bolo spomínané aj vyššie, kľúčovými sú v tomto prípade predovšetkým aktívny záujem lekára o túto oblasť a otvorená komunikácia s pacientom.

Paranoidita

Negatívnym indikátorom v spolupráci sú podľa skúseností z praxe oboch opýtaných odborníkov paranoidné stavy. V prípade, že sú u pacienta prítomné paranoidné rysy osobnosti, pravdepodobnosť nespolupráce je pomerne vysoká.

Kratšie trvanie ochorenia

Spolupráca býva často problematická najmä v začiatkoch ochorenia. To môže súvisieť jednak s absenciou náhľadu, ktorý sa ešte nestihol vytvoriť, prípadne s tým, že človek, u ktorého je ochorenie kratšiu dobu, necíti dopady ochorenia v bežnom živote tak výrazne – a teda ani nepocituje potrebu riešiť to s lekárom. Kratšie trvanie ochorenia môžeme chápať nielen ako čerstvo vypuknuté ochorenie, ale aj ako kratší priebeh epizódy, kedy psychóza

pomerne rýchlo ustúpi. V tomto prípade človek opäť nevníma dopady schizofrénie v bežnom živote tak závažne, nemá to tak silno zažité a navyše títo pacienti môžu mať „*tendenciu to vnímať akoby, že to zmizlo a že nemusia byť liečení,*“ (MUDr. Patarák).

Užívanie psychoaktívnych látok

Poslednou identifikovanou témou, ktorá dokáže spoluprácu v liečbe skomplikovať je užívanie psychoaktívnych látok – alkoholu i tvrdších drog, ktoré môžu prehĺbovať príznaky ochorenia, prípadne interagovať s nasadenými liekmi, čo môže byť vo výsledku pre pacienta potenciálne nebezpečné.

5.4 Motivácia pacientov k liečbe

Motivácia pacientov sa v priebehu analýzy ukázala natoľko významná, že sme ju identifikovali aj ako jeden z faktorov, ktoré dokážu podporiť spoluprácu pacienta. Napriek tomu jej hlavnú pozornosť venujeme v tretej výskumnej otázke: *Čo pacientov k spolupráci v liečbe motivuje?*

Motivovať pacienta k spolupráci sa samozrejme snažia aj niektorí lekári – ako tomu je v prípade oboch opýtaných odborníkov, s ktorými som mala možnosť túto problematiku konzultovať. V tejto výskumnej otázke nás ale predovšetkým zaujímalo to, čo je v liečbe dôležité pre samotných pacientov a či majú nejakú vlastnú motiváciu k tomu, aby liečbu dodržiavali. V rozhovoroch sa tak opakovali predovšetkým tri témy: *zdravie, byť prínosný pre iných a rodina.*

Zdravie

V odpovediach sa najčastejšie vyskytovala téma zdravia. Či už celkovo túžba cítiť sa lepšie, alebo aspoň zmierniť príznaky a byť tak schopný fungovať v každodennom živote. Niektorí respondenti spomínali to, že by chceli fungovať tak, ako pred vypuknutím ochorenia. Časť respondentov, ktorí sa liečili už dlhší čas, ochorenie prijali za súčasť svojho života. Téma zdravia sa ale u nich napriek tomu objavovala: „*byť zdravá, aspoň v rámci svojich možností, ja viem, že tie lieky budem brať,*“ (R3). Keďže väčšina respondentov mala už nejaké predchádzajúce pozitívne skúsenosti s liečbou, kedy sa podarilo ochorenie dostať do dlhodobejšej remisie, alebo minimálne zmierniť najvýraznejšie príznaky, motivácia bola u nich týmto spätne posilňovaná.

Rodina

Druhou najčastejšou motiváciou bola pre respondentov rodina – parter, partnerka, rodičia či deti. U dvoch respondentov sa v tomto kontexte objavil aj domáci miláčik, ktorý im pomáhal zvládať náročné chvíle. Jedna respondentka dostala mačku, aby jej robila spoločnosť, keď je zvyšok rodiny v práci/škole a nemôžu s ňou zostať doma.

Rodina patrila medzi motivátory najmä u respondentov, ktorí uvádzali aj pocit prijatia zo strany ich najbližších. Jedna respondentka za svoju motiváciu považovala aj vidinu založenia vlastnej rodiny v budúcnosti.

Byť prínosný pre iných

V rozhovor sa u niektorých respondentov opakovala potreba zmysluplnej činnosti, ktorá sa pre nich napokon stala aj motiváciou, prečo v liečbe pokračovať. Táto téma sa dotýkala viacerých oblastí – rodiny, práce aj nejakej všeobecnej potreby vlastnej zmysluplnosti.

Respondentom nebolo ľahostajné, ako funguje ich rodina bez nich a prejavovali potrebu priložiť doma ruku k dielu. Dôležité pre nich je predovšetkým to, aby im zdravotný stav umožnil postarať sa o domácnosť a pomôcť tak aspoň svojim najbližším: *„A proste, chcem byť osožný pre celý svet, nie len pre svoje okolie, ale to sa nedá pre celý svet. Ale aspoň pre svoje najbližšie okolie a pre ľudí, ktorí ma majú radi, chcem byť ja osožný a chcem im pomáhať,“ (R7).*

Určitá prospešnosť pre iných sa objavila aj v zmysle práce, kde si jeden respondent robil starosti z toho, že jeho pracovné povinnosti musí vykonávať niekto iný a že majú jeho kolegovia veľa práce. Hoci sa počas hospitalizácie cítil na psychiatrii dobre, tešil sa domov, aby opäť mohol nastúpiť do práce. Podobne to mala aj respondentka, ktorá síce nebola zamestnaná, ale plánovala si nájsť prácu aspoň na čiastočný úväzok: *„A tam sa chcem spýtať vedúcej, či ma nezobere za sanitárku a keď nie, tak budem robiť ako dobrovoľníčka tam. Kŕmiť starenky, aj keď by som mala robiť len preto, aby som niečo robila, aby ma niečo naplňalo. Aby môj život mal zmysel,“ (R3).*

6 DISKUSIA

V nasledujúcej časti práce priblížime výsledky výskumu v širšom kontexte, porovnáme ich s výsledkami doterajších štúdií, uvedieme limity a nedostatky výskumného šetrenia a v neposlednom rade sa zamyslíme nad potenciálnymi prínosmi a ďalším smerovaním výskumu.

Ako už bolo spomenuté, spolupráca v liečbe je **komplexný a multifaktoriálny fenomén**, ktorý je výsledkom interakcie viacerých vplyvov (Gast & Mathes, 2019; Slabá, 2020). V priebehu výskumu sa do centra pozornosti dostali najmä faktory, ktoré dokážu **spoluprácu pacienta podporiť**. Týchto desať identifikovaných faktorov sme kvôli lepšiemu prehľadu rozdelili do troch hlavných oblastí – faktory súvisiace s pacientom, faktory súvisiace s prostredím a faktory súvisiace s liečbou.

V prvej oblasti, ktorá sa týka pacienta samotného sa objavili faktory náhľad na ochorenie, informovanosť, vedomie potrebnosti liečby, postoj k ochoreniu a konkrétna motivácia pokračovať v liečbe.

Náhľad na ochorenie je jedným z faktorov, ktoré nie sú v kontexte spolupráce nijako prekvapivé. Táto téma sa objavila vo všetkých našich rozhovoroch – ako s pacientmi, tak s opýtanými odborníkmi. Absencia náhľadu sa u našich respondentov týkala najmä začiatkov ochorenia, tak ako to je u prvých epizód ochorenia typické a ide o jeden z primárnych príznakov psychotického ochorenia (Češková a kol., 2007).

Podľa našich zistení môžeme náhľad čiastočne podporiť **informovanosťou** pacienta, čo je v súlade s odporúčaniami Fleischhacker a kol. (2003). Názory v tejto problematike nie sú konzistentné, čo môže vyplývať najmä z odlišnej metodológie v jednotlivých výskumoch. Napríklad Češková a kol. (2007) uvádza, že psychoedukácia sa podľa dostupných dát neukazuje ako účinný nástroj pre možnosť podporenia náhľadu. Naopak, Ruzanna a kol. (2010) považujú psychoedukáciu pacienta za účinný nástroj pre získanie náhľadu, ktorý by mal byť využitý čo najskôr je to možné. V niektorých prípadoch však pacienti dokážu informácie prijať až v momente, kedy sa im podarí náhľad získať a podľa našich výsledkov teda medzi náhľadom a informovanosťou existuje obojsmerný vzťah. Potenciál v podpore náhľadu a zvládaniu symptómov vidí Velligan a kol. (2009) aj v KBT terapii. KBT terapiu podstupoval v našom výskumnom súbore len jeden respondent, ktorý

si tento typ terapie veľmi pochvaľoval najmä v kontexte zvládania a rozpoznávania paranoidných myšlienok.

Eticha a kol. (2015) odporúčajú pozornosť terapeutických intervencií radšej zameriavať na informácie o samotnom ochorení, než na podávanie informácií o potrebnosti liečby. S týmto tvrdením si ale dovoľíme nesúhlasiť. Podľa našich výsledkov je jedným z dôležitých faktorov spolupráce práve **vedomie potrebnosti liečby**. Ako protektívny sa tento faktor ukazuje najmä v období remisie, kedy pacient môže vďaka ústupu symptómov nadobudnúť dojem, že už je zdravý a lieky nepotrebuje, kvôli čomu si začne dávku lieku svojvoľne znižovať (Haddad a kol., 2014). Túto tendenciu bolo možné pozorovať aj u jedného z našich respondentov. V prípade, že pacient lieky vysadí, však mnohonásobne zvyšuje riziko relapsu a preto je dôležité pacientom aj v tomto prípade pripomínať, že remisiu sa darí udržiavať práve vďaka pravidelnému užívaniu liekov (Fleischhacker a kol., 2003). Poskytovanie informácií o liečbe sa osvedčilo aj opýtaným odborníkom v rámci praxe. Snažia sa tak spoluprácu podporiť práve vysvetlením potrebnosti daného lieku, na čo liek cieľi a aké vedľajšie účinky sa uňho môžu objaviť, aby v prípade ich výskytu mohli tieto účinky referovať a spoločne s pacientom pracovať na ďalšej optimalizácii liečby.

V súlade s výsledkami Acosty a kol. (2012) sa ako ďalší dôležitý faktor ukázal **postoj pacienta k liečbe**. Konkrétne v našom prípade bol identifikovaný postoj „nie som na tom až tak zle“, ktorý mohol mať dvojaký účinok – buď respondentov motivoval k liečbe, alebo naopak, pôsobil viac negatívne, kedy pacient nepovažoval navrhnutú liečbu za opodstatnenú. Acosta a kol. (2012) v tejto súvislosti udáva, že náchylnejší k nespolupráci sú práve pacienti, ktorí ochorenie vnímajú ako miernejšie. Istú paralelu v tomto kontexte môžeme pozorovať aj v prípade témy **kratšie trvanie ochorenia**, ktorú sme identifikovali v rámci negatívne pôsobiacich faktorov. Práve títo pacienti totiž dopady ochorenia nevnímajú vo svojom každodennom živote tak závažne, čo môže ovplyvniť aj ich postoj a presvedčenie o miere závažnosti ochorenia.

Ďalšou subtémou v rámci postoja bol **vnímaný zmysel ochorenia**, kedy respondenti dokázali na ochorení a potrebe liečby nájsť aj pozitívne aspekty – napríklad, že im pomohlo zmeniť životný štýl k lepšiemu, spoznali nových ľudí alebo sa im zlepšili vzťahy v rodine. Eticha a kol. (2015) v tomto kontexte uvádza konkrétne pozitívny postoj k liečbe, pričom je dôležité na túto oblasť cieľiť intervencie a snažiť sa podporiť pozitívnejšie postoje pacientov. Z výsledkov nášho výskumu si dovoľíme dodať, že protektívne môže v určitej miere pôsobiť

aj fakt, ak pacient dokáže nájsť určitý prínos a zmysel procesu liečby, v čom je ho opäť možné povzbudiť, či už v rámci vyšetrenia, terapie alebo podporných skupín.

Ďalším z podporných faktorov je podľa našich výsledkov **konkrétna motivácia pokračovať v liečbe**. Tento faktor sa v iných výskumoch takmer vôbec nevyskytoval a nebola mu venovaná väčšia pozornosť. Velligan a kol. (2009) uvádza, že rizikovým je najmä nedostatok motivácie, čo môže byť jeden z prejavov pretrvávajúcich negatívnych príznakov schizofrénie a môže sa odzrkadliť v nedostatočnej spolupráci pacienta. Dlhodobá motivácia môže byť podporená aj vďaka intervencii pomocou motivačných interview, vďaka ktorým sa pacient môže dozvedieť aj o ďalších, nepriamych výhodách dlhodobého užívania liekov (Dobber a kol., 2018).

Druhou popísanou oblasťou boli faktory súvisiace s prostredím pacienta, kam boli zaradené témy sociálna opora a priaznivé psychosociálne prostredie.

Faktor **sociálna opora** v sebe zahŕňa dve subtémy – **dohľad okolia a prijatie okolím**. Najbližšie okolie sa vo všeobecnosti ukázalo ako významný faktor, pri ktorom stojí za zváženie zameranie psychoedukačných intervencií. Zapojiť príbuzných do procesu liečby odporúča napríklad aj Acosta a kol. (2012) a to kedykoľvek je to len trochu možné. Okolie tak môže sledovať prípadné vynechanie liečby, či blížiaci sa relaps ochorenia. To, že príbuzní môžu posilniť dodržiavanie liečby pacienta vo forme dohľadu a externého nátlaku vyplýva aj z výsledkov kvalitatívnej štúdie Tranulisa a kol. (2011). Dôležitým vplyvom je ale nepochybne aj prijatie diagnózy a liečby zo strany blízkych. Napríklad podľa výskumu Teferry a kol. (2013) respondenti ako jeden z najdôležitejších dôvodov prerušenia liečby uvádzali nedostatok opory zo strany najbližších.

Pomoc a podporu zo strany okolia považuje za kľúčové premenné aj Fleischhacker (2003). Rizikovejšími bývajú obvykle pacienti, ktorí žijú sami. V prípade spolužitia však treba brať do kontextu prevládajúce vzťahy v domácnosti, ktoré v prípade negatívnych postojov k ochoreniu či liečbe dokážu taktiež vytvoriť bariéru pri spolupráci. Podľa skúseností opýtaných odborníkov z praxe v tomto kontexte negatívne môže pôsobiť aj prehnaná starostlivosť zo strany rodiny.

V súvislosti s tým, sa ako významné ukázalo aj celkové **psychosociálne prostredie** pacienta, ktoré je podľa opýtaných odborníkov v našom výskume významným indikátorom potenciálnej (ne)spolupráce. Napríklad Chaudhari a kol. (2017) medzi rizikové faktory, ktoré častejšie vedú k nespôlupráci, radí prípadné finančné problémy alebo nižší

socioekonomický status. V prípade našich respondentov bol faktor priaznivého psychosociálneho prostredia prítomný u všetkých. Aj v prípade finančných problémov im pomáhala rodina, v ktorej prevládali prevažne dobré vzťahy. Slabinou výskumného súboru je ale absencia respondentov pochádzajúcich z menej priaznivého psychosociálneho prostredia, v dôsledku čoho nám chýba pohľad z ich strany.

Tretou oblasťou sú faktory súvisiace s liečbou, kam patrí otvorenosť v komunikácii, dobrý vzťah s lekárom a spokojnosť s liečbou.

Otvorenosť v komunikácii sa ukázala ako jeden z možných predpokladov kvalitného terapeutického vzťahu, čo je v súlade so zisteniami Haddada a kol. (2014). Ten ale upozorňuje, že ide skôr o koreláciu než kauzalitu, keďže aj dobrý vzťah s lekárom môže viesť k otvorenej komunikácii. Vďaka otvorenej komunikácii má ošetrojúci personál možnosť získať relevantné informácie, podľa ktorých dokáže upraviť aktuálne či budúce liečebné postupy (Phan, 2016). Podľa našich zistení, tak lekár môže dôkladne mapovať výskyt vedľajších účinkov a v prípade potreby upraviť liečbu skôr, než by si ju upravil pacient sám. Zároveň je tento faktor významný v tom, že ako jediný ho dokáže ovplyvniť lekár priamo. Má v rukách nielen to, aké informácie pacientovi poskytne, avšak ako uvádzajú Motlová a Holub (2005), aj okolnosti, za akých tieto informácie dostane, čo je pre pacientov nemenej dôležité.

Podstatným sa v kontexte liečby ukazuje aj **dobrý vzťah s lekárom** s prvkami dôvery. Napríklad výsledky štúdie Velligana a kol. (2009) naznačujú, že kvalitný vzťah pacienta a lekára je hlavným dôvodom, prečo pacienti v liečbe pokračujú. Určite však nejde o jediný dôvod, keďže aj v našom menšom výskumnom súbore sa objavila respondentka, ktorá síce v liečbe spolupracovala, ale uvádzala negatívne skúsenosti so svojím lekárom.

U našich respondentov sa opakovala téma **spokojnosť liečbou**, ktorá okrem ďalších premenných súvisí s otvorenou komunikáciou a dobrým vzťahom s lekárom. Táto téma sa objavila v rozpore s výsledkami etiópskej štúdie Etichy a kol. (2015), ktorej sa zúčastnilo 393 participantov. V ich prípade spokojnosť s liečbou nebola spojená s lepšou spolupracou v liečbe. Tieto protikladné výsledky tak môžu byť spôsobené veľkosťou súboru, odlišným typom metodológie, prípadne kultúrnymi rozdielmi.

Náš výskum sa ďalej zaoberal faktormi, ktoré môžu byť pre spoluprácu v liečbe **rizikové a vplývať na ňu negatívne**. Táto problematika nebola rozobraná natoľko podrobne vzhľadom k nášmu výskumnému súbore pozostávajúceho z aktuálne

spolupracujúcich pacientov. Niektoré faktory sa pochopiteľne odvíjali od absencie priaznivých faktorov – konkrétne išlo o témy anozgnózia, nedostatok informácií, nedostatočná sociálna opora a nepriaznivé psychosociálne prostredie. Boli však identifikované aj ďalšie samostatné témy, ktoré môžu v spolupráci v liečbe predstavovať bariéru. Sú to konkrétne negatívne skúsenosti so zdravotníctvom, vedľajšie účinky liečby, paranoidita, kratšie trvanie ochorenia, ktoré sme spomínali už vyššie a v neposlednom rade, užívanie psychoaktívnych látok.

Okrem jednej respondentky mali všetci naši respondenti prevažne pozitívne skúsenosti s ošetrojúcimi lekármi. Ako však vyplýva z rozhovorov s opýtanými odborníkmi, **negatívne skúsenosti so zdravotníctvom** sa nemusia vždy nutne týkať len psychiatrickej liečby. Pacienti sa so stigmatizáciou kvôli duševnému ochoreniu môžu stretnúť aj v rámci iných zdravotníckych služieb, čo môže ďalej viesť k zovšeobecneniu negatívnych skúseností a brániť tak vyhľadaniu odbornej pomoci. Na túto skutočnosť upozornil napríklad aj Harangozo a kol. (2014), podľa ktorého sa tak často deje aj v oblasti služieb duševného zdravia. Problematiku však nedáva do súvislosti len so psychiatriou, ale všeobecne so zdravotníckym systémom, ktorý má v rukách prispieť ako ku stigmatizácii, tak destigmatizácii pacientov.

Ďalšími, už čiastočne diskutovanými, sú prípadné **vedľajšie účinky liečby** – najmä v oblastiach subjektívne dôležitých pre daného človeka. Ako už bolo povedané, v tejto problematike je dôležitá angažovanosť lekára, ktorý sa na vedľajšie účinky priamo pýta, mapuje ich a je pripravený ich riešiť. V štúdií Chaudhariho a kol. (2017) udalo vedľajšie účinky ako dôvod prerušenia liečby až 61 % pacientov. Okrem nami spomenutých intervencií v podobe mapovania a podávania informácií o vedľajších účinkoch zo strany lekára, autori udávajú ako výhodnú psychoedukáciu pacientov ohľadom zmien v životnom štýle, ktoré dokážu vybrané vedľajšie účinky taktiež z časti eliminovať.

Paranoidita je ďalším faktorom, ktorý vyplýva z povahy symptómov daného ochorenia. Zároveň sa jedná o faktor, ktorý je ovplyvniteľný až pomocou liečby a teda mu nedokážeme predchádzať. Ako uvádza aj Acosta a kol. (2012), v prípade bludov prenasledovania alebo otravy sa pacient dá k užívaniu farmák presvedčiť len veľmi ťažko.

V neposlednom rade je v súlade s ďalšími výskumami (Manhas a kol., 2019; Teferra a kol., 2013) aj téma **užívanie psychoaktívnych látok**, čo považujú za prekážku

v spolupráci aj opýtaní odborníci vo svojej praxi. Patel a kol. (2014) uvádza, že pacienti so schizofréniou sú navyše k užívaniu týchto látok náchylnejší.

V tejto práci sme sa venovali **motivácii pacientov k dodržiavaniu liečby** aj v samostatnej výskumnej otázke. Podľa výsledkov Hsieha a kol. (2019) sa môže jednať o potenciálne dôležitý a doposiaľ prehliadaný faktor. V ich výskume sa motivácia ukázala ako možný mediátor pre zvládanie liečby chronického ochorenia a dosahovanie spolupráce v liečbe.

Čo sa týka konkrétnych motívov, identifikovali sme témy **zdravie, rodina a byť prínosný pre iných**. Tieto motívy sa čiastočne zhodujú s výsledkami taiwanskej kvalitatívnej štúdie (Chang, Tao, & Lu, 2013). Podľa ich zistení pacienti motivovali výhody liečby antipsychotickými liekmi, ktorá sa obsahovo prekrývala s našou témou zdravie, ďalej stabilná podpora rodiny, kultúrne podmienená úcta k rodičom a napokon, nádej do budúcnosti, kde bolo opäť možné pozorovať paralelu s našou témou byť prínosom pre iných, konkrétne v kontexte nájdenia práce. Ako naznačujú aj samotní autori, konkrétna motivácia sa môže medzi jednotlivými kultúrami líšiť a tak je táto oblasť otvorená pre dôkladnejšie výskumné šetrenia.

Medzi najvýraznejšie limity výskumu patrí už vyššie naznačená **homogenita výskumného súboru** v zmysle toho, že všetci respondenti boli v liečbe spolupracujúci, respektíve, nespolpracujúci len prechodne v minulosti. Tým pádom nemáme pohľad aktuálne nespolpracujúcich pacientov, ktorých sa nám do výskumu nepodarilo zapojiť. Svoj podiel má na tom aj metóda zámerného výberu respondentov cez inštitúciu, ktorá je zaťažená práve tým, že nám poskytne prístup iba k určitej časti spektra cieľovej populácie (Miovský, 2006). Ďalším možným skreslením je prípadný **výskyt sociálnej žiadúcnosti**. Hoci respondentom bolo zdôraznené, že ich ošetrojúci lekár sa priamo k ich odpovediam nedostane, je nutné s týmto limitom počítať.

Výskum bol primárne zameraný na pohľad pacientov, no v rámci triangulácie sme sa rozhodli tieto výpovede doplniť o skúsenosti odborníkov z praxe. Rozhovor sa podarilo zrealizovať s dvomi odborníkmi, ktorých téma výskumu zaujala. Podobnú angažovanosť a zapálenie bolo možné pozorovať aj v ich pracovnom živote. Viacerí odborníci však rozhovor, či celkovú spoluprácu na výskume odmietli z časových dôvodov a neprejavili o výskum väčší záujem. Je teda možné predpokladať, že odpovede a skúsenosti iných odborníkov by sa v niektorých ohľadoch líšili.

Keďže sa jedná o kvalitatívnu prácu, výsledky výskumu nemôžeme zovšeobecniť na slovenskú populáciu ľudí so schizofréniou. Prínos práce vidíme v doplnení poznatkov doterajších, prevažne kvantitatívnych, výskumov o pohľad a výpovede zapojených pacientov. Zaujímavá je tiež identifikácia konkrétnej motivácie pre pokračovanie v liečbe, keďže doteraz sa jej nevenovalo toľko pozornosti. Motivácia pritom môže byť kľúčová v prípade, kedy zlyhávajú iné faktory podporujúce spoluprácu v liečbe (Hsieh a kol. 2019). Ako už bolo naznačené vyššie, táto problematika stojí za pozornosť pri smerovaní budúcich výskumných šetrení – napríklad pomocou kvantitatívneho, či zmiešaného prístupu, vďaka ktorému by bolo možné zovšeobecnenie výsledkov na slovenskú populáciu.

Dôležitou pripomienkou je, že spolupráca v liečbe **nie je fenomén týkajúci sa čisto pacienta**. Aj napriek nemožnosti zovšeobecnenia výsledkov si dovoľíme tvrdiť, že spoluprácu môže do určitej miery podporiť aj zdravotnícky personál, presnejšie zameraním sa na faktory týkajúce sa otvorenej komunikácie, budovanie dobrého vzťahu a informovanosti pacienta. Konkrétne tak môže učiniť napríklad prostredníctvom prejavenej záujmu o pacienta a jeho stav, opakovaným kladením otvorených otázok na vedľajšie účinky, vysvetľovaním príznakov ochorenia a potrebnosti kontinuálnej liečby, či prácou na podporení konkrétnej motivácie pacientov pre pokračovanie v liečbe.

Ďalej, podľa nášho názoru, stojí za zváženie zavedenie intervencií zameraných na rodinu pacienta, ktorá sa ukázala ako jeden z najdôležitejších faktorov pre podporu spolupráce – napríklad formou psychoedukácie rodinných príslušníkov. V tejto súvislosti sa tiež otvára priestor pre ďalšie smerovanie výskumov, ktoré by prípadne mohli potvrdiť účinnosť zavedených intervencií na slovenskej populácii.

7 ZÁVERY

Cieľom práce bolo zmapovať faktory, ktoré môžu pozitívnym i negatívnym spôsobom ovplyvniť spoluprácu v liečbe u pacientov so schizofréniou a priblížiť ich konkrétnu motiváciu k tomu, aby v liečbe pokračovali.

V rámci faktorov podporujúcich spoluprácu sme identifikovali desať hlavných tém s niekoľkými subtémami, ktoré sme rozdelili do troch hlavných oblastí:

- **faktory súvisiace s pacientom:** náhľad na ochorenie, informovanosť, vedomie potrebnosti liečby, postoj pacienta k liečbe („nie som na tom až tak zle“ a vnímaný zmysel), konkrétna motivácia pokračovať v liečbe;
- **faktory súvisiace s prostredím:** sociálna opora (dohľad okolia a prijatie okolím), priaznivé psychosociálne prostredie;
- **faktory súvisiace s liečbou:** otvorenosť v komunikácii, dobrý vzťah s lekárom, spokojnosť s liečbou.

Medzi faktory, ktoré môžu spoluprácu v liečbe ovplyvniť negatívnym spôsobom sme zaradili osem tém. Niektoré z nich neprekvapivo súviseli s absenciou podporných faktorov – jednalo sa konkrétne o témy anozognózia, nedostatok informácií, nedostatočná sociálna opora a nepriaznivé psychosociálne prostredie. Okrem nich sme identifikovali ďalšie možné prekážky v spolupráci – negatívne skúsenosti so zdravotníctvom, vedľajšie účinky liečby, paranoidita, kratšie trvanie ochorenia a užívanie psychoaktívnych látok.

Tretou oblasťou, ktorej sme sa vo výskumnej časti venovali bola motivácia respondentov k tomu, aby v liečbe pokračovali. Najčastejšie sa objavovala téma zdravie, keďže pre respondentov bolo dôležité zmiernenie symptómov ochorenia prostredníctvom liekov a schopnosť fungovať v každodennom živote. Ďalej sa v odpovediach objavovala rodina, najmä v prípade, že z ich strany prežívali pocit prijatia. S rodinou čiastočne súvisel aj posledný identifikovaný motív byť prínosný pre iných – buď práve v podobe pomoci rodine, v pracovnej sfére alebo všeobecne túžba byť prínosom pre spoločnosť a vykonávať zmysluplnú činnosť.

8 SÚHRN

Bakalárska diplomová práca sa zaoberala spoluprácou v liečbe schizofrénie a faktormi, ktoré ju potenciálne môžu ovplyvniť.

Prvá kapitola teoretickej časti sa bližšie zaoberá diagnózou schizofrénie. Toto závažné a mnohotvárne ochorenie patrí do psychotického okruhu duševných porúch (Raboch & Pavlovský, 2020). Postihuje približne 1 % populácie (Janoutová, Janáčková, & kol., 2016), hoci údaje sa môžu s ohľadom na metodológiu jednotlivých štúdií líšiť (Simeone a kol., 2015). Vznik ochorenia je podmienený multifaktoriálne, kombináciou genetických, biologických, environmentálnych a psychosociálnych faktorov (Vágnerová, 2012). Symptómy ochorenia sa vo všeobecnosti delia na pozitívne a negatívne (Fišar, 2009), prípadne môžu byť doplnené ešte o kognitívny deficit a poruchy nálady (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Prognóza ochorenia závisí od mnohých faktorov (Uhrová & Roth, 2020), je ale o niečo menej priaznivá, než je tomu u iných psychotických ochorení (Clemmensen a kol., 2012). Ďalej sa kapitola zaoberá diagnostikou a jednotlivými subtypmi schizofrénie podľa MKCH-10 (2021).

Liečba ochorenia vychádza predovšetkým z farmakoterapie, pričom najčastejšie využívanými sú antipsychotiká (Heretik & Heretik, 2016). V indikovaných prípadoch môže byť doporučená aj liečba pomocou ECT (Grover a kol., 2019). V ideálnom prípade je liečba komplexná a môže byť doplnená o psychosociálne intervencie (Fenton & Schooler, 2000), keďže cieľom by nemalo byť len zmiernenie príznakov ochorenia, ale aj na zlepšovanie kvality života (Bruijnzeel a kol., 2014).

Ďalšia kapitola teoretickej časti približuje problematiku spolupráce v liečbe. Vymedzuje pojmy ako adherencia, kompliance a konkordancia, ktoré sú definované ako miera zhody správania pacienta s odporúčaniami ošetrojúceho lekára, avšak líšia sa tým, nakoľko je do procesu plánovania liečby zapojený samotný pacient (Chakrabarti, 2014). Čo sa týka prevalencie, nespolupracuje, podobne ako pri iných chronických ochoreniach, približne polovica pacientov so schizofréniou (Dufort & Zipursky, 2019). Výsledky miery (ne)spolupráce závisia ale aj od spôsobov monitoringu (Češková, 2011), ktorých existuje niekoľko druhov. Spolupráca v liečbe je komplexný fenomén, ktorý sa odvíja od mnohých

faktorov (Gast & Mathes, 2019). V závere kapitoly sú tak predstavené doteraz zmapované faktory, ktoré sa na tejto problematike môžu podieľať.

Cieľom výskumnej časti bakalárskej práce bolo priniesť aktuálny pohľad na faktory, ktoré môžu pozitívne či negatívne ovplyvniť spoluprácu v liečbe u pacientov so schizofréniou a priblížiť ich konkrétne motívy k tomu, aby v liečbe pokračovali. Zaujímali nás pritom predovšetkým ich pohľad, keďže ako uvádza Vermeire a kol. (2001), sú to práve pacienti, ktorí sú pri mapovaní ovplyvňujúcich faktorov opomínaným článkom.

Od cieľov sa ďalej odvíjali aj tri stanovené výskumné otázky, týkajúce sa podporných aj negatívne pôsobiacich faktorov a tým, čo pacientov so schizofréniou ku spolupráci v liečbe motivuje.

S ohľadom na ciele práce bol zvolený kvalitatívny výskum, pričom konkrétnym typom výskumu bola prípadová štúdia. Dáta boli získané pomocou metódy pološtruktúrovaného interview s vopred stanovenou osnovou otázok ako pre pacientov, tak pre odborníkov, s ktorými boli rozhovory realizované primárne za účelom triangulácie. Získané dáta boli spracované prostredníctvom doslovnej transkripcie. Na základe výskumného cieľa a otázok bola k analýze získaných dát zvolená tematická analýza, ktorá bola realizovaná na základe odporúčaní Braun a Clarke (2006).

Výskumný súbor tvorilo sedem pacientov s diagnózou schizofrénie (štyri ženy, traja muži), ktorí boli vybraní prostredníctvom nepravdepodobnostných metód výberu. Išlo konkrétne o metódy prostého zámerného výberu, zámerného výberu prostredníctvom inštitúcií a samovýberu. Podmienkou pre zaradenie do výskumu bola stanovená diagnóza schizofrénie, plnoletosť, stabilizovaný stav s náhľadom na ochorenie a ochota sa do výskumu dobrovoľne zapojiť. Výskumný súbor bol prostým zámerným výberom doplnený o dvoch odborníkov, ktorí mali skúsenosti s pacientmi zo schizofréniou zo svojej praxe.

Výsledky výskumu boli rozdelené do štyroch podkapitol – prvá sa venuje stručnému predstaveniu respondentov, zvyšné tri odpovedajú jednotlivým výskumným otázkam.

V rámci analýzy bolo identifikovaných desať hlavných faktorov, ktoré majú potenciál podporiť spoluprácu v liečbe schizofrénie. Tieto faktory boli pre lepšiu prehľadnosť rozčlenené do troch hlavných oblastí – faktory súvisiace s pacientom, faktory súvisiace s prostredím a faktory súvisiace s liečbou. Do faktorov súvisiacich s pacientom patria témy prítomnosť náhľadu, informovanosť, vedomie potrebnosti liečby, postoj k liečbe so subtémami „nie som na tom až tak zle“ a „vnímaný zmysel“ a v neposlednom rade,

konkrétna motivácia pokračovať v liečbe. V oblasti súvisiacej s prostredím sa vynorili témy sociálna opora so subtémami dohľad okolia a prijatie okolím a téma priaznivé psychosociálne prostredie. Tretia oblasť súvisí so samotnou liečbou, kde podstatnú rolu zohráva otvorenosť v komunikácii medzi lekárom a pacientom, dobrý vzťah s lekárom a spokojnosť s liečbou.

Medzi jednotlivými faktormi sa taktiež podarilo odhaliť možné vzťahy, ktoré znázorňujú jednotlivé schémy v príslušnej kapitole.

Od identifikovaných podporných faktorov sa odvíjali aj niektoré negatívne vplyvajúce faktory. Sú to konkrétne témy anozgnózia, nedostatok informácií, nedostatočná sociálna opora a nepriaznivé psychosociálne prostredie. Okrem nich boli ďalej zo získaných dát v tejto oblasti identifikované faktory negatívne skúsenosti so zdravotníctvom, vedľajšie účinky liečby, paranoidita, kratšie trvanie ochorenia a užívanie psychoaktívnych látok.

Poslednou skúmanou oblasťou bola konkrétna motivácia respondentov pre pokračovanie v liečbe. V jej kontexte boli identifikované tri hlavné témy. Najčastejšie sa objavovala téma zdravia, ktoré respondenti spájali so zmiernením príznakov a schopnosťou fungovať v každodennom živote. Ako druhá sa objavovala v rozhovoroch téma rodiny, kde motiváciou pre respondentov boli partneri, deti, rodičia, ale napríklad aj domáce zvieratá. Posledná téma, byť prínosný pre iných, súvisela s potrebou zmysluplnej činnosti a týkala sa oblastí ako pomáhanie v rodine, v práci a aj všeobecnej prospešnosti pre spoločnosť.

Táto práca by mala slúžiť ako prehľad faktorov, ktoré sa potenciálne môžu podieľať na spolupráci v liečbe u pacientov so schizofréniou. Aj keď výsledky nemôžeme zovšeobecniť, určitý praktický prínos sa predsa len naskytuje. Hoci mnohé z uvedených faktorov nie je možné priamo ovplyvniť, výskum upozorňuje aj na oblasti, na ktoré do určitej miery môžu vplývať odborníci či okolie chorého a podporiť tak jeho spoluprácu v liečbe. Prípadné zameranie intervencií, napríklad na sociálnu oporu pacientov, otvára ďalšie výskumné možnosti. Výskumný potenciál má aj doteraz málo preskúmaná oblasť motivácie k liečbe u pacientov s týmto ochorením.

LITERATÚRA

- 1) Acosta, F. J. (2012). Medication adherence in schizophrenia. *World Journal of Psychiatry*, 2(5), 74-82. doi:10.5498/wjp.v2.i5.74
- 2) Agid, O., Kapur, S., Arenovich, T., & Zipursky, R. B. (2003). Delayed-onset hypothesis of antipsychotic action: a hypothesis tested and rejected. *Archives of general psychiatry*, 60(12), 1228-1235. doi:10.1001/archpsyc.60.12.1228
- 3) Aichhorn, W., Whitworth, A. B., Weiss, E. M., & Marksteiner, J. (2006). Second-generation antipsychotics. *Drug safety*, 29(7), 587-598. doi:10.2165/00002018-200629070-00004
- 4) Ali, S. A., Mathur, N., Malhotra, A. K., & Braga, R. J. (2019). Electroconvulsive therapy and schizophrenia: a systematic review. *Molecular Neuropsychiatry*, 5(2), 75-83. doi:10.1159/000497376
- 5) Alnæs, D., Kaufmann, T., van der Meer, D., Córdova-Palomera, A., Rokicki, J., Moberget, T., ... Westlye L. T. (2019). Brain heterogeneity in schizophrenia and its association with polygenic risk. *JAMA psychiatry*, 76(7), 739-748. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0257
- 6) Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 12-20. doi:10.4103/0253-7176.96149
- 7) Andreasen, N. C. (2011). Concept of schizophrenia: past, present, and future. In Weinberger, D. R., & Harrison, P. J. (Eds.). *Schizophrenia* (3–8). Hoboken: Wiley-Blackwell.
- 8) Auquier, P., Lançon, C., Rouillon, F., Lader, M., & Holmes, C. (2006). Mortality in schizophrenia. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 15(12), 873-879. doi:10.1002/pds.1325
- 9) Ayano, G. (2016). First generation antipsychotics: pharmacokinetics, pharmacodynamics, therapeutic effects and side effects: a review. *Research & Reviews: Journal of Chemistry*, 5(3), 53-63. Získané 10. júla 2021 z <https://www.rroj.com/chemistry.php>
- 10) Baandrup, L. (2020). Polypharmacy in schizophrenia. *Basic & clinical pharmacology & toxicology*, 126(3), 183-192. doi:10.1111/bcpt.13384
- 11) Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb Terapie pro 21. století* (3. vyd.). Praha: Mladá fronta.

- 12) Birur, B., Kraguljac, N. V., Shelton, R. C., & Lahti, A. C. (2017). Brain structure, function, and neurochemistry in schizophrenia and bipolar disorder—a systematic review of the magnetic resonance neuroimaging literature. *NPJ schizophrenia*, 3(1), 1-15. doi:10.1038/s41537-017-0013-9
- 13) Black, D. W. & Andreasen, N. C. (2014). *Introductory Textbook of Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. Získané 19. júna 2021 z Google Books.
- 14) Bleuler, E., Bleuler, M., & Angst, J. (1998). *Učebnica psychiatrie*. Bratislava: Vydavateľstvo F.
- 15) Braff, D. L., Ryan, J., Rissling, A. J., & Carpenter, W. T. (2013). Lack of use in the literature from the last 20 years supports dropping traditional schizophrenia subtypes from DSM-5 and ICD-11. *Schizophrenia bulletin*, 39(4), 751-753. doi: 10.1093/schbul/sbt068
- 16) Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- 17) Brnabic, A. J. M., Kelin, K., Ascher-Svanum, H., Montgomery, W., Kadziola, Z., & Karagianis, J. (2011). Medication discontinuation with depot and oral antipsychotics in outpatients with schizophrenia: comparison of matched cohorts from a 12-month observational study. *International journal of clinical practice*, 65(9), 945-953. doi: 10.1111/j.1742-1241.2011.02743.x.
- 18) Bruijnzeel, D., Suryadevara, U., & Tandon, R. (2014). Antipsychotic treatment of schizophrenia: an update. *Asian journal of psychiatry*, 11, 3-7. doi: 10.1016/j.ajp.2014.08.002
- 19) Buckley, P. F., Wirshing, D. A., Bhushan, P., Pierre, J. M., Resnick, S. A., & Wirshing, W. C. (2007). Lack of insight in schizophrenia: impact on treatment adherence. *CNS drugs*, 21(2), 129–141. doi:10.2165/00023210-200721020-00004
- 20) Campos, C., Rocha, N. B. F., Lattari, E., Nardi, A. E., & Machado, S. (2017). Exercise induced neuroplasticity to enhance therapeutic outcomes of cognitive remediation in schizophrenia: Analyzing the role of brain derived neurotrophic factor. *CNS & Neurological Disorders – Drug Targets*, 16(6). doi:10.2174/1871527315666161223142918

- 21) Carlsson, A., Roos, B. E., Wålinder, J., & Skott, A. (1973). Further studies on the mechanism of antipsychotic action: Potentiation by α -methyltyrosine of thioridazine effects in chronic schizophrenics. *Journal of Neural Transmission*, 34(2), 125-132. doi: 10.1007/BF01244665
- 22) Carpenter Jr, W. T., & Kirkpatrick, B. (1988). The heterogeneity of the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 14(4), 645-652. doi:10.1093/schbul/14.4.645
- 23) Češková, E. (2006). Remise – nový způsob hodnocení výsledků léčby. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102(4), 195-200. Získané 10. júla 2021 z <http://www.cspychiatr.cz/>
- 24) Češková, E. (2011). Zlepší monitorování krevních hladin adhirenci a efekt léčby u schizofrenie?. *Psychiatrie pro praxi*, 12(4), 166-168. Získané 21. septembra 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>
- 25) Češková, E., & Mayerová, M. (2014). Léčba hospitalizovaných nemocných se schizofrenií. *Psychiatrie pro praxi*, 15(1), 6-8. Získané 10. júla 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>
- 26) Češková, E., Příkryl, R., Kašpárek, T., & Kučerová, H. (2007). Nedostatek náhledu a nonkompliance a jejich vzájemný vztah u schizofrenie. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103(7). Získané 18. oktobra 2021 <http://www.cspychiatr.cz/>
- 27) Chakrabarti S. (2014). What's in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders. *World journal of psychiatry*, 4(2), 30–36. doi:10.5498/wjp.v4.i2.30
- 28) Chang, Y. T., Tao, S. G., & Lu, C. L. (2013). Qualitative inquiry into motivators for maintaining medication adherence among Taiwanese with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(3), 272-278. doi:10.1111/j.1447-0349.2012.00864.x
- 29) Chaudhari, B., Saldanha, D., Kadiani, A., & Shahani, R. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Industrial psychiatry journal*, 26(2), 215–222. doi:10.4103/ipj.ipj_24_17
- 30) Clemmensen, L., Vernal, D. L., & Steinhausen, H. C. (2012). A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-16. doi: 10.1186/1471-244X-12-150

- 31) Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value in health, 11*(1), 44-47. doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00213.x
- 32) De Las Cuevas, C., de Leon, J., Peñate, W., & Betancort, M. (2017). Factors influencing adherence to psychopharmacological medications in psychiatric patients: a structural equation modeling approach. *Patient preference and adherence, 11*, 681–690. doi:10.2147/PPA.S133513
- 33) Demily, C., & Franck, N. (2008). Cognitive remediation: a promising tool for the treatment of schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutics, 8*(7), 1029-1036. doi: 10.1586/14737175.8.7.1029
- 34) Desai, R., & Nayak, R. (2019). Effects of medication nonadherence and comorbidity on Health Resource Utilization in Schizophrenia. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy, 25*(1), 37-46. doi:10.18553/jmcp.2019.25.1.037
- 35) DiBonaventura, M., Gabriel, S., Dupclay, L., Gupta, S., & Kim, E. (2012). A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. *BMC psychiatry, 12*(1), 1-7. doi:10.1186/1471-244X-12-20
- 36) Dickerson, F. B., & Lehman, A. F. (2011). Evidence-based psychotherapy for schizophrenia: 2011 update. *The Journal of nervous and mental disease, 199*(8), 520-526. doi:10.1097/NMD.0b013e318225ee78
- 37) Divac, N., Prostran, M., Jakovcevski, I., & Cerovac, N. (2014). Second-generation antipsychotics and extrapyramidal adverse effects. *BioMed research international. 2014*, 656370. doi:10.1155/2014/656370
- 38) Dobber, J., Latour, C., de Haan, L., Scholte op Reimer, W., Peters, R., Barkhof, E., & van Meijel, B. (2018). Medication adherence in patients with schizophrenia: a qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry, 18*(1), 135. doi:10.1186/s12888-018-1724-9
- 39) Dufort, A., & Zipursky, R. B. (2019). Understanding and Managing Treatment Adherence in Schizophrenia. *Clinical schizophrenia & related psychoses*. doi:10.3371/csrp.adrz.121218
- 40) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2. vyd.). Praha: Grada.

- 41) Eticha, T., Teklu, A., Ali, D., Solomon, G., & Alemayehu, A. (2015). Factors associated with medication adherence among patients with schizophrenia in Mekelle, northern Ethiopia. *PLoS ONE*, *10*(3). doi:10.1371/journal.pone.0120560
- 42) Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American journal of theoretical and applied statistics*, *5*(1), 1-4. doi:10.11648/j.ajtas.20160501.11
- 43) Farah, F. H. (2018). Schizophrenia: An Overview. *Asian Journal of Pharmaceutics*, (2), 77-87. Získané 26. júna 2021 z <http://www.asiapharmaceutics.info/index.php/ajp>
- 44) Fenton, W. S., & Schooler, N. R. (2000). Evidence-based psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, *26*(1), 1–3. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a033428
- 45) Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
- 46) Fišar, Z. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie* (2. vyd.). Praha: Grada.
- 47) Fleischhacker, W. W., Oehl, M. A., & Hummer, M. (2003). Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 10-13. Získané 19. októbra 2021 z <https://www.psychiatrist.com/jcp/>
- 48) Gaebel, W., & Salveridou-Hof, E. (2022). Reinventing schizophrenia: Updating the construct-Primary schizophrenia 2021 – The road ahead. *Schizophrenia research*, *242*, 27-29. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.12.021>
- 49) Gast, A., & Mathes, T. (2019). Medication adherence influencing factors—an (updated) overview of systematic reviews. *Systematic reviews*, *8*(1), 1-17. doi:10.1186/s13643-019-1014-8
- 50) Girma, S., Abdisa, E., & Fikadu, T. (2017). Prevalence of Antipsychotic Drug Non Adherence and Associated Factors Among Patients with Schizophrenia Attending at Amanuel Mental Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: Institutional Based Cross Sectional Study. *Health Science Journal*, *11*(4), 1-7. doi:10.21767/1791-809X.1000520
- 51) Grover, S., Sahoo, S., Rabha, A., & Koirala, R. (2019). ECT in schizophrenia: A review of the evidence. *Acta Neuropsychiatrica*, *31*(3), 115-127. doi:10.1017/neu.2018.32
- 52) Gründer, G., Heinze, M., Cordes, J., Mühlbauer, B., Juckel, G., Schulz, C., ... Timm, J. (2016). Effects of first-generation antipsychotics versus second-generation

- antipsychotics on quality of life in schizophrenia: a double-blind, randomised study. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 717–729. doi:10.1016/s2215-0366(16)00085-7
- 53) Guest, G., MacQueen, K. M., & Namey, E. E. (2012). Introduction to applied thematic analysis. *Applied thematic analysis*, 3(20), 1-21. doi:10.4135/9781483384436.n1
- 54) Haddad, P., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: Challenges and Management Strategies. *Patient Related Outcome Measures*, 2014(5), 43-62. doi:10.2147/prom.s42735
- 55) Harangozo, J., Reneses, B., Brohan, E., Sebes, J., Csukly, G., López-Ibor, J., Sartorius, N., Rose, D., & Thornicroft, G. (2014). Stigma and discrimination against people with schizophrenia related to medical services. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(4), 359–366. doi:10.1177/0020764013490263
- 56) Harrow, M., Jobe, T. H., & Faull, R. N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychological medicine*, 42(10), 2145-2155. doi:10.1017/S0033291712000220
- 57) Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 58) Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
- 59) Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 60) Henssler, J., Brandt, L., Müller, M., Liu, S., Montag, C., Sterzer, P., & Heinz, A. (2019). Migration and schizophrenia: meta-analysis and explanatory framework. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 270(3), 325-335. doi:10.1007/s00406-019-01028-7
- 61) Heretik, A., & Heretik, A. (2016). *Klinická psychológia*. Nové Zámky: Psychoprof.
- 62) Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218. doi:10.1177/2045125312474019
- 63) Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T. M., ... & Glenthøj, B. (2018). Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register. *Biological psychiatry*, 83(6), 492-498. doi:10.1016/j.biopsych.2017.08.017

- 64) Hill, S. K., Bishop, J. R., Palumbo, D., & Sweeney, J. A. (2010). Effect of second-generation antipsychotics on cognition: current issues and future challenges. *Expert review of neurotherapeutics*, 10(1), 43-57. doi:10.1586/ern.09.143
- 65) Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 66) Hsieh, W. L., Lee, S. K., Chien, W. T., Liu, W. I., Lai, C. Y., & Liu, C. Y. (2019). Mediating Effect Of The Motivation For Medication Use On Disease Management And Medication Adherence Among Community-Dwelling Patients With Schizophrenia. *Patient preference and adherence*, 13, 1877–1887. doi:10.2147/PPA.S218553
- 67) Hudson, T., Owen, R., Thrush, C., Han, X., Pyne, J., Thapa, P., & Sullivan, G. (2004) A pilot study of barriers to medication adherence in schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(2), 211–216. doi: 10.4088/jcp.v65n0211
- 68) Isaeva, E. R., Lebedeva, G. G., & Simon, Y. A. (2018). On the issue of choosing psychodiagnostic methods of measuring and scoring of cognitive deficit in case of schizophrenia. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(4), 803-806. doi:10.1111/jep.12886
- 69) Jahshan, C., Rassovsky, Y., & Green, M. F. (2017). Enhancing neuroplasticity to augment cognitive remediation in schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 8, 191. doi:10.3389/fpsyt.2017.00191
- 70) Janoutová, J., Janáčková, P., Šerý, O., Zeman, T., Ambroz, P., Kovalová, M., ... & Janout, V. (2016). Epidemiology and risk factors of schizophrenia. *Neuroendocrinology Letters*, 37(1), 1-8. Získané 12. februára 2021 z <https://www.nel.edu/>
- 71) Janoutová, J., Šerý, O., Ambroz, P., Hosák, L., & Janout, V. (2016). Psychosociální rizikové faktory u schizofrenie. *Solen*, 17(3e), e20-e24. doi:10.36290/psy.2016.040.
- 72) Janů, M. L., & Racková, M. S. (2004). Compliance v léčbě schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 5(5), 228-232. Získané 20. septembra z <https://psychiatriepropraxi.cz/>
- 73) Kališová, M. L., & Albrecht, M. J. (2018). Elektrokonvulzivní terapie na počátku 21. století. *Postgraduální medicína*, 20(6), 623-629.
- 74) Kane J. M. (2007). Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS spectrums*, 12(17), 21–26. doi:10.1017/s1092852900026304

- 75) Kane, J. M., & Correll, C. U. (2019). Optimizing treatment choices to improve adherence and outcomes in schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(5), 1-11. doi:10.4088/JCP.IN18031AH1C
- 76) Kaneko, Y., & Keshavan, M. (2012). Cognitive remediation in schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and neuroscience : the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 10(3), 125–135. doi:10.9758/cpn.2012.10.3.125
- 77) Kašpárek, M. T. (2008). Suicidalita u schizofrenie. *Psychiatria pre prax*, 9(4), 169-170. Získané 12. februára 2021 z <https://www.solen.sk/casopisy/psychiatria-pre-prax>
- 78) Katschnig, H. (2018). Psychiatry's contribution to the public stereotype of schizophrenia: Historical considerations. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(5), 1093-1100. doi:10.1111/jep.13011
- 79) Kendler, K. S., & Mishara, A. (2019). The prehistory of Schneider's first-rank symptoms: texts from 1810 to 1932. *Schizophrenia bulletin*, 45(5), 971-990. doi:10.1093/schbul/sbz047
- 80) Kendler, K. S., Lönn, S. L., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2015). Smoking and schizophrenia in population cohorts of Swedish women and men: a prospective co-relative control study. *American Journal of Psychiatry*, 172(11), 1092-1100. doi:10.1176/appi.ajp.2015.15010126
- 81) Kikkert, M. J., & Dekker, J. (2017). Medication adherence decisions in patients with schizophrenia. *The primary care companion for CNS disorders*, 19(6), 17n02182 doi:10.4088/PCC.17n02182
- 82) Kishimoto, T., Agarwal, V., Kishi, T., Leucht, S., Kane, J. M., & Correll, C. U. (2013). Relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of second-generation antipsychotics versus first-generation antipsychotics. *Molecular psychiatry*, 18(1), 53-66. doi:10.1038/mp.2011.143
- 83) Kleinhaus, K., Harlap, S., Perrin, M. C., Manor, O., Weiser, M., Harkavy-Friedman, J. M., ... Malaspina, D. (2012). Catatonic schizophrenia: a cohort prospective study. *Schizophrenia bulletin*, 38(2), 331-337. doi:10.1093/schbul/sbq087
- 84) Koukolík, F. (2014). *Možek a jeho duše*. Praha: Galén.
- 85) Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada.
- 86) Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada.
- 87) Kulišťák, P. (2019). *Klinická neuropsychologie v praxi*. Praha: Karolinum.

- 88) Magaldi D., & Berler M. (2020) Semi-structured Interviews. In: Zeigler-Hill V., & Shackelford T.K. (Eds) *Encyclopedia of Personality and Individual Differences* (4825–4829). Získané 9. februára 2022 z Springer Nature.
- 89) Mäkinen, J., Miettunen, J., Isohanni, M., & Koponen, H. (2008). Negative symptoms in schizophrenia—a review. *Nordic journal of psychiatry*, 62(5), 334-341. doi:10.1080/08039480801959307
- 90) Manhas, R. S., Manhas, A., Akhter, R., Thappa, J. R., & Manhas, G. S. (2019). Non-adherence to treatment among schizophrenic patients. *International Journal of Medical and Biomedical Studies*, 3(10). doi:10.32553/ijmbs.v3i10.595
- 91) Markovič, M. O. (2012). Schizofrenie v ambulantní praxi. *Psychiatrie pro praxi*, 13(2), 85-88. Získané 10. júla 2021 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>
- 92) McCutcheon, R. A., Reis Marques, T., & Howes, O. D. (2019). Schizophrenia – An Overview. *JAMA Psychiatry*, 77(2), 201-210. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.3360
- 93) McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic reviews*, 30(1), 67-76. doi:10.1093/epirev/mxn001
- 94) Medalia, A., & Lim, R. W. (2004). Self-awareness of cognitive functioning in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 71(2-3), 331-33. doi:10.1016/j.schres.2004.03.003
- 95) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 96) Mohr, P. (2012). Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicína pro praxi*, 9(8), 9. Získané 10. júla 2021 z <https://www.medicinapropraxi.cz/>
- 97) Monteiro, L. C., Silva, V. A., & Louzã, M. R. (2008). Insight, cognitive dysfunction and symptomatology in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258(7), 402-405. doi:10.1007/s00406-008-0809-8
- 98) Motlová, L., & Holub, D. (2005). Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia*, 15(6), 514-516. Získané 18. októbora z <http://www.remedia.cz/>
- 99) Národné centrum zdravotníckých informácií. (2021). *Medzinárodná klasifikácia chorôb s účinnosťou 26. 04. 2021*. Získané z: <http://www.nczisk.sk/Standardy-v-zdravotnictve/Pages/Medzinarodna-klasifikacia-chorob-MKCH-10.aspx>

- 100) Nemček, M. A. (2020). Glutamát a modulátory glutamátového systému pri schizofrénii. *Psychiatria pre prax*, 21(3), 91-96. Získané 13. februára 2021 z <https://www.solen.sk/casopisy/psychiatria-pre-prax>
- 101) Newcomer, J. W. (2005). Second-generation (atypical) antipsychotics and metabolic effects. *CNS drugs*, 19(1), 1-93. doi:10.2165/00023210-200519001-00001
- 102) Nicolino, P. S., Vedana, K. G. G., Miasso, A. I., Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2011). Schizophrenia: adherence to treatment and beliefs about the disorder and the drug treatment. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(3), 708-715. doi:10.1590/S0080-62342011000300023
- 103) Olfson, M., Gerhard, T., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2016). Clozapine for schizophrenia: state variation in evidence-based practice. *Psychiatric Services*, 67(2), 152-152. doi:10.1176/appi.ps.201500324
- 104) Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3. vyd.). Praha: Grada.
- 105) Orfanos, S., Banks, C., & Priebe, S. (2015). Are group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy and psychosomatics*, 84(4), 241-249. doi:10.1159/000377705
- 106) Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638-645. Získané 10. júla z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/809/>
- 107) Pěč, M. O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78. Získané 15. júla z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>
- 108) Pečeňák, J., Forgáčová, L., Novotný, V., Šuba, J., Vavrušová, L., & Žucha, I. (2005). *Kapitoly o schizofrénii*. Martin: Osveta.
- 109) Phan, S. V. (2016). Medication adherence in patients with schizophrenia. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 51(2), 211-219. doi:10.1177/0091217416636601
- 110) Pidrman, V., & Masopust, J. (2002). Psychoedukační program PRELAPSE. *Psychiatrie pro praxi*, 4, 161-167. Získané 15. júla z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/>
- 111) Praško, J., & Látalová, K. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta.
- 112) Praško, J., & Ocisková, M. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada.

- 113) Praško, J., Horáček, J., & Škrdlantová, L. (2003). Psychoterapeutické přístupy v léčbě psychóz. *Psychiatrie*, 7(4), 263-271. Získané 15. júlá z <https://www.tigis.cz/casopisy/pro-lekare/psychiatrie11>
- 114) Preiss, M., & Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada.
- 115) Priebe, S., Yeeles, K., Bremner, S., Lauber, C., Eldridge, S., Ashby, D., ... Burns, T. (2013). Effectiveness of financial incentives to improve adherence to maintenance treatment with antipsychotics: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f5847. doi:10.1136/bmj.f5847
- 116) Raboch, J., & Pavlovský P., a kol. (2020). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 117) Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum.
- 118) Rummel-Kluge, C., Komossa, K., Schwarz, S., Hunger, H., Schmid, F., Lobos, C. A., ... Leucht, S. (2010). Head-to-head comparisons of metabolic side effects of second generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia research*, 123(2-3), 225-233. doi:10.1016/j.schres.2010.07.012
- 119) Ruzanna, Z., Marhani, M., Parveen, K., & Cheah, Y. C. (2010). Does psychoeducation improve insight of patients with schizophrenia?. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 19(2), 1-14. Získané 18. októbora z <https://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp>
- 120) Sanghani, S. N., Petrides, G., & Kellner, C. H. (2018). Electroconvulsive therapy (ECT) in schizophrenia: a review of recent literature. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 213-222. doi:10.1097/YCO.0000000000000418
- 121) Schwartz, P. J. (2011). Season of birth in schizophrenia: A maternal–fetal chronobiological hypothesis. *Medical hypotheses*, 76(6), 785-793. doi:10.1016/j.mehy.2011.02.019
- 122) Seeman, P., & Lee, T. (1975). Antipsychotic drugs: direct correlation between clinical potency and presynaptic action on dopamine neurons. *Science*, 188(4194), 1217-1219. doi:10.1126/science.1145194
- 123) Shenton, M. E., Whitford, T. J., & Kubicki, M. (2010). Structural neuroimaging in schizophrenia from methods to insights to treatments. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 317. doi:10.31887/DCNS.2010.12.3/mshenton

- 124) Shmukler, A. B. (2021). The Evolution of Approaches to Schizophrenia Diagnostics: from Kraepelin to ICD-11. *Consortium Psychiatricum*, 2(2), 65-70.
doi:10.17816/CP62
- 125) Sigmundová, M. Z., & Látalová, M. K. (2008). Rizikové faktory životního stylu schizofrenních pacientů. *Psychiatria pre prax*, 9(1), 22-27. Získané 12. februára 2021 z <https://www.solen.sk/casopisy/psychiatria-pre-prax>
- 126) Simeone, J. C., Ward, A. J., Rotella, P., Collins, J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990— 2013: a systematic literature review. *BMC psychiatry*, 15(1), 1-14.
doi:10.1186/s12888-015-0578-7
- 127) Slabá, Š. (2017). Adherence k léčbě z pohledu psychologa. *Athero Review*, 2(1), 21-24. Získané 19. septembra 2021 z <https://www.atheroreview.eu/>
- 128) Stahl, S. M. (2018). Beyond the dopamine hypothesis of schizophrenia to three neural networks of psychosis: dopamine, serotonin, and glutamate. *CNS spectrums*, 23(3), 187-191. doi:10.1017/S1092852918001013
- 129) Sullivan, P. F., Kendler, K. S., & Neale, M. C. (2003). Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Archives of general psychiatry*, 60(12), 1187-1192. doi:10.1001/archpsyc.60.12.1187
- 130) Švihovec, J. (2018). *Farmakologie*. Praha: Grada.
- 131) Svoboda, M. a kol. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie: Pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál.
- 132) Taylor, M., & Ng, K. Y. B. (2013). Should long-acting (depot) antipsychotics be used in early schizophrenia? A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(7), 624–630. doi:10.1177/0004867412470010
- 133) Teferra, S., Hanlon, C., Beyero, T., Jacobsson, L., & Shibre, T. (2013). Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-9. doi:10.1186/1471-244X-13-168
- 134) Thorsen, A. L., Johansson, K., & Løberg, E. M. (2014). Neurobiology of cognitive remediation therapy for schizophrenia: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 5, 103. doi:10.3389/fpsy.2014.00103
- 135) Torniaainen, M., Mittendorfer-Rutz, E., Tanskanen, A., Björkenstam, C., Suvisaari, J., Alexanderson, K., & Tiihonen, J. (2015). Antipsychotic treatment and mortality in schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 41(3), 656-663. doi:10.1093/schbul/sbu164

- 136) Tranulis, C., Goff, D., Henderson, D. C., & Freudenreich, O. (2011). Becoming adherent to antipsychotics: a qualitative study of treatment-experienced schizophrenia patients. *Psychiatric services*, 62(8), 888-892. doi:10.1176/ps.62.8.pss6208_0888
- 137) Turkington, D., Dudley, R., Warman, D. M., & Beck, A. T. (2006). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *Focus*, 10(2), 223-233-233. doi:10.1176/foc.4.2.223
- 138) Uhrová, T., & Roth, J. (2020). *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf.
- 139) Ustohal, L. (2011). Schizofrenie-compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Medicína po promoci*, 2011(6), 60-64. Získané 3. februára 2022 z <https://www.tribune.cz/nase-tituly/medicina-po-promoci>
- 140) Ustohal, L., & Vrzalová, M. (2012). Adherence k léčbě pacientů se schizofrenií. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 75/108(3), 391-394. Získané 21. septembra 2021 z <https://www.csnn.eu/>
- 141) Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 142) Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 143) Velligan, D. I., Weiden, P. J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., Docherty, J. P., & Expert Consensus Panel on Adherence Problems in Serious and Persistent Mental Illness (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(4), 1-48. doi:10.4088/JCP.7090su1cj
- 144) Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 26(5), 331-342. doi:10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x
- 145) Vita, A., & Barlati, S. (2018). Recovery from schizophrenia: is it possible?. *Current opinion in psychiatry*, 31(3), 246-255. doi:10.1097/YCO.0000000000000407
- 146) Vučić Peitl, M., Peitl, V., Pavlović, E., Prološćić, J., & Petrić, D. (2011). Stigmatization of patients suffering from schizophrenia. *Collegium antropologicum*, 35(2), 141-145. Získané 26. júna 2021 z <https://www.collantropol.hr/antropo>
- 147) Vytřisalová, M. (2009). Adherence k medikamentózní léčbě–známá neznámá. *Remedia*, 19(3), 225-230. Získané 19. septembra 2021 z <http://www.remédia.cz/>

- 148) Wykes, T., & Huddy, V. (2009). Cognitive remediation for schizophrenia: it is even more complicated. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(2), 161-167.
doi:10.1097/YCO.0b013e328322fbf4
- 149) Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 37(1), 21–22. doi:10.1093/schbul/sbq138
- 150) Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826–834.
doi:10.1097/MLR.0b013e31819a5acc

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Informovaný súhlas
2. Sprievodný list pre inštitúcie
3. Súhlas s výskumom na II. Psychiatrickej klinike SZU, FNsP BB
4. Ukážka transkripcie dát
5. Ukážka kódovania dát

ABSTRAKT BAKALÁRSKEJ PRÁCE

Názov práce: Faktory ovplyvňujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie

Autor práce: Martina Žabková

Vedoucí práce: Mgr. Ondrej Gergely

Počet strán a znakov: 88, 172 786

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 150

Abstrakt:

Bakalárska diplomová práca je zameraná na mapovanie faktorov ovplyvňujúcich spoluprácu v liečbe schizofrénie. Teoretická časť práce je rozdelená na dve kapitoly. Prvá kapitola bližšie približuje ochorenie schizofrénie, druhá kapitola sa zaoberá spoluprácou v liečbe. Výskumná časť je založená na kvalitatívnom prístupe. Metódou zberu dát bolo pološtruktúrované interview so 7 pacientmi so schizofróniou a s 2 odborníkmi z praxe. Analýza a interpretácia dát prebehla prostredníctvom tematickej analýzy. Identifikované podporné faktory sa týkali nielen pacienta, ale aj jeho prostredia a samotnej liečby, v ktorej hrajú dôležitú rolu ošetrojúci lekári. Faktory pôsobiace negatívne sa čiastočne odvíjali od absencie podporných faktorov, no boli tu identifikované aj nezávislé faktory, ako napríklad negatívne skúsenosti so zdravotníctvom, vedľajšie účinky liečby, paranoidita, kratšie trvanie ochorenia, či užívanie psychoaktívnych látok. Napokon, respondentov k liečbe motivovalo predovšetkým zdravie, ich rodina a túžba byť prínosný pre iných.

Kľúčové slová: schizofrénia, spolupráca v liečbe, adherencia, faktory, tematická analýza

ABSTRACT OF THESIS

Title: Factors influencing cooperation in the treatment of schizophrenia

Author: Martina Žabková

Supervisor: Mgr. Ondrej Gergely

Number of pages and characters: 88, 172 786

Number of appendices: 5

Number of references: 150

Abstract:

The bachelor thesis is focused on mapping the factors influencing cooperation in the treatment of schizophrenia. The theoretical part of the thesis is divided into two chapters. In the first chapter the disease of schizophrenia is introduced in more detail, in the second chapter collaboration in treatment is defined. The research part is based on a qualitative approach. The data collection method was semi-structured interviews with 7 patients with schizophrenia and 2 practitioners. Data analysis and interpretation was done through thematic analysis. The supportive factors identified were related not only to the patient, but also to the patient's environment and the treatment itself, in which the treating physicians play an important role. Factors acting negatively were partly related to the absence of supportive factors, but independent factors were also identified, such as negative experiences with health care, side effects of treatment, paranoidness, shorter duration of illness, or use of psychoactive substances. Finally, respondents were primarily motivated to seek treatment by their health, their family, and their desire to be of benefit to others.

Key words: schizophrenia, cooperation in the treatment, adherence, factors, thematic analysis

Príloha č. 1: Informovaný súhlas s účasťou na výskume

Informovaný súhlas s účasťou na výskume v rámci bakalárskej práce

Názov práce: Faktory ovplyvňujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie

Autor práce: Martina Žabková

Vedúci práce: Mgr. Ondrej Gergely

Termín realizácie: 2021/2022

Miesto realizácie: Banská Bystrica

Prehlasujem, že som bol/a zoznámený/á s cieľom, metódami a podmienkami účasti na výskume „**Faktory ovplyvňujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie**” a že sa chcem výskumu dobrovoľne zúčastniť. Zároveň súhlasím s nahrávaním rozhovoru.

Beriem na vedomie, že údaje poskytnuté pre účely výskumu nebudú použité inak ako pre interpretáciu výsledkov v rámci bakalárskej práce a že všetky citlivé údaje budú anonymizované. Som si taktiež vedomý/á, že môžem z výskumu kedykoľvek, podľa svojho vlastného uváženia, odstúpiť.

Dňa V.....

Meno a priezvisko.....

Podpis.....

Príloha č. 2: Sprievodný list pre inštitúcie



Univerzita Palackého
v Olomouci



Žiadosť o spoluprácu na výskume

Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

Volám sa Martina Žabková a som študentkou psychológie na Univerzite Palackého v Olomouci. Obraciam sa na Vás so žiadosťou o spoluprácu na výskumnej časti mojej bakalárskej práce s názvom „**Faktory ovplyvňujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie**“, pod odborným vedením pána magistra Ondreja Gergelyho.

Cieľom bakalárskej práce, ako už názov napovedá, je zmapovať faktory, ktoré majú potenciálne vplyv na spoluprácu v liečbe u pacientov s diagnózou schizofrénie. Verím, že identifikácia a venovanie pozornosti kľúčovým faktorom by čiastočne mohlo napomôcť pri snahe o podporu dodržiavania liečby pacientom.

Výskumný súbor by mal pozostávať primárne z plnoletých pacientov s diagnózou schizofrénie (F20) v stabilizovanom stave a z niekoľkých odborníkov z radov psychiatrov a klinických psychológov.

Ide o kvalitatívny výskum realizovaný pomocou pološtruktúrovaných rozhovorov. Dĺžka jedného rozhovoru by mala trvať približne polhodinu až hodinu. Rozhovory by som kvôli jednoduchšiemu spracovaniu dala nahrávať na diktafón, pričom by po ukončení výskumu boli samozrejme vymazané a údaje by boli v procese analýzy dát anonymizované.

Účasť na výskume je dobrovoľná a respondent môže kedykoľvek z účasti odstúpiť. Po celú dobu výskumu bude s údajmi a informáciami o respondentoch narábané v súlade so zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vopred ďakujem za Váš čas.

S úctou,

Martina Žabková

e-mail: martina.zabkova01@upol.cz
tel. č.: +421 903 977 146

Príloha č. 3: Schválenie spolupráce na výskume – II. Psychiatrická klinika SZU



FAKULTNÁ NEMOCNICA S POLIKLINIKOU F. D. ROOSEVELTA BANSKÁ BYSTRICA
Námestie L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica
Slovenská republika

II. Psychiatrická klinika SZU
pán prednosta
MUDr. Michal Patarák, PhD.
-SNA-

Váš list číslo/zo dňa

Naše číslo

RVVEV *B2382/1993/2017*

Vybavuje

Ing. Tuhárska

048/4413106

mobil: 0905841 371

Banská Bystrica

26.07.2021

Vec:

Žiadosť o schválenie spolupráce na výskume – II. Psychiatrická klinika SZU

Dovoľujem si Vás požiadať o vyjadrenie k spolupráci na výskumnej časti (príloha) študentky psychológie Univerzity Palackého v Olomouci Martiny Žabkovej za účelom vypracovania bakalárskej práce: “Faktory ovplyvňujúce spoluprácu v liečbe schizofrénie“, na II. Psychiatrickej klinike SZU FNSP FDR BB.

S pozdravom

Ing. Daniela Tuhárska
referent externého vzdelávania



Vyjadrenie prednostu II. Psychiatrickej kliniky SZU FNSP FDR BB:

SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM *Súhlasím s kolozom Klin. vstupu*

Vyjadrenie vedúceho oddelenia VVaV FNSP FDR BB:

SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM

Fakultná nemocnica s poliklinikou
F. D. Roosevelta Banská Bystrica
Nám. L. Svobodu 1
975 17 Banská Bystrica

Vyjadrenie vedenia FNSP FDR BB:

SÚHLASÍM / NESÚHLASÍM

TELEFÓN: (048) 441 3106

IČO: 00 165 549
DIČ: 2021095670

E-mail: dtuharska@nspbb.sk

MUDr. Michal Patarák, PhD.
námestník pre ZPS

Príloha č. 4: Ukážka transkripcie dát

Respondent 1

Mohli by ste mi prosím opísať, kedy a ako Vaše ochorenie začalo?

Tak ja som mal kresťanský zážitok. Lebo som sa stal kresťanom, keď som bol na univerzite a keď som mal veľa práce a zlé vzťahy. Ja som si začínal myslieť, že celý svet je proti mne a že celý svet ma špehoval.

A vlastne v tomto období to bol aj nejaký Váš prvý impulz, kedy ste vyhľadali pomoc?

Nie nie, nehľadal som pomoc, lebo ja som nevedel, že som bol chorý. Ja som musel ísť do nemocnice na začiatok. Za rok a pol som sa začal zlepšovať a pokračoval som v štúdiu. Ale mal som podobný zážitok, aj potom. Tak som mal druhé nervové zrútenie, podobné. A odvtedy som nepokračoval so štúdiom na univerzite. Akurát som niektoré roky potom urobil diplom, bol som úspešný, ale ale...

V tej dobe ste museli prerušiť...

Áno, áno, nevládal som.

Takže, či to chápem správne ten prvýkrát to bola nedobrovoľná hospitalizácia?

Nedobrovoľná. Aj druhýkrát.

A vtedy vám nasadili aj nejaké lieky?

Áno áno. Najprv som mal Stelazine. Potom som mal Modecate. A akurát keď som mal druhé nervové zrútenie, som mal nejaký liek, že sa volá Dogmatil... alebo Sulpirid. A to mi pomáhalo. Veľmi. Potom som žil skoro normálny život.

Takže Vám pomáhali hlavne tie lieky...

Tie lieky.

Bolo niečo v tom období, alebo aj na začiatku niečo, čo Vás od tej liečby odrádzalo? To, že ste si neuvedomovali, že ste chorí alebo sa aj potom vyskytli nejaké takéto obdobia?

Tak pochopil som potom, keď som bol liečený, že som mal nesprávne myšlienky. A že som mal paranoidné myšlienky. Ale keď som mal to nervové zrútenie, ja som veril mojim myšlienkam. A tak, som musel, bol som nútený... Dvakrát.

Respondentka 3

A čo vlastne predchádzalo tej hospitalizácii?

Čo predchádzalo? Lebo ak mám zájsť do... súviselo to aj so vzťahmi. Mala som priateľa a bola som uňho jednu noc, rozprávali sme sa do noci a on pil. Pil, pil, pil a ja som vtedy nejako nezačala dobre, aj ja som si vtedy asi vypila a neviem, ako to už bolo, lebo bolo to takmer pred 15 rokmi a na druhý deň ráno som sa zobudila, teda, ani som nespala, že sa strašne trasiem. A už som sa celá chvela, triasla, tie stavy mám už aj teraz, doteraz, že sa to vracia. A tak som stretla kamarátku v meste, ona bola hospitalizovaná a ona ma sem doviezla. Že na hospitalizáciu, ona povedala: musíš ísť do nemocnice. Lebo ja by som sama neviem, čo vtedy v tom stave urobila. Lebo ten môj známy, on odišiel z bytu a ja som zostala sama a triasla som sa. A mala som strašnú úzkosť a strach.

Takže Vám pomohla vlastne tá kamarátka...

Tá kamarátka, áno. A deti boli malé, vtedy som tu bola hospitalizovaná na akútnom oddelení, to si doteraz pamätám, nejaké 2 mesiace a vtedy mi bola stanovená diagnóza schizofrénia.

Ak sa ešte môžem v tom kontexte spýtať, zohrávali v tom nejakú rolu aj Vaši rodičia? Vedeli o tom, že sa niečo deje.

Takto. Pochádzam z trojičiek a môj brat má tiež psychické ochorenie. Nemá schizofréniu, ale má endogénnu depresiu. A ešte mám jedného staršieho brata, o šesť rokov a ten nie je hospitalizovaný, ale on sa lieči ambulantne. Takže u nás v rodine, všetci traja sme liečení na psychické ochorenie.

Uhm, takže to je vlastne tá genetika...

Tá genetika.

V tej dobe, keď Vám teda stanovili aj tú diagnózu, poskytli Vám aj nejakú formu psychoedukácie, teda, či Vám vysvetlili, o čo sa jedná, ako bude prebiehať liečba...Či Vás proste informovali o tom.

Áno. Áno. Vravím, je to 15 rokov dozadu, odvtedy som bola viackrát tu už hospitalizovaná, posledné tri roky som v nemocnici stále.

MUDr. Michal Patarák, Ph.D.

Tak prvá otázka, že ako vy vnímate to dodržiavanie liečby u vašich pacientov s tou schizofróniou, že či je vlastne nejaká dostatočná, nedostatočná, tak nejak... Váš pohľad na to.

No asi... Asi sa k tomu nedá... Lebo každý lekár na toto asi psychiater by odpovedal, že hej, že to je nedostatočné a nedá sa k tomu pristupovať ako k fenoménu jedného vreca, hej lebo poznám pacientov, ktorí naozaj zodpovedne berú liečbu a poznáme takých, kde vynechávajú a robí to nejaké problémy napriek tomu, že to robí nejaké problémy, tak vynechávajú v podstate často alebo pravidelne liečbu a potom sú takí, ktorí vôbec nechcú brať, ktorí sústavne proti nej niečo majú. A tam je ale problém s náhľadom hej, tá anozognózia, keď neuvedomujú si, že čo ich vlastne trápí, čo to je, tú podstatu psychickej poruchy nejak sami na sebe nenasvietili a neidentifikovali sa s tým, tak tam nečudo, že to neberú, hej zase, keď človek to chce pochopiť, hej. Teda nechcem odskakovať od tej témy, ale zrejme ... Zrejme toto je veľmi dôležitý kľúčový faktor, ale nie jediný, pretože aj nepsychiatrický pacient, keď je chorý, tak nie vždy spolupracuje adekvátne s liečbou, nedodržiava životosprávu všetky aspekty, ktoré povedzme lekár odporučí. Alebo povedzme, nedoberie antibiotiká alebo si dá každý druhý deň antihypertenziu alebo zabúda a tak ďalej. Toto sú také bežné opomenutia, fenomény, ktoré, nechcem sa príliš kriticky pozerat' na pacientov psychiatrických, pretože to robí každý pacient v podstate.

Určite áno. Dá sa tam aj nejakako povedať, že ktorých je akoby väčšina, že či nejaká skupina prevažuje, či tí, čo práveže dodržiavajú alebo tí, čo viac nie. Alebo sa to nedá povedať.

No toto je asi dané skúsenosťou pracoviska, na ktorom pracujem. Psychiatrická klinika, kde hospitalizujeme väčšinou ľudí, ktorí naozaj majú problém s užívaním liečby alebo sa nejaký čas rozhodli, že nebudú užívať alebo sa nerozhodli proste prestali užívať, nepredchádzalo tomu nejaké také kritické zhodnotenie, hej nejaká reflexia, takže ja myslím, že v tej praxi tu my vidíme na klinike. Hovorím hospitalizovaní pacienti, tak tam je väčšina tých, čo neužívajú. Akoby zbierame potom dôsledky.

Príloha č. 5: Ukážka analýzy dát

Ukážka tvorby počiatkových kódov v programe Atlas.ti

Okrem toho teda, dochádzate do nejakého stacionára alebo nejakého podporného centra?

Nie, nie.

Nič takéto. Tu ste aspoň podstúpili nejakú skupinovú terapiu?

Tu som vo ... (názov skupiny)

Môžete mi povedať, čo to je?

To je toto (ukazuje na ostatných pacientov, ktorí hrabú lístie). Nejaká taká kreatívna.

Prešla by som teda na vaše okolie. Keď ste teda dostali tú diagnózu, ako na to reagovalo vaše okolie?

Úplne normálne. No niektorí kamaráti, kvázi kamaráti, sa na mňa pozerajú ako na blázna, psychiatrického pacienta. Ale moji najbližší kamaráti ma berú úplne ako normálneho človeka, lebo ma poznajú a vedia, že som normálny človek, že nie som blázon.

Uhm. A máte pocit, že oni majú o tom dostatok informácií?

Tak oni vidia, že ako sa správam.

Takže nevedia nič o tej chorobe ako takej, proste vás berú.

Oni ma berú takého aký som, ale už keď je zle, tak ma upozornia – aha, už dačo není dobre, zvoľni tempo, hej. A ja práve, vtedy sa snažím vypnúť, ísť do tej prírody, ísť relaxovať, načerpať energiu a tak. Viete si to predstaviť.

9:20 Nič takéto. Tu ste...
 ◇ aktivity na psychiatrii

9:2...
 9:22 Ale...
 ◇ stigmatizácia okolím
 ◇ prijatie

9:2...
 9:24 A ja...
 ◇ pomoc kamaráta
 ◇ psychohygiena

Ukážka hľadania tém v programe Atlas.ti

Name	Grounded	Groups
◇ informovanosť	8	[Informovanosť]
◇ pomoc rodičov	7	[Sociálna opora]
◇ vedľajšie účinky	7	[Vedľajšie účinky]
◇ neinformovanosť	6	[Informovanosť]
◇ absencia náhľadu	5	[Anozognózia]
◇ hospitalizácia	5	[Dopady ochorenia]
◇ adherencia	5	[Vedomie potrebnosti liečby]
◇ spokojnosť s liečbou	5	[Spokojnosť s liečbou]
◇ aktivity na psychiatrii	5	[Spokojnosť s liečbou]
◇ dôvera v lekárov	4	[Dobrý vzťah s lekárom]
◇ vedomie potrebnosti liečby	4	[Vedomie potrebnosti liečby]
◇ stigmatizácia okolím	4	[Dopady ochorenia]
◇ dobrý vzťah s lekárom	4	[Dobrý vzťah s lekárom]
◇ stanovenie diagnózy hneď	4	[Informovanosť]
◇ motivácia byť zdravý	4	[Konkrétne motivácia pokračovať v liečbe]
◇ alkohol	3	[Užívanie psychoaktívnych látok]
◇ nedobrovoľná hospitalizácia	3	[Anozognózia]
◇ cíti sa dobre na psychiatrii	3	[Spokojnosť s liečbou]
◇ prijatie	3	[Sociálna opora]
◇ problémy so spánkom	3	[Dopady ochorenia]
◇ psychosociálne prostredie	3	[Psychosociálne prostredie]
◇ pomoc kamaráta	3	[Sociálna opora]
◇ podporné skupiny	3	[Sociálna opora]
◇ stacionár	3	[Sociálna opora]