

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2016–2019**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vlastimila Vetešníková

**Vliv trávení volného času na kvalitu života lidí se schizofrenií
v Psychiatrické nemocnici Bohnice**

Praha 2019

Vedoucí bakalářské práce:
PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR PART-TIME STUDIES

2016–2019

BACHELOR THESIS

Vlastimila Vetešníková

**The Influence of Spending Leisure Time on the Quality of
Life of Schizophrenia Patients in Bohnice Psychiatric Hospital**

Prague 2019

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....
Vlastimila Vetešniková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí práce PaedDr. Jarmile Klugerové, Ph.D., za vedení bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se ve své teoretické části zabývá klasifikací onemocnění schizofrenie, historickým vývojem jeho pojetí a aktuálními možnostmi léčby. Dále se věnuje popisu kvality života a trávení volného času, v obou kapitolách nejprve na obecné úrovni a následně s ohledem k osobám s onemocněním schizofrenie. Praktická část předkládá analýzu možností trávení volného času u pacientů se schizofrenií v rámci hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice, kterou odpovídá na otázku dostatečné nabídky volnočasových aktivit, a třemi kazuistikami dokládá jejich využívání pacienty.

Klíčová slova

Kvalita života, Psychiatrická nemocnice Bohnice, schizofrenie, terapeutické dílny, volnočasové aktivity, volný čas.

Annotation

The theoretical part of this bachelor's thesis deals with the classification of the schizophrenia disease, the historical development of its understanding and current ways of therapy. It also describes the quality of life and leisure time, first on a general level and then in relation to schizophrenia patients. The practical part provides an analysis of leisure activities available to schizophrenia patients hospitalized in Bohnice Psychiatric Hospital, trying to assess if the current offer of leisure activities meets the needs of people with schizophrenia, and provides three case studies illustrating how these opportunities are used by the hospital patients.

Keywords

Leisure activities, Psychiatric Hospital Bohnice, quality of life, schizophrenia, spare time, therapeutic workshops,

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE	10
1.1 Historie pojmu schizofrenie	10
1.2 Etiologie	11
1.2.1 Odchytky ve struktuře mozku	13
1.3 Formy nemoci.....	15
1.4 Klinické projevy schizofrenie	18
1.5 Diagnostika.....	20
2 MOŽNOSTI SOUČASNÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE	23
2.1 Historie Psychiatrické nemocnice Bohnice	25
3 KVALITA ŽIVOTA	28
3.1 Kvalita života u lidí se schizofrenií	30
4 VOLNÝ ČAS	33
4.1 Trávení volného času u osob se schizofrenií	35
PRAKTICKÁ ČÁST	37
5 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY	37
5.1 Psychiatrická nemocnice Bohnice, oddělení 30	37
5.2 Terapeutické dílny	39
5.2.1 Popis jednotlivých dílen	40
5.3 Centrum psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie	43
5.4 Peer klub.....	44
5.5 Spolek Dobré místo, z.s.....	45
6 KAZUISTIKY	46
6.1 Kazuistika č. 1	46
6.2 Kazuistika č. 2	48
1.1 Kazuistika č. 3	50
7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT, SHRUTÍ VÝZKUMU	52
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK.....	59
SEZNAM PŘÍLOH.....	60

ÚVOD

Schizofrenie je nejdůležitější duševní onemocnění, kterým v současnosti trpí více než 1 % světové populace (Vágnerová, 2014, s. 27). Z toho vyplývá, že se jedná o nemoc (spíše je vhodné mluvit o souboru symptomů), které mají výrazný negativní vliv jednak na velkou část populace, tak na zdravotnické ekonomické systémy. Vzhledem k tomu, že se jedná o rekurentní (vratné) onemocnění, schizofrenie výrazně ovlivňuje kvalitu života trpícího jedince, jeho životní pohodu, schopnosti, výkonnost a v neposlední řadě i sociální interakce. Současná léčba umožňuje ve většině případů stabilizovat stav nemocného, nemůžeme však zamezit jednotlivým epizodám znovu propuknutím nemoci.

Existuje však řada možností, jak ovlivnit průběh onemocnění nefarmakologickými prostředky, zvláště pak při působení na některé negativní příznaky, jako je pokles mentální energie (hypobulie), sociální stažení či neschopnost nastavení zdravého životního stylu. Tyto možnosti jsou v případě jejich efektivity jednak nenáročné z hlediska ekonomické náročnosti péče, jednak výrazně komfortní pro nemocného. A to je hlavní cíl.

Naše práce si klade za cíl identifikovat tyto možnosti v návaznosti na popis jednotlivých příznaků. V teoretické části popisujeme onemocnění, jeho členění, základní příznaky, projevy a diagnostiku. A dále se zabýváme možnostmi léčby, jejich typy a dostupností pro pacienty. Vzhledem k jedinečnosti a unikátnosti instituce Psychiatrické nemocnice Bohnice je zpracována i velmi zajímavá historie tohoto zařízení, která svým vývojem zároveň ukazuje i na vývoj psychiatrické ústavní léčby v České republice.

Hovoříme-li o zdravém životním stylu, nezbyváá než popsat roli smysluplného naplnění volného času, který může být buď pozitivním prvkem ve stabilizaci onemocnění, nebo naopak, v případě jeho nenaplnění, prvkem výrazně negativním, kdy volný čas může vést často ke zneužívání návykových látek, pocitu nudy, který může vést k rozvoji úzkostí či deprese.

V praktické části jsme popsali systém terapeutických aktivit, které nabízí Psychiatrická nemocnice Bohnice a na základě tří uvedených kazuistik analyzovali možnosti benefitů, které na základě těchto aktivit pro nemocné vznikají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ONEMOCNĚNÍ SCHIZOFRENIE

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje narušením vnímání, myšlení, emotivity a osobnostní integrity. Mění vztah nemocného k realitě i k sobě samému, narušuje jeho schopnost přiměřeně jednat. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z něhož vyplývají uvedené psychické projevy“ (Vágnerová, 2014, s. 319).

„Průběh onemocnění může být různý a je obtížně předvídatelný“ (Vágnerová, 2014, s. 331). Nemoc se může objevovat v ojedinělých epizodách, opakovaných atakách s různým stupněm funkčního postižení mezi jednotlivými relapsy nebo může mít plíživý, chronický průběh. Jednotlivé epizody se nazývají ataky. Ataky se střídají s ústupem příznaků nebo obdobím bez příznaků označované jako remise. Po prvně proběhlé atace se další psychotická ataka nazývá relaps a jedná se o akutní fázi onemocnění, které vyžaduje lékařskou intervenci. Schizofrenie se obvykle projeví první atakou akutních psychotických příznaků, nejčastěji mezi 20.– 30. rokem. Atace předchází prodromální fáze, jejichž symptomy nemají specifický charakter a projevují se jako sklon k depresivitě či manickému prožívání a úzkostnosti, přecitlivělost, omezené zvládnání impulzivity, omezená schopnost emočního prožívání a vyjadřování, nápadná uzavřenost, ztráta spontaneity a somatické stesky neurčitěho charakteru. Nejfrekventovanějším prodromálním příznakem jsou však poruchy spánku (Vágnerová, 2014).

„Schizofrenie je léčitelná duševní nemoc!“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 247).

1.1 Historie pojmu schizofrenie

Slovo schizofrenie je řeckého původu, základ tvoří slovo „schizo“ – štěpit a „phren“ – rozum a myšlení. Význam slova měl popsat nemoc, která způsobuje rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. *„Termín schizofrenie je však širokou laickou veřejností mylně vykládán jako rozštěpení osobnosti, kdy jakoby,*

současně existovaly dvě, nebo více osobností. Tento výklad je však zcela nesprávný!“ (Raboch, 2012, s. 244).

První zmínka popisující bizarní projevy, které by mohly odpovídat příznakům schizofrenie, byla nalezena na starém fragmentu z Ajurvedy starém 3400 let, kde je uváděn tento popis: „stav, který je způsoben d'áblem a projevuje se žravostí, oplzlostmi, svlékáním do naha, ztrátou paměti a nezvyklými způsoby pohybu“ (Smolík In: Vágnerová, 2014, s. 319).

Nejstarší doložitelné zprávy zaznamenává Ebersův papyrus, který pochází z Egypta, cca 2 tisíce let před naším letopočtem. Popisy schizofrenie bychom našli už v hebrejské bibli, odkud pochází slovo „mešuge“ čili bláznivý, pomatený člověk. První odbornou definici halucinace podal Jean Etienne Esquirol (1772–1840), žák Pinela, který se svým popisem velmi přiblížil modernímu pojetí paranoidní schizofrenie. Karl Ludwig Kahlbaum (1828–1899) definoval katatonii a popsal paranoidní poruchu mysli (Schizofrenie, 2014). V roce 1853 vytvořil francouzský psychiatr Benedict Augustin Morel první srozumitelnou charakteristiku psychózy, která začíná v dospělosti a vede k předčasnému stárnutí mozkových funkcí (Historie schizofrenie, 2019).

V roce 1896 nazval schizofrenii německý psychiatr E. Kraepelin Dementia precox, to znamená předčasná demence. K tomuto označení jej vedl raný vznik nemoci, postupné zhoršování kognitivních funkcí a degradace osobnosti nemocného, a to ho dovedlo k přesvědčení, že lze mluvit o demenci. Nemoc nemusí ale vždy vézt k nezvratným důsledkům, a proto v roce 1911 navrhl Eugen Bleuler nový, dosud nepoužívaný název – schizofrenie, který je dodnes užíván (Vágnerová, 2014, s. 320). Roku 1957 Kurt Schneider vytvořil dělení příznaků schizofrenie, které jsou i v současnosti stále diagnosticky významné dle MKN – 10 (Historie schizofrenie, 2019).

1.2 Etiologie

I přes významný technologický pokrok v posledních dvaceti letech, který umožňuje sledovat děje v mozku pomocí funkčních zobrazovacích metod, etiologie schizofrenie není známa. V současné době medicínská věda vychází z multifaktoriálního modelu vzniku schizofrenie (Raboch, Pavlovský, 2012).

Vznik schizofrenie popisují teorie zátěže a dispozice, dopamino-serotoninová hypotéza a teorie psychosociálních faktorů.

Teorie zátěže a dispozice

„V současné době je nejvíce přijímanou teorií o patogenezi schizofrenie teorie zátěže a dispozice. Tato teorie tvoří obecný rámec porozumění schizofrennímu onemocnění“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 245). Každý jedinec si nese určitou míru dispozice zranitelnosti – vulnerability, která se pak v jeho běžném životě setkává se zátěží – stresem. Pokud se u tohoto jedince nachází dědičně přenesená vloha k selhání adaptivních funkcí psychického života a potká se s dostatečně intenzivní stresovou zátěží, dojde k poklesu odolnosti jedince a k rozvoji symptomů schizofrenního onemocnění (Raboch, Pavlovský, 2012).

Z výsledků studií o dědičnosti schizofrenie vyplývá, že pokud onemocní jeden z rodičů, vzniká asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud nemocí trpí oba dva rodiče, pak se riziko pro jejich dítě zvyšuje přibližně o 30–40 % (Raboch, Pavlovský, 2012).

„Dispozicí může být geneticky podmíněná variace některých enzymových, receptorových nebo proteinových struktur“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 245). Dispozice může být i funkční nebo morfologická odchylka získaná během prenatálního vývoje (např. infekce matky během těhotenství) nebo perinatálně (např. trauma během porodu) (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 245).

Stresor, který působí jako zátěž na dispozici, může mít charakter intenzivní změny v životě člověka, např. přechod z adolescence do dospělosti, vstup na vysokou školu, uzavření manželství či naopak rozvod, ale i tělesné onemocnění, trauma, úmrtí blízké osoby či experimentování s psychotropními látkami (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 245).

„Vzájemné působení genetické vlohy a prostředí může být složité. Geny rodičů pacienta mohou být spojeny s chováním, které vede k udržování, vyhledávání nebo naopak tvorbě prostředí, které hraje ochrannou, nebo naopak zatěžující roli při vzniku onemocnění“ (Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 365).

Dopamino-serotoninová hypotéza

Na základě dopaminové hypotézy vznikají symptomy schizofrenního onemocnění jako důsledek narušení rovnováhy mezi chemickými látkami – neurotransmitery, které se podílejí na přenosu nervového vzruchu mezi neurony (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 246).

„Neurotransmitery ovlivňují vždy specifický typ receptoru na nervové buňce, jako když klíč (neurotransmitter) zapadne do zámku (receptor)“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 246).

U schizofrenie hraje důležitou roli především dopamin a serotonin. Dochází ke zvýšení hladiny dopaminu v limbickém systému v mozku, která způsobuje, že je přenášeno velké množství informací do mozkové kůry, která je nedokáže správně zpracovat, rozlišit podstatné od nepodstatných a nedokáže ani rozlišit, zda přicházejí z jiných částí mozku nebo z venku. Nemocný jedinec pak není schopen rozlišit své vlastní myšlenky od těch, které slyší (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 246).

„Serotonin ovlivňuje emoce, agresivitu, cyklus spánku a bdění a příjem potravy“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 245).

Nerovnováha v souhře dopaminergního a serotoningerního systému se může následně projevit jako poruchy spánku a bdění, poruchy nálad, agresivního chování, nechutenství nebo naopak přejídání.

1.2.1 Odchylky ve struktuře mozku

Moderními zobrazovacími metodami jako magnetická rezonance byly vyhodnoceny změny v morfologii centrální nervové soustavy u schizofrenie především v kortikální oblasti, kde byly zjištěny odchylky v objemu šedé hmoty. Zmenšení je způsobeno úbytkem počtu neuronů a menším počtem synapsí (Vágnerová, 2014, s. 320).

Obrázek 1: Odchyly v objemu šedé hmoty mozkové

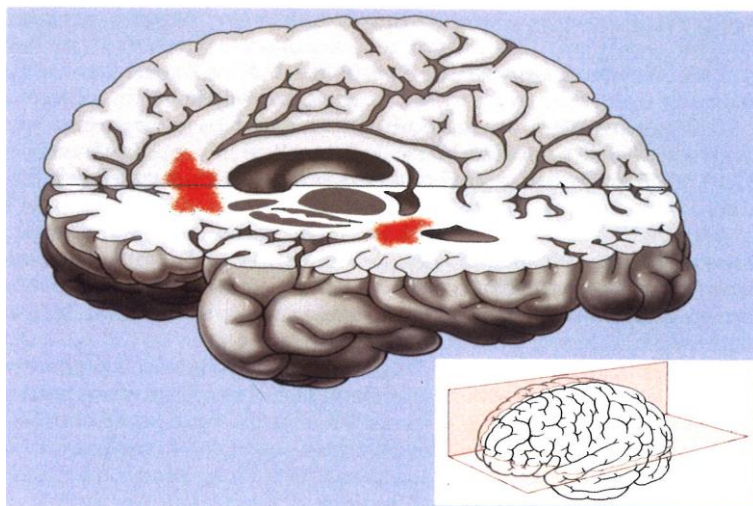


Zdroj: Bankovská, Motlová, Španiel, 2017, s. 49

Kortikální oblasti, ve kterých jsou koncentrovány výrazné odchyly v objemu šedé hmoty mozkové. Na barevné škále – čím světlejší, tím častěji uváděn v odborných studiích.

Na obrázku č. 2 jsou znázorněny dříve popisované oblasti narušené integrity bílé hmoty mozkové ve frontálním a temporálním laloku. V současnosti však bylo zjištěno povšechné narušení integrity bílé hmoty ve všech částech mozku (Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 50).

Obrázek 2: Odlišnosti v mozkové struktuře



Zdroj: Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 50

Dříve popisované narušení integrity v oblasti frontálního a temporálního laloku a v současnosti znázorněné difuzní narušení struktury bílé hmoty.

Psychosociální faktory

Psychosociálním faktorům je při výzkumu příčin schizofrenie věnována velká pozornost. Za nejdůležitější jsou považovány vztahy v primární rodině. „*Nebylo však prokázáno, že by se v rodinách pacientů se schizofrenií před onemocněním vyskytovaly zcela typické vzorce chování nebo styly vzájemné komunikace, které by se v jiných rodinách nevyskytovaly*“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 246). Nelze je tedy považovat za příčiny vzniku onemocnění. Avšak výsledky podrobných studií ukázaly, že základní rodina a příbuzní se mohou zásadním způsobem podílet na dalším průběhu onemocnění. A to zejména, podaří-li se je zapojit do spolupráce v rámci rehabilitačních a edukačních programů, kde získané poznání a dovednosti mohou ovlivnit jejich přístup k nemocnému člověku se schizofrenií. „*Vznik schizofrenie je v současné době popisován nejčastěji jako kombinace vzájemného působení biologických, psychologických a sociálních faktorů, které spolu vytvářejí dispozici k vlastnímu onemocnění*“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 246).

1.3 Formy nemoci

„*Základní typy schizofrenie jsou čtyři. Jejich rozdělení je spíše teoretické, protože v praxi se obvykle překrývají či jedna forma přechází do jiné. Průběh onemocnění může být různorodý. Jde spíše o skupinu symptomů než jednoznačně vymezené diagnostické jednotky*“ (Bankovská Motlová, Španiel In: Vágnerová, 2014, s. 338).

Paranoidní schizofrenie

Tato forma schizofrenie je nejčastější. Základními příznaky jsou bludy a halucinace. Z bludů, tedy poruch formálního myšlení, se nejčastěji jedná o blud s paranoidním obsahem, který se u nemocného projevuje tím, že je ke svému okolí patologicky podezíravý a vztahovačný. Dále jsou časté perzekuční bludy, které se projevují jako pocity pronásledování a ohrožení. Nemocný prožívá silnou obavu, že bude zničen nebo zneužit k nějakému účelu oproti své vůli. Blud ohrožení může být vztahován k nadpřirozeným silám a bytostem (často např. k mimozemšťanům), ale i k určitým lidem – členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům apod. (Vágnerová, 2014, s. 334).

Nejčastějším typem halucinací, tedy poruch vnímání, bývají sluchové halucinace, které mají často imperativní charakter a něco příkazují. Dále ty, které hrozí, komentují chování člověka, popřípadě mu něco významného a tajemného sdělují (Vágnerová, 2014, s. 334). Tyto halucinace mohou mít výrazný vliv na jednání nemocných, pod jejich vlivem se mohou chovat bizarním způsobem nebo mohou být agresivní. Agresivita může mít formu autoagrese, tzn. je nasměrovaná proti samotnému jedinci, nebo formu heteroagrese, je nasměrovaná proti okolí, zejména jako obranná reakce v narušené vnitřní logice. V nejtěžších případech pak mohou nemocní spáchat i sebevraždu. Sluchové halucinace se mohou projevovat také jako zvuky, zpěv, hudba, pískání, křik, smích apod. Některé mohou být vítané, protože jsou příjemné a klienti se díky nim necítí tolik osamoceni, dělají jim společnost. Dále se mohou přidružovat čichové, chuťové a tělové halucinace.

Emocionalita je narušena směrem k oploštělosti a otupělosti. Vyskytují se poruchy vůle, které se projevují sníženou aktivitou, výsledkem je pasivita a neschopnost se přinutit k potřebné činnosti. „*Myšlení je narušené neadekvátním výkladem reality*“ (Vágnerová, 2014, s. 334). „*Paranoidní schizofrenie se může rozvinout i v pozdějším věku, někdy až okolo 40 let*“ (Vágnerová, 2014, s. 334).

Hebefrenní schizofrenie

„*Hebefrenní forma schizofrenie je typická pro mladistvé*“ (Nývltová, 2010, s. 158). Obvykle začíná v adolescenci a rané dospělosti, ve věku mezi 15–20 lety. „*Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v době, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita. Pokud jej zatíží závažné duševní onemocnění, tak se nevytvoří, a původní, dětské sebepojetí nemůže sloužit jako stabilní základ*“ (Vágnerová, 2014, s. 338).

Velmi často se u jedinců, kteří touto formou schizofrenie onemocní, objevují před samotným propuknutím nemoci typické povahové rysy, introvertnost, plachost a uzavřenost, nebo naopak klackovitost v chování (Nývltová, 2010, s. 158). Proto je také často toto onemocnění diagnostikováno pozdě, když blízcí jedince připisují změny v chování přirozeným vývojovým projevům.

Dominantními projevy jsou změny emočního prožívání, vůle a chování. Emoční prožívání bývá svými projevy nepřiměřené situaci. Typická je zejména emoční labilita,

kteřá se může projevovat na škále intenzity od otuření až po vystupňovanou, prudkou citovou reakci, afekt. Vůle bývá oslabená či může dojít k její úplné ztrátě, abulii.

Výrazné jsou změny v projevech chování. „*Jedinec je zaujatý sám sebou, přestává se věnovat dřívějším aktivitám a zájmům, jeho chování se stává bezcílné a bezúčelné, chová se nepředvídatelně a nezodpovědně*“ (Nývltová, 2010, s. 158). Tato forma schizofrenie karikuje pubertální projevy. Nemocní používají časté vulgarismy, nápadně nepřiměřeně se oblékají, časté bývá manýrování, klackovitost, neochota či odpor spolupracovat. Někdy se nepřiléhavě usmívají a grimasují či sami k sobě hovoří. Velmi typické je pseudofilozofování. „*Postupně se objevují i změny v myšlení, které se stává chaotické, neuspořádané, nelogické*“ (Nývltová, 2010, s. 158). Halucinace a bludy nemusí být přítomny vůbec nebo jen v menší míře.

Katatonní schizofrenie

„*Katatonní schizofrenie je typická nápadnostmi v oblasti motorické aktivity, která může být extrémně zvýšená, nebo naopak snižená. Typická je bezcílnost, neodůvodněnost a nepřiměřenost pohybových projevů*“ (Libiger In: Vágnerová, 2014, s. 338).

Rozlišujeme dvě formy.

Produktivní forma se projevuje zvýšenou aktivitou, která může vést až k bezcílnému neklidu, který není ovlivněn externími podněty. Nemocný může opakovat určitá slova, věty nebo pohyby (echolálie, echopraxie).

Stuporózní forma se vyznačuje celkovým zpomalením či úplným útlumem motorické aktivity a absencí ochoty k jakýmkoli činnostem. Tělo jedince může být ztuhlé a nehybné, setrvávající po dlouhou dobu v jedné, často neobvyklé poloze (flexibilitas cerea), v obličeji může nemocný grimasovat. Jeho chování je negativistické a nepředvídatelné, může při něm docházet až k automutilaci, a přesto v takovém jednání i dlouhodobě setrvávají (Vágnerová, 2014, s. 338; Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 356). Katatonní schizofrenie je poměrně vzácná forma schizofrenie.

Simplexní schizofrenie

„*Pro simplexní formu schizofrenie je charakteristický časný a pomalý rozvoj*“ (Vágnerová, 2014, s. 339). Projevuje se zejména ve změnách v chování jedince, který se postupně stahuje ze vztahů k vnějšímu světu, uzavírá se do sebe a izoluje se. Viditelně dochází k postupnému oslabování vůle a poklesu výkonnosti, která se projevuje ztrátou schopností vypořádat se s běžnými nároky života tak, že se o sebe nemocný přestává starat a nic ho nezajímá. Nezřídka takový člověk neudrží základní hygienu a většinu dne tráví v lůžku. Dochází u něj k výrazné a viditelné změně dosavadních postojů k rodině, škole nebo zaměstnání. Jeho emotivita se zplošťuje, stává se apatickým. Průvodním znakem jsou časté somatické stesky, které nelze vysvětlit tělesnou poruchou či onemocněním (Vágnerová, 2014, s. 339; Höschl, Libiger, Švestka, 2002, s. 357). U tohoto typu schizofrenie nemusí být vyjádřené některé pozitivní příznaky jako bludy a halucinace.

1.4 Klinické projevy schizofrenie

Schizofrenie nemá jednotný klinický obraz, její symptomy mohou být relativně různorodé (Vágnerová, 2014, s. 322). Projevy schizofrenie můžeme rozdělit do pěti základních skupin: poruchy vnímání, poruchy myšlení, narušení řeči, poruchy emotivity, narušení v chování.

Poruchy vnímání se projevují jako halucinace a jsou typickým příznakem u schizofrenie. Jedná se o závažnou poruchu vnímání. „*Jsou to klamné vjemy vznikající nezávisle na vnějším podnětu, o jehož reálnosti je subjekt nevyvratně přesvědčen*“ (Vágnerová, 2014, s. 51). Jedná se o tzv. pozitivní psychotické příznaky. Halucinace bývají nejčastěji sluchové (auditivní), často mají podobu hlasů, které komentují chování a myšlení nemocného. Mohou mít i podobu imperativních hlasů, které mu přikazují, co má dělat. Pod jejich vlivem se pak nemocný jedinec může dopustit i závažných trestných činů (i vraždy) nebo sebepoškozujícího jednání, které může vést až k sebevraždě jednání (Nývtová, 2010, s. 156). Hlasů může být i více najednou (halucinace antagonistické), mohou mezi sebou komunikovat, vést hádky či diskutovat. Často se

vyskytují ve stejné či větší intenzitě než vnímaná skutečnost, a to vede nemocné k tomu, že s nimi komunikují (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 248).

Poruchy myšlení jsou velmi časté, bylo zjištěno, že během vývoje schizofrenie (zvláště u paranoidního typu) se vyskytují u více než 90 % nemocných (Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 16). „*Blud lze chápat jako privátní, mylné a zpravidla nevyvratitelné přesvědčení, které zásadním způsobem ovlivňuje chování daného jedince*“ (Vágnerová, 2014, s. 324). Bludy se dělí do několika početných skupin podle obsahu a zaměření (Vágnerová, 2014 s. 324; Raboch, Pavlovský, 2012, s. 115).

Za důležitý symptom v diagnostickém procesu schizofrenie je považován „*blud ovlivňování a zasahování (např. přesvědčení o vkládání a odnímání myšlenek)*“ (Vágnerová, 2014, s. 325). Spolu s halucinacemi jsou bludy příčinou bizarního či nápadně neobvyklého jednání. V závislosti na jejich obsahu či bludné interpretaci se nemocný může dopustit nebezpečného jednání ve vztahu k sobě nebo okolí. V této fázi choroby (akutní) může jednat nepředvídatelně, a proto je nutné, aby byl hospitalizován na uzavřeném oddělení psychiatrie, a to i nedobrovolně (Vágnerová, 2014, s. 325).

Významným symptomem schizofrenie je narušení kontaktu s realitou. „*Nemocný není schopen adekvátně zpracovat běžné informace, zhodnotit je a zapamatovat si je*“ (Vágnerová, 2014, s. 326). To má pro nemocného za důsledek, že bývá zahlcen podněty a nevyzná se v souvislostech a vztazích. Jeho hodnocení probíhá jinak, odlišně, než je obvyklé, bývá dezorientován. U takových lidí se „*následně objevuje tendence k izolaci od okolního světa, který se pro ně stává nesrozumitelným, mají se z něj strach, a raději se mu chtějí vyhnout*“ (Vágnerová, 2014, s. 326).

Narušená řeč a nápadnosti řečového projevu signalizují míru narušení myšlení. „*Narušené myšlení a ztráta schopnosti logického myšlení se samozřejmě promítají do způsobu vyjadřování*“ (Nývltová, 2010, s. 157). Řeč může být dezorganizovaná v mnoha ohledech, viz tabulka v příloze – Příklady dezorganizace řeči a formální poruchy myšlení u schizofrenie (Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 20).

Poruchy emotivity se projevují změnou emočního ladění. „*V akutní fázi choroby je nápadná nepřiměřenost emocí, s postupujícím onemocněním dochází spíše k jejich oploštělosti a otupělosti. Emoční reakce schizofreniků neodpovídají vyvolávajícím podnětům a situacím. Bývají nepředvídatelné a někdy mohou být zcela opačné, než by bylo možné očekávat*“ (Vágnerová, 2014, s. 327). Typickým příkladem je, když nemocný

reaguje smíchem ve zcela neutrální či negativně zabarvené situaci. Často se setkáváme s hypersenzitivitou (přecitlivělostí) na běžné podněty, které mohou vyvolat neobvykle silnou emoční reakci (Vágnerová, 2014, s. 327). Nejtypičtějším příznakem schizofrenie z hlediska citového prožívání je zejména jeho ochuzení. Zejména v pozdějších fázích onemocnění převažuje celková citová otupělost a apatie (Vágnerová, 2014, s. 327). „*Nemocný se chová tak, jako by se ho nic netýkalo, nic ho nezajímalo a bylo mu vše jedno*“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 249). Proto se setkáváme s tím, že s druhými lidmi udržuje omezený interpersonální kontakt, neprojevuje příliš velký zájem a empatii, též je mu lhostejné, co si o něm jiní lidé myslí. Chudou shledáváme i neverbální komunikaci, která se projevuje neudržováním očního kontaktu, sníženou mimikou obličeje, gestikulací a intonací (Nývltová, 2010, s. 155).

Chování nemocného bývá nápadné v mnoha oblastech a jeho projevy úzce souvisí s prožíváním a chápáním aktuální situace, proto bývá jeho chování neadekvátní a bizarní. Jedná se např. o neklid, nepřiléhavý smích, opakování určitých slov či slovních spojení, nápadnosti v oblékání. Často přestává nemocný dbát o svůj zevnějšek a osobní hygienu, je zpomalený, utlumený, či naopak vykazuje nadměrnou aktivitu (Vágnerová, 2014, s. 327).

1.5 Diagnostika

„*Diagnostika všech duševních poruch, a tedy i schizofrenie, je deskriptivní (popisná), neetiologická*“ (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 248). Základem je zjišťování přítomnosti specifických skupin symptomů nemoci a funkčního narušení klienta, pečlivým pozorováním a nasloucháním tomu, co lékaři sděluje (Raboch, Pavlovský, 2012, s. 248). Během diagnostického rozhovoru probíhá záměrné pátrání po schizofrenních příznacích. K tomu slouží tyto základní otázky uvedené v tabulce č. 1.

Tabulka 1: Klinické dovednosti – jak pátrat po schizofrenních symptomech

Ozvučování či vkládání myšlenek	Když přemýšlíte, ozvučují se myšlenky? Máte pocit, že vám někdo myšlenky do hlavy vkládá či vám je vykrádá nebo odebírá?	Pacienti někdy v tomto kontextu spíše referují o telepatii či hypnóze, které dovedou aplikovat na druhých, případně jsou sami objektem působení této aktivity
Vztahovačnost	Máte pocit, že je okolí zaměřené proti vám? Jste v poslední době vztahovačný či podezřivý? Když jedete v autobusu, stává se vám, že si ostatní o vás povídají? Dělají narážky? Máte pocit, že písničky v rádiu hrají právě pro vás?	
Bludy	Ovlivňuje vás někdo na dálku? Jak to dělá? Jak se při tom cítíte, případně jak se proti tomu bráníte? Sleduje vás někdo? Čím? Ovládá někdo vaše myšlení? Máte nějaké zvláštní pocity v těle? Jak si je vysvětlujete? Máte mimořádné schopnosti?	
Halucinace	Děje se kolem vás něco neobvyklého? Slyšíte hlasy? Co říkají? Přikazují něco? Máte pocit, že cítíte nějaké doteky na svém těle? Kdo to dělá?	Imperativní sluchové halucinace mohou vést k sebepoškození.
Formální poruchy myšlení	Nyní vás požádám, abyste mi vysvětlil přísloví. Znáte přísloví „kdo jinému jámu kopá, sám do ní padá“? Jak se používá?	Konkrétní výklad (já jsem spadl do jámy zrovna včera) naznačuje obtíže s abstraktním myšlením. Inkohorentní odpověď (jáma je dole, padák padá...) může odhalit poruchu myšlení. Vztahovačná odpověď (no to sousedi mi schválně nastražili jámu), může odhalit paranoiditu.

Zdroj: Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 24

Pro objektivizaci jsou přínosná i sdělení o nemocném jeho blízkými, zejména rodinnými příslušníky, kteří jsou s ním v každodenním kontaktu. Neexistuje žádný laboratorní test, který by nemoc potvrdil či vyvrátil.

Příznaky můžeme rozdělit do dvou velkých skupin, na pozitivní a negativní. Autorem těchto pojmů je John Hughlings Jackson, britský neurolog, který žil v 19. století, a od té doby se stále tyto pojmy v klinické terminologii používají, ačkoli jsou matoucí,

zejména pro klienty, kteří na bludech a halucinacích nic pozitivního neshledávají (Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 33).

Pozitivní příznaky jsou takové, které ve srovnání s normou představují pro nemocného něco navíc. Jedná se o halucinace, bludy, poruchy formy myšlení, poruchy chování, dezorganizace řeči.

Negativní příznaky jsou takové, kdy se jedinci oproti normě něčeho nedostává. Jedná se zejména o emoční prožívání a jeho projevy, které jsou chudé a oploštělé, vyskytuje se anhedonie – neschopnost prožívat radost, která souvisí s abulií – absencí zmobilizovat vůli a o něco usilovat, poruchy nálad, která bývá zhoršená, depresivní. Negativní příznaky mají pro nemocného závažnější důsledky, hůř se léčí a člověka oddělují od druhých lidí, způsobují jeho izolaci, neschopnost pracovat apod.

Obecně lze ze zkušeností s léčbou konstatovat, že pozitivní příznaky reagují na medikamentózní léčbu rychleji, oproti tomu léčba negativních příznaků je delší a méně úspěšná.

2 MOŽNOSTI SOUČASNÉ PSYCHIATRICKÉ PÉČE

Zdravotní péče jako taková je vždy podmíněna mnoha faktory. Vedle faktorů kulturních, sociálních, politických jsou to i faktory ekonomické.

Vzhledem k tomu, že psychiatrie jako medicínský a zdravotnický obor se začal profilovat relativně nedávno (v druhé polovině 19. století), jsme dodnes svědky hledání nejvhodnějšího systému péče o duševně nemocné. Odhlédneme-li od doby před rozvojem oboru, kdy byli nemocní chápáni jako lidé druhého řádu, jako nebezpeční šílenci a nakládání s nimi se nám dnes může zdát nelidské, můžeme říci, že i dnes je patrné hledání nejlepšího způsobu péče a návratu těchto nemocných zpět do stavu, který se alespoň trochu blíží normálnímu funkčnímu životu, jak si jej představujeme.

Ještě v osmdesátých letech dvacátého století byla celosvětově psychiatrická péče o pacienty s těžkými duševními poruchami postavena na rozsáhlých (co do rozlohy tak do počtu pacientů) zdravotnických zařízeních. Nazývala se psychiatrická sanatoria, psychiatrické ústavy, psychiatrické léčebny a podobně. Jejich podstatou bylo na jedné straně maximální zabezpečení často velmi kvalitní péče v rámci hospitalizace, na straně druhé však odnětí kompetencí pacientů, a to často dlouhodobě či celoživotně.

Ekonomická náročnost takového systému a současně idea znovunavrácení kompetencí nemocným vedla některé vlády ke změně systému psychiatrické péče. V USA, některých severovýchodních zemích, ve Velké Británii a Itálii došlo k reformě tohoto systému, k rušení velkých psychiatrických zařízení a nasměrování péče o nemocné do prostředí jim blízkého.

Stejně tak v České republice došlo v roce 2015 k nastartování takovéto reformy, která by měla přinést jak profit nemocným, častokrát dlouhodobě hospitalizovaným, tak profit ekonomický.

Uvádíme přehled jednotlivých opěrných bodů před rozvojem reformy psychiatrické péče v České Republice.

- **Ambulantní psychiatři** – specializovaný lékař, jehož úkolem je identifikovat nově propuknuté onemocnění a jeho léčbu (v případě že není nutná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení), léčbu dlouhodobě nemocných a sekundární prevenci (nejčastěji formou psychoedukace). Z dlouhodobé praxe víme o nedostatku

ambulantních psychiatrů a vzhledem k nárůstu nemocných i o nadměrné vyčerpání stávajících psychiatrů. Reálný obraz psychiatrické intervence je pak v jednotkách minut, které může s pacientem strávit a terapie pak často spočívá v předepisování medikamentů

- **Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic** – převážně malá oddělení, s často nedostatečným materiálním a personálním zázemím. Tato oddělení jsou v drtivé většině financována systémem DRG, tedy systémem platby za diagnózu. Tento systém přináší pevnou platbu na jednotlivého pacienta bez ohledu na délku hospitalizace a je tedy vhodný spíše pro akutní léčbu. To vede k tomu, že jednotlivá zdravotnická zařízení si vytvářejí jakýsi časový plán maximální doby pobytu pacienta v jejich zařízení. Po uplynutí této doby tedy pacienta, který není stabilizovaný „překládají“ do psychiatrické nemocnice či léčebny. Psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic většinou nedisponují sociálními pracovníky a specializovanými terapeutickými pracovišti.
- **Psychiatrické nemocnice a léčebny** – ve velké většině zařízení vznikající na přelomu devatenáctého a dvacátého století, s velkou lůžkovou kapacitou (Psychiatrická nemocnice Bohnice má maximální kapacitu 1200 nemocných). Výhodou těchto zařízení je bohatá síť terapeutických aktivit, sociálních pracovníků i personální a technické zázemí. Tato zdravotnická zařízení jsou financována kombinací plateb DRG a paušálních plateb za den a lůžko (individuální u různých zařízení v návaznosti na smlouvy s pojišťovnami). V minulosti zde vznikalo centrum institucionalizace psychiatrické péče.

Jak jsme již výše zmínili, v současné době probíhá proces reformy psychiatrické péče, jejímž hlavním akcentem, vedle jasného ekonomického efektu, je především deinstitucionalizace této péče.

Jednou z hlavních novinek je vznik čtvrtého opěrného bodu či pilíře, a tím jsou **Centra duševního zdraví (CDZ)**. Jsou to v podstatě komunitní pracoviště zakládaná na lokálním principu (idea je jedno CDZ na 100 000 obyvatel). Vznikají komunitní multioborové týmy, jejichž členy jsou lékaři, psychologové, terénní sestry a sociální pracovníci. Principem práce tohoto týmu je kvalita, tedy naprostá rovnost jednotlivých profesí, kdy spolupráce čerpá právě ve vyvážené spolupráci odborností. Každý pracovník

je v podstatě casemanagerem (pracovník zajišťující či pomáhající zajistit potřeby klienta, které jsou pro něj deficitní) s možností návštěv klienta v jeho prostředí a zajišťujícím jak identifikaci eventuálního zhoršení psychického stavu a případnou intervenci, tak například podporu a edukaci, aplikaci depotní medikace a komunikaci s okolím (v případě potřeby). Jak ukazují zkušenosti například ze severních států Evropy (Norsko, Švédsko, Holandsko), kde již reforma podobného typu proběhla, dochází k redukci dnů nutné hospitalizace a k celkovému zlepšení kvality života nemocných.

Jako jedno z prvních Center duševního zdraví vzniklo pracoviště pro Prahu 8, jejímž iniciátorem byla právě Psychiatrická nemocnice Bohnice.

2.1 Historie Psychiatrické nemocnice Bohnice

Na začátku 20. století neexistovala ambulantní psychiatrická péče. Farmakologická léčba byla teprve ve svých začátcích (jedno z prvních farmakoterapeutik – Uhličitan lithia – se začal hromadně užívat v polovině dvacátých let 20. století) a hlavním terapeutickým postupem byla restrikce vůči neklidným pacientům. To odsuzovalo duševně nemocné pouze do ústavních zařízení jako jediného možného řešení (Tichý, 2006, s. 19). To bylo příčinou značného nedostatku míst pro léčbu lidí s duševním onemocněním, kterou zajišťoval výbor Království českého roku 1903 a vedl ho k rozhodnutí vybudovat v tehdejší obci Bohnice, další zemský ústav (první zařízení tohoto typu bylo vybudováno při Všeobecné nemocnici na Karlově náměstí) pro choromyslné. Organizačně byl nejprve začleněn jako pobočka pražského ústavu, za samostatný byl prohlášen roku 1909. Z počátečních šesti pavilonů se v první etapě stavby rozrostl až na 28, což umožnilo na tu dobu výjimečnou diferenciaci nemocných.

„Nemocní byli rozdělováni podle druhu choroby a jejich vnějších projevů do pavilonů pro klidné, méně klidné a neklidné nemocné, pro nemocné imobilní a znečišťující se, navíc postižené chorobou tuberkulózy“ (Anon, 1999). Část pavilonů byla určena nemocným, kteří byli zároveň v ústavu zaměstnáni. Celkový počet lůžek byl 1774, po první světové válce vzrostl na téměř dva tisíce.

S pokrokem medicíny se měnily a rozšiřovaly i léčebné metody. Od původní diferenciaci nemocných a jejich hlídání, případně omezování při zhoršení nemoci, jako jediných možných léčebných opatření, se začaly uplatňovat modernější medikamentózní

a experimentální metody, např. léčba schizofrenie inzulínovým šokem v roce 1937 (Anon, 1999).

Důležitou složkou zajišťující provoz tehdejšího ústavu, bylo zaměstnávání nemocných, kteří tak zajišťovali pomocné práce. Zakladatel ústavu kalkuloval s prací nemocných, na které založil existenci pomocných provozů. Jednalo se například o zahradnictví, statek, prádelnu, pekárnu, kuchyň nebo ševcovskou dílnu (Anon, 1999).

Z pohledu dnešního chápání všeobecných lidských práv, potažmo práv pacientů, by se tento krok dal považovat za kontroverzní. Na jedné straně šlo o vykořisťování nemocných, na straně druhé by se ale dal považovat za počátek pracovní terapie a podporovaného zaměstnání. Tichý (2006, s. 55) uvádí, že práce byla „*z pohledu samotného nemocného vítaná činnost, která byla terapeuticky velmi účinná*“. Existence těchto provozů pak zajišťovala tehdejšímu ústavu plnou ekonomickou samostatnost.

Už v roce 1932 bylo v areálu vybudováno na tehdejší dobu moderní divadlo (Tichý, 2006, s. 28). Ústav měl zřízen ale také vlastní hřbitov, lékárnu a hudební soubor. V roce 1947 získal ústav konečně nový název, z původního označení „pro choromyslné“ byl přejmenován na Zemský ústav pro duševně a nervově choré v Praze VIII – Bohnicích. V roce 1949 byl ústav v důsledku společenských změn zestátněn a přejmenován na Psychiatrickou léčebnu Bohnice. V nových podmínkách byly základní léčebné metody doplněny o chirurgickou léčbu, v rámci které byla prováděna tzv. praefrontální lobotomie a pokračovalo se v experimentálních metodách, podle toho, který druh léčby se zdál progresivní a prognosticky nadějný (Anon, 1999).

Po roce 1950 se začal klást větší důraz na ošetrovatelskou péči a etiku v souvislosti s vyšší vzdělaností zdravotnického personálu, který přestával být pouhým dozorcem a opatrovníkem. Léčba byla obohacena o nové formy, a to díky novým psychofarmakům, která byla účinnější, se snižujícím se výskytem vedlejších či nežádoucích účinků. Omezila psychopatologické projevy a umožnila používat psychoterapii, arteterapii, kulturní a rekreační terapii (Tichý, 2006, s. 93). V tomto období začal vznikat nový typ terapie prací (ergoterapie), která byla organizována, cílena a postupně také odborně vedena přímo na odděleních nebo na specializovaných pavilonech. Ženy i muži se věnovali manuálním tvořivým činnostem, které si sami volili a trávili při nich svůj volný čas (Tichý, 2006, s. 93).

Období 70.–80. let bylo charakterizováno stále se zvyšující potřebou míst, která vznikala v souvislosti s nedostatkem sociálních služeb, zejména v oblasti podporovaného bydlení. Byl zaznamenán nárůst počtu pacientů závislých na alkoholu, jiných drogách či hráčství a lidí v senilním věku. Velkému počtu nemocných neodpovídalo personální a materiálně-technické zázemí. Ústavní psychiatrie se nacházela na okraji politických a profesních zájmů, přesto úroveň péče stoupala (Tichý, 2019).

Výrazné změny přineslo až období po roce 1990. O rok později vzniklo mimo jiné i nízkoprahové oddělení s nonstop provozem, Centrum krizové intervence, které zajišťuje od počátku i anonymní telefonickou Linku důvěry. Další zásadní změnu přinesla transformace zdravotnictví v roce 1992, která přinesla intenzifikaci léčby, postupné snižování počtu lůžek, rozšíření rehabilitačních aktivit a rozvoj extramurální péče. V roce 2015 došlo k přejmenování ústavu na Psychiatrická nemocnice Bohnice. Aktuálním trendem, který je realizován v rámci Reformy psychiatrické péče a na kterém se vedení nemocnice aktivně podílí, je přesouvat podíl ústavní péče do forem ambulantních služeb na principu tzv. komunitní péče. Jsou proto zřizována Centra duševního zdraví (CDZ), jejichž cílem je zapojit duševně nemocné, v rámci takzvané Recovery, do života, který se bude maximálně blížit způsobu života před propuknutím nemoci, a tedy i prožitku well being tak, jak jsme o něm hovořili výše.

3 KVALITA ŽIVOTA

Kvalitě života se jako společenskému tématu věnuje v současnosti značná pozornost, je oblastí, která se velmi dynamicky rozvíjí a k jejímu zkoumání jsou zakládána samostatná výzkumná pracoviště a odborná centra. Ale její otázkou se zabývalo lidstvo od nepaměti. Zřejmě proto, že ačkoli je pojem široký a může se dotýkat každé oblasti lidského života, úzce souvisí především, v jeho pozitivním vnímání, se spokojeností života každého jedince. Je tedy možné pokládat spokojenost v životě člověka za „hnací motor“, cíl, o který usiluje... a který je pro něj určující. Záhy se tu setkáváme se základním problémem, který znemožňuje pojem kvalita života jednoznačně vymezit, a to zejména z důvodu, že se vztahuje zejména k člověku jako individualitě a je tedy velmi subjektivní. V odborné literatuře neexistuje jednoznačná a obecně přijímaná definice z důvodu chybění propracovaného teoretického modelu. Můžeme se domnívat, že tento fakt se pojí s problémem chybění existence obecné normy, jak by měl vypadat kvalitní život. Následující text bude stručným pojednáním o možnostech vymezení pojmu kvalita života jako interdisciplinárního problému.

Slovo kvalita je odvozeno od latinského základu „qualis“ – jaký. Slovo qualis je odvozeno od slova „qui“ – kdo. Významově znamená „jakost či hodnota“, tedy „charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života jiného člověka)“ (Křivohlavý, 2002, s. 162).

V historii se otázkou kvality života zabývali již filozofové ve starověkém Řecku a Římě, např. Aristoteles či Sokrates, kteří si pokládali otázky, co tvoří blaho člověka? S ohledem na historii výstižně popsal problém holandský psycholog J. Bergsma: „*Co lidé existují, byli vždy schopni zamýšlet se a uvažovat o svém životě. Kvalita života byla nejen ohniskem jejich myšlení. Byla i zdrojem jejich inspirace nejen toho, co dělali, ale i změn, k nimž toto pojetí života vedlo*“ (In: Křivohlavý, 2002, s. 162).

V moderní společnosti 20. století je termín kvality života úzce spojen s ekonomickými a politickými vlivy, které se staly důležitými indikátory a jejich dopad se odrazil zejména v oblasti podpory sociálně slabých skupin a lékařské péče.

V nejobecnější rovině pojetí můžeme kvalitu života rozdělit na dvě roviny. Subjektivní rovinu, která se týká člověka a jeho prožívání spokojenosti se životem a objektivní rovinu, která se týká splnění jeho optimálních životních podmínek. Tyto dvě

velmi široké oblasti mohou být následně podrobněji rozpracovány. V poslední době panuje v odborné veřejnosti shoda v pohledu na pojem kvality života, který obsahuje tři hlavní části – fyzické prožívání, psychickou pohodu a sociální postavení jedince a jeho vztah k druhým lidem. Z hlediska hodnocení bychom tedy měli uplatňovat komplexní přístup s přihlédnutím ke třem dimenzím bytí člověka. Přední odborník na kvalitu života v medicíně, Muschenga, tuto trojdimenzionální úroveň člověka specifikuje na „*kvalitu života jako stupeň normálního fungování, kvalitu života jako stupeň spokojenosti se životem a kvalitu života jako úroveň lidského rozvoje*“ (Dvořáčková, 2012, s. 58).

Kvalita života však nemusí vyjadřovat jen životní standard jednotlivce. Může být také vnímána jako výsledek působení mnoha faktorů, které na sebe vzájemně působí a ovlivňují se. K těmto nejdůležitějším faktorům patří zdravotní, sociální, environmentální a ekonomické podmínky (Dvořáčková, 2012, s. 57).

Autorčina práce se zabývá oblastí kvality života u pacientů se schizofrenním onemocněním. Dostáváme se k důležitému aspektu, který se kvality života zásadním způsobem dotýká, a tím je vztah ke zdraví jako indikátoru kvality v životě každého člověka, nejen chronicky nemocného. Medicína a psychologie považuje kvalitu života za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je ve vztahu k hodnocení zdraví důležitějším indikátorem než sama definice zdraví, která je podle WHO definovaná jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, ne pouze jako absence nemoci“. Pracovní skupina WHO, která se problematikou kvality života zabývá zdůrazňuje, že kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“ či „pohoda“, ale je daleko širším konceptem. Došla k vymezení podstaty kvality života jedince jako „*vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury, hodnotového systému, v němž žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, a to vše k hlavním charakteristikám prostředí*“ (Dvořáčková, 2012, s. 58). Definice zdraví podle WHO, ačkoli nepojímá celou problematiku kvality života, přináší důležitý pojem – well being, který by mohl být chápán jako pocíťovaná osobní pohoda. Termín je důležitým kritériem, které je velmi často ve výzkumech, které se zjišťováním kvality života zabývají, používán. A „*v řadě studií bývá osobní pohoda chápána jako součást kvality života*“ (Levin, Chatters In: Blatný, Dosedlová, Kebza a Šolcová, 2005, s. 15). Studie uvádějí, že subjektivní pocit pohody tvoří čtyři

komponenty – psychická osobní pohoda v užším slova smyslu, sebeúcta, osobní zvládnání a sebeuplatnění. Z následující kapitoly bude zřejmé, že toto chápání je naprosto oprávněné a vyplývá z praktických zkušeností.

3.1 Kvalita života u lidí se schizofrenií

Schizofrenní onemocnění má ve valném počtu případů chronický charakter, a tím může významně ovlivňovat uplatnění a schopnosti nemocných v běžném životě. Zkoumání kvality života pacientů se schizofrenií se věnují výzkumné studie od 80. let minulého století. Podnětem k tomu bylo zjištění, že „*pacienti čelí sociálním problémům, jako je společenská stigmatizace, mají omezené finanční prostředky, současně jsou méně spokojeni s prožíváním volného času i pracovními aktivitami v porovnání se zdravou populací*“ (Lehman In: Trančík, Dvorská, Bankovská Motlová, 2017, s. 39). V současné době je výzkumnými vědci věnovaná značná pozornost zejména subjektivně pocíťované kvalitě života samotnými klienty. Onemocnění zasahuje lidem se schizofrenií do řady důležitých oblastí jejich života, které následně ovlivňují. Trančík, Dvorská, Bankovská Motlová (2017, s. 40) uvádějí, že se jedná o „*psychický stav, osobní pocit pohody, sociální interakce, ekonomickou a pracovní situaci a tělesné zdraví*“. Autorka bakalářské práce považuje za nutné zohlednit při hodnocení kvality života lidí se schizofrenií prioritně vztah nemocných k samotné nemoci, tedy vytvoření kvalitního náhledu na onemocnění a schopnost sebereflexe nemocného. Je obecně známo, že to, jaký zaujímá člověk s onemocněním schizofrenie postoj ke svému onemocnění, se výrazně odrazí ve výsledcích léčby a pro míru úspěšnosti léčby jde o předpoklad zásadní. Z výše uvedené studie však vyplývá, že pacienti, kteří jsou schopni realistického náhledu na onemocnění, „*vypovídají o nižší kvalitě svého života*“ (Trančík, Dvorská, Bankovská Motlová, 2017, s. 40), a to v souvislosti s vyšším nárůstem depresivních příznaků, který souvisí s uvědoměním si závažnosti onemocnění.

Z výše uvedené studie dále vyplývá, že kvalita života je snížena již u první epizody onemocnění a mezi faktory, které ji snižují, patří zhoršená adaptace, vnímání sebe sama (nosognosie), časný výskyt negativních a depresivních symptomů, zhoršení sociální kognice a sebestigmatizace (Trančík, Dvorská, Bankovská Motlová, 2017, s. 42). Z těchto získaných znalostí vyplývá důležitost zařazení klienta do komplexního

specifického terapeutického programu, který obsahuje mimo jiné různé formy psychoterapie, které přispívají k léčbě depresivních příznaků a destigmatizační strategie.

Především u první epizody schizofrenního onemocnění má takový program velký význam. Výsledky zahraniční analýzy, která studovala vztah psychiatrických symptomů na kvalitu života dokládají, že obecná psychopatologie se neustále objevuje jako hlavní faktor, který nejvíce přispívá k nízké kvalitě života. Závažnější jsou v tomto ohledu negativní příznaky, které provází onemocnění po delší dobu, oproti pozitivním, které jsou jen slabě ovlivňující kvalitu života ve studiích jednotlivců v časném průběhu onemocnění (Eack, Newhill, 2007, s 48). Dle definice kvality života, jak je uvedena v psychologickém slovníku, jsou pro kvalitu života důležité znaky jako: soběstačnost, pohyblivost, míra seberealizace a duševní harmonie. Zjišťujeme, že projevy schizofrenního onemocnění mohou zasahovat do většiny z nich (Hartl, Hartlová, 2010, s. 277).

Z klinické praxe autorky vyplývá, že zejména míra soběstačnosti je klienty považována za zásadně důležitou hodnotu, kterou nemocní považují pro posuzování kvality života za významnou. Tato zkušenost koresponduje s tím, co uvádí Brekke (In: Trančík, Dvorská, Bankovská Motlová, 2017, s. 40), že *„kvalita života u schizofrenie úzce souvisí s funkční adaptací. Funkční adaptaci lze hodnotit podle toho, zda pacient obstojí ve společnosti, zatímco kvalita života měří spíše subjektivní životní spokojenost“*. Soběstačnost tu zaujímá postavení jako základního prostředku, který umožňuje člověku vyrovnat se s důsledky onemocnění a obstát ve společnosti, a to zejména v oblasti pracovní. Zaměstnání je pro člověka obecně důležitým zdrojem finančních prostředků, ale také se podílí na jeho společenském statutu. Udržet si schopnost pracovat souvisí nejvíce s udržením nemoci v klidové fázi, tedy v tak zvané remisi.

Cílem je tedy udržet pacientovo onemocnění, co nejdéle v klidové fázi, kdy je bez příznaků nemoci. Ve fázi relapsu je kvalita života spojená se schopností klienta včas rozpoznat varovné příznaky nemoci a vyhledat pomoc. Výhodou jsou informace, které klient o své nemoci má, orientace v dostupných službách a možnostech intervence a také již z předchozí doby vytvořený kvalitní kontakt s terapeutem či lékařem. Zvládnutí relapsu bez nutnosti hospitalizace klienti uvádí jako významné hledisko, které se podílí na zvýšení kvality života. Pro zachování kvality života se také uvádí častý kontakt

s rodinou a aktivizace pacienta terapeutickým programem, jehož součástí jsou i volnočasové aktivity, které mohou přispívat k jeho seberealizaci a duševní pohodě.

4 VOLNÝ ČAS

Volný čas je součástí života každého člověka, neboť se odvíjí od pravidelného střídání aktivit a odpočinku v rámci biologického rytmu všech živočichů (Šerák, 2009, s. 25). Ačkoli je přesné, exaktní, vymezení pojmu nesnadné, lze z předchozího vyvodit základní pojetí a tím je volný čas vymezený oproti pracovnímu času. Dle pedagogického slovníku je volný čas „...čas, s kterým člověk může nakládat podle svého uvážení a na základě svých zájmů“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2009, s. 341). Hradečná (In: Šerák, 2009, s. 27) uvádí, že „jde stručně řečeno o dobu, kdy člověk patří sám sobě, kdy je oproštěn od každodenního tlaku a povinností, dobu, jejíž naplnění záleží pouze na osobní vůli.“ Je tedy charakterizován dobrovolností a možností vlastní svobodné volby, která rozhoduje o jejím naplnění příslušnou aktivitou. Charakteristika by se dle člověka samotného dala jeho slovy popsat jako „chce se mi, mám chuť nebo můžu“. Volný čas by tedy pro člověka měl být časem, na který se těší, časem, který je pro něj zdrojem radosti a potěšení. V moderní společnosti je volný čas hodnotou, která je lidmi vysoce ceněna a výrazně žádána, především proto, že zvláště od 90. let minulého století se začal významně celospolečensky měnit poměr pracovního času k času volnému.

Obecně lze říci, že objem doby, kdy se člověk zabývá povinnými aktivitami se zvýšil a volný čas již není určován pouze z venku, vymezíme-li ho oproti času stráveném v zaměstnání. Lidé shledávají, že je nutností, aby se stali aktivními tvůrci svého volného času. Volný čas je možné rozdělit jako hodnotu ve třech rovinách podle Keystone (In: Šerák 2009, s. 26) na: „*individuální (seberealizace jedince, saturace individuálních zájmů), sociální (prevence sociálně-patologických jevů, životní styl, edukační (prostor pro vzdělávání a celkový rozvoj)*“. Veškerý čas, který má člověk k dispozici pak lze rozdělit do třech základních skupin, čas pracovní (náplní je pracovní činnost), čas vázaný či polovolný (náplní jsou objektivní povinnosti, například péče o vlastní osobu, děti, domácnost apod.) a čas volný.

Hranice mezi jednotlivými skupinami nejsou striktní, mohou se navzájem prolínat. Samotný volný čas dále můžeme rozdělit podle druhu činností na čas: odpočinkový, ve kterém se jedinec věnuje různým druhům odpočinku (klidovým, pohybovým a duševně nenáročným aktivitám), rekreační (pro který je typická větší pohybová aktivita) a zájmový (vychází z oblasti zájmů jedince). Jedná se o aktivity,

kterými uspokojuje své zájmy a schopnosti a kterými rozvíjí své individuální potřeby (Šerák, 2009, s. 28).

Je nutné uvést, že na jeho podobě a náplni se podílí celá řada aspektů, a to jak společenských, tak osobních. Ze společenských jsou to například sociální, ekonomické a politické vlivy. Z osobních pak nejvíce věk, pohlaví, sociální skupina, vzdělání a zaměstnání. Důležitou a mezi společenskými vědami nejstarší a často diskutovanou otázkou je funkce volného času. Její podrobnou kategorizaci uvádí Vážanský (In: Šerák, 2009, s. 29), který funkce volného času dělí následujícím způsobem:

- rekreace (zotavení, nabývání nových sil, odpočinek, uvolnění),
- kompenzace (vědomé se zřeknutí pravidel a norem, rozptýlení, bezstarostnost),
- edukace (potřeba poznání, další vzdělávání, získávání nových zážitků),
- kontemplace (potřeba klidu, zažívání sebe sama, autoreflexe, rozjímání),
- komunikace (potřeba sdílení, sociální kontakt, získávání nových informací, pospolitost),
- integrace (potřeba společenských vztahů, hledání emocionální jistoty, pocit sounáležitosti, tradice, rituály),
- enkulturace (potřeba kreativního vyjádření, uplatnění fantazie, spontaneita),
- participace (potřeba vlastního uplatnění, potvrzení sebe sama, spolupráce, spoluodpovědnost).

Z výše uvedeného vyplývá, že důležitou funkci, kterou volný čas plní, je uspokojování a naplňování potřeb člověka, které jsou v hierarchii potřeb na vyšších místech. Nejdříve musí být naplněny základní lidské potřeby. Náplň volného času a potřeb s ním spojených musí tedy nutně souviset s faktorem dostatečného blahobytu, a tím jej lze považovat za významný indikátor stavu úrovně společnosti. Ve společnosti, která je rozvinutá a nachází se na určitém úrovni rozvoje, stoupá i zájem o volný čas a jeho využití, včetně nabídek nejrůznějších aktivit a s tím souvisejících zařízení

(Kolesárová, 2016, s. 64). Z tohoto hlediska by měl být volný čas prostředkem k harmonickému rozvoji jedince a následně celé společnosti.

4.1 Trávení volného času u osob se schizofrenií

Trávení volného času u lidí se schizofrenií se váže především k aktuální fázi onemocnění, ve které se nemocný nachází. Je rozdíl, zda prodělává akutní fázi, chronickou fázi nebo se nachází ve fázi klidové čili remisi. Faktory, které ovlivňují realizaci zájmových aktivit jsou především symptomy nemoci a vedlejší či nežádoucí účinky léků. Jedná se zejména o negativní příznaky nemoci, které mají větší tendenci k chronifikaci a svým charakterem výrazně ovlivňují kvalitu života i s ohledem na trávení volného času. Mezi tyto faktory patří emoční oploštělost, deprese a z ní vyplývající snížení nebo úplná ztráta zájmu o aktivity, ztráta motivace, oslabení vůle a přetrvávající únava. Tyto projevy mohou na okolí působit, že je člověk se schizofrenií líný, neschopný, a tímto způsobem může následně docházet k jeho stigmatizaci. Velká většina nemocných udává, že už po první epizodě onemocnění přicházejí o velkou část sociálních kontaktů z období před propuknutím nemoci, zejména z okruhů přátel, spolužáků apod. Toto riziko vzrůstá se zvyšujícím se počtem relapsů. Nemocní popisují, že je jejich onemocnění pro okolí nesrozumitelné. Vyvolává v něm strach a odpor a jsou to častěji členové primární rodiny, kteří se nemocného snaží pochopit a podpořit ho více než jeho přátelé. U takového člověka může pak snadno docházet až k nežádoucí sociální izolaci, která má negativní důsledky pro jeho osobnost a životní pohodu. Je známo, že tyto lidé pak tráví většinu času pasivním způsobem, ležením v posteli, nadměrným spánkem, bezcílným sledováním televize a zejména kouřením a pitím kávy.

K sociální izolaci v poslední době výrazně přispívá čas, který lidé se schizofrenií tráví o samotě doma, hraním počítačových her. Reálné sociální kontakty jim pak nahrazují virtuální vztahy na sociálních sítích typu Facebook. Pasivní trávení volného času pak následně komplikuje proces zotavení i tím, že dochází k absenci ve struktuře denního rytmu, základního pilíře zdravého životního stylu obecně. Z tohoto důvodu je žádoucí, aby nemocní do svého volného času zařazovali i aktivní způsoby trávení volného času, kterými jej naplní. Toto téma je součástí různých edukativních a psychosociálních programů, které jeho důležitost zohledňují a snaží klienta motivovat ke zdravějšímu

přístupu. Pracovníci těchto zařízení se zajímají o to, kterým zálibám se nemocný věnoval před začátkem nemoci a snaží se ho nadále podpořit, aby v nich určitým způsobem pokračoval. U fyzických aktivit je úkolem terapeutů najít určité modifikace, které se většinou týkají snížení intenzity fyzické náročnosti i časové dotace těchto aktivit, tedy přizpůsobit činnost aktuálním schopnostem daného člověka. Většina zařízení, která pracují s nemocnými se schizofrenií, například Fokus nebo Bona, nabízí svým klientům i volnočasové aktivity v rámci klubových činností. Jejich nabídka je velmi široká a pestrá. Důležitým faktorem je, že jsou poskytovány zdarma, což je zejména pro nemocné s chronickým onemocněním, kteří bývají většinou uživateli invalidního důchodu a jejich finanční situace je špatná, rozhodujícím hlediskem, zda službu využijí. Prostředí volnočasového klubu bývá tak často místem, kde lidé se schizofrenií navazují nová přátelství a tento okruh lidí pak často nově tvoří významnou část jejich sociálních kontaktů. Zde také nacházejí porozumění a možnost sdílení sebe sama s lidmi, kteří mají podobnou zkušenost. To může přispívat k vzájemnému sblížení, a tedy k navazování nových interpersonálních vztahů, které, jak jsme již výše uvedli, jsou nejčastěji oslabovány právě v období opakovaného rozvinutí negativních symptomů nemoci. Dle naší zkušenosti je zde velmi dobrá zkušenost též s prací takzvaných peer konzultantů, kteří mají sami zkušenost s duševním onemocněním a mimo jiné v rámci spolku Dobré místo, který založili, organizují i volnočasové aktivity pro nemocné.

PRAKTICKÁ ČÁST

5 CHARAKTERISTIKA PROBLEMATIKY

Tato bakalářská práce s názvem „*Vliv trávení volného času na kvalitu života lidí se schizofrenií v Psychiatrické nemocnici Bohnice*“ si ve své praktické části klade za cíl zmapovat nabídku volnočasových aktivit, které Psychiatrická nemocnice Bohnice svým pacientům nabízí a jejich využití deklarovat na základě zpracování kazuistických studií.

Volný čas, tedy čas, kdy se nemocný nepodrobuje terapeutickým procedurám a vyšetřením, chápeme jako časové úseky, které nemocný zaplňuje činností, která je mu příjemná či pro něj motivující a obohacující. V ideálním případě by sem měly spadat i aktivity, které jsou nemocnému ordinovány v rámci terapie. Jak dále uvedeme, jsou tyto aktivity uzpůsobeny osobním zájmům pacienta, jeho schopnostem a naturelu.

Pro praktickou část naší práce jsme zpracovali tři kazuistiky, které, dle našeho názoru, jednotlivě reprezentují pacienta se schizofrenií ve stabilizované fázi onemocnění.

Všichni tři pacienti jsou v současné době hospitalizováni na oddělení 30, což je oddělení segmentu následné péče I.

V první části popisujeme oddělení, jeho fungování, nabídku terapeutických aktivit, v další části popisujeme nabídku terapeutických aktivit, které nabízí Psychiatrická nemocnice Bohnice jako celek. Sem patří terapeutické dílny a centrum psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie a Spolek Dobré místo, z.s. Následující část pak obsahuje samotné kazuistiky.

Praktickou část jsme zpracovali metodou analýzy získaných dat ze zdravotnické dokumentace pacientů, tedy z dekurzu a chorobopisu pacienta.

5.1 Psychiatrická nemocnice Bohnice, oddělení 30

Oddělení 30 je organizačně součástí segmentu následné péče I. Je to koedukované oddělení, určené pro muže a ženy od 18 do 65 let s kapacitou 40 hospitalizovaných pacientů. Jedná se o otevřené oddělení zaměřené na psychosociální rehabilitaci

a resocializaci. Přicházejí sem pacienti po odeznění akutní fáze vážného duševního onemocnění.

Terapeutický tým se snaží na oddělení vytvořit přátelské, domácí prostředí. Pacienti jsou zde vedeni k větší zodpovědnosti, samostatnosti a jsou i zapojováni do chodu oddělení. Přebírají některé kompetence, kdy se podílí na samostatném vedení některých programů, například vedení komunit, samosprávy, budíčku nebo organizaci večerních klubů.

Oddělení je zapojené do programu SUPR – Systému ucelené psychiatrické rehabilitace. Při péči o pacienta se vychází z principu metodiky CARE – Comprehensive Approach to Rehabilitation. Jedná se o komplexní přístup v rehabilitaci.

Na oddělení jsou klienti rozděleni do pěti skupin podle souboru psychických obtíží a sociální problematiky. Každá skupina má svůj psychotherapeutický program, který je dále v rámci každé skupiny ještě individualizován, to znamená, že například pacient, který má zájem o grafiku, může navštěvovat grafické centrum mimo areál psychiatrické nemocnice.

V péči o pacienty jsou reflektovány současné trendy v psychiatrii. Společně s každým pacientem je vytvořen individuální plán a stanovení jeho osobních cílů, a to na základě zmapování jeho potřeb a schopností. Každý pacient má svého ošetřujícího lékaře a s ním pravidelně řeší a doplňuje svůj plán léčby. Součástí plánu zotavení může být i pracovní rehabilitace, například práce v čajovně nebo mini prádelně. Již za hospitalizace se pro pacienta hledají možnosti následné podpory v místě jeho plánovaného pobytu po propuštění. V tomto směru je využívána spolupráce například s case managery různých spolupracujících zařízení, například Fokus, Baobab, Bona, ale jsou využívány i zdroje, které nabízí rodina a přirozené prostředí pacienta.

Na oddělení 30 se v péči o pacienty podílí multidisciplinární tým, který se skládá z primáře, vedoucího lékaře, sekundárních lékařů, zdravotně sociálního pracovníka, terapeuta, psychologa, vrchní sestry, staniční sestry, registrovaných zdravotní sester a ošetřovatelek. Intenzivně probíhá spolupráce s Centrem psychosociálních služeb, které je součástí psychiatrické nemocnice Bohnice a sídlí na oddělení 4. Zde probíhají programy, které pacienta pomáhají připravit na samostatnější život v podporovaném bydlení. Je zde také poskytováno poradenství v oblasti bydlení, zaměstnání, volného času a jiné.

Velmi důležitou součástí péče o tyto pacienty je pak rozvrstvení aktivit během dne dle denního programu.

Denní program na oddělení 30

07:00 – 07:15 – budíček

07:15 – 07:50 – ranní hygiena

07:50 – 08:15 – snídaně

08:15 – 08:45 – podávání léků a ošetření

08:45 – 09:00 – ranní protažení těla

09:30 – 12:00 – aktivity dle rozpisu, individuální pohovory (lékař, zdravotně – sociální pracovník, psycholog)

12:00 – 12:30 – oběd, podávání léků

12:30 – 13:00 – osobní volno

13:00 – 15:00 – odpolední aktivity dle rozpisu

15:00 – 18:00 – osobní volno

18:00 – 18:30 – večeře

18:30 – 19:45 – osobní volno

20:00 – 20:30 – podávání léků

20:30 – 22:00 – osobní volno

22:00 – 07:00 – noční klid

5.2 Terapeutické dílny

Činnosti terapeutických dílen jsou v Psychiatrické nemocnici Bohnice koncipovány jako volnočasové aktivity a představují stěžejní a nedílnou součást léčebného procesu u lidí s duševním onemocněním.

Celkem existuje 12 provozů rozmístěných ve 4 budovách po celém areálu nemocnice. Velká část dílen je soustředěna v budově Centrální terapie: keramická, textilní, šperkařská, truhlářská, malování na dřevo, knihařská, svíčkařská a tkalcovská dílna. Sklářský ateliér sídlí v „domečku“ u hospicu Štrasburk, arteateliér sídlí mezi oddělení č. 16 a 17, papírenská a košíkářská dílna sídlí v přízemí oddělení č. 2.

Jednotlivá pracoviště jsou strukturou provozu přizpůsobená všem typům klientů, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni a náplň práce zohledňuje jak jejich aktuální

zdravotní stav, tak i stupeň manuální zručnosti. Cílem je pomáhat v péči o pacienta, o jeho brzký návrat do domácího prostředí a zpět do plnohodnotného života. Aktivity probíhají prostřednictvím práce s tradičními terapeutickými technikami a materiály a mají složku volnočasovou, relaxační, kognitivně behaviorální, sociálně interakční a další.

Dílny slouží v rámci rehabilitace také jako resocializační pracoviště, kde se klienti mohou naučit nová řemesla i řemeslné a výtvarné techniky, které jim mohou následně po propuštění z hospitalizace usnadnit uplatnění na trhu práce.

V každé dílně je klientům k dispozici terapeut, který klienty vede jak po stránce odborné, tak po stránce metodické.

Terapeutické dílny jsou otevřeny v pracovní dny 9:00–11:30 a dále 13:00–16:00 pro všechny pacienty psychiatrické nemocnice.

5.2.1 Popis jednotlivých dílen

Ateliér arteterapeutických technik

Tato dílna je zaměřena na skupinovou práci s klienty různých typů oddělení. Z výtvarných technik se zde používají především kresba a malba. Následně je možné se vzniklými artefakty terapeuticky pracovat. Klient může docházet do dílny i individuálně a volně tvořit. Nemusí mít žádné předchozí výtvarné zkušenosti.

Knihařská dílna

Výrobky z této dílny slouží především nemocnici samé. Jedná se zejména o docházkové karty, pasparty a hřbety chorobopisů. Dále v dílně vznikají sešity, bločky a krabičky. Klienti si zde mohou vyzkoušet základy knihařského řemesla, jako je rovnání papíru, sešívání, lepení, ohýbání a řezání. Tyto dovednosti mohou následně po propuštění z hospitalizace uplatnit v chráněných dílnách.

Košikářská dílna

Košikářská dílna nabízí seznámení se základními technikami košíkářství. Klienti si zde mohou během několika návštěv zhotovit košíky, ošatky, misky na pečivo a různé dekorace. K dispozici mají materiály tuzemského i exotického původu. Používá se

vrbové proutí, ratanový pedig, mořská tráva, kroucený palmový list a další. Finální výrobky lze ještě dále upravovat barvením, mořením a lakováním.

Malování na dřevo

V dílně vznikají dekorativní předměty ze smrkového a lipového dřeva, ze sololitu a překližek. Výsledkem bývají originální hračky, dřevěné magnety, obrázky, šperky a podobně. Klienti s vlastními nápady jsou vítáni a mohou se podílet na návrzích nových výrobků. V dílně se ale uplatní i klienti, kteří rádi natírají nebo brousí. Dílna úzce spolupracuje s truhlářskou dílnou, která připravuje polotovary k malování.

Papírenská dílna

Tato dílna nabízí řemeslnou i tvůrčí práci s papírem. Klienti si zde mohou vybrat ze široké škály činností od těch nejjednodušších, jako je výroba papírových korálků nebo misek z mletého papíru, až po složitější pracovní postupy, například tisk přes šablonu, slepotisk nebo výrobu ručního papíru či mramorování olejovými barvami. V dílně vznikají dárkové krabičky a tašky, různé druhy přání nebo notýsky. Klienti mohou skládat origami, plést košíky a věnce z papírových ruliček, kreslit, malovat nebo se zabývat prostorovou tvorbou. Ani pro činnost v této dílně není potřeba výtvarné nadání nebo předchozí zkušenosti práce s papírem. Uplatnění v dílně najdou i klienti se smyslovým či tělesným postižením.

Recy dílna

Tato dílna se otevírá pouze během letních měsíců v prostoru svíčkařské dílny. Zpracovávají se v ní různé druhy materiálu, který by se mohl zdát nevyužitelný. Zejména se jedná o PET lahve různých barev, ze kterých vznikají rozmanité dekorativní předměty, jako jsou lapače snů nebo náušnice.

Svíčkařská dílna

Tato dílna se věnuje poměrně jednoduché výrobě parafinových svíček. Klienti mají k dispozici různé tvary forem a velké množství barevných odstínů parafinu, které se dají vzájemně kombinovat. Svíčky se dají jednoduchými způsoby dekorovat od prostého střídání barev až po vkládání obrázků či vyškabování ornamentů. Protože se pracuje s horkým materiálem, hodí se činnost v této dílně pro klienty, kteří jsou alespoň částečně schopni samostatně pracovat.

Textilní dílna

Textilní dílna je vhodná jak pro zkušené, tak pro ty, kteří s textilem nikdy nepracovali. V dílně vznikají především hračky z různých textilních materiálů tvořených různými technikami, šitím, pletením, háčkováním. Klienti se zde mohou také naučit základům šití na šicím stroji. V dílně je dále možné věnovat se drhání, vyšívání nebo tkaní na rámech či kolíkových stavech. K dispozici jsou i dva velké stavy na tkaní koberců. Kromě těchto činností je zde možnost batikování a tisku na textil.

Tkalcovská dílna

Tato dílna rozšiřuje nabídku činnosti pro klienty, kteří se více zajímají o textilní techniky. Je to menší dílna, kterou rádi navštěvují klienti, jimž nedělá dobře pobyt ve skupině mezi velkým počtem lidí, a upřednostňují komornější prostředí. V dílně je možné věnovat se řadě činností jako v textilní dílně a k tomu se zde ještě zpracovává ovčí vlna.

Keramická dílna

Práce s keramickou hlinou má výrazně terapeutické účinky. Zklidňuje, umožňuje kontakt se zemí, stabilizuje. Práce zde umožňuje relaxovat a má i rehabilitační význam. Je vhodná pro všechny klienty. Cílem může být nejen zhotovit výrobek, ale i vyzkoušet si vlastnosti hlíny, pohrát si s ní a strávit čas v příjemném prostředí. Pokud klienti chtějí, mohou si vyzkoušet i práci na hrnčířském kruhu a různé techniky dekorování až po finální úpravu vypálení v peci.

Šperkařská dílna

Práce v této dílně vychází vstříc klientům, kteří mají zájem o práci s drobnějším materiálem, nejčastěji korálky. Vznikají zde potom různé originální šperky, jako jsou náušnice nebo náhrdelníky. V dílně je možné se věnovat i drátkování.

Truhlářská dílna

V této dílně si mohou klienti vyzkoušet základy drobné truhlářské práce. Vznikají zde stoličky, police, budky a krmítka pro ptáky, ale také rámy na obrazy a kolíkové stávky na tkaní. Dílna je vybavena rozmanitou strojní technikou, jako je soustruh na dřevo, pokosová a pásová pila nebo sloupová vrtačka. K dispozici jsou i ruční obráběcí stroje. Kromě toho dílna nabízí i nepřeborné množství jednodušších aktivit, jako je broušení, tmelení, lakování, takže své místo v ní mohou bez problému najít všichni, i ti méně technicky zdatní.

Sklářská dílna

Sklářská dílna je zaměřená na výrobu drobných dekorativních předmětů. Klienti zde mohou vyrábět vitráže či skleněné mozaiky. Technikou spékání skla zde vznikají přívěsky a náušnice a ve sklářské peci, kterou je dílna vybavena, je možno vyrobit například krásnou skleněnou misku. Při práci si klienti osvojí dovednosti řezání a broušení skla. Kromě drahého skla, se zde zpracovává i obyčejné čiré sklo nebo recyklují skleněné lahve.

5.3 Centrum psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie

Centrum psychosomatické rehabilitace a fyzioterapie je umístěno v samostatném pavilonu č. 6. Disponuje dvěma menšími tělocvičnami, jednou velkou tělocvičnou s vybavením pro posilování, jedním venkovním sportovištěm s posilovacími stroji, dvěma hřišti pro míčové hry, dvěma tenisovými kurty, perličkovou lázní a celým areálem Psychiatrické nemocnice Bohnice, který je vlastně velkým parkem s asfaltovými cestami, které jsou rovinné i s převýšením. Nedaleko od areálu je také plavecký sportovní areál Šutka. Ten byl zrekonstruován v roce 2012.

Terapeutický tým má sedm členů, kteří mají specializaci fyzioterapeuta. Centrum nabízí tyto aktivity:

- běh,
- cvičení v posilovně,
- léčebný tělocvik,
- míčové hry,
- nordic walking,
- plavání,
- jóga.

Pacienti jsou do těchto aktivit zařazováni jednak podle svých tělesných dispozic, fyzického a psychického stavu a v neposlední řadě i podle svých zájmů. Každá jednotlivá disciplína je indikována lékařem. O průběhu jednotlivých aktivit je veden záznam terapeutem, který je v dané aktivitě profesionálně vzdělán.

5.4 Peer klub

Spolupráce jednotlivých pomáhajících profesí, tedy lékař, zdravotní sestra, psycholog, terapeut, sociální pracovník je nutnou podmínkou kvalitní péče o duševně nemocné. V současné době se k těmto pozicím řadí i tak zvaný peer konzultant.

Peer konzultant je pracovník, který má osobní zkušenost s duševním onemocněním, tedy často bývalý pacient, který je zdravotně stabilizovaný a na základě výcviku i způsobilý pro práci s duševně nemocnými. Jedná se o neocenitelné pracovníky, kteří díky své, často dlouhodobé, zkušenosti s nemocí a přímými prožitky s ní spojenými dovedou bezprostředně porozumět prožitkům i projevům, které jsou pro pracovníka bez této zkušenosti nedostupné. Z naší dlouhodobé zkušenosti víme, že mnoho pacientů nachází intimnější cestu k peer konzultantovi než ke zdravotníkovi.

V současnosti funguje v Psychiatrické nemocnici Bohnice Peer klub, tedy zařízení, kam mohou pacienti docházet v době trávení volného času. Nabízí mnoho aktivit jako například práci na počítači, kurzy cizích jazyků, kurz literární tvorby, společenské hry, přednášky či prosté potkávání se.

Řada peer konzultantů dochází na jednotlivá oddělení a jsou pak kmenoví zaměstnanci těchto oddělení.

5.5 Spolek Dobré místo, z.s.

Spolek Dobré místo je nezisková organizace, která vznikla v roce 2007 a od roku 2014 sídlí v Psychiatrické nemocnici Bohnice na oddělení číslo 19. Původně zaměstnávala lidi s jakýmkoliv zdravotním postižením, postupně jen lidi s duševním onemocněním z okruhu psychotických poruch a schizofrenie. Jejím cílem je začleňovat lidi na trh práce nebo jim nabízet možnost pracovat přímo ve Spolku Dobré místo jako tzv. peer lektoři nebo peer konzultanti. Ti mohou se zájemci z řad pacientů sdílet své zkušenosti s duševní nemocí nebo pro ně připravují pestrou nabídku skupinových volnočasových aktivit. Těmi jsou: multimediální tvorba, výtvarně literární ateliér, ping pong, bláznivé nápady, šití a korálkování či společné výlety. Na každou aktivitu je určena samostatná místnost. Velmi zajímavou aktivitou je individuální arteterapie, kterou zajišťuje zkušená peer lektorka s akademickým výtvarným vzděláním a zároveň odborným arteterapeutickým výcvikem zaměřeným na katalyticky imaginativní psychoterapii. Toto pojetí vychází z toho, že to, co člověk nakreslí, na něj zpětně terapeuticky působí. Terapeut zde neprovádí žádný výklad, oproti jiným přístupům je pro klienta spíše průvodcem, a tím mu pomáhá, aby zpracoval to, co se v něm odehrává. Nutné je postupovat podle přesně stanovené struktury dané metody. O tuto aktivitu projevují pacienti velký zájem. Otevírací doba je každý pracovní den od 10 do 15 hodin a není potřeba se předem přihlašovat. Spolek má svůj vlastní kodex klientů Dobrého místa (viz příloha C), je financován Evropskou unií a aktivity jsou poskytovány zdarma. Rozpis činností – viz příloha D.

6 KAZUISTIKY

6.1 Kazuistika č. 1

Jméno: A. M.

Věk: 34 let

Dg.: Paranoidní schizofrenie

Rodinná anamnéza

Matka: měla psychické problémy, několikrát se pokusila o sebevraždu. Údajně zemřela při autonehodě, když byla pacientka v 6. třídě ZŠ.

Otec: zná pouze jeho jméno, ale víc nic, nejsou v kontaktu.

Sourozenci: má bratra H, je o rok starší, nejsou moc v kontaktu, nechybí jí.

Partnerské vztahy: svobodná, bezdětná, bez partnera.

Vzdělání: vystudovala SOŠ, obor cestovní ruch, nedokončila bakalářské studium výpočetní technologie – zabezpečovací systémy na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně

Zaměstnání: aktuálně nepracuje od léta, předtím krátce ve vydavatelství, „prodávala reklamu,“ předtím 11 let pracovala jako OSVČ pro TV Nova – obchodní nabídky, reklama.

Osobní anamnéza

Klientka byla přijata ke druhé hospitalizaci v PN Bohnice 6. 11. 2018 na doporučení ambulantního psychiatra pro dekompenzaci onemocnění. Od září začaly přibývat hlasy, které po ní chtěly, aby s nimi spolupracovala. Musela odejít z práce, už to tam nešlo. Měla transcendentní a duchovní zážitky, začala se izolovat od lidí. Měla pocit, že její tělo je v ohrožení. Hlasy jí nabádaly, aby se svého těla zbavila, na to nepřistoupila. Začala se bát. Předtím se s lékařem domluvili, že vysadí léky, možná to s tím souvisí, neví, myslela si, že spíš bere placebo. Pak se radši domluvili, že se nechá přijmout do nemocnice.

Při příjmovém vyšetření je klidná, spolupracující, orientovaná. Udává paranoidně-perzekuční bludnou produkci, referuje auditivní halucinace komentujícího charakteru, pocity ovlivňování, chování bez poruch, bez projevů hetero či autoagrese.

Přijata nejdříve na akutní oddělení č. 1, brzy přeložena na otevřené oddělení č. 30, zde dobře adaptována, spolupracující, bez nápadností, během pohovorů však připouští trvající psychotické prožívání, aktuálně bez vlivu na chování. Během hospitalizace bylo zjištěno, že kouří marihuanu, což se prokázalo pozitivním výsledkem v testu THC. Proto byly klientce dočasně omezeny vycházky. Na závažnost užívání drog v souvislosti s onemocněním schizofrenie nemá téměř žádný náhled. Během pobytu dochází do motivační skupiny pro lidi se schizofrenií. Podařilo se jí zajistit práci v restauraci, do které nastoupí po propuštění. Přeje si být v dohledné době propuštěna. Chtěla by žádat o invalidní důchod.

Informace získané ze zdravotnické dokumentace pacientky: *„Chtěla bych se tu víc hýbat, ale chodím jen na procházky, dělají mi dobře, chodím tak dvakrát denně na 40 minut. Bylo by lepší, kdyby bylo léto a mohla bych být víc venku, jako minulou hospitalizaci, byla tu lepší parta lidí, bylo léto, venku teplo, chodili jsme si lehat do parku. Ta parta lidí mi chybí, ty co tu jsou teď mi vaděj, nerozumím si s nima. Chodit na nabízený aktivity ve svém volném čase mě nebaví, nemám s kým“.* Na oddělení jí chybí pingpongový stůl a víc tělocviku, dost tu přibrala. Pokud je zima, chodí si víc lehat. *„Není tu kde hrát společenský hry, na jídelně je pořád puštěná televize, nedá se tu pořádně mluvit. Nejhorší jsou víkendy, to tu je všechno zavřené, když se nejde na propustku, jen se tu leží, utrácí peníze za jídlo a občas se jdu projít“.*

Mimo hospitalizaci ji baví trávit čas péčí o sebe, s přáteli, kolo, pasivní není, v posteli neleží, ale izolovala se od lidí, když měla ty hlasy, to se bála jít ven mezi lidi, jinak je má ráda.

6.2 Kazuistika č. 2

Jméno: M. R.

Věk: 35 let

Dg.: Paranoidní schizofrenie

Rodinná anamnéza

Matka: asi 10 let se s ní neviděl, nezná její věk, matka o něj prý nemá zájem.

Otec: doma se o něm říkalo, že je blázen, ale nedovede vysvětlit proč, ani zda se někdy léčil na psychiatrii. Zemřel, když mu bylo asi 60 let.

Sourozenci: má dvě sestry, Z. je o pět let starší a žije ve Zlíně, S. je o dva roky starší a žije v Praze, komunikují spolu pouze přes Facebook, nenavštěvují se.

Partnerské vztahy: svobodný, bezdětný, heterosexuál, 5 let bez partnerky.

Vzdělání: vystudoval SOŠ elektrotechnickou, dva roky studoval na ČVUT, fakulta elektrotechnická. Ze studia odešel, protože potřeboval peníze, rodina ho nepodporovala, začal pracovat.

Zaměstnání: aktuálně nepracuje, naposledy pracoval jako developer webových stránek, v září dostal výpověď ve zkušební době. Zřejmě proto, že se špatně choval, už na něj šla ta psychóza. Z předchozího zaměstnání ho také propustili ve zkušební době.

Osobní anamnéza

Klient prvně hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Bohnice, zde první kontakt s psychiatrií vůbec. Přivezen sanitou rychlou záchrannou službou poté, co odmítl po zavírací době, opustit OC Chodov z důvodů obav o svůj život. Při příjmovém vyšetření spontánně ventiluje bohatou paranoidně-perzekuční, extrapotenční a magickou bludnou produkci, neochotně přiznává auditivní halucinace s vlivem na jeho chování, má významně narušený kontakt s realitou. Přijat k nedobrovolné hospitalizaci na oddělení č. 23. Později podepsal dobrovolný vstup. Přeložen na oddělení následné péče č. 30.

V průběhu hospitalizace byla nasazena medikace Olanzapin, po které ustoupily psychotické příznaky a klient se byl schopen zapojit do aktivit. Z počátku v omezeném rozsahu, později v plném, dle rozvrhu oddělení. Začal docházet do edukačního programu pro nemocné s psychózou a motivační skupiny. Z důvodu přetrvávajících negativních účinků Olanzapinu mu byl lékařem ordinován Aripiprazol a postupně navyšován. Pacient

si podal žádost o invalidní důchod. Začal se stýkat se sestrou, domluvili se spolu, že by se po propuštění navštěvovali a sestra by mu byla ochotná v případě potřeby i pomoci, např. ho doprovodit při jednání s úřady. V plánu je klienta navázat ke spolupráci Centrum denních aktivit Eset.

Informace získané ze zdravotnické dokumentace pacienta: „*Ve volném čase tady se věnuju hudbě na počítači, skládám jí, podle chuti, dělám elektronickou hudbu. Někdy si čtu historické nebo motivační knihy. Několikrát týdně chodím na procházky, sám. Chtěl bych se tady víc hýbat, ale sám se nedonutím.*“ I přesto, že jsou mu opakovaně nabízeny zdravotnickým personálem možnosti účastnit se pohybových aktivit, nevyužívá je. Potřeboval by, aby ho někdo motivoval tím, že ho přímo na danou aktivitu doprovodí, což není v možnostech zdravotnického personálu mu zajistit. Bylo mu navrženo, aby se domluvil s nějakým pacientem a šli společně, to však nikdy nezrealizoval. Je rád, když tu jsou i povinné aktivity. Vybrat si z nabídky něco nového, aktivitu, kterou dosud nikdy nezkusil, je pro něj zřejmě obtížné, a tak dává v rámci svého volného času přednost raději těm, které je dosud zvyklý dělat. Na oddělení mu především vadí nedostatek soukromí, místo, kde by byl klid. „*Každý tu má svoji jen tu postel a noční stolek, jinak nic. Chtěl bych se tu pracovně udržovat, zabývat se programováním, ale na to tu nemám klid.*“

1.1 Kazuistika č. 3

Jméno: T. V.

Věk: 46 let

Dg.: Paranoidní schizofrenie

Rodinná anamnéza

Matka: užívala antidepresiva, odmítá o ní mluvit, nemají spolu dobré vztahy.

Otec: alkoholik, nechce o něm mluvit.

Sourozenci: 1 bratr mladší, dvě děti, abuzus THC, víc o něm neví, nestýkají se.

Partnerské vztahy: je rozveden od roku 2007, z manželství pochází dvě děti, vidá je sporadicky, nevyhledává je. V současnosti je ve vztahu s partnerkou, která má též vážné psychické onemocnění.

Osobní anamnéza

Opakovaně byl léčen v PNB s dg. F 20.0 paranoidní schizofrenie. Aktuální pobyt je jeho 12. hospitalizací. Přijat byl 30. 10. 2017 na akutní oddělení č. 1. K hospitalizaci přišel sám, dobrovolně, z důvodu obav z dekompenzace a nedořešené sociální situace, nemá kde bydlet, nachází se v debaklové situaci, *causus socialis*.

Během pobytu na akutním oddělení bezproblémově spolupracuje, funguje v režimu volných vycházek, během nichž dochází na centrální terapie, z propustek se vrací včas. Po celou dobu bez psychotické produkce s postupným projasněním nálady. Podal si žádost do chráněného bydlení.

Po překladu na otevřené oddělení následné péče dne 12. 11. 2017 se chová klidně, afektivita je bez výrazných změn, bez psychotické produkce. Byl zapsán do pořádku čekatelů na chráněné bydlení Fokus a začal s nácvikem pracovních dovedností v tréninkové kavárně V. kolona. Z propustek, které tráví s přítelkyní se vrací v pořádku. Na oddělení jsou interakce s okolím přiměřené, spolupracující, ladění mírně kolísá úměrně k pracovní zátěži v kavárně, kam dochází 3× týdně odpoledne na 3 hodiny, po návratu bývá pokleslý, zbytek dne tráví na lůžku. V posledním období je depresivní, zhoršilo se zapojení do aktivit. Domluvil se s terapeutkou kavárny na dočasném snížení zátěže na službu 1× týdně. Zahájil individuální sezení s pracovníci z pracovně sociálního oddělení, se kterou postupně upravili zátěž dle tolerance a postupně navyšují aktivity, na

které klient během týdne dochází. Podpořen byl v rozšíření zájmu relaxačních zájmových aktivit.

Po překladu na odd. 30 je stav setrvalý. Klient byl v průběhu přijat do programu tréninkového bydlení a dále směřován a podporován k chráněnému bydlení. Velice dobře spolupracuje, je aktivní.

Informace získané ze zdravotnické dokumentace pacienta: *„Když mám osobní volno, chodím na procházky po areálu nemocnice – pochoduju si, přemýšlím, poslouchám při tom hudbu a je mi dobře, ujdu i 5 až 10 km denně.“* Je to pro něj stěžejní způsob trávení volného času. *„Taky čtu, mám rozečtených vždycky několik knížek najednou, protože se teď hůř soustředím, přečtu jeden odstavec a už nevím, o čem to je. Poslouchám taky rád hudbu, dokáže ovlivnit moji náladu, mám rád hodně klasiku.“* Z nabízených aktivit ho hodně baví arteterapie, to zjistil až tady, chtěl by se tomu věnovat i dál po propuštění, koupit si barvy a tak dále. Největším strašákem pro něj je, i z předchozích hospitalizací, nadměrné ležení v posteli, snaží se ležet jen opravdu, když je unavený. *„Dřív, když jsem tady byl hospitalizovanej, hodně jsem chodil na keramiku, ale už jsem se tam úplně vyčerpál, už mě to tam nebaví. Svíčkařská dílna by mě bavila, ale ta je hodně obsazená, nedá se tam skoro dostat.“* Když je doma, baví ho jezdit na kole.

7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT, SHRNUÍ VÝZKUMU

Jednotlivé kazuistiky jsme konstruovali dle užívaného úzu používaného v psychiatrické praxi, tedy stručná rodinná a osobní anamnéza a krátký souhrn průběhu hospitalizace. Klíčové v našich kazuistikách jsou však informace získané ze zdravotní dokumentace pacienta, z dekurzu a chorobopisu. Zde jsme akcentovali problematiku spojenou s trávením volného času. Abychom zdůraznili autentičnost sdělení, uvádíme je jako přímou řeč v uvozovkách (tak jak se to užívá v psychiatrických záznamech z důvodů zachování autentičnosti sdělení pacienta).

Než budeme analyzovat jednotlivé kazuistiky, je dobré si všimnout toho, co je spojuje. U všech tří pacientů je zcela nevyhovující rodinné zázemí. Dozvídáme se, že matka či otec jsou neznámí či se s nimi pacienti nestýkají či o nich jenom slyšeli a nechtějí o nich mluvit. Stejně tak vztah se sourozenci není zcela ukotven. Zde je patrné, a je to jen vedlejší výstup naší práce, že u všech třech pacientů můžeme předpokládat, že ve fázi dětství a dospívání byli vystaveni větším sociálním stresorům. Zde pak můžeme vystopovat určité riziko vytváření si návyků, které nejsou zcela konformní se zdravým životním stylem, jehož neoddělitelnou součástí je i aktivní trávení volného času.

Dalším spojujícím prvkem všech tří kazuistik je nedostatečná motivace k aktivnímu trávení volného času, například tělesnou aktivitou, která se projevuje jako určitá nesamostatnost pacienta. U první a třetí kazuistiky se setkáváme s tím, že největším „strašákem“ pacientů je pasivní ležení v lůžku či (u kazuistiky č. 1) chození na nákupy a nakupování si pochutin.

Co je možnost vyčíst ze všech tří kazuistik je referovaný deficit soukromí během hospitalizace.

Pro zpřehlednění analýzy jednotlivých kazuistik jsme použili systém klíčových slov, která nejvíce charakterizují jednotlivé potřeby (eventuálně i deficitní) jednotlivých pacientů.

U kazuistiky č. 1 jsme definovali klíčová slova:

- procházka – pozitivní,
- sociální izolace – deficitní,
- nedostatek příležitostí k aktivizaci – deficitní,
- osamělost – deficitní.

Pacientka je motivována k aktivnímu trávení volného času, nicméně vnější podmínky na oddělení (samozřejmě se sníženou volní schopností, která je doprovodným příznakem onemocnění), jí v tomto brání.

Klíčová slova pro kazuistiku č. 2 jsme definovali:

- koníčky (elektronická hudba, motivační knihy) – pozitivní,
- pravidelné procházky – pozitivní,
- nedostatek motivace k pohybu – deficitní,
- nabízené terapeutické aktivity – pozitivní,
- nedostatek soukromí – negativní,
- motivace k osobnímu rozvoji – pozitivní.

U tohoto pacienta je patrná výrazná pozitivní motivace k aktivním činnostem (to, že čte motivační knihy je samo o sobě dokladem motivace), zvláště v oblasti koníčků, pozitivně přijímá ordinované terapeutické aktivity. Opět popisuje vnější podmínky jako negativní faktor smysluplnějšího trávení volného času.

Klíčová slova pro kazuistiku č. 3 jsme identifikovali:

- pravidelné intenzivní procházky – pozitivní,
- pravidelná četba – pozitivní,
- poslech hudby (ovlivňující pozitivně náladu) – pozitivní,
- motivace k aktivnímu trávení volného času (neležet v lůžku) – pozitivní,
- nabízené terapeutické aktivity – pozitivní,
- nedostatek nabízených aktivit – deficitní.

Dá se říci, že pacient z kazuistiky č. 3 je velmi dobře motivovaný pro aktivní trávení volného času. To samozřejmě souvisí se šíří jeho zájmů a koníčků. Opět se setkáváme negativními vnějšími faktory zlepšující motivaci, které popisuje jako nedostatek příležitostí v terapeutické dílně, která by ho intenzivně bavila.

Poměříme-li průnik jednotlivých klíčových slov, které nám slouží jako identifikované potřeby, nejčastěji zmiňovanou aktivitou jsou procházky (u všech tří pacientů). Dle našeho názoru je pozitivní to, že tato aktivita je neorganizovaná a zcela individuální a lze tedy předpokládat, že bude využívána i po ukončení hospitalizace. U dvou pacientů je výrazně nedostatečná motivace k činnostem podmíněná nejspíše

oslabenou vůlí v rámci jejich onemocnění (jedná se o pacienta z kazuistiky č. 2, který sice zájem projevil, ale nebyl schopen ho samostatně realizovat a kazuistiky č. 1, kde chybí pacientce vnitřní motivace navštěvovat aktivity mimo oddělení). Na druhou stranu se jako s deficitními potřebami setkáváme s fenomény, které jsou podmíněny systémem péče (nedostatek soukromí a nedostatek příležitostí k aktivizaci přímo na oddělení z důvodu chybějících vhodných prostor a vybavení, nedostatečná kapacita aktivit mimo oddělení).

ZÁVĚR

Schizofrenie je jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění, které má dlouhodobý a často trvalý vliv jak na samotné prožívání nemocných, tak také na fungování jednotlivce po stránce interpersonální, pracovní, sociální a podobně. Vzhledem k tomu, že se jedná o onemocnění rekurentní, tedy vratné, vede často k chronifikaci a následně invalidizaci nemocného.

Současná medicína nedovede zcela jasně říci, že po stabilizaci stavu nemocného je tento vyléčen, a proto v tomto případě nemůžeme hovořit o klasické úzdavě jako v jiných lékařských oborech. V současnosti hovoříme spíše o takzvané recovery, tedy maximálním návratu nemocného do přirozeného prostředí a fungování. Cílem je maximální zajištění pocitu dobrého života tak, jak jsme o něm psali v teoretické části naší práce.

Jedním ze základních předpokladů tohoto návratu je, vedle spolupráce v léčbě, také zdravý životní styl. Nezbytnou součástí zdravého životního stylu, kam patří kvalitní a racionální strava, spánek, absence návykových látek, je také aktivní trávení volného času. Jeho důležitost stoupá s tím, jak stoupá množství volného času u nemocných, například v invalidním důchodu, při zkráceném pracovním úvazku anebo právě při hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

V praktické části jsme provedli analýzu možností trávení volného času v rámci hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Bohnice, ze které vyplývá bohatá nabídka aktivit. Jsou to aktivity jak pracovní, tedy aktivity odehrávající se v terapeutických dílnách, tak aktivity pohybové či nabídka trávení volného času komunitní formou v peer klubu, nebo zájmová, provozovaná spolkem Dobré místo, z.s. Úskalí jsme našli buď v přetíženosti některých dílen, nebo nedostatečné motivaci k jejich využívání pacienty. Snížení motivace se u pacientů následně projevuje nesamostatností dojet bez doprovodu na určitou aktivitu a účastnit se jí. Deficitní motivaci zde vnímáme jako jeden z častých projevů schizofrenního onemocnění, který souvisí s hypobulií, oslabenou volní schopností. Proto považujeme za základní důležitost z pohledu pomáhajícího pracovníka soustavně edukovat pacienty o všech možnostech, kterými nemocnice disponuje a vhodnými podpůrnými komunikačními přístupy s pacienty podpořit jejich lepší motivovanost k aktivnímu trávení volnému času.

Neboť aktivní způsob trávení volného tvoří jeden z článků, který se podílí na úspěšnosti stabilizace zdravotního stavu pacienta. Můžeme tedy konstatovat, že hledání a nabízení možností kvalitního prožívání, rozvoje schopností a často i navazování sociálních kontaktů spojených s volnočasovými aktivitami je jednou z cest, která může zlepšit kvalitu života našich nemocných.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

- Anon, 1999. Historie bohnické psychiatrie v letech 1903– 1999. *Bohnice 99: Měsíčník Psychiatrické léčebny v Praze 8 - Bohnicích*. Praha - Bohnice, 10 - 18.
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL, 2017. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1.
- BLATNÝ, Marek, Jaroslava DOSEDLOVÁ, Vladimír KEBZA a Iva ŠOLCOVÁ, 2005. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Nakladatelství MSD Masarykova univerzita. ISBN 80-86633-35-7.
- DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2010. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, ed., 2002. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Tigis. ISBN 80-900-1301-5.
- KOLESÁROVÁ, Karolína, 2016. *Životní styl v informační společnosti*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského Praha. ISBN 978-80-7452-119-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- NÝVLTOVÁ, Václava, 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 2., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského. ISBN 978-80-86723-85-3.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2009. *Pedagogický slovník*. 6.,aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

ŠERÁK, Michal, 2009. *Zájmové vzdělávání dospělých*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-551-6.

TRANČÍK, Pavel, Karolína DVORSKÁ a Lucie BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, 2017. Kvalita života u první epizody schizofrenie. *Psychiatrie*. Praha, **21**(1), 39 - 45.

VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

Seznam použitých internetových zdrojů

EACK, Shaun M, Christina E. NEWHILL. *Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis*. Schizophr Bull. 2007 ; 33:1225-37. Dostupné z: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/33/5/1225/1895769>

Historie schizofrenie. In: *Schizofrenní poruchy* [online]. 2019 [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://www.schizofrenniporuchy.cz/historie-schizofrenie/>

TICHÝ, Josef. *Historie nemocnice*. [online]. [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <https://www.bohnice.cz/zakladni-informace/historie-nemocnice/>

Seznam ostatních zdrojů

Interní materiál spolku Dobré místo, z.s.

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Odchytky v objemu šedé hmoty mozkové	14
Obrázek 2: Odlišnosti v mozkové struktuře	14

Seznam tabulek

Tabulka 1: Klinické dovednosti – jak pátrat po schizofrenních symptomech	21
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Obecná kritéria MKN-10 pro schizofrenii	I
Příloha B – Komplexní léčba schizofrenie	II
Příloha C – Kodex klientů	III
Příloha D – Program	IV
Příloha E – Peer konzultant	V
Příloha F – Textilní dílna	VI
Příloha G – Výrobky textilní dílny	VII
Příloha H – Tkalcovská dílna	VIII
Příloha I – Výrobky šperkařské dílny	IX

PŘÍLOHY

Příloha A – Obecná kritéria MKN-10 pro schizofrenii

G1 Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu psychotického období, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů).	
(1)	Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:
a.	ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
b.	bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládnutí, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání
c.	halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla
d.	neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (například schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa)
(2)	Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:
a.	neustálé halucinace jakéhokoli typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně jednoho měsíce a jsou spojené s bludy (buď občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením
b.	neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, jejichž důsledkem je inkoherence nebo zmatený slovní projev
c.	katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor
d.	„negativní“ symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).

Zdroj: Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 27

Příloha B – Komplexní léčba schizofrenie

Fáze nemoci	Cíl intervence	Farmakoterapie	Psychosociální intervence	Typ péče
Prodromy	Včas zachytit případný rozvoj ataky	Pouze experimentálně	Navázat kontakt, sledovat	Ambulantní služby centra krizové intervence
Akutní fáze (první ataka, relaps)	Odstranit floridní psychotické symptomy a agitovanost. Pozornost věnovat imperativním halucinacím a případným suicidálním úvahám.	Farmakoterapie antipsychotiky (eventuálně doplněná anxiolytiky)	Navázání terapeutického kontaktu. Koherentní a přehledná komunikace, strukturovaný, nestresující program.	Hospitalizace
Stabilizační fáze (křehká remise)	Dosáhnout remise. Získat spolupráci rodiny pacienta.	Farmakoterapie s minimálními nežádoucími účinky.	Podpůrná psychoterapie. Zahájení psychoedukace pacienta i rodiny.	Denní stacionář. Ambulance. Asertivní komunitní léčba
Stabilní fáze (Remise)	Předejít relapsu (případně včas rozpoznat příznaky hrozícího relapsu), zajistit optimální výkon rolí.	Farmakoterapie udržovací	Nácvik sociálních dovedností. Rehabilitace kognitivních funkcí.	Komunitní péče. Denní stacionář. Ambulance. Svépomocné programy. Asertivní komunitní léčba.

Zdroj: Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 116)

Příloha C – Kodex klientů

KODEX KLIENTŮ DOBRÉHO MÍSTA

- Sdílení informací mezi konzultantem a klientem, stejně jako veškeré aktivity Dobrého místa, mají přispívat ke zlepšení současné situace klienta.
- Peer konzultant může závažné problémy na cestě k zotavení klienta konzultovat s dalšími členy týmu.
- V prostorách Dobrého místa, z.s. může být každý v jeho otvírací době a při jednotlivých programech.
- Při jednotlivých aktivitách dodržujeme pravidla slušného chování. Dodržujeme pořádek, umýváme po sobě nádobí. Každý zodpovídá sám za sebe.
- Do Dobrého místa, z.s. nepřicházíme pod vlivem alkoholu nebo návykových látek ani sem takové látky nenosíme, stejně jako žádné nebezpečné předměty. V prostorách Dobrého místa, z.s. nemanipulujeme s otevřeným ohněm.
- Kuřáci kouří pouze v místnosti k tomu určené.
- Respektujeme jeden druhého. Neurážíme se, nenapadáme druhé slovně ani fyzicky, nenadáváme.
- Porušení kteréhokoliv z výše uvedených bodů, může vést k vykázaní z prostor Dobrého Místa. Při opakování nevhodného chování nebude přístup do Dobrého místa umožněn.
- Pobytem v Dobrém místě, z.s. souhlasíme s kodexem.

Zdroj: Interní materiál spolku Dobré místo, z. s.

Příloha D – Program



Dobré místo, z.s.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

	9 – 10	10 – 11	11 – 12	12 -13	13 – 14	14 -15	15 – 16
Út					Multimediální tvorba		
			Výtvarně literární ateliér				
					Ping pong		
St					Bláznivé nápady		
			Arteterapie				
Čt					Ping pong		
		Sociální pracovník					
Pá		Šicí dílna					
		Korálkování					

Dobré místo, z.s., Pavilon č. 19 Psychiatrické nemocnice Bohnice,
Ústavní 91/7, 181 00, Praha 8 – Bohnice, tel.: +420 777 733 400

Jak se k nám dostanete:

Z metra Kobylisy (trasa C) autobus 152 zastávka Libeňská (na znamení), autobus 177, 200 zast. Katovická

Pokud máte zájem o služby našeho sociálního pracovníka, je nutné se předem telefonicky domluvit na společné schůzce. Volejte, nebo pište SMS na číslo 728 499 427

Zdroj: Interní materiál spolku Dobré místo, z. s.

Příloha E – Peer konzultant



Peer konzultanti spolku Dobré místo vám bezplatně nabízejí:

- sdílení zkušeností, přátelské setkávání v místě vašeho bydliště (třeba posezení v kavárně, cesty za kulturou, za sportem, na úřad nebo na nákup)
- zprostředkování odborné pomoci při řešení sociálních problémů
- zázemí pro relaxaci v pavilonu 19 v areálu PN Bohnice a možnost zapojení do společného programu.

Peer konzultanti jsou lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním, kteří nabízejí pomoc na cestě k zotavení lidem po hospitalizaci na psychiatrickém oddělení.

kde nás najdete

Klubovna Dobrého místa sídlí v podkrovní pavilonu 19 v areálu PN Bohnice.

otevírací doba

út, st, čt, pá → od 10 do 15 hod.
so, ne, po → zavřeno

více informací

tel.: 777 733 400, e-mail: spolek@dobre-misto.cz, web: dobre-misto.cz

PŘIJĎTE
BEZ OBJEDNÁVÁNÍ.
TĚŠÍME SE
NA VÁS!



Projekt Společnost s kápravou má i dobrým záměrem
a také podporu Evropského sociálního fondu z Operačního
programu Zaměstnanost

Zdroj: Interní materiál spolku Dobré místo, z. s.

Příloha F – Textilní dílna



Zdroj: Foto autorka práce, 2019

Příloha G – Výrobky textilní dílny



Zdroj: Foto autorka práce, 2019

Příloha H – Tkalcovská dílna



Zdroj: Foto autorka práce, 2019

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Vlastimila Vetešníková

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Vliv trávení volného času na kvalitu života lidí se schizofrenií v Psychiatrické nemocnici Bohnice

Rok: 2019

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 9

Počet titulů českých použitých zdrojů: 14

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: PaedDr. Jarmila Klugerová, Ph.D.