

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA PSYCHOLOGIE

**ZKUŠENOSTI S ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ PÉČÍ U OSOB
SE SCHIZOFRENIÍ**

**EXPERIENCES WITH ASSERTIVE COMMUNITY
TREATMENT FOR PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA**



Magisterská diplomová práce

Autor:

Bc. Helena Talandová, Dis.

Vedoucí práce:

PhDr. Kristýna Hosáková, Ph.D.

Olomouc

2017

PROHLÁŠENÍ

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

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma Zkušenosti s asertivní komunitní péčí u osob se schizofrenií vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce a uvedla jsem veškeré použité podklady a literaturu.

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji své rodině, svým blízkým a především vedoucí práce PhDr. Kristýně Hosákové, Ph.D., za velmi vstřícný přístup, především cenné a odborné připomínky, rady a taktéž důsledné vedení této práce.

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

V Praze dne

Podpis

OBSAH

1	PSYCHIATRICKÁ PÉČE	8
1.1	Sociální psychiatrie	8
1.2	Systém psychiatrické péče	10
1.3	Reforma psychiatrické péče	10
2	KOMUNITNÍ PÉČE	13
2.1	Komunita	13
2.2	Systém komunitní péče	14
2.3	Vývoj komunitní péče	16
2.4	Služby komunitní péče	19
2.5	Cílová skupina	19
2.6	Vstup do komunitních služeb	20
2.7	Formy komunitních služeb	20
2.8	Přístupy v komunitní péče	23
3	DUŠEVNÍ PORUCHY	28
3.1	Definice duševních poruch	28
3.2	Klasifikační systém v psychiatrii	28
3.3	Klasifikace duševních poruch	29
4	PROBLEMATIKA SCHIZOFRENIE	30
4.1	Historie onemocnění	30
4.2	Definice schizofrenie	30
4.3	Epidemiologie	31
4.4	Etiologie a patogeneze schizofrenie	31
4.5	Rizikové a sociální faktory	32
4.6	Klinický obraz schizofrenie	33
4.7	Průběh a prognóza schizofrenie	37
4.8	Dělení poruchy schizofrenního okruhu	38
4.9	Diferenciální diagnostika schizofrenie	40
4.10	Farmakologická léčba schizofrenie	41
4.11	Psychoterapeutická léčba schizofrenie	43
4.12	Elektrokonvulzivní terapie	44

4.13 Hospitalizace	45
5 ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ PŘÍSTUP U OSOB SE SCHIZOFRENIÍ	46
5.1 Prvky asertivní komunitní péče	46
5.2 Cíl asertivní komunitní péče	46
5.3 Intervenční oblasti	47
5.4 Sociální dovednosti	48
5.5 Psychoedukace	49
6 METODOLOGIE	51
6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	51
6.2 Metoda výzkumu	52
6.3 Výzkumný design	55
6.4 Výzkumný soubor a metoda výběru	56
6.5 Metoda sběru dat a časový harmonogram	57
6.6 Metoda analýzy dat	60
6.7 Etické otázky a možná rizika výzkumu	60
6.8 Charakteristika pracovišť	61
6.9 Komunitní terénní tým	62
7 VÝSLEDKY	64
8 DISKUZE	72
9 ZÁVĚR	77
10 SOUHRN	79
LITERATURA	82
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	88
SEZNAM TABULEK	89
SEZNAM PŘÍLOH	90

ÚVOD

Schizofrenie představuje jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění spadajícího od skupiny onemocnění psychotických. Schizofrenie je stále doprovázena mýty a předsudky, která u veřejnosti vyvolávají strach a obavy, čímž stigmatizují takto nemocného jedince. Tato diplomová práce se zabývá tímto onemocněním ve spojení s komunitním přístupem. Klade si za cíl blíže popsat zkušenosti s asertivním komunitním přístupem u osob se schizofrenií. Mapuje, jak jedinci se schizofrenií vnímají spolupráce v rámci terénního týmu a jak tato spolupráce ovlivňuje jejich každodenní život. Navazuje tak na mojí bakalářskou práci, která se snažila zmapovat psychosociální dopady onemocnění.

K napsání této práce mě podnítila letitá pracovní zkušenost s osobami se schizofrenií a zkušenost v rámci komunitního přístupu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE

Úvodní kapitolu věnuji seznámení s psychiatrickou péčí poskytovanou v České republice. Psychiatrie se zabývá prevencí, diagnostikou, léčbou, rehabilitací a výzkumem duševních poruch za účelem poskytnutí kvalitní a efektivní péče (Marková et al., 2006). Blíže v kapitole specifikuji sociální psychiatrii. Dále rozvádím systém psychiatrické péče u nás a aktuálně probíhající reformu psychiatrie.

1.1 Sociální psychiatrie

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

Termín sociální psychiatrie se poprvé objevil v roce 1917. Nicméně jako samostatný obor se začal rozvíjet v druhé polovině 20. století. Předmětem zkoumání sociální psychiatrie jsou vzájemné vazby mezi duševním onemocněním, sociálními faktory a kulturními faktory. Tyto vazby mají výrazný vliv na etiologii onemocnění, její průběh, léčbu a rehabilitaci (Raboch et al., 2013).

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

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

Nedílnou součástí sociální psychiatrie je postavení jedince trpícího duševním onemocněním ve společnosti. Dále potom koncepce psychiatrické péče (Raboch, Pavlovský et al., 2013).

Sociální psychiatrii lze rozdělit do několika užších oblastí (Pěč, 2012):

- psychiatrická epidemiologie – měří sociální deprivaci ve vztahu k prevalenci duševních poruch,

- studium životních událostí a zkušeností – zabývá se rozbohem jednotlivých případů a v souvislosti s tím s hledáním predisponujících faktorů duševních nemocí,
- zdravotní výchova a destigmatizace – zahrnuje dostatečnou informovanost společnosti a začleňování jedinců trpících duševním onemocněním,
- ovlivnění institucionální péče – koncept,
- komunitní psychiatrie – léčba duševně nemocných, která se přibližuje co nejbližší jejich přirozenému prostředí.

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

David (2009) rovněž uvádí čtyři zdroje a čtyři následky sociální psychiatrie, které jsou následující:

Zdroje:

1. snaha překonat přeplněnost a zanedbanost ústavů a s tím související bezvýhodnost hospitalizace
2. boj za lidská práva
3. snaha ušetřit
4. víra v prevenci duševních poruch

Vyústění:

1. resocializace a zlepšení podmínek
2. bezdomovectví těžkých psychotiků, kteří jsou bez náhledu
3. reinstitucionalizace
4. neléčitelnost duševně nemocných jedinců, kteří nemají náhled

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

1.2 Systém psychiatrické péče

Psychiatrickou péči tvoří několik složek. Jsou jimi lůžková zařízení, ambulantní, komplementární¹ a komunitní. Raboch et al. (2013) dále udává, že je mezinárodní standard stanovující optimální počet jednotlivých typů péče. Zhruba na 100 000 obyvatel by mělo být k dispozici 50 lůžek, 14 – 15 na denní klinice, v chráněném bydlení by mělo být k dispozici 38 – 39 míst, dále 30 míst v chráněných dílnách a 25 místo pro dlouhodobou rehabilitaci.

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

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

1.3 Reforma psychiatrické péče v České republice

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

- Zvýšení kvality psychiatrické péče prostřednictvím systémové změny organizace jejího poskytování.

¹Komplementární péče je zajišťována prostřednictvím denních a nočních sanatorií, případně klinik a stacionářů (Pěč & Probstová, 2014).

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

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

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

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

- fáze 1: Inicivace a zajištění podmínek (1. 1. 2014 – 31. 12. 2015) – zahrnuje aktivity a projekty (především standardy a metodiky)
- fáze 2: Realizace a provoz (1. 1. 2016 – 31. 12. 2023) – tato fáze představuje hlavní segment implementace Strategie
- fáze 3: Vyhodnocení

V rámci reformy psychiatrické péče představuje největší změnu vznik Center duševního zdraví (CDZ). Tato centra fungují na komunitní bázi. Reforma si neklade za cíl rušit psychiatrické nemocnice. Nicméně rozvoj Center duševního zdraví při spolupráci s alternativními službami sníží kapacitní nároky na velké institucionální poskytovatele. Dojde ke zkvalitnění a zpřístupnění péče (Strategie reformy psychiatrické péče ze dne 8. 10. 2013, MZ ČR).

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

Poskytované služby Centry duševního zdraví:

- poskytování služeb CDZ v přirozeném prostředí pacienta, v prostorách CDZ
- poskytování péče multidisciplinárními týmy
- terénní týmy poskytující psychiatrickou rehabilitaci, práci s rodinami
- krizová centra
- denní péče – zdravotnický denní stacionář či denní centra
- psychiatrická ambulantní péče
- služby klinického psychologa
- služby dětského klinického psychologa
- svépomocné programy

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

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

2 KOMUNITNÍ PÉČE

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

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

2.1 Komunita

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

Komunita je zde vymezena hranicemi, postavena na pilířích a mající jasnou strukturu. Dle Jarošové (2007) jsou to hranice politické, ekonomické, sociální či geografické.

Komunitu lze definovat také z hlediska sociologického a psychologického. V praxi se setkáváme s oběma výše zmíněnými přístupy (Hartl, 1997):

a) Sociologicky

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

b) Psychologicky

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

Komunitu lze také dělit následovně (Hartl, 1997):

a) Terapeuticky (léčebně) zaměřenou komunitu

- charakterizuje ji specifická forma organizace léčebné instituce, kde je umožněno otevřeně komunikovat se všemi členy instituce včetně pacientů a vzájemně spolurozhodovat a podílet se na léčbě.

b) Výcvikově zaměřenou komunitu

- je zaměřena na sebepoznání, nácvik nezbytných dovedností, postojů atd.

2.2 Systém komunitní péče

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

Již Platón se ve svém díle *Ústava* zmiňoval a přiblížil péči od duševně choré, což lze považovat za příklad komunitní péče. Komunitní péče v meziválečném období dosáhla nejvyšší úrovně. Následně byl tento vývoj přerušen poválečnými a lokálními politickým změnami a globálními tendencemi medicinalizace² a institucionalizace (Marková, Venglářová, & Babiaková 2006).

Padesátá léta 20. století se obvykle považují za rozvoj komunitní péče v západní Evropě a ve Spojených státech (Říčan, 2007).

Pojem komunitní péče není vždy vnímán uniformně. Komunitní péči charakterizuje Koncepce oboru psychiatrie ve své revizi z roku 2008 jako soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít

²Medicinalizace představuje označení určitých životních jevů a procesů za hodných zájmu medicíny. Podává informace a z hlediska medicíny je pomáhá řešit (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006).

co nevíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, sociální a rovněž psychologické potřeby.

I přesto není pojem komunitní péče jednoznačně definovaný. Thornicrof & Tansella (2001) hovoří o několika významech, které přibližují komunitní péči. Jsou jimi:

- péče poskytovaná mimo velké instituce
- profesionální služby, které jsou poskytovány mimo nemocnice
- péče, která je poskytována komunitou
- normalizace obyčejného život

Všechny výše uvedené body mají jedno společné – komunitní péče je zde chápáno v opozici k péči ve velkých azylových zařízeních.

Pěč (2007) naproti tomu považuje za přesnější definici komunitní péče jako souhrn všech služeb pro cílovou skupinu, kde komunitní péče zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové. Pojem komunitní zde představuje hlavně princip, podle něhož by měly být služby nastaveny.

„Péče, která je nazývána komunitní, využívá terapeutický a rehabilitační potenciál přirozených společenství lidí. Komunitní péče je trendem posledních desítek let nejel pro lidi s duševními poruchami, ale i pro další skupiny zdravotního postižení a pro seniory.“ (Kalvach et al. 2001 in Probstová & Pěč, 2014, 184).

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

Van Weeghel (2005, in Říčan, 2007) charakterizuje komunitní péči následovně:

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

- Komunitní péče klade důraz na rodinu a její podporu, případně na další neformální poskytovatele péče.

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

Probstová (2005) se k tomuto tématu vyjadřuje tak, že „komunitní péče označuje nejen péči v místním společenství, ale také služby poskytované obcí, péči, která je zaměřena potřeby lidí, nikoliv na budování institucí“.

Komunitní péče by měla splňovat následující kritéria (Thornicroft & Tansella, 2001):

- autonomie
- kontinuita (týká se služeb a času)
- efektivita (poskytnutí adekvátní intervence)
- dostupnost (časová, místní, odpovídající potřebám)
- komplexnost (zahrnuje veškeré služby a pacienty)
- spravedlnost (týká se rozdělení zdrojů)
- odpovědnost (vůči pacientům a společnosti)
- koordinace (mezi jednotlivými službami)
- výkonnost (nejúčinnější služby by měly být zároveň nejlevnější)

2.3 Vývoj komunitní péče

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

- **Medicínský model** – datován do 50. let 20. století – v této době převládal institucionalismus, kdy byli duševně nemocní jedinci zcela izolováni od komunity a představovali pasivní roli *pacientů*. Zlepšení duševního stavu se u nich neočekávalo.

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

Deinstitucionalizace

Komunitní péče je v současné době uplatňována v řadě vyspělých zemí a je spojena s deinstitucionalizací³ (Cohen, 1990).

V souvislosti s deinstitucionalizací začaly v západních zemích vznikat komunitní týmy duševního zdraví a určenou geografickou oblastí své působnosti. Cílem bylo poskytnout pacientům jejich co nejbližší přirozené prostředí (Pěč, 2014).

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

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

V rámci komunitní péče původní koncept představoval tzv. systém komunitní podpory (Community Support System – CSS), který byl definován Národním institutem duševního zdraví v USA. Tento systém je datován do 70. let 20. století. Zaměřoval se na začleňování duševně nemocných do společnosti a minimalizaci

³Deinstitucionalizace – redukce velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhrada komunitními službami (Probstová & Pěč, 2014).

rizik v rámci jejich izolace. Opatřeními, které model musel splňovat, byla identifikace potřeb duševně nemocných jedinců, jejich aktivní vyhledávání, psychiatrická léčba, nepřetržité krizové služby, obecná zdravotní a stomatologická péče, služby bydlení, podpora v oblasti financí, podpora v sociální oblasti, podpora rodiny a okolí, ochrana práv duševně nemocných jedinců a právní poradenství (Probstová & Pěč, 2014).

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

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

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

Komunitní psychiatrie poskytuje širokou škálu služeb – diagnostiku, léčbu, dispenzarizaci⁴ a prevenci. Tyto služby poskytují zejména ambulantní psychiatrické služby a týmy, denní stacionáře, psychoterapeutické programy, psychiatrická oddělení, krizové služby, rezidenční služby v rámci komunity a psychiatrickou rehabilitaci (McDaid & Thronicroft, 2005 in Probstová & Pěč, 2014). Někdy jsou součástí služeb rovněž praktiční lékaři (Probstová & Pěč, 2014).

⁴Dispenzarizace představuje aktivní preventivní vyhledávání, vyšetřování, pravidelné léčení a sociální sledování osob s konkrétní nemocí bez rizikových známek po dobu ohrožení těchto jedinců či trvání nemoci nebo až do jejího vyléčení – dispenzární péče (Dispenzarizace, nedat.).

2.4 Služby komunitní psychiatrie

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

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

2.5 Cílová skupina

Cílovou skupinou většinou tvoří dlouhodobě duševně nemocní jedinci. Jsou to pacienti s tzv. závažným duševním onemocněním (SMI)⁵, dle MKN tedy jedinci s psychotickým onemocněním, poruchami nálady, některými poruchami osobnosti, duálními diagnózami či chronifikovanými neurotickými poruchami. Dalším kritériem je min. dvouletá anamnéza duševní nemoci či kontaktu se službami duševního zdraví (Pěč & Probstová, 2009).

⁵SMI – Severe mental illness.

Do cílové skupiny patří jedinci se sníženou funkční kapacitou. Funkční kapacita se v tomto případě posuzuje škálou GAF⁶, která představuje nástroj pro měření funkčního postižení (Probstová & Pěč, 2014).

2.6 Vstup do komunitních služeb

Pro vstup do komunitních služeb je nezbytné doporučení specializované služby. Komunitní týmy akceptují doporučení od praktických lékařů, služeb primární péče, sociálních služeb, ostatních specializovaných týmů, psychiatrických služeb (Probstová & Pěč, 2014).

Někdy je možné akceptovat rovněž doporučení policie, případně rodiny a okolí (Assertive Community Treatment, nedat.).

2.7 Formy komunitních služeb

Denní stacionáře

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

Denní stacionáře zajišťují denní pobyt psychiatrických pacientů. Představují alternativu a rozšíření hospitalizace, ambulantní péče, dlouhodobé rehabilitace a resocializace (Pěč, Kobic, Lorenc, & Beránková in Péče o duševní zdraví, 2010). Předpokladem denních stacionářů jsou spolupracující jedinci. Program denních stacionářů je zaměřen psychoterapeuticky a často kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací. Je realizován psychiatry, klinickými psychology, zdravotními lékaři a sociálními pracovníky (Probstová & Pěč, 2014).

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

Krizové služby

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

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

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

Případové vedení

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

V literatuře byl asertivní komunitní přístup po celá léta původně uváděn pod termínem case management (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006).

Psychiatrická rehabilitace

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

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

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

1. Bostonský směr

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

2. Los Angelský směr

je reprezentován je R. P. Libermanem. Zaměřuje se na trénink sociálních dovedností, získání strategií na řešení problémů, monitorování symptomů, funkční vyšetření či vyšetření stresorů.

3. Britský model

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

Deset zásadních elementů přístupu k psychiatrické rehabilitaci (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006):

- Rehabilitace představuje dynamický obousměrný proces s cílem úzdravy, opory a zlepšení kvality života.
- Rehabilitace směřuje k úzdravě, opoře, normalizaci a začlenění do komunity.
- Aktivity v rámci rehabilitace mohou být prováděny na úrovních klienta, jeho zázemí a společnosti.
- Působnost rehabilitace v rámci směrů: vztahy, činnost, čas.
- Rehabilitace je prováděna v triádě pracovníků, klienta a sociální sítě.
- Čtyři životní domény rehabilitace u klienta představují bydlení, práce, učení a volný čas a čtyři osobní domény jsou osobní péče, zdraví, účel a smysl, sociální vztahy.

- Pět pilířů rehabilitačního procesu jsou motivace, dovednosti, status, materiální a společenská podpora.
- Rehabilitace by měla odstraňovat bariéry a zvyšovat příležitosti.
- Rehabilitace v sobě kombinuje osobní a materiální podpory.
- Čtyři hlavní typy aktivit rehabilitačně orientované péče představují léčebně zaměřená péče, péče cílená k funkční nápravě, kompenzační péče a komunitní péče.

Zotavení

Psychiatrická rehabilitace pomáhá jedincům s psychiatrickým onemocněním v jejich procesu zotavení (recovery). Proces zotavení je popisován jako hluboce osobní, unikátní proces změny přístupu, hodnot, pocitů, cílů, schopností a rolí jedince. Zotavení představuje žití spokojeného, nadějného a přínosného života navzdory omezením, která jsou zapříčiněna onemocněním. Zotavení představuje vývoj nového smyslu a účelu života (Anthony, 1993 in Foitová, Pěč, & Wenigová, 2011).

2.8 Přístupy v komunitní péči

Asertivní komunitní léčba (ACT)

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

Asertivní komunitní léčba⁷ představuje typ případového vedení. Charakteristikami tohoto typu léčby jsou (Probstová & Pěč, 2014):

- tým složený z více odborníků
- péči o každého pacienta sdílí celý tým
- přímé poskytování služeb členy týmu
- vysoká četnost kontaktů s pacientem
- méně pacientů připadajících na jeden tým
- asertivní kontaktování pacientů v oblasti působení týmu
- nepřetržitá služba

⁷ACT – Assertive community treatment.

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

ACT se snaží zmírnit, případně odstranit příznaky duševní choroby u jednotlivých pacientů. Dále pak minimalizovat či zabránit opakujícím se akutním propuknutím nemoci. Snaží se zlepšit kvalitu života pacientů, zlepšit jejich fungování v rámci sociálních a profesních rolí a zvýšit schopnost jedince žít nezávisle (Assertive Community Treatment, nedat.).

Klíčovými rysy ACT je léčba (podávání psychofarmak, individuální podpůrná léčba, mobilní krizová intervence atd.), rehabilitace (psychoterapie, aktivizace, denní program, podporované zaměstnávání, podpora pro pokračování ve vzdělávání atd.) a pomocné služby (podpora, rozvoj dovednosti, spolupráce s rodinnými příslušníky a okolím, finanční poradenství, podporované bydlení atd.) (Assertive Community Treatment, nedat.).

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

Asertivní komunitní péče přesto necílí na všechny pacienty s vážnou duševní poruchou, ale zaměřuje se na nejzávažněji nemocné a ohrožené pacienty, tedy často nestabilní, psychotické pacienty, u nichž dochází k častým rehospitalizacím.

Udává se, že tato skupina pacientů tvoří zhruba 20% celé skupiny vážné nemocných psychiatrických pacientů. (Assertive Community Treatment, nedat.). Složení týmů tvoří psychiatrické sestry, sociální pracovníci, psychiatr. Na pracovníka připadá 10 pacientů. Kontaktování pacientů se odvíjí od potřeby, často několikrát týdně. Propuštění pacientů z týmu se odvíjí rovněž dle potřeby. Pokud pacienti nepotřebují kontakt alespoň jedenkrát týdně, jsou z péče týmu propuštěni. Kapacita týmu je zhruba 60 – 100 pacientů (Hoof & col., 2015). Technikami týmu je asertivní kontaktování, sdílení pacientů, multidisciplinární přístup (Owen, Sood, Ward, & Wood, nedat.).

Stuchlík (2001) zohledňuje asertivní komunitní péči v několika bodech:

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

Psychiatrická asertivní péče (PACT)

Model asertivní komunitní péče byl vyvinut v sedmdesátých letech minulého století ve státě Wisconsin v USA Leonardem Steinem a Mary Ann Testovou. Program poté byl uveřejněn jako *PACT⁸ model*, tedy model psychiatrické asertivní komunitní péče. Původně byla asertivní komunitní péče určena pro všechny

⁸PACT - Psychiatric Assertive Community Treatment.

psychiatrické pacienty. Z důvodů nákladnosti později byla doporučována pouze pacientům s vážnou duševní poruchou⁹ (Drake, 2008.).

Trénink života v komunitě

Vznik modelu asertivní komunitní péče úzce souvisí se studií, která nese název Trénink života v komunitě¹⁰. Studie byla provedena ve zmiňovaném Wisconsinu. Jednalo se o poskytování „komunitních služeb“ v domovech pacientů, či na jejich pracovištích. Pro každého pacienta byl sestaven individuální program s pokrytím 24 hodin denně po 7 dní v týdnu. Velké úsilí bylo věnováno vyhledávání pracovních míst nebo chráněné práce pro pacienty. Služba také podporovala zapojení rodinných příslušníků a dalších osob z okolí pacienta. Ve srovnání s kontrolní skupinou došlo u pacientů s poskytováním „komunitní podpory“ k signifikantnímu zlepšení zdravotního stavu a výrazně se zlepšila jejich životní situace (Stuchlík, 2001).

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

Následné výzkumy také potvrdily, že asertivní komunitní péče výrazně zredukovala počet rehospitalizací. Pacienti asertivních týmů čerpali méně zdravotní péče od dalších poskytovatelů, dostávali se méně do konfliktních situací, byli kratší dobu nezaměstnaní a více času trávili v chráněné práci. Celkově tito pacienti žili spokojenější život, měli méně příznaků onemocnění a nepředstavovali takovou zátěž pro rodinu a okolí (Stein & Test, 1980 in Probstová & Pěč, 2014).

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

⁹SMI – Severe mental illness.

¹⁰TLC – Training in Community Living.

Flexibilní asertivní komunitní péče (FACT)¹¹

Flexibilní asertivní komunitní péče představuje nizozemskou variantu asertivní komunitní péče.

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

FACT Board / Tabule

Tabule je tvořena excelovou tabulkou, kde jsou uvedeni pacienti, kteří aktuálně vyžadují intenzivní péči z různých důvodů, jako je prevence krize, návrat domů po hospitalizace, prolongované dekompenzace, pacienti vyhýbající se kontaktu, hospitalizovaný pacient, noví pacienti či pacient se soudně nařízenou léčbou (Hejzlar, 2014).

Asertivní terénní týmy (AO)

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

¹¹FACT – Flexible Assertive Community Treatment.

¹²AO - Assertive Outreach.

3 DUŠEVNÍ PORUCHY

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

3.1 Definice duševních poruch

Duševní poruchy a choroby se mohou vyskytovat v každém věku. Jejich projevy jsou různorodé. Mohou se projevovat změnami psychických funkcí, verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi (Zvolský et al., 1996a). Rozvoj psychické poruchy je možné pochopit na základě znalosti interakce mnohočetných rizikových faktorů, mezi které patří faktory biologické (genetické, vrozené, dané úrazy, onemocnění apod.), enviromentální (dané prostředí, tj. výchova, vzory, životní události apod.), psychologické (charakterové rysy osobnosti apod.) a sociální (vliv kultury, školní třídy, kolektiv v práci apod.) (Praško et al., 2003).

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

3.2 Klasifikační systém v psychiatrii

Odborné disciplíny třídí své poznatky a zkušenosti. Tak vznikají klasifikační systémy. Úkolem těchto systémů je (Raboch et al., 2013):

- Poskytnout specifický jazyk všem pracovníkům v oboru, který umožňuje vzájemnou odbornou komunikaci.
- Stanovit správnou diagnózu a následnou efektivní léčbu.
- Přijít na příčiny duševních poruch – znalost etiologie a patogeneze souvisí s efektivní terapií (Raboch et al., 2013).

3.3 Klasifikace duševních poruch

S vývojem klasifikace je velice úzce spjato poznání o příčinách a průběhu jednotlivých onemocnění. Mezi psychiatrické klasifikační systémy patří Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (MKN-10) z roku 1992 a Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, 5. revize (DSM-V). MKN-10 se používá v evropských zemích, DSM-V v zemích severní a jižní Ameriky, v Austrálii a na Novém Zélandu (Orel et al., 2016). MKN-10 je v současné době předmětem revize. Dle WHO¹³ je naplánováno vydání 11. revize v roce 2017 (Classifications of diseases, 2015).

Psychiatrii je v MKN-10 věnována V. kapitola po označením písmenem F. Obsahuje zhruba 1000 kategorií, které jsou rozděleny do následujících 10 sekcí (Raboch, Pavlovský, & Janotová, 2012):

- F00 - F09 organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10 - F19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
- F20 - F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
- F30 - F39 poruchy nálady (afektivní poruchy)
- F40 - F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
- F50 - F59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 - F69 poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 - F79 mentální retardace (duševní opoždění)
- F80 - F89 poruchy psychického vývoje
- F90 - F98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 - nespecifikovaná duševní porucha

¹³WHO je Světová zdravotnická organizace. Představuje režijní a koordinační orgán pro zdraví v rámci Organizace spojených národů (OSN). Je globálním vedoucím v oblasti zdraví.

4 PROBLEMATIKA SCHIZOFRENIE

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

4.1 Historie onemocnění

K historii bych zmínila pouze základní údaje a data. Do konce 18. století se věřilo, že duševní onemocnění jsou projevem samotné patologické bytosti. Užíval se termín Wilhelma Griesingera Einheitspsychose (pojetí jediné psychózy). Další důležitou osobností byl francouzský lékař Philippe Pinel, který jako jeden z prvních rozeznal, že duševní onemocnění by měla být separována a klasifikována na základě jejich rozdílných rysů a rozeznávání mezi demencí, retardací, mánií a melancholií. Francouzský psychiatr Benedict Augustin Morel pojmenoval onemocnění jako "Démence précoce". Tento termín následně převzal německý psychiatr Emil Kraepelin, který shrnul řadu psychóz v nosologickou jednotku "Dementia praecox" (raná demence). Považoval psychózy za jednu nemoc, u které lze předpokládat jednotnou příčinu. Pojem schizofrenie (z řeckého schizein – rozštěp a phren – mysl) následně zavedl švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857 – 1939) v roce 1911. Nemoc charakterizoval "rozštěpem" různých psychických funkcí. Přestože použil pro pojmenování nemoci singulár, domníval se, že se jedná o skupinu nemocí (Warner & Girolamo, 1995).

4.2 Definice schizofrenie

Schizofrenii charakterizuje kognitivní deficit, pozitivní a negativní, strukturální, funkční a neurochemická alternace mozku. Představuje psychotickou poruchu (Raboch et al., 2013).

Psychózami se označují závažná duševní onemocnění, kdy je narušeno vnímání reality jedince. Je tak ovlivněno jeho chování, vnímání, cítění. Psychóza má značný vliv na celkovou osobnost člověka. Jedná se o onemocnění s dlouhodobým průběhem se sklonem k chronicitě. Schizofrenii charakterizuje porucha myšlení, jednání, vnímání, emocí a vůle. (Marková et al., 2006).

4.3 Epidemiologie

Celoživotní prevalence schizofrenie představuje 1 – 1,5 %. 2 – 4 případy na 10 000 ročně. Incidence je totožná pro obě pohlaví. Nicméně mužům je připisován malignější průběh. Schizofrenie je diagnostikována nejčastěji mezi 25. a 35. rokem života, u mužů mezi 15. a 25. rokem. Setkáváme se ale i s pacienty, u nichž bylo toto onemocnění zjištěno ve vyšším věku života než v 35. roce života. Jako vzácná se jeví schizofrenie diagnostikovaná v dětském věku. Celosvětově spadá mezi 10 nejzávažnějších důvodů pracovní neschopnosti (Raboch et al., 2013).

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

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

4.4 Etiologie a patogeneze schizofrenie

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

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

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

Praško (2003) onemocnění schizofrenií dává do souvislosti s dědičnými vlivy, ale taktéž s porodem v zimních a jarních měsících a s prenatálními a perinatálními vlivy.

4.5 Rizikové a sociální faktory

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

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

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

4.6 Klinický obraz schizofrenie

Schizofrenie je nemoc heterogenní. Projevy schizofrenie jsou rozmanité. V popředí dominují charakteristické příznaky, které se dělí do tří základních skupin (Raboch et al., 2013):

1. pozitivní příznaky
2. negativní příznaky
3. kognitivní příznaky

Pozitivní příznaky

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

- Sluchové (auditivní) halucinace – nejčastější forma; zvuky, slova, věty, rozhovory, monology až několika hlasů; obsah verbálních halucinací může být neutrální, často však nepřátelský a nepříjemný, nemocnému se posmívá, nadává, vyhrožuje, kritizuje
 - imperativní halucinace – nemocnému dávají příkazy a rozkazují (zde je riziko suicidia, sebepoškození či homicidy nemocného).
- Zrakové (optické) halucinace - bývají méně časté; nemocný vidí osoby, zvířata, věci, obrazce, objekty aj.
- Útrobní (viscerální) halucinace – charakteristické jsou tělové pocity vycházející z různých vnitřních orgánů; obsah bývá často sexuálního rázu.
- Hmatové (taktilní) halucinace – charakteristické jsou hmatové pocity.
- Čichové (olfaktorické) a chuťové (gustatorické) halucinace – nemocný cítí různé zápachy často spojené s podobnými chuťovými pocity.
- Intrapsychické halucinace – nemocný halucinuje, že mu jsou do hlavy vkládány jiné a cizí představy a myšlenky, případně jsou odebírány jeho vlastní.

- Inadekvátní halucinace – nemocný má pocity v jiných částech těla než v těch, kde daný orgán sídlí.
- Hypnagogické halucinace (představy) – jsou to nepravé halucinace, které se objevují během usínání, kdy jedinec ještě nespí; jedná se o přechod z bdění do snu.

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

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

- Mikromanické bludy (depresivní)
 - insuficienční blud – pocit bezmoci a vlastní neschopnosti
 - autoakuzační blud – sebeoviňující
 - ruinační blud – pocit naprostého bankrotu
 - hypochondrický blud – obavy z těžkého či nevyléčitelného onemocnění
 - dysmorfofobický blud – přesvědčení o znetvoření
- Megalomanické bludy (expanzivní)
 - extrapotenční blud – přesvědčení o mimořádných schopnostech
 - originární blud – spojený s urozeným a vznešeným původem

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

Negativní příznaky

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

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

Dle Bankovské Motlové & Španiela (2011) negativní příznaky zahrnují:

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

Hollý (nedat.) udává, že negativní příznaky se skládají především z velké nerozhodnosti, snížené spontaneity, apatie, která je často zaměňována za lenost, a z nevýrazné až depresivní nálady. Negativní příznaky často přetrvávají a zůstává v nich deficit běžného prožívání, pacientům se výrazně hůře žije realita kolem nich, což působí značné problémy v běžných sociálních kontaktech.

Kognitivní příznaky

Kognitivní příznaky můžeme považovat za jádro příznaků schizofrenie. Jedná se o dysfunkci poznávacích schopností, se kterou se setkáváme před začátkem onemocnění (Češková, 2013).

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

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

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

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

Praško (2003) zase dělí schizofrenní příznaky do následujících tří skupin:

1. Psychomotorické ochuzení – prvořadě se projevuje ochuzením řeči, dále ochuzením pohybů, omezením očního kontaktu, oploštěním afektu; takový jedinec může spíše působit jako líný, pasivní, netečný

2. Dezorganizace - charakteristická je ztráta soudržnosti afektu, řeči, myšlení a pohybů; jedinec působí roztržitě, nesoustředěně
3. Distorze skutečnosti – jedinec má narušené vnímání reality; typické jsou bludy a halucinace

4.7 Průběh a prognóza schizofrenie

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

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

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

- Necelá třetina (22 – 27 %) nemocných se po první atace uzdraví úplně nebo částečně.
- U třetiny nemocných jsou přítomny ataky s reziduální psychopatologií mezi atakami.
- Více než třetina nemocných chronifikuje.

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

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

Tabulka 1: Fáze nemoci (Bankovská Motlová & Španiel, 2013, 30)

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

4.8 Dělení poruch schizofrenního okruhu

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

Nicméně v současné době MKN-10 rozlišuje následující formy schizofrenie (Raboch et al., 2013):

- Paranoidní schizofrenie – F20.0
 - nejčastější forma; přítomnost bludů a halucinací
- Hebefrenní schizofrenie – F20.1 (dezorganizovaná schizofrenie dle DSM-V)
 - nevypočitatelné chování, emoční labilita, podivná až bizarní aktivita a chování, nápadné oblékání, manýrování, celkové projevy nedospělosti

- Katatonní schizofrenie – F20.2
výrazné poruchy psychomotoriky, povelový automatismus, manýrování, negativismus
 - katatonní stupor či psychomotorický útlum – nemocný setrvává v nepřírozených, bizarních polohách; patrný zvýšený svalový tonus – tzv. vosková ztuhlost (flexibilitas cerea)
 - nadměrné vzrušení, bezcílný neklid
- Nediferencovaná schizofrenie – F20.3
stavy či průběh nesplňují všeobecná kritéria pro schizofrenii; zahrnuje symptomatologii více forem a nelze určit, která převládá
- Reziduální schizofrenie - F20.5 (zbytková schizofrenie)
představuje chronický stav přetrvávající po odeznění akutních příznaků; podivínství, zanedbávání sebe i okolí
- Simplexní schizofrenie – F20.6
méně častá forma, prognosticky velice závažná, neprobíhá v epizodách, ale rozvíjí se pozvolným procesem; plíživé změny chování, úpadek vůle, lhostejnost, povrchnost, ztráta zájmů, oploštěné emoce
- Postschizofrenní deprese – F20.4
odeznívání epizody schizofrenie a nástup epizody deprese s odstupem až jednoho roku; zvýšené riziko suicidálního chování; často je obtížné stanovit, které příznaky odpovídají depresivnímu ladění či vlastnímu psychotickému onemocnění a které lze přičíst vedlejším účinkům psychofarmak
- Jiná schizofrenie – F20.8
- Schizofrenie NS – F20.9

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

MKN-10 popisuje poruchy souhrnně nazvané *“Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F20 – 29”*. Kučerová (2010) zastává názor, že se jedná o

roztříštěnou klasifikaci, do které je třeba zanést řád. Zároveň vyjadřuje názor, že řád do okruhu schizofrenních onemocnění je velice nesnadné zavést.

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

Tabulka 2: Kritéria MKN-10 pro schizofrenii

1.	Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:
a.	ozvučování, vkládání, odebírání, vysílání myšlenek
b.	bludy kontrolování, ovládání, ovlivňování, zřetelné pohyby těla, končetin, zvláštní myšlenky, pocity, činnosti, bludné vnímání
c.	auditivní halucinace
d.	neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, nadlidská moc nebo schopnost
2.	Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:
a.	neustálé halucinace jakéhokoli typu vyskytující se po dobu min. 1 měsíce a jsou spojeny s bludy bez jasného emotivního obsahu
b.	neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, inkoherentní myšlení, zmatený slovní projev
c.	katatonní chování, vzrušení, nástavy, vosková ohebnost, mutismus, stupor
d.	negativní symptomy jako je apatie, ochuzení řeči, ploché nepřiměřené odpovědi

4.9 Diferenciální diagnostika schizofrenie

Obraz schizofrenie mohou napodobit různá jiná onemocnění. Z důvodů značné variability příznaků může po určité době dojít ke změně diagnózy. Diferenciální diagnostika vyžaduje především čas. Využívají se k ní různá pomocná vyšetření jako toxikologické vyšetření, vyšetření krevního obrazu, biochemické vyšetření séra, biochemické a cytologické vyšetření moči apod. Případně zjišťování

přítomnost přenosných chorob. Je nutné odlišit následující diagnózy (Češková, 2013).

- Organické a symptomatické poruchy (F0)
encefalitida, traumatické poškození CNS, neurodegenerativní, metabolická, revmatická a srdeční onemocnění, metabolická onemocnění, roztroušená skleróza
- Psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami (F1)
- Poruchy schizofrenního spektra (F2)
schizofreniformní, schizoafektivní a schizotypní poruchy
- Afektivní poruchy (F3)
mánie či deprese
- Neurotické poruchy (F4)
disociativní stupor, obsedantně-kompulzivní syndrom, depersonalizační a derealizační syndrom
- Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými a somatickými faktory (F5)
- Poruchy osobnosti (F6)
především paranoidní, schizoidní a emočně nestabilní porucha osobnosti.

4.10 Farmakologická léčba schizofrenie

Cíl léčby schizofrenie nepředstavuje pouze odstranění symptomů, ale především úzdrava nemocného a umožnění mu naplno fungovat v běžném životě. Základním pilířem je podávání antipsychotik, které Orel (2012) rozděluje na:

- Klasická antipsychotika
 - sedativní (bázální) antipsychotika (chlorpromazin, levomepromazin, thioridazin, zyklopentioxol, chlorprothixen)
 - incisivní antipsychotika (flupentixol, flufenazin, haloperidol, perfenazin, prochlorperazin, melperon, trifluoperazin, cisklopentixol, pimoqid, fluspirilen, penfluridol)
- Atypická antipsychotika (risperidon, ziprasidon, olanzapin, quetiapin, clozapin, aripiprazol, amisulprid, zotepin, sertindol)

- Depotní antipsychotika (haloperidol dekanóát, zuclopenthixol dekanóát, flupentixol dekanóát, risperidon, fluspirilen, flufenazin dekanóát, oxyprotepin dekanóát, olanzapinum).

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

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

Cílem léčby schizofrenie je zvládnout akutní průběh nemoci, zabránit relapsu a rozvoji negativních příznaků nemoci. Antipsychotika se podávají dlouhodobě, minimálně po dobu 1 roku. Je několik lékových forem antipsychotik (tablety, injekce, kapky) a rovněž více způsobů podání (perorální, injekční). Účinnost podávaného antipsychotika by se měla hodnotit po 4 - 6 týdnech užívání. Jednotlivá antipsychotika účinkují individuálně (Orel et al., 2012).

Nežádoucí účinky antipsychotik

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

- Časné extrapyramidové příznaky:
 - akatizie – neschopnost zůstat v klidu, nemocný působí tenzně, stále přešlapuje a popochází,
 - parkinsonoid – třes, snížení hybnosti, svalová ztuhlost, akutní dystonie – mimovolní kontrakce svalů v šijové, obličejové oblasti.
- Pozdní extrapyramidové příznaky:
 - tardivní dyskinézy – opakované, mimovolní pohyby jazyka, mimických svalů obličeje,
 - tardivní dystonie – mimovolní, pomalé, bolestivé stahy svalů.
- Metabolické nežádoucí účinky - často se vyskytují v rámci metabolického syndromu (klinické a laboratorní abnormality, inzulinová rezistence,

hypertenze aj.), u schizofrenních pacientů je výskyt s tímto syndromem dáván do souvislosti s psychofarmakoterapií.

- Hmotnostní nárůst
- Narušení glukózového metabolismu - diabetes, porucha glukózové tolerance, zvýšení glykemie nalačno.
- Dyslipidemie – zvýšená hladina lipidů.
- Hyperprolaktimie – zvýšená hladina prolaktinu.

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

Kompliance

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

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

4.11 Psychoterapeutická léčba schizofrenie

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

Na zmíněné okruhy problémů se zaměřují psychoterapie a psychosociální intervence, které usilují především o posílení vnitřních zdrojů každého jedince tak,

aby zvládl adaptaci v rámci prostředí a dokázali do nejvíce odolávat stresorům. Jedná se především o pacienty značně zranitelné. (Hoskovcová, 2009).

S psychoterapií se začíná po odeznění akutních příznaků onemocnění. Je třeba zmínit, že psychoterapie schizofrenních pacientů se liší od psychoterapie u jedinců zdravých či s jinou diagnózou. Zahrnuje individuální psychoterapii, skupinovou psychoterapii, kognitivně-behaviorální psychoterapii, rodinnou psychoterapii a psychoedukaci (Raboch et al., 2013).

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

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

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

4.12 Elektrokonvulzivní terapie

Při léčbě schizofrenie se můžeme setkat rovněž s indikací elektrokonvulzivní terapie (ECT), jejíž používání je datováno od 30. let 20. století. Navzdory účinnosti je metoda odmítaná. Tato cesta léčby se volí v případech farmakorezistentních pacientů a u velmi těžkých schizofrenních atak. Při elektrokonvulzivní terapii se nemocnému aplikuje střídavý proud (z 220V na 60V) prostřednictvím elektrod

umístěných na hlavě v oblasti spánkové. Elektrokonvulzivní terapie je indikována 2 – 3x týdně v celkovém počtu zhruba 6 – 12 šoků (Petr et al., 2014).

Výkon je prováděn v celkové anestezii za přítomnosti anesteziologa, psychiatra, anesteziologické sestry. Během aplikace střídavého proudu dochází ke ztrátě vědomí, apnoe a tonicko-klonickým křečím. Vedlejší účinky jsou nevolnost, bolesti hlavy, pocity slabosti. Nejmarkantnější jsou dočasné mnestické poruchy. K indikaci ECT je třeba provedení laboratorních a speciálních vyšetření a souhlas pacienta (Zvolský et al., 1996a).

4.13 Hospitalizace

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

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

Další léčebné programy zajišťují denní stacionáře pro pacienty s psychózou, ambulance, podpora v bydlení, podpora v práci, svépomocné skupiny (Höschl et al., 2002).

5 ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ PŘÍSTUP U OSOB SE SCHIZOFRENIÍ

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

5.1 Prvky asertivní komunitní péče

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

Mezi prvky asertivní komunitní péče patří (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006):

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

5.2 Cíl asertivní komunitní péče

Cílem asertivní komunitní péče u osob se schizofrenií je integrovat tyto pacienty v rámci společnosti a umožnit jim autonomní žití. Péče se netýká pouze psychiatrických a jiných zdravotnických potřeb, ale též sociálních a ekonomických potřeb. Asertivní péče má být vysoce intenzivní. Asertivní komunitní

péče u osob se schizofrenií má pozitivní dopad na celkovou kvalitu života pacientů s tímto onemocněním a zlepšuje jejich životní úroveň (Probstová & Pěč, 2009).

Jedinci trpící schizofrenií, kterým je poskytována asertivní komunitní péče, vykazují rovněž pozitivní dopad na jejich život v následujících bodech (Allness, nedat.):

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

Asertivní péče poskytovaná jedincům se schizofrenií by měla být intenzivní. Pracovníci by se měli s jednotlivými pacienty dlouhodobě setkávat minimálně jednou týdně. Péče by neměla být časově omezena, měla by být poskytována 24 hodiny denně. A především vysoce individualizovaná a flexibilní, tedy měnící se dle aktuálních potřeb pacienta. Hlavními cíli asertivní péče by mělo být snížení rehospitalizací u pacientů se schizofrenií. Dále pak pomoc nemocným jedincům přizpůsobit se každodennímu životu v komunitě (Gale, Realpe, & Pedrali, 2008). Specifikem asertivní péče je rovněž asertivní vyhledávání a kontaktování potenciálních pacientů se schizofrenií (Probstová & Pěč, 2014).

5.3 Intervenční oblasti

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

- Intervence zaměřené na prostředí klienta (vytvoření vazeb, zprostředkování, práce s rodinou, monitorování a rozšiřování sociálního zázemí).

- Intervence zaměřené na klienta (trénink dovedností, individuální terapie, farmakovaterapie).
- Intervence zamření na klienta a prostředí (krizová intervence, rodinná terapie, minitorování).

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

5.4 Sociální dovednosti

Pro osoby se schizofrenií je důležité obstat v mezilidských vztazích s vyloučením stresových situací. To může umožnit nácvik sociálních dovedností, které usnadňují mezilidskou komunikaci a mezi které patří například konverzace, asertivní komunikace, dovednost o něco požádat nebo naopak odmítnout (Bankovská Motlová & Španiel, 2006).

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

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

druhotné sociální újmě, která se projevuje zhoršenou sociální adaptací (Praško et al., 2003).

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

5.5 Psychoedukace

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

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

VÝZKUMNÁ ČÁST

6 METODOLOGIE

V následujících kapitolách detailněji nastíním popis metodologického rámce. Zaměříme se definování cíle předkládané práce a výzkumné otázky. Blíže identifikuji metodu sběru dat, výzkumný soubor, časový harmonogram výzkumu a etické aspekty tohoto výzkumu.

6.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cíl výzkumu představuje explicitní záměr výzkumníka shromáždit data takovým způsobem, aby byl schopen odpovědět na výzkumnou otázku (Hendl, 2016).

Cílem mojí práce je především představit zkušenosti, možnosti a efektivitu asertivní komunitní péče u osob se schizofrenií s možností nalézt vzorce vedoucí ke zkvalitnění péče u osob s tímto duševním onemocněním. Na základě informací, které jsou uvedeny v teoretické části, vyplývá zřetelný dopad na kvalitu života osob se schizofrenií. Cíl výzkumu úzce souvisí s mojí bakalářskou prací.

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

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

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

Výzkumné otázky

S ohledem na cíl výzkumu jsem stanovila pět výzkumných otázek, které zní následovně:

VO1: Jaké jsou zkušenosti a hodnocení terénní služby pacienty, kteří ji využívají?

VO2: Souvisí vnímaná kvalita poskytované péče s telefonní kontaktem mezi pacientem a terénním pracovníkem?

VO3: Ovlivňuje kvalitu poskytované péče pravidelný kontakt pacienta s dvěma pracovníky (terénní psychiatrickou sestrou a sociálním pracovníkem)?

VO4: Ovlivňuje kvalitu poskytované péče pravidelný kontakt terénních pracovníků s rodinnými příslušníky / okolím pacienta?

VO5: Ovlivňuje kvalitu poskytované péče možnost využít krizovou intervenci v době víkendu v případě zhoršení psychického stavu pacienta?

6.2 Metoda výzkumu

V psychologickém bádání můžeme rozlišovat dvě základní paradigmaty, kterými jsou kvalitativní a kvantitativní přístup. K zodpovězení výzkumných otázek jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkumnou strategii.

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

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

Hendl (2016) hovoří o tom, že kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem, či situací jedince (popř. skupiny jedinců). Metody

k získávání dat jsou relativně málo standardizované. Hlavní nástroj představuje sám výzkumník. Nevýhodou představuje časová náročnost sběru dat, snadná ovlivnitelnost výsledků výzkumníkem a v neposlední řadě také fakt, že získané výsledky nemusí být zobecnitelné na ostatní skupiny.

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

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

Kvalitativní přístup bývá označován také jako idiografický přístup, který charakterizuje nekvantifikovatelnost, jedinečnost, neopakovatelnost či kontextuálnost (Mioviský, 2006).

Podle Hendla (2016) lze idiografický přístup charakterizovat jako nenumerický, odehrávající se v přirozeném prostředí respondenta. Zkoumané osoby tak nejsou vystavovány žádným laboratorním podmínkám. Kvalitativní přístup být také označován jako pružný, jelikož je možné v jeho případě na základě zjištěných dat pozměňovat v průběhu šetření výzkumné otázky. Kvalitativní typ výzkumu je také často využíván v kombinaci s přístupem kvantitativním jako tzv. smíšený design (Mioviský, 2016).

Ferjenčík (2010) hovoří o tom, že kvalitativní výzkum je orientovaný holisticky, což znamená, že člověk, skupina, jejich produkty, případně nějaká událost jsou zkoumány v rámci možností v celé své šíři a všech možných rozměrech. Nedílnou součástí je pojmout tyto rozměry integrovaně, tedy v jejich vzájemné návaznosti a souvislostech.

Volba kvalitativní strategie byla rovněž určena výzkumným vzorkem, neboť *„u kvalitativního výzkumu získáváme mnoho informací o malém počtu jedinců“* (Disman, 2011, s. 286).

Disman (2011) dále hovoří o tom, že kvalitativní přístup umožňuje nalézt rovněž neočekávané pravidelnosti ve struktuře dat, což má i svá rizika, která představuje omezenou schopnost generalizovat závěry na populaci a zároveň neschopnost kvantitativně definovat pravděpodobnost, že závěry jsou platné.

Kvalitativní výzkum má tři hlavní složky. První složku představují údaje (rozhovor, pozorování). Druhou složku tvoří různé analytické anebo interpretační postupy, které obsahují techniky konceptualizace údajů (kódování), díky nichž se dochází k závěrům nebo teoriím. Třetí složkou jsou písemné a ústní výzkumné zprávy (Strauss & Corbinová, 1999).

Výhody kvalitativní výzkumu (Hendl, 2008):

- získává podrobný popis a vhled zkoumání jedince, skupiny, událostí, fenoménu,
- zkoumá fenomén v jeho přirozeném prostředí,
- umožňuje podrobněji studovat procesy,
- umožňuje navrhnout teorie,
- adekvátně reaguje na místní situace a podmínky,
- zabývá se hledáním příčinných souvislostí,
- pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.

Nevýhody kvalitativního výzkumu (Hendl, 2008):

- možnost ztížené zobecnitelnosti získaných informací pro populaci a jiné prostředí,
- obtížně se provádí kvantitativní predikce,
- obtížně se testují hypotézy
- obtížně se testují teorie
- časová náročnost analýzy dat
- časová náročnost sběru dat
- osobní preference výzkumníka ovlivňují kvalitativní výzkum
- osobnost výzkumníka má vliv na kvalitativní výzkum

6.3 Výzkumný design

V rámci kvalitativní metody jsem zvolila výzkumný design **případové studie**. Případová studie představuje detailní popis případu, tedy objektu výzkumného zájmu. Díky komplexnosti této metody můžeme dospět k přesnějším a hlubším výsledkům a celkovým souvislostem (Miovský, 2011). Základní výzkumnou otázku v rámci případové studie představuje charakteristika daného případu (Hendl, 2008).

Někdy se s případovou studií setkáváme pod pojmem „**kazuistika**“ (case studies.) Případová studie je tedy intenzivní výzkum vedoucí k porozumění vnitřní neopakovatelné dynamiky vývoje jedince, vývoji a průběhu onemocnění, léčby, jeho interakcí s okolím apod. (Ferjenčík, 2010).

Případová studie je pokládána za metodu heuristickou, ilustrační a rovněž verifikační. Je chápána jako popis jednotlivých případů v rámci jedince, skupiny lidí, příp. instituce (Skutil, 2011).

Nicméně u jednotlivých autorů existují odchylky v jasném definování případové studie. Hendl (2016) rozlišuje několik typů případových studií, kterými jsou osobní případová studie, studie komunity, studium sociálních skupin, studium organizací a institucí a zkoumání programů, událostí, rolí a vztahů.

Stake (1995, in Hendl, 2005, 104) „*definuje případovou studiu jako úsilí o porozumění určitému sociální objektu v jeho jedinečnosti a komplexitě.*“ Sociální objekt je představován ohraničeným systémem, tzn., že představuje systém s určitými sociálními hranicemi. A případová studie vypráví historii tohoto systému. Případová studie si klade za cíl podrobně popsat jednotlivý případ nebo několik případů sběrem dat o několika jedincích. Případ má být studován ve své složitosti a veškeré vztahy je důležité popsat celistvě. „*Pozornost se věnuje např. minulosti, kontextovým faktorům a postojovým jevům, které předcházely určité události. Zkoumají se možné příčiny, determinanty, faktory, procesy a zkušenosti, jež k ní měly vztah*“ (Hendl, 2008, s. 102).

Cíl případové studie představuje holistické a hluboké porozumění vybraným aspektům případu, jeho vnitřním aspektům a propojením jednotlivých částí (Hendl, 2008).

6.4 Výzkumný soubor a metoda výběru

Výzkum byl proveden v rámci Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET a občanského sdružení ESET-HELP.

Výzkumný soubor představují pacienti, kteří využívají služeb Komunitního terénního týmu (KTT) a splňují diagnostické kritérium, kterým je v tomto případě duševní onemocnění z okruhu schizofrenie F20.0 – F20.9 dle MKN-10. Dalším kritériem byl v době realizace výzkumu stabilní zdravotní stav respondenta a ochota zapojit se do výzkumu.

Jako metodu výběru zkoumaného souboru jsem zvolila *totální výběr*. Metoda totálního výběru vzorku je principiálně založena na tom, že výzkumný soubor je tvořen všemi možnými prvky uvažovaného souboru základního. Což znamená, že výběrový soubor se rovná základnímu souboru (Miovský, 2006).

Hendl (1999, in Miovský, 2006) řadí metodu totálního výběru do skupiny postupů, kdy dopředu známe strukturu výběru.

V rámci tohoto výzkumu se jedná o pacienty, se kterými spolupracuji od ledna 2016, tedy od doby, kdy vznikl Komunitní terénní tým a které se podařilo navázat do služeb zmíněného týmu. Z tohoto důvodu nebylo od dotazovaných tolik složité získat souhlas k účasti ve výzkumu a nebyly problémy se zodpovězením otázek v rámci realizovaného rozhovoru.

Do výzkumu bylo zapojeno celkem dvanáct pacientů. Data byla sebrána od deseti respondentů, dva pacienti byli v průběhu sběru dat delší dobu hospitalizováni v psychiatrické nemocnici a vzhledem k akutnímu psychotickému stavu nebylo možné s nimi realizovat rozhovor a získat tak validní informace.

Výběrový soubor tedy nakonec tvoří deset pacientů. Z psychiatrického hlediska se jedná o kompenzované pacienty, psychotický proces je aktuálně v remisi.

U všech pacientů byla změněna křestní jména na jména fiktivní.

Všem dotazovaným respondentům byla zaručena anonymita v rámci provedeného výzkumu.

Tabulka 3: Charakteristika výzkumného souboru

Pacient	Věk	Rodinný stav	Počet dětí	Bydlení	Vzdělání	Spolupráce s KTT (v měsících)
Vítek	55	rozvedený	1	s otcem	OU	9
Jan	47	svobodný	0	s matkou	VŠ	11
Lukáš	29	svobodný	0	s rodiči, se sestrou	OU	13
Tomáš	41	svobodný	0	sám	SŠ	13
Jitka	38	svobodná	0	sama	ZŠ	7
Jana	31	svobodná	0	s otcem	ZŠ	12
Věra	42	vdaná	2	s manželem a dětmi	SŠ	11
Jitka	21	svobodná	0	s matkou, s nevlastním otcem, s bratrem	SŠ	5
Eva	31	svobodná	0	sama	SŠ	4
Andrea	39	svobodná	0	s rodiči	ZŠ	6

6.5 Metoda sběru dat a časový harmonogram

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

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

Hlavní zvolenou metodou tvorby Jako doplňující metody tvorby dat jsem rovněž využila pozorování.

Rozhovor představuje jednu z nejobtížnějších a současně nejvýhodnějších metod pro získávání kvalitativních dat. „Z terminologického hlediska termínem *interview* označujeme takový rozhovor, který je moderovaný a prováděný s určitým cílem a účelem výzkumné studie“ (Miovský, 2006, s. 156). K zvládnutí rozhovoru představují nezbytnosti sociální a komunikační dovednosti, schopnost empatie, ohleduplnost a umění pozorovat nonverbální projevy (Miovský, 2006).

Vedení rozhovoru představuje vědu a umění zároveň. Dle Hendla (2016) vyžaduje dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a rovněž disciplínu. Před rozhovorem je třeba zvolit obsah otázek, jejich formu a pořadí. Dále je nutné zvážit délku rozhovoru. Pozornost je nutné věnovat začátku a konci rozhovoru.

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

Polostrukturovaný rozhovor je nejrozšířenější metodou *interview*, která představuje řešení nevýhod strukturovaného¹⁴ a nestrukturovaného¹⁵ *interview* (Miovský, 2006).

Ferjenčík (2010) zase dělí jednotlivé formy *interview* na pět typů, kterými jsou volné asociace, nestrukturovaného (hloubkové) *interview*, polostrukturované *interview*, strukturované *interview* a formální test.

Polostrukturované (semistrukturované) *interview* vyžaduje náročnější technickou přípravu, kdy tazatel vytváří určité schéma, které se stává závazným. U polostrukturovaného rozhovoru máme jasně definováno „jádro *interview*“, které představuje minimum témat a otázek, které je třeba probrat (Miovský, 2006).

V průběhu rozhovoru má tazatel možnost měnit pořadí otázek a upravovat je dle potřeby (Hendl, 2006).

¹⁴ Strukturované *interview* – má pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a umožňuje minimální změny či úpravy. Pořadí a znění otázek je jasně fixované (Miovský, 2006).

¹⁵ Nestrukturované *interview* – podobá se běžnému rozhovoru. Není dopředu vytvořený plán v podobě struktury, které je třeba se držet. Důraz je kladen na přirozenost konverzace (Miovský, 2006).

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

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

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

Jak bylo výše zmíněno, sběr dat pro tuto magisterskou práci probíhal v rámci služby terénní psychiatrické sestry zajišťované Psychoterapeutickou a psychosomatickou klinikou ESET a občanským sdružením ESET-HELP.

Sběr dat se sestával ze studia odborné dokumentace a primárně z rozhovoru s pacienty se schizofrenním onemocněním.

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

Během interview bylo u některých pacientů patrné, že na určité dotazy jim činí potíže odpovídat a záměrně se jim vyhýbají. Všichni dotazovaní byli předem seznámeni s tím, že interview není časově omezeno a na případné odpovědi budou mít dostatečný čas, případně je možné rozhovor rozčlenit na několik setkání. Veškeré rozhovory nakonec byly poskytnuty během jednoho setkání s dotazovanými.

Rozhovory s účastníky výzkumu se uskutečnily v průběhu měsíce února v roce 2017.

V souvislost se sběrem dat je třeba zmínit, že se všemi respondenty dlouhodobě spolupracuji jako terénní psychiatrická sestra v rámci terénního týmu a jsem s nimi tak v pravidelném kontaktu.

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

6.6 Metoda analýzy dat

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

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

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

Při analýze dat bylo využito metody zachycení vzorců (gestaltů). Tato metoda umožňuje nalézt obecnější vzorce a principy.

„Metoda zachycení vzorců představuje relativně jednoduchý nástroj, jehož základní princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce a ty zaznamenáváme“ (Miovský, 2006, s. 222).

Klíčové je v rámci této metody opakování podstatných částí obecného příběhu (vzorce) v různých konkrétních případech (Miovský, 2006).

6.7 Etické otázky a možná rizika během výzkumu

Vzhledem k tématu diplomové práce byla třeba etické stránce výzkumu věnovat velkou pozornost. Duševní onemocnění a schizofrenie především nadále představuje stigmatizovaná témata ve společnosti.

Rozhovory s účastníky výzkumu se uskutečnily v jejich domácím prostředí při zachování plné anonymity. Před započítím rozhovoru jsem každého pacienta ujistila o dobrovolnosti účastnit se výzkumu a samozřejmě ho seznámila s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit. Respondentům byl předložen souhlas se zpracováním osobních údajů při zaručení anonymity. Zároveň byli pacienti ujištěni z mé strany o závazku mlčenlivosti.

Každému účastníkovi výzkumu jsem podrobněji vysvětlila, čeho se výzkum týká, nastínila jsem tematické okruhy, které budou předmětem rozhovoru. Zároveň jsem každého respondenta seznámila s tím, že jakoukoliv otázku je možné vynechat a neodpovídat na ni.

Během výzkumu jsem se nesešla se žádnými problémy, či rizikovými situacemi. Nicméně riziko představovalo samotné onemocnění a sním související projevy. Během sběru dat jsem brala v úvahu možná rizika se strany pacientů, která představuje bludná produkce paranoidně zaměřená, rovněž možný verbální či brachiální útok.

6.8 Charakteristika pracovišť

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

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

Historie a poslání Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET

Psychoterapeutická a psychosomatická klinika ESET, s. r. o. (dále jen klinika ESET) byla založena v roce 1995 se sídlem v Praze 4.

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

Cílovou skupinu jsou dospělí lidé, děti a dospívající.

Klinika ESET poskytuje terapeutické programy, kterými jsou psychiatrické ambulance, psychologické ambulance, denní stacionáře s psychoterapeutickým programem, ambulantní péče dětského klinického psychologa, individuální

psychoterapie, docházkové psychoterapeutické skupiny, rodinná a partnerská psychoterapie, skupinová a individuální relaxace, terénní činnost psychiatrických sester a psychoterapeutické pobyty.

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

Historie a poslání občasného sdružení ESET-HELP

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

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

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

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

6.9 Komunitní terénní tým

V souvislosti s tématem práce bych rozvedla více činnost terénního týmu určeného především pro pacienty se schizofrenním onemocněním.

Komunitní terénní tým představuje multidisciplinární tým specializovaný na podporu lidí se závažným duševním onemocněním, především pak s onemocněním z okruhu psychóz. Jeho posláním je přispívat ke stabilizaci a zlepšení zdravotního stavu pacientů, podporovat jejich samostatnost a kompetence při řešení každodenních situací s důrazem na rozvoj dovedností. Cílem je zapojení pacientů do procesu léčby a rehabilitace. Spolupráce probíhá často v kooperaci s rodinou a okolím pacienta.

Cílovou skupinu týmu tvoří dospělí jedinci s místem bydliště vymezeného regionu, kterými jsou MČ Praha 10, Praha 11 a Praha 15. Z diagnostického kritéria je služba primárně určena jedincům s diagnózou psychotického onemocnění (F2). Dále jsou indikovány ke službě jedinci se závažnou afektivní poruchou (F3), event. se závažným neurotickým onemocněním (F4), příp. se závažnou poruchou osobnosti (F6) a to včetně tzv. duálních diagnóz (kombinace závažného duševního onemocnění a závislosti/škodlivého užívání návykových látek. Pro indikaci do týmu je určující výrazné funkční omezení, která závisí na důkladném posouzení.

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

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

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

V týmu pracují terénní psychiatrické sestry, sociální pracovníci, psychiatři a psycholog. Přímá péče je poskytována individuálně, komplexně a dlouhodobě v přirozeném prostředí pacienta.

7 VÝSLEDKY

V této části byly analyzovány a shrnuty výše zmíněné hlavní výzkumné otázky.

VO1: Jaké jsou zkušenosti a hodnocení terénní služby pacienty, kteří ji využívají?

Dotazovaní byli schopni určit délku spolupráce s terénním týmem. Všichni respondenti se jednoznačně shodli na tom, že službu vnímají pozitivně a jako přínosnou pro jakéhokoliv jednice. Dva respondenti zmínili nátlak ze strany rodiny, případně ošetřujícího psychiatra k využívání služeb terénních pracovníků. „*Já bych nikdy nechtěl, aby ke mně někdo chodil, ale teď jsem rád, že sem chodíte*“ uvádí Vítek.

Tomáš se ke spolupráci vyjadřuje: „*Nešel jsem k doktorovi, protože jsem byl zrovna nachlazený. Ale nakonec jsem rád, že někoho poslal ke mně domů. I když si myslím, že to nepotřebuji, aby ke mně domů někdo chodil. Určitě jsou potřebnější lidé, kteří by to potřebovali a jsou nemocní.*“

Lukáš dodává: „*Nevadí mi, když sem někdo chodí. Rodiče si to přejí a já s tím problém nemám. I když si myslím, že to není třeba. Nejsem nemocný. Měli byste raději chodit k někomu jinému. Myslím, že jeho hodně lidí, kteří vás potřebují.*“

I přesto jejich zkušenosti jsou hodnoceny kladně. Šest z dotazovaných pozitivní zkušenosti se službou přisuzuje osobnosti terénních pracovníků a hovoří o tom, že především záleží na charakteru daného pracovníka a na tom, jak si spolu vzájemně rozumí. Například Jan: „*Zkušenosti mám skvělé, ale hlavně proto, že sestřička i sociální pracovník jsou dobří lidé a rozumíme si. Kdyby byli nepříjemní nebo arogantní nebo hloupí, tak by to asi nešlo. Co se týče nějaké změny, tak mě nic nenapadá.*“

Jitka se vyjadřuje ke zkušenostem a ke změnám takto: „*Nemám problém s tím, že za mnou někdo chodí. Přítel si to přál a máma taky. Já osobně si myslím, že tuhle službu nepotřebuje a zasloužil by si ji někdo jiný. Proto ani nemohu říci, co by se v rámci služby dalo změnit.*“

Jana udává: „*Mám problém s vycházením z domu. Lidi venku se na mě divně dívají a někdy mi čtou myšlenky a sledují mě. Jsem ráda, že mě doprovází terénní pracovníci.*“

Šest dotazovaných nedokázalo specifikovat změny, které by mohly terénní služby zkvalitnit. Čtyři dotazovaní uvedli, že by uvítali, kdyby služba neobnášela administrativu jako souhlasy se zpracováním údajů, poskytováním služby, rehabilitační plán apod. Administrativní úkony tak dávají do souvislosti se zkvalitněním služby. Jan zmiňuje: „*Vadí mi, že musím podepisovat nějaké papíry, nikdy nevíte, kdo to použije nebo přečte nebo kde moje podpisy skončí.*“

Pět respondentů jako negativum vnímá nízkou frekvenci návštěv během týdne, která je většinou je dvakrát týdně a dále se odvíjí dle potřeby pacienta. Jana se vyjadřuje: „*Spolupráce s terénním týmem mi velmi vyhovuje. Dělá mi problémy vycházet z domu a pomáhá mi to, když to se mnou někdo trénuje. Vadí mi jen, že se nepotkáme tak často a na delší dobu.*“

Nicméně v případě krize pacienta je možné zvýšit frekvenci návštěv po určitou dobu na každodenní setkávání. Většina tázaných by rovněž uvítali delší setkávání, které je aktuálně časově omezeno.

Jen dva tázaní uvádějí, že službu víceméně vůbec nepotřebují. Což je ovlivněno charakterem jejich onemocnění a dominující bludnou produkcí paranoidního zaměření.

VO2: Souvisí vnímaná kvalita poskytované péče s telefonní kontaktem mezi pacientem a terénním pracovníkem?

Všichni dotazovaní mají zkušenost s telefonním kontaktem. Všichni pacienti mají k dispozici telefonní kontakt na terénní psychiatrickou sestru a sociálního pracovníka, kteří jsou k dispozici během pracovní doby ve všední dny.

Devět dotazovaných vnímá možnost telefonního kontaktu jako velice přínosnou. Jan udává: „*Jsem rád, když můžu kdykoliv zavolat. Bylo by lepší, kdybych mohla telefonovat kdykoliv a ne jenom v pracovní době. Někdy mi bývá taky špatně večer.*“

Jitka zmiňuje: „*Telefonní kontakt využívám často. Potřebuji s někým mluvit. Volala bych taky častěji tátovi, ale nemám se ráda s jeho novou přítelkyní a nemůžu mu*

řící hodně věcí. A brácha toho mám moc. Tak mi pomáhá, když můžu někoho slyšet. Často trpím paranoiou a musím to někomu říci.“

Dotazovaní hodnotí telefonní kontakt kladně v souvislosti s psychickou podporou a zároveň se shodují na tom, že možnost telefonického kontaktu může sloužit jako prevence relapsu a podpořit stabilizaci psychického stavu. Konkrétně šest dotazovaných uvedlo, že právě díky možnosti obrátit se telefonicky na pracovníka u nich nedošlo k dekompenzaci psychického stavu v době, kdy se psychicky necítili dobře.

Andrea: „Telefonní kontakt využívám pravidelně, pomáhá mi, když vím, že se můžu obrátit na odborníky a dlouho jsem už nebyla hospitalizovaná a na to mi to taky pomohlo. Jen škoda, že to není možné stále a je to časově omezené.“

Věra odpovídá: „Telefonního kontaktu využívám, když potřebuji třeba něco vyřídit na úřadě nebo doprovodit k lékaři a domluvit se tak, kdy se s někým z pracovníků potkám a vyřídíme to.“

Eva dodává: „Jsem ráda, když mi zatelefonujete nebo já vám, jen mám strach, jestli to někdo neodposlouchává. Víam, že mám doma štěnice, protože mě chtějí unést. Ale rozhodně myslím, že telefonní kontakt pomáhá a víkendová služba také.“

Sedm respondentů problémy vzniklé v souvislosti s telefonním kontaktem nevnímá, případně nedokáže specifikovat. Tři respondenti uvedli, že nemohou telefonní kontakt příliš využít z důvodu bludné produkce. Například Lukáš: *„Vím, že můžu telefonovat. Nemám ale rád telefonování. Telefony mi odposlouchávají. O víkendové krizové službě vím, číslo mám, ale já to určitě nebudu potřebovat. Když mám krizi, tak si poradím sám, nepotřebuji, aby mi někdo pomáhal, jsem vlastně zdravý.“*

Jitka udává: „Určitě je dobré, že je možné se na někoho obrátit a někomu, kdo je opravdu nemocný, to může pomoci. Ale já to nepotřebuji někomu volat. Nepotřebuji vůbec, aby za mnou chodil někdo z psychiatrie. Navíc mi telefony určitě odposlouchávají, takže je pro mě nemožný, abych telefonovala. Všechno se to nahrává.“

VO3: Ovlivňuje kvalitu poskytované péče možnost se telefonicky obrátit na terénní pracovníky o víkendu v případě zhoršení psychického stavu pacienta?

Všichni dotazovaní uvedli, že vědí o možnosti se telefonicky obrátit na terénní psychiatrickou sestru v době víkendu a rovněž všichni pacienti mají k dispozici telefonní kontakt. Vítek uvádí: *„O víkendové telefonní krizové službě vím, číslo mám, ale ještě jsem toho nevyužil. Ale určitě je dobré, když by se mi udělalo o víkendu špatně. V minulosti se mi několikrát udělalo o víkendu špatně, tak jsem se obrátil na krizová centra, která fungují nonstop jako například... Jsem tam už zvyklý volat nebo rovnou jít.“*

Nikdo z respondentů nemá zkušenost s krizovou intervencí v době víkendu, resp. tuto poskytovanou službu ještě žádný z nich nevyužil. Přestože ji nikdo nevyužil, službu evidují a vnímají ji jako přínosnou. Jana zmiňuje: *„Telefonuji pouze někdy, hlasy mi často potom nadávají a smějou se mi taky, co jsem říkala za hlouposti a že jsem neměla volat. Když je třeba, tak napíšu zprávu. O víkendu jsem ještě nevolala, ale vím o tom, číslo mám uložené.“*

Sedm tázaných uvádí, že jejich psychický stav se během víkendu zatím nezhoršil natolik, aby museli kontaktovat terénní psychiatrickou sestru v rámci krizové intervence. Jan udává: *„Zatím se mi nikdo neudělalo tolik špatně, do pondělí to vždy vydržím. A co se týče zlepšení, tak by asi bylo lepší službu držet celý víkend.“*

Osm respondentů uvedlo, že zkvalitnění služby vidí ve zlepšení dostupnosti služby (služba je dostupná v určitou časovou dobu). Shodují se na tom, že přínosem by bylo tuto službu prezentovat jako non-stop krizovou intervencí v době víkendu. Jan zastává názor: *„Určitě je to skvělé, ale mělo by to non-stop. Stejně jako jsou i jiná centra.“*

Zároveň tázaní hovoří o tom, že služba může zabránit nutnosti akutní hospitalizace v případě dekompenzace psychického stavu.

VO4: Ovlivňuje kvalitu poskytované péče pravidelný kontakt pacienta s dvěma pracovníky (terénní psychiatrickou sestrou a sociálním pracovníkem)?

Všichni respondenti shodně uvedli, že jim spolupráce s více pracovníky vyhovuje. Sedm tázaných uvedlo, že se s psychickými problémy či se zdravotními tématy obrací na terénní psychiatrickou sestrou a v případě řešení sociálních témat hledají podporu a řešení u sociálního pracovníka. Jana odpovídá: *„Potkávám se sestřičkou i sociálním pracovníkem. S ním řeším příspěvky. V rámci služby bych ještě uvítala, kdyby mě navštěvoval i psychiatr. Sestřička mi taky pomáhá s lékama, kontroluje je a dávkujeme je společně na týden.“*

Tomáš zmiňuje: *„Střídají se u mě dva pracovníci, jsem rád a to mi vyhovuje. Když potřebuji řešit něco zdravotního, tak se obracím na zdravotní sestru a sociální dávky vyřizují se sociálním pracovníkem. Sestra mi kontroluje léky a pomáhá s dávkováním na týden.“*

Věra dodává: *„Bojím se sama chodit ven a pracovníci mi s tím pomáhají. Venku mě chtějí zatknout, čekají na to. Neřeším, zda se mnou je sociální pracovník nebo zdravotní sestřička.“*

Andrea zastává názor: *„Jsem ráda, že spolupracuji s terénní sestřičkou a sociálním pracovníkem. Pomáhají mi řešit různé věci, třeba chození na úřad nebo k lékařům. Nevím, co bych na službě mohla změnit, teď mě nic nenapadá.“*

Čtyři respondenti uvedli, že jim není příjemné, když jsou při setkání přítomni oba pracovníci, tedy terénní psychiatrická sestra a rovněž sociální pracovník. *„Služba mně celkově vyhovuje, jen někdy je to na mě moc, když je tu někdo vícekrát týdně. A vadí mi někdy, že přijdete ve dvou. Lepší, když přijde jen jeden pracovník. Ale jsem rád, když mi někdo volá. To je někdy lepší než když se potkáme“* uvádí Vítek.

V podstatě všichni tázaní se shodují, že komfortně se cítí v přítomnosti jednoho pracovníka. Jan udává: *„Vcelku mi nezáleží na tom, kdo mně chodí, jestli jeden pracovník nebo víc. Ale jsem rád, když si můžu s někým povídat o tom, co jsem třeba četl. Moc mě baví filozofické knihy a s mamkou si o tom moc nepovídám.“*
„Chodí za mnou terénní sestřička a sociální pracovník. Určitě jsem za to ráda, pomáhají mi v mnoha věcech. Doma jsem stále sama a to mi nedělá dobře. A

jsem ráda, že pracují ve dvou. Jen mi vadí, když přijdou oba najednou, ale to už teď nechodí“ odpovídá Eva.

Lukáš dodává: *„Vcelku mi nevadí, jestli sem chodí jeden pracovník nebo dva. Ale doktor si to přeje a rodiče taky. Ale když už si mám někoho vybrat, tak sociální pracovníka. Zdravotní sestru nepotřebuji, když jsem zdravý.“*

Dvě pacientky uvedly, že jim více vyhovuje setkávání se se ženou a jeden pacient uvedl, že upřednostňuje muže. Například Jitka: *„Mám raději, když ke mně chodí jeden pracovník. Mám raději zdravotní sestru, protože je to žena. S muži si moc nerozumím nebo neumím tolik povídat.“*

Všichni tázaní hovoří o tom, že spolupráce s více pracovníky může ovlivnit průběh onemocnění. Dávají to do souvislosti s tím, že v případě zhoršení zdravotního stavu, či při řešení jakýchkoliv problémů, se mohou obrátit na více než jednoho pracovníka a získat tak podporu z více stran.

VO5: Ovlivňuje kvalitu poskytované péče pravidelný kontakt terénních pracovníků s rodinnými příslušníky / okolím pacienta?“

Osm dotazovaných uvedlo, že terénní pracovníci jsou v kontaktu s někým z jejich rodiny, což vnímají pozitivně. *„Jsem rád, že mám tátu, nevím, co bych bez něj dělal. A jsem rád, že může být někdy u našich rozhovorů. I když někdy mě to štve. Ale celkově věřím, že mně to pomáhá při mém onemocnění. Jsem také rád, když se mnou táta jde někdy k doktorovi. I když teď chodím více s váma“* udává Vítek.

Jan zmiňuje: *„Nevadí mi, když mluvíte taky s mamkou. A nenapadá mě vůbec, jaké by mohly vzniknout problémy. Myslím, že to může pouze pomoci a ne uškodit. Mamce stejně hodně věcí říkám.“*

„Rodiče jsou v kontaktu s terénními pracovníky, bavíme se o tom. Určitě je to dobře, když se mi dělá špatně“ hovoří Eva.

Tomáš se vyjadřuje: *„Pomáhají mi také moje sestry. Myslím, že je dobře, že jste s nima v kontaktu. Někdy jim neumím něco vysvětlit a tak to děláte vy. Určitě může mít vliv na moje onemocnění.“*

Jitka hovoří: *„Někdy ale mám pocit, že mě pracovníci čtou myšlenky a kontrolují, jak se chovám a s kým si třeba telefonuji.“*

„Táta občas telefonuje se sestřičkou. Ona mu vysvětluje, když se necítím dobře. Tátova přítelkyně moji nemoc vůbec nechápe, všem říká, že se flákám a beru za to ještě peníze“ vyjadřuje se Jitka. Dva respondenti uvedli, že si vyloženě nepřejí, aby se někdo z pracovníků kontaktoval s někým z rodinných příslušníků. Jako Jana: *„Nechci, aby táta nebo sestry mluvili s někým z pracovníků. Je to moje zdraví a jsem dospělá.“*

Jana uvádí: *„Nechci, aby někdo mluvil s pracovníky. Víím, že s nimi mluvila máma a taky přítel, ale nepřeju si to. Jsem svéprávní a dospělá a můžu si o životě rozhodovat, jak chci já! Určitě to pro někoho může být dobré, když rodina spolupracuje s terénními pracovníky, ale to tak je v případě lidí, kteří jsou opravdu nemocní.“*

Osm respondentů udává, že jim spolupráce s rodinnými příslušníky a terénními pracovníky pomáhá v souvislosti se stabilizací psychického stavu. Lukáš zmiňuje: *„Pracovníci si pravidelně telefonují s rodiči, častěji s mámou. Nemám s tím problém. Myslím si, že je to dobré. A určitě to může pomoci někomu, kdo to potřebuje a je nemocný. Rodina mi pomáhá.“*

Šest tázaných nedokázalo specifikovat nějaké problémy, které by mohly vzniknout spoluprací rodinných příslušníků s terénními pracovníky. Čtyři dotazovaní uvedly, že jako potenciální problém této spolupráce vidí v souvislosti s bludnou produkcí, kdy hrozí zparanoidnění vůči terénním pracovníkům či rodinným příslušníkům. *„Myslím si, že telefonování s někým z rodiny může pacientům uškodit a můžou se zhoršit. Můžou si myslet, že někdo dělá něco za jim za zády. Já bych se třeba bála, že se chtějí na mě domluvit a nechat mě hospitalizovat v léčebně“* odpovídá Jana.

Sedm dotazovaných se jednoznačně shodlo, že jim nejbližší rodina v rámci jejich onemocnění je podporou a mohou se na rodinu spolehnout. Tři respondenti uvedli, že u někoho z blízké rodiny necítí podporu z toho důvodu, že dotyční jedinci nemají náhled na onemocnění a nedokážou ho respektovat a pochopit i přesto, že jsou edukováni v problematice duševních onemocnění. Věra zmiňuje: *„Manžel občas chce mluvit s někým z týmu nebo s doktorem. Nevadí mi to. Oni mu vysvětlí, co mi je. Nechápe mě, nevěří mi, že mě sledují a chtějí mě uvěznit. Nemůžu o tom už doma mluvit, pokaždé se rozčílí a křičí na mě.“* Věra ještě dodává: *„Byla bych ráda, kdyby konečně někdo manželovi vysvětlil, že mě*

opravdu sledují a nevymýšlím si to a nejsem líná, že hodně věcí opravdu dělat nemůžu.“

Andrea se vyjadřuje: „Nevadí mi, že s pracovníky mluvím, ale vadí mi, že s nimi hovoří táta. Táta je moc přísný a nerozumí mi. Nechápe, že mi někdo nasazuje do hlavy ty hrozné myšlenky a nutí mě pořád něco dělat. Táta si myslí, že mě všichni špatně léčí a že já nic nedělám.“

8 DISKUZE

V této kapitole se zaměřuji na výsledky výzkumu a také na jeho možné nedostatky či případné limity. Tématem práce je asertivní komunitní přístup v péči o osoby se schizofrenií.

Dříve, než jsem se účastníků výzkumu dotazovala na průběh spolupráce s terénními pracovníky v souvislosti s jejich onemocněním, informovala jsem se také na vnímání životě před propuknutím onemocnění. Většina tázaných hovoří o vztahových problémech v rodině a jiných zátěžových situacích, které předcházely začátku nemoci. Ačkoliv etiologie nemoci není dosud známa, vychází z faktu, že nemoc je podmíněna multifaktorálně v koincidenci s mnohočetnými patogenetickým vlivy (Raboch et al., 2013).

Z mnohých randomizovaných studií jednoznačně vyplývá, se asertivní komunitní péče snižuje celkovou délku hospitalizace, zabraňuje rehospitalizacím a vede ke stabilizaci pacientů v oblasti bydlení (Mueser, NBond, & Drake, 2001; Bustillo, Lauriello, Horan, & Keith, 2001; Marshall, Gray, Lockwood, & Green, 2000).

Marshall, Gray, & Lockwood (2000) ve své studii uvádějí, že terénní komunitní přístup má jednoznačně pozitivní dopad na péči o duševně nemocné jedince s diagnózou schizofrenie v souvislosti se zlepšením spolupráce při jejich léčbě.

Vliv asertivního komunitního přístupu zohledňuje také studie, kterou uveřejnil Falk & Allebeck (2012) a z níž vyplývá, že u pacientů se schizofrenií, kteří využívají služeb asertivního komunitního týmu došlo k výraznému snížení hospitalizace. Tito pacienti trávili celkem méně dní v nemocnici při ústavním léčení v porovnání s pacienty, jimž nebyla poskytována asertivní komunitní péče. Pacienti prospívají lépe z klinického i funkčního hlediska a uvádějí výrazně spokojenější život a kvalitnější životní úroveň.

Všichni dotazovaní v rámci spolupráce s komunitním týmem zastávají veskrze pozitivní postoj. Byť uznávají, že zájem o spolupráci nevyplynul z jejich vlastní iniciativy, ale z iniciativy okolí. Terénní služba v rámci komunitní týmu může dle

většiny pomoci jako prevence hospitalizace z důvodu dekompenzace psychického stavu. K tomu rovněž přispívá možnost spolupracovat s terénní psychiatrickou sestrou a sociálním pracovníkem zároveň a kontinuálně. Terénní služba tak nabízí alternativy hospitalizace. Tedy zvládnání akutní symptomatologie, případně umožní výrazné zkrácení hospitalizace a přemostění při návratu pacienta z psychiatrické nemocnice (O'Halloran, 2001 in Pěč & Probstová, 2009).

Kvalitu poskytované péče dotazovaní dávají rovněž do souvislosti s možností se telefonicky v pracovní době obracet na terénního pracovníka. A to buď terénní psychiatrickou sestrou nebo sociálního pracovníka. Většina dotazovaných to vnímá jako možnou prevenci relapsu a odvrácení hospitalizace.

Zeev-Ben, Brian, Aschbrenner, Jonatha, & Steingard (2016) ve své studii hovoří o pozitivním dopadu telefonního kontaktu se schizofrenními pacienty, případně videorozhovoru. Ze studie vyplývá, že respondenti tuto možnost hodnotí pozitivně a přínosně.

Obdobné výsledky má rovněž studie, kterou provedli Ben-Zeev, Schere, Gottlieb, Torondi, Brunette, Achytyes...Kane (2016) a která si kladla za cíl zohlednit možnost pacientů se schizofrenií kontaktovat pracovníky prostřednictvím telefonu.

Pozitivně taktéž respondenti hodnotí krizovou intervenci v době víkendu. Negativum v tomto případě představuje časová omezenost služby. Služba je dostupná pouze několik hodin během víkendu. Což může představovat důvod, že pacienti v rámci víkendové krizové intervence preferují jiná krizová centra, která mají nepřetržitý provoz. Nevyužití služby může být dáno také tím, že se jedná o relativně krátce poskytovanou službu a většina dotazovaných je zvyklá obracet na jiná centra, která poskytují krizovou intervenci v době víkendu. Služba se stále vyvíjí a do budoucna je plánováno zkvalitňovat její dostupnost.

Nemocní vítají pozitivně spolupráci pracovníků s rodinnými příslušníky. I když komunikace s rodinami duševně nemocných bývá často komplikovaná a ztížena tím, že rodina nemá dostatek informací o nemoci nebo odmítá přijmou duševní onemocnění jedince, je pro takto duševně nemocné osoby vztah s rodinnými příslušníky často klíčovým. Nedostatek náhledu na duševní onemocnění ze strany rodiny a okolí kolikrát trvá i v případě, že příbuzní jsou edukováni v problematice

duševních onemocnění. Vztahy členů rodiny bez psychózy k členovi rodiny s psychózou jsou často komplikované. Ze strany rodiny se objevují problémové a negativní reakce. Zlostné reakce mohou někdy vést až k opuštění pacienta rodinou. Přítomen je také neustálý strach z navrácení symptomů, opakující se vzpomínky na stav akutní psychózy atd. (Probstová & Pěč, 2014).

Výzkumy mezi příbuznými identifikovaly několik problémových okruhů, kterými jsou např. nedostatek informací o duševním onemocnění a emoční zátěž. Členové rodiny zdůrazňují, že potřebují praktické intervence (Schmidt et al. in Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

K funkčnímu a stabilnímu vztahu mezi rodinou a pacientem se schizofrenií je důležité právě osvojení určitých sociálních dovedností a intervencí a to hlavně rodinnými příslušníky a okolím.

Leff, Sharplex, Chisholm, Bell, & Gamble (2001) ve své studii hovoří o tom, že byl prokázán jednoznačně pozitivní vliv terénních pracovníků na rodiny pečující o schizofrenního člena v souvislosti s učením určitých sociálních dovedností.

Spolupráce členů rodiny s pracovníky je bezesporu také podmíněna faktem, že většina dotazovaných nežije sama, ale bydlí ve společné domácnosti s rodinou, popř. s někým z rodiny. Z důvodu nedostatku finančních prostředků je samostatné bydlení pro většinu pacientů nedosažitelné. Téměř všichni jsou pobírateli invalidního důchodu z psychiatrické indikace, jehož výše pro zajištění základních životních potřeb včetně samostatného bydlení je nedostačující. Nemocní jsou tak odkázáni na finanční a materiální pomoc rodiny.

Odhaduje se, že až 80% jedinců s onemocněním ze schizofrenního okruhu žije ve společné domácnosti s příbuznými (Bankovská Motlová & Španiel, 2013).

Nicméně Ziguras & Stuart (2000) ve své studii v závěrech hovoří o tom, že poskytování asertivní péče má pozitivní dopad na rodiny nemocných v oblasti snížení zátěže rodinných příslušníků a okolí.

Jako podstatné osvojení si určitých dovedností a intervencí při fungování rodiny se schizofrenním členem rodiny rozvádí také studie Lama, Kuiperse & Leffa publikovaná již v roce 1993.

Výzkum má rovněž své limity a nedostatky. Jedním z nedostatku je velikost výzkumného souboru. Zapojení více respondentů do výzkumu bylo ztíženo

z několika důvodů. Jedním z důvodů je náročnost na sběr dat do výzkumu. Přesto primární důvod představuje citlivost tématu výzkumu. Řada takto nemocných jedinců má potíže prezentovat své onemocnění, což je určeno jednak povahou nemoci a z ní vyplývajícími symptomů, ale také především následným rizikem stigmatizace. Somatická nemoc představuje odchylku, která je sociálně tolerována. Naproti tomu duševní onemocnění představuje odchylku psychickou a zároveň sociální. Což vymezuje a předurčuje postoj k jeho nositeli. (Marková, Venglářová, & Babiaková, 2006).

Stigma je spojeno s domnělou méněcenností. Nositel stigmatu často bývá okolím razantně odmítán (Malá et al., 2002).

Höschl et al. (2002) uvádí, že v minulosti takto nemocní jedinci byli izolováni a zcela tak vyloučeni ze společnosti.

Další nedostatek představují chybějící rozhovory s ošetřujícími lékaři, především s psychiatry. Cenné by byly taktéž informace od pomáhajících a jiných spolupracujících zařízení. Takto získané informace by poskytly ucelenější pohled na kvalitu života nemocných jedinců a vliv komunitní péče na jejich onemocnění.

Přestože informace byly získávány od respondentů, kteří byli aktuálně z psychického hlediska kompenzováni, mohly být tyto informace ovlivněny aktuálním duševním naladěním dotazovaných v době rozhovoru a symptomatologií daného onemocnění.

Výzkum vnímám velmi kladně. Jako cenné považuji fakt, že uskutečněné rozhovory byly poskytnuty v přirozeném prostředí účastníků výzkumu a to nejčastěji v místě jejich bydliště. Domácí prostředí má bezesporu pozitivní dopad na kvalitu realizovaných rozhovorů a získaných informací.

Za velice hodnotné považuji získané informace v rámci spolupráce s terénním týmem a to především z toho hlediska, že se jedná o stále rozvíjející se službu, pro kterou je zpětná vazba od pacientů, kteří ji využívají, nepostradatelná. A na jejímž podkladě se může služba postupně měnit, odstraňovat své nedostatky a tím se zkvalitňovat.

Objektivitu získaných informací mohu posoudit také z toho hlediska, že se všemi dotazovanými spolupracuji již několik měsíců a byla jsem přítomna u navazování spolupráce s respondenty. Během této doby jsem měla možnost se seznámit s jejich prostředím, kde žijí a nahlédnout tak do jejich soukromí. Rozhodně mohu říci, že v rámci spolupráce s účastníky výzkumu došlo k nastolení vzájemné důvěry.

9 ZÁVĚR

Předmětem diplomové práce je zodpovězení pěti hlavních výzkumných otázek.

První otázka se týká zkušeností pacientů s terénními komunitními službami. Podrobněji zkoumá, jaké jsou dosavadní zkušenosti pacientů s pracovníky a jaké změny by v rámci služby uvítali. Všichni dotazovaní jsou schopni datovat začátek spolupráce a okolnosti, které k tomu vedly. Službu hodnotí kladně. Jako nevyhovující hodnotí administrativní úkony spojené s jejím poskytováním.

Další výzkumná otázka si klade za cíl zhodnotit, jak dotazovaní vnímají možnost telefonního kontaktu s pracovníky. Všichni tázaní mají zkušenosti s možností obrátit se na pracovníky telefonicky. Většina dotazovaných této možnosti často využívá a hodnotí ji kladně z hlediska psychické podpory a prevence relapsu onemocnění.

Třetí výzkumná otázka se ptá na možnost využití krizové intervence v době víkendu. Pacienti na poskytovanou službu nahlíží pozitivně. Nicméně velký nedostatek vidí v časové dostupnosti služby. Uvítali by nepřetržitý provoz této služby v době víkendu.

V pořadí čtvrtá výzkumná otázka se týká spolupráce pacienta s dvěma pracovníky současně, tedy s terénní psychiatrickou sestrou a sociálním pracovníkem. Všichni dotazovaní aktuálně dlouhodobě spolupracují s terénní psychiatrickou sestrou a sociálním pracovníkem. Dokážou specifikovat, v jakých situacích a s jakými problémy se obracejí na konkrétního pracovníka.

Poslední výzkumná zohledňuje spolupráci pracovníků týmu s rodinnými příslušníky, případně s okolím pacienta. Většina účastníků výzkumu vítá možnost zapojit do jejich léčby rovněž členy rodiny. Dokážou specifikovat, v čem konkrétně jim příbuzní pomáhají a s jakými problémy se potýkají.

Z výzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že spolupráce s terénním týmem ovlivňuje průběh onemocnění, slouží jako prevence relapsu, přispívá ke stabilizaci psychického stavu nemocných jedinců a slouží k začleňování pacientů zpět do společnosti. Zároveň představuje alternativu hospitalizace. U všech respondentů během spolupráce s terénním týmem došlo ke zlepšení v oblasti duševního zdraví a ke snížení počtu jednotlivých hospitalizací ve srovnání s předchozími obdobími.

Nedostatek představuje velikost výzkumného souboru, do kterého by mohlo být zapojeno více respondentů. Přínosné by byly také rozhovory s ošetřujícími lékaři a dalšími pracovníky z pomáhajících profesí.

10 SOUHRN

Magisterská práce přibližuje tematiku asertivní komunitní péče u pacientů se schizofrenií. Zároveň zohledňuje vývoj a fungování komunitního přístupu v České republice a v zahraničí. Dále se zabývá psychiatrickou péčí v České republice s důrazem na aktuálně probíhající reformu psychiatrie. V práci je více rozvedena tematika sociální psychiatrie a dále podrobněji přibližuje problematiku komunitní péče u nás a v zahraničí, její historii a vývoj. V návaznosti na tato témata se snaží nastínit vnímání poskytované péče s jejími pozitivy a negativy a nalézt vzorce vedoucí k jejímu zkvalitnění. Klade si za cíl zohlednit dostupnost komunitní péče a popsat zkušenosti s asertivním komunitním přístupem.

Práce se dále věnuje popisu problematiky duševních onemocnění. Důraz je zde kladen na konkrétní onemocnění z okruhu psychóz a tím je schizofrenie.

Součástí práce je rovněž stručný popis zařízení, v jejichž rámci probíhal sběr dat.

Diplomová práce zjišťuje průběh spolupráce nemocných jedinců s terénními pracovníky asertivní komunitní péče. Zároveň se ptá, jak tato spolupráce ovlivňuje průběh onemocnění a zvládání každodenního života u osob se schizofrenií.

Cílovou skupinu dotazovaných tvoří jedinci s diagnózou schizofrenie, kteří aktuálně spolupracují s terénními pracovníky v rámci komunitního týmu.

Do výzkumného souboru byli zapojeni pacienti, kteří se zpočátku ke spolupráci s terénním týmem stavěli negativně a jejichž navázání na tým bylo podmíněno asertivními technikami kontaktování. Právě cílovou klientelou asertivních komunitních týmů jsou pacienti, kteří vlivem své nemoci vypadávají ze služeb, nedostavují se k ambulantnímu ošetření, neužívají předepsaná psychofarmaka apod.

Práce je rozčleněna na část teoretickou a část praktickou.

Teoretická část práce popisuje psychiatrickou péči v České republice. Rozvádí tematiku sociální psychiatrie. V souvislosti s tím blíže přibližuje Strategii reformy psychiatrické péče, která představuje zásadní dokument aktuálně probíhající

reformy celého systému psychiatrické péče v České republice. Seznamuje s časovým harmonogramem reformy a jejími cíli, z nichž z jednu z hlavních změn představuje vznik Center duševního zdraví. Více specifikuje systém komunitní péče u nás a v zahraničí. Zaměřuje se na jeho historii a vývoj. Rovněž na kritéria komunitní péče a typologii s ní spojenou deinstitutionalizaci. Zohledňuje jednotlivé přístupy v rámci komunitní péče. Podrobněji popisuje asertivní komunitní přístup. Neopomíjí kritéria pro vstup do komunitních služeb, jejich formy a cílovou skupinu. Zmiňuje pojem komunita a jeho definici. Důraz je kladen na popis duševních onemocnění, jejich klasifikaci, diagnostiku a terapii. Stručně popisuje také historii duševních onemocnění. V práci jsou především zohledněna psychotická onemocnění. Blíže je v ní definována diagnóza schizofrenie a rozvedeny její klinické formy, etiopatogeneze, symptomatologie, faktory onemocnění, klinický obraz nemoci, průběh s prognózou a možnosti terapie.

V praktické části jsou definovány hlavní výzkumné otázky. Celkem bylo stanoveno pět hlavních výzkumných otázek a otázky dílčí. Dále je zde popsán výzkumný soubor a uvedeny výzkumné metody, které byly ve výzkumu použity. K empirické části bylo zvoleno kvalitativní šetření, které probíhalo pomocí polostrukturovaného rozhovoru a studia odborné dokumentace.

Okrajově jsou zde zmíněna dvě pracoviště, v jejichž rámci probíhal sběr dat.

V souvislosti s výzkumem bylo osloveno celkem dvanáct respondentů. Realizace rozhovorů se účastnilo deset z nich, kteří představují výzkumný soubor. Dva dotazovaní byli v době realizace hospitalizovaní. Všichni účastníci výzkumu splňují diagnostické kritérium schizofrenie. U všech dotazovaných v minulosti docházelo k opakovaným relapsům onemocnění, které vedly k hospitalizace. Pacienti také anamnesticky uvádějí přerušování psychiatrické léčby z vlastního rozhodnutí. Rozhovor byl rozčleněn do pěti tematických částí, které korespondují s hlavními výzkumnými otázkami. Je zaměřen na hodnocení a průběh spolupráce s komunitním terénním týmem. Zohledňuje otázky týkající se spolupráce s jednotlivými pracovníky, telefonického kontaktu s pracovníky, využívání krizové intervence v době víkendu, dále se ptá na spolupráci s rodinnými příslušníky a okolím a hledá tak možnosti vedoucí ke zkvalitnění poskytované služby.

Všichni účastníci výzkumu byli seznámeni s jeho podmínkami a s možností kdykoliv z výzkumu odstoupit. Zároveň jim byl předložen souhlas s účastí ve výzkumu.

Ze strany výzkumníka jim byla zajištěna anonymita.

Z výzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že spolupráce s terénním týmem ovlivňuje průběh onemocnění, slouží jako prevence relapsu, přispívá ke stabilizaci psychického stavu nemocných jedinců a slouží k začleňování pacientů zpět do společnosti. U všech respondentů během spolupráce s terénním týmem došlo ke zlepšení v oblasti duševního zdraví a ke snížení počtu jednotlivých hospitalizací ve srovnání s předchozími obdobími.

Nedostatek představuje velikost výzkumného souboru, do kterého by mohlo být zapojeno více respondentů. Přínosné by byly taktéž rozhovory s ošetřujícími lékaři a dalšími pracovníky z pomáhajících profesí.

LITERATURA

- 1) Allness, D. (nedat.). *The program of assertive community treatment. New directions for mental health services*, Wisconsin. Získáno 4. února 2017 z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&sid=e0235b19-a105-4cc7-9768-28599c205987%40sessionmgr102&hid=129>
- 2) Assertive community treatment. (nedat.) *National alliance on mental illness Minnesota*. Získáno 22. prosince 2016 z <http://www.namihelps.org/assets>
- 3) Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2011). *Schizofrenie* (1. vydání). Praha: Mladá fronta.
- 4) Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2013). *Schizofrenie* (2. vydání). Praha: Mladá fronta.
- 5) Baštecká, B., Mach, J. et al. (2015). *Klinická psychologie*. Praha: Portál
- 6) Baštecký, J. (1997). *Psychiatrie, právo a společnost*. Praha: Galén.
- 7) Ben-Zeev, D., Brian, R., Aschbrenner, A., Jonatha, G., & Steingard, S. (2016). Video-based mobile health interventions for people with schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. doi: 10.1037/prj0000197
- 8) Ben-Zeev, D., Scherer, EA., Gottlieb, JD., Rotondi, AJ., Brunette, MF., Achtyes, ED...Kane, JM. (2016). Patient engagement with a mobile phone intervention following hospital discharge. *Journal of Medical Internet Research – Mental Health*, 3(3). doi: 10.2196/mental.6348
- 9) Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., & Keith, S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2),163.
- 10)Cohen, N. (1990). *Psychiatry: Takes to the streets*. New York: The Guilford Press.
- 11)Češková, E. (2005). *Schizofrenie a její léčba* (1. vydání). Praha: Maxdorf.
- 12)Češková, E. (2013). *Schizofrenie a její léčba* (3. vydání). Praha: Maxdorf.
- 13)David, I. (4. března 2009). *Principy sociální psychiatrie*. Získáno 13. ledna 2017 z http://cdzjesenik.cz/Principy_social.psychiatrie.pdf
- 14)Disman, M. (2011). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum.

- 15) Dispenzarizace. (nedat). In Velký lékařský slovník. Získáno 14. ledna 2017 z <http://lekarske.slovníky.cz/pojem/dispensarizace>
- 16) Drake, R. (2008). Brief history, current status, and future place of assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(2). Získáno 13. ledna 2017 z <http://web.a.ebscohost.com>
- 17) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2005). *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing.
- 18) Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing.
- 19) Eset, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika. (nedat). Eset, Psychoterapeutická a psychosomatická klinika. Získáno 2. února 2017 z: <http://www.klinikaeset.cz>
- 20) Eset-Help. (nedat). Občanské sdružení Eset-Help. Získáno 2. února 2017 z: <http://www.esethelp.cz>
- 21) Falk, K., Allebeck, P. (2002). Implementing assertive community care for patients with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 280-286. Získáno 4. února 2017 z <http://web.b.ebscohost.com>
- 22) Fišar, Z. et al. (2009). *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing.
- 23) Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: Jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál
- 24) Foitová, Z., Pěč, O., & Wenigová, B. (2011). *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
- 25) Gale, J., Realpe, A., & Pedrali, E. (2008). *Therapeutic communities for psychosis*. East Sussex, Routledge.
- 26) Hales, R., Yudofsky, S., & Talbot, J. (1999). *Textbook of Psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press
- 27) Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- 28) Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál
- 29) Hejzlar, P. (2014). *Zapojování psychiatrů do komunitních služeb*. X. sjezd psychiatrické společnosti ČSL JEP. Získáno 4. ledna 2017 z:

http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/Hejzlar_sjezd%20PS_140614.pdf

- 30)Hendl, J. (2008). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 31)Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 32)Hollý, M. (nedat). Martin Hollý v Diagnóze F: *Pro schizofrenika jsou obtížné i běžné životní situace*. Získáno 1. března 2017 z: <http://www.iskerka.info/clanky/20141201-Martin-Holly-Pro-schizofrenika.pdf>
- 33)Hoof, F. et al. (2015). The role of national polices and mental health care systems in the development of community care and community support: an international analysis. *Journal of Mental Health*, 1-6. doi:10.3109/09638237.2015.1036973
- 34)Hosáková, K. (2016). *Negativní symptomy u schizofrenie a jejich souvislosti s kognitivními funkcemi*. (Nepublikovaná disertační práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc.
- 35)Hoskovcová, S. (2009). *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum.
- 36)Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- 37)Jarošová, D. (2007). *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada Publishing.
- 38)Kučerová, H. (2013). *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada Publishing.
- 39)Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing.
- 40)Lakeman, R. (2001). *Towards assertive community care*. Získáno 3. února z <http://www.testandcalc.com/Richard/resources/ACT.pdf>
- 41)Lam, D., Kuipers, L., & Leff, J. (1993). Family work with patients suffering from schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 233-237. Získáno 15. března 2017 z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=39e6e203-3650-4bfd-ab39-a5f3ed8bbc12%40sessionmgr103&hid=116>
- 42)Leff, J., Sharplex, M., Chisholm, D., Bell, R., & Gamble, C. (2001). Training community psychiatric nurses in schizophrenia family work. *Journal of Mental Health* 10(2), 189-197. Získáno 18. března 2017 z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=39e6e203-3650-4bfd-ab39-a5f3ed8bbc12%40sessionmgr103&hid=116>

- 43) Lorenc, J. (2008). *O krizové intervenci a krizových centrech*. Získáno z <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1732>
- 44) Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing.
- 45) Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., & Green, R. (2000). *Case management for people with severe mental disorders*. Cochrane Database Syst Rev (2):CD000050
- 46) Messer, S. (2002). Evidence-based psychotherapy. *Medscape General Medicine*, 4(4). Získáno 16. února 2017 z <http://www.medscape.com>
- 47) Ministerstvo zdravotnictví ČR. (8. října 2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Získáno 10. ledna 2017 z http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publikace_web_9-10-2013.pdf
- 48) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- 49) Mueser, KT., Bond, GR., & Drake, RE. (2001). Community based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Medscape General Medicine* 3(1).
- 50) Nabil, A. (2014). Managing schizophrenia in the midst of schizophrenia – the role of assertive community treatment. *Medicine & Health*, 9(2), 139-142. Získáno 4. února 2017 z <http://web.a.ebscohost.com>
- 51) Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
- 52) Orel, M. et al. (2016). *Psychopatologie – nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing.
- 53) Owen, A., Sood, L., Ward, S., & Wood, R. (nedat.). *ACT to FACT*. Získáno 2. února 2017 z http://www.nfao.org/Resource_Library/Andy_Owen_ACT-to-FACT.pdf
- 54) Pěč, O. (2009). Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*, 10(2), 76-78. Získáno 16. února 2017 z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/02/05.pdf>
- 55) Pěč, O. & Probstová, V. (2009). *Psychózy*. Praha: Triton.
- 56) Pěč, O. (2007). *Sociální psychiatrie – živé i zatracované téma*. Získáno 13. ledna 2017 z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_4_167.pdf

- 57)Pěč, O. (23. října 2012). *Sociální psychiatrie*. In Wikiskripta. Získáno 14. ledna 2017 z http://www.wikiskripta.eu/index.php/Sociáln%C3%AD_psychiatrie
- 58)Petr, T., Marková, E. et al. (2014). *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing
- 59)Praško, J et al. (2003). *Psychiatrie*. Praha: Informatorium.
- 60)Probstová, V. (2005). *Sociální práce s duševně nemocnými*. Praha: Portál.
- 61)Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- 62)Raboch, J., Pavlovský, P., & Janotová, D. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Triton.
- 63)Raboch, J., Pavlovský, P. et al. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 64)Raboch, J., & Wenigová, B. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče*. Praha: Česká psychiatrická společnost.
- 65)Raboch, J., Zvolský, P. et al. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén
- 66)Říčan, P. (leden 2007). *Úvod do komunitní péče o duševně nemocné*. Text k přednášce
- 67)Skutil, M. (2011). *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál.
- 68)Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce.
- 69)Stuchlík, J. (2001). *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha
- 70)Péče o duševní zdraví. (2010). *Na cestě ke komunitní psychiatrii*. Pardubice: Theo
- 71)Tiliosová, P., & Matuška, V. (2004). *Stručný průvodce psychosociální rehabilitací*. Praha: Sdružení pro péči o duševně nemocné Fokus
- 72)Thorncroft, G., & Tansella, M. (2001). *The principle underlying community care*. Oxford: Oxford University Press.
- 73)Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 74)Vodáčková, D. et al. (2007). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- 75)Vybíral, Z., & Roubal, J. (2010). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- 76)Warner, R., & Girolamo, G. (1995). *Schizophrenia*. Geneva: Word Health

Organization.

- 77) *What is F-ACT?* (nedat). F-ACT Nederland. Získáno 3. února 2017 z <http://www.f-actnederland.nl/wat-is-f-act/>
- 78) Ziguras, S., & Stuart, G. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatric Services*, 51(11), 1410-1421. Získáno 18. února 2017 z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11058189>
- 79) Zvolský P. et al. (1996a). *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- 80) Zvolský P. et al. (1996b). *Speciální psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

MZ	ministerstvo zdravotnictví
SOU	střední odborné učiliště
OU	odborné učiliště
SŠ	střední škola
VŠ	vysoká škola
TPS	terénní psychiatrická sestra
ID	invalidní důchod

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Fáze nemoci	38
Tabulka 2: Kritéria MKN-10 pro schizofrenii	40
Tabulka 3: Charakteristika výzkumného souboru	57

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha 1: Formulář zadání magisterské diplomové práce**
- Příloha 2: Abstrakt v českém a cizím světovém jazyce**
- Příloha 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu**
- Příloha 4: Dotazy k polostrukturovanému rozhovoru**
- Příloha 5: Kazuistika 1**
- Příloha 6: Kazuistika 2**
- Příloha 7: Kazuistika 3**
- Příloha 8: Kazuistika 4**
- Příloha 9: Kazuistika 5**
- Příloha 10: Kazuistika 6**
- Příloha 11: Kazuistika 7**
- Příloha 12: Kazuistika 8**
- Příloha 13: Kazuistika 9**
- Příloha 14: Kazuistika 10**

Příloha 1: Formulář zadání diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2015/2016

Studijní program: Psychologie
Forma: Kombinovaná
Obor/komb.: Psychologie (PSYN)

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. TALANDOVÁ Helena DiS.	Štúrova 1701/55, Praha	F150147

TÉMA ČESKY:

Zkušenosti s asertivní komunitní péčí u osob se schizofrenií

TÉMA ANGLICKY:

Experiences with assertive community treatment for people with schizophrenia

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Kristýna Hosáková - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

Tato magisterská diplomová práce si klade za cíl přiblížit tematiku asertivní komunitní péče u pacientů se schizofrenií v ČR a v zahraničí. V teoretické části je vymezena probíhající reforma psychiatrie v ČR, tato část se zaměřuje na porovnání komunitní péče u nás a v zahraničí. Nedílnou součástí je uvedení do problematiky schizofrenie a detailnější popis onemocnění. Metodologický rámec bude kvalitativní s cílem popsat zkušenosti s asertivním komunitním přístupem u osob se schizofrenií.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Bankovská-Motlová, L., Španiel, F.: Schizofrenie. Praha, Mladá fronta, 2011.
Cohen, N.: Psychiatriy: Takes to the streets. New York, The Guilford Press, 1990.
Češková, E.: Schizofrenie a její léčba. Praha, Maxdorf, 2005.
Dušek, K., Večeřová-Procházková, A.: První pomoc v psychiatrii. Praha, Grada Publishing, 2005.
Gale, J., Realpe, A., Pedrali, E.: Therapeutic Communities for Psychosis. East Sussex, Routledge, 2008.
Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J.: Psychiatrie. Praha, Tigis, 2002.
Hoskovecová, S.: Psychosociální intervence. Praha, Karolinum, 2009.
Jarošová, D.: Úvod do komunitního ošetrovatelství. Praha, Grada, 2007.
Kučerová, H.: Schizofrenie v kazuistikách. Praha, Grada Publishing, 2010.
Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M.: Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha, Grada Publishing, 2006. Pěč, O., Probstová, V.: Psychózy. Praha, Triton, 2009.
Praško, J.: Psychiatrie. Praha, Informatorium, 2003.
Raboch, J., Pavlovský, P., Janotová, D.: Psychiatrie. Praha, Triton, 2012.
Vágnerová, M.: Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha, Portál, 1999.
Vodáčková, D. a kol.: Krizová intervence. Praha, Portál, 2007.
Zvolský P. a kol.: Obecná psychiatrie. Praha, Karolinum, 1996.
Zvolský P. a kol.: Speciální psychiatrie. Praha, Univerzita Karlova, 1996.

Příloha 2: Abstrakt v českém a cizím světovém jazyce

ABSTRAKT

Název práce: Zkušenosti s asertivní komunitní péčí u osob se schizofrenií

Autor práce: Bc. Helena Talandová, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Kristýna Hosáková, Ph.D.

Počet stran a znaků: 90 stran (142 571)

Počet příloh: 14

Počet titulů použité literatury: 80

Abstrakt:

Magisterská diplomová práce se snaží popsat zkušenosti asertivního komunitního přístupu u osob se schizofrenií. Blíže přibližuje téma asertivní komunitní péče u pacientů s tímto onemocněním a zaměřuje se na problematiku kvality jejich života v souvislosti s jejich zařazením do terénní komunitní péče. Práce je rozčleněna na část teoretickou a část výzkumnou. Součástí teoretické části je přiblížení tematiky sociální psychiatrie s důrazem na aktuální probíhající reformu psychiatrické péče v České republice. Vymezen je pojem komunitní péče a její historie a vývoj. Dále seznamuje s problematikou, diagnostikou a léčbou duševních onemocnění. Výzkumná část práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu, jehož cílem bylo popsat spolupráci jedinců se schizofrenií s terénním komunitním týmem. Výzkumnou metodu sběru dat představoval polostrukturovaný rozhovor. Data byla sebrána od deseti respondentů. Součástí výzkumné části je rovněž popis dvou zařízení, v jejichž rámci probíhal sběr dat. Z výzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že spolupráce s terénním komunitním týmem ovlivňuje průběh onemocnění, slouží jako prevence relapsu, přispívá ke stabilizaci psychického stavu nemocných jedinců a slouží k začleňování pacientů zpět do společnosti. U všech respondentů během spolupráce s terénním týmem došlo ke zlepšení v oblasti duševního zdraví.

Klíčová slova: psychiatrie, schizofrenie, komunitní, asertivní

SUMMARY OF THESIS

Title: Experiences with assertive community treatment for people with schizophrenia

The author: Bc. Helena Talandová, DiS.

Supervisor: PhDr. Kristýna Hosáková, Ph.D.

Number of pages and characters: 90 pages (142 571)

Number of appendices: 14

Number of references: 80

Summary:

This thesis focuses on experiences with assertive community care for people with schizophrenia. It concerns the topic of assertive community treatment in patients with the disease and focuses on issues related to quality of life in connection with their inclusion in the community care. This thesis is divided into theoretical and research part. In the theoretical part, the topic of social psychiatry with an emphasis on currently ongoing reform of mental health care in the Czech Republic is described. It defines the concept of community care and its history and development. Mental illness, diagnostics and treatment are also described. For the research part, qualitative approach was used in order to describe the cooperation of individuals with schizophrenia with the community team. The data collection method was a semi-structured interview. Information were collected from ten respondents. Part of the research is also the description of two organizations where information were collected. The research suggests that cooperation with the community team influences the course of the disease, serves as prevention of relapse, helps to stabilize the mental state of diseased patients and is helpful in inclusion of the patients back to society. All respondents reported improvement in mental health during their cooperation with the community team.

Key words: psychiatry, schizophrenia, community, assertive

Příloha 3: Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce:

Autor práce:

Vedoucí práce:

Termín realizace:

Místo realizace:

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Zkušenosti s asertivní komunitní péčí u osob se schizofrenií“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit.

Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak, než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce.

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

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha 4: Dotazy k polostrukturovanému rozhovoru

Dotazy použité v rozhovoru

1. Jak dlouho službu využíváte?
2. Co Vám na službě vyhovuje a co naopak ne?
3. Dalo by se něco v rámci služby změnit?
4. Jak často se setkáváte s někým z terénních pracovníků?

5. Máte zkušenost s telefonním kontaktem s terénním pracovníkem?
6. Pokud ano, obracíte se na jednoho pracovníka, případně více pracovníků?
7. Jaké jsou Vaše zkušenosti?
8. Myslíte, že jde o účinnou metodu, jak předejít relapsu?
9. Pokud s tím zkušenost nemáte, co si o tom myslíte?
10. V čem by to mohlo být přínosné?
11. Jaké problémy by mohly vzniknout?

12. Máte zkušenost s krizovou intervencí v době víkendu?
13. Pokud ano, jaká vnímáte tuto zkušenost?
14. Pokud ano, jak často využíváte tuto možnost?
15. Pokud nemáte zkušenost s krizovou intervencí, z jaké důvodu?
16. V čem by krizová intervence v době víkendu mohla být přínosná?
17. Co by v rámci této poskytované služby šlo zkvalitnit?

18. Jak vnímáte fakt, že můžete spolupracovat s více než jedním pracovníkem?
19. Jaké máte zkušenosti se spoluprací s více pracovníky?
20. Pokud máte zkušenost, dokážete specifikovat, v jakých situacích se obracíte na sociálního pracovníka a v jakých na terénní psychiatrickou sestru?
21. Může spolupráce s více pracovníky mít vliv na průběh onemocnění? Pokud ano, jaký?

22. Spolupracují terénní pracovníci s někým z Vaší rodiny či okolí?
23. Pokud ano, vnímáte spolupráci terénních pracovníků s rodinnými příslušníky či s někým z Vašeho okolí?
24. Může tato spolupráce ovlivnit průběh Vašeho onemocnění?
25. Pokud s tím nemáte zkušenosti, co si o tom myslíte?
26. Pokud s tím nemáte zkušenosti, z jakého je to důvodu?
27. Mohly by spoluprací terénních pracovníků s někým z Vaší rodiny či okolí vzniknout nějaké problémy? Pokud ano, jaké?
28. Do jaké míry Vám pomáhá nejbližší rodina?

Příloha 5: Kazuistika č. 1 – Vítek

Jedná se o muže, 55 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie

Rodinná anamnéza: Pacient pochází z úplné rodiny, sourozence nemá. Matka se dožila 77 let, zemřela na tuberkulózu, pracovala jako dělnice. Otec žije, 79 let, pracuje jako dělník na dráze. Matka byla pečlivá, starostlivá, milující, *„ale někdy necitlivá, protože sama neměla lásku od rodičů“*, jak popisuje pacient. Její schopnost empatie byla snižena, *„neuměla předat sebevědomí, nevedla k sebevědomí“* udává pacient. Matka se před smrtí psychiatricky léčila. *„Byla na nervy, vztekala se, křičela, ponižovala, urážela, ale to až když byla stará.“*

Otec je starostlivý, pečlivý, obětavý, nicméně prchlivý. Při výchově používal fyzických trestů. Je zásadový, nábožensky založený. Občas užívá alkohol.

Vztah rodičů *„byl věcný, praktický, ne zrovna přeslazený, hádali se často, ale bez násilí, ze strany matky tam byla velká necitovost“* udává pacient.

Osobní anamnéza: Matka během gravidity byla údajně ve velkém stresu, pacient je přesvědčený o tom, že byl nechtěné dítě. V té době nebyla antikoncepce a matka byla hluboce věřící.

Pacient prodělal běžné dětské nemoci, chirurgicky mu byly odstraněny mandle. V deseti letech byl na dva roky odloučen od rodiny z důvodu dlouhodobé hospitalizace v nemocnici pro vadu kyčlí.

Sociální a pracovní anamnéza: Mateřskou školou prošel bez nápadností. Základní školu absolvoval s dobrým prospěchem, měl pár přátel, ale více se mu děti posmívali pro jeho povahu. Byl zamlklý, pasivní, držel se v ústraní. Vystudoval střední školu s ekonomickým zaměřením. *„Držel jsem se spíše v ústraní, byl jsem zahleděn do sebe, kázeň jsem měl špatnou, ale úplně vzdorovitý jsem nebyl. Dostal jsem sniženou známku z chování, chodil jsem kouřit za školu a provokoval jsem oblečením.“* Po dokončení střední školy nastoupil povinnou vojenskou službu, která mu byla zkrácena na 5 měsíců. Následně pracoval rok v administrativě, posléze u něj propuklo onemocnění. V té době se oženil.

Z manželství pochází jedno dítě. Záhy po narození syna se s manželkou rozvedli. Aktuálně žije s otcem v jedné domácnosti. Problém u něj je samostatné finanční hospodaření. Na otce je fixován, nemá žádné přátele. Se synem je v kontaktu minimálně. Byl mu přiznán PID z psychiatrické indikace.

Pacient je částečně omezen k právním úkonům.

Zájmy: Papoušek, kterého má již několik let.

Abúzus: alkohol neuje, nikotinismus 20 – 25 cigaret denně, drogy a gambling neuje

Farmakologická anamnéza: Fluanxol depot 1 amp i.m. á 14 dní, Olwexya 75mg 1-0-1, Atarax 25 mg při úzkosti

Alergická anamnéza: trávy, pyly

Psychiatrická anamnéza: Nemoc byla pacientovi diagnostikována ve dvaceti letech. „Necítil jsem se už nějakou dobu dobře, lidi kolem mě se na mě divně dívali, pozorovali mě. V kanceláři asi byly kamery a nikdy mě neměl rád.“ Pacientovi byla nasazena farmakologická léčba. Později byl opakovaně hospitalizován. Nejčastějším důvodem hospitalizace byla dekompenzace psychického stavu z důvodu přerušování léčby.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Namotivovat pacienta trvalo relativně dlouho. Pacient nyní spolupracuje, vítá rovněž spolupráci s otcem. Pacient často vypadává z péče tím, že přestane docházet na lékařské kontroly. Vzhledem k častým dekompenzacím psychického stavu je nezbytné pacienta minimálně jednou týdně kontaktovat. Doprovody k ošetřujícímu lékaři na pravidelné kontroly jsou nezbytné. Během spolupráce s terénním týmem u pacienta došlo ke zlepšení v oblasti užívání předepsaných léků, pacient souhlasil s převedením z orální antipsychotik na depotní antipsychotika. Rovněž se ho podařilo navázat na sociální služby pro lidi s duševním onemocněním. S pacientem jsme v kontaktu minimálně jednou týdně a dále dle potřeby.

Příloha 6: Kazuistika č. 2 – Jan

Jedná se o muže, 47 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Pacient pochází z úplné rodiny. Matka, 73 let, pracovala jako administrativní pracovnice. Aktuálně pobírá starobní důchod. Léčí se pro srdeční arytmií. Otec zemřel v 58 letech. Byla mu diagnostikován maligní nádor, který postupně metastazoval. Pracoval na dráze a poté na ministerstvu dopravy. Pacient má sestru, 43 let, která vystudovala VŠ ekonomickou. Nyní je vdaná a má jedno dítě.

Pacient byl již v dětství matkou glorifikován, „*idealizován, čemuž jsem i věřil, ale přitom ji vůbec nezajímalo moje myšlení, názory a myšlenky. Táta byl tyran, despota, přehlížel potřeby nás všech. Se mnou dělal pochodové cvičení, jako s vojákem, citově mě vydíral, vycházelo se s ním obtížně.*“ Pacient dále udává, že oba rodiče se jeví jako chladní, projevovali minimum něhy a náklonnosti. Matka otce vždy maximálně respektovala. Ačkoliv se často hádali. Pacient se často cítil osamělý, „*v ničem mě nepodporovali, u matky to byla opičí láska, naplňovala potřeby, ale vlastně jsem ji doopravdy nezajímal.*“

Osobní anamnéza: Pacient neví, zda matka těhotenství plánovala. Perinatální a pozdější časný psychomotorický vývoj v normě. V souvislosti s matčíným těhotenství zmiňuje, že otec matky byl lékařem v koncentračním táboře a jeho manželka původně služebná. Pacient prodělal běžné dětské nemoci.

Sociální a pracovní anamnéza: Již jako malý byl šikovný, svéhlavý, aktivní. „*Ve školce to nebylo dobrý, těžko se mi existovala o ostatními dětmi, chodil sem tam nerad a lhal jsem, až se hory zelenaly!*“ Pacient hovoří o tom, že toužil být něčím výjimečný a důležitý. Z toho důvodu často lhal a fabuloval. Mezi kamarády si vybíral takové, s kterými mohl manipulovat a ovládat je. „*Rodiče mě vychovávali jako výjimečného.*“

Na základní škole měl potíže v kolektivu, stranil se ostatním dětem. Měl po celou dobu pouze jednoho spolužáka, se kterým si hrál. Prospěchově byl průměrný.

Střední školu absolvoval bez větších obtíží. Poté nastoupil na vysokou školu, obor geologie, kterou dokončil. Vystudovanému oboru se nikdy nevěnoval, již během studií nastoupil jako dělník na výškové práce. Aktuálně nepracuje, nemá přítelkyni, sexuální zkušenost má. Žije ve společné domácnosti s matkou. Pobírá ID z psychiatrické indikace.

Pacient není omezen ve způsobilosti.

Zájmy: náboženství, filozofie, umění

Abúzus: alkohol příležitostně, nekuřák, drogy a gambling neguje

Farmakologická anamnéza: Kventiax 200mg 2-0-2, Miraklide 10mg 1-0-0, Atarax 25mg při úzkostech

Alergická anamnéza: Penicilin

Psychiatrická anamnéza: První kontakt s psychiatrií byl ve dvaadvaceti letech. Tehdy se již delší dobu necítil dobře. „*Pracoval jsem na stavbách, nebylo mi dobře z těch výšek a z ostatních dělníků. Okrádali mě o všechno, o peníze i o jídlo.*“ Později se u něj začala projevovat agrese, doma rozbíjel nábytek a různé předměty. Byl nedobrovolně hospitalizován a poté ambulantně léčen. Psychiatrickou léčbu často přerušoval a byl opakovaně nedobrovolně hospitalizován, celkem osmkrát. V popředí dominují trvalé bludy s paranoidním obsahem.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: O spolupráci se terénním týmem požádal ošetřující psychiatr pacienta. V minulosti pacient opakovaně vypadal z péče tak, že přestal užívat předepsanou medikaci a docházet na lékařské kontroly. Pacienta jsme dlouhodobě kontaktovali a snažili navázat na služby terénních pracovníků. Aktuálně je zaangažovaný a spolupracuje. Pacienta jsme opakovaně kontaktovali a snažili navázat na služby terénních pracovníků. Komunikace s ním byla zpočátku velmi obtížná, pacient s námi odmítal komunikovat. K navázání kontaktu přispěla komunikace s rodinou. S pacientem udržujeme kontakt minimálně jednou týdně.

Příloha 7: Kazuistika č. 3 – Lukáš

Jedná se o muže, 29 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Pacient pochází z úplné rodiny. Matka, 49 let, zdráva, pracuje jako administrativní pracovnice. Otec, 52 let, zdravý, pracuje jako řidič. Pacient má sestru, 25 let, zdráva, studuje. Otec ze strany matky trpěl bipolární poruchou. Jinou hereditu pacient neudává.

Osobní anamnéza: Pacient prodělal klešťový porod. Absolvoval rehabilitaci Vojtovou metodou. V pěti letech začal chodit na logopedii. Sexuální zkušenosti nemá. Psychické problémy se začaly objevovat v období dospívání.

Sociální a pracovní anamnéza: Ve školním věku mu byla verifikována LMD. Sám uvádí „*byl jsem ukřičené a uřvané dítě.*“ Na druhém stupni ZŠ měl špatný prospěch, přestoupil tak na speciální školu, kde prospíval bez obtíží. Později vystudoval učební obor keramika. Pracovní zkušenosti má v rámci podporovaného zaměstnávání. Bydlí u rodičů se sestrou, soužití a zázemí vnímá jako dobré a uspokojující.

Pacient není omezen ve způsobilosti.

Zájmy: četba, počítavé hry

Abúzus: alkohol neguje, nekouří, drogy a gambling neguje

Farmakologická anamnéza: Asentra 50mg 1-0-0, Rivotril 0,5mg 0-0-0-1, Akineton 2mg 1-0-0, Risperdal Consta 37,5mg i.m. á 14 dní

Psychiatrická anamnéza: Propuknutí onemocnění sám datuje do doby patnácti let. „*Uzavřel jsem se, nevěděl jsem, kdo jsem, rok jsem byl jenom doma a úplně jsem z toho zblbnul. Měl jsem pocit, že mě sledují, kam jdu a co dělám, hrozně jsem se bál lidí, bylo to naprosto šílené. Taky jsem se bál jít do školy, aby mě*

někdo nezabil.“ Následně proběhla první hospitalizace, která trvala několik měsíců. Pacient má suicidální tendence, dvakrát se o pokusil ukončit svůj život. Je u něj patrná rozkolísaná emocionalita, zlostné afekty. Nemoc je provázena masivní úzkostnou symptomatologií s tělesnou projekcí tenze, zejména do kosterního svalstva. U pacienta dominují akustické halucinace. Byl dvanáctkrát hospitalizován.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Pacient opakovaně vypadával z péče. Přestával chodit do ambulance na pravidelné lékařské kontroly. Kontaktoval nás ošetřující psychiatr s tím, že pacient opět přestal docházet a izoluje se doma. Nemá náhled na své onemocnění. Navázání spolupráce bylo podmíněno nedobrovolnou hospitalizací a následným kontaktováním v psychiatrické nemocnici. U pacienta v popředí dominuje bludná produkce s paranoidním obsahem. Pacient je přesvědčený, že je zdravý. Léky užívá pravidelně s pomocí terénního týmu a rovněž dochází na pravidelné lékařské kontroly v doprovodu terénního pracovníka. S rodiči spolupracujeme a jsme v pravidelném kontaktu. Pacienta se rovněž během spolupráce podařilo zapojit do sociálně rehabilitačního programu v souvislosti s trávením volného času a podařilo převést na depotní preparát.

Příloha 8: Kazuistika č. 4 – Tomáš

Jedná se o muže, 41 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Pacient pochází z úplné rodiny, otec zemřel v 59 letech, příčinou byla mozková příhoda, pracoval jako úředník. Matka, 71 let, zdravá, žije v domově pro seniory, pracovala jako úřednice. Pacient má tři sestry, 43 let, 39 let a 35 let, které jsou zdravé, mají vlastní rodiny. V pořadí sourozenců je druhý. Se sestrami je v kontaktu, pravidelně je navštěvuje. Z psychiatrické heredity: matka se v mládí léčila v PNB, otec nadužíval alkohol.

Osobní anamnéza: Perinatální a pozdější časný psychomotorický vývoj v normě. Pacient prodělal běžné dětské nemoci. Měl několik úrazů, především pády. Při jednom pádu utrpěl kraniotrauma (úraz hlavy) s bezvědomím. Aktuálně trpí osteoporózou, má těžkou skoliózu páteře.

Sociální a pracovní anamnéza: Pacient má dokončenou Střední průmyslovou školu elektrotechnickou. Během docházky na ZŠ a SŠ se stranil kolektivu, byl tichý, pasivní. Po ukončení SŠ mu byl přiznán ID z psychiatrické indikace. V oboru nikdy nepracoval. Má zkušenost v rámci podporovaného zaměstnávání. Je svobodný, bezdětný. Partnerku nemá, sexuální zkušenost nemá. Žije sám ve vlastním bytě. Je bez zájmů.

Pacient je omezen k právním úkonům.

Abúzus: alkohol nejuje, nekouří, drogy a gambling nejuje

Farmakologická anamnéza: Risperidon 2mg 1-0-0-1, Tisercin 25mg 0-0-0-1, Haloperidol 1,5mg 1-1-1, Akineton 2mg 1-0-0, Rivotril 0,5mg 1-1-1, Amilia 200mg 1-0-1, Calcichew D3 Lemon 500/400 IU 1-0-0, Vigantol 25gtt 1xtýdně

Alergická anamnéza: banán, kiwi

Psychiatrická anamnéza: Psychiatricky se léčí od dětství. Byl hospitalizován celkem sedmnáctkrát. V posledních letech došlo k prohloubení bludné produkce. Pacient je přesvědčen, že veškeré potraviny jsou otrávené. Pacient rovněž připouští verbálně akustické halucinace. Jsou u něj patrné suicidální tendence. Má tendence se izolovat doma od sociálního okolí. V případě zhoršení psychického stavu zcela ztrácí náhled na své onemocnění.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: O spolupráci požádal ošetřující psychiatr z toho důvodu, že se pacient nedostavil na kontrolu. Pacienta se podařilo poměrně rychle kontaktovat a navázat na služby terénního týmu. Během spolupráce s terénním týmem se podařilo stabilizovat psychický stav pacienta a pacienta se v tuto chvíli podařilo navázat na sociálně rehabilitační služby. Pacient často využívá kontakt s pracovníky prostřednictvím telefonu. Většinu času tráví doma. Pacienta se během spolupráce podařilo navázat na sociálně rehabilitační služby. Začal rovněž docházet pravidelně do docházkové skupiny pro jedince s psychotickým onemocněním. S pacientem jsme v kontaktu dvakrát týdně a dále dle potřeby.

Příloha 9: Kazuistika č. 5 – Jitka

Jedná se o ženu, 38 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Pacientka pochází z úplné rodiny. Matka zemřela v 43 letech, léčila se ze závislosti na alkoholu. Příčinou úmrtí bylo selhání jater. Otec, 65 let, podnikatel, onkologicky nemocný. Pacientka má bratra, 43 let, zdravý, má vlastní rodinu, pracuje jako zámečník.

Osobní anamnéza: Byla plánované dítě, perinatální a pozdější časný psychomotorický vývoj v normě. V dětství prodělala běžné dětské nemoci, bez větších úrazů, bez operačních zákroků. Po smrti matky došlo u pacientky k propuknutí psychiatrického onemocnění.

Sociální a pracovní anamnéza: Pacientka absolvovala základní školu bez obtíží, střední školu nezvládla dokončit z psychických důvodů. Má přiznaný ID z psychiatrické indikace. Pracovní zkušenosti na volném trhu práce má minimální, pracovala v rámci podporovaného zaměstnávání. V mládí velmi sportovala, hrála závodně házenou a provozovala rovněž bojové sporty. Žije sama, stýká se s otcem a bratrem. Přátele nemá. Je dlouhodobě bez partnera, sexuální zkušenosti má.

Pacientka je omezena ve způsobilosti k právním úkonům.

Zájmy: vaření, luštění křížovek

Abúzus: alkohol neguje, nikotinismus 20-30 cigaret denně, drogy a gambling neguje, zneužívání psychofarmak

Farmakologická anamnéza: Fluanxol depo 1 amp i.m. á 14 dní, Tisercin 2-2-3, Olwexya 75mg 1-0-1

Alergická anamnéza: trávy, pyly, ořechy

Psychiatrická anamnéza: Psychiatricky se léčí od dětství. Onemocnění u ní propuklo plně po smrti matky, kdy bylo pacientce 15 let. Za života matky byly doma konflikty, otec matku s dcerou často fyzicky napadal. V patnácti letech pacientka opustila domov a půl roku žila v azylovém domě. „*Potom jsem se rozhodla vrátit domu k tátovi. Stejně jsme se hodně hádali, kvůli němu matka zemřela. Táta na mě křičel, že jsem tlustá a k ničemu. Hodně jsem užívala léky, co doma zůstaly po mámě.*“ Pacientka v té době měla suicidální tendence, má za sebou dva neúspěšné pokusy o sebevraždu. Byla patnáctkrát hospitalizována. Podstoupila odvykací léčbu v souvislosti se závislostí na psychofarmacích. Během hospitalizací v psychiatrických nemocnicích podstoupila léčbu ECT. Problém představuje rovněž rezistence na řadu psychofarmak. V popředí dominuje bludná produkce, má verbálně auditivní halucinace. Často u ní dochází k dekompenzaci.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Kontaktoval nás ošetřující psychiatr se žádostí o spolupráci s terénními pracovníky. Pacientka se od počátku ke spolupráci stavěla vcelku pozitivně. Pacientka má problémy v běžných sociálních situacích. Cítí velmi osamocená a kontakt je u ní nezbytný. Otec pacientka nemá příliš náhled na onemocnění dcery. Navíc se sám potýká s vážnou chorobou. V rámci spolupráce s terénním týmem se aktuálně podařilo zpravidelnit docházení k lékaři, došlo k výraznému zlepšení v oblasti bydlení a sebezpečí. Pacientku se podařilo začlenit do služeb sociální rehabilitace.

Příloha 10: Kazuistika č. 6. – Jana

Jedná se o ženu, 31 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Pacientka pochází z úplné rodiny, otec, 65 let, zdravý, aktuálně ve starobním důchodu, dříve pracoval v pohostinství. Matka, zemřela v 63 letech, pracovala jako prodavačka, léčena pro depresivní poruchu a závislost na alkoholu. Pacientka má sestru, 43 let, léčí se pro depresivní poruchu, druhá sestra, 39 let, zdravá. Obě sestry mají vlastní rodiny. V rámci rodinné heredity – otec matky suicidoval.

Osobní anamnéza: O měsíc předčasný porod, byla v inkubátoru. Prodělala běžné dětské nemoci. Sledována na kardiologii pro srdeční šelest. Později herniotomie (operace kýly), jiné vážnější operace a úrazy neprodělala. Prodělala anorektické období. Nyní se údajně stravuje bez obtíží a pravidelně. Má podváhu.

Sociální a pracovní anamnéza: Pacientka ukončila základní školu, poté nastoupila na odborné učiliště, které z psychických důvodů neukončila. „Na základce jsem držela stranou, měla jsem jen jednu kamarádku. Ostatní se mi taky smáli, že jsem byla tlustá.“ Pacientka žije ve společné domácnosti s otcem, má stálého partnera již osm let. Ve vztahu jsou občasné konflikty. Pacientka pobírá ID z psychiatrické indikace.

Pacientka je omezena ve způsobilosti k právním úkonům.

Zájmy: tanec

Abúzus: alkohol neguje, nekouří, drogy a gambling neguje

Farmakologická anamnéza: Abilify 15mg 2-0-0, Buronil 25mg 0-0-0-2, Leponex 100mg 2-0-2, Tisercin 25mg 1-0-2-3, Lamotrigin 50mg 1-0-2, Neurol 1mg při úzkostech, Fluaxol depot 1 amp. i.m. á 14 dní

Psychiatrická anamnéza: Poprvé byla hospitalizována na psychiatrii ve čtrnácti letech. Důvodem byl suicidální pokus. „*Tehdy mi přišlo všechno zbytečně, tak jsem se chtěla otrávit tátovými léky.*“ Pacientka byla hospitalizována celkem devatenáctkrát, z toho několik hospitalizací bylo velmi dlouhodobých. Častým důvodem k hospitalizacím bylo nadužívání psychofarmak. U pacientky dominují sluchové halucinace imperativního charakteru a kritického obsahu, na které pacientka reaguje úzkostnými stavy. U pacientky dochází k autoagresivním raptům s nutností rychlé hospitalizace. „*Hlasy mi říkají, že musím přijít do jiného světa, ale že nejdříve musím umřít. Často se mi smějou a sledují, jak se chovám.*“ Dále v popředí dominuje negativní symptomatologie onemocnění, tedy oploštění emotivity a mimiky.

Vlivem psychotické symptomatologie se pacientka sebepoškozuje.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Pacientka má tendence izolovat se doma. Má potíže v navazování sociálních vztahů. Spolupráci s terénním týmem inicioval ošetřující psychiatr s požadavkem aktivizovat pacientku a namotivovat zpět k léčbě poté, co přestala docházet na lékařské kontroly. Pacientku se podařilo psychicky stabilizovat. Aktuálně se podařilo pacientku navázat na sociálně rehabilitační služby, navštěvovala rovněž stacionář pro osoby s psychotickým onemocněním. Spolupracuje, léky užívá při pravidelné kontrole, za podpory dochází na pravidelné lékařské kontroly.

Příloha 11: Kazuistika č. 7 – Věra

Jedná se o ženu, 42 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Matka, 66 let, zdráva, dle pacientky je závislá na alkoholu. Pracovala jako prodavačka, nyní ve starobním důchodu. Otec, 68 let, zdrav, pracoval jako policista – příslušník státní bezpečnosti, nyní pobírá starobní důchod. Rodiče se rozvedli, když bylo pacientce dvacet let. Pacientka má dva bratry, 36 a 38 let, kteří mají vlastní rodiny. Nejmladší bratr se úspěšně léčil s Hodgkinovým lymfomem. Pacientka je sedmnáct let vdaná, má syna, 14 let, zdrav a dceru, 11 let, zdráva. Manžel, 44 let, zdrav, pracuje jako programátor. Jejich manželství je výrazně narušeno onemocněním pacientky a její bludnou produkcí.

Osobní anamnéza: Perinatální a časný psychomotorický vývoj v normě, pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. Trpí anemií, má hypothyreózu (snížená funkce štítné žlázy). Žádné vážné úrazy a operační zákroky neprodělala.

Sociální a pracovní anamnéza: Na základní škole byla pacientka šikanována, poté absolvovala gymnázium, které ukončila maturitní zkouškou. Následně pracovala jako administrativní pracovnice v advokátní kanceláři. Má ID z psychiatrické indikace. V současné době nepracuje. Se sourozenci se setkává sporadicky, matku a otce vídá minimálně. Nemá žádné bližší přátele. Žije ve společné domácnosti s manželem a dětmi. Obtížně navazuje sociální vztahy, má tendence izolovat se doma.

Pacientka není omezena ve způsobilosti.

Zájmy: vaření, pečení

Abúzus: alkohol neguje, nekouří, drogy a gambling neguje

Farmakologická anamnéza: Leponex 100mg 1-1-4, Abilify 15mg 1-1-0, Solian 200mg 1-1-0, Letrox 75mg 1-0-0

Psychiatrická anamnéza: Psychiatricky léčena od dospívání, první hospitalizace na psychiatrii v osmnácti letech po neúspěšném pokusu o sebevraždu. Hospitalizována byla celkem sedmkrát. Pacientka byla traumatizována již od dětství ve své nukleární rodině. Otec uplatňoval velice tvrdé výchovné metody. V posledních letech se psychický stav pacientky výrazně zhoršil a to především po druhém porodu, kdy se výrazně prohloubila přetrvávající bludná produkce. Pacientka je přesvědčena, že je sledována okolím s cílem jejího uvěznění a následným odebráním dětí. Pacientka je velmi těžko odklonitelná od svého bludného konstruktů. Seznamuje s ním rovněž své děti.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Navázání na terénní tým inicioval ošetřující psychiatr. Pacientka o sebe přestává pečovat, izoluje se doma, minimálně vychází z bytu. Je paranoidně nastavená vůči okolí. Ke spolupráci pacientka zpočátku byla odmítavá. U pacientky dominuje bludná produkce. Nemá náhled na svoje onemocnění. Během spolupráce se podařilo pacientku navázat na denní stacionář pro osoby s psychotickým onemocněním, kam pravidelně dochází. Aktuálně při zhoršení stavu sama iniciuje setkání. Pacientka má narušené vztahy v rodině, kdy rodinní příslušníci nemají náhled na onemocnění. Aktuálně se snažíme spolupracovat s rodinou.

Příloha 12: Kazuistika č. 8 – Jitka

Jedná se o ženu, 21 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Rodiče se rozvedli, když byly pacientce dva roky. Matka, 44 let, pracuje jako administrativní pracovnice, zdráva, po rozvodu se znovu vdala. Otec, zemřel ve věku 42 let při hospitalizaci na psychiatrii s odvykacím stavem. Pacientka má bratra, 6 let, zdrav.

Osobní anamnéza: Porod bez komplikací, psychomotorický vývoj v normě. Pacientka prodělala běžné dětské onemocnění. V dětství měla úraz hlavy s následným otřesem mozku, žádné vážnější úrazy a operace neprodělala.

Sociální a pracovní anamnéza: Základní školu absolvovala bez obtíží, do kolektivu zapadla. Poté studovala obchodní akademii, kterou ukončila maturitní zkouškou. Nyní studuje druhým rokem Českou zemědělskou univerzitu. Studium zvládá s obtížemi. Žije ve společné domácnosti s matkou, nevlastním otcem a bratrem. Aktuálně má partnera. S přáteli se stýká minimálně. Během studia si přivydělávala brigádně jako recepční v hotelu. Pacientka není omezena ve způsobilosti.

Záliby: četba, procházky

Abúzus: alkohol příležitostně, nekouří, drogy THC 1 x měsíčně, gambling nejuje

Farmakologická anamnéza: Risperdal 1mg 1-0-1, Risperdal 2mg 0-0-2

Alergická anamnéza: mák

Psychiatrická anamnéza: Psychiatricky léčena od osmnácti let, kdy byla poprvé hospitalizována v psychiatrické nemocnici. „Začala jsem mít divné pocity, stavy vztahovačnosti, slyšela jsem, jak se o mě ostatní baví. Pomlouvali mě. Pak jsem jednou ráno šla k zubaři a měla jsem opět divné myšlenky a hlasy, které mi říkaly

špatné scénáře mého života.“ Pacientka byla hospitalizovaná celkem šestkrát. V popředí dominuje bludná produkce a verbálně akustické halucinace imperativního charakteru. Nabádají pacientku k pokusu o sebevraždu a k rozchodu s partnerem.

U pacientky často docházelo k sebepoškozování vlivem psychotické symptomatologie.

Náhled na onemocnění pacientka nemá.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Terénní tým kontaktoval ošetřující psychiatr s tím, že se pacientka opakovaně nedostavila na pravidelnou lékařskou kontrolu a pravděpodobně jí došly léky. Pacientku jsme se dlouhodobě snažili navázat do služeb týmu. Začátek spolupráce byl podmíněn nedobrovolnou hospitalizací. Pacientku jsme navázali na služby v psychiatrické nemocnici. Zpočátku byla velmi odmítavá, paranoidní, agresivní. Ve spolupráci s jejím přítelem se podařilo pacientku namotivovat k léčbě. V souvislosti s bludnou produkcí je u pacientky vysoké riziko nebezpečí relapsu. S pacientkou jsme v kontaktu dvakrát týdně a dále dle potřeby. Aktuálně pacientka dochází za podpory na pravidelné lékařské kontroly, užívá pravidelně léky, podařilo se ji zapojit do sociálně rehabilitačního programu. Podařilo se stabilizovat její psychický stav.

Příloha 13: Kazuistika č. 9 – Eva

Jedná se o ženu, 31 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie.

Rodinná anamnéza: Pochází z úplné rodiny. Otec, 52 let, zdravý, pracuje jako architekt. Matka, 52 let, zdravá, pracuje jako architektka. Bratr, 25 let, zdravý, studuje VŠ. Hereditu neuvádí.

Osobní anamnéza: Perinatální a pozdější časný psychomotorický vývoj v normě. Později diagnostikována dyslexie. Od útlého věku enuresis nokturna (noční pomočování). Prodělala běžná dětská onemocnění. Bez vážnějších úrazů a operací.

Sociální a pracovní anamnéza: Na základní škole byla šikanována, což přetrvávalo i na střední škole. SŠ ukončila maturitní zkouškou. Prospěch dobrý. Na šikanu si vážněji nestěžuje. *„Ve škole jsem byla vždy uzavřená, tichá, nekamarádila jsem se s nikým. Měla jsem jednu kamarádku, která bydlela vedle. Učení mě bavilo, nemusela jsem myslet na ty ošklivosti. Vztah s rodiči byl vždycky dobrý.“* Na VŠ se nehlásila z psychických důvodů. Zkoušela brigádně pracovat v rámci výstav. Práci nezvládala. Později jí byl přizná ID z psychiatrických důvodů. Sexuální zkušenosti nemá. Je bez partnera a v minulosti žádný vztah neměla. Pracovala v rámci podporovaného zaměstnávání. Žije sama. Pacientka není omezena ve způsobilosti.

Zájmy: četba, skládání puzzle

Abúzus: alkohol zcela příležitostně, nekouří, drogy aktuálně neguje, v minulosti 1 x THC, gambling neguje

Farmakologická anamnéza: Zalasta 10mg 0-0-1, Zalasta 20mg 0-0-1, Olwexya 150mg 1-0-0, Aryzalera 10mg 1-0-0, Atarax 25mg při úzkosti

Psychiatrická anamnéza: „Začala jsem se cítit divně ve druhá na střední, přestala jsem spát, v noci jsem chodila sem a tam. A tehdy jsem poprvé navštívila psychiatra. Diagnostikovali mi depresi, nasadili antidepresiva a za půl roku to bylo zase dobrý.“ Později se depresivní epizody opakovaly, pacientka byla opět hospitalizována. Později se začala sociálně izolovat, byla podezřívavá, paranoidně nastavená. Při další hospitalizaci jí byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. Aktuálně u pacientky dominuje bludná produkce. „Pořád mě sledují, jsou na NATA a možná taky z odjinud. Chtějí mě unést, protože jsem pro ně důležitá. Nikdo mi to nevěří, dělají ze mě jen blázna. Ale zase na druhou stranu jsem v blázinci chráněná.“

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Kontaktoval nás ošetřující psychiatr s tím, že pacientka je dekompenzovaná a odmítá spolupracovat. Dlouhodobě jsme se snažili pacientku navázat na terénní služby a motivovat k léčbě. Motivace ke spolupráci se podařila až po nedobrovolné hospitalizaci. Pacientka spolupracuje, vzhledem k charakteru onemocnění a bludného nastavení hrozí nebezpečí relapsu. Aktuálně je pacientka stabilizovaná, dochází na pravidelné lékařské kontroly, začala docházet do denního stacionáře pro osoby s psychotickým onemocněním. V pravidelném kontaktu zůstáváme rovněž s rodiči pacientky, což sama vítá.

Příloha 14: Kazuistika č. 10 – Andrea

Jedná se o ženu, 39 let, s paranoidní schizofrenií.

Rodinná anamnéza: Pochází z úplné rodiny. Otec, 72 let, zdravý, voják z povolání, pobírá starobní důchod. Matka, 70 let, zdravá, pracovala jako úřednice, pobírá starobní důchod. Bratr, 37 let, zdravý, má vlastní rodinu. V souvislosti s hereditou pacientka udává, že matka matky suicidovala skokem z okna v padesáti letech. Jinou hereditu neuvádí.

Osobní anamnéza: Porod bez komplikací, perinatální a pozdější psychomotorický vývoj v normě. Pacientka prodělala běžná dětská onemocnění. V pozdějším věku podstoupila operaci pánevní kosti a bérkové kosti po několikanásobné fraktuře v souvislosti s nehodou na skútru. Kraniotrauma s bezvědomím.

Sociální a pracovní anamnéza: Původně studovala obchodní akademie, kterou nedokončila z psychických důvodů. Kolektivu se stranila, neměla příliš přátel. Byl jí přiznán ID z psychiatrické indikace. Aktuálně má dlouhodobě stálého partnera. Žije v jedné domácnosti s rodiči. S bratrem je v kontaktu. S přáteli se nestýká. Zkušenosti na volném trhu práce nemá, pracovala v rámci podporovaného zaměstnávání. Bez zálib.

Pacientka není omezena ve způsobilosti.

Abúzus: alkohol nejuje, nekouří, drogy a gambling nejuje

Farmakologická anamnéza: Zypadhera 300mg 1 amp. i.m. á 14 dní, Olwexya 150mg 1-0-0, Atarax 25mg při úzkostech

Alergická anamnéza: Biseptol

Psychiatrická anamnéza: První hospitalizace v osmnácti letech. „*Tenkrát mi bylo špatně, nikdo mě neměl rád a všichni mě poslouchali. Nejvíce mě ozařovali z televize a pořád mně někdo nadával.*“ Pacientka byla celkem jedenáctkrát

hospitalizována. V popředí dominuje bludná produkce spojená se sexuální tematikou. Dále auditivní halucinace s paranoidním zpracováním reality, intrapsychické halucinace, „*lidé si o mě pořád povídají, čtou mi myšlenky, povídají o mém myšlení, radí mi, co mám dělat, kritizují mě, ale někdy se už taky stalo, že mi pomáhali. A taky mě nutí, abych spala s různýma chlapama.*“ Přes přítomné psychotické symptomy pacientka zůstává v poměrně dobrém kontaktu s realitou.

Hodnocení a průběh spolupráce s komunitním týmem: Kontaktoval nás ošetřující psychiatr s tím, že pacientka se nedostavila na kontrolu a k aplikaci depotního preparátu. Izolovala se doma. Opakovaně jsme ji kontaktovali za pomoci jejího přítele a rodičů. Pacientku se podařilo navázat na terénní služby poté, co byla nedobrovolně hospitalizována. Pacientka nyní dochází na pravidelné lékařské kontroly za podpory týmu. S pacientkou jsme v kontaktu minimálně jednou týdně a dále dle potřeby. Rovněž se kontaktujeme s matkou dle přání pacientky, s otcem je špatná spolupráce. Je zcela bez náhledu na onemocnění pacientky a trvá zde nutnost rodinné edukce. Aktuálně v rámci osamostatnění řešíme chráněné bydlení, kam by mohla pacientka nastoupit. Došlo také ke zlepšení v oblasti sebepečce.