

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

Diplomová práce

Bc. Ivona Országová

**Psychotická zkušenost a její vliv na kvalitu života pohledem
rodiny a odborníků**

Olomouc 2012

vedoucí práce: doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.

Jméno a příjmení:	Bc. Ivona Országová
Katedra nebo ústav:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. Jitka Skopalová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	Psychotická zkušenost a její vliv na kvalitu života pohledem rodiny a odborníků
Název v angličtině:	The psychotic experience and its influence on the quality of life of the view by the family and specialists
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá psychotickým onemocněním, jeho popisem, vlivem nemoci na kvalitu života s dopady na fungování pracovní, rodinné i sociální. Hlavním cílem diplomové práce je ilustrovat vnímání kvality života u pacientů s psychotickou zkušeností pohledem různých cílových skupin. Přestože výskyt psychotického onemocnění u populace zůstává v horizontu času stejný, narůstá v dnešní době sociální problematika a aktuálně roste potřeba reakce společnosti. Diplomová práce předkládá strategie řešení a upozorňuje na potřebu komplexních, dlouhodobých přístupů v oblasti zdravotní i sociální.
Klíčová slova:	Psychóza, kvalita života, sociální práce, prevence, metody a postupy
Anotace v angličtině:	This dissertation deals with psychotic diseases, its description, influence of the disease on the quality of life with effects on working, family and social function. The main goal of the dissertation is to illustrate perception of the quality of life at patients with psychotic experience by the point of view of different target groups. Even though the occurrence of psychotic disease stays the same in the horizon of time, social problematic increases and currently increases the need of reaction of society. The dissertation provides strategies of solution and points out the need of complex long-term attitudes in the medical and social area.
Klíčová slova v angličtině:	Psychose, quality of life, social work, prevention, methods and processes

Přílohy vázané v práci:	3 přílohy
Rozsah práce:	74 stran
Jazyk práce:	český

Čestné prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně, veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím s prezentačním zpřístupněním své práce v knihovně Univerzity Palackého v Olomouci.

.....

Poděkování

Ráda bych poděkovala Doc. PhDr. Jitce Skopalové, Ph.D. za odpovědné vedení mé práce, podnětné připomínky a vřelý přístup. Zároveň děkuji kolegům z práce za plodné diskuse a nápady. Děkuji rovněž svému manželovi a rodině za trpělivost a podporu.

Obsah

ÚVOD.....	8
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	11
1.2 PSYCHÓZY	12
1.2.1 Klasifikace	12
1.2.2 Symptomy schizofrenních onemocnění.....	15
1.3 KVALITA ŽIVOTA.....	16
1.3.1 Vymezení pojmu.....	16
1.3.2 Způsoby měření kvality života.....	17
1.3.3 Kvalita života a schizofrenie.....	20
1.4 RODINA A NEMOC.....	22
1.4.1 Rodina a její funkce	22
1.4.2 Přijetí nemoci	23
1.5 ODBORNÍCI	24
1.6 SOCIÁLNÍ PRÁCE	25
1.6.1 Sociální práce.....	25
1.6.2 Metody sociální práce	25
2 POSTUPY A METODY PRO PRÁCI S PSYCHÓZOU	28
2.1 PREVENTIVNÍ PŘÍSTUPY	28
2.2 AKUTNÍ FÁZE NEMOCI	30
2.2.1 Farmakoterapie	31
2.2.2 Psychoterapie	32
2.2.3 Rodinná terapie	33
2.2.4 Pracovní terapie	33
2.2.5 Socioterapie.....	34
2.3 DLOUHODOBÉ RESOCIALIZAČNÍ A REHABILITAČNÍ PŘÍSTUPY	34
2.3.1 Sociální služby	35
2.3.2 Zaměření institucí následné péče u nemocných s psychotickou zkušeností....	37
2.4 ADEKVÁTNÍ PŘÍSTUPY POMOCI RODINĚ	39
2.5 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE U PSYCHÓZ.....	40
3 EMPIRICKÁ ČÁST.....	43
3.1 KOMPLEXNÍ TERAPIE PSYCHÓZ PRIMARIÁTU H, PL OPAVA.....	43
3.2 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ Z ROKU 2011.....	46
3.3 METODOLOGIE EMPIRICKÉHO VÝZKUMU.....	49

3.3.1	Pilotáž - předvýzkum	50
3.4	INTERPRETACE DAT	51
3.4.1	Fyzická aktivita a kondice	52
3.4.2	Sociální integrace	53
3.4.3	Vliv nemoci na osobní vztahy.....	54
3.4.4	Rodinná atmosféra	55
3.4.5	Objektivní pohled na kvalitu života.....	56
3.4.6	Subjektivní pohled na kvalitu života.....	57
3.4.7	Kognitivní funkce	58
3.4.8	Pracovní uplatnění	59
3.4.9	Trávení volného času	60
3.4.10	Vliv návykových látek	61
3.4.11	Negativní příznaky nemoci	62
3.5	SHRNUTÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI	64
	ZÁVĚR.....	67
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	70
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

„Jen ten zápas je ztracen, který je ztracen v naší mysli.“

Ota Pavel (www. citaty-motta.cz, 2012)

„Život neznamená jen být živ, ale žít v pohodě.“

Martialis (in Křivohlavý, 2002)

Psychotické onemocnění má obrovský vliv na pracovní, sociální i zdravotní stránku života. Vzniká převážně v době adolescence, čímž výrazně hendikepuje mladého člověka při zapojení se do studia, pracovního i vztahového života. Dopady nemoci, která po svém propuknutí je u člověka většinou zátěží na celý život, mohou být různé. Od zvládnutí nemoci a minimálního dopadu na život člověka přes zátěže rodiny a nejbližšího okolí po dopady sociálního typu, které jsou závažné nejen pro člověka a jeho okolí, ale i pro společnost. Jedná se většinou o ztrátu zaměstnání a následnou nezaměstnanost, dluhovou problematiku, bezdomovectví či asociální chování. Veškeré tyto následné jevy jdou často ruku v ruce s různými závislostmi, které jen prohlubují sociální a společenský propad člověka.

Myslím si, že uvedené problematice je v současné době věnováno poměrně málo prostoru. Z toho plyne i mé zaujetí touto problematikou, potřeba jejího vysvětlení a přiblížení široké populaci a snaha poukázat na potřebnost následné péče.

Následná péče začíná svou práci tam, kde končí práce odborných pracovišť (psychiatrických léčeben), zajišťuje prevenci relapsu onemocnění, snaží se o udržení a nezhoršování stavu klientů, sociální poradenství, při snížení soběstačnosti usiluje o co nejdelší pobyt v domácím prostředí a podobně.

Již šestnáct let pracuji s pacienty s psychotickou zkušeností, svou profesní kariéru jsem začínala v Psychiatrické léčebně v Brně, následně jsem přestoupila do Opavy, kde vykonávám pozici psychoterapeutické sestry na primariátu H. Zde poznávám při skupinových psychoterapiích a jiných podpůrných psychoterapeutických technikách životní příběhy psychoticky nemocných, jejich potřeby, přání, přijetí nemoci do života. Zabývám se riziky, nezvratnými dopady onemocnění na lidský organizmus, hledám způsoby pomoci a podporuji snižování tabu psychiatrických diagnóz, lidský přístup k nemocným či praktické začlenění nemocných do života.

Ve svém profesním životě jsem se seznámila nejen s akutním průběhem nemoci na uzavřeném oddělení, ale i s fází doléčování a postupným získáváním kritického postoje

k onemocnění. Nyní se má pracovní náplň přesunula i do organizací následné péče, kde mimo jiné spolupracuji na projektu Evropské unie DOTYK, jehož jsem supervizorem. Cílem projektu je podpořit rodiny i mladé nemocné tím, že se dozví potřebné informace o nemoci co nejdříve. A také tím, že budou mít možnost setkávat se s dalšími rodinami, mladými i staršími lidmi, kteří musí ve svém životě řešit obdobnou výzvu. Projekt pomáhá v integraci klientů do pracovních či školních aktivit. Pro mě je tato práce nesmírně cenným poznáním dalšího průběhu onemocnění, důležitou zpětnou vazbou mé pracovní náplně.

Hlavním cílem diplomové práce je ilustrovat vnímání kvality života u pacientů s psychotickou zkušeností pohledem různých cílových skupin. Přestože výskyt psychotického onemocnění u populace zůstává v horizontu času stejný, narůstá v dnešní době sociální problematika a aktuálně roste potřeba reakce společnosti. Tato práce předkládá strategie řešení a upozorňuje na potřebu komplexních, dlouhodobých přístupů v oblasti zdravotní i sociální.

Cílové skupiny šetření v diplomové práci zahrnují rodinné příslušníky klientů a odborníky z řad psychologů, psychiatrů, terapeutů, sociálních pracovníků a zdravotních sester pracujících přímo s pacienty s psychotickým onemocněním. Šetření proběhlo formou standardizovaného rozhovoru, odpovědi na otázky byly zpracovány kvantitativně. Vytipované cílové skupiny jsou důležité pro celistvý pohled na danou problematiku.

Dílčí cíle:

- definovat pojem psychóza s hlavním dělením onemocnění tohoto spektra a popsáním příznaků,
- vymezit pojem kvalita života, nastínit způsoby měření kvality života a výše uvedené specifikovat na psychotickou problematiku,
- vysvětlit rozdílnost postupů a metod při práci s psychózou v akutní a chronické fázi,
- popsat sociální práci a její možnosti v oblasti okruhu psychóz,
- zaměřit se na rodinu, dopady nemoci na vztahy v rodině a nabídnout adekvátní postupy.

Práce upozorňuje na společenské i osobní dopady onemocnění na pracovní, rodinnou a sociální sféru.

Postoje rodinných příslušníků i odborníků ke kvalitě života pacientů s psychózou jsem analyzovala a výsledky porovnávala se subjektivním vnímáním kvality života samotných pacientů (výsledky mé bakalářské práce). Závěry jsem aplikovala na současnou situaci v sociální i zdravotní péči, snažila se zdůvodnit a vysvětlit nutnost dlouhodobých rehabilitačních a resocializačních postupů, jež splňují nejen preventivní charakter relapsu onemocnění, ale zároveň zmenšují dopad sociálních selhání, která nemoc přináší.

Diplomová práce navazuje na výsledky mé bakalářské práce (Országová, 2011), jejímž hlavním cílem bylo seznámit s výše uvedenou problematikou, její terminologií a potřebností dlouhodobé léčby propojené s psychosociální rehabilitací. Dílčím cílem bakalářské práce bylo formou dotazníku Světové zdravotnické organizace WHOQOL.BREF porovnat vnímání kvality a způsob života pacientů s psychotickou zkušeností s první atakou nemoci a pacientů s relapsy onemocnění a zhodnotit možnost využití v praxi. Dále se práce snažila zjistit, zdali aktuální nabídka společnosti v oblasti následné péče je kompatibilní s potřebou klientů a zda plní nejen preventivní charakter (zabránění návratu onemocnění), ale reaguje-li na sociální rizika plynoucích z nemoci.

Výsledky bakalářské práce ukázaly, že subjektivní hodnocení kvality života klientů bylo převážně v pásmu normy jako u zdravé populace, přestože objektivní dopady nemoci byly z demografických údajů absolutně markantní. Závěry bakalářské práce mi slouží jako vstupní podklad pro následné zkoumání. Možné důvody výsledků bakalářské práce mě navedly k širšímu uchopení problematiky a přivedly mne ke zkoumání dopadu onemocnění pohledem odborníků a rodinných příslušníků nemocných.

1 TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části zpřehledňuji orientaci v tématu a okruzích souvisejících s cílem diplomové práce. Po vymezení základních pojmů nabízím popis a definování psychotických onemocnění, zamýšlím se nad termínem kvalita života. Zatím v obecné rovině implementuji roli rodiny v procesu nemoci. Rozšíření pohledu na problematiku nám zajišťují také názory odborníků, kteří pracují s cílovou skupinou psychoticky nemocných. V této kapitole vymezuji pracovní pozice a členění v oborech.

Jedním z dílčích cílů práce je ukázat na možnosti sociální práce v okruhu psychóz. Podstatné místo v teoretické části má proto seznámení se sociální prací a jejími metodami.

1.1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

Pro lepší orientaci a pochopení následného textu objasňuji v této kapitole základní terminologii k tématu diplomové práce.

Zdraví je dynamická rovnováha organismu ve vztahu k endogenním a exogenním podmínkám, která zajišťuje jeho optimální fungování. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) jde o stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, a to nejen při nepřítomnosti nemoci. Toto pojetí zachycuje biopsychosociální jednotu, bere v úvahu objektivní i subjektivní aspekty (Velký sociologický slovník: II. svazek, 1996, s. 1 435).

Se zdravím je úzce spjat pojem **kvalita života**. Označuje parametry lidského života, způsob života, životního stylu, životních podmínek společnosti (Velký sociologický slovník: I. svazek, 1996, s. 557). Diplomová práce se zabývá změnami kvality života u pacientů s psychózou.

Psychóza „je závažné duševní onemocnění charakterizované výskytem kvalitativních poruch vědomí, vnímání, myšlení, které vedou ke ztrátě kontaktu s realitou“ (Höschl, 1997, s. 136). Jednou z nejtěžších forem psychózy je **schizofrenie**. Dle Libingera (in Raboch, 1999) se jedná o onemocnění, které závažným způsobem mění prožívání a chování nemocného člověka. Výrazně omezuje jeho sociální přizpůsobivost, pracovní schopnost a celkovou kvalitu života. Schizofrenie má tendenci k chronifikaci, nemusí však nastat a není univerzální u každého pacienta. Včasná detekce a léčba prvních atak může u některých pacientů této části nemoci předejít.

Ataka je vzplanutí psychózy, u periodického onemocnění se jí v některých případech říká fáze. Opětovné vzplanutí psychózy označujeme jako **relaps** a přechodné či stálé

vymizení příznaků nemoci **remise** (Höschl, 1997). Použití terapeutických postupů je ovlivněno fází nemoci. Pro udržení kvality života a ovlivnění některých kognitivních příznaků onemocnění je důležitá psychosociální a kognitivní rehabilitace.

Resocializace je opětová, další socializace člověka, který už tímto procesem prošel. Může být záměrná, vyvolávaná a podporovaná, nebo spontánní, neuvědomovaná, bez snahy o regulaci procesu (Velký sociologický slovník: II. svazek, 1996, s. 924).

Rehabilitací rozumíme obnovování fyzických, psychických a sociálních funkcí člověka. Dnes je požadován brzký zásah s cílem zabránit komplikacím a urychlit návrat ke zdraví. Termín úzce souvisí s prevencí terciální (Velký sociologický slovník: II. svazek, 1996, s. 843).

Tyto základní pojmy jsou nezbytné pro porozumění diplomové práce.

1.2 PSYCHÓZY

V této části uvádím hlavní dělení psychotických diagnóz, vysvětluji problematiku jedné z psychóz schizofrenie, představuji jednotlivé druhy schizofrenie a způsoby manifestace nemoci. Pomocí bližšího seznámení se s jednotlivými symptomy onemocnění lze dále vysvětlit způsob a potřebnost preventivních opatření u této diagnózy.

1.2.1 Klasifikace

Termín klasifikace označuje uspořádání prvků do skupin nebo souborů podle jejich podobnosti. Od roku 1948 vyčlenila Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) psychiatrii jako samostatný obor. Kapitola psychiatrie je rozčleněna do 10 oddílů a jednotlivé poruchy jsou zde zařazovány podle hlavních společných znaků (Svoboda, 2006, s. 82-83).

Dle 10. revize MKN, MKN-10 (www.uzis.cz, 2012), která je v současnosti platná, jsou psychotická onemocnění zařazena do sekce F20 – F29:

- F20 – schizofrenie,
- F21 – schizotypní porucha,
- F22 – trvalé duševní poruchy s bludy,
- F23 – akutní a přechodné psychotické poruchy,
- F24 – indukovaná porucha s bludy,
- F25 – schizoafektivní poruchy,
- F26 – jiné neorganické psychotické poruchy,

- F27 – nespecifická neorganická porucha,
- F28 – jiné neorganické psychotické poruchy,
- F29 – neurčené neorganické psychózy.

Dále v textu popisují podrobněji jednotlivé body členění dle MKN-10, jedná se o body F20 – F25.

F20 Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení, vnímání, poruchou emotivity a osobní integrity.“ (Vágnerová, 2008, s. 333).

Diagnóza F20, schizofrenie, je charakterizována poruchami téměř všech psychických funkcí. I přes široce rozvinutý výzkum v této oblasti je etiologie schizofrenie zatím neznámá. V současné době je nejvlivnější dopaminová hypotéza, která vysvětluje vznik nemoci na podkladě poruchy přenosu signálů v neurotransmisních systémech CNS. Hypotéza není zatím jednoznačně prokázána (Zvolský, 2003, s. 81-83).

Vágnerová uvádí (2008, s. 333-360), že vznik onemocnění je ovlivněn multifaktoriálně, a to vzájemným působením dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů. Vyvolávajícími podněty rozumíme takzvané spouštěče nemoci, které mají velký vliv při následném porozumění nemoci a prevenci relapsu onemocnění. Souvisí s působením vnějších vlivů a takzvaným konceptem vulnerability. Vulnerabilita předpokládá zvýšenou citlivost a zranitelnost k podnětům především sociálního charakteru.

Prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1 % a je stejná u obou pohlaví. Výskyt zůstává v průběhu času neměnný s minimálními výjimkami a je stejný v různých kulturách a kontinentech. Typický je nástup onemocnění na přelomu adolescence. U mužů se vyskytuje nejčastěji mezi 15 až 25 lety, u žen o několik let později, a to mezi 25 a 35 let (Vágnerová, 2008, s. 334).

Na základě psychopatologie se schizofrenní poruchy (F20 Schizofrenie) dělí na několik klinických forem (Svoboda, 2006, s. 181-190):

F20.0 Paranoidní schizofrenie - nejběžnější typ schizofrenie, dominují bludy doprovázené halucinacemi. V popředí je paranoidní ladění.

F20.1 Hebefrenní schizofrenie - charakteristická pubertálními projevy, nepřiléhavým chováním, inkohrentním (nesouvislým) verbálním projevem.

F20.2 Katatonní schizofrenie - typická je změna motorické aktivity. Rozlišujeme formu produktivní, projevující se grimasováním, manýrováním a nadměrnou pohybovou aktivitou, anebo neproduktivní, která se prezentuje stuporem, negativismem.

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie - zahrnuje symptomatologie více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.

F20.4 Postpsychotická deprese – deprese vznikající po proběhlé psychóze.

F20.5 Reziduální schizofrenie - jedná se o chronické stadium s projevy pasivity, emoční zploštělosti a defektnějšími sociálními projevy.

F20.6 Simplexní schizofrenie - rozvíjí se plíživě, pozvolna. Manifestuje se negativní symptomatologií.

Další psychotická onemocnění jsou:

F21 Schizotypní porucha

Porucha se vyznačuje excentrickým chováním, anomáliemi myšlení, které evokuje obraz jako u schizofrenie. Vývoj a prognóza jsou pak podobné jako u poruch osobnosti.

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

Vyznačuje se rozvojem bludů, které bývají obvykle trvalé, celoživotní a typická je neschopnost nalezení kritického náhledu na onemocnění.

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

Psychotické příznaky jsou přechodné a krátké.

F24 Indukovaná porucha s bludy

Při blízkém emocionálním svázání dvou a více osob může dojít k indukci bludů, přičemž pouze jedna z nich trpí psychotickým onemocněním.

F25 Schizoafektivní porucha

Jde o současnou přítomnost afektivních i schizofrenních příznaků. Podle charakteru afektivních projevů pak rozlišujeme typ manický, depresivní nebo smíšený. Prognóza tohoto typu onemocnění bývá příznivější (Svoboda, 2006, s. 181-190).

Pro sociálního pracovníka je nutná znalost symptomů a druhů schizofrenie, aby dokázal reagovat a nabídnout odbornou pomoc. Při neznalosti by jeho pomoc nebyla cílená, nemusela by splnit cíl, s jakým ji poskytuje.

1.2.2 Symptomy schizofrenních onemocnění

Höschl (2002) shrnul dělení projevů na příznaky **pozitivní**, například bludy, halucinace, vkládání myšlenek, narušená kontrola chování, rozvolněné asociace, katatonní symptomy. Velmi zjednodušeně bychom mohli hovořit o příznacích, které nepatří do běžné kvality života, jsou tedy něčím navíc. Dále používáme termín **negativní** příznaky nebo také deficitní. Patří zde oploštění emotivity, citové a sociální stažení, apatie, ochuzení řeči, zpomalené myšlení, abulie, neschopnost iniciovat cílevědomé jednání. Zde bychom mohli hovořit o příznacích, které klientovi ubraly schopnosti, kterými dříve disponoval.

Typickými pozitivními a nejvýraznějšími příznaky jsou bludy a halucinace. *Bludy* jsou nevývratným přesvědčením na chorobném psychotickém základě. Jedná se o poruchu myšlení. Bludy rozdělujeme dle jejich obsahu na bludy megalomanické, jež se projevují zvýšenou náladou a představou bezmezných osobních schopností. Dále jsou to bludy mikromanické, které naopak dominují depresivní a úzkostnou náladou, nemocný může být přesvědčen o zavinění neštěstí celé rodiny, světa, obviňuje se z činů, které neudělal apod. (bludy autoakuzační), někdy mohou mít projev somatických stesků (hypochondrické bludy). Poslední a častou skupinou jsou bludy paranoidní či persekucní, které jsou podmíněny vztahovačností a podezřívavostí v určitém kontextu pronásledování jeho osoby. Naproti tomu *halucinace* jsou projevem poruch vnímání. Halucinace se mohou týkat všech smyslů, které máme. Nejčastější jsou halucinace sluchové, takzvané hlasy. Ty se mohou projevit ve formě různých zvuků, či přímo verbálním sdělováním, a to od neutrálních témat až po témata závažná, mnohdy nepřátelská, rozkazující, jejich obsah může jít proti přesvědčení nemocného. Další možností jsou halucinace zrakové, čichové, chuťové, hmatové, ale také intrapsychické nebo různě kombinované (Zvolský, 2003).

Zatímco pozitivní příznaky jsou farmakologickou léčbou poměrně dobře řešitelné, negativní příznaky nebývají tak nápadné, ale jejich dlouhodobost a úpornost, apel na vlastní aktivitu pacienta zvyšují potřebnost řešení. Náročnost zvládnutí psychózy naznačují i časté sebevražedné pokusy, ale i dokonané suicida. Dle Praška (2005) až 10 % nemocných schizofrenií spáchá sebevraždu.

1.3 KVALITA ŽIVOTA

„Zdá se, že pro chronicky nemocné lidi existují jen dvě možné volby – buď se naučí se svou bolestí žít a příležitostně i zasmát, nebo zcela podlehnou svému utrpení.“ (Dosa, 2011, s. 26).

V kapitole definuji pojem kvalita života (anglicky quality of life – zkratka QOL) a sumarizuji aktuální možnosti měření kvality života. Následně mapuji pohledy na kvalitu života se schizofrenií.

1.3.1 Vymezení pojmu

Lidi vždy zajímalo, jaký je rozdíl v životě jedinců, jestli jejich život je „lepší“, či „horší“, mnohým byla stimulem pro změny jejich životního stylu. Křivohlavý uvádí (2002) vzrůstající zájem a zvýšenou pozornost zaměřenou na otázku kvality života zhruba od poloviny 20. století, kdy zájem o kvalitu života vyvolala otázka stavu (kvality) života nemocného člověka (pacienta). Jedna z prvních monografií, která se zabývala kvalitou života, byla věnována problematice starých a chronicky nemocných lidí. S rozvojem medicíny a léčebných postupů začalo přibývat těchto lidí a do popředí se začaly dostávat problémy, jež je možné řadit do pojmu kvalita života. K všeobecným zdravotním problémům se začaly přidávat otázky sociální péče, psychologické, sociálně-psychologické problémy. Stav pacienta se začal zkoumat v širším kontextu, nejen v pouhých údajích o fyzickém stavu.

Kvalita života z pohledu dnešního životního stylu je velmi široký pojem. Různí autoři rozumí pojmu kvalita života různě a zavádí své pohledy na danou problematiku.

Dle Velkého sociologického slovníku (II. svazek, 1996) je pojem kvalita života užíván zhruba ve čtyřech určeních:

1. Odborný pojem vyjadřující kvalitativní stránky životních procesů a kritéria jejich hodnocení. Pojetí jednotlivých autorů jsou značně rozdílná, mnohdy redukována na pouhé zjištění spokojenosti s daným stavem. Kvalita života je zde posuzována pomocí indikátorů, jako jsou indikátor zdraví, nemoci, úrovně bydlení a rekreace, mezilidských vztahů, volného času, bydlení, kolektivní bezpečnosti, sociální jistoty a podobně.

2. Politické heslo, které má obrátit pozornost veřejnosti na jiné úkoly, než je materiální úroveň a vojenská síla.

3. Sociální hnutí, které se utváří v nejrůznějších bojích za občanská práva, v protirasistických hnutích, ekologických prohlášeních.

4. Reklamní slogan, který pojem kvalita života používá bez jakékoli sociologické hodnoty, jde pouze o reklamní tah v oblasti konzumu.

Salajka (1997) vnímá kvalitu života jako subjektivní a komplexní charakteristiku, kterou není možno stanovit pouze na základě výčtu objektivních podmínek a zdravotního stavu. Týká se bezprostředně nemocného a soustředí pozornost na jeho individuální hodnoty.

Světová zdravotnická organizace (WHOQOL Group in Orley 1994, s. 43) představuje kvalitu života jako to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.

1.3.2 Způsoby měření kvality života

Abychom si mohli udělat představu o jednotlivých výkladech, je potřeba nejprve změřit tento jev a výsledky pak porovnat. Metod měření je velké množství, jedno dělení je rozděluje na metody měření, které provádí „druhá osoba“, metody měření, které provádí „daná osoba“, a metody vzniklé kombinací prvních dvou.

Metody měření nemusí nutně sloužit pouze k praktickým účelům, ale napomáhají vytvořit komplexnější pohled, jak mění nemoc život jedince, do jakých životních oblastí zasahuje a je-li možné dopady nemoci zvládnout terapeutickou intervencí.

Požadavkem ověřovaných metod kvality života je potřeba jisté univerzálnosti a komplexnosti měření, přičemž aktuálně se daří užívat metod vztahujících se spíše k určité nozologické jednotce nebo k určité skupině příznaků onemocnění či poruchy (Kebza, 2005).

Metody měření „druhou osobou“

Metody měření prošly svým vlastním vývojem, počátky lze zaznamenat při snaze o vystižení momentálního stavu pacienta – APACHE II (tato metoda se využívá dnes nejvíce na jednotkách JIP ve Velké Británii). Jiným příkladem podobného postupu může být Karnofskyho index (vyjádření lékaře k celkovému stavu pacienta k danému datu). Při pohledu na tato hodnocení, tzv. externích forem hodnocení kvality pacientova života, která jsou velmi subjektivní, jsou naprosto diametrální rozdíly, hodnotí-li různí hodnotitelé, v různých fázích pacientova života, v různém čase. Pevná kritéria nejsou totiž pro tyto metody stanovena a většinou závisí na pojetí kvality života hodnotitele.

Určitým krokem vpřed bylo zavedení normalizovaného hodnocení pacientova života metodou soustavy křížků. I tato metoda má své úskalí, má však lepší možnost zachytit proces nemoci u pacienta než u předešlé metody.

Další posun ve snaze o popsání kvality života je zavedení slovně formulovaných kritérií – např. Index kvality života pacienta ILF (Křivohlavý, 2002). Jedná se o předem definované kritéria posuzování – sebeobslužnost, celkový emoční stav apod. Hodnocení neprovádí pouze jeden člověk, ale skupina lidí, např. lékaři, zdravotnický personál, pro hodnocení používají body od 1 do 5. Stále zůstává rozdíl v hodnocení kvality života mezi hodnotiteli a pacientem samotným.

Metody měření „danou osobou“

I subjektivní měření kvality života není jednoznačné. Kvalitu života pacienta bude ovlivňovat okolí, prostředí a bude v každou chvíli jiná (před operací, při atace nemoci apod.). Tento problém se dá vysledovat i u relativně nejrozšířenějšího indexu kvality života nazvaného DRS – Posuzovací škála stresu a neschopnosti (Rosser in Křivohlavý, 2002). Škála byla sestavena na základě širokého okruhu hodnot lidí z různých částí světa, jak zdravých, tak různě nemocných. Je však zřejmé, že lidé v různých podmínkách a jiných oblastech budou považovat za podstatné jiné hodnoty.

Když definují kvalitu života psychologové (Křivohlavý, 2002), často kladou důraz na spokojenost. Podle toho žije kvalitní život ten, kdo je se svým životem spokojen. A jeho spokojenost přichází při dosažení cílů, které si sám vytkl, v daném čase. Příkladem tohoto přístupu je metoda zvaná Stupnice spokojenosti se životem – SWLS. Jedná se o široký záběr pojetí kvality života, kdy na souhlas s otázkou se odpovídá body 1 - 7.

Z těchto a z mnoha dalších metod měření používaných v devadesátých letech se vyvinula dnes nejrozšířenější metoda diagnostikování kvality života, tzv. SEIQoL - systém individuálního hodnocení kvality života. Tento systém neklade předem žádná kritéria, která by stanovila, co je správné a co ne, ale dává dotazovanému možnost volby dle jeho osobních představ. Zdrojem informací pro tento nástroj a jemu podobné nástroje pro měření kvality života je databáze ProQolid, kterou má na starost Mezinárodní ústav pro měření kvality života - MAPI Research Institute (www.proqolid.org, 2012). Jedná se o rozšíření stávající databáze QOLID. Je zde uvedeno obrovské množství instrumentů pro provádění měření kvality života, dotazníků apod. Nejrozšířenějšími jsou SEIQoL, SF-36, u nás přeložený J. Křivohlavým (Dragomirecká, 2006, s. 28).

Základní kameny metod využívající výše uvedené nástroje:

- Kvalita života je individuální, vychází z definování dotazovanou osobou a jak je jí samotnou hodnocena.

- Kvalita života dané osoby závisí na jejím vlastním systému hodnot.
- Životní situace, které se jeví v danou chvíli dotazované osobě závažné, jsou hodnoceny jako závažné a mohou se během života měnit.
- Kritické situace dané chvíle dotazované osoby se snaží metoda zjistit v rozhovoru s dotazovanou osobou.
- Relativní důležitost každého aspektu daného člověka v dané situaci se zjišťuje a měří pomocí metody analýzy názoru a přesvědčení.

Je možné říct, že se celkově jedná o měření nepřímé, posuzuje se na základě spokojenosti dané osoby. Toto měření ukazuje kvalitu života z pohledu toho, co má pro dotazovaného pacienta v danou chvíli kritickou hodnotu. Takto měřená kvalita života určuje jak rozhodování pacienta (např. při vyjádření souhlasu s určitou terapií), tak jeho osobní hodnocení zdravotního stavu a efektivity terapie.

SEIQOL jsou určeny pro individuální práci s klientem. WHOQOL je dotazník Světové zdravotnické organizace a českou verzi publikoval a rozšířil tým Psychiatrické centrum Praha pod vedením Dragomirecké a Bartoňové. Je používán nejčastěji pro skupiny osob s určitou diagnózou nebo postižením. Jeho zkrácená verze dobře aplikovaná do praxe má 26 položek a ty jsou sdruženy do čtyř domén: fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí.

Pracovníci Laboratoře psychiatrické demografie Psychiatrického centra Praha vytvořili také českou verzi dotazníku SQUALA (QOL-CZ), která se skládá z 23 oblastí mapujících vnější a vnitřní faktory, jež ovlivňují každodenní život. Zkoumaná osoba určuje na pětibodové stupnici subjektivní důležitost každé z těchto oblastí a míru spokojenosti s ní.

Smíšené metody zjišťování kvality života

Pro ještě širší pojetí kvality života, než je fyzické a psychické zdraví, jsou metody MANSA a LSS.

MANSA (krátký způsob hodnocení kvality života) má variaci nazvanou LQoLP, v jejímž rámci je propracována metodika LSS. Jedná se o hodnocení kvality života způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost (jako při nepřímých měřeních), ale i spokojenost s řadou předem definovaných a stanovených dimenzí života. Pro metodu MANSA jsou to například hodnoty zjišťované v oblasti vlastního zdravotního stavu, sebeuspokojení, sociálních a rodinných vztahů, bezpečnostních situací, právním stavem, životním prostředím, finančním stavem, náboženstvím, zaměstnáním (škola, práci). Cílem je zjištění kvality života v dané chvíli, daného jedince. Toto zjištění je odrazovým můstkem pro přesné zaměření pomoci a péče pro daného jedince.

Z toho všeho vyplývá, že kvalitu života ovlivňuje hodně faktorů, mnohé jsou krátkodobé a ve chvíli měření silné, jiné jsou dlouhodobé a působí i po provedeném měření a promítají se do měření i v následných (předchozích) měřeních.

Křivohlavý (2002) rozděluje faktory, které ovlivňují kvalitu života na externí faktory a interní faktory.

Externí faktory jsou vlivy působící mimo osobu pacienta. Zde lze zařadit terapeutickou domluvu lékaře s pacientem, existenci opravdu důvěrného přítele pacienta, skupinovou sociální oporu, kvalitu sociální komunikace, existenci kladného sociálního vzoru, kvalitu lékařské a ošetrovatelské péče, kvalitu celkové sociální péče.

Interní faktory lze zařadit do dvou velkých skupin – relativně trvalé faktory psychického stavu pacienta a momentální psychofyzický stav pacienta.

Relativně trvalými faktory se dají rozumět osobnostní charakteristiky, systém přesvědčení pacienta o hodnotách „bytí“ a „mítí“, zkušenost se zvládáním obtíží a krizí.

Křivohlavý (2002) popisuje dále faktory pro momentální psychofyzický stav pacienta, lze ho charakterizovat jako fyzický stav, emoční stav a jeho změny, kognitivní stav pacienta s jeho myšlením a uvažováním (pacientovo přijetí nemoci jako zkoušky, prognostické myšlení a naděje, sebepojetí a sociální srovnání pacienta, pojetí smysluplnosti života apod.), konativní stav pacienta s jeho tužbami a motivací (přítakání životu, používání obranných mechanismů a přímých reálných strategií při zvládání obtíží a stresů, přijímání síly ze společenských zdrojů, sebeovládání a iniciativa, snaha o překročení úzkého egocentrického souboru potřeb apod.).

Kvalitou života z pohledu různých disciplín se zabývá Payne a kolektiv (2005) ve sborníku příspěvků odborníků.

1.3.3 Kvalita života a schizofrenie

K otázkám kvality života u schizofrenních pacientů se názory různí. Základním aspektem je stádium nemoci, průběh, otázka, hovoříme-li o schizofrenii, či onemocnění z okruhu psychóz, komorbidita onemocnění v souvislosti s poruchami osobnosti nebo s nějakou formou závislosti.

Důležitým aspektem také je, volíme-li při výzkumu techniku subjektivního, či objektivního charakteru.

Bobes a Gonzales (in Valášková, 2007) charakterizují kvalitu života schizofrenních pacientů:

- Úroveň kvality života schizofrenních pacientů je obecně nižší, a to jak ve srovnání se zdravou populací, tak i s ostatními skupinami duševně nemocných.

- Mladí lidé, ženy, osoby vdané/ženaté či trvale žijící v partnerském svazku a lidé s nižší premorbidní úrovní vzdělání vykazují lepší kvalitu života.

- Čím delší je doba trvání nemoci, tím nižší je kvalita života.

- Mezi psychopatologií, zejména výskytem negativních příznaků, a kvalitou života existuje záporná korelace.

- Nižší výskyt vedlejších účinků farmakoterapie a kombinace psychoterapeutické a farmakoterapeutické léčby se významně podílí na zvýšení kvality života.

- Pacienti zařazení do komunitních terapeutických programů vykazují ve srovnání s pacienty institucionálních forem péče vyšší kvalitu života.

Zajímavou sumarizaci podmínek pro snadnější adaptaci na onemocnění a zvýšení QOL poskytl Vanek na 14. celostátní konferenci v Opavě 11. 10. 2012. Poskytl tímto pojmenováním zároveň konkrétní okruhy pomoci pro psychoticky nemocné.

Jedná se o:

- snížení symptomů nemoci,
- zlepšení compliance (spolupráce),
- emoční odbřemenění,
- zpracování zklamání,
- snížení pocitu viny a stigmatizace,
- změna postojů k halucinacím,
- lepší poznání sebe sama,
- lepší rozpoznání varovných příznaků,
- posílení aktivity místo rezignace.

Závěrem můžeme říci, že téma kvality života vede k poměrně náročným otázkám a při hlubším proniknutí do problematiky se nabízí stále další proměnné, které znemožňují kvantifikaci a jednoznačné pohledy. Přes častou kritiku hodnocení kvality života má v medicíně své místo. I přes zpochybnění a úzké zaměření pohledu očima odborníka je tento pohled nezbytný, neboť má v sobě obsažen poznání, zkušenost, predikci a je schopen preventivního uchopení. Naproti tomu subjektivní pohled nemocného, který by v tomto procesu měl být na prvním místě, neboť konativní prvek změn udá vždy on sám, nemá

většinou náhled na nemoc, nepřipouští si mnohdy závažnost problému a vnímá svou kvalitu života jako plnohodnotnou.

Pro nemocného je důležitá rodina a jeho blízcí. Jsou to nejbližší lidé v jeho okolí, s nimiž přichází do každodenního kontaktu, a pohled na kvalitu života pacientů těchto osob může rozšířit pojetí kvality života a napomoci k zlepšování situace nemocného.

1.4 RODINA A NEMOC

Onemocnění jedince psychózou není zátěží pouze jedince, nýbrž celé rodiny. Nemoc ovlivní sociální faktory rodiny, je stresovým faktorem, se kterým se musí rodina vyrovnat. Většinou vyrovnání nepřichází samo, v rodině se střídají fáze odmítání, hledání příčin, sebeobviňování, rezignace, deprese. Zde je nutný zásah sociálního pracovníka, který se setká nejen s nemocným, ale i s rodinnými příslušníky a nastavuje terapeutický postup léčby a pomoci.

1.4.1 Rodina a její funkce

Nabídnout definici rodiny je velmi obtížné, a to především pro pojímání jednotlivých vědních oborů a s ohledem na aspekty, kterých si všímáme.

Obecně lze říci, že rodina je malá, primární sociální skupina. Dle Matouška (2003, s. 9) rodina propojuje generace a vytváří mezi nimi kontinuitu a pouta solidarity. Rodina existuje odedávna a její hlavní náplní je péče o děti. Kromě této biologické podstaty, jež je významná pro udržení lidstva, je také základní jednotkou každé společnosti a ve společnosti má odraz také výchova v jednotlivé rodině. Rodina zprostředkovává vrůstání do kultury a instituce jako školy, církve, úřady a vláda jsou, celkem vzato, prodloužení rodinných forem do nerodinných (Satirová, 2006).

Stimmer (2000) rodinu rozšiřuje o historický kontext a vnímá ji i přes veškeré změny způsobu života moderní společnosti jako dynamický sociální útvar plný konfliktů, různorodostí, ale typický stálostí a odolností.

I funkce rodiny se v průběhu dějin mění, její význam se vyvíjí, mění. Dle Krause a Poláckové (2001) lze klasifikovat šest hlavních funkcí rodiny. První funkcí je již výše zmiňovaná funkce *biologicko-reprodukční*. Zde je obsažen i aspekt emocionální a eroticko-reprodukční. *Sociálně-ekonomická* funkce je velmi významná a obtížně nahraditelná, prostřednictvím rodinných vzorů dochází k přípravě na následné začlenění do společnosti,

zabezpečení rodiny. *Sociálně-výchovná* funkce působí jako regulátor nežádoucích činností a podílí se na komplexním rozvoji osobnosti. Potřebu zázemí a bezvýhradného přijímání a podpory, bezpečí a jistoty poskytuje *emocionální* rodinná funkce. *Ochrannou* funkcí rozumíme zajišťování životních potřeb všech členů rodiny. Poslední funkce je *rekreační, relaxační*.

Pro správné funkce rodiny je zapotřebí zaangažovanosti všech jejích členů. V případě příchodu nemoci, úrazu, úmrtí apod. nastává v rodině proces přechodu z běžného stavu fungování do stavu zvýšené emoční, fyzické zátěže, je třeba řešit nastalý problém. Jak se rodina postaví k problému, jak přijme nemoc do svého denního programu, závisí na mnoha faktorech a ovlivňuje celý systém funkce celku.

1.4.2 Přijetí nemoci

Duševní onemocnění je často společenským tabu, které obvykle brání v adekvátním a brzkém zakročení rodiny, vyhledání pomoci a také v emocionální podpoře rodin. Rodiny znejistí, mění se zaběhaný řád věcí, role v rodině, řeší se pocity viny, otázky dědičnosti. Hraje se tzv. hra na viníka. Vnější i vnitřní tlak se zvyšuje, narušuje se rovnováha.

Savenje (in Pěč, Probstová, 2009) se věnuje faktorům, které souvisejí s následnou reakcí rodiny. Za prvé záleží na rodinném vztahu, zdali se problém týká manžela, dítěte, jednoho z rodičů či sourozence. Za druhé záleží na povaze poruchy. Jiná reakce je na poruchu psychotickou či depresi. Nemálo podstatný je průběh, prognóza. Jiná reakce bude u krize a zásadně odlišná při chronickém onemocnění. Třetí faktor souvisí s typem rodiny, jejími charakteristickými rysy, způsoby reakcí na zátěž.

Matoušek (2003, s. 120-123) popisuje typickou reakci rodiny v takzvané dvoufázové nálepkovací reakci. V první fázi rodina zesílí svůj kontakt s postiženým a snaží se všemi dostupnými prostředky „normalizovat“ jeho chování. Pokud se to nepodaří nebo nemocný svým chováním ohrožuje hodnoty a chod rodiny, rodina kontakt s ním omezuje či přerušuje.

Elizabeth Khübler-Rossová v knize Odpovědi na otázky o smrti a umírání (1995) uvádí pět fází přijetí náročné a těžké životní situace. Jak samotný nemocný, tak rodina má v době propuknutí nemoci těžký úkol zvládnout a projít obtížnou cestou a ne vždy se daří dojít až na konec k fázi smíření se s nemocí, potřebou zodpovědného a aktivního přístupu k léčbě s ohledem na možné dopady a omezení. První fáze je *popření* situace, druhá fáze je *zlost a vztek*, třetí fáze *smlouvání* a následuje *deprese*, která při zvládnutí může dojít ke kýženému *smíření*.

Duševní onemocnění nabourá navykklé vzorce chování, reakce rodiny a závažně se dotýká komunikace. V době projevů aktivní fáze jsou u nemocného časté pocity ohrožení, neporozumění situacím a vztahům, což se paradoxně plnou silou projeví právě na členech rodiny. Po odeznění akutní fáze a v lepším případě získání náhledu na projevy nemoci však přichází další dlouhodobá traumatizující zátěž v podobě přetrvávání negativních příznaků nemoci, kde je vedení a podpora rodiny nezbytná.

1.5 ODBORNÍCI

Odborníkem chápeme pracovníka, který se dobře vyzná v jistém oboru. Pro zajištění odbornosti jsou v organizacích vytvořeny tzv. standardy. Dělí se na strukturální, procesuální a standardy hodnocení výsledků (Matoušek, 2005). Ve strukturálních standardech jsou kromě jiného stanoveny personální možnosti.

Plné znění níže uvedených zákonů lze nalézt na Portálu veřejné zprávy Ministerstva vnitra (www.portal.gof.cz, 2012).

V sociálních službách určuje okruh pracovníků v zákoně § 115 zákona 108/2006 Sb. (www.portal.gof.cz, 2012).

Ten vymezuje vykonávání odborné činnosti v sociálních službách u:

- a) sociálních pracovníků za podmínek stanovených v § 109 a § 110,
- b) pracovníků v sociálních službách,
- c) zdravotnických pracovníků,
- d) pedagogických pracovníků,
- e) manželských a rodinných poradců a dalších odborných pracovníků, kteří přímo poskytují sociální služby.

Ve zdravotnictví se tématu věnuje zákon 92/2004 Sb. (www.portal.gof.cz, 2012) o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů. Poslední změna byla provedena zákonem 375/2011 Sb.

Odbornou způsobilost všeobecných sester vymezuje § 5 zákona č. 96/2004 Sb. (www.portal.gof.cz, 2012), odbornou způsobilost zdravotně-sociálních pracovníků se věnuje § 10 zákona č. 96/2004 Sb., povolání psychologa ve zdravotnictví a specializovanou způsobilost k výkonu povolání klinického psychologa popisuje § 22 zákona č. 96/2004 Sb.

Odbornou způsobilostí lékařských povolání se zabývá zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře (Těšínová, 2011, s. 245-258).

1.6 SOCIÁLNÍ PRÁCE

Kapitola Sociální práce u psychóz se zabývá uchopením základních pojmů a metod sociální práce. Hlavní důraz je kladen na hlubší popis zvláštností přístupu sociálních pracovníků v oblasti péče o psychoticky nemocné.

1.6.1 Sociální práce

„Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.“ (Matoušek, 2003, s. 11).

Výše uvedená citace komplexně nastiňuje směr, úroveň a hlavní cíle sociálních pracovníků, které reagují na aktuální potřeby společnosti a snaží se předcházet sociálním debaklům či již řešit vzniklé rizikové situace.

1.6.2 Metody sociální práce

Hlavním posláním sociální práce je poskytnout sociální služby, a to jak jednotlivcům, rodinám, tak i skupinám a komunitám.

Z výše uvedeného plyne i nejčastější dělení metod sociální práce (Mahrová, 2008).

Individuální sociální práce je charakterizována důrazem na individualizaci pomoci, a to jednotlivcům nebo rodinám. Toto pojetí je vyjádřením chápání klienta nikoli jako objektu, ale subjektu sociální práce. V popředí zájmu je orientace na dorozumění a hledání společné definice klientova problému. Důraz je kladen na komunikativní symetrii.

Skupinová sociální práce je označení pro profesionální působení na skupiny lidí. Metoda využívá skupinový proces k posílení sociálního fungování členů skupiny. Práce se zaměřuje především na sociální akci směřující ke komunitní změně, na vzdělávání a na rekreační aktivity (Brown, 1991). Ve skupinové sociální práci jde o využití sociální interakce k pochopení klientovy situace a společné nalezení způsobů řešení problémů.

V práci se skupinou rozlišujeme tři přístupy. Výše jmenovanou *skupinovou sociální práci*, užívá se nejčastěji v nemocnicích, centrech pro duševně nemocné či v centrech pro rodiny a děti. *Skupinová terapie* je intervenční strategie, která je zaměřena primárně na jednotlivce. Profesionál je zde expertem, kontroluje interakce a uchovává si centrální pozici v pomáhajícím procesu. Aplikuje se především u klientů s duševními problémy či s poruchami adaptace. *Sociální práce se skupinami* se věnuje převážně skupině a zaměřuje se na dosahování specifických krátkodobých cílů, jež jsou vymezeny ve skupinové smlouvě.

Komunitní sociální práce se vymezuje ve třech kategoriích. Je definována buď lokalitou, skupinou lidí, které spojují společné podmínky, anebo skupinou lidí, kteří mají společný problém. Při práci s komunitou se respektuje biologické, etnické, psychologické, kulturní, sociální, ekonomické a ekologické potřeby a zvláštnosti skupiny. Je pro ni typická spolupráce s vládními institucemi a sociální pracovník zde obvykle hraje roli organizátora i podněcovatele těchto aktivit (Mahrová, 2008).

V oblasti duševně nemocných se zaměřuje na komplexnost nabídky zdravotní i sociální sféry, vyžaduje týmovou práci. Komunitní péče má znamenat uzpůsobení služeb životu klientů, dostupnost a flexibilitu služeb (Matoušek, 2005).

V první kapitole jsem definovala a objasnila základní pojmy. Zaměřila jsme se na poznání příčin, projevů a důsledků psychotického onemocnění v teoretické rovině. Vědomosti tohoto charakteru jsou pro sociální pracovníky nezbytné a pomáhají rozlišit projevy nemoci a zdraví. Zároveň posilují schopnost sociálního pracovníka adekvátně reagovat. Jejich vliv vnímám i v potřebě znalostí sociálního pracovníka rozpoznání symptomů nemoci, aby byl schopen vhodně edukovat nemocného a jeho blízké o nemoci, jejích projevech, možnostech pomoci a prevence jak relapsu, tak i sociálních rizik plynoucích z dopadů nemoci. V obecné rovině jsem se rovněž věnovala termínům vztahujícím se k tématu práce, jako je kvalita života, vymezení pojmu odborník pracující s duševně nemocnými a roli rodiny v procesu uzdravování.

S teoretickými východisky můžeme v praxi reagovat cíleně na potřeby nemocných. V následující kapitole se věnuji konkrétním léčebným postupům používaných ve zdravotní i sociální sféře.

2 POSTUPY A METODY PRO PRÁCI S PSYCHÓZOU

Jak již bylo výše uvedeno, v akutní atace je při léčbě v popředí farmakologické působení a zdravotnická péče, později je však kladen důraz na léčbu psychosociální a složky rehabilitační. V této kapitole se zaměřuji na popis péče v akutní fázi nemoci, viz kapitola 2.1. Psychoterapii a rehabilitaci prováděnou již v podmínkách nemocniční péče, ve které lze pacienty připravit na přechod do původního sociálního prostředí, se zaměřuje kapitola 2.2. Každý z popsaných postupů má v terapii své neodmyslitelné místo, vhodná je jejich vzájemná provázanost a jedna bez druhé jsou nenahraditelné.

Léčba psychóz je charakteristická nutností komplexního přístupu. Celkovým cílem všech uvedených léčebných postupů je snížení morbidity, mortality, snížení frekvence a závažnosti opakovaných epizod, psychotických atak, zlepšení funkční kapacity a zlepšení kvality života. Z čehož plyne potřeba kontinuální a komplexní péče po celý život (Češková, 2006).

2.1 PREVENTIVNÍ PŘÍSTUPY

Prevence v léčbě psychotického onemocnění má své limity. Ty jsou dány motivací nemocného k léčbě, kritickým náhledem na projevy a vlivy nemoci na jeho fungování a sociálním začleněním nemocného do užšího i širšího sociálního prostředí.

„Prevence je souborem činností, které vedou k zabránění vzniku nemoci, vad, zranění a jejich následků a pomáhají udržet optimální stav zdraví, posilovat je a rozvíjet.“ (Velký sociologický slovník: II. svazek, 1996, s. 842).

Primární prevence má hlavní cíl v odstraňování zátěžových situací, záporných společenských jevů, edukační činnosti, depistáž a pomoc ohroženým skupinám.

Sekundární prevence směřuje k osobám, kde již propuklo duševní onemocnění a hlavním cílem je včasné léčení, odborný zákrok.

Terciální prevence se zaměřuje na snížení následků a dopadů již proběhlého duševního onemocnění na co nejmenší míru (Zvolský, 2003).

V přístupu k psychoticky nemocným Vágnerová (2008) uvádí, že je třeba vnímat rozsah všech tří typů prevence. Psychóza je charakteristická epizodickým a opakovaným průběhem. K recidivám dochází přibližně u 60 % nemocných. 30 % nemocných trpí chronickými potížemi, které jsou spojené s opakovanými atakami, úbytkem adaptačních schopností, případně může vzniknout reziduální porucha, u níž dochází k úpadku osobnosti nemocného.

V oblasti primární prevence je třeba mít na paměti, že již v prodromální fázi nemoci, to je před propuknutím choroby, je možné zaznamenat prodromální projevy. Ty se týkají především zvýšené zranitelnosti a slabosti ega, nápadného introvertního zaměření, omezené schopnosti samostatnosti, obtížemi v mezilidských vztazích, sníženým výkonem a somatickými stesky neurčitěho charakteru. Tato fáze se může projevovat po dlouhou dobu, někdy i několika let (Vágnerová, 2008). Zde má své místo edukace společnosti o duševních chorobách, ale i pomoc se zvládáním zátěžových situací, znalost základů a praktické užití doporučení duševní hygieny.

V sekundární prevenci u nemocných s psychózou se již projevy nemoci ukázaly a postižený řeší situaci buďto ambulantně, nebo už má po první hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Zde hraje velkou roli takzvaný premorbidní osobnost pacienta, to znamená, jaký člověk byl před propuknutím nemoci. Podstatné je jeho sociální a pracovní začlenění, schopnost zvládat strategie při potížích, stupeň vulnerability, adaptační schopnosti a v nemalé míře sociální zázemí, které nemocný má.

Velkou úlohu zde sehrává také schopnost přijetí nemoci pacientem a jeho začlenění do života.

Reakce odborníků je v této fázi velmi důležitá, ať už v psychofarmakologické podpoře, nebo psychoterapeutické a socioterapeutické. Objasněním těchto termínů a aplikací v praxi se zabývají následující kapitoly.

Ataka onemocnění, která je charakterizována obdobím projevů pozitivních, negativních i kognitivních příznaků, trvá obvykle okolo šesti měsíců a vrcholí ztrátou náhledu a zhoršeným kontaktem s realitou. Každá ataka v sobě nese zárodek další v podobě relapsu čili znovuvzplanutí příznaků nemoci. Meziobdobí nazýváme remisí. V rámci sekundární prevence mají své místo postupy řešící hrozící návrat nemoci v podobě relapsu. Tyto preventivní programy respektují sníženou toleranci stresu u pacientů a zároveň vyšší vnitřní tenzi. Schizofrenie je onemocnění s vysokou mírou relapsu a rehospitalizací. Jednoroční frekvence relapsu se pohybuje mezi 15 - 35 %, přičemž po pěti letech sledování od první psychotické ataky má v anamnéze relaps 80 % pacientů, a to i přes užívání psychofarmak (Bankovská Motlová, 2011).

Terciální prevence se vyznačuje již konkrétními rehabilitačními a resocializačními postupy, ale také mnohdy nutnou ochranou společnosti při možné komorbiditě psychotického onemocnění s různou formou závislostí či poruchou osobnosti. Při spáchání trestného činu ve stavu zmenšené přičetnosti dle § 72 Sb. trestního zákona č. 11/2009 (www.portal.gof.cz,

2012) se ukládá ochranná léčba, která může mít formu ambulantní, nebo ústavní (Baštecký, 1997).

V případě, že preventivní postupy přes veškerou svou péči a léčbu nedokážou zabránit ataku nemoci, přichází akutní fáze nemoci.

2.2 AKUTNÍ FÁZE NEMOCI

Koncepce psychiatrické péče vychází ze současného, historicky podmíněného stavu oboru, v souladu s doporučeními Světové zdravotnické organizace a současně respektuje Základní listinu práv a svobod. Zdravotnická organizace psychiatrické péče je rozvíjena na základě zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách - Poskytování zdravotnické péče. Psychiatrie je zdravotní péče ve veřejném zájmu. Zdravotnická zařízení se dělí na ambulantní péči, ústavní péči a zvláštní zdravotnická zařízení.

Plné znění níže uvedených zákonů lze nalézt na Portálu veřejné zprávy Ministerstva vnitra (www.portal.gof.cz, 2012).

Při akutní fázi psychotického onemocnění je nutný odborný zásah s využitím farmakologických postupů a chráněného uzavřeného psychiatrického oddělení všeobecných nemocnic, psychiatrické kliniky nebo psychiatrické léčebny. Hospitalizace se dělí na dobrovolnou a nedobrovolnou a její průběh je nutný v souladu s dodržováním Práv nemocných. V České republice neexistuje psychiatrická legislativa, jsou zde pouze legislativní normy, jako například od roku 1992 platný Etický kodex práv pacientů (www.mpsv.cz), Deklarace práv duševně nemocných (Svobodová, 2007) a jiné. Kontrolou dodržování práv nemocných se zabývají zdravotnické, právní či soudní orgány, organizace pacientů nebo mezinárodní sdružení.

Právní normy, které upravují hospitalizaci bez souhlasu pacienta, jsou Listina základních práv a svobod (ústavní zákon č. 23/1991 Sb.), Úmluva o lidských právech a biomedicíně (sdělení MZV č. 96/2001 Sb. m. s.) a Občanský soudní řád (zákon č. 99/1963 Sb.), v platném znění (Švarc, 2008).

Jedním z hlavních témat je v psychiatrii dodržování povinné mlčenlivosti, která má kromě etického imperativu zakotvení také v právních normách v Zákonu o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., v platném znění, který byl pozměněn zákonem 121/2004 Sb. ve znění pozdějších předpisů.

Akutní psychotický stav vyžaduje úkony, které řeší odvrácení bezprostředního ohrožení života, zajištění a stabilizace nemocného ve stavu, kdy je nebezpečný sobě nebo okolí. Akutní psychiatrie vyžaduje teoretickou i praktickou schopnost odborníků zasahovat při projevech agrese, neklidu, suicidálních tendencích, epileptických stavech, závažných depresivních či manických atakách, deliriózních stavech nebo znalost specifických komunikačních metod při symptomech paranoidity, zvýšené tenze, úzkosti, při poruchách vnímání, myšlení.

Akutní stav nemoci je nutné zastavit postupy, které lze popsat v několika kategoriích.

2.2.1 Farmakoterapie

Termínem psychofarmaka pojmenováváme skupinu léků, jejichž hlavním účinkem je ovlivnění psychického stavu člověka. Synonymem je termín psychotropní léky (Faltus in Zvolský, 2003).

Ačkoliv psychotická porucha je proces, který prochází různými fázemi, které vyžadují rozdílné postupy, je ve všech fázích kladen důraz na farmakoterapii.

Psychofarmaka používaná v léčbě psychóz se nazývají antipsychotika (neuroleptika). Antipsychotika nejsou kauzálními léky, ale po dobu jejich užívání jsou psychotické příznaky u většiny pacientů potlačovány dostatečně. Proto je nutné dlouhodobé užívání. Doporučené je užívání dva roky po první hospitalizaci a pět a více let po opakovaných atakách nemoci. Čím dříve je zahájena terapie antipsychotiky, tím nižší je riziko chronicity a deficitu kognitivních funkcí. Antipsychotika procházejí vývojem a modernější preparáty stále více ovlivňují kromě pozitivních symptomů i symptomy negativní.

Dle Höschla (2002) je dělíme na klasická a atypická. Klasická antipsychotika se dále člení na sedativní a incizivní.

Antipsychotika lze kromě klasické perorální formy aplikovat i ve formě depotní (zásobní). Nejčastější je indikována pro nemocné málo spolupracující a neužívající léky pravidelně.

Dalšími nejčastěji užívanými lékovými skupinami v léčbě psychóz jsou užívány anxiolytika (látky potlačující úzkost), hypnotika (látky navozující spánek) a antidepresiva (léky působící na patologicky pokleslou náladu a další příznaky depresivního syndromu).

ECT je elektrokonvulzivní léčba. Používá se při některých formách schizofrenie, nejčastěji u formy katatonní (viz kapitola 1.2.1. Klasifikace), kde je stav nemoci hluboký, či v případech rizika suicida.

2.2.2 Psychoterapie

Psychoterapie je obor, vědní disciplína, empirická a aplikovaná věda. Psychoterapie je však především léčebná činnost, léčebné působení psychologickými prostředky. K nim patří slova, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření psychoterapeutického vztahu, sugesce, učení, vztahy a interakce ve skupině. Využití prostředků je záměrné a plánovité (Kratochvíl, 2006).

Dle Kratochvíla (2006) jde o psychoterapii také o léčebné působení na nemoc či anomálii. Působení má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností i odstranit jeho příčiny. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta. Psychoterapii provádí zásadně kvalifikovaná osoba.

Dělit psychoterapii lze z různých hledisek. Dle příslušnosti k základním směrům psychoterapie můžeme uvést dělení na psychoterapii *dynamickou*, která se zabývá vlivem minulých zážitků a nevědomých procesů na současné prožívání, *kognitivně-behaviorální* věnující se učení překonávání současných problémů nácvikem žádoucího myšlení a chování, *humanistickou psychoterapii* řešící rozvoj vnitřního prožívání, naplňování životního smyslu, sebeuskutečňování (Höschl, 2002).

V procesu léčby psychóz hraje psychoterapie podstatnou roli. V akutní fázi nemoci jde spíše o její podpůrný charakter. Höschl (1997) shrnuje základní potřeby nemocného na začátku léčby jako nutnost orientace v situaci, vysvětlení neznámých, pomoc s přijetím situace, pomoc při uvolnění a zeslabení záporných emocí, podání podpory a přijetí, vyslechnutí, nutnost otevřených rozhovorů o nemoci, průběhu, plánu léčby. Důraz klade na krátkodobé a přiměřené stanovení cílů, možnosti spolupodílení se na léčbě, ocenění a pochvalu snahy o spolupráci.

V průběhu zlepšování symptomů nemoci roste potřebnost psychoterapeutických zásahů. V psychoterapii psychóz se preferuje skupinová forma psychoterapie psychóz, a to nejlépe ve fázi doléčování a rehabilitace. Dle Strossové (1984) je žádoucí především z důvodu výhody přiblížení sociální reality, umožňuje pozitivní zkušenosti v širších sociálních interakcích a značně usnadňuje jejich resocializaci. Praktickým pojetím problematiky se zabývá empirická ukázka v kapitole 3.1 Komplexní terapie psychóz primariátu H, PL Opava.

Jako základní specifikum psychoterapie u psychóz uvádí Syřišťová (1989) nízký autosanační potenciál psychotické skupiny, kde je žádoucí aktivnější a strukturovanější působení terapeuta, znalost osobnostní typologie, situace a historie pacienta. Tvrzení uvádí i Kratochvíl (2005), jenž aktivnější vůdcovské chování terapeuta vkládá do speciálních

skupin, např. pacientů se závažnými somatickými chorobami či při práci s psychotiky, kteří potřebují podporu a vedení.

Základem kvalitního přístupu je navázání terapeutického vztahu, což u klientů s psychotickou zkušeností bývá pozvolné a vyžaduje trpělivost. Postup a úskalí vývoje terapeutického vztahu je zpracováno v beletristickém podání publikace *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem* (Greenberg, 1998).

2.2.3 Rodinná terapie

Pomoc rodiny a vytvořené zázemí pro nemocného v rekonvalescenci je považováno za cenný start do období remise. Žádoucí se jeví navázání spolupráce s rodinou již v období akutní fáze nemoci.

Zde je kladen důraz na poskytnutí dostatku informací rodině v různých formách edukace, podpůrných rozhovorech a empatickém přístupu ošetřujícího personálu.

Reorganizace zdravotní péče navíc klade i jisté nároky na příbuzné, a to především s podporou komunitní péče. Psychotické onemocnění svou povahou mnohdy vyžaduje po pečujících osobách vysoké psychické nároky. Příbuzní často hovoří o pocitech bezmoci, vyhoření souvisejícími se zhoršováním i jejich psychického či fyzického stavu (Bankovská Motlová, 2011).

Mimo informačních schůzek s rodinou nabízí většina zdravotnických zařízení různé programy pro rodinu a její aktivní začlenění do léčby blízkého. Nabídkou zdravotní i sociální péče pro rodinu se věnuje kapitola 1.4 Rodina a nemoc.

2.2.4 Pracovní terapie

Jedním z nejdůležitějších předpokladů účinné integrace nemocného do společnosti je obnovení jeho schopnosti pracovat. Pouze asi 15 % jedinců se schizofrenií je schopno si trvale udržet práci (Praško, 2003).

S pracovní rehabilitací se pacient dostává do styku v rámci psychosociálně rehabilitačních programů v uzpůsobených zařízeních (viz kapitola 2.3 Dlouhodobé resocializační a rehabilitační přístupy). Již v období dozívání psychotických příznaků je vhodné pomalu navracet kompetence jedince a zvyšovat zátěž v podobě pracovních činností. Ty napomáhají také k úpravě biorytmů, které jsou nemocí často narušeny, a dochází k podpoře dovedností a návyků. V období hospitalizace se pracovní terapie provádí formou

docházení do dílen, pracovních terapií v rámci oddělení či programu LVS (léčebná výchova k soběstačnosti).

2.2.5 Socioterapie

Socioterapie neboli léčení společností je léčba, která využívá jako prostředku léčivého potenciálu lidského společenství. Zahrnuje metody resocializační rehabilitační u lidí psychicky a sociálně maladaptovaných. Působení lze aplikovat v rámci prevence poruch zdraví primární, sekundární i terciální. Podstatné je, že se jedná o souhrn postupů a aktivit, které vedou k rychlejší adaptaci jedince, opětovnému zapojení do běžného života po období životních změn, ať už s oblasti potíží duševních, nebo zdravotních. Pomáhá nalézt klientovi realistický náhled na možnost úpravy obtíží, změnit vlastní naučené postoje, odstranit nežádoucí formy chování a nahradit je formami novými. Zákon č. 108/2006 Sb. nedefinuje přesně pojem socioterapie, ale sociálně terapeutické činnosti jsou zde zastoupeny v poradenství, krizové intervenci, pracovní terapii, výchovných, vzdělávacích, aktivizačních a volnočasových aktivitách, aktivitách zaměřených na budování a rozvoj pracovních návyků a dovedností a podobně (Bobek, 2008).

„Sociální terapie jako synonymum socioterapie je tedy specifickým druhem odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která bezprostředně ohrožuje klienta a předcházet vzniku rizikového chování i podmínek, které mohou jeho vznik podporovat.“ (Zakouřilová, 2008. s. 7).

Pro akutní fázi je potřeba najít adekvátní postup léčby, který bude jednak účinný a zároveň šetrný pro pacienta. Většinou se léčba skládá z více postupů (viz výše), jež se navzájem doplňují a utvářejí ucelený léčebný plán. Následující kapitola popisuje další nezbytné kroky léčby v období remise nemoci.

2.3 DLOUHODOBÉ RESOCIALIZAČNÍ A REHABILITAČNÍ PŘÍSTUPY

Kromě zdravotnické péče, která zůstává kontinuální v podobě ambulantní péče psychiatra a pokračující farmakoterapie, mají rozsáhlý význam v kvalitní léčbě dlouhodobé resocializační a rehabilitační programy. Tyto programy jsou zajišťovány sociálními službami.

2.3.1 Sociální služby

Psychózy jsou onemocnění léčitelné, ale ne vyléčitelné. Léčba trvá dlouho a dochází k častým výkyvům, střídání atak s fázemi remise, ke změnám projevů symptomů či až k možnému vzniku postprocesuálního defektu. Žádoucí je proto léčba dlouhodobá.

Realizace výše uvedeného se v České republice provádí v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který definuje nepříznivou sociální situaci jako oslabení nebo ztrátu schopnosti.

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, s cílem zlepšit jejich kvalitu života. V maximální míře se je snaží o integraci těchto lidí do společnosti, chránit je před riziky a následky. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, případně zájmy širšího společenství (Matoušek, 2007).

Zřizovateli zařízení s poskytováním sociální služby mohou být v České republice obce, kraje, MPSV a nestátní neziskové organizace. Financování služeb, vyjma nestátních neziskových organizací, je částečně nebo plně kryto z rozpočtu subjektu, granty a státními dotacemi. Nestátní neziskové organizace mohou dostávat dotace na svou činnost z veřejných rozpočtů obcí, krajů, ministerstev. Na tyto dotace není právní nárok (Matoušek, 2007).

Dle zákona 108/2006 Sb. jsou základní formy sociálních služeb *pobytové, ambulantní a terénní*. Důraz je kladen zejména na kvalitu služeb s cílem poskytnutí jistoty a vytvoření standardizované sítě služeb.

Sociální služby se dělí na tři základní oblasti - *sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence*.

Sociální poradenství zahrnuje poradenství **základní a odborné**, se zaměřením na poskytnutí informací v tíživé sociální situaci. Zatímco základní poradenství je poskytováno všem bez ohledu na problematiku, odborné již specifikuje konkrétní oblast a cílovou skupinu (Mahrová, 2008).

Služba sociální péče se dle zákona o sociálních službách dělí na čtrnáct druhů služeb, například **osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, centra denních služeb, chráněné bydlení** a podobně.

Služba sociální prevence je rozdělena zákonem o sociálních službách na sedmnáct druhů služeb. K problematice psychóz se nejvíce vztahuje **služba následné péče, krizová centra, telefonické krizové pomoci, sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním**

postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

Praktické pojetí výše uvedené problematiky se realizuje u pacientů s psychózou nejčastěji v institucích pro následnou péči, a to formou komunitních postupů.

Komunitní postup (péče) nabízí propojení různých sociálních služeb mezi sebou, včetně oblasti zdravotní a sociální.

Komunitní péče dle Younghusbandové (in Hejzlar, 2004) je jednou z metod sociální práce, která se zaměřuje na pomoc lidem v rámci místní komunity, snaží se určit jejich sociální potřeby, zvážit nejúčinnější způsoby naplnění potřeb a pracovat na jejich naplnění do té míry, jak to umožňují zdroje, které jsou k dispozici.

Jako výhody komunitní péče můžeme jmenovat zajištění komplexní péče o klienta s naplňováním a zabezpečováním široké palety jeho potřeb. Komunitní péče má preventivní charakter proti návratu onemocnění, regrese a zhoršování průběhu nemoci. Pokud se podaří navázat kvalitní spolupráci, může se stát i alternativou hospitalizace (Mahrová, 2008).

Hejzlar (2004) stanovuje hlavní principy komunitního přístupu v zaměření spíše na potenciál klienta a jeho možnosti než na řešení jeho hendikepu. Proti medicínskému pojetí se více zaměřuje na prostředí a životní podmínky, v nichž se klient pohybuje. Expertem na nemoc se stává klient, který si sám stanovuje cíle a aktivně se podílí na plánování péče.

Specifickou a často užívanou metodou komunitní práce je *case management*. Zásadní je koordinace péče case managerem čili klíčovým pracovníkem, který odpovídá za plánování, realizaci a péči u několika přidělených klientů. Pozitivní je možnost individualizace, vytvoření vztahu, kvalitní návaznost péče. Case management je časově ohraničen, realizace mnohdy spočívá v propojení více druhů služeb i sociálních subjektů. Je chápán jako odklon od terapeuticky zaměřeného poradenství (Otto, Thiersch, 2001).

Komunitní péče se realizuje především v **denních stacionářích, denních centrech, krizových službách, domácím léčení či v podpoře bydlení.**

V současné době vyvstává potřebnost **terénních mobilních týmů a domácí péče.** Tyto by mohly pružně a účelně reagovat na období krize, relapsu, nespolupráce nemocných při léčbě.

2.3.2 Zaměření institucí následné péče u nemocných s psychotickou zkušeností

Hlavní příčiny existence následných organizací pro duševně nemocné dle mého názoru, tkví **ve zvládnutí a překonání společenské izolace, stigmatizace a získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a návyků, podpory chráněného bydlení a chráněného zaměstnávání či práce pro duševně nemocné. Dalším neméně podstatným důvodem je smysluplné trávení volného času.**

Následné organizace se mnohdy specializují na určitou výše uvedenou oblast nebo kombinaci více aktivit. Každé větší město v České republice nabízí uvedené aktivity nejčastěji ve formě denních stacionářů, krizových center, rehabilitačních dílen, socioterapeutických klubů a podobně. Nejčastější právní formou jsou občanské sdružení, obecně prospěšná činnost nebo církevní právnické osoby. I zde zůstává otevřená otázka zajištění péče u nemocných bez kritického náhledu na onemocnění a nespolupráce.

Podpora chráněného bydlení je poskytována vzhledem k rozmanité klientele a potřebnosti zásahu různými formami s odlišnými podmínkami. Můžeme uvést sociální byty, chráněné byty, podporované bydlení či domy na půl cesty.

Chráněná práce se liší mírou chráněnosti a cíli, které mohou vést až k postupnému zapojení na pracovní trh. Neméně podstatné jsou i menší cíle a těmi jsou úprava biorytmů nemocného či pocit potřeby, začlenění do společnosti. Jedná se o chráněné dílny, z nich nejznámější jsou tréninkové a resocializační kavárny a přechodné podporované zaměstnávání (Mahrová, 2008).

Důvodů ztíženého návratu duševně nemocných do pracovního procesu je mnoho. McAlpine, Warner (2001) ve svých studiích uvádějí, že nejen diagnóza s vyplývajícími symptomy a charakteristika onemocnění brání pracovnímu uplatnění. Jako hlavní bariéry označují stigmatizaci na pracovišti, nedostatek uzpůsobení pracovních podmínek a charakteristiky trhu práce.

Jak již bylo výše uvedeno, psychiatrická rehabilitace je žádoucí už v době hospitalizace, avšak stěžejní se stává právě po propuštění z nemocniční péče. Mnohá zdravotnická zařízení mají dobrou spolupráci s následnými organizacemi a pomocí informačních komunit či společných aktivit se snaží nemocné seznámit s jejími možnostmi a nabídnout zapojení do jejích programů.

Krizová intervence

Krise je určitá součást kontinua lidského bytí (Vodáčková, 2007).

Hlavní klasifikační systém vytvořil Baldwin (in Vodáčková, 2007) a rozděluje krize na krize situační, krize z očekávaných změn, krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresoru, krize zranění, krize pramenící s psychopatií a neodkladné krizové stavy.

Člověk s duševním onemocněním není osvobozen od žádné výše uvedené kategorie, navíc ho jeho onemocnění hendikepuje potížemi ve zvládání zátěže. Je vybaven nižší frustrační tolerancí a obecně má zvýšenou vulnerabilitu, zranitelnost. Oproti jiným akutním stavům, při kterých si nemocný uvědomuje své potíže, je v případě pacienta s psychózou spolupráce omezena, či zcela schází. Vnímá-li pacient realitu bludně nebo paranoidně a nepřátelsky, či se cítí v manických prožitcích nadstandardně, není pravděpodobné, že by sám vyhledal odbornou pomoc. Také rodinní příslušníci, byť často dlouhé období vnímají rozvíjející se symptomatiku, nereagují, a to z širokého repertoáru příčin (nevědomost, výčitky z pocitu selhání, možné stigmatizace a podobně).

Smyslem krizové intervence je reagovat na aktuální problém, zvládnout nepřehlednou a ohrožující situaci pro nemocného, s pravděpodobností následného doporučení psychiatrické péče.

Krizová centra a linky důvěry jsou charakteristické nízkým prahem dostupnosti a zpravidla bývají místem prvního kontaktu.

Psychosociální síť je nezbytná v dostatečné hustotě a variabilitě. Je specifická určitým přesahem rezortů z oblasti sociální, zdravotní, školské a mnohdy je nutná i spolupráce s policií, soudy, státním zastupitelstvím, hasiči a podobně (Nováková in Vodáčková, 2007).

Ačkoli krize v různé podobě a z různých příčin bývá pravidlem nebo zkušeností nemocných s psychózou, je jen velmi málo profesionálních služeb specializujících se na krizovou intervenci pro tuto specifickou oblast.

V Praze funguje od roku 2000 **mobilní krizová služba** v rámci krizového oddělení Denního sanatoria Nad Ondřejovem a Krizová služba Fokus Praha, ale zatím jsou pouze vlašťovkami v tomto směru. V Moravskoslezském kraji mobilní služby zatím neexistují a o její potřebnosti referují rodinní příslušníci, kteří si s akutní krizí nevědí rady.

Veškeré výše popsané sociální služby vznikají z impulsu deinstitucionalizace a snahy přesunout péči duševně nemocného do ambulantní sféry. Směr je jistě žádoucí, ale nelze přehlédnout zkušenosti z nedávné minulosti, které proběhly v druhé polovině minulého století

v západní Evropě a USA. Tam se již tehdy změna uskutečnila a ukázalo se, že existuje velká skupina propuštěných, jež si nevěděli se situací rady a stali se oběťmi této politiky (Vachková, 2008). Ve výše uvedených zemích jsou již dále, vytvořili komplexní psychiatrické rehabilitační programy, které stavějí na propojenosti biologické, psychologické a sociální léčby a především chápou dlouhodobý proces podpory se zaměřením na dlouhodobé uzdravení, sociální fungování v komunitě a samostatnost.

2.4 ADEKVÁTNÍ PŘÍSTUPY POMOCI RODINĚ

V teoretické části práce (kapitola 1.4 Rodina a nemoc) byly formulovány pojmy vztahující se k rodině a změnám souvisejícím s nástupem nemoci. Pomoc odborníků se zásadně liší v době hospitalizace (viz kapitola 2.1 Preventivní přístupy) a v ambulantní sféře. V době hospitalizace je důraz kladen na informovanost, emoční podporu a pomoc s přijetím situace. Ambulantní sféra může poskytnout hlubší pohledy a pochopení souvislosti potíží, pomoc se zaběhanými chybnými vzorci, korekci komunikačních stylů. Tato práce je náročná na čas, erudovanost rodinných terapeutů, ale i angažovanost rodiny, vyžaduje již kompenzaci stavu klienta.

Z publikovaných výzkumů (Bankovská-Motlová, 2011) je patrné, že příbuzní potřebují praktické intervence, které směřují k vytvoření stability a uplatnění pacientů v sociálních rolích. Nejčastější uvedená problematika příbuzných se týkala nedostatečné informovanosti o nemoci, pocitů, že nejsou bráni zdravotnickým personálem vážně, vnímají malou podporu služeb, řeší geografickou nedostupnost, finanční potíže, omezení vlastní schopnosti pracovat, emoční zátěž a obtíže s pacientovým chováním, negativní vliv na sociální aktivity. Přijetí rodinných příslušníků jako součást léčby je přitom velmi žádoucí (Dörner, 1999).

Základními stavebními kameny programů, které pro rodinu společnost nabízí, jsou podpora, poradenství, poskytování informací a sdílení zátěže. Výchozím bodem je síla rodin a předávání kompetencí rodině, přístup odborníka, který vnímá rodinu jako experta v otázkách řešení vlastních potíží. Témata, která by neměla být v programech opomenuta a mají za úkol podporovat členy rodiny pacientů, jsou: *informace o chorobě, přístup k ní a její dosud známé příčiny, zaměření se na silné stránky rodiny, sdílení emocí, komunikace v rámci rodiny, hranice v rodinném kruhu, řešení problémů* (identifikování problému, prodiskutování, nalezení a výběr řešení, kontrola, hodnocení), *obnovení společenských vazeb a jednání se zdravotníky* (Savenje in Pěč, Probošová, 2009).

Programy na pomoc rodinným příslušníkům, aby se vyrovnali se zátěží, plynoucí z nemoci člena rodiny získané z mé praxe:

Preduka - jednodenní šestihodinový preventivně edukační program zaměřený na prevenci relapsu psychotického onemocnění.

Prelapse - strukturované setkávání odborníků a nemocných s edukačním obsahem v počtu osm dnů s možností účasti rodin.

Rodinné komunity - setkávání psychoterapeutického týmu s rodinami v rámci hospitalizace v tří týdenních intervalech. Každé zdravotnické zařízení si vytváří individuální náplň, průběh. Většinou se provádí pouze na rehabilitačních a psychoterapeutických stanicích.

Svépomocné skupiny - následné organizace pro duševně nemocné nebo rodičovské asociace pro rodiče psychiatrických pacientů nabízejí vzájemné předávání zkušeností a sdílení společného problému.

Dotyk - projekt Evropské unie, jehož cílem je podpořit rodiny a mladé nemocné tím, že se dozví potřebné informace o nemoci co nejdříve. Také tím, že budou mít možnost setkávat se s dalšími rodinami, mladými i staršími lidmi, kteří musí ve svém životě řešit obdobnou problematiku. Je to projekt řešící podporu vzdělávání, sociální integrace a pracovního začlenění. Nemocní ve fázi remise se stávají asistenty pro pacienty po hospitalizaci či s dlouhodobými dysfunkčními potížemi.

Itareps - projekt využívající moderní komunikační technologii, řešící aktivně prevenci relapsu onemocnění s možností začlenění rodinných příslušníků. Pomocí SMS zpráv a jednoduchého desetibodového dotazníku je možné rychlejší zhodnocení a zásah lékaře. Ošetřující psychiatr dostává informaci ze systému při překročení hodnot normy.

Rodinné poradenství - obvykle probíhá formou poradenství pro rodiče, rodinným setkáním, individuální či párovou terapií, terapií dětí nebo kombinací několika forem. Trvá 50 – 90 min., frekvence setkávání se plně odvíjí od potřeb rodiny a jejích členů. Klientem je rodina a cílem je obnovení rovnováhy a harmonického fungování rodinného systému.

2.5 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE U PSYCHÓZ

V sociální práci u psychóz je v popředí produktivní pomoci znalost problematiky, chápání aktuální fáze nemoci a schopnost navázání empatického vztahu s klientem.

V kapitole 1.6 je uvedena filozofie vzájemného pracovního vztahu klienta a sociálního pracovníka, vycházejícího z psychosociálního konceptu. Jako velmi obtížné se jeví zachování

této rovnocenné úrovni v období hospitalizací, mnohdy nedobrovolných, podstupování ochranných léčeb či v okamžicích ohrožení jejich života, zdraví nebo sociálního fungování. Zde je místo pro profesionální přístup charakteristický podporou a hledáním zdravého potenciálu a s pomocí ovládnutí komunikační strategie navázat s klientem spolupráci, vztah (Mahrová, 2008).

Neodmyslitelnou součástí práce sociálního pracovníka s psychotickým pacientem je komunikace. Ta bývá zcela odlišná v období akutní fáze nemoci, v remisi či s přítomností chronických projevů nemoci, v takzvaném postpsychotickém defektu osobnosti. Je třeba počítat s mnohdy nepřehledným projevem ovlivněným změnami chápání reality a vnitřním prožíváním, hypobulií, která často může být vnímána jako projevy lenosti či neochoty, zapomínáním nebo jinými kognitivními změnami, zvýšenou vztahovačností, která zvyšuje tenzi a ovlivňuje kontakt (viz kapitola 2.2).

Péče o duševně nemocné má zahrnovat také prevenci stigmatizace a sociální izolaci klientů. Stigma souvisí s předsudky a stereotypy, jež se mohou odehrávat mezi jednotlivci, místní komunitou, ale také mezi celou společností. Není neobvyklé tzv. zvnitřnění stigmatu a následná nevhodná a onemocnění zhoršující izolace, stažení nebo opačně agresivní konfrontace klienta s okolím (Matoušek, 2003).

Z výše uvedeným souvisejí také mýty, které se tradují o duševně nemocných. Nejčastější jsou tyto: **schizofrenie je nevyléčitelné onemocnění, pacienti mají větší sklon k agresi a jsou nebezpeční, schizofrenie zvyšuje nespolehlivost a pacienti nemohou soustavně pracovat.**

Schizofrenie je onemocnění léčitelné, ale epizodické. U třetiny nemocných se po prodělané atace při vzorné léčbě a dodržování doporučení onemocnění nevrátí. Další třetina je charakterizována občasným zhoršením stavu, který je možné zvládnout ambulantní léčbou nebo při těžším průběhu hospitalizací. Poslední třetina má průběh nepříznivý, s častými relapsy, mnohdy nemizujícími reziduy nemoci a následnou chronifikací.

U psychózy je zaznamenán mírně zvýšený počet trestných činů a nemocní jsou také častěji obětmi trestných činů. Zde se jedná spíše o klientelu neléčenou, nespolupracující nebo je v popředí komorbidita s různými typy závislostí, poruchou osobnosti. Většina psychicky nemocných nikdy nespáchá trestný čin.

Pracovní výkon nemocných psychotickým onemocněním ovlivňuje mnoho faktorů a je zde nutné volit individuální přístup. Obecně lze říci, že je vhodné maximálně pacienta podporovat v pracovní činnosti, ovšem v případě postupujícího zhoršování průběhu nemoci je

nutné přizpůsobit pracovní zařazení stavu. V takovém případě je možno volit chráněnou práci (Mahrová, 2008).

Dalším specifikem této práce je důraz na rozvíjení sociálních dovedností a návyků. Sociální pracovníci se tak mohou realizovat v oblasti psychiatrické a sociální rehabilitaci, psychoedukaci, případovém vedení case managementu nebo psychoterapii (Matoušek, 2003). Podstatné je začít už v období hospitalizace (viz 2.2 Akutní fáze nemoci) a postupně přenést prvky do období po propuštění. Zde už mají své místo návazné služby komunitní péče (viz kapitola 2.3 Dlouhodobé resocializační a rehabilitační přístupy).

Sociální práce u psychotických pacientů je prací náročnou a klade velké nároky na profesionalitu, angažovanost a samostatné uvažování sociálních pracovníků. Samozřejmostí by měla být supervize práce s klienty, vzájemná podpora týmu, důraz na podporu dalšího vzdělávání sociálních pracovníků. Tyto prvky mohou být prevencí syndromu vyhoření pracovníků v pomáhajících profesích, které nejsou výjimkou, a v praxi se s nimi často setkáváme.

Pro práci s psychózou, tak jako s jiným onemocněním, je dáno mnoho postupů, které vedou ke stabilizaci stavu, předcházení atace a relapsu nemoci. Všechny výše uvedené postupy a metody při práci s psychózou si kladou za cíl pomoci pacientům v jejich opětovném začlenění do společnosti a návratu k běžnému životu.

V druhé kapitole jsem zužitkovala teoretickou přípravu z první kapitoly a zpracovala nabídku zdravotní a sociální péče pro psychoticky nemocné.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

V empirické části se zabývám vlastním šetřením. Před zahájením šetření nabízím pohled na primariát H Psychiatrické léčebny v Opavě, kde se provádí komplexní terapie psychóz, snaží se zde o napojení klientů na následnou péči, pro klienty vytváří odrazový můstek pro návrat do běžného života. Na tomto primariátu má terapie vlastní tradici, je známá celorepublikově a určitě stojí za zmínku. Právě práce na primariátu H mne přivedla k otázce kvality života klientů a jejich vlastní hodnocení této problematiky, sociální dopady nemoci pohledem různých cílových skupin. Na toto téma jsem zpracovala bakalářskou práci, s jejíž částí vás seznámím (Országová, 2011).

Při zpracování bakalářské práce jsem došla k závěrům, které podněcovaly k následným otázkám, doplnění o pohled dalších cílových skupin. Od podnětů jsem přistoupila k šetření standardizovaným rozhovorem a výsledky jsem zpracovala v diplomové práci. Provedla jsem šetření kvality života pohledem dalších cílových skupin, vyhodnocení dle jednotlivých otázek, provedla jsem srovnání s výsledky bakalářské práce. Toto byl také jeden z cílů mé práce.

Ve shrnutí jsem provedla vyhodnocení šetření z hlediska sociálních dopadů, vlastních postojů klientů a pohledu okolí.

3.1 KOMPLEXNÍ TERAPIE PSYCHÓZ PRIMARIÁTU H, PL OPAVA

Na pomezí intramurální a extramurální péče stojí primariát H, kam přicházejí pacienti již po odeznění akutní fáze z uzavřených oddělení. Primariát H sdružuje tři oddělení - 17C, 17B a stanici 13. Jeho založení se datuje do roku 1962 a loni primariát oslavil celostátní konferenci padesát let od založení. Tzv. „opavský systém“, který zde byl vypracován a lety pilován, stojí na koedukovanosti, otevřenosti v terapeutické komunitě, utváření optimální sociální atmosféře na oddělení, důraz klade na terapeutický vztah a pravidelný režim stanice. Psychoterapeutický program každé stanice je individuální s přihlédnutím na aktuální stavy klientů a stanovené cíle (viz příloha č. 5).

Blíže si můžeme systém ilustrovat na stanici 17C. Stanice je určena pro 25 pacientů a ti jsou dále děleni do tří úrovní intenzity programu.

Skupina C1 slouží pacientům v prvopobytu, kdy se člověk poprvé dostává do kontaktu s psychotickou zkušeností. Péče se zde centruje do psychoterapie, ve které má pacient možnost uvědomit si situaci, v níž se aktuálně ocitá, dostává prostor k průchodu emocí, ventilaci. V podpůrném prostředí nachází kritický náhled na onemocnění

a v neposlední řadě se věnuje nalezení varovných příznaků psychotického onemocnění a zvládnutí krizového plánu v případě relapsu.

Do skupiny C2 jsou zařazováni pacienti již v opakovaných pobytech. Zde stále dominuje v náplni péče psychoterapie, ale ta je doplňována pracovní terapií, sportovní terapií a důrazem na socioterapii. Skupiny jsou častěji strukturované a více tematické. Pro časté působení negativní symptomatologie je vhodný aktivnější přístup terapeuta, který nelze zaměňovat za direktivnost či autoritativnost. Jde o podporu zdravých součástí prožívání a mnohdy jsou vhodné tzv. opouzdřující techniky, kdy se pacient učí s poruchou žít, ví, jak se má zachovat, když má přijít nová ataka nemoci, ale ne vždy se podaří dojít k plnému náhledu.

Skupina C3 bývá skupinou „šetřivější“ a často se stává tzv. inkubátorem pro následný postup do intenzivnějších skupin. Byla založena v roce 2004 z důvodu ještě možného přetrvávání psychotických projevů či kognitivní insuficience. Skupiny probíhají dvakrát týdně a další činnosti se zaměřují na podporu praktického fungování. Úskalím psychoterapie psychoticky nemocných se mohou stát negativistické, až hostilní projevy k léčbě, které pramení z nemoci samotné i obranných mechanismů člověka. Změnit tento stav se může podařit s pomocí maximální akceptace pacienta, za předpokladu nutné trpělivosti a tolerance ze strany terapeuta. Pacientovi tak můžeme poskytnout emoční korektivní zkušenost, která může být velmi cenná pro průběh celé psychoterapie i vnímání dalších životních zkušeností.

Pokud jde o jednotlivé psychoterapeutické metody používané na stanici 17C, jedná se především o skupinovou psychoterapii, kde se pomocí skupinové dynamiky dochází k výše uvedeným cílům.

Velmi ceněné a hodnocené je psychodrama. Metoda napomáhá učení vhodného sociálního chování či korekci chování, usnadňuje odreagování a katarzi, terapeutům napomáhá k pevnějšímu navázání vztahu a pochopení souvislostí, popřípadě odkrytí terapeutických témat. Jako žádoucí se jeví propojení s nonverbálními technikami, kde zásadní je psychogymnastika a arteterapie. Ukazuje se, že čím pestřejší a rozmanitější je program, tím lépe se naplňují primární cíle léčby. Časté je doplnění hrami s psychoterapeutickým potenciálem nebo sociometrickým zaměřením, uvolňovací techniky ve formě relaxací aj.

Vztah mezi schizofrenií a postižením kognitivních funkcí popsal okolo roku 1896 už Kraepelin. Upozornil na to, že paměťový deficit je nehluboký, ale progresivní. Dle Rodrigueze, Mohra (2004) je v současné době kognitivní deficit považován za jádrové postižení u schizofrenie a hraje zásadní roli při rozhodování, jak budou vypadat výsledné

stavy onemocnění, a to včetně pracovního a sociálního zařazení. Stanice 17C na problematiku reaguje pravidelným cvičením paměti a pozornosti pro vybranou skupinu pacientů. Pracuje se zde s programem IPT (integrovaný psychoterapeutický program), který je vytvořen speciálně pro schizofrenní pacienty a podporuje složky kognitivního diferencování, verbální komunikace, sociálního vnímání, sociálních dovedností a interpersonálních řešení problémů. (Roder, Brenner, 2002).

Komplexní program stanice je zaměřen také na spolupráci s rodinou. O její potřebnosti hovoří kapitola 5. Rodinní příslušníci mají možnost pravidelného setkání s ošetřujícím lékařem či členy psychoterapeutického týmu kdykoli, jedenkrát za tři týdny jsou pozváni k rodinné komunitě. Ta se člení na dvě části. První je v kombinaci s pacienty, kteří v rámci rehabilitace pracovní i sociální připravují občerstvení, výzdobu místnosti, nacvičují píseň na úvod. Zde je prostor pro obecné informace a dotazy k onemocnění, možnosti prevence a spolupráce. Druhá část setkání je již pouze v kruhu rodiny a členů týmu. Tady už přichází čas pro sdílení, emoční uvolnění, referenci obav a nejistot, informací, které má rodina obavu popsat před svým blízkým.

V celkovém dění oddělení 17C je důraz kladen na týmovost a spolupráci, otevřenou a přijímající atmosféru. Především to si pacienti chválí, hovoří o návratu do bezpečí a klidu. Často využívají možnosti přijít k rehospitalizaci přímo na stanici 17C a vyhnout se tak atace nemoci, náročnosti uzavřeného oddělení.

Kapitola 4.2 hovoří o dlouhodobých programech pro psychotické pacienty, které jsou v léčbě psychóz nenahraditelné. Proto byly na primariátu vytvořeny tzv. informativní komunity, kde pracovníci následných služeb mají možnost informovat o aktivitách a přímo navázat osobní spolupráci či alespoň dát kontakt na podobnou službu v regionu bydliště. Metoda přímého setkání a poznání pracovníků či prostředí se jeví jako nejúčinnější, a proto jsou na stanici zařazovány časté výlety do organizací či společné akce. Výlety mají kromě edukačního charakteru vliv i na sociální stránku a mnohdy jsou spojovány s kulturou, uměním i pohybovou aktivací.

Jednou ročně nabízí primariát rekondiční a rehabilitační pobyty v Horních Holčovicích, což je detašované pracoviště Psychiatrické léčebny Opava, které jsou oblíbené, a změna prostředí, působení přírody a společenství navyšují intenzitu poznání a prožitků. Pro mnohé pacienty je to první „dovolená“ a seznámení se zdravým životním stylem, účinkem pohybu.

Dlouhodobou tradici má v Opavě Klub. Jde o společenskou akci, která se koná jedenkrát měsíčně a je určena pro pacienty hospitalizované, ale také už propuštěné, kteří se

přicházejí poradit, odpočinou či odreagovat. Do konce roku 2012 proběhlo již 460 Klubů a navštěvují ho i pacienti, kteří zde začali docházet před 20 lety a nyní si touto formou udržují kontakt s psychiatrickou léčebnou.

O výtvarných a uměleckých sklonech lidí s duševním onemocněním je toho známo dost. Za vše hovoří jména jako Vincent van Gogh, Ernest Hemingway, Ota Pavel, Miloš Kopecký. Ne vždy se však podaří přes veškerý talent proniknout do společnosti a tvorba může být také „samoléčitelem“ metodou. Je vhodné pacienty podporovat a vytvořit jim podmínky. To je důvod, proč dvakrát do roka primariát H vydává časopis Posel (viz příloha č. 4), který je plný tvorby, ale také nových poznatků o léčbě, reportáží z následných organizací, informací od členů týmu. Primariát H má rovněž snahu povzbudit pacienty do další činnosti tiskem jejích sbírek básní. Realizace tisku může aktivovat a nastartovat další činnost, mnohdy jedinou v zúženém prostoru dopadů nemoci (viz příloha č. 7).

V říjnu 2012 došlo však na primariátu H k organizačním změnám z důvodu ekonomické situace PL Opava. Celková koncepce psychiatrie se orientuje spíše ke zvládnutí akutního stavu nemoci a přesunu psychoterapeutických a rehabilitačních technik do komunitní péče. Zůstává otázkou, zdali je možné zajistit péči bez výše popsaného spojovacího článku a zdali je komunitní péče dostatečně připravena pojmout tuto klientelu.

3.2 VÝSLEDKY ŠETŘENÍ Z ROKU 2011

Šetření v roce 2011, které probíhalo pro potřeby bakalářské práce (Országová, 2011), se zabývalo subjektivním hodnocením kvality života u pacientů s psychotickou zkušeností. Bakalářská práce vznikla pod vedením Mgr. Hermanové na Fakultě veřejných politik Slezské univerzity.

Šetření se uskutečnilo kvantitativní metodou formou dotazníku. Výsledky ukázaly postupnou snižující se úroveň kvality života s progredujícím a recidivujícím onemocněním psychotického okruhu.

Ve všech doménách dotazníku, které se zaměřovaly na fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí, se projevilo subjektivní snižování úrovně prožívání kvalit života v časovém horizontu probíhajícího onemocnění.

Demografické údaje zaznamenaly podobnou tendenci. Za povšimnutí stojí především výrazná invalidizace pacientů, kterou způsobují dlouhodobé přetrvávající příznaky nemoci negativní symptomatologie a chronických projevů. Konkrétně zde hrají úlohu faktory

zhoršené adaptace, volní vlastnosti, snížení energie. Neméně výrazná je vysoká hodnota svobodných jedinců v řadách pacientů, což ukazuje na jejich potíže v okruhu sociálních vazeb, ať už v navazování, nebo udržování vztahů. Vnější projevy jsou dány častou sociální izolovaností, uzavřeností, sníženou potřebou komunikace.

Zajímavým fenoménem je také nezodpovězení na některé z položek v dotazníku reprezentovaných především v oblasti demografických údajů.

Při srovnání výsledků s běžnou populací jsou hodnoty shrnuty v tabulce č. 2 (POROVNÁNÍ HRUBÝCH SKÓRŮ). Jsou porovnány intervaly pro běžnou zdravou populaci (Dragomirecká, 2006) a průměrné hodnoty hrubých skóre klientů po první atace a po opakovaných atakách. Pro běžnou zdravou populaci bylo provedeno výběrové šetření souboru pražské populace pro jednotlivé položky. Interval normy je spočítán pro hrubé skóre domém DOM1 – Fyzické zdraví <14,300; 16,800>, DOM2 – Prožívání <13,600; 16,000>, DOM3 – Sociální vztahy <13,500; 16,400>, DOM4 – Prostředí <12,300; 14,300>.

Hodnoty jednotlivých hrubých skóre daného vzorku klientů:

- o pro klienty po první atace: DOM1 = 15,463; DOM2 = 15,453; DOM3 = 15,120; DOM4 = 15,590;
- o pro klienty s opakovanými atakami: DOM1 = 14,766; DOM2 = 14,360; DOM3 = 14,293; DOM4 = 14,774.

Tyto hodnoty jsou shrnuty v tabulce (POROVNÁNÍ HRUBÝCH SKÓRŮ). Jsou porovnány intervaly pro běžnou zdravou populaci (Dragomirecká, 2006) a průměrné hodnoty hrubých skóre klientů po první atace a po opakovaných atakách.

		BĚŽNÁ POPULACE	PRVNÍ ATAKA	OPAKOVANÉ ATAKY
DOM1	Fyzické zdraví	<14,300; 16,800>	15,463	14,766
DOM2	Prožívání	<13,600; 16,000>	15,453	14,360
DOM3	Sociální vztahy	<13,500; 16,400>	15,120	14,293
DOM4	Prostředí	<12,300; 14,300>	15,590	14,774

Tabulka č. 1 - POROVNÁNÍ HRUBÝCH SKÓRŮ

Z tabulky vyplývá, že kromě domén prostředí se pacienti s psychotickou zkušeností v první atace i opakovaných atakách dostávají do průměrných hodnot.

Možných vysvětlení je hned několik. Jako první důvod lze uvést, že všichni respondenti se nacházeli právě v období ukončujícího resocializačního a psychoterapeutického programu. Jeho trvání je pět až šest týdnů a svými cíli je koncipován na podporu zdravého jádra osobnosti, návratu narušených biorytmů, posilu sebevědomí, hodnotového systému jedince, nalezení systému pomoci, coping strategies, aktivizaci. Program se věnuje také rodinným vztahům a nevyhýbá se ani řešení sociální problematiky. Výsledky tedy ukazují na vliv psychoterapie a léčebného procesu.

Jako druhý důvod můžeme uvést obranné mechanismy, které brání, ale i chrání pacienta od racionálního pohledu na situaci. Jak jinak si vysvětlit, že ačkoliv pacienti mají objektivně sníženou schopnost adaptace, potíže v navazování a udržování dlouhodobých vztahů, sníženou průceschopnost, zvýšenou vulnerabilitu a nižší míru frustrační tolerance, přesto jejich hodnocení zůstává v pásmu normy. Na to navazuje snížený status ve společnosti či uplatnění pacientů v sociálních rolích v rodině i ve společnosti. Ačkoliv průběh onemocnění často přivádí pacienty až k náročným řešením sociální problematiky, přesto mnohdy tyto charakteristiky nespojují s onemocněním samotným. Z praxe lze uvést nárůst dluhové problematiky, nezaměstnanosti, bezdomovectví a mnohdy také intervencí z okruhu trestních činností, jež vykonají buď pod vlivem akutní fáze nemoci, nebo s neschopností řešit své základní potřeby jiným způsobem.

Další možný pohled na situaci nám může osvětlit publikace Honzáka „*I v nemoci si buď přítelem*“ (1989), kde se autor zaměřuje na možnost jistých sekundárních zisků z nemoci jako výhod, někdy velmi pochybné hodnoty a nepříjemných dopadů, které z role nemocného vyplývají. Tento typ člověka je v literatuře popisován jako typ pacienta, který dává přednost závětrí nemocnice před rizikem selhání v běžném životě. Samotná nemoc se pak stává jakousi nástavbou. Ačkoliv nelze zpochybnit náročnost života pacientů, je možno se s tímto pojetím v praxi setkat.

Jako příklad může sloužit situace, která není v praxi výjimečná, je jí konflikt mezi přáním uzdravit se, které patří ke zdravé části pacientovy psychiky, a destruktivními útoky nemocné části osobnosti proti tomuto přání (Vavrda in Sborník přednášek, 2001). Souboj mezi částmi pacientovy psychiky se může stát bojem mezi pacientem vzdorujícím léčbě a personálem, který se ho snaží léčit. Výše uvedené aspekty je nutno znát pro výběr správných terapeutických postupů a zorientování se v problematice.

Posledním důvodem může být pochopitelně také možnost, že pacienti navzdory objektivním životním změnám dokážou život vnímat jako spokojený.

Tato zjištění doplňuje i studie Valáškové, kde profesionálové pečující o psychotiky, hodnotí jejich kvalitu života jako významně nižší v porovnání s hodnocením pacientů - adaptace u pacientů, důraz na hodnocení funkčního stavu u profesionálů (Valášková in Dragomirecká, 2006).

V rámci arteterapeutické skupiny pořádané v PL Opava v rámci léčebného programu primariátu H bylo zpracováno téma Můj život před nemocí a můj život s nemocí. Skupiny se účastnilo deset klientů s psychotickou zkušeností. Nabízela se alternativa, že nonverbální vyjádření bude lépe zviditelňovat pojetí vnímání života pacientů. Výsledek však ukázal, že ani jeden z klientů nedokázal uchopit téma arteterapie (viz příloha č. 3). 60 % klientů pochopilo téma jako ztvárnění života před nemocí a po nemoci, 40 % klientů vytvořilo obraz života před nemocí a v nemoci.

Opět se naprosto markantně prokázal problém přijetí nemoci i s jejími omezeními. Cílem techniky bylo získat kritický náhled na onemocnění a podpořit zkvalitnění života i s jejími dopady. V prvním případě se cíl naplnil, druhá část zůstala nenaplněna.

Práce ukazuje poměrně vysoké hodnoty nosognóze v období remise. Nicméně je patrné, že náhled nemoci ještě nezaručuje její plné přijetí s aktivní účastí na léčbě a zodpovědným přístupem k následkům.

Výsledky prokazují tendenci v předpokládaném směru výše uvedených kvalifikovaných předpokladů. Dokonce silně potvrzují možnost snižujících se sociálních schopností a pracovního uplatnění.

Šetření v diplomové práci obohacuje subjektivní pohledy nemocných na kvalitu života o vhled odborníků a rodiny pomocí standardizovaného rozhovoru.

3.3 METODOLOGIE EMPIRICKÉHO VÝZKUMU

Pro samotné šetření byla vybrána kvantitativní explorativní metoda standardizovaného rozhovoru. Explorativní metody patří k nejčastěji používaným, jsou založeny na odpovědích klientů, což jim může snižovat objektivnost a spolehlivost (validitu a reliabilitu). Pro kvantitativní metody je obecně platné výchozí přesné definování proměnných, získaná data

mají numerickou povahu, přesný popis metodických postupů použitých metod a statistická sumarizace výsledků (Disman, 1993).

Pro rozhovor byly vybrány uzavřené otázky (pro odpověď je voleno z předem definovaných odpovědí).

K jednotlivým, předem definovaným slovním odpovědím byly přiřazeny číselné hodnoty, odpovědi byly kvantifikovány do nominální škály. Tyto byly porovnány v tabulkách a vyjádřeny v procentech (relativní četnost).

Otázky pro standardizovaný rozhovor byly připraveny na listy šetření (viz příloha č. 1, č. 2, č. 3 – LIST ŠETŘENÍ) pro tři cílové skupiny – odborníci pracující s psychotickými pacienty v PL Opava či následných organizací (pracovníci ve věku 25 – 70 let) v počtu 52 oslovených, rodinní příslušníci klientů PL Opava s prvopobytem (populace ČR ve věku 30 – 70 let) v počtu 60 oslovených a rodinní příslušníci klientů PL Opava s opakovaným pobytem (populace ČR ve věku 30 – 70 let) v počtu 65 oslovených. Otázky byly nastaveny pro každou cílovou skupinu s přihlédnutím k odborným znalostem dané skupiny, pro cílovou skupinu odborníků byly otázky upraveny s použitím odborných výrazů, které by pro rodinné příslušníky byly zavádějící. U odborníků byla doplněna otázka č. XI, jež je specifická odborným zaměřením.

Samotné shromažďování podkladů (provedení standardizovaného rozhovoru) s jednotlivými cílovými skupinami proběhlo od prosince 2011 do června 2012. Rozhovor byl prováděn osobně, individuálně s každým dotázaným. Vzhledem k použití individuálního přístupu při vyplňování odpovědí byla návratnost podkladů velmi vysoká (76,9 % - 96,2 %). Při nevyplnění odpovědí byli následně osloveni další respondenti dané cílové skupiny, dokud nebyl dosažen předpokládaný minimální objem (předpoklad byl stanoven na minimálně 50 vyplněných dotazníkových listů). Po shromáždění potřebného množství dat se mohlo přistoupit k samotnému hodnocení standardizovaného rozhovoru.

3.3.1 Pilotáž - předvýzkum

V přípravné fázi sociální práce byla provedena pilotáž na vybraném vzorku odborníků pracujících s pacienty s psychózou, rodinných příslušníků pacientů s prvopobytem v PL Opava a rodinných příslušníků pacientů s opakovaným pobytem v PL Opava v tomto okruhu diagnóz. Každému dotázanému byl individuálně popsán postup průběhu rozhovoru a směr otázek, systém odpovědí.

Pro pilotáž byly formulovány otázky pro standardizovaný rozhovor. Otázky byly voleny s respektováním prostředí, cílových skupin, věku, pohlaví, při nutnosti dodržení anonymity odpovědí. Otázky byly nastaveny s ohledem na zkoumanou problematiku, s možností přenesení výsledků do empirické části diplomové práce a pro porovnání s výsledky bakalářské práce. Na otázky byly předem stanoveny slovní odpovědi, které byly kvantifikovány do číselných hodnot.

Pilotáž probíhala v průběhu měsíce listopadu 2011. V tomto čase byli osloveni vybraní zástupci jednotlivých cílových skupin. S každým byl proveden standardizovaný rozhovor, výsledky byly zaznamenány pro pozdější vyhodnocení. Při pilotáži byla 100% odezva jednotlivých dotázaných.

Po vyhodnocení pilotáže se formulace některých otázek ukázala nedostatečná, otázky nebyly zcela přesné nebo nebylo zodpovězeno na danou otázku vůbec. Nedostatečně jasné otázky byly přepracovány, vzhledem ke zkušenostem z pilotáže se upravil počet otázek (v pilotáži byl počet otázek vyšší, dotazování ztráceli trpělivost při vyplňování), zjednodušila se samotná škála odpovědí a provedlo se vyladění otázek pro potřeby empirické části diplomové práce.

3.4 INTERPRETACE DAT

Pro vyhodnocení empirické části, standardizovaného rozhovoru, jsem zvolila kvantitativní metodu porovnání četnosti jednotlivých odpovědí na dané otázky. Pro hodnocení bylo zpracováno 52 vyplněných dotazníků ve všech cílových skupinách. Hodnocení je prováděno u každé otázky zvlášť pro dané cílové skupiny. V závěru vyhodnocení jsou výsledky šetření porovnávány s výsledky bakalářské práce, a to pohledem psychotických pacientů.

Tato vyhodnocení jsou zpracována jednak graficky, jednak textově.

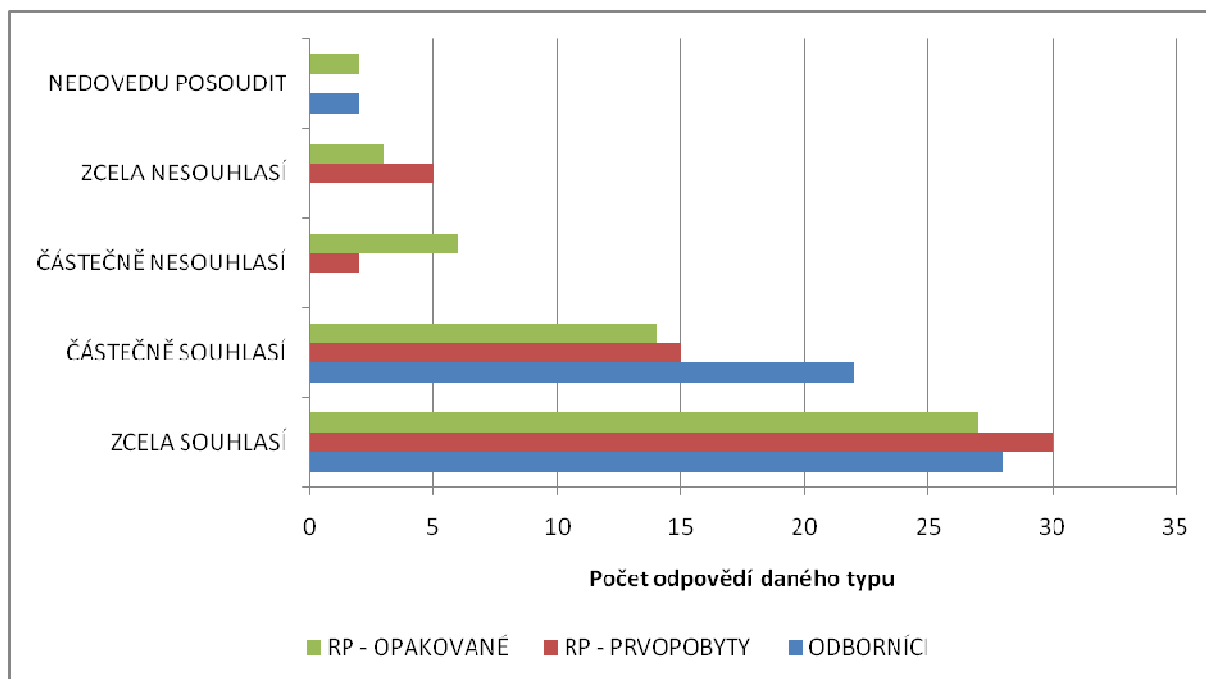
V grafické části jsou použity zkratky, volené pro přehlednost textu:

RP – PRVOPOBYTY – rodinní příslušníci u pacientů s prvopobytem v PL Opava.

RP – OPAKOVANÉ – rodinní příslušníci u pacientů s opakovaným pobytem v PL Opava.

3.4.1 Fyzická aktivita a kondice

TVRZENÍ: V období po vzniku onemocnění dosud, se snížila fyzická aktivita a následně zhoršila fyzická kondice nemocného.



Graf č. 1 – Fyzická aktivita a kondice

Z odpovědí vyplývá, že oslovení odborníci celkem jednoznačně (96,20 % dotázaných odborníků) volili odpovědi: zcela souhlasí, částečně souhlasí. Z jejich pohledu došlo k viditelnému a prokazatelnému zhoršení fyzické kondice pacienta. Malé procento odborníků nedovedlo posoudit, zda došlo ke zhoršení fyzické kondice, či nikoli (3,85 % dotázaných). Žádný z oslovených odborníků nesouhlasil (zcela nesouhlasí, částečně nesouhlasí).

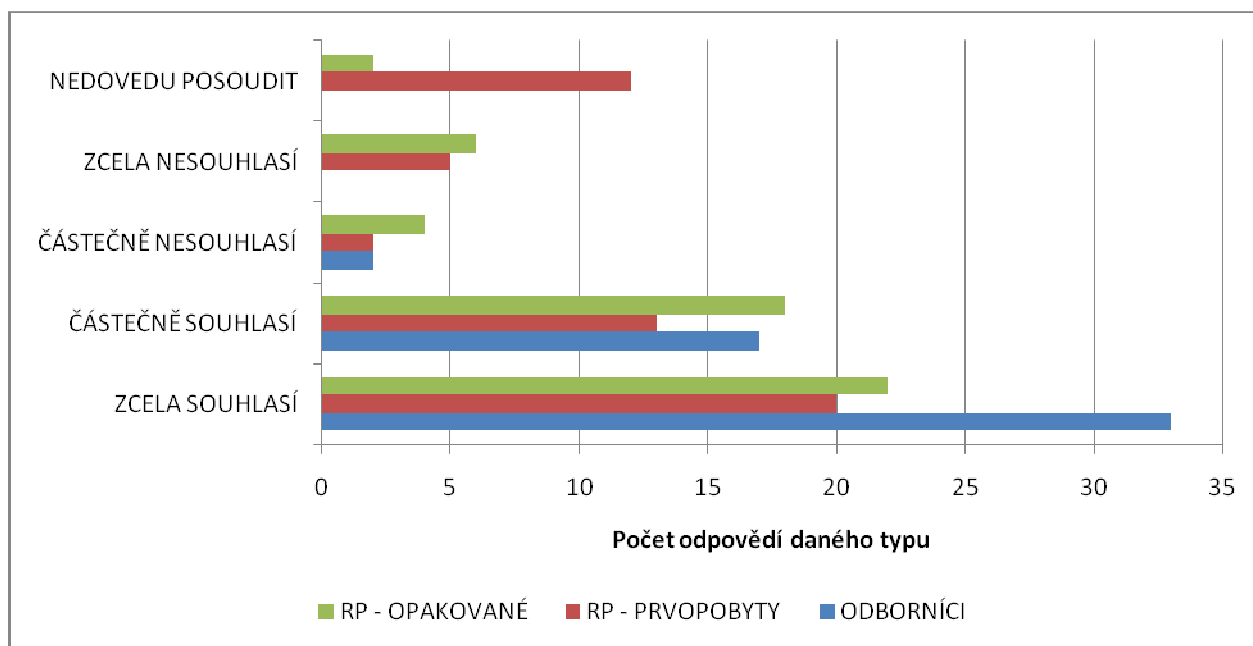
U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty je vidět větší rozptýlenost odpovědí, kterou lze přičíst faktorům seznámení s nemocí, jejího přijetí a krátkodobým soužitím s blízkým v nemoci (86,50 % souhlasných odpovědí, 13,50 % nesouhlasných odpovědí).

Podobně je tomu i u rodinných příslušníků pacienta s opakovanými pobyty, zde stoupá procento nesouhlasných odpovědí (17,30 % dotázaných) a odpovědí nedovedu posoudit (3,85 % dotázaných). Je vidět jednak přijetí nemoci pacientem a jeho nejbližším okolím, jednak možnou stagnaci rodinných příslušníků a přizpůsobení životního stylu potřebám nemocných. Při těchto opakovaných pobytech jsou již rodinní příslušníci více seznámeni

s průběhem nemoci, jejich vlastní pohled na fyzickou aktivitu pacienta je dán jeho dlouhodobým stavem.

3.4.2 Sociální integrace

TVRZENÍ: Pacient po atace psychózy má potíže se začleněním do společnosti.



Graf č. 2 – Sociální integrace

Zcela jednoznačná je opět odpověď odborníků – souhlasných odpovědí je naprostá většina (96,15 % dotázaných odborníků). Z této reakce je zřejmé, že pacient po atace psychózy má ztíženou pozici, jeho začlenění do zdravé populace je plné úskalí a problematické. Jen malé procento odborníků (3,85 % dotázaných odborníků) částečně nesouhlasilo, jejich názor na začlenění pacientů po atace se přiklání k neproblémovému začlenění do společnosti.

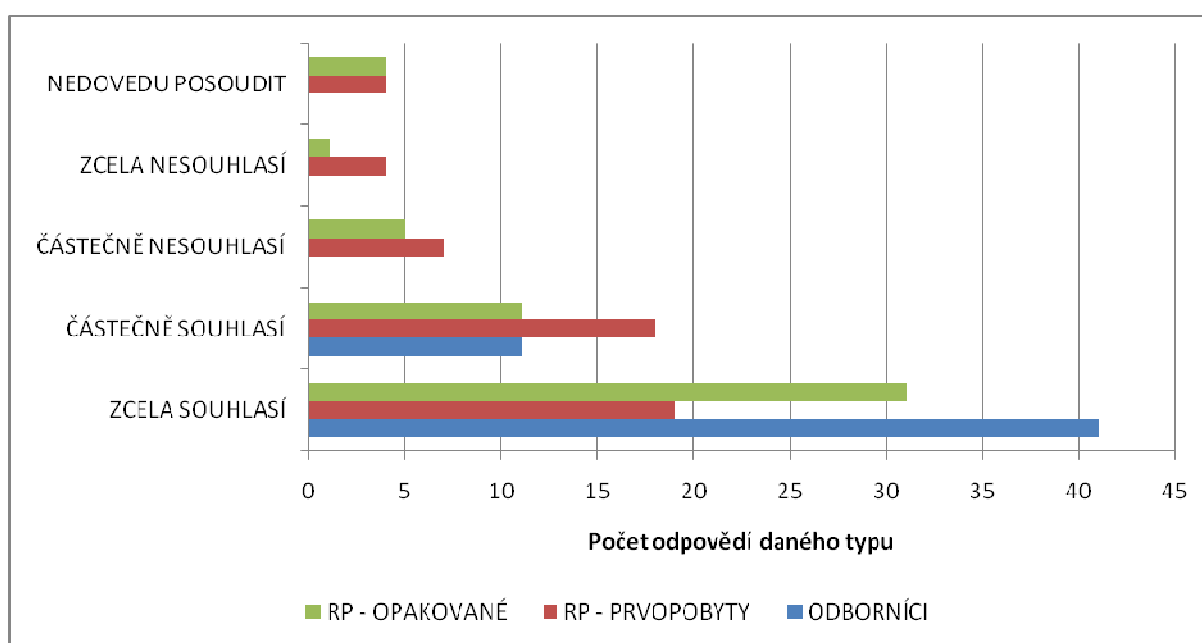
Pro rodinné příslušníky pacientů s prvopobyty je viditelné roztržštění spektra odpovědí. Zde se projevuje vliv prvních zkušeností s nemocí, přijetí důsledků a snaha bojovat s nemocí i s okolím a snaha dokázat, že ataka byla ojedinělá a nezanechala na pacientovi stopy (zcela souhlasí 38,46 %, částečně souhlasí 25,00 %, částečně nesouhlasí 3,85 %, zcela nesouhlasí 9,62 %, nedovedu posoudit 23,10 %).

Pro rodinné příslušníky pacientů s opakovanými pobyty je také viditelné roztržštění odpovědí, ale zde se již začínají zvyšovat kladné odpovědi (zcela souhlasí 42,31 %, částečně

souhlasí 34,62 %), je rovněž vidět nárůst odpovědí nesouhlasných (částečně nesouhlasí 7,70 %, zcela nesouhlasí 11,54 %). Viditelný pokles je u odpovědi: nedovedu posoudit (3,85 %). Je možné usoudit, že většina rodinných příslušníků má vyhraněnější názor, z dlouhodobého hlediska již jsou s problematikou začlenění do společnosti více obeznámeni a jejich reakce je adekvátní k průběhu atak a zdravotnímu stavu pacienta.

3.4.3 Vliv nemoci na osobní vztahy

TVRZENÍ: Průběh onemocnění zhoršuje osobní vztahy nemocného.



Graf č. 3 – Vliv nemoci na osobní vztahy

Na otázku, zda průběh onemocnění zhoršuje osobní vztahy nemocného, se odborníci shodli že ano, jiné než kladné odpovědi se nevyskytly (zcela souhlasí 78,85 %, částečně souhlasí 21,15 %). Zhoršení vztahů je dáno meritem onemocnění, snížením možné hloubky citových projevů pacienta.

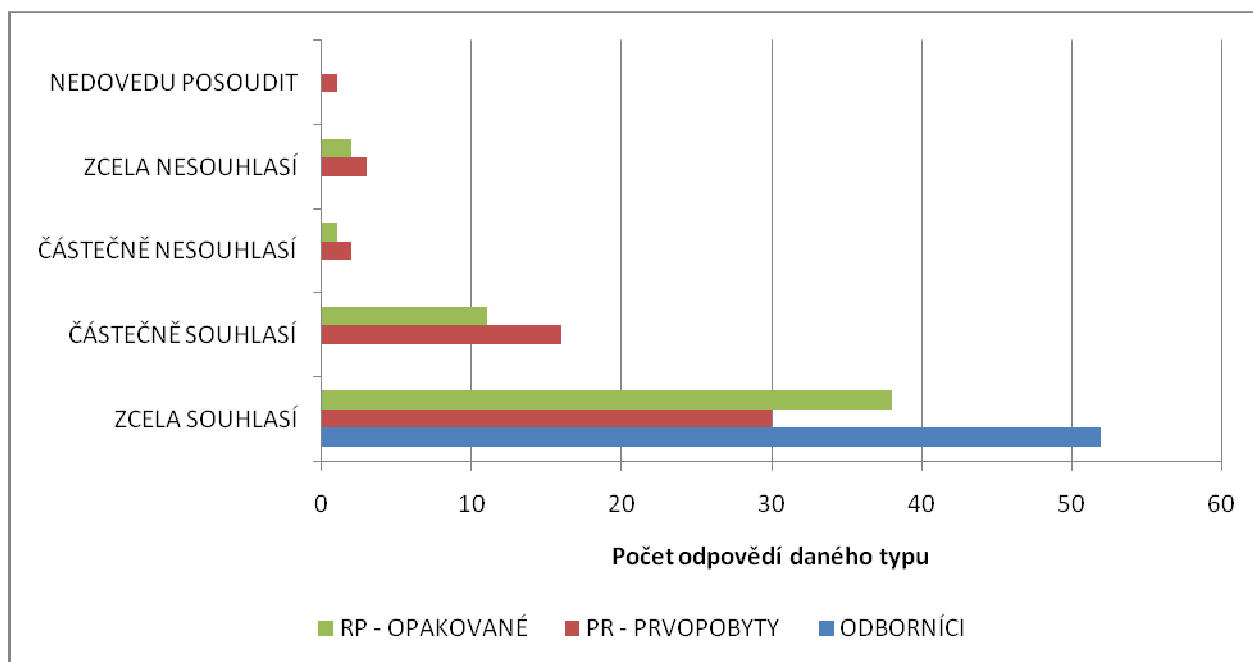
Rodinní příslušníci pacientů s prvopobyty spíše souhlasí (zcela souhlasí 36,54 %, částečně souhlasí 34,62 %), částečně nesouhlasí 13,46 %, zcela nesouhlasí 7,69 %. Zda onemocnění zhoršuje osobní vztahy, nedovede posoudit 7,69 % dotázaných.

Rodinní příslušníci pacientů s opakovanými pobyty se přiklání více k souhlasným odpovědím (zcela souhlasí 59,62 %, částečně souhlasí 21,15 %), ubývá nesouhlasných odpovědí v porovnání s rodinnými příslušníky pacientů s prvopobyty (částečně nesouhlasí

9,61 %, zcela nesouhlasí 1,92 %), zda onemocnění zhoršuje osobní vztahy, nedovede posoudit 7,69 % dotázaných.

3.4.4 Rodinná atmosféra

TVRZENÍ: Onemocnění má vliv na rodinnou atmosféru.



Graf č. 4 – Rodinná atmosféra

U odborníků na tuto otázku jiná odpověď než zcela souhlasí nenastala, odborníci se zcela shodli odpovědi zcela souhlasí (100,00 % dotázaných odborníků).

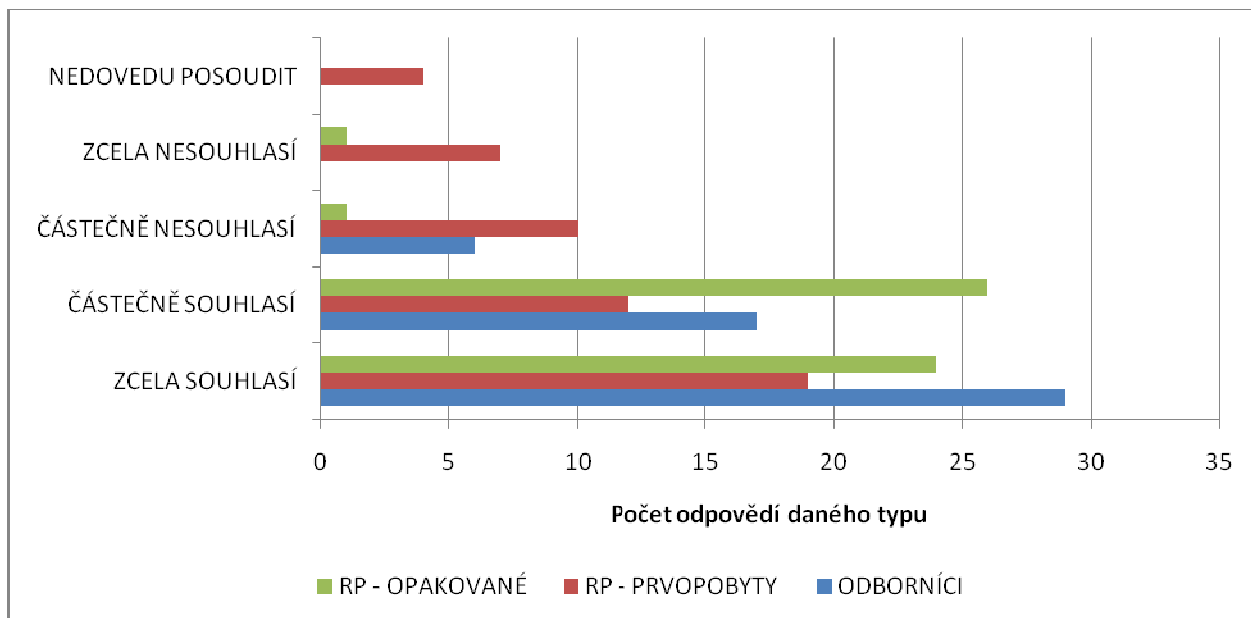
Dostatečně jednoznačné kladné odpovědi lze vidět i u rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty, dominantní část kladných odpovědí je i u rodinných příslušníků s opakovanými pobyty.

U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty zcela souhlasí 57,69 %, částečně souhlasí 30,77 %, částečně nesouhlasí 3,85 %, zcela nesouhlasí 5,77 % a nedovede posoudit 1,92 % dotázaných.

U rodinných příslušníků s opakovanými pobyty zcela souhlasí 73,08 %, částečně souhlasí 21,15 %, částečně nesouhlasí 1,92 %, zcela nesouhlasí 1,92 % a odpověď nedovede posoudit nenastala.

3.4.5 Objektivní pohled na kvalitu života

TVRZENÍ: Člověk s psychickým onemocněním má sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci.



Graf č. 5 – Objektivní pohled na kvalitu života

Odborníci odpovídají z velké části kladně (zcela souhlasí 55,77 %, částečně souhlasí 32,69 %), menší část částečně nesouhlasí (11,54 % dotázaných odborníků), odpověď zcela nesouhlasí a nedovedu posoudit nezvolil nikdo.

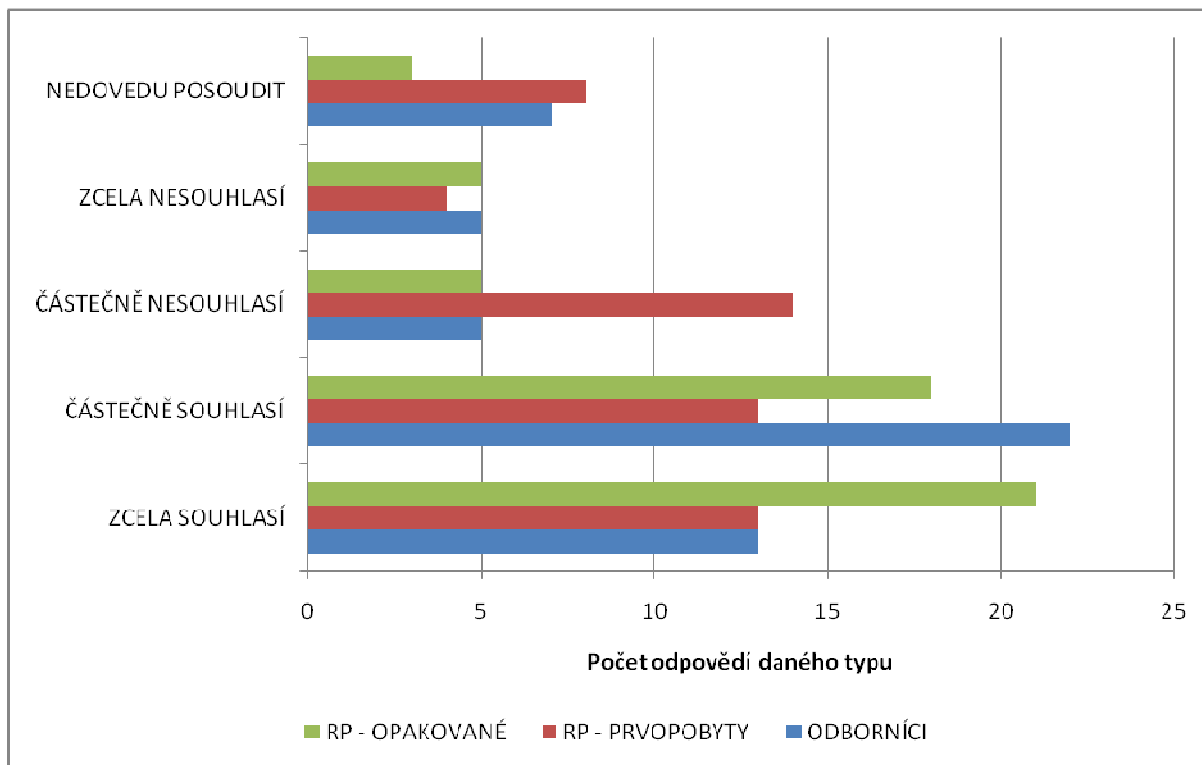
Velkou vypovídací hodnotu mají odpovědi rodinných příslušníků v porovnání mezi prvopobyty a opakovanými pobyty. U odpovědí rodinných příslušníků prvopobytů je viditelný rozptyl odpovědí, relativní nevyhraněnost názoru, u rodinných příslušníků opakovaných pobytů je vidět příklon ke kladným odpovědím a k názoru odborníků.

U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty odpovědi zcela souhlasí 36,54 %, částečně souhlasí 23,08 %, částečně nesouhlasí 19,23 %, zcela nesouhlasí 13,46 %, nedovedu posoudit 7,69 %.

U rodinných příslušníků pacientů s opakovanými pobyty odpovědi zcela souhlasí 46,15 %, částečně souhlasí 50,00 %, částečně nesouhlasí 1,92 %, zcela nesouhlasí 1,92 %, odpověď nedovedu posoudit nezvolil žádný z dotázaných.

3.4.6 Subjektivní pohled na kvalitu života

TVRZENÍ: Myslím si, že člověk s psychotickým onemocněním pociťuje sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci.



Graf č. 6 – Subjektivní pohled na kvalitu života

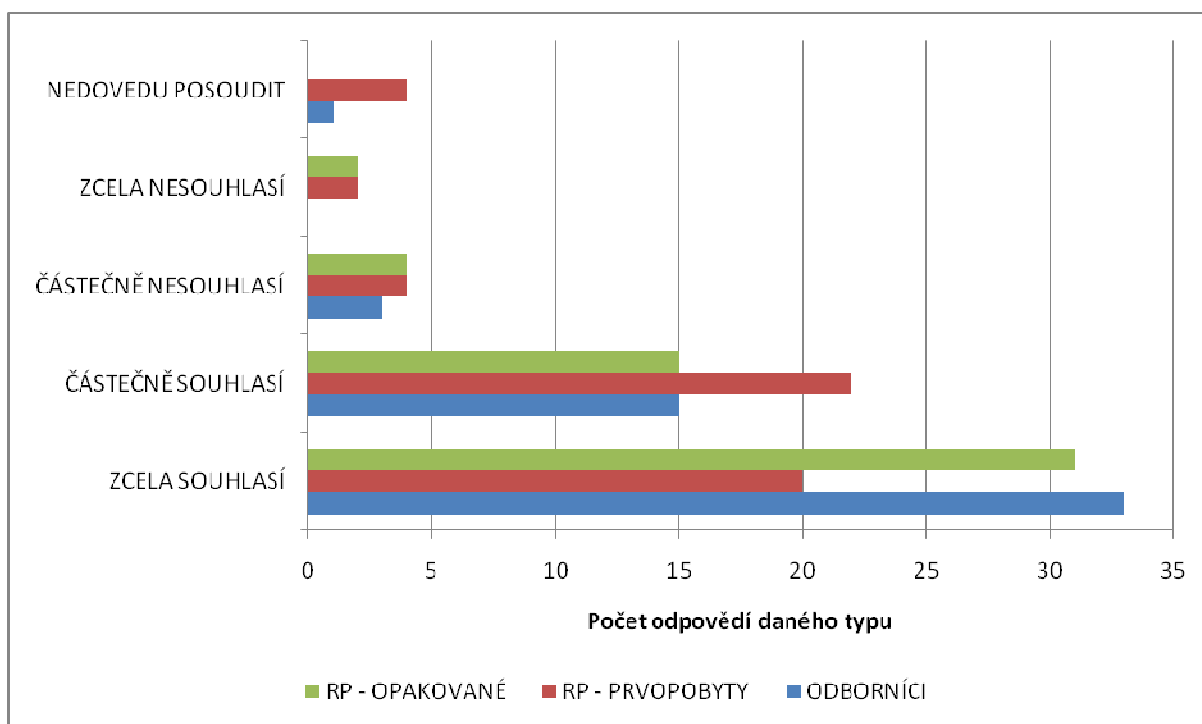
Na tuto otázku odborníci neprojevili jednotný názor, spektrum odpovědí je poměrně roztržštěné do všech možností (zcela souhlasí 25,00 %, částečně souhlasí 42,31 %, částečně nesouhlasí 9,62 %, zcela nesouhlasí 9,62 %, nedovedu posoudit 13,46 %).

U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty není názorová roztržštěnost také viditelná, spektrum odpovědí je velmi vyrovnané a je vidět názorová různost (zcela souhlasí 25,00 %, částečně souhlasí 25,00 %, částečně nesouhlasí 26,92 %, zcela nesouhlasí 7,39 %, nedovedu posoudit 15,38 %).

U rodinných příslušníků pacientů s opakovanými pobyty je vidět příklon ke kladným odpovědím, markantní rozdíl oproti rodinným příslušníkům pacientů s prvopobyty je v odpovědích částečně nesouhlasí (zcela souhlasí 40,38 %, částečně souhlasí 34,62 %, částečně nesouhlasí 9,62 %, nedovedu posoudit 5,77 %).

3.4.7 Kognitivní funkce

TVRZENÍ: Psychotické onemocnění působí na kognitivní funkce nemocného.



Graf č. 7 – Kognitivní funkce

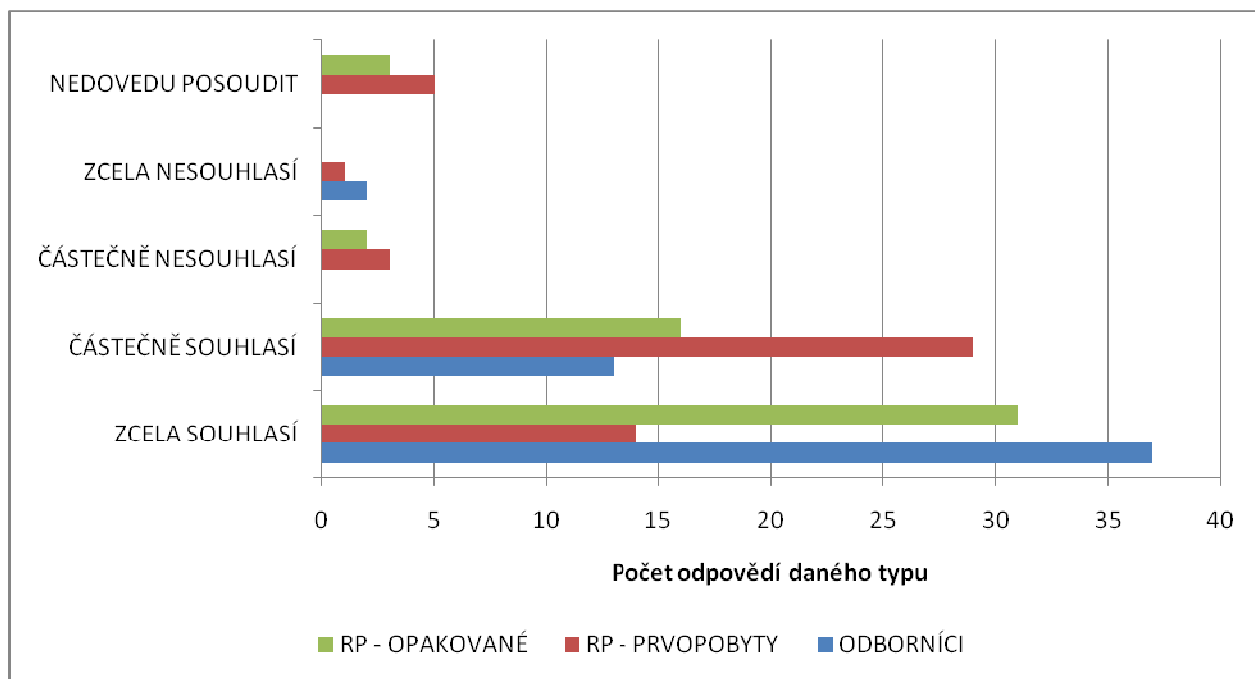
Zde odborníci odpovídali z velké části kladně (zcela souhlasí 63,46 %, částečně souhlasí 28,85 %), malá část odpověděla částečně nesouhlasí (5,77 % dotázaných), odpověď nedovedu posoudit byla u 1,92 % dotázaných. Odpověď zcela nesouhlasí nebyla zvolena ani jednou.

U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty převažují kladné odpovědi (zcela souhlasí 38,46 %, částečně souhlasí 42,31 %), menší zastoupení mají ostatní odpovědi (částečně nesouhlasí 7,69 %, zcela nesouhlasí 3,85 %, nedovedu posoudit 7,69 %).

U rodinných příslušníků pacientů s opakovanými pobyty kladné odpovědi dominují (zcela souhlasí 59,62 %, částečně souhlasí 28,85 %), nesouhlasné odpovědi mají nižší četnost zastoupení (částečně nesouhlasí 7,69 %, zcela nesouhlasí 3,85 %). Odpověď nedovedu posoudit nezvolil žádný rodinný příslušník pacientů s opakovanými pobyty.

3.4.8 Pracovní uplatnění

TVRZENÍ: Pacient s psychotickou zkušeností má ztíženou možnost pracovního uplatnění.



Graf č. 8 – Pracovní uplatnění

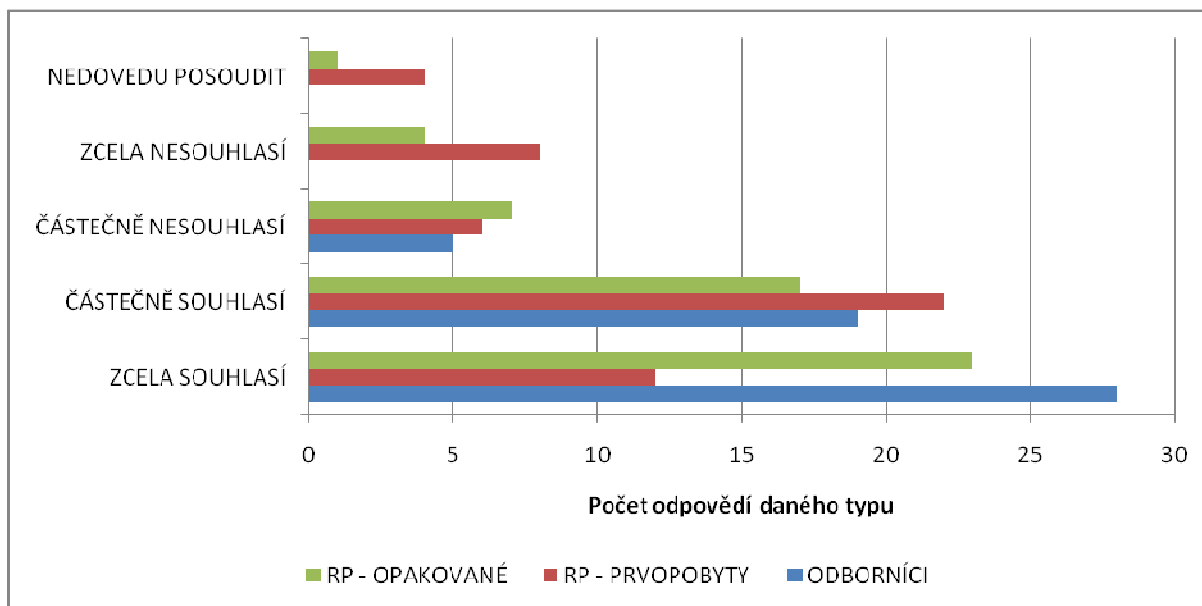
Na otázku, zda má pacient s psychotickou zkušeností ztíženou možnost pracovního uplatnění, odborníci odpověděli drtivou většinou kladně (zcela souhlasí 71,15 %, částečně souhlasí 25,00 %), jen část odpověděla zcela nesouhlasí (3,85 % dotázaných). Odpovědi částečně nesouhlasí a nedovedu posoudit nezvolil žádný z dotázaných odborníků.

U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty kladné odpovědi převažují (zcela souhlasí 26,92 %, částečně souhlasí 55,77 %), jsou ale i záporné odpovědi (částečně nesouhlasí 5,77 %, zcela nesouhlasí 1,92 %), odpověď nedovedu posoudit zvolilo 9,62 % dotázaných.

U rodinných příslušníků pacientů s opakovanými pobyty jsou vidět podobné odpovědi jako u odborníků, převládají kladné odpovědi (zcela souhlasí 59,62 %, částečně souhlasí 30,77 %), odpověď částečně nesouhlasí zvolilo 3,85 %, nedovedu posoudit 5,77 %. Odpověď zcela nesouhlasí nezvolil žádný z dotázaných rodinných příslušníků pacientů s opakovanými pobyty.

3.4.9 Trávení volného času

TVRZENÍ: U pacienta převažuje pasivní způsob trávení volného času.



Graf č. 9 – Trávení volného času

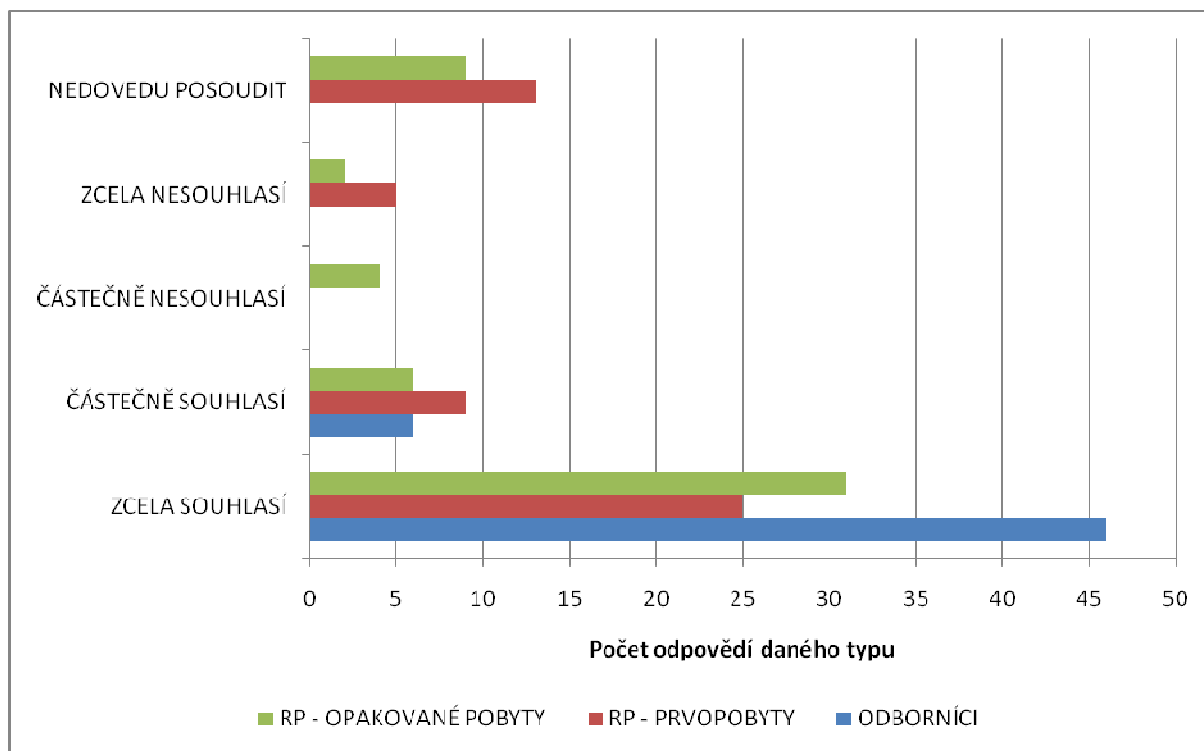
U této otázky odborníci převážně jednoznačně odpověděli kladně (zcela souhlasí 53,85 %, částečně souhlasí 36,54 %), malé procento odpovědělo částečně nesouhlasí (9,62 % dotázaných). Odpovědi zcela nesouhlasí a nedovedu posoudit nezvolil žádný z dotázaných odborníků.

U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty je sice vidět převažující kladné odpovědi, ale celkově je spektrum odpovědí pestré, všechny odpovědi jsou relativně vyrovnané (zcela souhlasí 23,08 %, částečně souhlasí 42,31 %, částečně nesouhlasí 11,54 %, zcela nesouhlasí 15,38 %, nedovedu posoudit 7,69 %).

U rodinných příslušníků pacientů s opakovanými pobyty je vidět podobné odpovědi jako u rodinných příslušníků prvopobyť, je viditelný posun u kladných odpovědí (zcela souhlasí 44,23 %, částečně souhlasí 32,69 %, částečně nesouhlasí 13,46 %, zcela nesouhlasí 7,69 %, nedovedu posoudit 1,92 %).

3.4.10 Vliv návykových látek

TVRZENÍ: Návykové látky mají vliv na propuknutí či relaps psychózy u vašeho blízkého.



Graf. č. 10 – Vliv návykových látek

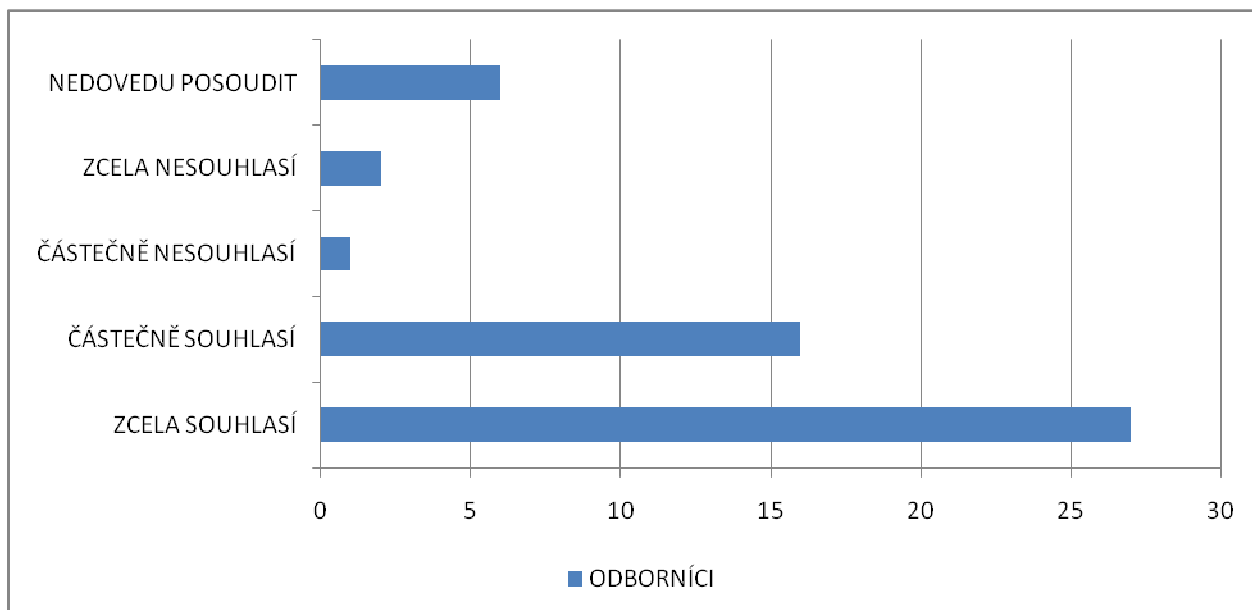
Na otázku, zda návykové látky mají vliv na propuknutí či relaps psychózy, se odborníci jednoznačně vyjádřili kladně (zcela souhlasí 88,46 %, částečně souhlasí 11,54 %). Odpovědi částečně nesouhlasí, zcela nesouhlasí, nedovedu posoudit nezvolil nikdo z dotázaných odborníků.

U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty je velké procento kladných odpovědí (zcela souhlasí 48,08 %, částečně souhlasí 17,31 %), ale jsou zastoupeny i záporné odpovědi (zcela nesouhlasí 9,62 %) a poměrně velké procento dotázaných odpovědělo nedovedu posoudit (25,00 % dotázaných). Odpověď částečně nesouhlasí nezvolil žádný z dotázaných.

U rodinných příslušníků pacientů s opakovanými pobyty je to podobné jako u rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty, jen názorová různost je ještě větší (zcela souhlasí 59,62 %, částečně souhlasí 11,54 %, částečně nesouhlasí 7,69 %, zcela nesouhlasí 3,85 %, nedovedu posoudit 17,31 %).

3.4.11 Negativní příznaky nemoci

TVRZENÍ: I po ukončení léčby přetrvává negativní symptomatologie nemoci.



Graf č. 11 – Negativní příznaky nemoci

Tato otázka byla položena pouze odborníkům, odpovědi na ni nejsou jednoznačné, spektrum odpovědí je široké, převládají však kladné odpovědi (zcela souhlasí 51,92 %, částečně souhlasí 30,77 %, částečně nesouhlasí 1,92 %, zcela nesouhlasí 3,85 %, nedovedu posoudit 11,54 %).

POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ STANDARTIZOVANÉHO ROZHOVORU S VÝSLEDKY BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

V bakalářské práci se ukázalo, že pacienti s psychotickou zkušeností vnímají svou kvalitu života poměrně stejně, jako ji vnímají zdraví lidé.

Pro porovnání v bakalářské práci byla zvolena tabulka hrubých skóre z vyhodnocení dle WHOQOL (Dragomirecká, 2006). Hrubé skóre byly rozděleny do čtyř základních DOMů a srovnány v intervalech. Tyto intervaly vyjadřují kvalitu života – čím je hodnota nižší, tím je kvalita života nižší.

Šetření pro diplomovou práci rozšiřuje cílovou skupinu o skupinu odborníků a rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty a opakovanými pobyty. Pro tyto cílové skupiny nebylo možné pracovat se stejnou metodikou. Způsob sbírání dat dotazníkem se jevil

příliš neosobní a také dotazník WHOQOL-BREF je určen pro měření subjektivního prožívání. Proto byly vypracovány otázky pro standardizovaný rozhovor.

Pro možnost porovnání výsledků s výsledky bakalářské práce jsem se pokusila implantovat metodu vyhodnocení dle WHOQOL (Dragomirecká, 2006) na odpovědi standardizovaného rozhovoru. Otázky jsem rozdělila na tři DOMy – fyzické zdraví (otázka I), prožívání (otázky č. VI, IX) a sociální vztahy (otázky č. III, IV). Pro jednotlivé DOMy jsem použila způsob výpočtu dle WHOQOL (Dragomirecká, 2006) a výsledky zahrnula do tabulky DIPLOMOVÁ PRÁCE.

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

		BĚŽNÁ POPULACE	PRVNÍ ATAKA	OPAKOVANÉ ATAKY
DOM1	Fyzické zdraví	(14,3; 16,8)	15,463	14,766
DOM2	Prožívání	(13,6; 16,0)	15,453	14,360
DOM3	Sociální vztahy	(13,5; 16,4)	15,120	14,293
DOM4	Prostředí	(12,3; 14,3)	15,590	14,774

DIPLOMOVÁ PRÁCE

ODBORNÍCI	RP - PRVOPOBYTY	RP - OPAKOVANÉ POBYTY
13,269	13,038	12,519
13,215	13,292	14,753
13,214	11,086	11,968

Tabulka č. 2 – Srovnání výsledků bakalářské a diplomové práce

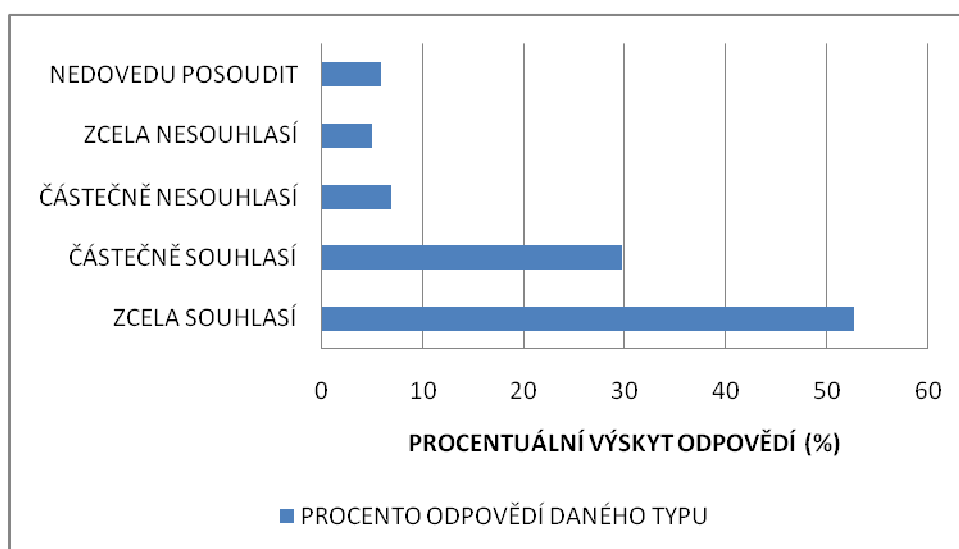
V tabulce jsou porovnány intervaly pro běžnou zdravou populaci (Dragomirecká, 2006), průměrné hodnoty hrubých skóre klientů po první atace a po opakovaných atakách (bakalářská práce) a průměrné hodnoty hrubých skóre pro nově šetřené cílové skupiny odborníků a rodinných příslušníků (RP) klientů.

Z tabulky je patrné, že odborníci i rodinní příslušníci vidí dopad nemoci ve zhoršení kvality života lidí s psychotickou zkušeností.

3.5 SHRNU TÍ EMPIRICKÉ ČÁSTI

Šetření mělo své slabé i silné stránky. Z těch silných bych zdůraznila 100% účast všech oslovených respondentů, a to vzhledem k individuálnímu přístupu a dobře připravenému prostředí a času (prostor v přestávce mezi skupinami rodinné komunity). To, co se jeví jako pozitivní, může být zároveň i slabší stránkou, neboť na rodinnou komunitu chodí vesměs rodiny angažované a motivované pomoci v procesu uzdravování. Účast je pochopitelně dobrovolná. Přesto se podařilo kvalitně uspořádat otázky (za pomoci pilotáže), aby reagovaly na okruhy dotazů pro rozšířenou cílovou skupinu.

Po provedeném šetření v řadách odborníků, rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty a rodinných příslušníků pacientů s opakovaným pobytem odpovědi ukázaly, že z těchto pohledů se kvalita života pacientů s psychózou vinou nemoci snižuje v porovnání s kvalitou života zdravé populace.



Graf č. 12 – Vyhodnocení četností odpovědí

Z celkového porovnání odpovědí vyplývá převaha kladných (souhlasných) odpovědí nad zápornými (nesouhlasnými). Odpověď nedovedu posoudit je poměrně často zastoupena, je to většinou u odpovědí rodinných příslušníků - viz výše (zcela souhlasí 52,61 %, částečně souhlasí 29,71 %, částečně nesouhlasí 6,89 %, zcela nesouhlasí 4,90 %, nedovedu posoudit 5,89 %).

Z šetření vnímání kvality života psychoticky nemocných očima rodinných příslušníků a odborníků dané oblasti vidíme jednoznačně závažnost situace.

Rodina i odborníci jsou si vědomi dopadů nemoci v podobě ztížené integrace nemocného do společnosti, ovlivnění osobních vztahů, zhoršení rodinné atmosféry, poklesu fyzické zdatnosti, v možnostech náročnějšího zapojení na trhu práce, v převaze trávení volného času pasivním způsobem, v ovlivnění kognitivních funkcí. Navíc se v šetření ukázala vysoká míra kladných odpovědí na dotazy z okruhu závislosti nového relapsu nemoci na abúzu návykových látek. Výše uvedené potvrzuje tabulka četnosti odpovědí.

Rozdílné odpovědi jsou pochopitelně zaznamenávány u rodin nemocných dlouhodobě a při první atace.

Zde hraje roli často neinformovanost, potíže s přijetím nemoci, ale také přirozená naděje a očekávání lepšího průběhu nemoci.

Za vyzdvižení stojí graf č. 4 o vlivu onemocnění na rodinnou atmosféru či grafy č. 5 a graf č. 6, které řeší, zdali člověk s psychotickým onemocněním má nebo pociťuje sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci.

V grafu č. 4 se jednoznačně ukazuje, že odborníci vidí vliv onemocnění jako zhoršení kvality života a jeho negativní dopad na život klientů. Je naprosto jasné vidět, že pohled odborníků je nestranný a tím i nejméně zkreslující. Rodinní příslušníci pacientů s prvopobyty zde ukazují svou víru v uzdravení a návratu k životu před atakou nemoci bez následků a bez jakékoli újmy, mnohdy ne zcela ujasněný pohled na závažnost onemocnění a jeho trvalost. Rodinní příslušníci opakovaných pobytů již demonstrují větší seznámení s průběhem nemoci, jejího přijetí do života a racionální náhled na možný další průběh.

V grafech č. 5 a graf č. 6 se ukazuje rozdílný pohled na nemoc. V otázce, zda má nemocný člověk sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci, se jednoznačně projeví rodinní příslušníci pacientů s opakovanými pobyty, kde je již většinou zcela zřejmý dopad nemoci – nezaměstnanost, sociální adaptace, běžné úkony denního procesu. Odborníci jsou zde lehce optimističtější, přičemž jejich hodnocení je, dle mého, zkresleno tím, že nejsou v denním kontaktu s nemocným, nejsou s ním dvacet čtyři hodin denně sedm dní v týdnu a nevidí denně změnu, která se s postupem nemoci na člověku projevuje, a nemají srovnání se stavem před propuknutím ataky.

Proto na otázku, zda si nemocný člověk myslí, že pociťuje sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci, jsou odpovědi velmi podobné. Odborníci se přiklání k tomu, že většinou si nemocní svou situaci uvědomují a přijímají ji i s důsledky z toho plynoucí, ale jsou mnozí,

kteří si nepřipouštějí důsledky svého stavu a žijí s přesvědčením, že jejich život nemocí neztratil nic ze své kvality. U rodinných příslušníků pacientů s prvopobyty je i zde zřetelně vidět větší síla a chuť pro řešení, síla poprat se s nemocí a jednoznačně zvítězit. Rodinní příslušníci pacientů s opakovanými pobyty i zde ukazují již menší naději na rychlý a bezproblémový průběh, jenž nezanechá následky.

Jinou otázkou je, kde přesně je nastaveno měřítko, které měří tyto hodnoty, jestli zdravá společnost vidí vše tím správným pohledem. Nemocní přece svou kvalitou života žijí, je jejich rozhodnutím přijetí nemoci a rozsah sociálních dopadů společnosti.

Markantní rozdíly subjektivního a objektivního pojetí potvrzují také výsledky Valáškové (1998), které podávají údaje o relativně vysoké úrovni subjektivně vnímané spokojenosti a kvality života psychoticky nemocných ve srovnání s hodnocením terapeutů. Skutečnost lze vysvětlit určitou adaptací člověka na nové skutečnosti a snad i nalezením určitých pozitiv. Výsledky se ztotožňují s výsledky mé bakalářské práce (Országová, 2011) i s výsledky následného šetření diplomové práce.

Další práce Valáškové (2007) se zabývají srovnáním subjektivně hodnocené kvality života psychoticky nemocných s hodnocením kvality života této skupiny pacientů s psychiatrickými profesionály. Výsledky hodnotí kvalitativně dobrou představu psychiatrických profesionálů k oblastem života, které jsou podstatné pro nemocné, avšak kvantitativně jim přisuzují menší hodnotu. Naproti tomu psychiatři profesionálové více vnímají omezení, jimiž jsou jejich pacienti vystaveni. Výsledky se zamýšlejí nad možností hodnocení profesionálů z medicínského modelu kvality života, který klade důraz spíše na funkční stav nemocného než oblast prožívání.

ZÁVĚR

Lidé se mě často ptají, jak mohu tak dlouhodobě pracovat s psychoticky nemocnými lidmi. Dávají mi informace o tom, že u duševně nemocných mnohdy nejdou vidět změny ke zlepšování, jejich poruchy vůle a snížená energie na ně působí velmi frustrujícím dojmem, a tážou se mě, kde беру energii já. Obzvláště obtížné je pochopit nutnost trpělivých, empatických a dlouhodobých postupů u lidí, kteří si často dopady nechťejí anebo neumějí připustit. Z toho plyne malá či žádná motivace k léčbě a spolupráce je závislá mnohdy pouze na vztahu s terapeutem, lékařem.

Máte-li rádi svou práci, pak se vám zdá vaše pracoviště nádherné bez ohledu na to, jak se jeví zbytku světa. Velmi si vážím lidského života a jsem vděčna za to, že jsou mí pacienti ochotni se rozdělit se mnou o své osobní příběhy a nechají mě nahlédnout do svého prožívání. Jsem jim ráda nablízku a doufám, že pro ně dokážu vytvořit bezpečné a důvěryhodné prostředí při přípravě do života v období remise.

O to více mi záleží na reakci společnosti na problematiku popisující v diplomové práci. Mým cílem bylo ilustrovat vnímání kvality života u pacientů s psychotickou zkušeností pohledem různých cílových skupin. Ukázat změny, které vpád nemoci do života vytvoří. Diplomová práce předkládá strategie řešení a upozorňuje na potřebu komplexních, dlouhodobých přístupů v oblasti zdravotní i sociální.

V diplomové práci jsem definovala základní pojmy pro lepší orientaci v problematice, věnovala se vysvětlení psychotického onemocnění, kvalitě života v kontextu výše uvedené nemoci. Rozdělila jsem postupy a metody, které jsou specifické v době akutního stavu nemoci a v době remise. Podstatnou část práce jsem nabídla popisu sociální práce v oblasti okruhu psychóz. Pro neoddělitelnou roli v procesu uzdravování jsem se v diplomové práci zaměřila rovněž na rodinu, dopady nemoci na vztahy v rodině a nabídku adekvátních postupů.

Z výsledků šetření rodinných příslušníků a odborníků je patrné uvědomění si osobních, sociálních, rodinných i pracovních propadů u jedinců s psychotickou zkušeností. Naproti tomu bakalářská práce (Országová, 2011) ukázala na pouze mírně snižující se tendenci k subjektivnímu pohledu na kvalitu života. Tento rozdíl subjektivních a objektivních pohledů nám signalizuje potřebnost zásahu a nabídku pomoci ze stran odborné společnosti, neboť sám nemocný si progredující okolnost nepřipustí či ji není schopen vnímat. Je zde také možnost, že i přes pohled z venku může být nemocný ve své realitě spokojen a rovněž život s omezením mu vyhovuje a netíží ho. Z výsledků práce je však patrné, že onemocnění neovlivňuje pouze nemocného, rodinu, ale i širší sociální prostředí a rizika jsou

značná. Jako podstatné se jeví, že řádné léčení a doléčování pomáhá a brání častým relapsům, sociálním kolizím a zhoršování průběhu nemoci.

Ve svém povolání se často setkávám se sociálními pracovníky, kteří pracují v oblasti problematiky psychóz. Všimla jsem si, že často vcházejí na toto pole plní entuziasmu a zájmu pomáhat, brzy však řeší pocity frustrace a malého zadostiučinění vlastní energie. Slýchávám otázky typu: „*Jak mám pomáhat, když mi klienti nedávají zakázky a tvrdí, že jsou spokojeni se svou situací?*“. Řešením je potom brzké vyhoření nebo odchod k jiné cílové skupině.

Výsledky diplomové práce nám výše uvedené vysvětlují. Klienti samotní málokdy kriticky nahlízejí na realitu, anebo se s ní naučí žít. Rodina a odborníci však vnímají pokles kvality života. Myslím si, že tyto závěry jsou pro práci sociálního pracovníka stěžejní, neboť může lépe porozumět obsahu své práce. Ta je v provázení, prevenci zhoršování a relapsu cyklického duševního onemocnění, pomoci s integrací nemocného a reagování na jeho aktuální potřeby, které jsou nejčastěji v oblasti zaměstnávání a bydlení. Nedílnou součástí je jistě i práce s rodinou.

Ve své přípravě na práci sociálního pracovníka jsem absolvovala bakalářské studium na FVP Slezské univerzity v Opavě v oboru sociální patologie a prevence a nyní dokončuji magisterské studium na Univerzitě Palackého v Olomouci na Pedagogické fakultě v oboru pedagogika - sociální práce. Vysoce hodnotím teoretickou průpravu, kterou jsem zde získala a rozhled v sociálních tématech. Při rekapitulaci podnětů k práci s psychózami jsem však zaregistrovala jisté rezervy. Sociální pracovník pracující s touto cílovou skupinou se tak může dostat do situace, kde budou chybět podstatné informace a schopnost reagovat jak na akutní, tak chronické projevy nemoci. Neúmyslně tak může nemocného spíše poškodit než mu pomoci.

Jak tedy pracovat s popsanými výsledky v praxi? Především uvědoměním si lidské důstojnosti nemocného člověka a důrazem na individualitu každého. Ideální způsob řešení problematiky diplomové práce se jeví v propojenosti popsaných systémů. Od zvládnutí akutní situace v psychiatrických léčebnách s přihlédnutím na podstatné období psychoterapeutické a rehabilitační s pomalou adaptací a motivací do komunitní péče.

Stav ve zdravotní i sociální sféře aktuálně příliš neprospívá situaci. V psychiatrických léčebnách především redukcí psychoterapeutické a rehabilitační péče a směřování k akutní psychiatrii a v sociální oblasti naráží systém na finanční potíže, časté změny dané obdobím

jednotlivých projektů, krátkodobému komunitnímu plánování. Navíc propojenost systémů stále není ideální.

Věřím, že diplomová práce prospěje v lepší orientaci v problému a výsledky napomohou ke směřování účinných přístupů pro nemocné s psychotickou zkušeností.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Použitá literatura:

- [1] BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha : Mladá fronta a.s., 2011. 110 s . ISBN 978-80-204-2494-5.
- [2] BARTOŇOVÁ, Jitka a Eva DRAGOMIRECKÁ. *WHOQOL-BREF: WHOQOL-100*. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 86-85121-82-4.
- [3] BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. 1. vydání. Praha: Galén 1997. 218 s. ISBN 80-85824-45-0.
- [4] BOBEK, Milan a Petr PENIŠKA. *Práce s lidmi: Učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese. S úvodem do filozofie práce s lidmi, současné vědy a psychologie*. Brno: NC Publishing,a.s., 2008. 286 s. ISBN 978-80-903858-2-5.
- [5] BROWN, Leonard N. *Groups for Growth and Change*. New York: Longman, 1991. ISBN-10: 0801300448.
- [6] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 1993. 374 s. ISBN 80-7066-822-9.
- [7] DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Blázniti je lidské*. Praha : Grada, 1999, 356 s. ISBN 80-7169-628-5.
- [8] DÖRNER, Klaus, et al. *Osvobozující rozhovor: Psychicky nemocný v rodině*. Praha : Grada Publishing, 1999. 132 s. ISBN 80-7169-892-X.
- [9] DOSA, David. *Vizita s Oscarem*. Praha : Ikar, 2011. 216 s. ISBN 9788024916842.
- [10] GREENBERG, Joanne. *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Praha : Triton, 1998. 277 s. Gaia, 2. ISBN 80-85875-52-7.
- [11] HEJZLAR, Petr. *Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace*. In BERAN, Jiří. *Acta psychiatrica postgradualia bohemica 2/2004*. Praha : Galén, 2004. 113 s. ISBN 8072622714.
- [12] HÖSCHL, Cyril, et al. *Psychiatrie*. 1. vydání. Praha : TIGIS, 2002, 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

- [13] HÖSCHL, Cyril, et al. *Psychiatrie*. Učebnice pro vyšší zdravotnické školy. Scientia Medica, 1997. 176 s. ISBN 80-85526-64-6.
- [14] HONZÁK, Radkin. *I v nemoci si buď přítelem*. Praha : Avicenum, 1989. 159 s. ISBN 08-058-89.
- [15] KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Academia, 2005. ISBN 8020013075.
- [16] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*. Praha : Portál, 2006. 383 s. Gaia, 2. ISBN 80-7367-122-0.
- [17] KRATOCHVÍL, Stanislav. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha : Galén, 2005. 295 s. ISBN 80-7262-347-8.
- [18] KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk, prostředí, výchova*. Brno : Paido, 2001. 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
- [19] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha 7 : Grada Publishing, 2002. 197 s. ISBN 80-247-0179-0.
- [20] KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Odpovědi na otázky o smrti a umírání*. Praha : Tvorba s.r.o., 1995. 288 s.
- [21] MAHROVÁ, Gabriela a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [22] MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha : Sociologické nakladatelství Slon, 2003. 161 s. ISBN 80-86-429-19-9.
- [23] MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi*. Praha 8 : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-x.
- [24] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. 183 s. Gaia, 2. ISBN 978-80-7367-310-9.
- [25] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha : Portál, 2003. 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- [26] MATOUŠEK, Oldřich, et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [27] McALPINE, D. Donna a Lynn WARNER.. *Barriers to Employment among Persons with Mental Illness: A Review of the Literature*. Disability Research Institute, 2001. Project Numer: p04-04c.

- [28] ORSZÁGOVÁ, Ivona. *Kvalita života u pacientů s psychotickou zkušeností*. Opava, 2011. Bakalářská práce. Slezská univerzita.
- [29] OTTO, H. a H. THIERSCH. *Handbuch der Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Luchterhand : Neuwied: Kriftel, 2001. ISBN-10: 3472036168.
- [30] PAYNE, Jan, et al. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. 627 s. ISBN 80-7254-657-0.
- [31] PĚČ, Ondřej a Vlasta PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vydání. Praha : Triton, 2009. 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
- [32] PRÁŠKO, Jan, et al. *Léčíme se s psychózou*. Praha 2 : Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5.
- [33] PRÁŠKO, Jan, et al. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium, 2003. 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
- [34] RABOCH, Jiří. *Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče*. Praha : Galén, 1999. 180 s. ISBN 80-7262-013-4.
- [35] RODER, Volker, Hans D. BRENNER a Norbert KIENZLE. *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophren Erkrankten: IPT*. Berlin : Beltz PVU, 2002. 274 s. ISBN 3-621-27516-9.
- [36] SALAJKA, František: *Hodnocení kvality života nemocných s bronchiální obstrukcí*. Prakt. lék., 77, 1997, č. 3, s. 154-155.
- [37] STIMMER, Franz. *Lexikon der Sozialpädagogik und der Sozialarbeit*. München Wien: R. Oldenbourg, 2000. 813 p. Standardy, 2. ISBN 3-486-25369-7.
- [38] SATIROVÁ, Virginie. *Kniha o rodině*. Praha 5 : Práh, 2006. 357 s. ISBN 80-7252-150-0.
- [39] STROSSOVÁ, Irena. *Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi: Zprávy VÚPS č. 71*. Praha : Tiskařské závody, 1984. 101 s. ISBN evidenční číslo ÚVTEI 73142.
- [40] SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ.. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. 1. vydání. Praha : Portál, 2006, Klasifikace v psychiatrii. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- [41] SVOBODOVÁ, J. *Psychiatrie*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. 78 s. ISBN 978-80-7368-235-4.

- [42] SYŘIŠŤOVÁ, Eva, et al. *Skupinová psychoterapie psychotiků a osob s těžším somatickým onemocněním*. Praha : Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1989. 232 s. ISBN 08-052-89.
- [43] TĚŠÍNSKÁ, Jolana, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. Praha : C.H. Beck, 2011. 414 p. Standardy, 2. ISBN 978-80-7400-050-8.
- [44] VALÁŠKOVÁ, K. *Reprezentace pojmu duševně nemocný a kvalita života u psychiatrických pacientů*. Diplomová práce. PsÚ FF Masarykova univerzita, Brno 1998.
- [45] VALÁŠKOVÁ, Kamila: *Kvalita života nemocných s psychózou*. Brno, 2007. Teze dizertační práce. PsÚ Masarykova univerzita Brno.
- [46] VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vydání čtvrté. Praha : Portál, 2008. 870 s. ISBN 97-80-7367-414-4.
- [47] VODÁČKOVÁ, Daniela, et al. *Krizová intervence*. Praha : Remedium, 2007. 543 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
- [48] WHOQOL Group. *The development of the WHO quality of life assessment instrument*. In: Orley, Juan a Willem Kuyken. Berlin: Springer-Verlag, 1994.
- [49] ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Sociální terapie: aneb její teorie i speciální techniky, které pomáhají v sociální práci s rodinou*. Praha: Institut pro místní správu Praha, 2008. 154 s. ISBN 80-86976-14-3.
- [50] ZVOLSKÝ, Petr, et al. *Speciální psychiatrie*. Praha : Karolinum, 2003. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Časopisy:

- [51] BARTOŇOVÁ, Jitka a Eva DRAGOMIRECKÁ. *DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE WHOQOL-BREF: Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí*. Psychiatrie. 2006, 10, 3, s. 144-149.
- [52] RODRIGUEZ, Mabel a Pavel MOHR. *Paměť a schizofrenie*. PSYCHIATRIE pro praxi. 2004, roč. 5, 3/2004, str. 118-122. ISSN 1213-0508. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz
- [53] ŠVARC, Jiří. *Psychiatrická hospitalizace bez souhlasu pacienta*. PSYCHIATRIE pro praxi. 2008, č. 2, s. 93-95. ISSN 1213-0508. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz

- [54] VACHKOVÁ, Lenka. *Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. PSYCHIATRIE pro praxi*. 2008, č. 3, s. 130-133. ISSN 1213-0508. Dostupné z: www.psychiatriepropraxi.cz

Příspěvky v monografických publikacích (sbornících):

- [55] *Velký sociologický slovník: II. svazek*. Praha: Karolinum, vydavatelství Univerzity Karlovy, 1996. ISBN 80-7184-310-51.
- [56] *Velký sociologický slovník: II. svazek*. Praha: Karolinum, vydavatelství Univerzity Karlovy, 1996. ISBN 80-7184-164-11
- [57] *Sborník přednášek: Intergrativní přístup k léčbě pacientů se schizofrenií*. Ostrov: psychiatrické oddělení Nemocnice Ostrov, 2001. ISBN 80-238-6995-7.

Internetové zdroje:

- [58] Práva pacientů ČR. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2012-10-09]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/840>
- [59] Citáty-motta.cz. *Citáty-motta.cz* [online]. [cit. 2012-10-14]. Dostupné z: <http://www.citaty-motta.cz/index.php?limitstart=80>
- [60] <http://www.citaty-motta.cz/index.php?limitstart=80>, str. 3
- [61] ZÁKLADNÍ INFORMACE. *10 revize MKN-10* [online]. [cit. 2012-10-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- [62] MINISTERSTVO VNITRA. *PORTÁL VEŘEJNÉ SPRÁVY* [online]. [cit. 2012-12-01]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/portal/obcan/>

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA č. 1: LIST ŠETŘENÍ – Pracovní otázky pro odborníky z oblasti péče pro psychotické pacienty

PŘÍLOHA č. 2: LIST ŠETŘENÍ - Pracovní otázky pro rodinné příslušníky u prvních pobytů v psychiatrické léčebně

PŘÍLOHA č. 3: LIST ŠETŘENÍ - Pracovní otázky pro rodinné příslušníky u opakovaných hospitalizací

PŘÍLOHA č. 4: Časopis Posel primariátu H

PŘÍLOHA č. 5: Aktualizovaná metodická příručka primariátu H

PŘÍLOHA č. 6: Informační letáky

PŘÍLOHA č. 7: Básnická sbírka

PŘÍLOHA č. 1:

LIST ŠETŘENÍ

Pro odborníky z oblasti péče o psychotické pacienty

Jmenuji se Ivona Országová a jsem studentkou magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o zodpovězení níže položených otázek. Odpovědi jsou anonymní a budou sloužit ke zvýšení informovanosti o problematice a zkvalitnění péče u pacientů s psychotickou zkušeností.

Č. otázky	Otázka	Odpověď
I.	Psychotické onemocnění snižuje fyzickou aktivitu a následně zhoršuje fyzickou kondici nemocného	
II.	Pacient s psychotickou zkušeností má potíže v oblasti sociální integrace.	
III.	Průběh onemocnění má vliv i na osobní vztahy nemocného.	
IV.	Onemocnění se dotýká se i rodiny, vzájemných vztahů, atmosféry.	
V.	Myslím si, že člověk s psychotickým onemocněním má sníženou kvalitu života (pojem označující parametry lidského života a to způsobu života, životního stylu, životních podmínek) oproti zdravé populaci.	
VI.	Myslím si, že člověk s psychotickým onemocněním pociťuje sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci.	
VII.	Psychotické onemocnění působí na kognitivní funkce nemocného.	
VIII.	Pacient s psychotickou zkušeností má ztíženou možnost pracovního uplatnění.	
IX.	Typická je častá hypobulie s pasivním způsobem trávením času.	
X.	Návykové látky (alkohol, drogy) mají vliv na propuknutí či relaps psychózy.	
XI.	I po ukončené léčbě přetrvává negativní symptomatologie nemoci.	

Odpovědi: Zápis do tabulky:

Zcela souhlasí	1
Částečně souhlasí	2
Částečně nesouhlasí	3
Zcela nesouhlasí	4
Nedovedu posoudit	5

PŘÍLOHA č. 2:

LIST ŠETŘENÍ

Pro rodinné příslušníky u prvních pobytů v psychiatrické léčebně

Jmenuji se Ivona Országová a jsem studentkou magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o zodpovězení níže položených otázek. Odpovědi jsou anonymní a budou sloužit ke zvýšení informovanosti o problematice a zkvalitnění péče u pacientů s psychotickou zkušeností.

Č. otázky	Otázka	Odpověď
I.	V období po vzniku psychotického onemocnění dosud se snížila fyzická aktivita a následně zhoršila fyzická kondice nemocného.	
II.	Pacient po atace psychózy má potíže se začleněním do společnosti.	
III.	Průběh onemocnění zhoršuje osobní vztahy nemocného.	
IV.	Onemocnění má vliv na rodinnou atmosféru.	
V.	Člověk s psychotickým onemocněním má sníženou kvalitu života (pojem označující parametry lidského života a to způsobu života, životního stylu, životních podmínek) oproti zdravé populaci.	
VI.	Myslím si, že člověk s psychotickým onemocněním pocituje sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci.	
VII.	Psychotické onemocnění působí na poznávací funkce nemocného (soustředění, paměť, myšlení).	
VIII.	Pacient s psychotickou zkušeností má ztíženou možnost pracovního uplatnění.	
IX.	U pacienta převažuje pasivní způsob trávení času.	
X.	Návykové látky (alkohol, drogy) mají vliv na propuknutí či relaps (návrat nemoci) psychózy u vašeho blízkého.	

Odpovědi: Zápis do tabulky:

Zcela souhlasí	1
Částečně souhlasí	2
Částečně nesouhlasí	3
Zcela nesouhlasí	4
Nedovedu posoudit	5

Věk: _____

Pohlaví: _____

Vztah ke klientovi: _____

PŘÍLOHA č. 3:

LIST ŠETŘENÍ

Pro rodinné příslušníky u opakovaných hospitalizací

Jmenuji se Ivona Országová a jsem studentkou magisterského studia na Univerzitě Palackého v Olomouci. Ráda bych Vás požádala o zodpovězení níže položených otázek. Odpovědi jsou anonymní a budou sloužit ke zvýšení informovanosti o problematice a zkvalitnění péče u pacientů s psychotickou zkušeností.

Č. otázky	Otázka	Odpověď
I.	V období po vzniku psychotického onemocnění dosud se snížila fyzická aktivita a následně zhoršila fyzická kondice nemocného.	
II.	Pacient po atace psychózy má potíže se začleněním do společnosti.	
III.	Průběh onemocnění zhoršuje osobní vztahy nemocného.	
IV.	Onemocnění má vliv na rodinnou atmosféru.	
V.	Myslím si, že člověk s psychotickým onemocněním má sníženou kvalitu života (pojem označující parametry lidského života a to způsobu života, životního stylu, životních podmínek) oproti zdravé populaci.	
VI.	Myslím si, že člověk s psychotickým onemocněním pocituje sníženou kvalitu života oproti zdravé populaci.	
VII.	Psychotické onemocnění působí na poznávací funkce nemocného (soustředění, paměť, myšlení).	
VIII.	Pacient s psychotickou zkušeností má ztíženou možnost pracovního uplatnění.	
IX.	U pacienta převažuje pasivní způsob trávení času.	
X.	Návykové látky (alkohol, drogy) mají vliv na propuknutí či relaps (návrat nemoci) psychózy u vašeho blízkého.	

Odpovědi: Zápis do tabulky:

Zcela souhlasí	1
Částečně souhlasí	2
Částečně nesouhlasí	3
Zcela nesouhlasí	4
Nedovedu posoudit	5

Věk: _____

Pohlaví: _____

Vztah ke klientovi: _____