

# **Spolupráce sestry s rodinou pečující o nemocného se schizofrenií**

Andrea Nedbalová, DiS.

---

Bakalářská práce  
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Andrea Nedbalová, DiS.**  
Osobní číslo: **H20552**  
Studijní program: **B0913P360015 Všeobecné ošetřovatelství**  
Forma studia: **Kombinovaná**  
Téma práce: **Spolupráce sestry s rodinou pečující o nemocného se schizofrenií**

## Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinou pečující o nemocného se schizofrenií.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných informací.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

---

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

- BURBACH, F. R. Family therapy and schizophrenia: a brief theoretical overview and a framework for clinical practice. *BJPsych Advances*. Cambridge University Press, 2018, vol. 24, no. 4, pp. 225–234. DOI: 10.1192/bja.2017.32
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-4826-9.
- HESTMARK, L., K. S. HEIERVANG, R. PEDERSEN et al. Family involvement practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres – across sectional fidelity – based study. *BMC Psychiatry* [online]. Oslo, 2021, no. 21, pp. 285–296. [cit. 2022-10-11]. DOI: 10.1186/s12888-021-03300-4
- KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2713-4.
- PETR, T., E. MARKOVÁ a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny. 3. vyd.* Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0217-2.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Anna Krátká, Ph.D.**  
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**



---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

**PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se věnuje spolupráci mezi sestrou a rodinou pečující o nemocného se schizofrenií. Teoretická část se zaměřuje na vymezení pojmu schizofrenie a její vliv na rodinu. Dále se zabývá reformou psychiatrické péče a popisuje zapojení sestry do spolupráce s rodinou. Praktická část prezentuje výsledky empirického výzkumu, realizovaného kvalitativním přístupem. Do výzkumného souboru jsou zařazeni příbuzní nemocných, kteří dochází do Centra duševního zdraví Přerov. Cílem bylo analyzovat úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinou pečující o nemocného se schizofrenií.

Klíčová slova: schizofrenie, reforma psychiatrické péče, Centrum duševního zdraví, rodina, role sestry, kvalitativní výzkum

## **ABSTRACT**

The bachelor's thesis is devoted to the cooperation between a nurse and a family caring for a patient with schizophrenia. The theoretical part focuses on defining the concept of schizophrenia and its effect on the family. It also deals with the reform of psychiatric care and describes the nurse's involvement in cooperation with the family. The practical part presents the results of empirical research, implemented using a qualitative approach. Relatives of patients who visit the Přerov Mental Health Center are included in the research group. The aim was to analyze the level of mutual cooperation between the nurse and the family caring for a patient with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, psychiatric care reform, Mental Health Center, family, nurse's role, qualitative research

Motto: „*Ošetřování nemocných jest úkolem těžkým, dvakrát, třikrát těžším, jedná-li se o ošetřování choromyslných.*“ Dr. Jan Hraše, 1907

Mé velké poděkování patří PhDr. Anně Krátké, Ph.D., za její odborné vedení bakalářské práce, cenné rady, podporu a vstřícný přístup. Děkuji také pracovníkům CDZ Přerov a všem participantům za jejich spolupráci při realizaci výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině, která mi byla po celou dobu studia oporou.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>12</b>
1.1    DIAGNOSTIKA ONEMOCNĚNÍ A KLINICKÝ OBRAZ.....	12
1.2    KLINICKÉ FORMY .....	13
1.3    LÉČBA SCHIZOFRENIE.....	14
<b>2 PROMĚNY V PÉČI O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ.....</b>	<b>17</b>
2.1    HISTORIE PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ .....	17
2.2    REFORMA PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR .....	19
2.2.1    Centrum duševního zdraví .....	21
<b>3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A RODINA .....</b>	<b>22</b>
3.1    REAKCE RODINY NA DUŠEVNÍ NEMOC .....	22
3.2    POTŘEBY ČLENŮ RODINY V SOUVISLOSTI SE SCHIZOFRENIÍ .....	23
3.3    FORMY PODPORY RODINY .....	24
<b>4 PROFESIONALITA V PRÁCI SESTRY .....</b>	<b>28</b>
4.1    ROLE A KOMPETENCE SESTER V PSYCHIATRICKÉ PÉČI.....	28
4.1.1    Práce sestry v Centru duševního zdraví .....	29
4.2    KOMUNIKACE V PRÁCI SESTRY .....	30
4.2.1    Specifika komunikace s pacientem s duševním onemocněním .....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>34</b>
<b>5 METODIKA .....</b>	<b>35</b>
5.1    CÍL VÝZKUMU .....	36
5.2    CHARAKTERISTIKA PARTICIPANTŮ .....	36
5.3    TECHNIKY VÝZKUMU .....	37
5.4    CHARAKTERISTIKA ROZHOVORU .....	38
5.5    ORGANIZACE VÝZKUMU.....	40
5.6    ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH INFORMACÍ .....	40
<b>6 VÝSLEDKY .....</b>	<b>42</b>
6.1    INTERPRETACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY 1 .....	44
6.1.1    Kategorizace výsledků rozhovoru.....	44
6.1.2    Rozhovory .....	45
6.2    INTERPRETACE VÝZKUMNÉ OTÁZKY 2.....	48
6.2.1    Kategorizace výsledků rozhovoru.....	48
6.2.2    Rozhovory .....	49



<b>7</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>52</b>
7.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	53
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>54</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>56</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>59</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>61</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>62</b>

## ÚVOD

Diagnóza schizofrenie je obvykle těžká rána pro nemocného. Tato duševní nemoc však zasáhne i jeho nejbližší, často to jsou právě rodiče. V rámci své profese sestry pracující v Centru duševního zdraví jsem téměř denně v kontaktu s někým, kdo pečuje o blízkého s touto nemocí. Vidím, jak se jim touto zkušeností změnil život, co všechno museli obětovat. Vnímám jako důležité, aby se v rámci komplexního léčebného přístupu zaměřila pozornost i na problematiku pečujících. V bakalářské práci bych se chtěla zaměřit na úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinou. Rovněž mám potřebu poukázat na důležitost role sestry v podpoře rodinných příslušníků.

Změny, které přinesla reforma psychiatrické péče, přesunula těžiště pozornosti do přirozeného prostředí nemocného. Vznikem Center duševního zdraví se rozšířily možnosti i pro rodiny. V rámci intenzivní spolupráce s pracovníky zařízení se může naučit lépe zvládat zátěžové situace a předcházet tak hospitalizaci nemocného. Tímto způsobem by měl být naplněn smysl deinstitucionalizace.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část je členěna na čtyři kapitoly. První kapitola se věnuje onemocnění schizofrenie a její detailní charakteristice. Druhá kapitola popisuje proměny v péči o duševně nemocné. Mapuje historický vývoj oboru psychiatrie až po současnost, kdy dochází ke změnám systému péče v rámci reformy psychiatrie. Třetí kapitola přibližuje problematiku rodin v souvislosti se schizofrenií. Poslední kapitola se věnuje profesionalitě v práci sestry. Vymezuje její role a kompetence. Představuje komunikaci, jako důležitou součást její práce. V podkapitole je pak specifikována role sestry v Centru duševního zdraví.

Praktická část má za cíl zmapovat úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinou pečující o nemocného se schizofrenií. K naplnění cíle byla data získána pomocí kvalitativního výzkumu, který byl veden formou polostrukturovaného rozhovoru. U vybraných participantů byly získávány informace pomocí otázek vedoucích ke dvěma výzkumným otázkám. První výzkumná otázka hledala možnosti zapojení rodiny sestrou do péče o nemocného se schizofrenií. Druhá výzkumná otázka se věnovala tomu, jak rodina vnímá spolupráci se sestrou.

Výsledky výzkumu mohou být důležitou zpětnou vazbou pro sestry pracující v Centru duševního zdraví. Práce by mohla pomoci ke zkvalitnění ošetrovatelské péče a ke komplexnímu přístupu v péči o nemocné se schizofrenií.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 CHARAKTERISTIKA SCHIZOFRENIE

Schizofrenii řadíme mezi závažné chronické duševní poruchy, při kterých je porušeno myšlení, vnímání a osobnost. Nemoc zasahuje do osobnosti člověka a do jeho vztahů s okolím. Je ovlivněna jeho schopnost vést uspokojivý a naplňující život. Velmi často vede k trvalé pracovní neschopnosti a invalidizaci. Řadí se mezi psychotická onemocnění (psychózy), mezi které dále patří toxická psychóza, schizoformní porucha, akutní přechodná psychotická porucha, trvalá porucha s bludy, schizotypní porucha a schizoafektivní porucha. Onemocnění vzniká v mladém věku, nejčastěji mezi 20. – 30. rokem. Kromě genetické dispozice se na vzniku onemocnění podílí působení různých spouštěčů. Tím mohou být například vlivy prostředí (nadměrný stres, změna prostředí, užívání návykových látek aj.). Počátek onemocnění v mladém věku je často spojen s vyššími nároky, které jsou na něj kladeny. V této fázi si hledají nový vztah, který provází řada emocí a někdy nelehkých rozhodnutí. Rodiče očekávají osamostatnění dítěte a přijetí zodpovědnosti za sebe sama (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 210).

### 1.1 Diagnostika onemocnění a klinický obraz

Pojem schizofrenie pochází z řeckého slova (schizo – štěpit a phren – mysl). Proto se dříve překládalo jako rozštěp mysli. V roce 1896 se pro toto onemocnění ustálil výraz *dementiae praecox*. Později však bylo prokázáno, že nejde o demenci, ale o rozpad osobnosti. Název schizofrenie poprvé použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 244).

Bankovská Motlová, Španiel (2017, s. 24, 26) uvádí, že pro stanovení diagnózy je potřeba pečlivého pozorování a naslouchání toho, co nám nemocný sděluje. V současné době není žádná laboratorní metoda prokazující onemocnění. Další pomocné metody slouží k vyloučení jiné patologie (EEG). Ke stanovení diagnózy schizofrenie slouží klasifikační kritéria MKN-10.

V průběhu dospívání si rodina a přátelé mohou všimnout změn chování a poruch kognitivních funkcí. Jedná se o typické prodromální příznaky. Mezi ně lze zařadit uzavřenost, pasivitu, introvertnost a narušení vztahů s okolím. Nemocní si v tomto období stěžují na poruchy pozornosti, spánku, neurčité bolesti hlavy zad a svalů, zažívací obtíže a celkovou únavu. Rodina toto chování z počátku omlouvá a považuje jej za přechodný stav. Až po delší době si začne připouštět, že se nemocný změnil. Tomu napomáhá i rozvoj dalších příznaků, jako hloubání nad detaily, zvláštnosti v oblékání, rozlady a podrážděnost nebo změna režimu

spánku a bdění. Postupně se formují bludy a halucinace až dojde k propuknutí akutních příznaků epizody psychotického onemocnění. Schizofrenie je epizodické onemocnění, které se často vrací opakovanými atakami, tzv. relapsy. Období, kdy je člověk bez potíží je označováno jako remise (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 247).

Příznaky schizofrenie dělíme na pozitivní a negativní. Pozitivní symptomatika zahrnuje příznaky, které se u zdravého jedince nevyskytují. Jsou to zejména halucinace a bludy. Dále sem patří dezorganizovaná řeč, ztráta kontaktu s realitou, ztráta náhledu, agitovanost, neúčelné chování. Negativní symptomatika znamená jisté ochuzení psychiky. Řadíme sem psychomotorický útlum, zpomalenou reaktivitu, hypobulii až abulii, ztrátu spontaneity a autismus. Pacienti jsou negativističtí, ztrácí schopnost prožívat emoce, vyhýbají se ostatním. Pro onemocnění jsou typické kognitivní příznaky, jako zhoršení pozornosti a poruchy paměti. Intelekt není u schizofrenie postihován (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 225).

## 1.2 Klinické formy

Odborné publikace (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 230-233; Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 31; Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 250-251) popisují u schizofrenie pestrost v psychopatologickém obraze. Pod tímto pojmem se sdružuje řada onemocnění, která se liší průběhem i okolnostmi vzniku a rozvoje onemocnění.

Dle MKN-10 se rozlišují tyto formy schizofrenie:

- **Paranoidní schizofrenie (F20.0)** – jedná se o nejčastější formu schizofrenie, u které jsou charakteristické výrazné bludy a halucinace. Nejčastější jsou bludy s obsahem vztahovačnosti, persekční nebo megalomaničké. Časté jsou sluchové halucinace. Tyto projevy mají vliv na myšlení nemocného a na jeho chování. Nálada je spíše depresivní, emoce jsou oploštělé. Často může docházet k neklidu, agresivitě nebo sebevražedné aktivitě. Průběh nemoci je epizodický.
- **Hebefrenní schizofrenie (F20.1)** – jedná se o duševní poruchu, která se rozvíjí v době duševního dozrávání. Projevuje se vystupňovaným pubertálním chováním, hypomaničnou náladou s planým a nejapným vtípkováním. Nemocní jsou v chování nevypočitatelní, emočně labilní, jejich aktivita je podivná až bizarní. Řeč je strojená, planě filozofují, časté je manýrování.

- **Katatonní schizofrenie** (F20.2) – v klinickém obraze převládají příznaky poruchy psychomotoriky. Jedná se o projevy nadměrného vzrušení, které jsou provázeny bezcílným neklidem. Opačným příznakem je psychomotorický útlum až katatonní stupor. To znamená, že tělo a končetiny setrvávají v bizarních polohách, je patrný zvýšený svalový tonus. Dále se vyskytuje manýrování, grimasování, povelový automatismus a negativismus.
- **Nediferencovaná schizofrenie** (F20.3) – patří sem formy schizofrenie, které neodpovídají žádné z výše uvedených forem nebo mají rysy více než jedné z nich, ale žádná diagnostická charakteristika nepřevládá.
- **Postschizofrenní deprese** (F20.5) – jedná se o epizodu depresivní nálady, která vzniká po odeznění typických schizofrenních projevů. U této formy je zvýšené riziko sebevražedného jednání.
- **Reziduální schizofrenie** (F20.4) – u této formy dochází k chronifikaci onemocnění schizofrenie. Projevuje se dlouhodobými negativními příznaky, které hůře reagují na léčbu. Časté ataky onemocnění vedou ke vzniku postprocesuálního defektu, který zasahuje hluboko do struktury osobnosti. Zhoršuje se jejich sociální výkonnost.
- **Simplexní schizofrenie** (F20.6) – onemocnění má pozvolný rozvoj příznaků, kde je v popředí negativní symptomatika. Mezi příznaky řadíme emoční oploštělost, úpadek vůle, nárůst lhostejnosti a povrchnosti, hypoaktivitu. Obvykle začíná mezi 15. – 20. rokem a projevy připomínají poruchu osobnosti. Nemocní se obtížně zapojují do společnosti, zanedbávají své povinnosti, někdy u nich dochází ke kriminální činnosti. Porucha často končí defektem osobnosti jako reziduální schizofrenie.

### 1.3 Léčba schizofrenie

Cílem léčby schizofrenie je nejen odstraňování symptomů, ale také uzdravení a znovunabytí svých životních rolí. Toho lze dosáhnout kombinací farmakoterapie a psychosociálních intervencí. Pilířem farmakoterapie jsou antipsychotika. Do psychosociálních intervencí se řadí například psychoterapie nebo nácvik sociálních dovedností (Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 63).

Raboch, Pavlovský a kol. (2012, s. 253) ve své publikaci uvádí, že léčebný plán by měl být vždy sestaven individuálně každému pacientovi a měla by se používat více než jedna

metoda. Autor také klade důraz na spolupráci s rodinou a blízkými osobami nemocného. Léčbu pak rozlišuje na tři fáze. První je léčba akutních příznaků. Druhá fáze se zaměřuje na stabilizaci stavu a dosažení uspokojivé remise. Ve třetí fázi je léčba zaměřena na udržení remise a prevenci relapsu.

Antipsychotika (dříve neuroleptika) prošla dlouhým vývojem. Byla vyvinuta počátkem 50. let 20. století. Prvním lékem byl Chlorpromazin. Jejich účinek vede ke zklidnění při neklidu, agitovanosti, agresivitě, zmírňují úzkost a navozují spánek. Lze je indikovat při léčbě nejen psychóz, ale také u organických psychických poruch, včetně demencí, mentální retardace a poruch osobnosti. V současné době se antipsychotika dělí na dvě skupiny. Na klasická (typická), označovaná jako antipsychotika první generace a atypická, antipsychotika druhé generace. Jejich efekt spočívá v ovlivnění dopaminového a serotoninového systému. Vedle hlavního účinku mají antipsychotika také množství nežádoucích účinků. To může vést k svévolnému vysazení léku pacientem. Může se dostavit svalový třes, pocit ztuhlosti svalů, nechuť k pohybu, snížená gestikulace a mimika, přibývání na váze. Tyto projevy je potřeba včas monitorovat a informovat lékaře (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 93, 98, 99).

Ke zvládnutí nežádoucích účinků léčby se podávají antiparkinsonika. Zmírňují extrapyramidové mimovolní pohyby, třes nebo ztuhlost. V případě, že se u pacienta v průběhu nemoci objeví smutná nálada, jsou podávána antidepresiva. Ke zvládnutí poruch spánku se podávají hypnotika (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 254).

Po zvládnutí akutní fáze nemoci a dosažení symptomatické remise se do léčebného plánu zařazují psychosociální intervence. Pomáhají připravit nemocného po ukončení hospitalizace na interakci s okolím a dosáhnout remise onemocnění a plnohodnotné kvality života. Zahrnujeme sem psychoterapii, která prostřednictvím psychoterapeutických postupů podporuje zdravou část osobnosti. Nemocnému může například vrátit jistotu, zajistit prostor pro ventilaci stesků nebo vyrovnání se s osamělostí a stigmatizací. Obdobnou funkci má psychoterapie také pro rodinné příslušníky (Bankovská Motlová, Španiel, 2017, s. 84).

Raboch, Pavlovský a kol. (2012, s. 256) vidí rodinnou terapii jako velmi potřebnou: „*aby v rodině bylo vytvořeno „příznivé klima“ bez prudkých emocí, výčitek, mentorování nebo hádek.*“ Dále ve své publikaci uvádí jako důležitou terapeutickou techniku psychoedukaci. Ta je založena na sdělování informací o schizofrenii jak nemocnému, tak jeho blízkým. Přízpusobuje se jednotlivým fázím nemoci a je základním pilířem v účinné léčbě.

Důležitým bodem léčby schizofrenie je psychiatrická rehabilitace. Zahrnuje techniky arteterapie, biblioterapie, muzikoterapie a různé pohybové aktivity (rozcvičky, tanec, hry s míčem). Cílem této léčby je podpora návratu nemocného do normálního života, jeho sociálních rolí a zlepšení mezilidských komunikačních dovedností (Kučerová, 2010, s. 34).

V rehabilitaci se snažíme o co největší využití zachovaných schopností nemocného po propuknutí schizofrenie. Snaží se zabránit komplikacím a opakovaným atakám. Klade důraz na zachování soběstačnosti, kvality života a důstojnosti (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 590).

Dušek, Večeřová-Procházková (2015, s. 592) uvádí: „*Psychiatrická rehabilitace vychází ze zásady, že i duševně nemocný člověk musí být brán jako jedinec neoddělitelný od svého sociálního prostředí, a proto snahou při jeho léčení musí být plnohodnotný návrat do tohoto sociálního systému.*“



## 2 PROMĚNY V PÉČI O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ

Tato kapitola mapuje vývoj psychiatrie od dávné historie až po současnost. Psychiatrie je lékařský obor, který se lišil přístupem k duševně nemocným v průběhu staletí. Postoj společnosti byl ovlivňován náboženstvím, medicínskými pokroky a rostoucí vzdělaností ve společnosti. Na základě jednotlivých vědeckých objevů se postupně formovala psychiatrie jako samostatný medicínský obor (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 24).

*„Psychiatrie (řecky psyché – duše, iatreia – lékařství) je vědní a klinická disciplína zabývající se prevencí, diagnostikou a léčbou duševních poruch.“* Význam psychiatrie narůstá. Důvodem je podle studie Světové zdravotnické organizace (WHO) změna socioekonomických podmínek, vymýcení závažných chorob (např. infekčních) a prodlužování lidského věku (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 13).

### 2.1 Historie péče o duševně nemocné

K duševně nemocným se ve společnosti vždy přistupovalo na základě poznatků a vyspělosti kultury dané doby. V prehistorii si lidé nedovedli vysvětlit nezvyklé jevy, proto věřili na působení nadpřirozených sil a bytostí. Duševně nemocní byli považováni za posedlé zlým duchem, prokleté nebo je vnímali jako světce. Tomu se přizpůsobovaly léčebné přístupy. Praktikovaly se šamanské nebo náboženské rituály, které měly za cíl osvobodit posedlé jedince. Například Asyřané a Babyloňané připisovali duševním chorobám magické příčiny. Pokládali je za trest boží, hřích a posedlost démony (Ocisková, Praško, 2015, s. 12).

Odlíšné názory na problematiku duševně nemocných přinášeli filozofové a vědci v antickém Řecku. Například Pythagoras (6. století př. n. l.) byl prvním, který prohlásil, že duševní nemoci jsou onemocněním mozku. Velkou zásluhu v dějinách lékařství má řecký lékař a filozof Hippokrates (460-370 př. n. l.). Jako první kladl důraz na klinické pozorování a snažil se vznik duševních chorob vysvětlit materialisticky. V léčbě vycházel ze svých neurotransmitterových hypotéz, kdy se snažil dostupnými prostředky dostat poměr koncentrací základních tělesných šťáv (krev, žluč, černá žluč, sliz) do harmonického vztahu (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 15).

Ve středověku velmi významně ovlivňovalo vývoj lékařství křesťanství. To prosazovalo scholastické učení, jehož základem bylo církevní dogma. Nemocní byli pokládáni za posedlé démony a bylo možné je vyléčit jen božím usmířením. Při kláštorech začaly vznikat tzv. hospitaly, kde byla lékařská péče poskytována vzdělanými mnichy. Jejich léčitelské praktiky

spočívaly v náboženských obřadech a exorcizmu. Bludy a halucinace byly pokládány za projevy čarodějnictví a takto postižení lidé byli odsuzováni k upálení. V této době se začaly objevovat první formy psychiatrických ústavů, tzv. věže bláznů. Obdobou byla tzv. loď bláznů. Středověk představoval pro vývoj psychiatrie jedno z nejčernějších období. Odhaduje se, že v průběhu šestnáctého a sedmnáctého století bylo v Evropě během čarodějnických procesů upáleno několik set tisíc lidí, převážně duševně nemocných (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 25).

Podmínky pro duševně nemocné se postupně zlepšovaly. Bylo na ně nahlíženo jako na nemocné, a ne jako na posedlé. V sedmnáctém století byly zkoušeny nové terapeutické intervence. Měly vést ke zklidnění, často však končily tragicky. Mezi ně patřilo pouštění žilou, hladovky, žíznění, vystavování psychicky šokujícím zážitkům (např. vhození do vody). Pacienti však byli stále uzavíráni a izolováni od společnosti. Nebezpeční duševně choří se zavírali do cel, žalářů nebo sklepů. Nemocní, kteří nikoho neohrožovali, byli ponecháni na ulici polonazí a hladoví. Pro tyto nemocné začaly postupně vznikat městské azyly (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 26).

Důležitou roli sehrála Velká francouzská revoluce (1789). Její humanistické ideje ovlivnily rozvoj psychiatrie. Ke změně v organizaci péče o duševně nemocné přispěl zejména pařížský lékař Phillipe Pinel (1745-1826). Do psychiatrických zařízení zavedl důstojný ošetrovatelský režim. Říká se o něm, že „*sňal duševně nemocným okovy*“. Byl proti používání omezovacích opatření a násilí, prosazoval léčbu prací. Prokázal, že duševní choroby jsou léčitelné. Pinel je považován za zakladatele novodobé ústavní péče (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 16).

V 19. století jsou již duševně nemocní léčeni v ústavech, které mají charakter nemocnic. Hledají se možnosti léčby, často barbarské a nelidské. Nemocným se například pouštělo žilou, přikládaly se pijavice, užívaly se padací můstky nebo údery elektrinou. Součástí procedur byly i pracovní terapie. Na rozvoj psychiatrie měla v tomto období vliv zejména německá a francouzská škola. Působila zde řada významných osobností, jako např. Emil Kraepelin (1856-1926), který popsal maniodepresivní onemocnění a Eugen Bleuler (1857-1939), který poprvé použil pojem schizofrenie (Ocisková, Praško, 2015, s. 15-17).

Koncem 19. a počátkem 20. století přibývalo řada medicínských oborů, které pozitivně ovlivnily rozvoj psychiatrie (neurologie, psychologie, mikrobiologie, aj.). Došlo k několika významným objevům a léčebným úspěchům (inzulínové šoky, prefrontální lobotomie, aj.). Od některých se postupně ustoupilo, jiné se používají dodnes, např. šokové metody.

Příkladem je profesor Wagner-Jauregg, který se zasloužil o vznik první biologické léčby psychických nemocí. Rozhodl se nemocné naočkovat malárií a vyvolat malarickou horečku. Za tento objev získal v roce 1927 Nobelovu cenu. Péči v nemocnicích zajišťovali lékaři spolu s opatrovníky a sestrami, kteří prosazovali humánní přístup. Životní podmínky nemocných se mnohonásobně zlepšily. Vznikly první systematictější normy, které vnesly do péče základní pravidla. Poprvé se také objevily tzv. dobrovolné hospitalizace a vznikly ústavy, kam nemocní chodili z vlastního rozhodnutí (Tomáš, Marková a kol., 2014, s. 28-29).

Po druhé světové válce zaznamenala rozvoj také psychoterapie. Psychodynamickou psychoterapii prosazoval Sigmund Freud a jeho následovníci (např. Alfred Adler, Carl Gustav Jung). Behaviorismus zakládá John Watson. Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) představuje v současné době nejvíce propracovanou psychoterapeutickou metodu z hlediska medicíny založené na důkazech (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 18).

Jedním z nejvýznamnějších objevů 20. století bylo objevení psychofarmak (Chlorpromazin, Lithium). Díky nim bylo možné snižovat počty velkých psychiatrických ústavů a vytvořit síť komunitní péče (např. Itálie, Velká Británie). Ta pomáhala pacientům s adaptací po propuštění. Péče o lidi v přirozeném prostředí spočívala v pracovní i sociální rehabilitaci. Používaly se propracované psychoterapeutické postupy (Ocisková, Praško, 2015, s. 20-21).

## 2.2 Reforma psychiatrické péče v ČR

Přístup k duševně nemocným v Čechách byl obdobný jako jinde v Evropě. Zásadní změny v péči se začaly odehrávat po roce 1989. Politické a společenské změny měly vliv na obrat v celém zdravotnictví. Lékař vedl otevřený dialog s nemocným a jeho rodinou, díky kterému došlo k postupnému narovnání vztahu lékař-pacient. Stále více se začalo uvažovat o reformě psychiatrické péče. Došlo k mírnému snížení počtu lůžek v psychiatrických léčebnách a vzniklo několik center nabízejících komunitní služby pro duševně nemocné. Komunitní péči rozumíme péči o pacienty mimo ústavní zařízení, která je zaměřena na terapeutické a rehabilitační činnosti využívající potenciál určité komunity. Tento typ péče je v řadě vyspělých zemí preferován od konce 20. století. Je spojován s tzv. deinstitucionalizací, kdy v rámci změn v systému psychiatrické péče vznikaly specializované týmy zaměřené na péči v přirozeném prostředí pacientů. Hlavním cílem komunitní péče je využití přirozených zdrojů podpory v komunitě, maximální sociální začlenění pacientů a posílení jejich občanských práv a důstojnosti (Petr, Marková a kol., 2014, s. 34, 124).

Tomáš, Marková a kol. (2014, s. 35) uvádí jako důležitý rok 2012, kdy se Ministerstvo zdravotnictví ČR přihlásilo k reformě psychiatrické péče. Byla ustanovena pracovní skupina, jejíž součástí nebyli pouze zástupci odborných společností lékařů, ale také zástupci sester, zdravotních pojišťoven a uživatelů služeb.

Psychiatrická společnost ČLS JEP (2017, s. 6) představuje strategii reformy psychiatrické péče, která byla schválena ministerstvem zdravotnictví 7. října 2013. Jedná se o zásadní systémovou změnu a dlouhodobý proces, který má probíhat, podle zkušeností z jiných zemí, 15-20 let.

Nový model péče je zaměřen na deinstitucionalizaci, tedy na podporu pacientů v jejich přirozeném prostředí. Důraz je kladen na spolupráci a koordinaci mezi jednotlivými složkami poskytovatelů péče o duševně nemocné. Tedy propojení mezi zdravotními a sociálními službami. Obecným cílem reformy je zlepšit kvalitu života lidem s duševním onemocněním. V roce 2016 podepsali Ministerstvo zdravotnictví (MZČR), zdravotní pojišťovny a Psychiatrická společnost ČLS JEP Memorandum o spolupráci na realizaci Strategie reformy psychiatrické péče a zajištění dlouhodobě udržitelného financování psychiatrické péče (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 5-6).

Důraz je kladen na primární zdravotní a psychiatrickou péči, tak aby byla zajištěna včasná diagnostika a léčba základních duševních poruch. Dochází k výraznému rozšíření komunitní péče, jsou vytvářeny nové typy služeb – centra duševního zdraví a ambulance s rozšířenou péčí. Tím dochází k postupné redukci dlouhodobé lůžkové péče. Pro podporu začlenění duševně nemocných do společnosti jsou pořádány destigmatizační kampaně. Díky multidisciplinárnímu přístupu je péče pacientovi poskytována ve všech oblastech života (celkový zdravotní stav, bydlení, práce, sociální a společenský status). Členové týmu se pravidelně setkávají a sdílejí informace o potřebách pacientů. Každý kraj má definovanou svou regionální síť služeb pro lidi s duševním onemocněním (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 8-9).

Ministerstvo zdravotnictví České republiky vydalo Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (NAPDZ). Jejím cílem je: *„zabezpečení podmínek pro plné zdraví obyvatel České republiky z pohledu široké oblasti charakterizované jako duševní pohoda. Současně by měl být do roku 2030 dokončen systémový proces reformy psychiatrie do takové míry, aby bylo lidem s duševním onemocněním umožněno prožít, i přes hendikep duševního*

*onemocnění, maximálně možný kvalitní život s důrazem na dodržování všech práv obsažených v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením.*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2020, s. 17).

### **2.2.1 Centrum duševního zdraví**

Centra duševního zdraví (CDZ) jsou novým prvkem v systému péče o lidi s duševním onemocněním. Poskytují individualizovanou péči lidem s vážným duševním onemocněním spadajícím do kategorie SMI (Severe Mental Illness). Jsou to například pacienti s těžkým průběhem schizofrenních onemocnění a s bipolární afektivní poruchou. Snahou je snížení doby hospitalizace, prevence dekompenzací onemocnění a pomoc s resocializací v přirozeném prostředí (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 19).

Jedná se o zdravotně-sociální službu pracující na základě multidisciplinárního přístupu. Tým centra duševního zdraví se skládá z psychiatra, klinického psychologa, sester pro péči v psychiatrii, sociálních pracovníků a peer konzultanta. Pracuje se formou case managementu a na základě individualizovaných potřeb pacientů. Péče je poskytována jak v prostorách CDZ, tak v přirozeném prostředí pacienta. V případě hospitalizace pacienta členové týmu aktivně spolupracují s lůžkovým zařízením. Tým také spolupracuje s dalšími službami v regionu, pomáhá s podporou bydlení, zaměstnání, vzdělávání a v oblasti volnočasových aktivit. Nedílnou součástí práce týmu CDZ je spolupráce s rodinou pacienta (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017, s. 19, 21).

Vznik CDZ byl rozdělen do tří vln. Do konce roku 2022 bylo dosud zřízeno 30 Center duševního zdraví. Dalším cílem bylo přesunout dlouhodobě hospitalizované pacienty do komunity a snížit tím lůžka následné péče o 1200 lůžek. Rozložení CDZ je takové, aby byla zajištěna regionální dostupnost. Jedno centrum by mělo zajistit péči přibližně pro 100 000 obyvatel. V rámci zařízení jsou poskytovány terénní služby, krizové centrum, denní péče a psychiatrická ambulantní péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2020, s. 10).

### 3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A RODINA

Abychom mohli hovořit o interakcích rodiny s duševní nemocí je třeba si nejprve vymezit pojem rodina. Ten je řadou autorů definován různě. Sobotková (2012, s. 24) například uvádí: „*Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů.*“ Ke svému fungování potřebuje rodinný systém rovnováhu mezi udržením stability a přizpůsobení se změnám. Musí také vhodně reagovat na aktuální potřeby jednotlivých členů rodiny a zároveň si udržet svůj řád. Rovnováha mezi adaptabilitou a organizovaností rodiny se ukáže jako důležitá při zvládání stresových situací (Sobotková, 2012, s. 24, 34).

Ocisková, Praško (2015, s. 41) poukazuje na to, že podpora nejbližších a rodinná situace má zásadní vliv na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Psychická nemoc negativně ovlivňuje jejich schopnost sociální interakce, proto většina z nich zůstává žít ve své původní rodině.

#### 3.1 Reakce rodiny na duševní nemoc

Schizofrenie emočně zasahuje blízké pacienta a přináší řadu praktických problémů. Některé jsou vyvolány přesvědčením rodičů, že toto onemocnění způsobili špatnou výchovou. Tento pocit viny vede k jejich úzkostlivému pozorování nemocného, mají tendenci jej více ochraňovat a vměšovat se mu do soukromí. Tím, že se pro něj obětují, mu spíše škodí a příznaky nemoci se mohou zhoršovat (Látalová, Praško, 2012, s. 33).

Pro všechny členy rodiny je přijetí duševní nemoci těžké a každý na tuto novou skutečnost reaguje individuálně. Sourozenec například přemýšlí nad tím, co nemoc jeho příbuznému vzala a rodiče trápí úvahy, čeho mohl nemocný dosáhnout. Všichni pravděpodobně projdou následujícími fázemi přijetí nemoci. Jedná se o popření nemoci, smutek, vztek a smíření s faktem (Látalová, Praško, 2012, s. 34). V této souvislosti je třeba zmínit pojem stigmatizace neboli nálepkování. Ve fázi popření nemoci se příbuzní snaží odradit nemocného od léčby na psychiatrii. Mají strach z hanby a cejchu „nenormální rodiny.“ Přesvědčují ho, aby se zase začal chovat normálně, popírají nutnost léčby nebo za něj řeší jeho životní problémy. Takový přístup může vést k pozdní diagnostice duševního onemocnění a nekvalitní spolupráci s terapeuty (Ocisková, Praško, 2015, s. 37).

Kuručová (2016, s. 43) vymezuje pojem stres a zátěž, se kterým se potýká jak pečovatel, tak ostatní členové rodiny. Stres definuje jako „*specifický vztah mezi osobou a prostředím, které*

*podle hodnocení osoby klade příliš náročné požadavky překračující její možnosti a ohrožují její zdraví.“ Zátěž je „nadřazený pojem pro různé psychické stavy, s projevy zátěžových faktorů v oblasti somatických a psychických funkcí a ve změnách struktury i dynamiky činnosti, které vyvolávají zátěžové situace.“* Péče o blízkou osobu představuje zátěž fyzickou, psychickou, finanční, sociální a spirituální. Cílem ošetrovatelství je usnadnit rodině adaptaci na zátěžovou situaci a efektivně využívat copingové strategie. Coping můžeme definovat jako vyšší stupeň adaptace. Strategie zahrnují aktivity rodiny, sloužící k udržování emocionální stability členů rodiny a udržení pohodové atmosféry i v době řešení problémových situací.

Úroveň stresu v rodině záleží na tom, jak rodina vnímá závažnost a intenzitu stresoru. Dále na psychické a fyzické kondici členů rodiny a na možnostech zvládat stres. Rozhodující jsou aktuální vztahy a citová atmosféra v rodině. Pro praxi zaměřenou na nabídku služeb pro rodiny je potřebné znát jejich modely odolnosti a strategie zvládání stresu. Odborníci by měli posilovat takové strategie, které usnadňují adaptaci a podporují rodinné síly. Jednou z nich je například strategie zaměřená na snížení nároků v rodině nebo strategie zaměřená na průběžné zvládání tenze v rodině (Sobotková, 2012, s. 77-79).

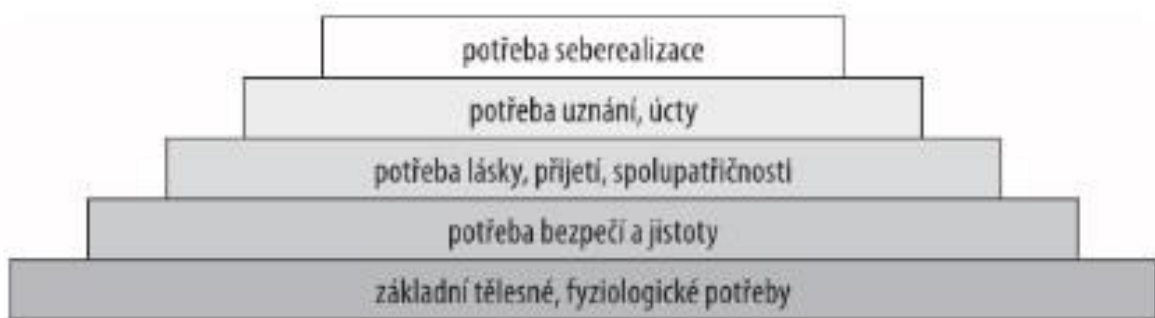
### **3.2 Potřeby členů rodiny v souvislosti se schizofrenií**

Každá rodina je jedinečná a každý její člen svým způsobem ovlivňuje její fungování a má v ní svou individuální pozici. Pokud rodinný systém dobře funguje, jsou plně uspokojovány potřeby všech členů. Zátěž, jakou je onemocnění rodinného příslušníka, však může dostat rodinu do krize a výrazně ovlivnit její fungování. K udržení rovnováhy je zapotřebí flexibility při řešení zátěžových situací s následnou adaptací. To znamená změnu rodinné struktury, vztahů, rolí a pravidel (Kurucová, 2016, s. 33).

Jak dále uvádí Kurucová (2016, s. 49), zátěž o nemocného člena rodiny zasahuje hlavně do fyzické, psychické, finanční, sociální a spirituální oblasti. Do fyzické můžeme zařadit například porušení spánkového rytmu, nedostatek času na jídlo a pitný režim. Mezi psychickou zátěž pak můžeme zařadit emocionální neklid, stres, nervozitu, strach a depresi. Náročná bývá také neustálá pozornost věnovaná sledování stavu nemocného a přizpůsobování se nastalým změnám. Nejen schizofrenie, ale i jiná chronická onemocnění, zasahují i do sociální oblasti. Mění se vztahy v rodině, jednotliví členové nemusí pociťovat dostatek opory, dochází k přerozdělování rolí. Pečující osoba má nedostatek volného času,

který může vést až ke ztrátě zaměstnání. Celkově dochází k narušení spirituální pohody a celkové spokojenosti se životem.

Potřeby, které mohou vyvstat v důsledku náročné péče o nemocného se schizofrenií, by se daly seřadit podle Maslowovy pyramidy potřeb (viz. obrázek č. 1), která lidské potřeby hierarchizuje. Jeho teorie se zakládá na seřazení potřeb od nejnižších (biologické a fyziologické potřeby) po nejvyšší (potřeba seberealizace). Pokud jsou tyto potřeby uspokojené, přestávají být naléhavé. V opačném případě mluvíme o pocíťování nedostatku neboli frustraci. Závažné onemocnění může některou lidskou potřebu dát do popředí a jinou, která byla dříve důležitá, odstavit stranou (Kalvach, 2011, s. 103).



Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb

Zdroj: Šamánková, 2011, s. 26

Pro člověka jsou potřeby velmi důležité a úzce souvisí se zachováním si kvality našeho života. Při jejich pojmenování a stanovení vycházíme z obecných standardů. Ty můžeme chápat jako určitou úroveň, které by mělo být dosaženo naším konáním při naplňování osobních potřeb. K rozpoznání potřeby člověka, ať už se nachází ve zdraví, nemoci nebo v krizi, je záležitostí upřímného vztahu mezi lidmi. Nejen členové rodiny, ale také ostatní poskytovatelé péče by měli mít upřímnou snahu vzájemné pomoci a pochopení (Šamánková, 2011, s. 13).

### 3.3 Formy podpory rodiny

Cílem pomoci rodinám pečujícím o nemocného se schizofrenií je zlepšit informovanost o duševních poruchách, posílení jejich rolí a podpořit jejich zapojení do společnosti. Proto se bude tato část kapitoly zabývat rodinnou psychoeducací, psychoterapií a významem rodičovských organizací.



Schizofrenie je velmi závažné duševní onemocnění, která má invalidizující vliv na fungování člověka. Rodinní příslušníci jsou ovlivňováni již při první epizodě psychózy. Podle četných zahraničních studií má dobrý klinický výsledek aktivní zapojení rodin do procesu péče s důrazem na psychoedukační rodinné intervence (Burbach, 2018).

Burbach (2018) ve svém článku hovoří o podobě současných psychoedukačních přístupů, které jsou založeny na hodnocení a formulacích jednotlivých rodin. Je vytvořený nový konsensus mezi zastánci různých teoretických směrů, který říká, že terapeutické intervence by měly být přizpůsobeny individuálním potřebám rodin. To se ukazuje jako velmi efektivní zejména při práci s rodinami, které se vyrovnávají s časnou psychózou.

Další zahraniční studie se zaměřují na mapování služeb duševního zdraví dospělých a jejich postupy. Například podle norské studie je rodinná psychoedukace jednou ze strukturovaných rodinných intervencí a základním pilířem léčby psychotických poruch. Taková terapie začíná odděleným sezením s příbuzným a pacientem, poté pokračuje společnými psychoedukačními sezeními, nácvikem komunikačních dovedností, a nakonec sezením pro řešení problémů. Studie však ukazuje nedostatky v oblasti zdrojů a kapacit. Zároveň poukazuje na lékaře, kteří by se měli vždy snažit navázat vztah s příbuzným pacienta, posoudit jejich zdroje, zátěž a potřeby. Měli by naslouchat jejich zkušenostem, obavám a preferencím. Snahou je podpořit rodinu ve vzájemném sdílení a předání základních informací o nemoci a dostupných zdravotnických službách (Hestmark, Heiervang, Pedersen, 2021).

V současné době je přes 100 randomizovaných studií, které prokazují, že rodinná psychoedukace může v porovnání s obvyklou léčbou redukovat relapsy schizofrenie o 50-60 %. Doporučené postupy Psychiatrické společnosti ČLS JEP zařazují psychoedukaci jak pro první epizodu, tak pro fázi stabilizační a udržovací. V České republice jsou dostupné didaktické materiály v podobě programů PREDUKA a PRELAPSE. Psychoedukační programy vychází z pěti hlavních cílů – edukace o nemoci, léčbě a rehabilitaci; výuka dovedností k řešení problémů a zvládnání krizí; poskytnutí emoční podpory; zmírnit stigmatizaci; pomoc budovat si podpůrné sociální sítě. V rámci reformy psychiatrické péče je snaha o redukcí lůžek a zkracování pobytů v nemocnici. Tím je kladen větší tlak na příbuzné, z nichž se stávají neformální pečovatelé. Snahou psychoedukace je snižovat jejich břímě, posilovat jejich pozitivní postoje a dovednosti a zlepšovat jejich zdravotní stav (Bankovská Motlová, 2019, s. 111-112).

Psychoterapie je významná podpůrná terapeutická metoda využívaná u osob s duševním onemocněním a jejich blízkých. Napomáhá například snižovat úzkosti a obavy, adaptovat se na změnu životních podmínek, vyrovnat se s nemocí člena rodiny a se stigmatizací. Je uskutečňována psychologickými prostředky a může ji vykonávat pouze kvalifikovaný odborník. Základním prostředkem psychoterapie je komunikace a vztah. Terapeutický vztah je založen na důvěře, pocitu bezpečí a blízkosti. Jeho vývoj je závislý na psychoterapeutickém směru, ke kterému se terapeut hlásí (Petr, Marková a kol., 2014, s. 116-117).

V sedmdesátých letech 20. století bylo vytvořeno několik modelů rodinné terapie, které vycházejí ze systematického přístupu. Teoretická východiska se nacházejí v dynamicko-interakční terapii, strukturálních a strategických přístupech a v systemické teorii. Dynamická interakční terapie se zabývá vzájemným chováním v rodině, nápodobou, vzájemným prožíváním, aj. Strategické přístupy pracují s vývojovými fázemi v rodině. Integrovaný přístup se věnuje syntéze předchozích přístupů a jejich redukci. Současná rodinná terapie vychází z toho, že chování má ve vztazích velký význam. V rámci terapie se hledá porozumění pro snahu rodiny a jaký to má vliv na rozvoj symptomatického chování (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015, s. 367).

Není pochyb o tom, že schizofrenie velmi výrazně zasáhne do života rodinných příslušníků. Jak uvádí Petr, Marková a kol. (2014, s. 47), aby byla psychiatrická péče kvalitní a komplexní, „...musí být příbuzné vidět a slyšet, což je velmi obtížné, protože stigma ve společnosti „velí“ duševní nemoc v rodině navenek tajit.“ Proto u nás začaly postupně vznikat svépomocné rodičovské skupiny. Jako první vznikla v roce 2003 obecně prospěšná společnost Sympathea, která prezentuje zájmy a činnosti příbuzenských aktivit v celé ČR. V roce 2005 se pak stala členkou evropské rodičovské organizace EUFAMI. Svépomocné skupiny nabízejí zdroje informací o nemoci, předávání zkušeností s nemocí, ale hlavně jsou zdrojem emoční podpory. Rodina duševně nemocného zde může bez studu sdělovat své starosti a díky vzájemné podpoře se snižuje pocit izolace a osamělosti (Petr, Marková a kol., 2014, s. 46).

Některá psychoedukační setkání rodinných příslušníků organizují psychiatrické instituce. Zde se pak vyprofilují malé svépomocné skupiny, které sdružují lidi s obdobnými problémy. Rodičovské organizace mají rostoucí vliv na zkvalitnění a obohacení péče o jejich příbuzného. Obhajují práva duševně nemocných, lobují na ministerstvu nebo u zdravotních pojišťoven a spolupracují na léčbě s psychiatrem. V řadě výzkumů se ukázalo, že účast

rodiny na péči má rozhodující význam na průběh onemocnění. Hlavním přínosem svépomocných skupin je vzájemné předávání informací a zkušeností a snaha o destigmatizaci všech zúčastněných (Ocisková, Praško, 2015, s. 73).

V rámci podpory blízkých pacientů se schizofrenií byla vydána také celá řada publikací a příruček. Odborníci se v nich snaží vysvětlit onemocnění srozumitelnou formou, aby dokázali lépe zvládat dopady nemoci. Důležitá jsou pro rodinné příslušníky doporučení, jak zvládat komunikaci s pacientem a jak si udržet vlastní duševní zdraví. Například „*Rady pro každý den*“ uvádím v příloze P I (Látalová, Praško, 2012, s. 36). Sami rodiče, kteří si prošli nebo prochází zkušeností pečovatele, se snaží prostřednictvím svého příběhu podporovat ostatní. Některé publikace uvádím v příloze P II (Berg-Peer, 2019, 2020).

## 4 PROFESIONALITA V PRÁCI SESTRY

Profese sestry se řadí mezi pomáhající profese. Sestry pacienty doprovázejí ve zdraví i nemoci, napříč věkovými skupinami, v institucích i v přirozeném domácím prostředí. Jedná se o plnohodnotnou samostatnou profesi, která se řadí dle evropských norem k uznávaným a regulovaným povoláním. Pod pojmem regulované povolání rozumíme takové, které splňuje určité požadavky a předpisy členského státu Evropské unie (EU). Jedná se např. o stupeň a obor vzdělání, bezúhonnost a zdravotní způsobilost (Špirudová, 2015, s. 5).

V současné době je ošetřovatelství založené na samostatnosti sestry a týmové spolupráci s jinými pracovníky. Smyslem je holistický a humanistický přístup, který respektuje lidskou bytost jako celek a vytváří jeho hodnotový systém. Ošetřovatelství je samostatným vědním oborem, který se kromě jiného zabývá reakcí rodiny nebo komunity na problémy spojené s nemocí. K nejdůležitějším ošetřovatelským dovednostem se řadí schopnost navázání vztahu, což sestře umožňuje stanovení priorit a postupů péče (Ministerstvo zdravotnictví, 2021, s. 9-13).

### 4.1 Role a kompetence sester v psychiatrické péči

Sestra má v celém zdravotnickém systému své nezastupitelné místo. Pro výkon povolání jsou vhodnými vlastnostmi zejména empatie, všímavost a komunikativnost s pacienty a jejich blízkými. Sestra by měla být v rozhovoru aktivní, umět naslouchat a používat různé komunikační strategie. Mezi všeobecné dovednosti sesterské profese pak patří schopnost řešit problémy, vytvořit strategii postupu (analytické a komplexní myšlení) a zvládat umění sebereflexe. V rámci komplexního přístupu by neměly zapomínat pečovat o psychiku pacienta a jeho blízkých a na jejich efektivní edukaci (Ministerstvo zdravotnictví, 2021, s. 14, 39).

Kompetence sester v psychiatrické péči jsou uvedeny ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků. Vzhledem k vysoce specializované ošetřovatelské péči je vhodné, aby se do péče zapojovaly všeobecné sestry se specializovanou způsobilostí pro péči v psychiatrii. Tato vyhláška vymezuje pojem vysoce specializovaná ošetřovatelská péče, jako péči poskytovanou pacientům, kteří kromě jiného „*mají patologické změny psychického stavu, jež vyžadují stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí.*“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2021, s. 47).

Petr, Marková a kol. (2014, s. 38, 134) řadí mezi nejdůležitější kompetence sester pečující o pacienty s duševním onemocněním následující. Vyhodnocování potřeb a úrovně soběstačnosti pacientů. Spolu s ním by měla být schopna identifikovat projevy nemoci a její rizikové faktory. Sestra podporuje pacienta při adaptaci na změněné životní podmínky a pomáhá mu v rehabilitaci, např. nácvikem sociálních dovedností nebo tréninkem kognitivních funkcí. Poskytuje mu psychoterapeutickou podporu. Sestra koordinuje spolupráci mezi nemocničními a komunitními službami a spolupracuje s blízkými pacienta. Dále provádí poradenskou činnost a edukaci v oblasti prevence duševního zdraví a v oblasti resocializace. Podle dosaženého vzdělání a zkušeností může sestra vykonávat činnosti v rámci krizové intervence a využívat psychoterapeutické techniky (relaxace). Může poskytovat psychologickou pomoc rodině nemocného. V rámci probíhající reformy psychiatrické péče se stále více zaměřuje pozornost na zvyšování kompetencí sester pracujících na psychiatrii.

#### **4.1.1 Práce sestry v Centru duševního zdraví**

V České republice je komunitní péče pro osoby se závažným duševním onemocněním zajišťována v Centrech duševního zdraví. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, tato centra propojují zdravotní a sociální služby, které fungují na principu multidisciplinarity. Přijetí do péče indikuje lékař lůžkového psychiatrického oddělení nebo ambulanti psychiatr, popřípadě praktický lékař. Pokud pacient splňuje kritéria SMI a funkčního postižení dle škály GAF (Global Assessment of Functioning – skóre méně než 60), je mu na základě konzultace multidisciplinárního týmu přidělen klíčový pracovník – case manager, který jej dále kontaktuje. V případě, že jsou u pacienta v popředí zdravotní problémy, je klíčovým pracovníkem sestra. Pokud dominuje sociální problematika, je jím sociální pracovník (Ministerstvo zdravotnictví, 2021, s. 6).

Pozice case managera vznikla v 70. letech 20. století ve Spojených státech, kdy po uzavření velkých ústavů bylo potřeba propojit odtržená centra duševního zdraví. Úkolem tedy bylo koordinovat péči pro dlouhodobě duševně nemocné pacienty. Model se postupně rozšířil do dalších vyspělých států, včetně ČR. Sestra v roli case managera má na starosti 10-20 pacientů. Po prvotním navázání vztahu s ním sestaví individuální plán péče a podpory a provádí jeho realizaci. V rámci podpory pacienta se zaměřuje na jeho silné stránky a monitoruje dosažené výsledky. Jelikož je péče více soustředěna na přirozené prostředí pacienta, sestra využívány jeho zdroje a sociální síť. Navazuje kontakt s rodinou a snaží se řešit aktuální potřeby. Nejčastěji jde o zajištění kontinuální psychiatrické léčby, řešení

sociálních problémů a nácvik všedních činností. Cílem všech těchto aktivit je stabilizace zdravotního stavu pacientů, zvýšení jejich spokojenosti a snížení zátěže rodin. Tento komplexní přístup pomáhá snižovat délku a počet rehospitalizací a lepší začlenění nemocných i rodin do komunity (Petr, Marková a kol., 2014, s. 134).

Sestra v CDZ se dále podílí na zajišťování těchto základních služeb. **Mobilní služby**, jejichž cílem je v přirozeném prostředí pacientů předcházet stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci. **Krizové služby** jsou určeny jako podpora pacientů při zvládnutí rozvíjející se krize a předcházení hospitalizace (telefonické, ambulantní). **Službami včasné intervence** se sestra podílí na včasné detekci onemocnění s dalším rozvojem SMI. **Pohotovost k asertivnímu vyhledávání** má za cíl dosažení spolupráce s osobou, která se dosud neléčí s vážným duševním onemocněním, jelikož nemají náhled a hůře spolupracují. Součástí je navázání spolupráce s rodinným příslušníkem pacienta. **Denní skupinové nebo individuální služby zdravotní a sociální** jsou orientované na podporu pacientů a jejich sociální rehabilitaci. Sestra tyto služby zajišťuje podle individuálních potřeb pacientů. **Intenzivní krizová služba v místě zařízení CDZ** nabízí možnost celodenního ošetření pacientů při zhoršení zdravotního stavu s rizikem hospitalizace. **Intenzivní intervence v přirozeném prostředí pacienta**, kdy je pacient kontaktován sestrou v jeho přirozeném prostředí. Tato služba předpokládá intenzivní spolupráci s rodinou (Ministerstvo zdravotnictví, 2021, s. 7-10).

## 4.2 Komunikace v práci sestry

Jak už bylo řečeno v předchozí kapitole, mezi nejdůležitější dovednosti sestry patří schopnost komunikace. Je nedílnou součástí všech činností, které provádí. Sestra díky umění komunikace dokáže získat potřebné informace a navodit pocit důvěry u pacienta a jeho blízkých. To je důležité k vybudování terapeutického vztahu. Komunikace může být buď verbální nebo neverbální. Může sloužit k empatickému naslouchání, motivaci, edukaci a rozvoji interpersonálních vztahů. Efektivní komunikační dovednosti sestry umožňují vyhodnocování potřeb pacientů a vykonávání terapeutických intervencí. Pro kvalitní ošetrovatelskou péči je nutné tyto činnosti rozvíjet a udržovat (Plevová a kol., 2019, s. 9).

Verbální komunikace je sdělování slovy a jazykem (mluveným i psaným). Bez jazyka by se nemohly uskutečňovat kognitivní procesy jako myšlení, zdůvodňování a zobecňování. Slova jsou nástrojem k vyjádření myšlenek a pocitů. Jsou ovlivňována zkušenostmi a kulturním vnímáním. Verbální sdělení doplňují paralingvistické znaky jako tón hlasu, rychlost

a hlasitost slovního projevu nebo přízvuk a správná výslovnost. Tyto projevy mnohdy ovlivňují posluchače víc než samotné sdělení. Mezi verbální dovednosti patří umění klást otázky, schopnost motivovat, dovednost objasňovat, schopnost projevit porozumění, aj. Sestra by se při svém sdělení měla zaměřit na dodržování několika základních pravidel – jednoduchost, uspořádanost, stručnost, zřetelnost, podnětnost, vhodné načasování a adaptabilita (Plevová a kol., 2019, s. 39).

Neverbální komunikace neboli mimoslovní, je často označována jako řeč těla. Tvoří doprovod slovní komunikaci a zprostředkovává informace o emocích, potřebách, záměrech, postojích a myšlenkách jedince. Pro sestru mají neverbální projevy větší význam než verbální sdělení. Mezi způsoby neverbální komunikace patří haptika (komunikace dotekem), kinezika (komunikace pohybem), mimika (komunikace výrazem obličeje), gestika (komunikace gesty), vizika (komunikace pohledem), posturika (komunikace postojem a polohou těla), proxemika (komunikace udržováním určité vzdálenosti), teritorialita (komunikace prostorem) a chronemika (zacházení s časem). Způsobem neverbální komunikace je také úprava zevnějšku nebo pomocí předmětů (dekorace prostoru, dary). Neverbální projevy jsou ovlivněny kulturním, sociálním a rodinným prostředím (Plevová a kol., 2019, s. 78).

V každé komunikaci hraje roli obsah rozhovoru a vztah komunikujících. Tím, jak s člověkem mluvíme, ho vždy ovlivňujeme. To je důležité si uvědomit zejména ve vztahu s pacientem, který je vlivem náročné životní situace citlivý na styl naší komunikace. Svým chováním můžeme působit buď terapeuticky nebo mu naopak ublížit. Základem je důvěra a vzájemná úcta, které pomohou navodit bezpečné prostředí. Takto nastavený vztah umožňuje pacientovi hovořit o svých potřebách a pocitech. Známkou profesionálního přístupu je umění poskytnout nemocnému náležitou podporu ke zvládnutí úzkostí a stresu, které nemoc přináší. Komunikační dovednosti mají vliv na chování pacienta v průběhu léčby a na celkovou míru spokojenosti s poskytovanou péčí. Vychází se přitom z poznatků, že ke komplexnímu léčebnému přístupu patří také odstraňování psychických obtíží (Bednařík, Andrášiová, 2020, s. 24, 164).

#### **4.2.1 Specifika komunikace s pacientem s duševním onemocněním**

Podle Kučerové (2013, s. 141-142) a Petra a Markové a kol. (2014, s. 174, 122) existují prostředky komunikace, které mohou zlepšit pacientův celkový zdravotní stav. Jedná se o psychoterapii, která je pro osoby s duševním onemocněním významnou terapeutickou

metodou. Vlastní psychoterapii může vykonávat pouze kvalifikovaný odborník, ale její základní formu provádějí během výkonu profese všichni zdravotničtí pracovníci, aniž si to mnohdy uvědomují. Tento psychoterapeutický přístup má za cíl vést pacienta k aktivní spolupráci a motivovat k pozitivnímu řešení problému. K dosažení cíle může sestra využívat psychologické prostředky, kterými se snaží zmírnit nebo předcházet nežádoucím stavům, jako je nadměrná úzkost, obavy a neklid. Měla by ho podporovat v osamostatnění a posilovat v převzetí zodpovědnosti. Tyto prostředky musí používat vždy individuálně podle potřeby každého pacienta. V období nemoci je každý člověk více zranitelný a potřebuje psychickou podporu. O to víc, pokud se léčí s duševním onemocněním.

Základem přístupu sestry k pacientovi s duševním onemocněním by měla být jeho podpora, akceptace, pravdivost, vřelost a podporování naděje na změnu. Pacient by měl ze strany sestry cítit respekt a úctu, že jej vnímá jako plnohodnotnou bytost. Sestra by měla být sama sebou a být upřímná, aby její slova a jednání nebyla pro pacienta v rozporu. Další důležitou součástí psychoterapeutického přístupu je porozumění na základě empatie a vztahu mezi pacientem a sestrou. Je dobré také porozumět psychosociálním vlivům, které ovlivňují jeho nemoc. Zájem o pacienta vede k prohlubování porozumění a posiluje jeho důvěru a pocit blízkosti k sestře. V tomto směru jsou na sestru kladeny velké požadavky. Měla by být schopna ovládat své postoje a udržet hranice empatického porozumění, aby nedošlo ke ztotožnění s pacientem. I proto je důležité, aby sestra neustále rozvíjela své komunikační dovednosti a schopnost sebereflexe (Petr, Marková a kol., 2014, s. 122).

Efektivní komunikace s pacienty se schizofrenií znamená vědět kdy, co a jak komunikovat. Před každým rozhovorem je třeba odhadnout, kolik času bude potřebovat, než se uklidní. Pokud se vyskytne víc problémových oblastí, je nutné je řešit postupně. Pro pacienta je velice důležité povzbuzování, kterým mu dáváme najevo důvěru a oceňujeme jeho úsilí. Příkladem mohou být věty jako „*Já vím, že to uděláte dobře.*“ nebo „*To muselo dát hodně práce.*“ (Látalová, Praško, 2012, s. 39-41).

Velmi náročná je komunikace s pacientem v akutním psychotickém stavu způsobeném např. schizofrenií nebo deliriem, které mohou u pacienta vyvolat agresivní chování. Obtížný je také kontakt s pacientem v těžké depresi, který svých chováním ohrožuje zejména sám sebe. V těchto případech je důležité dodržovat v rozhovoru několik zásad:

- zachovat vlastní klid,
- mluvit klidným, vyrovnaným hlasem,



- používat krátké, srozumitelné věty a ujistovat se, že jim pacient rozumí,
- důležité informace několikrát opakujte,
- nepouštět se do zbytečných konfrontací,
- vyjádřit nesouhlas s jeho chováním,
- naslouchat pacientovi, věřit mu všechny jeho pocity,
- ubezpečit ho o naší snaze mu pomoci,
- pacienty v těžké depresi nenutíme k většímu hovoru,
- zmapovat jeho suicidální myšlenky,
- pacientovi nikdy neradíme, co má dělat, pouze nabídneme varianty řešení,
- rozhodnutí o dalším postupu je vždy na pacientovi.

Profesionální a sebejistý přístup sestry může dopomoc ke zvládnutí krizové situace. Sestra musí vhodně přizpůsobit i svou neverbální komunikaci:

- v kontaktu s pacientem se vyvarovat náhlým a nečekaným pohybům,
- uvědomit si své vlastní prožitky a mít pod kontrolou své neverbální projevy (zaťaté pěsti, ruce v bok),
- při vzájemném kontaktu udržovat odstup,
- nikdy s pacientem nezůstávat o samotě,
- umožnit pacientovi kontakt s lékařem.

U pacientů se schizofrenií se může sestra setkat s různými projevy neklidu a agrese. Jejím úkolem je včasné rozpoznání signálů a zavést taková opatření, aby byla zajištěna bezpečnost jak pro pacienta, tak pro jeho okolí (Petr, Marková a kol., 2014, s. 171).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 METODIKA

Vzhledem k charakteru zkoumaného problému byla zvolena metoda kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum je podle Olecké, Ivanové (2010, s. 33) definován jako *„nenumerné šetření a interpretace sociální reality, přičemž jeho cílem je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím. Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz a teorií.“* Jedná se o analýzu textů, které vedou k porozumění zkoumaných fenoménů. V ošetrovatelství je tento výzkum upřednostňován. Vychází to z holistického přístupu k člověku, který vnímá jedince v jeho bio-psycho-sociální jednotě (Kutnohorská, 2009, s. 20).

Kvalitativní výzkum umožňuje badateli poznat širší kontext jevů v přirozeném prostředí. Sběr dat probíhá na místech, která mají pro výzkumníka ustálený smysl. Data mají charakter textu, který je pak dále přeformulován do jiných textů, které se stávají případovými studii a životními příběhy. Kvalitativní výzkum je časově velmi náročný, vyžaduje od badatele vědomosti a dovednosti. Musí mít cit pro analýzu velkého množství nasbíraných informací a umět vyhodnotit, které jsou vhodné (Kutnohorská, 2009, s. 23).

Zkoumaná problematika se díky kvalitativnímu výzkumu studuje velmi podrobně a do hloubky. Informace jsou získávány od menšího počtu jedinců. Sbírají se všechna data, o jejich redukci rozhoduje pouze výzkumník. Dalším zkoumáním těchto dat se mezi nimi hledá nějaká pravidelnost a struktura. Typické pro tento výzkum je také tzv. idiografický přístup, který zkoumá zvláštní, jedinečné a neopakující se jevy. Snaží se popsat sociální skutečnost pomocí pojmů, které jsou jedinečné pro daného jedince nebo společenství (Olecká, Ivanová, 2010, s. 33-34).

Na začátku výzkumu je potřeba si stanovit předmět zájmu a co bude naším cílem. Je důležité se v průběhu celé práce držet zvoleného vědeckého paradigmatu. To je potřeba správně pojmenovat a popsat. V rámci zvoleného paradigmatu se navrhnou vhodná kritéria pro posuzování výzkumného nálezu, procesu a závěrečné zprávy. Je třeba si také ujasnit kritéria při výběru participantů a jakým způsobem se bude chránit jejich soukromí. Dalším krokem je popis výzkumné metody, techniky a zamýšlené procedury analýzy dat. Výzkumník si musí také uvědomit, že kvalitativní výzkum nemá standardizované postupy a stanovené plány se mohou průběžně měnit (Olecká, Ivanová, 2010, s. 36-37).

Správný výběr metody a techniky klade na výzkumníka velké nároky na jeho teoretické znalosti. Je potřeba znát jejich zásady, smysl a způsoby aplikace. Během výzkumu je třeba

dbát na zásady slušného chování a je třeba požádat o písemné souhlasy všechny zainteresované osoby a pracoviště. Nedílnou součástí každého výzkumu jsou etické otázky. Je důležité, aby badatelé nesledovali své zájmy na úkor zájmů participantů. „*Výzkum, který pracuje s lidmi, musí respektovat etické principy úcty k jednotlivci, prospěšnosti, spravedlnosti a zachování důstojnosti člověka.*“ (Kutnohorská, 2009, s. 57, 97).

## 5.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části je zmapovat úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinou pečující o nemocného se schizofrenií. K dosažení cíle pomohou tyto výzkumné otázky (VO):

VO 1: Jaké jsou možnosti zapojení rodiny sestrou do péče o nemocného se schizofrenií?

VO 2: Jaký je postoj rodiny ke spolupráci se sestrou?

Ochrana (2019, s. 30) formuluje výzkumnou otázku jako transformaci vědeckého problému do podoby dotazu. Správně formulovaná otázka pomáhá hledat odpovědi.

## 5.2 Charakteristika participantů

V kvalitativním výzkumu si badatel volí takový vzorek participantů, který mu umožní co nejlépe prozkoumat otázky vztahující se ke stanovenému cíli. Jedná se o záměrný výběr (Kutnohorská, 2009, s. 25).

Pro potřeby bakalářské práce byly stanoveny dvě kritéria pro výběr participantů:

- Musí být osobou pečující o nemocného se schizofrenií.
- Nemocný se musí léčit v Centru duševního zdraví Přerov minimálně 1 rok.

Hlavním kritériem bylo nalezení participanta, který pečuje o nemocného se schizofrenií. Takto lze vymezit skupinu osob, která má zkušenosti s péčí o nemocné se závažným duševním onemocněním. Druhé kritérium se vztahuje k délce léčby příbuzného v Centru duševního zdraví Přerov. Nemocný musí do tohoto zařízení docházet minimálně 1 rok. Kritérium pomůže specifikovat ty participanty, kteří již nějaký čas spolupracují se sestrou v rámci této organizace.

Kvalitativní výzkum byl realizován v Centru duševního zdraví Přerov (CDZ). S výběrem participantů souhlasili všichni členové multidisciplinárního týmu. Toto zařízení bylo zvoleno z důvodu specializace na léčbu závažných duševních chorob. Sestra je zde součástí týmu a v rámci svých činností má navýšené kompetence v oblasti spolupráce s rodinou.

Pro výzkumný vzorek bylo osloveno 6 rodinných příslušníků, 1 muž a 5 žen. Ve všech případech se jedná o rodiče. Vybraní účastníci s rozhovorem souhlasili a byli seznámeni s cílem výzkumu.

Níže jsou v souhrnné tabulce uvedeny základní údaje o participantech, kteří jsou pro potřeby bakalářské práce označeni čísly 1-6 (P 1 - P 6).

Tabulka 1 Účastníci výzkumu

Kód participanta	Vztah k nemocné osobě	Délka léčby v CDZ
P 1	otec	4 roky
P 2	matka	6 let
P 3	matka	4 roky
P 4	matka	7 let
P 5	matka	3 roky
P 6	matka	7 let

### 5.3 Techniky výzkumu

Pro naplnění cílů bakalářské práce byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor patří mezi nejčastěji používaný způsob získávání informací a je nejvýhodnější technikou kvalitativního výzkumu. Rozhovor v rámci ošetrovatelského výzkumu slouží ke zmapování životních osudů jednotlivce v nemoci a života s nemocí. V této práci byl použit polostrukturovaný rozhovor, který má přesně určené závazné schéma. Obvykle jsou předem stanovené okruhy otázek, jejichž pořadí lze při dotazování měnit. Některé okruhy dávají větší volnost tazateli, jiné mohou mít plně strukturovanou formu. Je možné klást doplňující otázky, abychom téma rozpracovali do hloubky. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je jeho kreativita (Kutnohorská, 2009, s. 39-40).

Na začátku rozhovoru je důležité, aby byl výzkumník taktní a dokázal navodit atmosféru důvěry. Na těchto schopnostech závisí celkový úspěch rozhovoru. Je dobré, aby výzkumník podporoval zkoumané osoby ve vyprávění a byl dobrým posluchačem (Olecká, Ivanová, 2010, s. 38).

Na základě konzultace s vedoucím práce byly sestaveny rozhovorové otázky, které byly koncipovány tak, aby se vztahovaly ke dvěma výzkumným otázkám. Úvodními otázkami jsou položky 1-5, které jsou formulovány jako identifikační. Slouží k ověření, zda vybraní participanti splňují nastavená kritéria. Celkem bylo sepsáno 15 otázek.

Otázky 1-8 se vztahovaly k výzkumné otázce: **Jaké jsou možnosti zapojení rodiny sestrou do péče o nemocného se schizofrenií?**

1. Jak byste charakterizoval/la současnou spolupráci se sestrou při péči o Vašeho blízkého?
2. Spatřujete nějaké překážky, komplikace v podílení se na péči o Vašeho blízkého?
3. V jakých oblastech byste se chtěl/la podílet na péči o Vašeho blízkého?
4. V jakých oblastech byste se nechtěl/la podílet na péči o Vašeho blízkého?
5. Jaké jsou Vaše zdroje informací o problematice duševních chorob?
6. Měl/a byste zájem účastnit se edukace sestrou? Jaké téma by Vás zajímalo?
7. Můžete popsat, jakým způsobem využíváte informace od zdravotnického personálu?
8. Co by Vám pomohlo rozšířit si informace o onemocnění?

Otázky 9-15 směřovaly k výzkumné otázce: **Jak vnímá rodina spolupráci se sestrou?**

9. Jakým způsobem probíhal první kontakt se sestrou?
10. Jakým způsobem s Vámi sestra konzultuje péči o Vašeho příbuzného?
11. Jak často s Vámi sestra konzultuje péči o Vašeho blízkého?
12. V jaké situaci jste využil/a telefonickou konzultaci se sestrou?
13. Jak jste spokojen/a se způsobem komunikace ze strany zdravotnického personálu?
14. Máte dojem zájmu o Vaši situaci ze strany sestry?
15. Jaký vidíte přínos ve spolupráci se sestrou pro nemocné s duševním onemocněním?

#### **5.4 Charakteristika rozhovoru**

Otázky do rozhovoru byly koncipovány tak, aby výpovědi participantů přinesly odpovědi na dvě výzkumné otázky. Rozhovory s participanty byly dále zpracovány, přepsány a následně kategorizovány. Místo rozhovoru bylo zvoleno individuálně podle přání participantů. Jeho délka nepřesahovala 50 min. Otázky byly otevřené a v průběhu rozhovoru se přizpůsobovaly dotazovanému. Většina dotazovaných s odpověďmi neměla problém, občas bylo potřeba použít doplňující otázku.

##### **Průběh rozhovorů:**

**P 1** – otec 71 let pečující o syna 39 let (23 let léčen s dg. schizofrenie). S participantem proběhlo setkání v kavárně. Toto neutrální prostředí bylo zvoleno na jeho žádost. Sděloval obavy, že by se syn o naší schůzce dozvěděl a mohl ji negativně vyhodnotit. V úvodu měl participant potřebu stručně popsat synův příběh a jeho aktuální psychický stav. Bylo znát, že se na setkání předem připravoval. V návaznosti na to byly pokládány připravené otázky.

Jedna otázka (č. 2) musela být blíže specifikována, ostatním participant porozuměl bez potíží. Setkání proběhlo v přátelské atmosféře.

**P 2** – matka 62 let pečující o syna 41 let (23 let léčen s dg. schizofrenie). S participantem bylo skutečně setkání v prostorách CDZ. Rozhovor plynul přirozeně, všechny otázky byly srozumitelné. U dvou otázek byla použita doplňující otázka (č. 3, 5). Participant byl po celou dobu pozitivně naladěný, což korespondovalo s aktuálně stabilizovaným psychickým stavem jejího syna.

**P 3** – matka 67 let pečující o syna 40 let (4 roky léčen s dg. schizofrenie). Setkání s participantem proběhlo v prostorách CDZ. Všechny otázky byly srozumitelné, byla použita jedna doplňující otázka (u otázky č. 4). Odpovědi byly jasné, participant neodbíhal od tématu. V průběhu rozhovoru byly několikrát participantem verbalizovány pocity smutku a beznaděje ze špatného psychického stavu syna. Dána podpora.

**P 4** – matka 73 let pečující o syna 52 let (33 let léčen s dg. schizofrenie). Výzkumné šetření proběhlo v prostorách CDZ. Participant sdílel svůj zájem o výzkum, který si spojil s výletem do města. S odpovědi na žádnou otázku neměl problém. U otázky č. 15 byly použity dvě doplňující otázky. Vzhledem k dlouholeté zkušenosti s nemocí syna byl z rozhovoru cítit nadhled a celkový klid při zvládnání péče.

**P 5** – matka 65 let pečující o syna 41 let (5 let léčen s dg. schizofrenie). Setkání v rámci výzkumného šetření proběhlo v přirozeném prostředí participanta. U žádné otázky nedošlo k zaváhání, vše bylo srozumitelné. Odpovědi byly jasné, nebylo třeba použít doplňující otázky. Rozhovor se nesl v důvěrné atmosféře, participant sdílel někdy velmi osobní informace. Setkání mělo nádech zoufalství a rezignace nad neuspokojivým a kolísavým psychickým stavem syna. Po zodpovězení všech výzkumných otázek byl dán prostor na ventilaci pocitů.

**P 6** – matka 73 let pečující o syna 45 let (od mládí léčen pro jinou duševní poruchu, 7 let s dg. schizofrenie). S participantem proběhlo setkání v prostředí CDZ. U žádné otázky nedošlo k zaváhání, nebylo třeba použít doplňující otázku. U některých odpovědích participant zacházel do detailů, rozhovor bylo třeba vracet k tématu. Patrná ventilační potřeba. I přes zátěž, kterou participant každý den podstupuje, bylo cítit energii její osobnosti a sílu do dalších dnů.

## 5.5 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo prováděno s rodinnými příslušníky, kteří pečují o nemocného se schizofrenií. Dotazování byli osloveni v průběhu února a března 2023. Byli seznámeni s anonymitou získaných dat a jejich využitím pouze za účelem bakalářské práce. Všichni podepsali informovaný souhlas s výzkumem (uveden v příloze P III).

Oslovení participantů byli kontaktováni svou klíčovou pracovnící na základě souhlasu multidisciplinárního týmu. Rozhovor byl realizován po předešlé telefonické domluvě, kdy byl upřesněn čas a místo setkání. Ve čtyřech případech byl realizován v prostorách CDZ, jedenkrát v domácím prostředí a v jednom případě v kavárně. V úvodu setkání byli participanté informováni o nahrávání rozhovoru pro účely dalšího zpracování bakalářské práce. Byli ubezpečeni o anonymitě zpracování získaných dat.

## 5.6 Zpracování získaných informací

Závěry kvalitativního výzkumu mají podobu závěrečné zprávy psané narativním způsobem. Narace je výklad problému ve formě vyprávění. Při zpracování výsledků je nezbytné držet se základního cíle, který byl na začátku výzkumu stanoven. Pracujeme pouze s těmi informacemi, které se nám podařilo získat. Závěrečná zpráva by měla obsahovat zhodnocení teoretických východisek a vhodnosti zvolených metod a technik (Kutnohorská, 2009, s. 58-59).

Důležité informace jsou získány na základě analýzy obsahu. Prvním krokem je kategorizace dat. Po přečtení celého textu se hledají pojmy, které jsou přiřazeny k jednotlivým událostem nebo jevům. Následně jsou stanoveny kategorie. Jejich pojmenování vznikne na základě podobnosti pojmů v jednotlivých odpovědích při jejich vzájemném porovnávání. Tento proces se nazývá kódování (Olecká, Ivanová, 2010, s. 39). Podle Kutnohorské (2009, s. 66) „*Během tohoto procesu jsou zvažovány a zkoumány naše vlastní i cizí domněnky o jevu, což vede k novým objevům.*“

Na základě prostudované odborné literatury byl stanoven teoretický rámec, na jehož podkladě byly vyvozeny výzkumné otázky. Pro potřeby tohoto výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Pro zajištění autentičnosti byly rozhovory nahrávány do mobilního telefonu a následně doslovně přepsány do textového souboru na počítači. Analýzou rozhovorů byly vytvořeny kategorie, které vznikaly opakovaným čtením odpovědí a vyhledáváním společných jevů. Na základě shody pak vznikaly kódy, které byly následně



přřazeny k dané kategorii. Všechny rozhovorové otázky směřují k jednotlivým výzkumným otázkám. Členění kategorií a kódů je uvedeno v tabulce č. 2. Zpracování jednotlivých odpovědí je zapsáno v tabulce č. 3-10. Tabulky jsou následně ohodnoceny komentářem, shrnující nejdůležitější fakta. S ohledem na anonymitu rozhovoru jsou participanti označeni P 1 - P 6. Odpovědi participantů v tabulkách jsou upraveny pro potřeby výzkumu tak, aby jejich význam nebyl změněn.

## 6 VÝSLEDKY

Tato kapitola bakalářské práce prezentuje výsledky a interpretaci nasbíraných dat. Vysvětluje kódování získaných informací ve vztahu k výzkumným otázkám. Výstupem výzkumu je odpověď na hlavní cíl: **Jaká je úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinou pečující o nemocného se schizofrenií.**

Na základě kvalitativního výzkumu bylo technikou otevřeného kódování vytvořeno 8 kategorií. Text je rozdělen do podkapitol ve vztahu k jednotlivým výzkumným otázkám. V úvodu každé z nich jsou analyzovány stanovené kategorie a jednotlivé odpovědi. Na konci je uvedeno shrnutí výzkumné otázky.

Tabulka 2 Kategorie výzkumu

Kategorie	Kódy
<b>VO 1: Jaké jsou možnosti zapojení rodiny sestrou do péče o nemocného se schizofrenií?</b>	
Otázky č. 1-8	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aktuální potřeby rodiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pomoc, zatnout zuby, dát pozor, vědět, víc zapojit, motivovat, trochu brzdit, zajímat se, podílet se, podporovat, mít svůj klid</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Překážky v péči</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jeho bio režim, psychické potíže, nespokojenost, už jsem starý, jiné politické názory, únava z práce, nespolečnost, z jeho strany, žádné překážky, zkušenost z minulosti, nedůvěra v něj, nesamostatnost, problém s partnerem, zneužívání péče</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intenzita spolupráce se sestrou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>V krizových situacích, přínosná, vysoká úroveň, prospěch, informace</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Zdroje informací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Knížka, přednášky v léčebně, rodičovská skupina, psycholog, sestra, lékař, od známých, vlastní</li> </ul>

	zkušenosti, časopisy, internet, samostudium, letáčky
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zájem o edukaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mám dostatek informací, reakce organismu na injekci, čerpám z vlastních zkušeností, práce se vztahy, už jsem to s ním vzdala, hospodaření s penězi, aktuální témata</li> </ul>
Kategorie	Kódy
<b>VO 2: Jak vnímá rodina spolupráci se sestrou?</b>	
Otázky č. 9-15	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Možnosti kontaktu se sestrou</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Telefonicky, krizová linka, v CDZ, rodičovská skupina, v domácím prostředí, krizová situace</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spokojenost s komunikací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zpětná vazba, sdílení, podpora, naslouchání, aktivní, spokojenost, konzultace</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vnímání role sestry</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Umožněn kontakt, trpělivost, schopnost naslouchat, otevřenost, důvěra, odbornost, podpora, empatie, zájem, obrovský význam, zdroj změny</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pomoc v krizové situaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Velké krize, paranoidní myšlenky, hlasy, psaní stížností, sebevražedné myšlenky, strach, potřeba kontroly, cítil se špatně, nezvládání zátěžových situací, vznětlivost, problém s náhledem na nemoc</li> </ul>

## **6.1 Interpretace výzkumné otázky 1**

V této podkapitole se věnujeme analýze odpovědí ve vztahu k první výzkumné otázce: **Jaké jsou možnosti zapojení rodiny sestrou do péče o nemocného se schizofrenií?** Cílem této otázky je vymežit oblasti, v jakých může sestra podpořit rodinné příslušníky v péči o svého blízkého.

### **6.1.1 Kategorizace výsledků rozhovoru**

#### **Aktuální potřeby rodin**

Tato kategorie se zaměřovala na aktuální potřeby pečujících. Patří sem otázky zaměřující se na mapování oblastí péče, do kterých by se ochotně rodina zapojila. Dále pak otázky na oblasti, ve kterých by se už rodina na péči podílet nechtěla. Tímto lze vymežit prostor pro vhodné intervence ze strany sester.

#### **Překážky v péči**

V této kategorii jsme se zaměřovali na existenci překážek ztěžujících participantům péči o jejich blízkého. Zajímá nás pohled na samotné příznaky duševního onemocnění, které jsou u každého nemocného jiné a také jinak ovlivňují chod celé rodiny.

#### **Intenzita spolupráce se sestrou**

V této kategorii nás zajímal názor na aktuální spolupráci se sestrou. Na základě otázek jsme zjišťovali, zda jim vyhovuje nastavený způsob práce sester. Výhodou CDZ je, že sestra může za pacientem vyjet do domácího prostředí. Pacient i jeho rodina mohou využívat jak normální telefonický kontakt se sestrou, tak i pohotovostní v případě náhlé krize.

#### **Zdroje informací**

Participantů byli v této kategorii dotazováni na zdroje, ze kterých čerpají informace o problematice duševních chorob. Zahrnujeme zde i otázku na to, jakým způsobem pracují s informacemi od zdravotnického personálu. Dále nás zajímá, zda by jim něco pomohlo rozšířit si informace o onemocnění.

#### **Zájem o edukaci**

Tato kategorie zjišťuje, zda by měli rodiče zájem účastnit se edukace sestrou a jaké téma by je zajímalo. Sestra má v této oblasti možnost vysvětlit potřebná témata srozumitelnou formou, a to podle individuálních potřeb participantů.

### 6.1.2 Rozhovory

Pro přehlednost prezentovaných rozhovorů, byly jednotlivé odpovědi participantů ve vztahu ke kategoriím rozděleny do následujících tabulek.

Tabulka 3 Aktuální potřeby

Participant	Odpovědi participantů
P 1	<i>„On, když je v psychicky labilních situacích a řeknu mu, že potřebuji pomoc, mi řekne, „Udělej si sám.“ Já musím zatnout zuby.“</i>
P 2	<i>„Musíme dát pozor, aby měl mobil a měl ho nabitý. Víte, abychom věděli, kam jde.“</i>
P 3	<i>„Chtěla bych, aby se víc zapojil. Nevím, jak ho motivovat, aby v CDZ vydržel déle. Možná bych se měla já trochu brzdit, že ho možná moc diriguju. Uvědomila jsem si, že to nechat víc na něm, nevstupovat mu do toho.“</i>
P 4	<i>„Jako priorita je u nás, abychom se zajímali o nějaké bydlení pro syna. Až jeden z nás třeba nebude moc, tak se budeme muset víc podílet na péči.“</i>
P 5	<i>„Kdyby syn souhlasil, tak bychom ho rádi podporovali. Chtěli bychom, aby si našel práci.“</i>
P 6	<i>„Pro mě je to náročný, taky bych chtěla mít svůj klid. Nechtěla bych kolem něho dělat nic, ale to se nedá. Potřebovala bych, aby se o sebe víc staral.“</i>

**Komentář:** Z odpovědí participantů je patrné, že se snaží přizpůsobovat potřebám nemocných. Participant 1, 3 a 6 se shodují na tom, že by byli rádi, kdyby se jejich příbuzný více zapojil do domácích prací. Participant 4 a 5 mají v popředí zájmu budoucnost svých synů. Další odpověď se vztahovala k potřebě jistoty a bezpečí, když je syn mimo domov. Důvodem je negativní zkušenost z minulosti.

Tabulka 4 Překážky v péči

Participant	Odpovědi participantů
P 1	<i>„Třeba jeho bio režim, je pro mě zatěžující. Jakási jeho vnitřní nekázeň a nespokojenost. On pořád opakuje stejné věci, stejné myšlenky, několikrát denně. Je těžké ho přinutit k nějaké potřebné domácí práci. Já už jsem starý. Má takové zcestné ideály. Má jiné politické názory.“</i>
P 2	<i>„Nejsem si ničeho vědoma.“</i>
P 3	<i>„Tam jde o to, že nechce navazovat kontakty. Kdyby lépe spolupracoval. Takže ta překážka je z jeho strany. Nemá takovou důvěru k lidem a pořád se ptá „Proč“. Myslím si, že to ještě nepochopil, neuvědomil si svou nemoc.“</i>
P 4	<i>„Žádné překážky nevidím. To bylo dřív. Zkoušeli jsme, aby si chystal léky, ale to nešlo. U nás je právě otázka, že my jsme s manželem už dosti staří. On nebude schopný žít sám.“</i>

P 5	<i>„On nám to stěžuje sám. Člověk se bojí někam jet, protože má takové výkyvy. Nedá se mu věřit, není schopný žít sám. Já myslím, že už na něm nic nezměním. Nemůžeme ho donutit.“</i>
P 6	<i>„On doma nic nedělá. Neumí zapnout ani sporák. Bojí se, že bychom vyhořeli. Nevím, jak ho to naučit. Tam je problém hlavně s mým partnerem. Pro mě je to náročný. Někdy té péče zneužívá. Já tu pořád nebudu.“</i>

**Komentář:** Kromě dvou participantů (P 2 a P 4), kteří aktuálně nevidí žádné překážky v péči o svého blízkého, se ostatní shodli na tom, že největší obtíže jim činí samotné příznaky duševního onemocnění. Většina se také shodla na tom, že jsou jejich příbuzní nesamostatní a verbalizovali obavy z jejich budoucnosti.

Tabulka 5 Intenzita spolupráce se sestrou

Participantí	Odpovědi participantů
P 1	<i>„Intenzivní není, jen v krizových situacích. Využil jsem telefonického kontaktu, abych dostal radu, co v kritické situaci dělat. Pomohlo mi, že jsem na to nebyl sám.“</i>
P 2	<i>„Je to vysoká úroveň péče. Nejsme na to sami, vždycky máme možnost zavolat. Jsme spokojeni maximálně, jsme skoro jako rodina.“</i>
P 3	<i>„Určitě ze strany sestřičky je aktivita výborná, stará se o syna. Já jsem s ní v kontaktu jen, když se něco řeší.“</i>
P 4	<i>„Je to výborné. Návštěva je pro syna vzpruha, zlepší se mu nálada. Sestřička se poptá na aktuální informace a pak doporučí nějaký postup.“</i>
P 5	<i>„Mám dobré zkušenosti se sestřičkou. Když jí volám, pomůže mi vyřešit nějaký aktuální problém.“</i>
P 6	<i>„Sestřičky se snaží poradit, nějak syna motivovat. Posledně mi moc hezky vysvětlila, co je ataka. Když mě něco zajímá, já se poptám. Sestřičky mi vždycky poradí, hledají nápady, pořád se snaží. Spolupráce je vynikající.“</i>

**Komentář:** Participantí se shodli na tom, že si velmi cenní spolupráce se sestrou. Vyzdvihují zejména možnost telefonického kontaktu v krizových situacích. Všichni mají zkušenost s odbornou erudicí sestry.

Tabulka 6 Zdroje informací

Participanti	Odpovědi účastníků
P 1	<i>„Za prvé mám knížku o psychiatrii a za druhé jsem jako duchovní absolvoval přednášku v Brně. Vedla ji známá psychiatrická. Jedenkrát za měsíc chodím na rodičovskou skupinu. Vidím v tom velký prospěch. Je tam psychologka a sestra, které můžou říct zkušenosti z druhé strany. Alespoň dvakrát třikrát jsem mluvil s psychiatrickou mého syna.“</i>
P 2	<i>„Ze začátku to byly knížky, které jsme si sami sháněli přes internet nebo od známých. Ti nám taky říkali své zkušenosti s péčí o nemocného v rodině. Chodím na rodičovskou skupinu, kde probereme potřebné věci. Hodně čerpám z vlastních zkušeností.“</i>
P 3	<i>„Ještě, když byl v léčebně, tak tam probíhaly přednášky pro rodiče. Byly hodně zajímavé. Jinak se dívám na internetu. Z časopisů jsem si třeba něco vystřihovala a schovávala. V CDZ mi pomáhá rodičovská skupina. Určitě je dobré samostudium nebo letáčky o nemoci. Informace dostávám také od sestřičky a lékaře.“</i>
P 4	<i>„Jsme dobře vybaveni ještě z léčebny, dostali jsme dostatek publikací. Taky si něco vyhledávám na internetu nebo si vypůjčuji knížky. Hodně si tak nějak aktivně hledám sama od sebe. Chodím na rodičovskou skupinu, kde dostáváme dostatek informací. Často se ptám i sestřičky nebo lékaře.“</i>
P 5	<i>„Tak něco jsem si načetla na internetu a něco jsem se dozvěděla na rodičovské skupině. Se sestřičkou řeším aktuální problémy.“</i>
P 6	<i>„Já jsem dobře informovaná. O schizofrenii jsem studovala na internetu. Něco mi vysvětlila sestřička. Taky se ptám lékařů.“</i>

**Komentář:** Analýzou odpovědí bylo zjištěno, že jsou všichni účastníci o schizofrenii dobře informováni. Ve vyhledávání zdrojů jsou velmi aktivní. Shodují se na tom, že má pro ně velký přínos rodičovská skupina. Na počátku nemoci jim pomohly přednášky v psychiatrické nemocnici.

Tabulka 7 Zájem o edukaci

Participanti	Odpovědi účastníků
P 1	<i>„Stačí to téma, které se na dané schůzce otevře. Informace mám dostatečné. Vím, na čem jsem. Možná by mě zajímala ta injekce, jak na ni tělo reaguje.“</i>
P 2	<i>„Myslím, že ani ne. Všechno potřebné probereme na setkání. Nemám problém se na cokoli zeptat. Mám vždy prostor na téma, které mě trápí. Mám také dost zkušeností, hodně jsme toho už zažili a naučili se.“</i>
P 3	<i>„Ráda bych řešila ty vztahy, aby se s někým stýkal. Taky, aby se zlepšili vztahy s jeho bratrem.“</i>
P 4	<i>„Nemám nějakou potřebu, syn už je dlouho nemocný. Mám dostatek informací.“</i>
P 5	<i>„Ani ne. Hodně věcí jsem už se synem vzdala. Myslím, že už si žádné informace rozšiřovat nebudu. Spíš bychom potřebovali poradit, jak ho naučit hospodařit s penězi.“</i>

P 6	<i>„Spíš mě zajímají aktuální témata, která probíráme na schůzkách. Takhle dopředu nic nepotřebuji. Nové informace mi nepomůžou. Synův svět je uzavřený, tam už nepomůže nic.“</i>
-----	--

**Komentář:** Z šesti participantů vyslovili zájem o edukaci sestrou tři (P 1, 3, 5). Jedná se o témata: účinek injekce, práce se vztahy a hospodaření s penězi. Všichni participanté se zároveň shodli na tom, že mají dostatek vlastních informací a zkušeností a nemají větší potřebu se dozvídat něco nového. Většina z nich si vystačí s informacemi v rámci běžného setkání se sestrou.

## 6.2 Interpretace výzkumné otázky 2

Tato podkapitola analyzuje výsledky odpovědí vztahujících se k druhé výzkumné otázce: **Jak vnímá rodina spolupráci se sestrou?** Cílem je vydefinovat postoj rodiny k intervencím ze strany sestry.

### 6.2.1 Kategorizace výsledků rozhovoru

#### Možnosti kontaktu se sestrou

Tato kategorie vznikla na základě potřeby zjistit, jak probíhal první kontakt se sestrou. Dále se zaměřuje na to, jakým způsobem sestra s rodinou konzultuje péči o nemocného. Vyskytují se tu také otázky na četnost vzájemných kontaktů.

#### Spokojenost s komunikací

V této kategorii jsme se snažili zmapovat spokojenost participantů se způsobem komunikace ze strany sester. Zajímali nás informace, zda sestra dostatečně ovládá komunikační dovednosti. Je zde zahrnuta i otázka, jak vnímá rodina zájem sestry o jejich situaci.

#### Vnímání role sestry

Participanté se v této kategorii měli možnost vyjádřit k otázce, jaký vidí ve spolupráci se sestrou přínos pro nemocné trpící duševním onemocněním. Odpověďmi participantů jsme se snažili zjistit, jaké vlastnosti sester vnímají jako důležité a prospěšné.

#### Pomoc v krizové situaci

Tato kategorie se zaměřovala na to, v jaké situaci participanté využili telefonickou konzultaci se sestrou. Problémy, se kterými se rodina potýká jsou různé a každý má jiné hranice pro vnímání náročných situací. Dílčím cílem této kategorie bylo zjistit, zda může být sestra pro rodinu nápomocna v procesu řešení krizové situace.



## 6.2.2 Rozhovory

Rozhovory vztahující se k druhé výzkumné otázce jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Tabulka 8 Možnosti kontaktu se sestrou

Participantů	Odpovědi participantů
P 1	<i>„První kontakt proběhl telefonicky. Využil jsem ho doposud třikrát, když byla krizová situace. Osobně v CDZ až později na rodičovské skupině. Vždy jsem vyslyšen a můžu se bez obav podělit se svým trápením.“</i>
P 2	<i>„S přechodem do CDZ nás začala sestřička navštěvovat doma. Můžu kdykoliv zavolat nebo se v rámci rodičovského setkání na něco zeptat.“</i>
P 3	<i>„Se sestřičkou byl ten kontakt až později na rodičovské skupině. Víc je s ní v kontaktu syn. Voláme si jen v případě krizové situace.“</i>
P 4	<i>„Až v rámci CDZ k nám začala jezdit sestřička. Je to vždy, když má injekci. Telefonický kontakt využívám, když se potřebuji poradit. Jednou jsem telefonovala o víkendu na krizovou linku.“</i>
P 5	<i>„Když syn začal docházet do CDZ, tak se mi sestřička představila a dala mi na sebe telefon, kdybych něco potřebovala. Volám jí, když se něco děje. Kontakt s ní mám i v rámci rodičovské skupiny.“</i>
P 6	<i>„Já se musím se sestřičkou bavit potajmu. Když k nám přijede, syn sleduje každé moje slovo. Jednou jsem jí volala, potřebovala jsem poradit v náročné situaci.“</i>

**Komentář:** Všichni oslovení participantů shodně vítají možnost telefonického kontaktu v případě řešení náročné situace. Oceňují podporu, kterou od sestry dostanou. Krizovou linku (mimo pracovní dobu a o víkendu) využil jeden participant (P 4). Participanty 2, 4, 6 navštěvuje sestra v domácím prostředí. Kromě participanta 6 došlo k setkání se sestrou v CDZ.

Tabulka 9 Spokojenost s komunikací

Participantů	Odpovědi participantů
P 1	<i>„Sestřička s psychologkou na rodičovské skupině komentují, v čem u syna pozorují proměnu. Když třeba začal chodit do výtvarné dílny, tak od lektorky vzkazovala jeho pochvalu. To mě potěšilo.“</i>
P 2	<i>„Všechno je v pořádku., nemám žádné připomínky.“</i>
P 3	<i>„Jsem určitě spokojená. Oceňuji, že mi někdo poradí.“</i>
P 4	<i>„Když je sestřička u nás na návštěvě, vždycky se ptá, jestli jsou nějaké změny od té doby, co tu byli naposledy. Probereme léky nebo účinek injekce. Jsem velice spokojená, rozumíme si.“</i>
P 5	<i>„Já jsem spokojená. Když volám sestřičce nebo chodím na rodičovskou skupinu, vždy se mi trochu uleví. Protože, komu to mám jinak vykládat. Nikdo z rodiny nám nerozumí.“</i>
P 6	<i>„Jsem spokojená. Sestřička se zajímá.“</i>

**Komentář:** V odpovědích participantů se potkaly spokojené názory na komunikaci ze strany sester. Nikdo nesdělil negativní zkušenost. Vyzdvihován byl zejména aktivní přístup sestry a možnost sdílení.

Tabulka 10 Vnímání role sestry

Participantů	Odpovědi participantů
P 1	<i>„Největší přínos je, že je umožněn kontakt, že ji můžeme i telefonicky oslovit, když nastává krize. Oceňuji nesmírnou trpělivost, že je schopna poslouchat syna, jeho výplody. On má možnost se vyprávět, postěžovat si, hledat radu. Já se zase můžu na cokoli zeptat.“</i>
P 2	<i>„Můžu se na cokoli zeptat, dostane se mi odborné rady. Když synovi nebylo dobře, dostali jsme radu, ať jedeme do nemocnice. Má to obrovský význam, když víme, že se máme na koho obrátit.“</i>
P 3	<i>„Můžu se s ní podělit o problém. Je dobře, že na to nejsem sama. Je tady otevřenost a důvěra. Kdybych neměla jinou oporu, bylo by to hodně nepříjemné.“</i>
P 4	<i>„Ze strany sestry je určitě zájem. Vždy se ptá i na to, jak se mám já. Pro nemocné je to neocenitelné, všechny sestřičky jsou v CDZ empatické.“</i>
P 5	<i>„Myslím, že se o syna dobře starají. Ví, že je rád, že si má s kým popovídat, a že má nějakou vrbu, která mu rozumí a nikomu to neřekne. Určitě mu to pomáhá.“</i>
P 6	<i>„Myslím, si, že to mají sestřičky těžké, co všechno musí ustát. Pro pacienty to má obrovský význam. Je to pro ně změna, vytrhne je to ze stereotypu.“</i>

**Komentář:** Všichni participantů se shodli na tom, že sestru vnímají jako důležitou součást v léčebném procesu jejich příbuzného. Nejvíce si cení vlastností jako je empatie, ochota a schopnost naslouchat. Ve svých odpovědích hodnotí kladně profesionalitu sester.

Tabulka 11 Pomoc v krizové situaci

Participantů	Odpovědi participantů
P 1	<i>„Byly to vždy velké krize. Byl třeba paranoidní na bratra, chtěl psát stížnost do různých časopisů. Hovořil o konci života. Bylo to těžké, pomohlo mi, že jsem na to nebyl sám.“</i>
P 2	<i>„Byla doba, kdy nemohl vůbec cestovat autobusem, bál se, kontroloval se. Bylo dobře, že k nám mohla jezdit sestřička.“</i>
P 3	<i>„On má problém s těmi vztahy. Teď se to projevilo, když se řešil ten jeho svářečský kurz. Bál se, že to nezvládne, hodně si od toho sliboval. Tak to jsme se se sestřičkou bavily skoro každý den.“</i>
P 4	<i>„To byl hodně rozčilený. Měl pocit, že ho někdo venku slovně napadl a chtěl volat policii. Museli jsme ho zklidnit, tak jsme prosili o radu sestřičku. Je to hlavně kvůli těm jeho hlasům. Má pocit, že ho pomlouvají.“</i>
P 5	<i>„Hlavně na začátku, když nechtěl brát léky a neměl ještě injekci. Nechtěl si připustit, že je nemocný. Pořád vykládal historku, že si to lékaři vymysleli. Takže, když se něco děje, zavolám sestřičce.“</i>

P 6	<i>„To bylo jednou, když sousedovi rozbil dveře sekerou. Měl hlasy, které ho k tomu vybízely. Bylo to nebezpečné, tak jsem volala sestřičce. Společně jsme ho pak přemlouvaly, aby se nechal odvézt do léčebny. Za pomoc jsem byla ráda.“</i>
-----	---

**Komentář:** U každého participanta probíhala krizová situace jinak v závislosti na individuálním průběhu nemoci každého příbuzného. Společně vyzdvihují možnost se v takovém případě telefonicky spojit se sestrou. Participant 2 uvedl, že mu krizové situaci nejvíc pomohla osobní přítomnost sestry v domácím prostředí.

## 7 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na spolupráci mezi sestrou a rodinnými příslušníky, kteří pečují o nemocné se schizofrenií. Praktická část byla zpracována na základě kvalitativní výzkumné metody. Informace byly získány aplikací otázek v rámci polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem bylo zmapovat úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a pečujícími. V rámci reformy psychiatrické péče je velká část zodpovědnosti za psychický stav nemocného v kompetencích rodin. Vznik CDZ má usnadnit pečujícím jejich náročnou roli a nabídnout adekvátní podporu podle jejich individuálních potřeb. Pro potřeby našeho výzkumu proto bylo zvoleno pracoviště CDZ Přerov, kde mají v této oblasti velké zkušenosti. Sestra zde musí mít dostatečné znalosti o problematice duševních nemocí a zvládat jednotlivé komunikační techniky. Správně vedeným rozhovorem může postihnout aktuální problém a nabídnout vhodné intervence.

K naplnění cíle byly použity dvě výzkumné otázky, které svou podstatou spolu vzájemně souvisí. V první výzkumné otázce nás zajímalo, v jakých oblastech může sestra podpořit rodinné příslušníky v péči o svého blízkého. V souvislosti s náročnou péčí, se kterou se každý den potýkají, byly sestaveny otázky v rozhovoru č. 1-8. Rodina se téměř vždy přizpůsobuje nemoci svého blízkého. Schizofrenie jim zasahuje do všech aktivit běžného života. Tato sdělení se také odráží v jednotlivých odpovědích participantů na otázku, jaké jsou překážky v péči o jejich blízkého. Dílčími otázkami byly mapovány aktuální potřeby pečujících a jejich míra informovanosti ve vztahu ke schizofrenii. V rámci odpovědí bylo možné identifikovat oblasti, ve kterých by se sestra mohla zapojit do podpory rodinných příslušníků. Vycházíme ze závěru, že práce s rodinou cestou psychoedukace je velmi důležitá. Tento názor zastává také Bankovská Motlová (2019, s. 113), podle které si obliba rodinných psychoedukačních programů v České republice i v zahraničí vysloužila samostatný kód při vykazování ambulantní péče. Podle norské studie (Hestmark, Heiervang, Pedersen et al., 2021), jsou však stále ještě limity v poskytované psychoedukaci. Z našeho malého výzkumného vzorku nelze podobné závěry vyvozovat. Výsledky této bakalářské práce potvrzují, že rodiny účastníci se rodinné psychoedukace z této péče profitují. Je však pochopitelné, že ne všechna zařízení mají tuto možnost. Zájem o samostatnou edukaci sestrou projevila polovina participantů. Rodina často čerpá informace z vlastních zdrojů nebo z životních zkušeností. Participantů se shodli na tom, že u sester vnímají dostatečné odborné znalosti a mohou se na ně spolehnout v krizových situacích.

Výzkum ve druhé oblasti se zabýval otázkou, jaký je postoj rodiny k intervencím ze strany sestry. K této výzkumné otázce se vztahovaly otázky č. 9-15. Pečující si velmi cení podpory, kterou od sester dostávají. Důležitá je pro ně možnost využívat telefonický kontakt v rámci krizové služby CDZ. Často jim stačí pouhé ujištění, že kroky, které vykonaly jsou správné, neboť vedle sebe nemají nikoho blízkého. Rodič se nezdá setkává s nepochopením okolí. Stigmatizace osob s duševním onemocněním je dlouhodobým problémem společnosti. Ocisková, Praško (2015, s. 27) ve své publikaci předkládají výzkum z r. 2004, který v České republice mapoval názor občanů na schizofrenii. Čtvrtina respondentů se vyjádřila k tomu, že by tito pacienti měli být umístěni v psychiatrických nemocnicích. Velká část také sdílí názor, že chování takových pacientů je nevyzpytatelné a v okolí vzbuzuje úzkost a nejistotu. Matoušek, Pazlarová a kol. (2014, s. 133) vnímají stigma jako velký problém pro rodiny. Uvádí, že *„mnoho rodin se snaží tuto skutečnost skrývat a v souvislosti s tím omezovat společenské kontakty.“* Výsledky našeho výzkumu potvrzují kladný postoj rodinných příslušníků k intervencím ze strany sester. Vyzdvihují vlastnosti jako je empatie, ochota a schopnost naslouchat. Možnost sdílení a pocit, že na to nejsou sami v péči o svého blízkého, má pro pečující velký význam.

Domnívám se, že pro podporu rodin pečujících o nemocné se schizofrenií je důležité, aby se rozšiřovala nabídka Center duševního zdraví. Jejich komplexní zdravotně sociální přístup umožňuje úzký kontakt s pracovníky napříč všemi obory. Podobnému tématu se věnovaly i další diplomové a bakalářské práce. Např. Dolejšová (2021) napsala závěrečnou práci na téma: Význam center duševního zdraví v pomoci lidem s duševním onemocněním a jejich rodinám. Šuštková (2021) se ve své závěrečné práci věnovala tématu: Psychosociální podpora pro rodinu duševně nemocného. Vzhledem k odlišným cílům těchto prací, nelze výsledky porovnávat.

## 7.1 Doporučení pro praxi

Bakalářská práce se věnuje rodinným příslušníkům, kteří jsou v roli pečovatele. Výzkum ukázal, že sestra má v jejich podpoře nezastupitelnou roli. Pro validnější výsledky by bylo jistě vhodné vést rozhovory i v jiných Centrech duševního zdraví. Na základě našeho výzkumu vznikla doporučení, která mají pomoci pracovníkům multidisciplinárního týmu, udržet s rodinou profesionální vztah. Desatero vztahu s pečujícím bylo vloženo do příloh této práce (P IV).

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se věnovala problematice rodin pečujících o nemocné se schizofrenií a jejich spolupráce se sestrou. Dané téma bylo zpracováno pro doplnění informací a vymezení kompetencí sester pracujících s duševně nemocnými a jejich rodinami.

Pro potřeby výzkumu bylo zvoleno zařízení Centra duševního zdraví Přerov, které pracuje s touto diagnostickou skupinou. V rámci reformy psychiatrické péče je snahou pracovat s nemocnými v jejich přirozeném prostředí. To však klade větší nároky na jejich blízké. Centra duševního zdraví se pro potřeby pečujících ukazují jako přínosná. Pozitivně vnímají zejména intenzivní kontakt s pracovníky a možnost využívat různé způsoby podpory. Jedná se zejména o telefonickou krizovou linku a sdílení v rámci rodičovských skupin. Sestra je zde nedílnou součástí multidisciplinárního týmu a v rámci svých kompetencí může využít potenciál odborných znalostí a komunikačních dovedností.

Pro usnadnění spolupráce mezi sestrou a rodinným příslušníkem by bylo vhodné, aby si obě strany aktivně hledaly způsob komunikace. Vymezit si rámec vzájemného setkávání a určení priorit v péči o nemocného. Rozdílné jsou potřeby rodin, které mají čerstvou zkušenost se schizofrenií a jiné je to u rodin chronických pacientů. Důležitou úlohou sestry je přistupovat ke každému individuálně a respektovat jejich rodinné hodnoty.

Teoretická část práce je rozdělena do čtyřech kapitol. První kapitola se zabývá charakteristikou schizofrenie. Ve druhé části se zabýváme historií psychiatrie a její současnou podobou. Je vysvětlen pojem reforma psychiatrické péče. Třetí kapitola se věnuje rodině. Jak ji ovlivňuje duševní onemocnění, jaké jsou její potřeby a formy podpory. Poslední část popisuje role a kompetence sester pracujících v psychiatrické péči. Věnuje se komunikačním dovednostem a specifikám v komunikaci s pacientem s duševním onemocněním.

Pro praktickou část jsme zvolily formu kvalitativního výzkumu vedeného technikou polostrukturovaného rozhovoru. Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinným příslušníkem pečujícím o nemocného se schizofrenií. Získaná data byla zpracována technikou otevřeného kódování. Analýzou dat byly stanoveny kategorie, které se vztahovaly ke dvěma výzkumným otázkám.

První výzkumná otázka hledala možnosti zapojení rodiny sestrou do péče o nemocného se schizofrenií. Participantů se shodli, že jsou nemocí svého blízkého velmi ovlivňováni a musí se jí přizpůsobovat. To také klade nároky na sestru, aby dokázala správně vyhodnotit jejich

aktuální potřeby. Výsledky výzkumu ukázaly, že si rodina cení odborných znalostí sestry a měli by zájem o edukaci z její strany. Druhá výzkumná otázka se věnuje tomu, jak rodina vnímá spolupráci se sestrou. Participanti se v odpovědích shodují a váží si podpory sester v krizových situacích. Zároveň oceňují její komunikační dovednosti a profesionální přístup.

Výzkumným šetřením byla získána fakta, která pomohla zmapovat úroveň spolupráce mezi sestrou a pečujícími. Rodinní příslušníci, kteří v rámci péče o nemocného se schizofrenií spolupracují s Centrem duševního zdraví Přerov, hodnotí spolupráci velmi pozitivně. Váží si podpory a empatického přístupu. S úrovní spolupráce se sestrou jsou spokojeni.

Domnívám se, že by se oblasti podpory rodin mělo věnovat více času. V rámci deinstitutionalizace se budou rozšiřovat počty pečujících, stejně tak bude potřeba navyšovat počet sester v komunitní psychiatrické péči. Přínosem bakalářské práce je zpětná vazba pro práci sester v Centru duševního zdraví Přerov. Věřím, že prezentované výsledky pomohou zdravotníkům v ujištění, že jejich práce má smysl a stojí za to v ní dále pokračovat. Vážím si také všech, se kterými jsem měla možnost se v rámci rozhovorů setkat.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L., 2019. Rodinná psychoedukace v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. Praha, 20(3), str. 111–113. [cit. 2022-12-26]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-201903-o>
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a F. ŠPANIEL., 2017. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4287-1.
- BEDNAŘÍK, A. a M. ANDRÁŠIOVÁ, 2020. *Komunikace s nemocným: sdělování nepříznivých informací*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2288-2.
- BERG-PEER, J., 2019. *Sebeobětování není řešení*. Přeložil Eva KOVÁRIKOVÁ. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [2019]. ISBN 978-80-907318-1-3.
- BERG-PEER, J., 2020. *Schizofrenie je svinstvo, mami!: o životě s duševní nemocí mé dcery*. Přeložil Gabriela THÖNDLOVÁ. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [2020]. ISBN 978-80-907318-5-1.
- BURBACH, F. R., 2018. Family therapy and schizophrenia: a brief theoretical overview and a framework for clinical practice. *BJPsych Advances*. B.m.: Cambridge University Press. vol. 24, no. 4, pp. 225–234. DOI: 10.1192/bja.2017.32.
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4826-9.
- HESTMARK, L., K. S. HEIERVANG, R. PEDERSEN et al., 2021. Family involment practices for persons with psychotic disorders in community mental health centres – across sectional fidelity – based study. *BMC Psychiatry* [online]. Oslo. no. 21, pp. 285-296. [cit. 2022-10-11]. Available from: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-021-03300-4>
- KALVACH, Z., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.
- KUČEROVÁ, H., 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2045-6.



- KUČEROVÁ, H., 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- KURUCOVÁ, R., 2016. *Zátěž pečovatele: posuzování, diagnostika, intervence a prevence v péči o nevyléčitelně nemocné*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5707-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.
- LÁTALOVÁ, K. a J. PRAŠKO, 2012. *Nemoc zvaná schizofrenie: příručka pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Mladá fronta. Lékař a pacient. ISBN 978-80-204-2666-6.
- MATOUŠEK, O. a H. PAZLAROVÁ a kol., 2014. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2017. Psychiatrická společnost ČLS JEP: *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Praha: MZČR. [cit. 2022-12-21]. Dostupné z: [https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ\\_psychiatrie\\_pruvodce\\_final.pdf](https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf)
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2020. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030 [online]. Praha: MZČR. [cit. 2022-12-21]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Národní-akční-plán-pro-duševní-zdraví-2020-2030.pdf>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021. Reforma péče o duševní zdraví. *Příběh matky pacienta s diagnózou schizofrenie* [online]. Praha: MZČR. [cit. 2022-12-21]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/pribeh-matky-pacienta-s-diagnozou-schizofrenie?term\\_id=129](https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/pribeh-matky-pacienta-s-diagnozou-schizofrenie?term_id=129)
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021. Koncepce ošetrovatelství [online]. Praha: MZČR. [cit. 2023-1-21]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce\\_oseetrovatelstvi\\_vestnik\\_6\\_2021.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/9584/21397/Koncepce_oseetrovatelstvi_vestnik_6_2021.pdf)
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR, 2021. Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR [online]. Praha: MZČR. [cit. 2023-2-12]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-07/Vestnik-MZ\\_8-2021.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-07/Vestnik-MZ_8-2021.pdf)
- OCISKOVÁ, M. a J. PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.

OCHRANA, F., 2019. *Metodologie, metody a metodika vědeckého výzkumu*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-4200-0.

OLECKÁ, I. a K. IVANOVÁ, 2010. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.

PETR, T. a E. MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PLEVOVÁ, I. a kol., 2019. *Ošetrovatelství II. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0889-3.

RABOCH, J., P. PAVLOVSKÝ a kol., 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.

ŘIHÁČEK, T., I. ČERMÁK a R. HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

SOBOTKOVÁ, I., 2012. *Psychologie rodiny*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0217-2.

ŠAMÁNKOVÁ, M., 2011. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3223-7.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5710-0.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

aj.	a jiné
a kol.	a kolektiv
CDZ	Centrum duševního zdraví
č.	číslo
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
dg.	diagnóza
EU	Evropská unie
EEG	Elektroencefalografie
GAF	Global Assessment of Functioning
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
např.	například
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
PREDUKA	Preventivně edukační program proti relapsu psychózy
SMI	Severe Mental Illness
s.	strana
Sb.	Sbírky
tzv.	tak zvanému
VO	Výzkumná otázka
WHO	Světová zdravotnická organizace

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Maslowova pyramida potřeb .....	24
---	----

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Účastníci výzkumu .....	37
Tabulka 2 Kategorie výzkumu.....	42
Tabulka 3 Aktuální potřeby .....	45
Tabulka 4 Překážky v péči.....	45
Tabulka 5 Intenzita spolupráce se sestrou .....	46
Tabulka 6 Zdroje informací .....	47
Tabulka 7 Zájem o edukaci.....	47
Tabulka 8 Možnosti kontaktu se sestrou.....	49
Tabulka 9 Spokojenost s komunikací .....	49
Tabulka 10 Vnímání role sestry .....	50
Tabulka 11 Pomoc v krizové situaci.....	50

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rady pro pečující na každý den

Příloha P II: Knihy pro rodiče

Příloha P III: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

Příloha P IV: Desatero vztahu s pečujícím

## **PŘÍLOHA P I: RADY PRO PEČUJÍCÍ NA KAŽDÝ DEN**

- Pokud cítíte ze strany vašeho blízkého zášť, je to pravděpodobně proto, že se snažíte až moc.
- Bludy nejsou vyvratitelné logickou argumentací, proto o nich diskutovat nemá valného smyslu.
- Oddělte osobnost vašeho blízkého od nemoci, milujte jej jako člověka, i když jeho nemoc nenávidíte.
- Naučte se rozlišovat nežádoucí účinky léku od projevů nemoci a od povahových vlastností vašeho blízkého.
- Za nemoc člena vaší rodiny se nestyděte (někdy se můžete setkat s diskriminací).
- Nikdo za to nemůže, není to ničí vina.
- Zachovejte si svůj smysl pro humor.
- Váš příbuzný má nárok na vlastní životní cestu, stejně tak jako vy.
- Nevzdávejte se svých citových vazeb k jiným lidem, i když budete muset řešit náročné situace.
- Snažte se mluvit o svých pocitech, jinak se vystavujete nebezpečí, že ustrnete na místě a ztratíte schopnost věci řešit.
- Psychická nemoc je jako jiné nemoci součástí života.
- Stanovení diagnózy a další informace byste měli vždy vyžadovat pouze od profesionálů.
- Podivné chování je součástí nemoci, neberte si ho osobně.
- Neberte na sebe veškerou odpovědnost za vašeho psychicky nemocného.
- Nejste placenými ošetřovateli, jednejte podle svých možností.
- Chyby odpouštějte sobě i jiným.
- Pokud se nemůžete starat sami o sebe, nemůžete se starat ani o jiné.
- Potřeby nemocného člověka nemusí být vždy na prvním místě.
- Skutečnost, že chápete, že nemocný má omezené schopnosti, neznamená, že byste od něj neměli nic vyžadovat.
- Nechte ostatní členy rodiny popírat nemoc, jestliže to potřebují, najděte si někoho jiného, s kým můžete mluvit.

## PŘÍLOHA P II: KNIHY PRO RODIČE



Zdroj: Berg-Peer, 2019, 2020



# PŘÍLOHA P III: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU



## INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

**Název bakalářské práce:** Spolupráce sestry s rodinou pečující o nemocného se schizofrenií

**Řešitel projektu:** Andrea Nedbalová, DiS., a\_nedbalova@utb.cz

**Název pracoviště:** Ústav zdravotnických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

**Vedoucí práce:** PhDr. Anna Krátká, Ph.D., kratka@utb.cz

**Cíl výzkumu:** Zmapovat úroveň vzájemné spolupráce mezi sestrou a rodinou pečující o nemocného se schizofrenií.

**Popis výzkumu:** Budete zapojena do výzkumu rodinných příslušníků pacientů, kteří jsou léčeni v Centru duševního zdraví (CDZ) s diagnózou schizofrenie. Vaše osoba bude oslovena na základě souhlasu multidisciplinárního týmu organizace. Výzkumnou metodou bude rozhovor, který bude trvat maximálně 50 minut. Místem rozhovoru budou prostory CDZ nebo Vaše domácí prostředí. Na Vaše doplňující otázky, související s výzkumem Vám před provedením rozhovoru ráda odpovím. Pokud budete souhlasit, bude rozhovor nahráván a následně přepsán. Rozhovor bude anonymní a není zatížen žádným rizikem. Pokud Vám bude některá otázka nepříjemná, nemusíte na ni odpovědět. Účast na výzkumu je zcela dobrovolná a máte právo, kdykoliv jej i bez uvedení důvodu ukončit. Výsledky celého výzkumu budou použity výhradně pro vědecké účely a případně publikovány v odborném tisku, a to pouze v anonymní podobě.

.....  
datum a podpis řešitele projektu

.....  
datum a podpis vedoucího práce

### Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účastí ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

## PŘÍLOHA P IV: DESATERO VZTAHU S PEČUJÍCÍM



Zdroj: autorka