

Terénní ošetrovatelská péče u pacientů s duševním onemocněním

Kateřina Ngo

Bakalářská práce
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Kateřina Ngo**
Osobní číslo: **H12350**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Terénní ošetrovatelská péče u pacientů s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Vypracování teoretické části bakalářské práce zabývající se historií psychiatrie, tématem destigmatizace, reformou psychiatrie a rámcovým popisem projektu Psychosociálního centra v Přerově v oblasti terénní péče.

Stanovení a formulace cílů, vyhledávání a studium odborné literatury.

Určení vhodné výzkumné metody a výběru respondentů.

Realizace praktické části.

Analýza dat získaných z polostrukturovaných rozhovorů a případových studií.

Prezentace výsledků, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BAŠTECKÁ, Bohumila. Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X.

CUNNINGHAM, Patrick. The Role of the Psychiatric Nurse in Home Care, Home Healthcare [on line]. 2007, volume 25, issue 10 [cit. 2015-10-08].

MOTLOVÁ, Lucie a Eva DRAGOMIRECKÁ. Schizofrenie a kvalita života. Psychiatrie, 2003, roč. 7, č. 1, s. 84-90. ISSN 1211-7579.

PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In MATOUŠEK, Oldřich a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005, s. 133-161. ISBN 80- 7367-002-X.

TIMULÁK, Ladislav. Základy vedení psychoterapeutického rozhovoru. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0646-0.

TOMÁŠ, Petr, Eva MARKOVÁ a kol. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

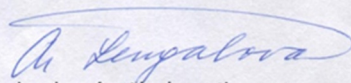
Datum zadání bakalářské práce:

8. ledna 2016

Termín odevzdání bakalářské práce:

20. května 2016

Ve Zlíně dne 8. ledna 2016


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

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 obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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
3. 2. 2016

.....


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

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku kvality života pacientů s duševním onemocněním v souvislosti s jejich zařazením do programu terénní péče Psychosociálního centra Přerov. Je rozdělena na část teoretickou, která přibližuje historii terénní péče a současný vývoj v psychiatrii, zejména otázky reformy psychiatrické péče. Dále je rámcově popsán pilotní projekt terénní péče Psychosociálního centra Přerov, vymezen pojem kvality života. Bakalářská práce dále popisuje kompetence psychiatrických sester v terénní péči. Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu, který je realizován v terénním programu Psychosociálního centra Přerov. Výzkumnou metodou je analýza případových studií, doplněná o polostrukturované rozhovory. Následuje vyhodnocení výzkumu a závěrečné shrnutí dané problematiky.

Klíčová slova: kvalita života, schizofrenie, stigmatizace, terénní ošetrovatelská péče.

ABSTRACT

This bachelor's thesis focuses on the issues regarding the quality of life in patients with mental illnesses in connection with their inclusion in the program of outreach care of Psychosociální centrum Přerov. The paper is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part describes the history of the outreach services and also the current development in psychiatry. The text is presenting a general description of the pilot project of the Psychosociální centrum Přerov and definition of the term quality of life and selected tools for its measuring. The paper also describes competencies of psychiatric nurses. The practical part acquaints with the research of quality of life in patients with severe mental illness which is being realized in the outreach services programme of the Psychosociální centrum Přerov. The research method is the analysis of case studies supplemented by interviews and questionnaires HoNOS and PSP. The paper ends by evaluation of the research and final summary of the issues.

Keywords: Quality of life, psychiatric care reform, schizophrenia, stigmatization, outreach nursing care.

Motto:

„Existuje pouze jediný opravdový přepych – přepych lidských vztahů.“

Antoine de Saint-Exupéry

Poděkování

Tímto děkuji vedoucí této práce doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné připomínky a vstřícný přístup při vedení mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat prim. MUDr. Juraji Rektorovi, MUDr. Petru Bobovnickovi a celému týmu psychiatrických sester Psychosociálního centra Přerov za cenné rady, podporu a trpělivost. V neposlední řadě patří můj dík také pacientům za jejich otevřenost.

Prohlášení

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

V Přerově dne 11. 5. 2016

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.1 HISTORICKÝ EXKURZ	13
1.2 SOUČASNÁ SITUACE	14
1.2.1 Reforma psychiatrické péče	15
1.2.2 Vymezení pojmu terénní psychiatrické péče	16
1.2.3 Kompetence psychiatrických sester	16
2 PROJEKT PSYCHOSOCIÁLNÍHO CENTRA PŘEROV.....	20
2.1 PSYCHOSOCIÁLNÍ CENTRUM PŘEROV	20
2.2 PILOTNÍ PROJEKT TERÉNNÍ PÉČE	20
3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ	23
3.1 SHIZOFRENIE	23
3.2 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE.....	26
4 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ	28
4.1 DEFINICE POJMU KVALITA ŽIVOTA	28
4.2 NÁSTROJE PRO MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA	29
4.1.1 Hodnocení nástrojem HoNOS.....	29
4.1.2 Hodnocení nástrojem PSP.....	30
4.2 STIGMATIZACE A JEJÍ Vliv NA KVALITU ŽIVOTA.....	31
4.3 DESTIGMATIZACE.....	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 METODOLOGIE EMPIRICKÉHO VÝZKUMU.....	34
5.1 STRUČNÁ CHARAKTERISTIKA KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU	34
5.2 VÝZKUMNÝ PLÁN.....	34
5.2.1 Výzkumný cíl	34
5.2.2 Výběr respondentů	35
5.2.3 Metodika získávání dat	35
6 PŘÍPADOVÉ STUDIE	36
6.1 RESPONDENT 1	36
6.2 RESPONDENT 2	39
6.3 RESPONDENT 3	42
6.4 RESPONDENT 4	44
6.5 RESPONDENT 5	46
7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	49

7.1	VLIV TERÉNNÍ PSYCHIATRICKÉ PÉČE NA KVALITU ŽIVOTA KLIENTŮ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	49
7.2	DODRŽOVÁNÍ LÉČEBNÉHO REŽIMU.....	50
7.3	OBLAST SOCIÁLNÍCH VZTAHŮ	52
7.4	PREVENCE HOSPITALIZACE.....	53
	ZÁVĚR	55
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	56
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	58
	SEZNAM PŘÍLOH.....	59

ÚVOD

Každé setkání s nemocí je vážnou událostí v životě člověka. Zvláště pak setkání s duševním onemocněním, které mění samotné jádro osobnosti pacienta. Ošetrovatelská péče v psychiatrii se v současné době stala významnou a svébytnou součástí transformačního procesu ve zdravotnictví a také ve společnosti. Psychiatrie se v posledních letech ubírá novým směrem. V České republice aktuálně probíhá Reforma psychiatrické péče. Jejím záměrem je zejména humanizovat psychiatrickou péči. Postupně jsou mazány hranice mezi psychiatrií takzvaně biologickou a sociální díky nově se transformujícímu sociálně psychiatrickému pohledu na pacienty. Pacienti již nejsou bráni jen z pohledu klinické léčby, ale bere se v úvahu jejich život před hospitalizací a později v soukromí. V tomto směru je terénní péče jedním z důležitých článků celého řetězce komplexní péče o pacienty s duševním onemocněním.

V teoretické části zmiňuji historii a současnost terénní péče, se zaměřením na jejich vývoj v českých zemích. Blíže popisuji aktuálně se rozvíjející projekt Psychosociálního centra Přerov. Specifikuji problematiku pacientů se schizofrenií s ohledem na projevy důsledků nemoci na kontinuitu jejich životů. Tato práce má přiblížit ošetrovatelskou péči psychiatrických sester v terénu a její vliv na zlepšení kvality života pacientů, kteří jsou zařazeni do pilotního projektu Psychosociálního centra Přerov. Vzhledem k charakteru jejich onemocnění bych se chtěla zaměřit na změny a možnosti, které terénní péče pacientům nabízí. Výchoziskem práce byl předpoklad, že tato péče má pozitivní vliv na kvalitu života pacientů. Vyústěním práce bude zhodnocení kvality života pacientů zařazených do programu terénní péče. Toto vyplyne z analýzy případových studií a polostrukturovaných rozhovorů. Zjištěné údaje budu interpretovat v závěru této práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TERÉNNÍ PÉČE O DUŠEVNĚ NEMOCNÉ PACIENTY

1.1 Historický exkurz

Terénní péče, jinde nazývaná jako domácí, nebo také komunitní, má dlouhodobé historické kořeny. Existuje jako přirozený způsob péče o člověka již od nejstarších dob. Péče o nemocné byla původně svěřena šamanům, později ženám (bylinkářkám). Ve středověku pak došlo k založení prvního řádu řeholních sester Augustínek, které se specializovaly na ošetrovatelské služby v rodinách. V roce 1859 vznikla v Anglii koncepce domácí péče, jejímž autorem byl Viliam Rathbon společně s Florance Nightingalovou. Založili první školu pro sestry, jejichž náplní bylo poskytování návštěvních služeb především chudým nemocným. V 70. letech 20. století byla terénní péče chápána, jako jedna z možností na snížení nákladů ošetrovatelské péče (Krátká a Šilháková, 2008).

V České republice zajišťovaly tuto péči až do roku 1950 sestry Českého Červeného Kříže. Terénní péče byla chápána, jako alternativní anebo náhradní zaopatření zdravotní péče vůči hospitalizaci. Poprvé se začalo hovořit o deinstitucionalizaci. V roce 1989 nastal zásadní zlom v poskytování péče vznikem *střediska ošetrovatelské péče* při České katolické charitě. Převážnou skladbu pacientů tvořili senioři a dětští pacienti.

Péče o duševně nemocné se však napříč historií ubírala svou vlastní cestou. *Na historii péče o duševně nemocné lze nahlížet jednak z pohledu medicínského, kdy se na základě jednotlivých vědeckých objevů postupně zformovala psychiatrie jako samostatný medicínský obor, a jednak z pohledu společenského, kdy se postupně utvářel postoj společnosti k duševně nemocným jedincům* (Petr, Marková a kol., 2014, s. 24). V dávných dobách si lidé neuměli duševní poruchy vysvětlit a přisuzovali je díky tomu nadpřirozeným silám, případně božímu trestu. Od těchto domněnek se odrážel také způsob léčby. První zmínky o léčbě duševně nemocných jsou zachyceny již v dobách starého Egypta. Pacienti tehdy nalézali útočiště v chrámech. S nástupem křesťanství byl přístup k těmto pacientům v zásadě nehumánní a to z toho důvodu, že onemocnění bylo považováno za výplod d'ábla. Obecně převažoval názor, že duševně nemocní jsou stíženi zlými duchy a měli by být izolováni, aby neobtěžovali ostatní (Petr, Marková a kol., 2014). Docházelo k upalování, mučení a zařívání.

K prvním velkým změnám v psychiatrii došlo po Velké Francouzské revoluci. Tehdy Philippe Pinel zařídil nemocným ošetrovatelskou péči a právo na svobodu. Zasloužil se také o umístění oboru psychiatrie mezi lékařské obory. V první polovině 20. století se začala budovat psychiatrická zařízení a obecně lze říci, že došlo k velkému rozvoji psychiatrie. Vznikly doléčovací střediska a první terapeutické komunity.

Systém péče o duševně nemocné v Čechách se nijak nelišil od situace v Evropě. Prakticky až do konce 18. století byla na úrovni středověku. Duševně nemocní byli zavíráni do vězení a odsuzováni k trestům za své činy a výroky, kterých se dopustili pod vlivem své nemoci. Klidní duševně nemocní byli umístěováni v klášterních nemocnicích, kde léčba spočívala vesměs v zaklínání a vymítání ďábla (Petr, Marková a kol., 2014). První špitál pro duševně nemocné vznikl v roce 1458 ve Znojmě. V Praze byla v roce 1790 založena Všeobecná nemocnice pro duševně nemocné. V 19. století vznikly první psychiatrické léčebny, toto období bylo charakteristické výraznou institucionalizací, z toho důvodu byl velký problém s přeplněností. V 60. letech začal postupný rozvoj sítě ambulantních psychiatrů. V 90. letech 20. století se stále častěji hovořilo o Reformě psychiatrické péče směrem k deinstitucionalizaci a rozvoji komunitní péče, která do této doby v podstatě neexistovala. V rámci nové koncepce se začala objevovat první krizová centra a denní stacionáře, chráněné bydlení i dílny. Vznikla první občanská sdružení, jejichž posláním je rozvoj a péče o duševní zdraví zejména v oblasti rehabilitace, resocializace a psychosociálního a právního poradenství. Důraz začal být kladen na roli rodiny a její zapojení na úrovni primární péče.

1.2 Současná situace

V současné době je psychiatrická péče v České republice realizována prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě služeb. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení (psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, psychiatrické kliniky) a zařízení systému komunitní péče, která jsou průnikem psychiatrie do oblasti sociálních služeb (Petr, Marková a kol., 2014).

1.2.1 Reforma psychiatrické péče

Tradičně byla psychiatrická péče oddělována od ostatních lékařských disciplín. Tento fakt je v mnoha ohledech spojen se stigmatizací duševního onemocnění. Psychiatrickí pacienti nezapadají do běžné populace pacientů. V současné době je kladen důraz na propojení somatické péče s péčí psychiatrickou a díky destigmatizaci duševního onemocnění také snaha o zvýšení kvality péče a to zejména v domácím prostředí (Cunningham, 2007, online). V jiných zemích je terénní péče o duševně nemocné již poměrně běžnou službou, která poskytuje lepší podmínky pro léčbu nemocných. Také v České republice se situace pozvolna mění a dochází ke změnám v oblasti péče o duševně nemocné.

V březnu 2013 byla schválena Reforma psychiatrické péče, jako součást Národního programu reformy. Strategie reformy je po organizační stránce v gesci Ministerstva zdravotnictví České republiky. Záměrem celé Strategie reformy psychiatrické péče je zejména humanizovat psychiatrickou péči a naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu. Cílem je také zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování a omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně. Důraz je kladen na spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí. K dalším cílům patří zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti a zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013). *Největší systémová změna, která je obsahem prvního strategického cíle, spočívá v jednoznačném začlenění center duševního zdraví (CDZ) do systému péče. CDZ je zařízení, umístěné v běžné občanské zástavbě, které poskytuje komplexní zdravotně sociální péči. CDZ budou mít jednoznačnou regionální vazbu ve smyslu zodpovědnosti za region, přibližně o velikosti 100 000 obyvatel. Důležitým faktorem je však také lokální dostupnost, která by měla být do 1 hodiny (Hollý, 2014, Reforma psychiatrické péče, on line).*

V listopadu 2014 se v Přerově konala 33. konference sociální psychiatrie. Byly zde široce probírány zkušenosti z regionálních modelů komunitní psychiatrické péče (Komunitní terénní centrum Psychiatrické nemocnice Bohnice, Fokus Praha, ESET, Péče o duševní zdraví Pardubice). Účastníci konference měli možnost se seznámit s aktuálním stavem vývoje reformy, připravovaným standardem center duševního zdraví, se zkušenostmi z transformace sociálních služeb a s rozvojem terénní péče pro psychiatrické pacienty (Česká a slovenská psychiatrie, 2014, online).

1.2.2 Vymezení pojmu terénní psychiatrické péče

Pod tímto pojmem si lze představit komplex vzájemně provázaných služeb, který je schopen reagovat na potřeby pacientů tak, aby mohli žít v subjektivní rovině co nejspokojeněji. Takováto péče podporuje deinstitucionalizaci a zaměřuje se na kvalitu života pacientů. K duševně nemocnému se přistupuje nikoli jako k pasivnímu příjemci, ale jako ke kompetentní osobě s vlastními volbami, zkušenostmi a znalostmi (Pěč a Probstová, 2009). *U psychosociální pomoci je etika zásahu v popředí, neboť více ovlivňuje soukromí lidí a více do něho proniká* (Baštecká a kol., 2005, s. 204). Z těchto důvodů je důležitá úzká mezioborová spolupráce. Terénní tým je multidisciplinární. Jeho součástí je lékař, psycholog, psychiatrická sestra a sociální pracovník. Důraz je kladen na horizontální způsob komunikace. Samozřejmostí je zachování kompetencí v jednotlivých profesích. Kompetence psychiatrických sester přiblížím v následující kapitole.

1.2.3 Kompetence psychiatrických sester

Sestra pro péči v psychiatrii (odbornost 914) vykonává činnosti podle § 54 při poskytování ošetrovatelské péče o pacienta, který má patologické změny psychického stavu. Dále může bez odborného dohledu a bez indikace lékaře provádět poradenskou činnost v oblasti prevence poruch duševního zdraví a v oblasti resocializace. Další náplní práce je koordinovat spolupráci mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami, aktivně pracovat s osobami určenými pacientem, společně vytvářet podmínky pro návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí. Má také sledovat chování pacienta z hlediska včasného zachycení nastupující krize. Snaží se napomáhat adaptaci pacienta na změněné životní podmínky a podporovat zachování fyzických, kognitivních a psychických funkcí prostřednictvím cílených aktivit. Nezastupitelnou součástí jejích kompetencí je provádění psychoterapeutické podpory. V rozsahu své specializované způsobilosti vykonává činnosti při začleňování pacienta s poruchou duševního zdraví do vlastního sociálního prostředí.

Bez odborného dohledu může na základě indikace lékaře provádět návštěvní službu a poskytovat ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Poskytuje ošetrovatelskou péči pacientovi, který má patologické změny psychického stavu, vyžadující stálý dozor nebo použití omezujících prostředků z důvodu ohrožení života nebo zdraví pacienta nebo jeho okolí. Sleduje dodržování léčebného režimu pacienta, hodnotí známky zhoršování

onemocnění, vyhodnocuje, zda pacient není nebezpečný sobě nebo svému okolí a informuje lékaře, případně zajišťuje nezbytná opatření pro bezpečnost pacienta a jeho okolí.

Pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru psychiatrie nebo klinického psychologa může v rozsahu své specializované způsobilosti vykonávat činnosti při krizové intervenci a činnosti při zajišťování psychologické pomoci rodině. Používá pomocné psychoterapeutické techniky včetně individuálních psychoterapeutických rozhovorů. Zajišťuje psychoterapeutický režim oddělení (Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných zdravotníků, s. 513, online).

Všechny výkony psychiatrické sestry pro oblast terénní péče jsou indikovány lékařem. Sestra společně s pacientem vytvoří dlouhodobý a krátkodobý plán a poté provádí potřebné intervence. Vždy jednou za měsíc provádí sestra hodnocení plnění těchto plánů. V současné době jsou výkony indikovány pro diagnózu schizofrenie (F20 – F29), poruchy nálady (F30 – F39) a obsedantně kompulzivní poruchu (F42). Níže uvádím seznam výkonů, které psychiatrická sestra v rámci terénní péče provádí a jejich stručný popis.

Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry - 35811

Do tohoto výkonu spadá posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí. Psychiatrická sestra, po navázání vztahu s pacientem, vyhodnotí pomocí standardizovaných dotazníků jeho potřeby. A ve spolupráci s pacientem vytváří individuální rehabilitační a krizový plán, který následně schvaluje lékař. Tento plán pravidelně reviduje. Součástí výkonu je i tzv. případové vedení pacienta (case management) a koordinace další potřebné péče a pomoci. Výkon končí záznamem do dokumentace a podáním zprávy ošetřujícímu lékaři. Platnost indikace je jeden měsíc, délka trvání 120 minut. Tento výkon je možné vykázat jednou denně a u každého pacienta ho může provádět maximálně rok. Prodloužení léčby schvaluje revizní lékař.

Psychiatrická rehabilitace individuální – 35815

Jedná se o soubor speciálních technik a postupů, které psychiatrická sestra používá při individuální rehabilitaci psychiatrických pacientů. Buďto na specializovaném pracovišti, nebo v přirozeném prostředí pacienta. V přirozeném prostředí výkon zahrnuje i posouzení

stavu pacienta a jeho podporu v užívání perorální medikace, také spolupracuje s rodinou. Součástí výkonu je trénink komunikačních dovedností pacienta, psychoedukace pacienta i jeho blízkých. Psychiatrická sestra používá kognitivně-behaviorální techniky, které jsou zaměřené na zvládnání běžných situací, a v neposlední řadě podporuje pacienta v péči o vlastní somatický stav. Výkon končí pozitivní zpětnou vazbou, případně psychiatrická sestra zadává pacientovi samostatný úkol. Poté provede záznam do dokumentace. Platnost indikace je jeden měsíc, délka trvání 90 minut. Psychiatrická sestra má nárok tento výkon vykázat jednou za den, třikrát za týden a u každého pacienta ho může provádět maximálně rok s následným posouzením revizního lékaře.

Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou – 35821

Tento výkon je prováděn při krizové intervenci v období hrozící dekompenzace onemocnění pacienta v jeho přirozeném prostředí. Psychiatrická sestra s pacientem stanoví prioritní činnosti krizového plánu, podle něhož následně provádí aktivity zaměřené na zvládnutí krize a plní aktuální pokyny ošetřujícího lékaře. Vše probíhá v souladu s rehabilitačním plánem s důrazem na techniky a dovednosti, které jsou nutné k překonání krize s cílem zabránit dlouhodobé hospitalizaci pacienta. Výkon končí zhodnocením efektu intervence, instruktáží pacienta a předáním informací ošetřujícímu lékaři. Délka trvání výkonu je 60 minut, je možno ho vykázat maximálně jednou za den.

Edukace psychiatrickou sestrou – 35823

Sestra podává informace o způsobu užívání předepsaných léků, případných nežádoucích účincích a důsledcích jejich vysazení. Cílem je zejména podpořit soběstačnost pacienta a zvýšit jeho motivaci a účast na vlastní léčbě. Edukace může být zaměřena také na rodinné příslušníky, kteří se o duševně nemocného starají, a u kterých je tato edukace indikována lékařem. Edukace je interaktivní a zahrnuje otevřené otázky, empatické zhodnocení a naslouchání, zjišťování pacientových představ a přesvědčení. Výkon končí zhodnocením zpětné vazby a zápisem do dokumentace. Trvá 75 minut a je možné ho vykázat jednou za rok.

Reedukace psychiatrickou sestrou – 35825

Reedukace pacienta je výkon, který se zaměřuje na pacienty, kteří již mají zkušenosti s léčbou a užíváním psychofarmak. Psychiatrická sestra si ověřuje znalosti pacienta a případně doplní chybějící informace. Cílem intervencí je informovaný a spolupracující pacient. Reedukace může být zaměřena také na rodinné příslušníky, nebo jiné blízké, kteří se o pacienta starají. Sestra využívá motivačních technik a spolu s pacientem identifikuje a řeší konkrétní problémy. Výkon hončí zhodnocením zpětné vazby a zápisem do dokumentace. Délka trvání je 45 minut a frekvence jednou za čtvrt roku (Psychiatrická sekce ČAS, výkony psychiatrických sester, 2015, online).

Psychiatrické sestry by si měly uvědomit, že každý kontakt s pacientem vyžaduje specifické intervence. Práce sestry se často zaměřuje na přítomnost u pacienta, usnadňující rozvoj terapeutického využití vlastního já, což je používáno pouze u pacientů v krizi, s těžkou depresí nebo vysoce neklidných. Navázání profesionálního vztahu může být také způsobem, jak uplatnit funkce psychiatrické sestry u dlouhodobě duševně nemocných pacientů (Deklarace z Turku, 2011, s. 5). V roce 2011 vydala Evropská asociace psychiatrických sester Horatio dokument, ve kterém popisuje specifika práce v tomto oboru.

2 PROJEKT PSYCHOSOCIÁLNÍHO CENTRA PŘEROV

2.1 Psychosociální centrum Přerov

Psychiatrická ambulance vznikala v Přerově od 50. let 20. století velmi pozvolna. Z počátku zde ordinovali psychiatři z olomoucké kliniky a to dvakrát týdně, postupně se vyvíjel základ stálé ambulance. Prvním stálým ambulantním psychiatrem byl prim. MUDr. Emil Heider. Mezníkem byl rok 1984, kdy nastoupil prim. MUDr. Juraj Rektor a spolu se svou manželkou PhDr. Blankou Rektorovou začali ambulanci rozvíjet.

Důraz byl kladen na týmovou práci a roli sester v péči o duševně nemocné. Po privatizaci v 90. letech 20. století se tým neustále rozrůstal. V této době již byla péče o pacienty zajištěna nejen psychiatry, ale také klinickými psychology a specializovanými sestrami. Od roku 1993 je součástí centra také denní stacionář s psychoterapeutickou péčí o pacienty s psychózou. V roce 2009 vznikla nadace Duševní zdraví o. p. s., jejímž posláním je podporovat osoby s chronickým duševním onemocněním. Psychosociální centrum Přerov zajišťuje péči napříč celým diagnostickým spektrem přes dětské pacienty až po sexuální poruchy včetně protialkoholní a protitoxikomanické léčby a gerontopsychiatrie.

Významným milníkem se stal rok 2015, kdy se v návaznosti na Reformu psychiatrické péče začal rozvíjet terénní program s multidisciplinárním týmem. Do budoucna je plánováno zřízení centra duševního zdraví a aktivace krizové služby. Nedílnou součástí je spolupráce s institucemi a službami v regionu - zdravotnická zařízení, sociální služby, vedení na jednotlivých obcích a podobně (Informace z lékařského semináře v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, Rektor, 2016).

2.2 Pilotní projekt terénní péče

Posláním tohoto projektu je vznik mobilní psychiatrické služby, která bude efektivně pomáhat pacientům s duševním onemocněním v jejich domácím prostředí. Projekt vychází se Standardu center duševního zdraví, který vypracovala Psychiatrická společnost pro Ministerstvo zdravotnictví ČR, a to z jeho částí, které se zabývají mobilními službami. Jedním z cílů projektu je rovněž ověření funkčnosti Standardu v praxi.

2.2.1 Cílová skupina

Cílovou skupinou tohoto projektu jsou zvláště těžce duševně nemocní (Seriously Mentally Ill - dále jen SMI). Jedná se o pacienty z diagnostického okruhu F20 – schizofrenie, schizotýmní poruchy a poruchy s bludy a F30 – Afektivní poruchy. Výjimečně mohou být zařazeni pacienti z diagnostických okruhů F40 – Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy a F60 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých. Vždy ovšem s výrazným funkčním narušením skóre GAF ≤ 60 , kde GAF je klinicky nástroj pro celkové posouzení aktuální úrovně zneschopnění. Podmínkou výběru je také historie alespoň dvou hospitalizací v psychiatrickém lůžkovém zařízení v uplynulých třech letech před vstupem do péče mobilní služby. Zařazeny jsou také pacienti s potřebou včasné intervence tedy s vážným rizikem rozvoje SMI. Cílem je včasná diagnostika a rychlé zahájení léčby (Rektor, 2015). Celkově je v současné době v pilotním programu 48 klientů. S dalšími 10 jsou prováděny inicializační pohovory a plánuje se jejich zařazení na základě souhlasu.

2.2.2 Realizace terénní péče

Terénní péče je poskytována prostřednictvím mobilního multidisciplinárního týmu v přirozeném prostředí pacientů. Má charakter dlouhodobé péče realizované formou psychiatrické a sociální rehabilitace, může jít také o poskytování krizové intervence v domácnosti pacienta se SMI. Dále se jedná o plánované včasné intervence v případě dosud nediodiagnostikovaných nebo aktuálně neléčených onemocnění. Ve spolupráci s ambulantními psychiatry se psychiatrická sestra podílí na péči o pacienty se SMI, kteří mají ambulantní ochrannou léčbu. Hlavním cílem multidisciplinárního týmu je poskytování péče v přirozeném prostředí pacientů a předcházení stavů, které by vyžadovaly hospitalizaci (Rektor, 2015).

Aktuálně probíhá na managementské úrovni navazování smluv se zdravotními pojišťovkami. Dochází k postupnému nárůstu pacientů s ohledem na potřebu využití služby. Důležitým úkolem multidisciplinárního týmu je také aktivní navazování spolupráce a tvorba sítě podpůrných služeb v zájmu péče o duševně nemocné pacienty. V rámci oboru se jedná o psychiatrické ambulance v regionu, Psychiatrickou nemocnici v Kroměříži, Psychiatrickou kliniku v Olomouci, Psychiatrickou léčebnu Šternberk a další. V rámci mezioborové spolupráce jsou navazovány kontakty s praktickými lékaři, RZS a ostatními lůžkovými zařízeními. Neméně důležitá je i spolupráce se sociálními institucemi (chráněné bydlení, chráněná práce, rezidenční služby atd.) a obcemi v olomouckém kraji (Rektor, 2015).

2.2.3 Hodnocení efektivity

Toto hodnocení probíhá u konkrétních pacientů. V pravidelných intervalech jsou sledovány nejen klinické, ale také nákladové parametry. Mezi nákladové parametry lze zařadit frekvence hospitalizací, ale také jejich délku, či frekvenci využití služeb RZS.

Klinické parametry jsou hodnoceny psychiatrickými sestrami, které v průběhu péče u pacientů sledují aktuální situaci prostřednictvím vybraných nástrojů. Funkční postižení je hodnoceno pomocí škály GAF (Global Assessment of Functioning) respektive PSP (Personal and Social Performance Scale). Klinický stav je hodnocen prostřednictvím HoNOS (Health of the Nation Outcome Scales) – česká verze (Rektor, 2015). V současné době je k dispozici více nástrojů pro měření kvality života a efektivity péče.

2.2.4 Personální obsazení

Terénní psychiatrická péče je realizována prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Tento tým je v současné době složen z psychiatra, klinického psychologa, psychiatrických sester, sociálních pracovníků a managementu. Protože tato bakalářská práce je zaměřena na ošetrovatelskou péči o duševně nemocné budu se níže věnovat roli psychiatrických sester. Tyto jsou v současné době čtyři. Všechny mají absolvované specializační vzdělávání a kontinuálně probíhají další kurzy a školení (kurzy CRPDZ - FACT, Open dialogue) a odborné stáže (Ústřední vojenská nemocnice Praha, Psychiatrická nemocnice Bohnice, Klinika Eset) (Rektor, 2015).

Role psychiatrické sestry je pro práci s pacienty v terénu velmi důležitá. Prvotním a zároveň nejzásadnějším úkolem je navázání vztahu s pacientem. Sestry jsou v kontaktu s pacientem zpravidla minimálně jednou týdně, ale v případě nutnosti krizové intervence i častěji. Navštěvují pacienta v místě bydliště. Poskytují podporu při zajištění praktického lékaře, zubaře, gynekologa atd. Monitorují zdravotní stav pacientů. Zajišťují kontakt s ambulantním psychiatrem a podílí se na plánu péče a vytváření krizového plánu. Vodítkem pro spolupráci terénní psychiatrické sestry a pacienta je individuální plán, který je vytvářen spolu s klientem a ve spolupráci se sociální pracovníci. Tento plán vychází z prvotního ujasnění si potřeb a požadavků pacienta, upřesnění si schopností a omezení pacienta a je hlavní zásadou celé spolupráce.

3 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE U PACIENTA SE SCHIZOFRENIÍ

Ve výzkumné části má každý z mých respondentů diagnostikováno onemocnění paranoidní schizofrenie. Proto bych v této kapitole chtěla stručně přiblížit onemocnění, jako takové.

3.1 Shizofrenie

Schizofrenie (F20 – F29) patří mezi závažné psychické poruchy a je charakterizována poruchami myšlení, vnímání a osobnosti. Dalším významným projevem je porucha emotivity především kvalitativního charakteru: emoční nepřiměřenost, oploštělost, chudost. Onemocnění vzniká v mladém věku a probíhá buď kontinuálně, nebo v relapsech (Dušek a Procházková, 2011, s. 218). Příčina vzniku není dosud zcela jasná. Lze sem ovšem zařadit genetické vlivy, zátěžové situace, užívání drog a alkoholu u predisponovaných jedinců, sociální komplikace, nebo potíže u porodu.

Klinické formy

Paranoidní (F20.0) – je nejčastější formou schizofrenie. Charakteristické jsou bludy a halucinace. Mohou se vyskytovat afektivní raptý, či podrážděnost. Ze somatických příznaků jsou časté bolesti hlavy, nechutenství a poruchy spánku. Onemocnění probíhá epizodicky a postupně vznikají rezidua.

Hebefrenní (F20.1) – tato forma se rozvíjí pozvolna. Hlavním projevem je hypomaniacká nálada. Pacienti mají klackovité chování, které je doprovázeno grimasami a nesmyslným šklebením. Bývají přítomny poruchy koncentrace a myšlení. Onemocnění postupně přechází v deterioraci s emočním ochuzením a oploštěním.

Katatonní (F20.2) – hlavními projevy této formy jsou poruchy psychomotoriky ve smyslu hypokinetického a hyperkinetického syndromu. V projevech pacientů je patrná bizarnost, manýrování, ceremoniály, někdy se vyskytuje zmatená inkoherentní řeč. Onemocnění vzniká obvykle náhle bez prodromálních příznaků.

Reziduální (F20.5) – vzniká, jako následek proběhlého onemocnění s výrazným narušením osobnosti a hlubokým zásahem do její struktury. Subjektivně se projevuje ztrátou zájmů, energie, neschopností rozhodování a navazování interpersonálních vztahů. Nejedná se však o poruchu intelektu.

Simplexní (F20.6) – v tomto případě je častá emoční oploštělost, až otupělost. Pacienti se obtížně zapojují do společnosti, zanedbávají své povinnosti, může docházet ke kriminální činnosti. Onemocnění má progredientní průběh a končí jako reziduální schizofrenie, nejčastěji s defektem (Dušek a Procházková, 2011).

Diagnostika

Diagnostika schizofrenie je poměrně obtížná. Obecně lze říci, že k diagnostikování je nutná přítomnost jednoho, nebo dvou pozitivních, či negativních příznaků (nejčastěji se jedná o halucinace, či bludy). Odebírá se psychiatrická anamnéza a velmi důležité je posouzení psychického stavu, kdy je důležité zaměřit se především na vnímání, řeč, celkový vzhled, myšlení, emotivitu, intelekt. Jako součást psychiatrického vyšetření se provádí vyšetření somatické včetně neurologického. Mezi pomocná vyšetření se řadí vyšetření psychologické a zobrazovací metody – CT, PET, SPECT (Češková, 2007).

Příznaky

Příznaky schizofrenie lze rozdělit do dvou základních skupin na pozitivní a negativní. Mezi **pozitivní příznaky** patří bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč, ztráta kontaktu se skutečností, ztráta náhledu, tvorba neologizmů, neúčelné chování a agitované projevy. Halucinace jsou poruchu vnímání, kdy pacient vnímá vjemy, které vznikají v jeho mozku na základě onemocnění. Tyto vjemy mohou ovlivňovat jeho chování. Jsou rozlišovány halucinace sluchové (hlasy, zvuky atd.), zrakové (vidiny), chuťové (cítí jed v jídle), čichové nebo dotykové (často se sexuálním podtextem). Bludy jsou mylná přesvědčení, která vznikají v důsledku choroby. K hlavním znakům bludu patří, že pacientovo přesvědčení je pevné a nevývratné, pro nemocného jde o realitu. Bludy mohou mít různé formy. Nemocný může být vztahovačný, mít pocit, že si o něm ostatní povídají, sledují ho, píše se o něm v novinách, mluví se o něm v televizi, může být přesvědčen o svém mimořádném původu, o nevěře partnera, o tom, že má nadpřirozené schopnosti atd.

Mezi **negativní příznaky** patří apatie, mutismus, ztráta energie a zájmů, pasivita, snížení komunikace, pasivní a aktivní negativismus, oploštěná, vyhaslá afektivita, neschopnost prožívat emoce, ztráta vůle (abulie) a ztráta schopnosti se radovat, vyhýbání se ostatním. Tyto příznaky jsou někdy laickou veřejností hodnoceny jako lenost a neschopnost. Pacient však tyto projevy nemoci není schopen svou vůlí ovlivnit. Může docházet k zanedbávání sebezpečí, hygieny, k úplné sociální izolaci.

Další skupinu příznaků častých u onemocnění schizofrenií tvoří **kognitivní příznaky**. Typické je zhoršení pozornosti, poruchy paměti, pocit, že „mi to nemyslí“. Pacienti si stěžují na zhoršené soustředění při čtení nebo sledování televize, na časté zapomínání a celkové zhoršení mentální výkonnosti. Schizofrenii mohou provázet také **příznaky depre-
sivní** chorobně smutná nálada, pocity beznaděje a méněcennosti až myšlenky na sebevraždu. Důležité je tyto příznaky nepodceňovat (Petr, Marková a kol., 2014).

Průběh

Schizofrenie je onemocnění epizodické. Často se vrací opakovanými atakami, jako tzv. relaps. Znovu propuknutí nemoci se projevuje tzv. varovnými příznaky, ke kterým patří úzkost, deprese, napětí, sociální stažení, kognitivní deficit, podezřívavost vůči okolí. Rozpoznání těchto příznaků má zásadní význam pro prevenci relapsu. Ataka onemocnění trvá obvykle šest měsíců. Zpravidla se jedná zprvu o pozitivní příznaky, po několika týdnech léčby pozitivní příznaky pozvolna ustupují a jsou střídány příznaky negativními. Po propuštění z nemocnice zasahují do kvality života významně právě negativní příznaky, spolu s kognitivním deficitem (Petr, Marková a kol., 2014).

Léčba

Pilířem léčby schizofrenie jsou antipsychotika. Jejich podávání je doplněno o psychosociální léčbu kam řadíme psychoterapii, jejímž cílem je posilovat schopnost komunikovat s okolím. Důležitou součástí léčby je nácvik sociálních dovedností a psychoedukace, kdy je nutné podávat pacientovi a jeho rodině adekvátní informace. Do léčby patří také psychiatrická rehabilitace. Ve vztahu k individuální symptomatice onemocnění jsou používány jako komedikace ostatní druhy psychofarmak (antidepresiva, anxiolytika, hypnotika). V omezené míře se používá transkraniální magnetická stimulace, nebo elektrokonvulzivní terapie a to zejména u farmakorezistentních pacientů (Petr, Marková a kol., 2014).

K účelům psychiatrické rehabilitace jsou využívána centra denních aktivit a denní stacionáře. Ty poskytují rehabilitační péči, jejíž součástí jsou programy pro nácvik praktických dovedností. Pobyt v denním stacionáři má za cíl zamezit, případně zkrátit dobu hospitalizace. Existují samostatně, případně jako součást psychiatrické nemocnice, ambulance, nebo jiného psychiatrického zařízení (Venglářová, 2006).

3.2 Ošetrovatelská péče

Osobnost pacientů, tak jako projevy a průběh onemocnění bývají rozmanité. Z tohoto důvodu je důležité zvolit přísně individualizovaný přístup a přizpůsobit se aktuální situaci, ve které se pacient nachází. V akutní fázi je důležité zajistit bezpečnost pacienta a jeho okolí. V případech, které to vyžadují, je nezbytné použít omezovací prostředky a volit klidný a rozhodný přístup. Je nutné zajistit bezpečí nejen pacienta, ale také personálu. Použití omezovacích prostředků podléhá platným standardům a je řádně zaznamenáno v dokumentaci. Sestra pravidelně kontroluje celkový stav pacienta. Podle ordinace lékaře podává medikaci a sleduje její účinky (Marková a kol., 2006).

Komunikace s člověkem, který slyší hlasy, jedná pod vlivem bludné produkce, má inkohherentní myšlení, je velmi náročná a klade velké nároky na profesionalitu a komunikační schopnosti ošetrovatelského personálu (Petr a Marková, 2014, s. 215). Po odeznění akutního stádia je důležité zajistit, aby pacient dodržoval užívání léků. Postupně zapojovat pacienta do denního režimu a v neposlední řadě navázat spolupráci s rodinou. Velmi důležité je zaměření ošetrovatelské péče na biologické potřeby pacienta (spánek, hygiena, výživa a vyprazdňování). V případě nespolupracujícího pacienta sestra pečuje o invazivní vstupy (naso-gastrická sonda, intravenózní kanyla, permanentní močový katetr). Sestra musí s pacientem navázat terapeutický vztah, což zejména v době akutní fáze onemocnění bývá obtížné. Sestra musí pochopit, jak pacient vnímá svět a jeho okolí a podle toho zvolit vhodný přístup. Zdrojem rozhodnutí pro změnu v pacientově životě je aktivace aspektů self, jimž klient dosud nevěnoval dostatečnou pozornost. Zkoumání problematických aspektů v životě pacienta přirozeně vede i ke zkoumání osobních zdrojů, které by mohly napomoci při zvládnutí problematických zážitků. Mohou obsahovat důležitou emocionální a motivační sílu k tomu, aby se o ně pacient mohl opřít při přijímání rozhodnutí o změnách ve svém životě (Timuřák, 2014, s. 100).

Základní prvky terapeutického vztahu jsou:

Akceptování – sestra akceptuje pacienta takového, jaký je, a zároveň se snaží si uvědomovat své reakce na pacienta tak, aby si zachovala objektivitu.

Autentičnost – interakce s pacientem musí být upřímná, otevřená, orientovaná na realitu. Pacienti s psychózou jsou obvykle citliví na neupřímnost, dvojsmysly a emoční podtón v komunikaci.

Uvědomění – sestra si musí být vědoma toho, že chování pacienta vychází z chorobného podkladu, a je tedy součástí onemocnění, nikoliv např. provokací, leností, či neochotou ke spolupráci (Petr, Marková a kol., 2014, s. 215).

4 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ

V této kapitole se dostávám k vymezení pojmu kvality života. Přiblížím tento pojem s ohledem na stigmatizaci pacientů a snahu o jejich destigmatizaci a deinstitucionalizaci. Představím nástroje pro měření kvality života, které jsou používány v terénní péči v Psychosociálním centru Přerov.

4.1 Definice pojmu kvalita života

Je velmi těžké definovat pojem kvality života. Zejména z toho důvodu, že nic nepodléhá natolik subjektivnímu prožívání jako právě tento pojem. Kvalita života je velmi „živá“ proměnná také ve vztahu k jednotce času. Hodnoty každého z nás se během života mění a posouvají. Ani literatura není v definicích jednotná.

Obecně by se dalo říci, že koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých zkušeností člověka – od fyzických funkcí, až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů a prožíváním životního štěstí. Nejčastěji se při vyjádření tohoto pojmu setkáváme s předponou multi. Kvalita života je označována jako multidimenzionální, multifaktoriálně podmíněna a mluvíme o fenoménu multiúrovňovém, tedy o fenoménu s vysokou mírou komplexnosti (Gurková, 2011).

Podle Světové zdravotnické organizace je to subjektivní pocit jedince anebo skupiny, že jsou uspokojovány jejich potřeby a nejsou jim odpírány příležitosti dosáhnout osobního štěstí a naplnění jejich potřeb (Kelčíková, 2010).

Tak, jako každý vnímá individuálně uspokojování biopsychosociálních potřeb, vnímá i kvalitu života individuálně. Není pravidlem, že zdravý člověk považuje kvalitu svého života za dobrou, stejně jako fakt, že trpí-li někdo onemocněním a to zejména chronickým – musí nutně vnímat kvalitu svého života za nedostatečnou. Z těchto důvodů je úkolem sester v rámci ošetrovatelského procesu posuzovat nejen charakteristiky narušující potřeby pacientů. Ale měly by být také schopny posoudit vnímání kvality života za využití specifických nástrojů jejího hodnocení. K tomuto účelu slouží množství dotazníků a škál, které jsou v České republice využívány. V kapitole 4.2 blíže popisují pouze ty, se kterými se pracuje v Psychosociálním centru Přerov.

4.2 Nástroje pro měření kvality života

Objektivizovat subjektivní kritéria kvality života je velmi obtížné. Na problematiku lze nahlížet z různých úhlů pohledu. Od tohoto faktu se odráží i potřeba většího množství dotazníků a škál, postihujících specifičnost jednotlivých segmentů kvality života. Tato práce si neklade ambici osáhnout veškeré existující škály a jejich modifikace. Blíže proto přiblížím pouze ty, se kterými se pracuje v terénní péči v Psychosociálním centru Přerov. K zachycení dynamiky změn prožívané kvality života jsou používány dva funkční nástroje. Jedná se o škálu HoNOS (samohodnotící verze) a PSP (hodnocení psychiatrickou sestrou). Dotazníky předkládám v přílohách č. 4 a 5.

4.1.1 Hodnocení nástrojem HoNOS

Je to nástroj na hodnocení symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných. Vznikl v 90. letech 20. století ve Velké Británii v rámci strategie Zdraví národa (The Health of the Nation Strategy). V České republice existuje verze pro externí hodnotitele a sebeposuzovací verze (Pěč a kol. 2009). Sebeposuzovací verze obsahuje doplňující položku, v níž dotazovaný může uvést 5 svých nejzávažnějších problémů (mohou to být i jiné, než na které je zde dotazován). Celkem se hodnotí 12 oblastí:

1. Nadměrně aktivní, agresivní, rušivé nebo agitované chování.
2. Úmyslné sebepoškozování.
3. Problémy s alkoholem nebo užíváním drog.
4. Kognitivní problémy.
5. Tělesná nemoc nebo postižení.
6. Problémy spojené s halucinacemi a bludy.
7. Problémy s depresivní náladou.
8. Jiné psychické problémy a poruchy chování (typ problému: A-fobický B-úzkostný C-obsedantně kompulzivní, D-duševní napětí, tenze, E-disociativní, F-somatoformní, G-příjem potravy, H-spánek, I-sexuální, J-jiné).
9. Problémy se vztahy.
10. Problémy s každodenními činnostmi.
11. Problémy s podmínkami bydlení.
12. Problémy se zapojením se a dalšími činnostmi.

Verze HoNOS - sebezposuzovací - je určena k samostatnému vyplnění respondentem (je určena pro dospělé osoby). Vyplňuje se přímo do předkládaného textu. Pokyny k vyplňování, které jsou uvedeny na začátku dotazníku, je vhodné respondentovi nejprve přečíst a zeptat se, zdáje mu vše srozumitelné, také je potřeba zdůraznit, jakého období se hodnocení týká obvykle posledních 14 dnů.“ (Pěč a kol., 2009, Česká a slovenská psychiatrie, s. 247.)

4.1.2 Hodnocení nástrojem PSP

Chronický průběh schizofrenie má za následek závažné funkční postižení v oblasti sociální i pracovní. K měření funkční výkonnosti psychiatrických pacientů lze použít celou řadu nespécifických nástrojů, k hodnocení postižení u schizofrenie byla navržena Škála osobní a sociální výkonnosti – PSP (Mohr a kol., 2012, Česká a Slovenská psychiatrie, s. 279). Pomocí škály PSP je možné spolehlivě a validně zhodnotit sociální funkce a zároveň mít možnost sledovat jejich změny v čase. Jsou hodnocena postižení ve čtyřech oblastech: společensky prospěšné aktivity, osobní a sociální vztahy, péče o sebe sama a rušivé a agresivní chování. Výsledné skóre v rozmezí od 1 do 100 bodů odráží míru závažnosti postižení v jednotlivých doménách. Stanovená pásma závažnosti postižení jsou skóre 1–30 (pacient vyžaduje intenzivní dohled nebo podporu), 31–70 (různý stupeň postižení) a 71–100 (pouze mírné obtíže).

Hlavním zdrojem informací je rozhovor s pacientem. Do hodnocení se také promítá osobní znalost pacienta, informace získané od rodinných příslušníků, pečovateli a zdravotnických pracovníků. PSP škálování by měl vykonávat odborník se zkušeností s léčbou nemocných se schizofrenií. Vždy by to měl být stejný hodnotitel, který je s pacientem pravidelně v kontaktu (Mohr a kol., 2012). Hodnotí se závažnost problémů v daných oblastech a poté se provede výpočet.

4.2 Stigmatizace a její vliv na kvalitu života

Stigmatizace duševně nemocných pacientů je jedním z hlavních činitelů pro snížení kvality života. Pacienti velmi špatně vnímají nejen projevy z okolí, ale také oni sami se cítí méněcenní, mnohdy i v případě, že okolí je jim v jejich nemoci oporou.

Stigmatizace je sociálně psychologický proces, kdy je jedinec označován negativní nálepkou na základě odlišnosti, která je pro okolí z nějakého důvodu nepřijatelná. Stigma působí na třech úrovních - veřejné (tj. jakým způsobem se stigmatizace projevuje v dané společnosti, kultuře, médiích, každodenních zvycích a postojích), strukturální (institucionální, tj. na úrovni fungování organizací, úřadů, zaměstnavatelů apod.) a osobní (tj. jak pacient hodnotí sám sebe (Praško a kol, 2014, online). *Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele. Slovo „stigma“ bývá překládáno jako znak nebo stopa, která nese svědectví* (Ocisková a Praško, 2015, s. 11).

Během své nemoci si pacienti všimají, že se vůči nim chová okolí jinak a postupně začnou věřit, že názory společnosti jsou opodstatněné. Tento fakt má velký vliv na to, jak pacienti prožívají svou nemoc a jak ji sami přijímají. Sebestigmatizace bývá často provázena změnou sebepojetí, ztrátou pozitivního smýšlení o sobě, snížením sebevědomí a sebedůvěry. Zároveň je tato oblast nejvíce přístupná terapeutickému působení. Pacienti se již v předchozí době chovají odlišně, okolí jejich chování často odmítá a zesměšňuje. V prostředí, které je k těmto odlišnostem tolerantnější, dochází u vulnerabilních osob k rozvoji schizofrenie méně často. Stigmatizace tak může probíhat ještě před vznikem onemocnění a zhoršovat jeho průběh. Také snaha vyhnout se nálepce „blázna“ může vést k prodlení s rozhodnutím vyhledat pomoc a léčbu. Negativní sebepojetí vycházející z domnělé méněcennosti vede k pasivitě, vyhýbání se přátelům, rezignaci na nové vztahy, zanechání studia nebo zaměstnání. Předsudky a diskriminace spojené se schizofrenií dále zvyšují pravděpodobnost zneužívání alkoholu a jiných návykových látek. Přisuzování problémů duševnímu onemocnění je spojeno se sníženou subjektivní kvalitou života (Praško a kol, 2014, online).

V péči o pacienty je třeba si uvědomit, že dalším sekundárním příznakem bývá často také deprese. Vycházející z bilancování reálného omezení možností a dalšího životního rozvoje.

4.3 Destigmatizace

Téma destigmatizace duševních poruch se v posledních dvou desetiletích stalo celosvětově významným trendem v oboru psychiatrie. To vedlo v konečném důsledku k rozvoji mezinárodních programů, jejichž cílem je zvýšit povědomí a najít způsob, jak problém řešit. Mezi dvě hlavní celosvětové aktivity, které pracují za tímto účelem, patří globální program "Fighting Stigma and Discrimination because of Schizophrenia" (nebo "Program Against Stigma and Discrimination Because of Schizophrenia"), více známý jako program "Open-the-Doors", a práce Vědecké sekce Světové psychiatrické asociace "Stigma u duševního zdraví". Více než 21 zemí světa se nyní účastní práce v této síti, jejímž cílem je přinést veřejnosti povědomí o duševních nemocech a snížit tak míru stigmatizace. Tyto programy a iniciativy jsou zaměřeny především na boj proti rozsáhlé sociální stigmatizaci u schizofrenie (Praško a kol, 2014, online) *Destigmatizace stereotypu člověka trpícího duševní poruchou ve společnosti je důležitým, ale zároveň obtížným úkolem. Cílem je změnit stereotyp člověka trpícího duševní poruchou tak, aby nebyl společensky izolován ani sankcionován, aby se změnil postoj zaměstnavatele, rodiny, přátel, ale i zdravotníků* (Ocisková a Praško, 2015, s. 74).

V posledních letech je také v České republice vyvíjena snaha o změnu postoje veřejnosti vůči psychiatrickým pacientům. Probíhají destigmatizační kampaně, přednášky, vznikají krizové a terénní týmy. Stejně tak se v současnosti začíná více pracovat s rodinnými příslušníky například cestou rodinné terapie. Do tohoto procesu se zapojují i sami nemocní, kteří poskytují své zkušenosti a rady v oblasti duševního onemocnění.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE EMPIRICKÉHO VÝZKUMU

Pro empirickou část jsem jako metodu zvolila kvalitativní výzkum. Problematika kvality života je velmi specifická a těžko měřitelná veličina, z tohoto důvodu jsem přistoupila k individuální formě výzkumu studiem dostupné dokumentace, která byla u některých pacientů doplněna o polostrukturovaný rozhovor.

5.1 Stručná charakteristika kvalitativního výzkumu

Kvalitativní výzkum je metoda nematematického zpracování dat, jehož výsledky je těžké zobecnit. Provádí se sběrem dostupných dat a jejich analýzou. *Kvalitativní popis faktů, analýza faktů, jevů nebo procesů probíhá hlavně v narativní nebo esejistické formě, přičemž jsou vyloučeny všechny číselné a statistické výpočty* (Kutnohorská, 2009, s. 22). Na počátku kvalitativního výzkumu badatel vybírá téma a určuje základní výzkumné otázky. Tyto otázky se však mohou během výzkumu modifikovat. *Kazuistika je významným teoretickým nástrojem zprostředkování zkušeností. Ve zdravotnictví pomáhá analyzovat jednotlivé případy a také umožňuje aktivně se zapojit do výzkumného procesu prostřednictvím kvalitativní metody* (Kutnohorská, 2009, s. 80). Údaje mají charakter textu a respondenti jsou vybíráni účelově na základě určitého kontextu, který je pro samotný výzkum směrodatný. Tato forma výzkumu je poměrně náročná na čas. Soubor respondentů je malý a v centru výzkumné pozornosti je člověk. Daný problém není zcela ohraničen. Každá zkušenost je ovšem velmi významná (Kutnohorská, 2009).

5.2 Výzkumný plán

5.2.1 Výzkumný cíl

Cílem mého výzkumu bylo zjistit vliv terénní psychiatrické péče na kvalitu života klientů s duševním onemocněním. Jako dílčí cíl č. 1 jsem zvolila problematiku dodržování léčebného režimu (pravidelné kontroly u lékaře, pravidelné užívání medikace, aplikace depotní injekce). Dílčí cíl č. 2 se zabýval oblastí sociálních vztahů (rodinné vztahy, přátelské vztahy, partnerské vztahy, vztahy k okolnímu světu obecně). V dílčím cíli č. 3 jsem se soustředila na problematiku prožívání hospitalizace ve srovnání s prožíváním terénní péče.

5.2.2 Výběr respondentů

Výběr respondentů byl omezen vzhledem k externím předpisům pro zařazení klientů do programu terénní psychiatrické péče. Kritéria pro výběr je diagnóza (F20, F30) a počet hospitalizací (minimálně dvě hospitalizace během posledních tří let). Dalším kritériem pro zařazení do terénní péče je trvalé bydliště v okrese Přerov. Pro tuto bakalářskou práci jsem vybrala klienty výhradně s diagnózou schizofrenie (F20), muže ve středním věku.

5.2.3 Metodika získávání dat

Výzkum probíhal formou analýzy dostupných dokumentů. Studovala jsem písemnou dokumentaci ošetřujících lékařů a terénních sester, zprávy z pobytu v psychiatrických nemocnicích, a v jednom případě jsem měla k dispozici posudek soudního znalce z odvětví psychiatrie. Pracovala jsem na osobních případových studiích, z nichž některé jsem pro upřesnění doplnila o polostrukturovaný rozhovor. Výběr a množství rozhovorů byl podmíněn souhlasem respondentů. Studium dat a realizace rozhovorů probíhalo v období od ledna do dubna 2016. Rozhovor odmítla většina respondentů, převážně z důvodů strachu z nahrávání rozhovoru na diktafon a osobního setkání vůbec. Rozhovory proběhly v přirozeném prostředí respondentů, kdy jsem po předchozí domluvě realizovala setkání v místě bydliště v rámci návštěvy terénních psychiatrických sester. Respondenti byli informováni o časovém horizontu (30 minut) a o pomůckách (diktafon). Upřesnila jsem, k jakému účelu budu rozhovor potřebovat, a jak bude probíhat. Rozhovory jsem využila pro doplnění případových studií a také při analýze získaných dat. Jejich přepisy předkládám v příloze č. 2 a 3 snažila jsem se o maximální autentičnost projevu.

6 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Pro případové studie jsem si vybrala osm klientů Psychosociálního centra Přerov, kteří jsou zařazeni do programu terénní služby. Tři z nich však odmítli být do výzkumu zařazeni z důvodu obav o svou anonymitu. Výzkumný vzorek tedy zahrnuje pět respondentů. Se všemi se setkávám při své práci na ambulanci. Respondent 2 aktuálně navštěvuje denní stacionář.

6.1 Respondent 1

Muž, 23 let, svobodný, bezdětný. Aktuální diagnóza je **paranoidní schizofrenie** (F20.0). Pobírá invalidní důchod třetího stupně.

Anamnéza

Matka (43 let) i otec (47 let) zdraví, má staršího bratra (31 let) a sestru (33 let). V rodině bez neuropsychiatrické zátěže. Porod byl fyziologický v termínu. Psychomotorický vývoj fyziologický. Prodělány běžné dětské nemoci. Neprodělal žádné operace, ani vážnější úrazy. Základní školu ukončil s podprůměrným prospěchem, pak nastoupil na učiliště – obor tesař. Docházku ukončil v prvním ročníku po propuknutí nemoci. Žije s matkou, rodiče se rozvedli, když mu byl rok pro časté hádky. Otce vídá jen sporadicky. V kontaktu s okolím býval vždy stažený. Nikdy nepracoval. Základní vojenskou službu neabsolvoval. V dospívání měl jeden krátkodobý vztah. Po propuknutí nemoci již další partnerské vztahy nenavázal. **Aktuální medikace:** depotní injekce jednou měsíčně Xeplion 150mg 1 amp., i. m. Perorálně užívá Clozapin Destin 100mg 2-0-3, Lamictal 100mg 1-0-1, Rivotril 0,5 mg 1-0-1, Emzok 50mg 0-0-1.

Katamnéza

V evidenci Psychosociálního centra Přerov je od března 2010, kdy byl konziliárně vyšetřen po odeslání z dětského oddělení nemocnice Přerov. V té době tam byl hospitalizován pro nespecifické střevní potíže. Stěžoval si na pach z úst a ucpaný konečník. Po psychiatrickém vyšetření byla doporučena hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Kroměříž pro tělové a čichové halucinace, bludné vnímání a pocity ovládnutí. Při přijetí byl v klinickém obraze vzdálen od reality, oční kontakt nenavazoval, byla patrná tenze a motorická nestabilita. Během vyšetření spontánně vstával ze židle, škrábal se různě po těle, rozhlížel se po

místnosti. Pokud seděl, tak bokem. Emočně byl nepřiléhavý, s rysy autistického a paralogického myšlení. Měl pocity nereálnosti, potíže s koncentrací a pamětí, bylo patrné sociální odcizení. Aktuální emoční ladění bylo úzkostně depresivní, přítomny byly suicidální myšlenky. Pacientova osobnost byla v té době nevyzrálá, submisivní, negativistická, iritabilní, se slabým já, nízkým sebevědomím, nedostatečnými sociálními dovednostmi a potížemi se sebezprosažením. Na oddělení se stav vlivem medikace postupně zlepšil. Stále byl však uzavřený, vzdálený, autistický, ale od přijetí mírně živější, pocity zápachu již neudával, suicidální ideace popíral. Rodiče pacienta se dostavili na oddělení a žádali propuštění syna do ambulantní péče. Odmítli další hospitalizaci, navzdory doporučení a radám lékaře trvali na svém rozhodnutí. Byli poučeni o povaze onemocnění a možných rizicích, přesto podepsali negativní reverz. Pacient byl propuštěn v dubnu 2010 s diagnózou akutní polymorfni psychotická porucha se symptomy schizofrenie (F23.2).

Po propuštění chodil nepravidelně na ambulantní psychiatrické kontroly. I přes užívání kombinace léků přetrvávaly psychotické příznaky. V červnu 2010 byl zařazen do programu denního stacionáře za účelem stabilizace, resocializace a získání náhledu na onemocnění. Ve stacionáři se jevil izolovaný, nenavazoval oční kontakt. Převážnou část dne seděl se sluchátky na uších, kterými se snažil přehlušit obtěžující hlasové halucinace. Psychoterapeuticky dominovala práce s adaptací a s přijetím režimu. Po čase se projevilo nedodržování léčebného režimu, kdy pacient neužíval léky vlivem nedostatečného náhledu. Byla zjevná spánková inverze, kdy za pobytu ve stacionáři pospával. Jako důvod udával problémy s nespavostí. Pacient ve stacionáři selhával a ukončil docházku. V září 2010 byl opět hospitalizován v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, kam byl přivezen za asistence Policie ČR. Byl přijat s podobným klinickým obrazem, jako při první hospitalizaci. Výraznější však byly projevy verbální a brachiální agresivity vůči okolí. Na oddělení se projevovalo klackovité chování, nepřiléhavý smích. V listopadu 2010 byl propuštěn s diagnózou paranoidní schizofrenie (F20.0). Po propuštění ambulantní psychiatr konstatoval přítomnost negativní symptomatiky s přetrvávajícími slovními halucinacemi. V této době si klient zažádal o invalidní důchod, který mu byl přiznán. Od té doby se zdržoval převážně doma. Nenavazoval žádné sociální kontakty, komunikoval pouze s matkou. Při návštěvách v ambulanci opakovaně zmiňoval nutnost poslechu rokové hudby s cílem přehlušit sluchové halucinace a „*schovat se tak do bezpečí.*“ V noci si často kreslil obrazy s andělskou tematikou.

V letech 2010 až 2014 byl opakovaně hospitalizován pro relapsy schizofrenie v důsledku nedodržování léčebného režimu (nedodržoval medikaci, vynechával kontroly s podáním depotní injekce). Z rozhovoru: „*Jednou sem tam jel na kole jenom v dece, musel sem...říkali mi to, ty hlasy.*“

V červnu 2015 byl zařazen do programu terénní péče.

Cílem terénní péče je dodržování léčebného režimu – pravidelné kontroly, užívání medikace, aplikace depotní injekce. Dále se pracuje na získání rodiny pro spolupráci, aktivizaci v domácím prostředí a rozvoji sociálních kontaktů mimo domov. Důraz je kladen také na rozvoj sebepéče a úprava denního režimu.

Frekvence návštěv je jednou týdně. V případě zhoršení stavu je intenzita návštěv indikována dle potřeby. V akutních případech má klient možnost telefonicky požádat o krizovou intervenci.

Pacient byl zpočátku negativistický a nedůvěřivý. Přestože si domluvil schůzku s psychiatrickou sestrou na přesný den i hodinu, neotvíral, nebral telefon. Na kontroly se nedostavoval. Postupem času začal navazovat kontakt s psychiatrickou sestrou přes telefon. V červenci 2015 byly realizovány první návštěvy v jeho domácím prostředí, později také za účasti matky, která byla edukována o příznacích onemocnění a nutnosti dodržování léčebného režimu, jakožto prevence relapsu onemocnění. Matka se svěřila s „metodou“, díky které doposud zvládala psychotické krize v době, kdy klient odmítal navštívit lékaře. Jející slovy: „*Je to s ním těžký, když to na něj přijde, tak otvírám dveře ven z bytu na chodbu, nebo okna. Vyháním tak halucinace ven z bytu.*“ Spolupráce s pacientem byla obtížná vzhledem k omezené schopnosti verbálních projevů. Kontakt byl navázán pomocí arteterapeutických technik, s využitím zájmu o metalovou hudbu a grafického zpracování pocitů. Z rozhovoru: „*sem rád, že ta sestřička taky ráda poslouchá muziku...dokonce zná stejný kapely, můžu o nich mluvit.*“ V srpnu 2015 byl přiveden psychiatrickou sestrou na akutní vyšetření k lékaři pro tachyarytmie p'140, TK 130/75. Stav byl způsoben nasazením medikace po dlouhodobé absenci předepsaných léků. Při dalších návštěvách psychiatrická sestra kontrolovala hodnoty TK a pulzu. V domácím prostředí byl klient při kontaktu postupně spontánnější, komunikativnější, přátelsky naladěný. Zlepšily se hygienické návyky, začal dodržovat léčebný režim ve smyslu pravidelného užívání medikace. Začal se postupně zaměřovat na spánkovou inverzi a v současné době se snaží dodržovat zásady spánkové hygieny. V lednu 2016 se jeho stav zhoršil po hádce s matkou. Při návštěvách se začala projevovat difuzní vztahovačnost

vůči okolí, uzavíral se do sebe. Díky vybudovanému vztahu s psychiatrickou sestrou souhlasil s akutní kontrolou u ošetřujícího psychiatra, který přechodně navýšil medikaci. Z rozhovoru: „*Pohádali jsme se s matkou, všechno jí na mě vadilo...pak se ty hlasy stupňovaly, že sem špatnej a tak... Sestra mě vzala k doktorovi.*“ Tímto se upravil stav a podařilo se zabránit rozvoji psychotické symptomatiky, která v minulosti často vedla k hospitalizaci. Psychiatrická sestra prováděla v tomto období návštěvy tři krát týdně. Zhoršení stavu se podařilo zvládnout v domácím prostředí. V březnu 2016 klient projevil zájem o zařazení do denního stacionáře s možností navázání nových sociálních kontaktů.

6.2 Respondent 2

Muž, 41 let, svobodný, bezdětný. Aktuální diagnóza je **paranoidní schizofrenie** (F20.0). Pobírá invalidní důchod třetího stupně.

Anamnéza

Matka (68 let) zdráva, nyní žije v pečovatelském domě, otec zemřel před pěti lety (65 let). Má dva starší sourozence, setru (47 let) a bratra (49 let), stýká se však pouze se sestrou. Žije sám v rodinném domě. V rodině bez neuropsychiatrické zátěže. Porod byl fyziologický po termínu. Psychomotorický vývoj fyziologický. Prodělány běžné dětské nemoci. Neprodělal žádné operace, ani vážnější úrazy. Vyučil se opravářem zemědělských strojů s průměrným prospěchem. Dříve přátelský vůči okolí, v kolektivu býval oblíbený. Vážný partnerský vztah nikdy nenavázal. Po vyučení pracoval jako opravář zemědělských strojů, poté nastoupil na základní vojenskou službu, kterou nedokončil z důvodu propuknutí nemoci. **Aktuální medikace:** depotní injekce co tři týdny Afluditen 25 mg 1 amp., i. m. Perorálně užívá Valproat Chrono 300 mg 1-0-1, Cisordinol 25mg 1-0-1, Clozapin destin 100 mg 2-0-2, Rivotril 0,5 mg 0-0-1.

Katamnéza

V evidenci Psychosociálního centra Přerov je od února 1994, kdy byl poprvé vyšetřen v rámci základní vojenské služby. V té době začaly jeho psychické potíže. Měl pocit méněcennosti, podceňoval vlastní tělo, ostatní mu dávali najevo posměch. V témže roce byl hospitalizován na psychiatrické klinice Fakultní nemocnice v Olomouci s diagnózou schizotypní porucha (F21). V letech 1995 až 2001 byl opakovaně hospitalizován, později s diagnózou schizoafektivní porucha, manický typ (F25.1). Z tohoto období nejsou k dispozici

žádné písemné materiály. Sám pacient se v rozhovoru k tomuto období příliš nevyjadřoval. Z rozhovoru: „*Nevím....bylo to dávno. Bylo mi blbě, tak sem někdy skončil v blázinci...*“

V lednu 2002 byl pacient převezen z psychiatrické kliniky v Německu do psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Do Německa odjel na výlet, pravděpodobně pod vlivem psychotického prožívání. Zde bydlel na ubytovně, neužíval medikaci, následně došlo k prohloubení projevů pozitivní symptomatiky ve smyslu sluchových halucinací. Při převozu do ČR se pokusil o útěk, vyšplhal se na střechu domu se suicidálními úmysly. Při přijetí do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži byl bradypsychický, farmakogenně utlumený, autistický, negativistický. Pacient byl v kontaktu neochotný, odpovídal stručně. Myšlení bylo paralogické, se zárazy, byl tensní, subdepresivní a morosní. Připouštěl suicidální myšlenky a sluchové halucinace. Během hospitalizace se jeho stav mírně upravil. Evidentně však zastíral projevy nemoci s cílem brzkého propuštění, ke kterému došlo v dubnu 2002. K hospitalizaci v květnu 2007 byl přivezen Policií ČR pro dekompenzaci stavu vlivem neužívání medikace a nedodržování léčebného režimu. Doma vyhrožoval otci nabitou kuší. Z dokumentace psychiatra: „*Nechtěl jsem otce zabít, jen jsem chtěl zůstat v domě sám. Je mi nepříjemně z lidí, jsou zdegenerovaní, křiví. Léky jsem nebral a ani nebudu. Nepotřebuju je. U psychiatra jsem nebyl pět let.*“ V klinickém obraze dominovalo paralogické myšlení, snažil se ale disimulovat, halucinace negoval. V kontaktu byl nadnesený, sebevědomý, dysforický, hostilní, negativistický. Po nasazení medikace došlo k částečné úpravě stavu. Přesto se nevrátil z dopolední pracovní terapie. Telefonicky bylo zjištěno, že je doma a odmítá návrat. Následující den ho přivezla matka a švagr zpět. Stav byl opět výrazně zhoršen, klient se jevil negativistický, rezonantní, zcela bez náhledu. Bylo nutné zvyšovat medikaci. Stav byl nadále kolísavý. Pacient měl sebepoškozovací tendence, opakovaně polykal kovové mince, figurky od stolních her, rozbil okno na oddělení se záměrem sebepoškození. Hospitalizace byla ukončena v září 2007, kdy byl propuštěn k ambulantní léčbě v kompenzovaném stavu. V letech 2007 až 2015 byl opakovaně hospitalizován (15 hospitalizací). Všechny měly podobný průběh, kdy klient nedodržoval léčebný režim, nevracel se z dovolenky a svévolně ukončoval hospitalizace. Následně se nedostavoval na ambulantní psychiatrické kontroly. K hospitalizaci míval ambivalentní postoj. Často nastoupil dobrovolně při sebemenším sociálním selhávání, ale již po pár týdnech po částečné stabilizaci stavu stejně impulzivně hospitalizaci ukončoval. V místě bydliště je pacient vnímán jako nebezpečný pro odlišné chování. V červenci 2015 telefonovala sestra pacienta, aby informovala o tom, že matka už situaci nezvládá a odstěhovala se do pečovatelského domu.

Pacient byl v červenci 2015 zařazen do programu terénní péče.

Cílem terénní péče je dodržování léčebného režimu – pravidelné kontroly, užívání medikace, aplikace depotní injekce. Dalším cílem je aktivizace v domácím prostředí a rozvoj sociálních kontaktů mimo domov, také rozvoj sebepéče.

Frekvence návštěv je stanovena jednou týdně. V případě zhoršení stavu je intenzita návštěv indikována dle potřeby. V akutních případech má klient možnost telefonicky požádat o krizovou intervenci.

Na první návštěvě psychiatrické sestry byla velmi dobrá spolupráce s pacientovou sestrou, která podrobně informovala o vztahových problémech. Matka pacienta se jevila, jako hyperprotektivní, kontrolující. Toto vysvětlovala, jako snahu izolovat pacienta doma před nevraživostí spoluobčanů. Pacient trpí obezitou (130kg) a byl zvyklý na komplexní péči od matky. Po jejím odstěhování do pečovatelského domu byl zanedbaný, nedodržoval léčebný režim, nebyl schopen si nakoupit, ani uvařit. Terénní tým jednal také s místopředsedou obce. Bylo nutné zdůraznit zcela minimální riziko ze strany pacienta. Občané obce se pacienta báli. Terénní tým jednal s místopředsedou obce a domluvili se na vzájemné spolupráci, která byla zpočátku velmi náročná. V pacientovi přetrvávaly naučené vzorce chování. Vlivem nemoci a péče matky byla jeho osobnost nezralá. Měl pouze pasivní očekávání, veškerou pomoc očekával od okolí. Přesto že psychiatrická sestra jej navštěvovala v pravidelných intervalech, opakovaně se nechal hospitalizovat – vždy na krátkou dobu s opětovným předčasným ukončením hospitalizace. Z rozhovoru: „*nechtěl sem byt doma sám...taky sem byl jednou v obchodě a tam někdo nahlásil, že je tam bomba. Všichni jsme museli ven.. pak už sem se bál aj doma..*“ Postupně se spolupráce zlepšovala, pacient začal více spolupracovat s psychiatrickou sestrou, naučil se vařit jednoduchá jídla. Začal brát pravidelně medikaci a docházet na kontroly. V únoru 2016 souhlasil s docházkou do denního stacionáře s cílem resocializace a získání náhledu na onemocnění, včetně sociálních návyků. Ve skupině se aktivně zapojuje, je komunikativní. V rámci hubnutí jezdí na kole.

6.3 Respondent 3

Muž, 35 let, svobodný, bezdětný. Aktuální diagnóza je **paranoidní schizofrenie** (F20.0). Pobírá invalidní důchod třetího stupně.

Anamnéza

Matka (52 let) i otec (52 let) zdraví, je jedináček. Rodiče jsou rozvedeni, žije pouze s matkou. Otec se s ním přestal stýkat. V rodině bez neuropsychiatrické zátěže. Porod byl fyziologický v termínu. Psychomotorický vývoj fyziologický. Prodělány běžné dětské nemoci. Neprodělal žádné operace, ani vážnější úrazy. Absolvoval střední ekonomickou školu s dobrým prospěchem. Zkoušel se dostat na právnickou fakultu, ale neuspěl. Pracoval, jako operátor v továrně, později, jako obsluha soustružnických strojů. Do kolektivu zapadal bez problému. Partnerské vztahy bezvýznamné. **Aktuální medikace:** Rivotril 0,5mg 0-0-2, Asentra 100mg 1-0-0, Clozapin destin 100mg 1-0-2, Omeprazol 20mg 1-0-0.

Katamnéza

V péči Psychosociálního centra Přerov je od dubna 2011, kdy byl poprvé vyšetřen po propuštění z čtyřměsíční hospitalizace v Psychiatrické léčebně Šternberk. Během léčby mu byla diagnostikována paranoidní schizofrenie (F20.0). Do léčebny byl přijat v lednu 2011 pro rozvoj bohaté psychotické produkce – sluchové halucinace, paralogické myšlení, brachiální agresivita. Halucinace ovlivňovaly jeho chování ve smyslu agresivity vůči sobě a okolí, měly komentující charakter. Slyšel ženský hlas, který mu přikazoval, aby se bránil proti ostatním, hlas mu šeptal, že si nezaslouží žít. Na farmakoterapii nereagoval. Proto byla provedena série elektrokonvulzí - s úspěchem. Byl propuštěn v dubnu 2011 v kompenzovaném stavu s nastavenou medikací. Odmítal však jakoukoli diagnózu i jakoukoli léčbu, léky neužíval. Chtěl jít zpět do zaměstnání. Při ambulantních kontrolách přiznával, že léky nebere. Přetrvávaly paranoidní myšlenky. Pacient byl izolován v domácím prostředí. Sociální kontakty nevyhledával. Selhával v zaměstnání. Přispívala k tomu i zvýšená vztahovačnost. Z dokumentace psychiatra: „*Lidi kolem vědí, kdo jsem. Považují mě za člověka vyřazeného, cítím se, jako bych měl nálepku. Nechci sem chodit, co když mě někdo pozná v čekárně.*“ Postupně vynechával kontroly. Přišel jednorázově v roce 2013 tehdy s odstupem dvou let. V lednu 2014 byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži na doporučení praktické lékařky. V popředí dominovaly negativní symptomy – apatie, abulie, sociální izolace, ztráta zájmu, malhygiena (dlouhé neostříhané nehty na horních i dolních končetinách, tělesný zápach). Oční kontakt nenavazoval, komunikoval jednoslovně. Nezapojoval se do

aktivit, ani do skupiny na oddělení. Snaha o disimulaci. Postupně se jeho stav stabilizoval. Byl propuštěn v březnu 2014, ale na kontrolu k ambulantnímu psychiatrovi se nedostavil.

V červenci 2015 byl zařazen do programu terénní péče.

Cílem terénní péče je dodržování léčebného režimu – pravidelné kontroly, užívání medikace, edukace rodinných příslušníků a navázání spolupráce s rodinou, rozvoj sebezpečí a nácvik praktických dovedností. Dalším cílem je aktivizace v domácím prostředí a rozvoj sociálních kontaktů.

Frekvence návštěv je jednou týdně. V případě zhoršení stavu je intenzita návštěv indikována dle potřeby. V akutních případech má klient možnost telefonicky požádat o krizovou intervenci.

Při první návštěvě byl pacient zastižen v katatonním stavu s verbálními halucinacemi a manýrováním. Pacient stál v rohu místnosti, celou dobu sledoval pravou horní končetinu, jejíž polohu nezměnil během celé návštěvy, neměl na situaci náhled, byla nutná hospitalizace za asistence Policie ČR. Další terénní návštěvu provedla psychiatrická sestra po dohodě s ošetřujícím personálem oddělení ještě za hospitalizace. Pacientův stav byl zlepšen. Během hospitalizace byl navázán kontakt a pacient souhlasil se spoluprací. Návštěva v psychiatrické nemocnici proběhla ještě pětkrát. Ze zápisu psychiatra: *„Bylo to divné, když za mnou jezdily. Ale pak jsem se těšil, už jsem je znal a mohl jsem mluvit ještě s někým jiným, než s pacienty. S někým z venku.“* Po propuštění v říjnu 2015 pokračoval v terénním programu. Psychiatrická sestra docházela za klientem jedenkrát týdně. Spolupráce s matkou nebyla zpočátku dobrá. Matka se odmítala návštěv zúčastňovat, nechtěla s nikým mluvit. Později v rámci terénních návštěv bylo zachyceno matčino zvýšené pití alkoholu. Problém byl mapován. Psychiatrická sestra navázala s matkou kontakt. Matka se postupně svěřila s problémem pití alkoholu, byla ochotná jít k lékaři a začala pravidelně užívat Antabus. Tímto se zlepšily i vztahy v rodině. Matka dohlíží na pravidelné užívání medikace, pacient dochází ke kontrolám. Zlepšil se náhled na chorobu i hygienické návyky. Má zájem navštěvovat kroužek angličtiny a zvažuje nástup do denního stacionáře, aby byl více mezi lidmi.

6.4 Respondent 4

Muž, 26 let, svobodný, aktuální diagnóza je **paranoidní schizofrenie** (F20.0), pobírá invalidní důchod třetího stupně.

Anamnéza

Matka (48 let) i otec (52 let) zdraví, je jedináček. V rodině bez neuropsychiatrické zátěže. Porod byl fyziologický, v termínu, psychomotorický vývoj fyziologický. Prodělány běžné dětské nemoci. Neprodělal žádné operace, ani vážnější úrazy. Je vyučen tesařem. Prospěch byl průměrný. Žije s matkou a babičkou, rodiče se rozvedli, když mu bylo osm. Těžce to nesl, ale časem si zvyknul na to, že otce vídá jen o víkendech. V tomto věku začal být postupně spíše staženější. Do kolektivu příliš nezapadal, ale ostatními dětmi byl „tolerován“. Partnerské vztahy nenavázal. **Aktuální medikace:** depotní injekce jednou měsíčně Afluditen 2 amp. i. m. Perorálně užívá Invegu 6mg 1-0-0, Tisercin 0-0-2.

Katamnéza

V péči Psychosociálního centra Přerov je od ledna 2006 po propuštění z první hospitalizace v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, kde byl hospitalizován od října 2005 pro akutní schizoformní psychotickou poruchu (F23.2). Podle propouštěcí zprávy byl přivezen matkou pro třídní změnu chování. Z propouštěcí zprávy: *“Mám posláni od boha, dostal jsem vnuknutí...Zem se srazí s meteoritem. Od boha jsem dostal zprávu, že to bude bezbolestné.”* Objektivně byla emotivita nepřiléhavá, místy vynucené úsměvy, kontakt s realitou byl vzdálený, suicidální myšlenky negoval. Měl pocity odnínání myšlenek na dálku, auditivní halucinace teologického charakteru. Byl klidný, podrobný, bez projevů agrese. Z propouštěcí zprávy: *„Nejsem věřící, ale dostalo se sem UFO z vesmíru a lidé jsou úplně změněni. Mimosmrtané se infiltrovali do naší společnosti a já dostávám informace přes televizní vysílání.”* Slyšel i komentáře svého chování, okolí pro něj bylo vzdálené a zkreslené, míval pocity, jakoby byl mimo svou osobu. Během hospitalizace došlo jen velmi pomalu k ústupu psychotické symptomatologie. Pacient byl postupně zapojen do pracovní terapie. Dovolanky v domácím prostředí byly bez problémů. Byl propuštěn do domácího ošetřování a ambulantní péče. Docházel k pravidelným kontrolám. Postupně se ale izoloval od přátel, nebyl schopen docházet do zaměstnání, později ani na pracovní úřad. Rád sledoval sportovní utkání v televizi. Hrál hry na počítači nejčastěji šachy online. V roce 2008 mu byl přiznán invalidní důchod třetího stupně. Přestože se snažil brát pravidelně léky, podle matky na to často zapomínal. Někdy si vzal vyšší dávku, jindy si léky nechal třeba tři dny vůbec.

V prosinci 2012 byl za doprovodu Policie ČR přiveden matkou na vyšetření. V popředí byla intenzivní bludná produkce, na kterou navazovala heteroagresivita. Byl opětovně hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Průběh hospitalizace byl velmi podobný předchozí. Stav se však postupně stabilizoval. Z uzavřeného oddělení byl převezen na oddělení otevřené. Dovolanky domů probíhaly bez problémů. V březnu 2013 byl propuštěn do domácího léčení. K ambulantnímu psychiatrovi se však nedostavil.

V červnu 2015 jej přivezla do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži matka i bez doporučení lékaře. Jednalo se o změnu chování trvající čtyři dny. Z propouštěcí zprávy: „*Potkal jsem nedávno kamaráda a vypadal úplně jako já, jen byl zdravý. Pak jsem si uvědomil, že jsem to byl já. Neberu teď léky, nepotřebuju je....Nevím, co tu dělám. Nezůstanu tu.*“ Pacient byl přijat pro dekompenzaci stavu, která byla doprovázena významnou agresivitou. Bylo nutné jej fyzicky omezit na lůžku. Poté začal disimulovat. Stav se však nadále nelepšil. Na oddělení opakovaně napadal personál i spolupacienty. Jeden ze spolupacientů mu při potyčce způsobil zranění levého oka. Návrat pacienta do reality byl velmi zdlouhavý. Na levé oko nevidí. Medikace byla upravována, nakonec jejím vlivem došlo ke zklidnění a spolupráci pacienta. Stav byl kompenzován, ale s přítomností postprocesuálního deficitu kognitivních funkcí. Pacient byl propuštěn do domácího léčení v září 2015. Ještě v tom měsíci byla ovšem nutná rehospitalizace pro opětovné zhoršení stavu, s nutností přenastavení léčby. Toto by nebylo možno zvládnout ambulantně. Propuštěn byl v prosinci 2015.

Pacient byl v září 2015 zařazen do programu terénní péče.

Cílem terénní péče je dodržování léčebného režimu – pravidelné kontroly, užívání medikace. Dalším cílem je aktivizace v domácím prostředí a rozvoj sociálních kontaktů mimo domov, rozvoj sebepéče.

Frekvence návštěv je stanovena jednou za týden. V případě zhoršení stavu je intenzita návštěv indikována dle potřeby. V akutních případech má klient možnost telefonicky požádat o krizovou intervenci.

První návštěvy proběhly ještě za hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži po dohodě s ošetřujícím personálem oddělení v září, listopadu a prosinci 2015. Další návštěva se uskutečnila po propuštění v prosinci 2015 v domácím prostředí. Již v nemocnici se podařilo psychiatrické sestře navázat s pacientem vztah. Po propuštění byla v popředí nevykonnost, snadná unavitelnost, sociální stažení, ztráta zájmu o okolí, projevy defektu osobnosti a narušené myšlení. I díky těmto vlivům, pacient váží 150 kg. Zjevné je zajídnání

úzkosti a osobní prázdnoty, jídlo se stalo jediným zdrojem potěšení. Důležitou součástí terénní péče se stala psychoedukace o dietním režimu s nutností pohybu a aktivní nabídkou společných procházek. Několikrát se zúčastnil společného plavání v rámci aktivit Psychosociálního centra v Přerově. Terénní sestra se snažila navázat na aktivity, které pacient preferoval před propuknutím nemoci. Pacient měl rád stolní tenis. Díky návštěvám a povzbuzení terénní sestry pacient v lednu 2016 spolu s jeho přáteli zorganizoval turnaj ve stolním tenise u něj v garáži. Z dokumentace psychiatra: „bylo to náročné, nejvíc sem se bál, že nikdo nepřijde. Ale potěšilo mě, že i přes moji váhu a nemoc se kámoši stavili.“ Navázání kontaktu s přáteli trvá. Klientova váha neklesla. Je však zřejmé, že tráví více času mimo domov. Sociální izolaci se podařilo postupně prolomit. Pacient pravidelně užívá medikaci.

6.5 Respondent 5

Muž, 35 let, svobodný. Aktuální diagnóza je **paranoidní schizofrenie** (F20.0). Pobírá invalidní důchod třetího stupně.

Anamnéza

Matka (56 let) zdráva, otec (54 let) invalidní důchodce. Má staršího bratra (38 let), se kterým si do propuknutí nemoci dobře rozuměl. Postupně se odcizili a nyní se téměř nestýkají. V rodině bez neuropsychiatrické zátěže. Porod byl fyziologický před termínem, psychomotorický vývoj fyziologický, prodělány běžné dětské nemoci. Neprodělal žádné operace, ani vážnější úrazy. Studoval střední uměleckou školu grafickou, před maturitou byl vyloučen pro užívání drog a záškoláctví. Žije s rodiči. Do kolektivu zapadal vždy dobře. V minulosti měl dva kratší partnerské vztahy.

Katamnéza

V péči Psychosociálního centra Přerov je od července 1999, kdy se vlivem nadměrné konzumace lysohlávek začal postupně měnit jeho duševní stav. Přiveden otcem a matkou. Dle otce: „*Bral ty lysohlávky, problémy začaly kolem loňských vánoc...vyloučili ho ze školy, chová se divně, nic si nepamatuje, nekomunikuje s námi. Dopoledne leží a nemůžeme ho dostat z postele.*“ Pacient stále mluvil o někom, kdo je naproti němu, kdo mu ubližuje. Chtěl si to s ním vyřídit. Byl odeslán k hospitalizaci do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži. Zde se přiznal k užívání drog (marihuana, lysohlávky), ale mluvil o tom, že nyní již nic neužívá.

Chtěl by začít nový život, hned jak si to vyřídí s tím člověkem, co s ním pořád mluví. V klinickém obraze byla patrná vnitřní tenze, lehce zrychlené psychomotorické tempo, manýrování a grimasování, paranoidita a bludná projekce. Z počátku byl nepřiléhavý, nezapojoval se od aktivit. Neustále míval výkyvy nálad pod vlivem halucinací. Později se tenze snižovala, stav byl stabilizován a zlepšen. V říjnu 1999 byl propuštěn domů k ambulantní léčbě. Ke kontrolám se ovšem nedostavoval, ani pro předpis medikace. V roce 2000 byl trestně stíhán pro šíření psychoaktivních látek. Ze znaleckého posudku z března 2000: *Obviněný trpí v současné době následky duševní nemoci, jedná se o stav po prodělané psychotické poruše. Jeho pobyt na svobodě není pro společnost nebezpečný. Doporučuje se však důsledné dodržování ambulantní léčby. Za primární problém považují znalci léčbu psychotické poruchy a jejích následků. Psychotická porucha vznikla jako následek užívání psychoaktivních látek. Věk 20 let je obvyklý pro vznik psychózy. Je obtížné stanovit další prognózu.* Po tomto znaleckém posudku byl pacient zproštěn viny a začal pravidelně docházet k ambulantnímu psychiatrovi. V chování dominovala oploštělá emotivita a problémy v interpersonálním kontaktu. V roce 2002 absolvoval psychologické vyšetření. Výsledky ukázaly nadprůměrnou inteligenci blokovanou defektem vlivem prodělané psychotické ataky. V té době se začaly zhoršovat vztahy s pacientovým bratrem. Přestali si postupně rozumět. Z dokumentace: „*Brácha jede na Zéland...ani se semnou pořádně nerozloučil. Nevím, jestli mě šťve víc tohle, a nebo ten fakt, že já budu do konce života trčet doma..*“ Diagnózu však nesla velmi těžce zejména matka. V počátku nechtěla spolupracovat s institucemi, měla ochranné tendence. Omlouvala klienta i jeho chování. Raději situaci přisuzovala vlivu drog než duševnímu onemocnění. Dle zápisu ošetřující lékařky z května 2005: „*Co si o tom mají myslet lidi? Snažíme se to tajit, ale on to určitě řekl kamarádům. Všichni se nám budou smát.... Proč to nezrušíte? On je teď v pohodě, bez problémů....*“ V srpnu 2005 přišel akutně v doprovodu rodičů pro sluchové halucinace. Na ulici i doma na něj mluvil hlas, který přikazoval, co má dělat. Nadával mu. Byla patrná tenze a agresivita. Byl hospitalizován v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži s dobrým průběhem a rychlou stabilizací stavu. Od roku 2005 do roku 2015 došlo k zhoršení stavu s vyústěním v hospitalizaci ještě devětkrát. Postupně se zhoršoval a prohluboval myšlenkový deficit. V roce 2012 byl zařazen do programu denního stacionáře. Docházku však nezvládal. Báł se lidí. Podle psychiatrické sestry, která v denním stacionáři tehdy působila, byl velmi nekonfliktní, ovšem až apatický. Nereagoval na vyzvání, oční kontakt nenavazoval. Postupně přestal docházet a nakonec byla spolupráce ukončena úplně. Uzavíral se doma, pro léky posílal rodiče. Na ambulantní kontroly

docházel sporadicky. V listopadu 2013 byl přijat na uzavřené oddělení Psychiatrické nemocnice v Kroměříži pro suicidální pokus pořezáním v kubitálních jamkách. V popředí bylo patrné autistické chování, sluchové halucinace imperativního charakteru, úprava stavu byla jen velmi pozvolná. V této době matka připustila závažnost onemocnění a aktivně se zapojila do léčby. Měla zájem o informace a docházela za ošetřujícím ambulantním psychiatrem konzultovat pacientův stav.

Pacient byl v listopadu 2015 zařazen do programu terénní péče.

Cílem terénní péče je dodržování léčebného režimu – pravidelné kontroly, užívání medikace, aktivizace v domácím prostředí a rozvoj sociálních kontaktů mimo domov.

Frekvence návštěv je stanovena v intervalu jednou týdně. V případě zhoršení stavu je intenzita návštěv indikována dle potřeby. V akutních případech má klient možnost telefonicky požádat o krizovou intervenci.

První setkání proběhlo v prostorách Psychosociálního centra Přerov v místnosti pro terénní tým. Kontakt byl zaměřen na mapování potřeb klienta v souvislosti s terénní péčí. V popředí trvala nevykonnost, sociální stažení, ztráta zájmu o okolí. Pacient byl v kontaktu ochotný, chtěl by vědět, zda mu může někdo pomoci s vyplněním volného času a se zajištěním medikace, když není schopen přijít na kontrolu. Zároveň byly patrné ambivalence. Ptal se na otázky kolem vstupu do bytu, bál se porušení soukromí. Jako pozitivní ovšem vnímal možnost zachycení varovných příznaků a předcházení relapsu onemocnění. Do nemocnice už by nechtěl. Byl by raději, kdyby se situace zvládaly doma. Souhlasil s terénní péčí. Psychiatrická sestra postupně mapovala situaci v domácím prostředí. Pacient pozitivně vnímal návštěvy ve smyslu navazování sociálního kontaktu s okolím. Rád maluje a ve volných chvílích se věnuje výtvarné činnosti. Pozitivně vnímal možnost někomu své výtvary ukázat. Rovněž kladně vnímal dohled nad dodržováním medikace. Toto bylo dobré zejména pro matku, která tuto záležitost hlídala doposud. Nyní cítí velké ulehčení v tomto směru. Dle jejích slov je „více volnější“. V lednu roku 2016 smluvené schůzky pacient zrušil, odložil na jiný termín. Pak psychiatrická sestra navštívila klienta ještě dvakrát. V kontaktu byl ochotný, ale při otázkách na další spolupráci spíše vyhýbavý. V březnu 2016 byly schůzky pravidelné. V dubnu 2016 na domluvené schůzce velmi kladně hodnotil terénní péči. Nyní však cítil, že je bez potíží. Proto by chtěl službu ukončit. Zvládá to s rodinou. Nechává si však dveře otevřené.

7 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Při vyhodnocování údajů získaných z dokumentace ošetřujícího lékaře, soudně znaleckého posudku u respondenta 5, z dokumentace psychiatrických sester v terénní péči a rozhovorů s respondenty 1 a 2 (viz příloha č. 2 a 3) se jako červená nit vine problematika **odcizení se od společnosti**. Stejně tak, jako kolabování respondentů při základních sociálních interakcích, které vede k sociální izolaci a prohlubování psychotického defektu. Velmi častým jevem se ukazuje také **nedodržování medikace**, které vede ve všech případech k rehospitalizaci. V případě respondenta 5 však ani pravidelná medikace nezabránila opakované hospitalizaci. Tato je všemi respondenty vnímána velmi negativně. Kvalita jejich života se vlivem výše uvedených faktorů velmi omezuje. V analýze a interpretaci získaných dat jsem zvolila pořadí témat podle zadaného cíle a dílčích cílů. Na některých místech uvádím doslovné citace respondentů.

7.1 Vliv terénní psychiatrické péče na kvalitu života klientů s duševním onemocněním

Kvalita života pacientů se schizofrenií je velmi individuálním pojmem. Většina z nich si je vědoma „**momentu změny**“. Z dokumentace i z absolvovaných rozhovorů je zřejmé, že první ataka onemocnění byla v jejich životě přelomovou. Často se může stát, že si toto období pacienti vůbec nepamatují. Z rozhovoru s respondentem 1: „...*Nevím, byl sem na děckým a pak mě převezli jinam. Naši si pak pro mě byli. Nechtěl sem tam zůstat. Všechno to mám, jako v mlze, ale vím, že sem tam byl zbytečně...*“ Mnohdy jsou první zážitky pacienty vytěsňené z důvodu zachování sebeúcty, kvůli studu. Součástí klinického obrazu je i nedostatečný náhled na nemoc, pacienti si onemocnění nepřipouštějí. Z rozhovoru s respondentem 2: „*No já jsem byl vždycky tak normální, ale to si neumíte představit, když se pak změní všechno kolem vás a nic nefunguje.... Zavřeli mě do špitálu, nepamatuju se proč. Bylo mi asi.... Před tím jsem byl na vojně, ale pak už mě nepustili zpátky.*“ Po první atace je pro klienty již velmi náročné zapojit se do společnosti ve smyslu, jaký je pro společnost běžný. Často mají **pocit prázdnoty a bezperspektivnosti svého života**. Po čase dojde k smíření a akceptaci daného stavu. Někdy až za cenu opuštění jakýchkoli potřeb. Z rozhovoru s respondentem 1: „*Mě je dobře, čtu si knížky, spím v noci. Přes den spím, nechci s nikým mluvit. Mamka nakupuje. Moc spolu nemluvíme, ona má hodně práce...Někdy ty hlasy mluví, ale to*

si pustím muziku. Hlavně, že můžu být doma. Venku se na mě divně dívají.“ Je pro ně velmi náročné zapojit se do společnosti, často právě pro odsuzující pohled okolí. Z rozhovoru s respondentem 2: *“Dřív sem byl oblíbenej tak normálně, ale pak, když sem se vrátil ze špitálu, tak se mi lidi začali vyhýbat. Mamka to špatně nesla, nakonec se odstěhovala do pečovatelského domu. Ted' sem v baráku sám, ale mám kočku. Lidi se mi vyhýbají, vnímají mě jako blázna. Bojí se mě, když du po ulici. Volali i mému psychiatrovi, aby mě dal zavřít.”*

Tomu lze rozumět tak, že kvalita života je velmi individuální a v čase se měnící pojem. To, co považovali respondenti za důležité před propuknutím nemoci nyní, buď zapomněli, nebo odsunuli do pozadí. Dalo by se tedy hovořit o **strategii jak žít s nemocí**. Terénní sestra jim pomáhá vidět u sebe schopnosti a možnosti, které zůstaly zachovány. Pro všechny respondenty bylo velmi důležité **téma soukromí**. Z dokumentace i rozhovorů bylo patrné, jak těžko přijímali terénní službu ve smyslu změny jejich životního rytmu. V průběhu návštěv si však respondenti našli k psychiatrické sestře svou cestu. Během výzkumu se ukázalo, že čtyři z pěti respondentů vnímali terénní psychiatrickou sestru, jako přínos v jejich životech. Respondent 5 terénní službu po krátkodobé spolupráci ukončil s tím, že ji nepotřebuje a je pro něj obtěžující. Ostatní respondenti však návštěvy psychiatrické sestry vnímají, jako jeden z mála sociálních kontaktů (viz kapitola 7.3). Dá se tedy říci, že se respondenti terénní psychiatrické péči nevyhýbají a že tato má **pozitivní vliv na kvalitu jejich života** zejména díky změně stereotypu jejich běžného života. Zároveň je však patrné, že využití této služby je **vysoce individuální**, a ne všichni klienti mají zájem o pomoc ve svém stavu ať už z jakýchkoli důvodů. Respondent 5: *“Už nechci, aby za mnou někdo chodil, jsem mladý zdravý chlap, žádná důchodkyně. Ohlídám si to.”* Z tohoto vyplývá, že je důležité respektování jejich názoru. Vliv terénní psychiatrické na kvalitu svého života vnímají 4 respondenti pozitivně. Jeden z nich vnímá návštěvu psychiatrické sestry, jako zásah do soukromí a nutnost pouze v případě zhoršení stavu.

7.2 Dodržování léčebného režimu

Samovolná úprava, či vysazení ordinované medikace byla pro všechny respondenty běžnou. Všichni se díky tomuto dostali opětovně k hospitalizaci. Dá se tedy hovořit o velmi **malém náhledu** a snaze popřít fakt své nemoci. Z rozhovoru s respondentem 1: *„Nechtěl jsem brát léky, měl jsem pocit, že mě mění...taky jsem na to zapomínal. Nikdo v mém věku*

nebere tolik léků. Pak, když mi bylo hůř, už to bylo jedno. Slyšel sem ty hlasy a musel sem do nemocnice“ Pro všechny respondenty má velký vliv na užívání medikace změna jejich tělesného stavu ve smyslu přibývání na váze. Nečinnost a omezený pohyb spolu s farmakoterapií, která zvyšuje chuť k jídlu, vedou k obezitě. Což je dalším negativně vnímaným jevem. Respondent 2: *„Léky беру, když je potřebuju....pak je dobře a já se tím nechci cpát, tloustnu... když je hůř, tak si zas něco vezmu, nebo třeba víc, jak je potřeba.“* Zde se ukázala velká změna při poskytování terénní péče. Klienti jsou v dodržování medikace kontrolováni a pobízeni. Důkladná je i edukace stran znovu propuknutí nemoci a varovných signálů při nedodržování medikace. Díky systému psychiatrických sester, které dohlížejí, jak na pravidelnost užití, tak na množství léčiv u klientů, se pravidelnost medikace osvědčila i na celkovém stavu klienta. Z rozhovoru s respondentem 1: *„...Jo, je to teď lepší. Předtím sem vždycky skončil v léčebně.... Ani ty hlasy, už tak neslyším. Sem rád, že sestřička dohlídí na ty léky.... Taky si myslím, že má pravdu.... Že když to jako budu brát, tak nepůjdu do léčebny.“* Z dokumentace respondenta 2: *„víte, je to teď lepší. Ta paní mi kontroluje, kolik mám léků. Já na to dřív zapomínal a pak jsem se k vám bál, abyste mi nenadali, že jdu pozdě, tak jsem to radši nebral.“* Velkou roli při dodržování medikace hraje také rodina pacienta a její edukace. Mnohdy, ani pacientovi nejbližší nevidí opravdový smysl v užívání léků. Rodinní příslušníci v mnoha případech příliš nevědí o charakteru onemocnění. Někteří ze strachu, či studu ptát se po příčinách a důsledcích nemoci, jindy z nezájmu. Na druhou stranu i toto je velmi kauzální situace. V mnoha rodinách je v dnešní době velký zájem a také snaha pacientům pomoci. Příbuzní bývají často velmi edukováni o onemocnění a jeho projevech i následcích. I přes vynaložené úsilí se, ale nepodaří pacienta o nutnosti užívání medikace přesvědčit. Důležitou složkou dodržování léčebného režimu je také návštěva ambulantního psychiatra a možnost zvládnutí krize ambulantní formou díky komunikaci, která je v rámci terénní péče navázána a nabízena i ve formě možnosti krizového telefonátu službukonající sestře. Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondenti nevidí důvod v pravidelném užívání medikace. Často zažívají okolní svět, jako nepřátelský. Terénní psychiatrická péče je pro ně vodítkem v tomto světě a umožňuje jim cítit se v něm bezpečněji. Také dodržování léčebného režimu při čerpání služby terénní péče se ukázalo být u všech pacientů přínosným.

7.3 Oblast sociálních vztahů

U všech respondentů je patrné **snížené navazování sociálních kontaktů**. Toto široké téma bylo pro pacienty přirozenou selekcí vlivem onemocnění zúženo. Aktivně a pozitivně vnímají všichni respondenti pouze vztahy rodinné. I přes prosvítající konflikty například u respondenta 1, který se s matkou často hádá kvůli penězům. A problémy s pitím matky u respondenta 3. Vnímají všichni účastníci výzkumu svou rodinu, jako jediné zázemí a útočiště. Velmi pozitivně berou fakt, že psychiatrická sestra edukuje rodinné příslušníky o průběhu nemoci, jejích komplikacích a příznacích relapsu. Pacienti se díky tomu cítí více pochopeni a rodina je k nim vstřícnější. Je obtížné posoudit rodinné vztahy bez vyjádření druhé strany. Postoje pacientů vůči rodičům bývají často ambivalentní. Ve stejném čase k nim cítí protichůdné pocity. V tomto případě je terénní služba velkou oporou i pro rodinné příslušníky, pro které je onemocnění také velmi zatěžující a limitující. Možnost odbřemenění a pochopení díky rozhovorům s psychiatrickou sestrou je pro ně velmi povzbuzující. Také sourozenecké vztahy jsou velmi důležité. Respondent 5 velmi těžce nese odcizení od bratra, který žije na Novém Zélandu. Cítí se vedle něj nevykonný a nedůležitý. Naopak pro respondenta 2 je jeho sestra, která mu pomáhá a pečuje o něj velkou podporou. Oslovení respondenti vnímají vliv terénní psychiatrické služby jako velmi **pozitivní v oblasti rodinných vztahů**.

Jinou a velmi citlivou oblastí jsou **vztahy partnerské**. Nikdo z výzkumného vzorku pacientů nemá stálého partnera. Respondenti 1 a 5 měli krátkodobé vztahy před vypuknutím nemoci. Z rozhovoru s respondentem 1. „*Měl sem holku na učňáku, už je to dávno.....nemám vám o tom co říct...*“ Při kontrolách u lékaře toto téma neotvírají. Nicméně při bližším kontaktu ve svém domácím prostředí je zřejmé, jak hluboce prožívají **potřebu někoho blízkého**. V obou rozhovorech, které jsem uskutečnila, zaznívaly na toto téma převážně jednoslovné a zamítavé odpovědi. Většinou bez naděje na jakýkoli partnerský vztah. V této oblasti respondenti necítí žádný vliv terénní psychiatrické služby.

Vztahy přátelské se také nejevily, jako nejbezpečnější oblast. Přátelské vztahy z dřívějších byly většinou porušeny. Z odpovědí respondenta 2: „*Míval jsem kámoše v dědině, ale když sem onemocněl, tak sem teď pro ně divnej. Nechce se mi to vysvětlovat. Rači su zalezlej doma s králíkama.*“ Vztahy, které vnímají, jako pozitivní jsou ty, které navázali v rámci působení například v denním stacionáři. Psychiatrickou sestru a její návštěvu považují 4 re-

spondenti za společenskou událost. Jsou rádi, že je někdo navštíví a záleží jim na tom. Zároveň pozitivně hodnotí nabízené aktivity, kterých by se v rámci Psychosociálního centra Přerov mohli zúčastnit (vaření, angličtina, plavání, kroužek keramiky, výtvarný kroužek, kroužek ručních prací). Pro práci je terapeutický vztah pacienta a psychiatrické sestry jedním z nejdůležitějších aspektů. Jedná o vztah čistě profesionální, který se během terénní služby vyvíjí velmi pomalu.

7.4 Prevence hospitalizace

Hospitalizaci vnímali všichni dotazovaní respondenti, jako velmi negativní a omezující zkušenost. Z rozhovoru s respondentem 2: *„Když je mi blbě, tak tam rači idu. Když mám tu schízu...tak sem, rád, že nejsem sám. Ale pak je to dlouhý no... Už pak musím domů, dělat na baráku“* Výzkum ukázal, že v situaci akutního vzplanutí nemoci může hospitalizace působit různě. Pro respondenta 2 byla psychiatrická nemocnice útočištěm, kam se nechal dobrovolně přijmout při jakémkoli sociálním selhávání. Po kompenzaci stavu pak podepsal v mnoha případech negativní reverz, aby mohl jít domů, přestože léčba ještě nebyla ukončena. Při poslední hospitalizaci, kterou absolvoval celou, vnímal, jako pozitivní i návštěvu psychiatrických sester z terénní péče. Byl rád, že má nějakou návštěvu a ví, co ho čeká po propuštění. Jiní respondenti vnímají hospitalizaci spíše jako omezování. Z rozhovoru s respondentem 1: *„Pokaždý je to jiný.... Jednou bylo to hrozný, moc si to nepamatuju, ale nic jsem neprovedl, Přivázali mě k posteli a nechtěli mě pustit. Píchnali mi injekce. Pořád jsem jenom spal. Chtěl jsem pryč a už tam nikdy nechci“*. Pro všechny je však hospitalizace v konečném důsledku velmi nepříjemná zkušenost. Jako nejnepříjemnější vnímali 4 respondenti režim oddělení, který jim nevyhovoval, a těžko se s ním sžívali. Vliv terénní psychiatrické péče na hospitalizaci je poměrně vysoký, díky pravidelným návštěvám a kontrolám. Důležitou roli hraje také edukace pacientů o varovných příznacích relapsu. Situaci je možné zvládnout ambulantně formou častějších návštěv, výjezdu multidisciplinárního týmu, zprostředkování okamžité kontroly u ošetřujícího psychiatra a případně krizového kontaktu na telefonu. Z rozhovoru respondenta 1: *„Uvědomuju si, že mi pomohli, když za mnou jezdili častěji. Už bych byl asi v léčebně, ale mohl sem to s nima probrat, ulevilo se mi. Dokonce přijel i psychiatr. Dostal sem injekci, pak už to doma tak nesmrdělo...hlavně, že sem nemusel do špitálu.“* Pochopitelně, že i tato oblast má své limity. Respondent 2 byl nucen se hospitalizovat, když zažil příhodu o obchodě, ve kterém byla údajně bomba. Při evakuaci začal

cítit pocity pronásledování. Hovořil o tom se svou terénní sestrou a situaci vyhodnotili, jako v domácím prostředí nezvladatelnou. Naopak u respondenta 1 se stav postupně zhoršoval, ale díky častějším návštěvám a úpravě medikace lékařem se podařilo situaci zvládnout v domácím prostředí. V žádném případě však systém péče nemá uniformní charakter, kdy se bezmyšlenkovitě aplikují stejné šablony. Pacientovi je péče „ušita na míru“. Cílem je prospěch pacienta. Zkušenost ukazuje, že hospitalizace zprostředkované terénním týmem bývají kratší, protože pacienti přicházejí v časných stádiích dekompenzace s náhledem na nemoc a motivací k léčbě. Běžná hospitalizace vede většinou k přetrhání vytvořených společenských vazeb. Terénní sestry však za pacienty dojíždí i v době jejich hospitalizace a tímto je zajištěna kontinuita péče a navázaných vztahů.

ZÁVĚR

Díky této bakalářské práci jsem měla možnost seznámit se s životními příběhy některých pacientů více do hloubky a lépe pochopit jejich prožívání nejen nemoci, ale také života samotného. Práce s duševně nemocnými je velmi časově náročná. Je těžké získat důvěru lidí, kteří jsou ovládáni cizími hlasy. Necítí se bezpečně ani ve vlastním pokoji, mnohdy nevěří svým nejbližším. Proto považují za nepřipustné svěřovat se se svými problémy cizím lidem. Často tak dochází k disimulaci. Pacienti „tuší“, co je v chování považováno za „normální“ a podle toho také jednají. Jejich skutečné problémy tak mohou zůstat skryté. Důležitým faktorem pro práci v terénní péči je utváření terapeutického vztahu mezi sestrou a pacientem. Protože vzájemná důvěra je těžištěm dobré spolupráce. Terénní sestra může pacienta poznat lépe díky tomu, že s ním pracuje v jeho přirozeném prostředí a snadněji zachytí varovné příznaky zhoršování nemoci, či hrozícího relapsu.

Duševně nemocných pacientů neustále přibývá. Po propuštění z psychiatrické nemocnice se často stává, že je přerušena kontinuita péče. Zejména z toho důvodu, že pacienti se uzavřou ve svém domácím prostředí, a nechtějí z různých důvodů navštěvovat svého ambulantního psychiatra. Situace se pak stává koloběhem neustálého zhoršování nemoci a opakovaných hospitalizací. Transformace psychiatrické péče je běh na dlouhou trať. Terénní psychiatrické sestry jsou teprve v počátcích své práce. Tato služba je v České republice funkční jen na několika málo místech a velmi krátkou dobu. Naopak ve světě je snaha o zkracování hospitalizace pacientů, a tím péče o jejich stav v domácím prostředí, již běžnou záležitostí.

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jaký vliv má terénní ošetrovatelská péče na kvalitu života duševně nemocných pacientů. Z výzkumného šetření vyplynulo, že pacienti se v domácím prostředí cítí lépe a bezpečněji, zároveň je pro ně důležité udržovat kontakt s okolím, a to i ve smyslu kontroly při užívání léků a aplikaci depotních injekcí, jakožto prevenci relapsu. Lze tedy říci, že se kvalita jejich života díky zařazení do terénního programu zlepšila. Pozitivní vliv se odráží zejména v oblasti užívání medikace. Terénní péče v Psychosociálním centru Přerov je teprve v začátcích. Výsledky této bakalářské práce mohou být podkladem pro další dlouhodobější výzkum. Zároveň mohou posloužit i jako zpětná vazba pro tým terénních psychiatrických sester, a v konečném důsledku i pacientům samotným.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X.

CUNNINGHAM, Patrik. The Role of the Psychiatric Nurse in Home Care. Home Healthcare [on line]. 2007, volume 25, issue10, p 645-652 [cit. 2015-10-08]. Dostupné také z: http://journals.lww.com/homehealthcareonline/Full-text/2007/11000/The_Role_of_the_Psychiatric_Nurse_in_Home_Care.7.aspx.

ČESKO. Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných zdravotníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011, částka 20, s. 513. ISSN 1211-1244. Dostupné také z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 80-7345-114-1.

Psychiatrická sekce České asociace sester. *Deklarace z Turuku*. In: Psychiatrická sekce České asociace sester [online]. 2013 [cit. 2016-03-22]. Dostupné také z: <http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/mezinarodni-spoluprace/deklarace-z-turku.html>.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-1620-6.

GURKOVÁ, Eva. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HOLLÝ, Martin. Reforma psychiatrické péče. *Postgraduální medicína* [online]. 2014, ročník 17, č. 6 [cit. 2016-03-21]. ISSN 1212-4184. Dostupné také z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/reforma-psychiatricke-pece-475769>.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

KRÁTKÁ, Anna a Gabriela ŠILHÁKOVÁ. *Ošetrovatelství v komunitní péči*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, fakulta humanitních studií, 2008. ISBN 978-80-7318-726-2.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Verze 1.0. Praha, 2013. Dostupné také z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/3cba95de-e355-4225-8838-625ee0cf153c/Strategie-reformy-psych-pece.pdf?ext=.pdf>.

MOHR, Pavel a kolektiv. Funkční schopnosti a spokojenost s léčbou pacientů se schizofrenií v České Republice: průřezová studie. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2012, ročník 108, č. 6 [cit. 2016-03-20]. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2012_6_279_285.pdf.

MOTLOVÁ, Lenka a Eva DRAGOMIRECKÁ. *Schizofrenie a kvalita života*. Psychiatrie, 2003, roč. 7, č. 1. ISSN 1211-7579.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.

PETR, Tomáš, Eva MARKOVÁ a kolektiv. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

PĚČ, Oldřich a kolektiv. HoNOS (Hodnocení zdravotního stavu) – adaptace nástroje na hodnocení symptomů a sociálních funkcí u závažně duševně nemocných v českých podmínkách a jeho použití. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2009, ročník 105, č. 6 [cit. 2016-03-20]. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_6_245_249.pdf.

PĚČ, Ondřej. Ohlédnutí za XXXIII. konferencí sociální psychiatrie Přerov, 20.-22. listopadu 2014. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2014, ročník 111, č. 1 [cit. 2016-03-21]. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=995>.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-0-19-851615-6.

PRAŠKO, Ján a kolektiv. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 2014, ročník 110, č. 5 [cit. 2016-03-20]. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=980>.

REKTOR, Juraj. *Návrh pilotního programu mobilní psychiatrické péče*. 2015.

REKTOR, Juraj. *Psychosociální centrum Přerov*. Lékařský seminář v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, 2016.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

CDZ	Centrum duševního zdraví.
CRPDZ - FACT	Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví – Flexible Assertive Community Treatment.
ČAS	Česká asociace sester.
ČR	Česká republika.
ESET	Psychoterapeutická a psychosomatická klinika, s. r. o.
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales.
PSP	Personal and Social Performance Scale.
RZS	Rychlá záchranná služba.
SMI	Seriously Mentally Illnes

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Otázky v rozhovoru

Příloha P II: Rozhovor s respondentem 1

Příloha P III: Rozhovor s respondentem 2

Příloha P IV: Dotazník HoNOS

Příloha P V: Dotazník PSP

Příloha P VI: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: OTÁZKY V ROZHOVORU

1. Jaké bylo Vaše první setkání s nemocí?
2. Můžete popsat jak vnímáte pobyt v psychiatrické nemocnici?
3. Jak vnímáte vztahy v rodině po vzniku onemocnění?
4. Jak vnímáte vztahy s okolím po vzniku onemocnění?
5. Co pro Vás znamená nutnost užívání léků?
6. Jak vypadá Váš běžný den?
7. Co pro Vás znamenalo zařazení do programu terénní psychiatrické péče?
8. Jak jste vnímal první setkání s terénní psychiatrickou sestrou?
9. Jakou změnu ve Vašem životě pro vás terénní péče představuje?
10. Co očekáváte od další spolupráce s terénním týmem?

PŘÍLOHA P II: ROZHOVOR S RESPONDENTEM 1

Jaké bylo Vaše první setkání s nemocí?

Moc si to nepamatuju...Nevím, byl sem na děckým a pak mě převezli jinam. Naši si pak pro mě byli. Nechtěl sem tam zůstat. Všechno to mám, jako v mlze, ale vím, že sem tam byl zbytečně... myslel sem si, že všechno bude zase, jako dřív, ale nebylo. Pořád sem slyšel někoho, jak na mě mluví. Musel sem skončit školu. K doktorovi sem chodil, ale někdy sem zapomněl. Víte, někdy je to lepší, ale pak....nevím... Poslouchám, muziku, abych je neslyšel, když to nepomáhá, tak zas musím do nemocnice...

Můžete popsat jak vnímáte pobyt v psychiatrické nemocnici?

...Jednou sem tam jel na kole jenom v dece, musel sem...říkali mi to.. Ale pokaždý je to jiný.... Na začátku je to vždycky těžký, ale ty sestřičky sou tam hodný... Jenom co mi vadí je, že nemůžu poslouchat muziku. Ty skupiny a všechny ty činnosti a denní program. Není to někdy špatný, jednou jsem chodil do keramické dílny. Tam byla moc hodná paní. Naučila mě, jak s hlinou pracovat. Dokonce byly některý moje výrobky na prodejní výstavě... Ale jednou bylo to hrozný, moc si to nepamatuju, ale nic jsem neprovedl, přivázali mě k posteli a nechtěli mě pustit. Píchali mi injekce. Pořád jsem jenom spal. Chtěl jsem pryč a už tam nikdy nechci. Prostě doma je to lepší...

Jak vnímáte vztahy v rodině po vzniku onemocnění?

S otcem se nestýkáme, žiju s matkou. Segra a brácha sou odstěhovaní. No...nevím... ted' se celkem vídám se ségrou, jsem rád... Nikdy sme se moc nebavili, ale postupně se zhoršovalo i to. Připadá mi, že s každým návratem se špitálu to bylo horší. Zvykl sem si na to, že sem jenom s mamkou. Ona pracuje v hospodě. Dělá dlouho do noci, takže mě vždycky zbudí, když přijde z práce. Pak už nemůžu usnout. Ale tak nějak se staráme navzájem. Nakupuje, já chodím ven jenom málo kdy. Někdy se dost hádáme, třeba se zlobí, že si z důchodu koupím nějakou knížku, nebo tak. Že bych měl šetřit..

Jak vnímáte vztahy s okolím po vzniku onemocnění?

Jak jako? No sem doma, nerad chodím ven. Měl sem holku na učňáku, už je to dávno.....nemám vám o tom co říct...

Co pro Vás znamená nutnost užívání léků?

„Nechtěl jsem brát léky, měl jsem pocit, že mě mění...taky jsem na to zapomínal. Nikdo v mém věku nebere tolik léků. Pak, když mi bylo hůř, už to bylo jedno. Slyšel sem ty hlasy a musel sem do nemocnice. Eště by ani tak o ty léky nešlo, ale je blbý když mi dojdou. Dřív bylo hrozný jít ven. Tak sem třeba změnil dávkování, aby mi dýl vydrželo, co mi doktor napsal. Nebo když došly, tak jsem zkoušel vydržet co nejdýl bez nich... Ale Jo, je to teď lepší.. Předtím sem vždycky skončil v léčebně.... Ani ty hlasy, už tak neslyším. Sem rád, že sestřička dohlídí na ty léky.... Taky si myslím, že má pravdu.... Že když to jako budu brát, tak nepudu do léčebny.

Jak vypadá Váš běžný den?

Vstávám kolem poledne, něco sním a pak poslouchám hudbu, většinou zase usnu. Ale mě je dobře, čtu si knížky, spíš v noci. Přes den spím, nechci s nikým mluvit. Mamka nakupuje..Moc spolu nemluvíme, ona má hodně práce...Někdy ty hlasy mluví, ale to si pustím muziku. Hlavně, že můžu být doma. Venku se na mě divně dívají. Teď je to, ale trochu jiný, když za mnou chodí sestřička. Víc toho dělám přes den, protože se snažím, abych nezaspal její návštěvu. Zkousím jít taky spát dřív večer, aby se to posunulo.

Co pro Vás znamenalo zařazení do programu terénní psychiatrické péče?

No je to jiný... nejdřív mě to otravovalo. Domluvili jsme se, že přijde, ale pak sem zaspal. Zvonili a já sem jim neotevřel, protože sem spal... pak mi sestřička volala, Bylo to pro mě nepříjemný.. To věčný omlouvání. Taky sem si říkal, jaký to bude, když u nás bude někdo cizí. Víte, mamka to nemá ráda. Když pak tedy přišli, seděli sme v obýváku. Poprvé si vzpomínám, že když u nás byly, tak sem si říkal, že jim to tam musí připadat hnusný. Styděl sem se. Říkal, sem si, že už nepřijdou... Ale přišly. Moc sme nemluvíli.

Jakou změnu ve Vašem životě pro vás terénní péče představuje?

No asi ty léky, že na to někdo dohlíží. Taky nedávno mluvily s mamkou. Ona brečela, ale teď je to doma dobrý. Chodí za mnou ještě jiná sestra. Rád maluju a můžu jí ukázat všechny nové věci, taky sem rád, že ta sestřička taky ráda poslouchá muziku...dokonce zná stejný kapely, můžu o nich mluvit. Je dobrý s někým občas promluvit. Dřív, když mi bylo blbě, byl sem na to sám. Třeba před časem.. Pohádali sme se s matkou, všechno jí na mě vadilo...pak se ty hlasy stupňovaly, že sem špatnej a tak... Ale přišla sestra a vzala mě na kontrolu, doktor mi napsal jiný léky. „Uvědomuju si, že mi pomohli, když za mnou jezdili častěj. Už bych byl asi v léčebně, ale mohl sem to s nima probrat, ulevilo se mi. Dokonce přijel i psychiatr. Dostal sem injekci, pak už to doma tak nesmrdělo...hlavně, že sem nemusel do špitálu.“ Teďka sme se taky bavili o tom, že bych nastoupil do stacionáře. Už sem tam kdysi byl, ale ne dlouho. Vždycky sem se tam bál mezi těma lidma, ale už sem se tam byl i podívat a myslím, že bych to chtěl alespoň zkusit. Ať pořád nasedím doma.

Co očekáváte od další spolupráce s terénním týmem?

Nevim. Asi hlavně, abych nemusel do nemocnice. Taky bych rád dál maloval...jinak nevim.

PŘÍLOHA P III: ROZHOVOR S RESPONDENTEM 2

Jaké bylo Vaše první setkání s nemocí?

No byl sem na vojně, ale jaký to bylo? Nevím....bylo to dávno. Bylo mi blbě, tak sem někdy skončil v blázinci... pak už sem zůstal doma. Chodil sem do práce chvilku, pomáhat na stavbě, ale občas se to zhoršilo. No já sem byl vždycky tak normální, ale to si neumíte představit, když se pak změní všechno kolem vás a nic nefunguje.... Zavřeli mě do špitálu, nepamatuju se proč. Před tím jsem byl na vojně. Ale pak už mě nepustili zpátky.

Můžete popsat jak vnímáte pobyt v psychiatrické nemocnici?

Je to jak kdy. Jako oni sou celkem hodní, ale doma je doma. Zas na druhou stranu, někdy mi bývalo fakt blbě, a když je mi blbě, tak tam rači idu. Když mám tu schízu...tak sem, rád, že nejsem sám. Ale pak je to dlouhý no... Už pak musím domů, dělat na baráku. No, ale je dobře, že můžu jet, když je to blbý. Když se to zhoršilo, nechtěl sem byt doma sám...taky sem byl jednou v obchodě a tam někdo nahlásil, že je tam bomba. Všichni sme museli ven.. pak už sem se bál aj doma.. Rači sem tam jel.

Jak vnímáte vztahy v rodině po vzniku onemocnění?

Nevím, dřív sme se hodně hádali s tatou, jednou na mě zavolal policajty, ale to bylo proto, že sem chtěl byt doma sám. Nechtěl sem nikomu nic udělat. Tata už je mrtvej. A mama je hodná. Spíš chtěla vždycky, abych byl doma, protože se na mě v dědině divně dívají. Všechno mi zařizovala, vařila, starala se o barák a tak. Já sem taky pomáhal, když to bylo potřeba. Ale někdy sme se prostě dohádali. Mama pak brečela. Ted'ka se odstěhovala do pečovatelského ústavu, už je stará. Ale sestra teď za mnou chodí, někdy mi uklidí, nebo přinese jídlo. Nebydlí daleko, tak se občas vídáme. Taky, když je potřeba zasadit zemáky, nebo tak, tak přijede aj se švagrem.

Jak vnímáte vztahy s okolím po vzniku onemocnění?

Dřív sem byl oblíbenej tak normálně, ale pak, když sem se vrátil ze špitálu, tak se mi lidi začali vyhýbat. Mamka to špatně nesla, nakonec se odstěhovala do pečovateláku. Ted' sem v baráku sám, ale mám kočku. Lidi se mi vyhýbají, vnímají mě jako blázna. Bojí se mě, když du po ulici. Volali i mému psychiatrovi, aby mě dal zavřít. „míval jsem kamoše v dědině, ale když sem onemocněl, tak sem ted' pro ně divnej. Nechce se mi to vysvětlovat. Rači su zalezlej doma s králíkama.“

Co pro Vás znamená nutnost užívání léků?

Léky беру, když je potřebuju....pak je dobře a já se tím nechci cpát, tloustnu... když je huř, tak si zas něco vezmu, nebo třeba víc, jak je potřeba. Ted' je to ale jiný, protože ta sestřička co za mnou chodí, tak na to dohlíží. To sem rád, protože někdy sem i zapomněl, pak už sem nevěděl, co a kdy si mám vzít, nebo sem ztratil třeba nějakou krabičku s lékama. Máme velkej barák, víte, jak to je, když se někam něco položí. Ale ted' mám takovou lékovku, sestra mi to vždycky nachystá na celý týden, mám to na jednom místě. Připadá mi to přehlednější. Vím, jak a co a kdy si mám vzít. A taky je to ted' asi lepší, už mi nebývá, tak zle, takže by se to asi fakt brát mělo.

Jak vypadá Váš běžný den?

No, když nechodím do stacionáře, tak nic moc. Ráno jdu poklidit králíky, dám mlíko kočce, a pak jak kdy, někdy poslouchám hudbu, nebo mám takový auto na dálkový ovládání, tak jezdím. Ale ted' jsem ve stacionáři, snažím se tam jezdit na kole, abych něco zhubnul. A tam se pořád něco děje. Třeba vaříme, nebo cvičíme. Můžu si popovídat s ostatníma na kuřárně. Ale někdy je to na mě moc, tak tam nejdu, když je mi blbě. To pak prostě celý den ležím a snažím se to všechno zaspát.

Co pro Vás znamenalo zařazení do programu terénní psychiatrické péče?

Nejdřív sem moc nechtěl. Nevěděl sem o tom nic, když o tom mluvil doktor, tak sem si to neuměl představit. Takže to pro mě asi neznamenal nic.

Jak jste vnímal první setkání s terénní psychiatrickou sestrou?

Nemám doma uklizeno, když nepřijde moje sestra a neuklidí není to nic moc (smích).. tak sem se celkem styděl, když sestřičky přišly. Měl sem pocit, že mám doma cizí lidi. To trvalo dlouho, chtěl sem jim i říct ať už nechodí, ale zas bylo dobrý, že sem si měl s kým popovídat. Je to zase jiný, než u doktora. Ten nemá tolik času, napíše mi léky a já du. Ale sestřičky mi i vysvětlily, proč sou léky důležité, domluvily jsme se, na čem budem pracovat.

Jakou změnu ve Vašem životě pro vás terénní péče představuje?

Zajistily mi hlavně ty léky, bavili sme se i o vaření, já si sám vařit neumím, ted' když je mama pryč, tak to není žádná sláva. Změnilo se i to, že mám nějaký režim, jakože když vím, že mají přijít, tak se celkem těším. Protože nejsem doma tak sám, musím třeba uklidit, něco porovnat. Prostě fungovat. Nutí mě to něco dělat. No hlavně sem rád, že byli aj za starostou a řekli mu, že nejsem nebezpečnej, nebo tak. Cítím se ted' ve vesnici trochu líp. Je to pro mě nový, že se někdo ptá jak se mám a co potřebuju. Mám tak trochu pocit, že někoho zajímám a nejsem tu úplně zbytečně. A co bylo dobrý, tak to ten stacionář. Můžu tam mluvit i s jinýma lidma a někteří to mají podobně.

Co očekáváte od další spolupráce s terénním týmem?

Doufám, že budou chodit, protože když je mi blbě, tak mám pocit, že se můžu na někoho obrátit, někoho, koho to neotravuje. Taky ty léky, to je dobrý, že si to nemusím hlídat sám. Nechci jezdit do špitálu, doma sem radši, je tu spoustu práce.

PŘÍLOHA P IV: DOTAZNÍK HONOS

HoNOS – Záznam hodnocení

Identifikace pacienta

Dnešní datum

*Pokud není známo,
hodnoťte jako 9*

- | | |
|--|-----------|
| 1. Hyperaktivní, agresivní, rušivé nebo agitované chování | 0 1 2 3 4 |
| 2. Úmyslné sebepoškozování | 0 1 2 3 4 |
| 3. Problémy s alkoholem nebo užívání drog | 0 1 2 3 4 |
| 4. Kognitivní problémy | 0 1 2 3 4 |
| 5. Tělesná nemoc nebo postižení | 0 1 2 3 4 |
| 6. Problémy spojené s halucinacemi a bludy | 0 1 2 3 4 |
| 7. Problémy s depresivní náladou | 0 1 2 3 4 |
| 8. Jiné psychické problémy a poruchy chování; určete poruchu
A, B, C, D, E, F, G, H, I nebo J | 0 1 2 3 4 |
| 9. Problémy se vztahy | 0 1 2 3 4 |
| 10. Problémy s každodenními činnostmi | 0 1 2 3 4 |
| 11. Problémy s podmínkami bydlení | 0 1 2 3 4 |
| 12. Problémy se zaměstnáním a dalšími činnostmi | 0 1 2 3 4 |

PŘÍLOHA P V: DOTAZNÍK PSP

Oblast	Závažnost	Nepřítomný	Mírný	Patrný (zřetelný)	Výrazný	Vážný	Velmi vážný
A. Společensky prospěšné aktivity Práce a škola Ostatní společensky užitečné aktivity (např. domácí práce, dobrovolnická práce nebo užitečné koníčky, jako je zahradničení)							
B. Osobní a sociální vztahy Vztahy s partnerem (pokud je ženatý/vdaná nebo žije s partnerem) Rodinné vztahy Sociální vztahy							
C. Péče o sebe sama Osobní hygiena Péče o vzhled a oblečení							
D. Rušivé a agresivní chování							

Popis závažnosti problému v oblasti A-C

Nepřítomný nebo mírný: žádné zjevné obtíže, jsou-li, tak o nich ví jen někdo, kdo je velmi dobře s osobou obeznámen

Patrný, ale ne výrazný: obtíže jsou jasně patrné každému, ale podstatně nezasahují do schopnosti realizovat se, resp. naplnit svoji roli v dané oblasti – vše se vztahem k socio-kulturnímu kontextu, věku, pohlaví a vzdělání

Výrazný: obtíže závažně zasahují do schopnosti realizovat se, resp. naplnit svoji roli v dané oblasti, nicméně některé z těchto činností je osoba stále schopna provádět bez odborné/zdravotnické pomoci, ale pouze občas (nikoliv pravidelně) anebo je provádí nepatřičně/neadekvátně.

Předpokládáme, že s pomocí by se podařilo obnovit dřívější stupeň fungování/aktivit .

Vážný: Bez pomoci není osoba schopna jakkoliv naplnit/realizovat danou oblast/ nebo obtíže vedou k dalšímu a dalšímu poškození/ postižení v dané oblasti. Nejsou však životohrožující.

Velmi vážný: Obtíže, resp. postižení jsou již takového stupně, že ohrožují pacientův život.

Popis závažnosti problému v oblasti D

Nepřítomný nebo mírný: mírný stupeň obhroublosti, naříkání nebo nespolečenskosti

Patrný, ale ne výrazný: hovoří příliš hlasitě nebo je příliš a nevhodně familiární (znatelně překračuje společenské konvence), nebo se chová nespolečensky jiným velmi nevhodným způsobem (např. tím, jak se stravuje apod..)

Výrazný: uráží druhé na veřejnosti, rozbíjí, ničí cíleně předměty, často se chová společensky velmi nevhodně, ale ne nebezpečně (např. se svléká na veřejnosti, nebo močí či kálí)


Vážný: často slovně vyhrožuje, napadá slovně nebo fyzicky, ale bez záměru, bez rizika závažného zranění

Velmi vážný: časté agresivní výpady s cílem/nebo s pravděpodobností způsobení vážného zranění

Hodnocení PSP v bodech (1-100)

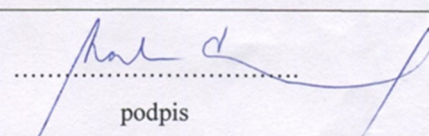
<i>71-100 hodnoty ukazují pouze na mírné obtíže</i>	
91-100	Skvělé fungování ve všech 4 oblastech. Osoba je okolím dobře vnímána/vážena pro své osobnostní kvality, dobře zvládá životní obtíže/problémy/ výzvy a má široké spektrum aktivit a zájmů
81-90	Dobré fungování ve všech 4 oblastech, jsou přítomny pouze běžné životní obtíže či problémy
71-80	Mírné obtíže v oblastech A-C
<i>31-70 hodnoty ukazují různou míru funkčního omezení/postižení</i>	
61-70	Patrné,ale ne výrazné v jedné či více oblastech A-C nebo mírné problémy v oblasti D
51-60	Výrazné problémy ve 2 nebo více oblastech, nebo vážné problémy v jedné z oblastí A-C / s nebo bez zřejmých problémů v oblasti D
31-40	Vážné problémy v 1 a výrazné v alespoň jedné další oblasti A-C nebo výrazné problémy v D
<i>1-30 tyto hodnoty ukazují na tak závažné narušení fungování pacienta, že potřebuje intenzivní pomoc/podporu či dohled</i>	
21-30	Vážné problémy ve 2 oblastech A-C,nebo vážné problémy v D (s nebo bez problémů v oblastech A-C)
11-20	Vážné problémy ve všech oblastech A-D, nebo velmi vážné v D (s nebo bez problémů v oblastech A-C)
1-10	Nesoběstačnost v základním fungování, s velmi závažnými poruchami chování ale bez ohrožení života (hodnoty 6-10), nebo s ohrožením života (např. díky malnutrici, dehydrataci, infekci nebo neschopnosti rozpoznat zřejmá rizika a nebezpečí (hodnoty 1-5)

PŘÍLOHA P VI: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

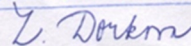
Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedeného studenta. Tento student v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohl práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Student je poučen o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které mu při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studenta 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetřovatelství, studijního oboru Všeobecná sestra (prezenční – kombinovaná forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Kateřina Ngo	
Téma bakalářské práce	Terénní ošetrovatelská péče u pacientů s duševním onemocněním	
Vedoucí bakalářské práce	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.  podpis	
Skupina respondentů	Klienti Psychosociálního centra Přerov	
Pracoviště	Vyjádření vrchní sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)	Podpis
	Souhlasím Nesouhlasím	
	Souhlasím Nesouhlasím	

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 15-04-2016

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd



Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

92 PSYCHOSOCIÁLNÍ CENTRUM
050 prim. MUDr. Juraj Rektor
001 nám. Přerovského povstání 1
750 01 Přerov, tel. 581 200 622

.....
razítko a podpis zástupce zařízení