

Resocializace a léčba osob se schizofrenním onemocněním

Michaela Hollá

Bakalářská práce
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Michaela HOLLÁ**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování teoretické části práce, klíčové pojmy práce a jejich rozbor.
Stanovení cíle výzkumného problému, údaje o výzkumném souboru, volba metod, provedení výzkumu.
Zpracování získaných dat a vyhodnocení výzkumu.
Přijetí odpovídajících výsledků.

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. 3. vydání. ISBN 80-7178-802-3

PREISS, M. A KOLEKTIV. Neuropsychologie v psychiatrii. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4

ZVOLSKÝ, P. A KOLEKTIV. Speciální psychiatrie. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-7184-203-6

DÖRNER, K. Bláznit je lidské. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5

PRAŠKO, J. A KOLEKTIV. Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-1

HOSÁKOVÁ, J. A KOLEKTIV. Ošetřovatelská péče v psychiatrii. Opava: Slezská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Hana Včelařová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

13. února 2009

Termín odevzdání bakalářské práce:

15. května 2009

Ve Zlíně dne 13. února 2009



L.S.

prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/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 diplomové/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 diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně15.09.....

.....Miroslav Holík.....

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 nevydávající 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 nahlédnutí 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, optiky 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, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

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

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

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

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

ABSTRAKT

V mé bakalářské práci se zabývám duševní nemocí jménem schizofrenie. Má práce se rozděluje na dvě části, teoretickou a praktickou část. V teoretické části se pokusím vysvětlit pojem schizofrenie, dále se budu zabývat jejím výskytem, epidemiologií, možnými příčinami vzniku této duševní nemoci, rozdělením schizofrenie podle typu, diagnostikováním, následnou léčbou a resocializací nemocného zpátky do společnosti. Praktická část je zaměřena na metodologický výzkum, jehož cílem je zjistit, jaké jsou současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním ve středisku Denního stacionáře, Hvězda ve Zlíně-Malenovicích pro klienty s mentálním a duševním onemocněním. Dále popis běžného života schizofreniků, jejich záliby a fungování v tomto zařízení.

Klíčová slova: schizofrenie, příznaky, typy schizofrenie, léčba, resocializace

ABSTRACT

I deal with psychiatric diagnosis called schizophrenia in my bachelor work. This work is separated into two parts theoretical and practical. I'll try to make clear conception of schizophrenia and later on I'm going to analyze its appearance, epidemiology, possible reasons of inception, partition according to types, diagnose and subsequent treatment and re-socialization of valetudinarian. Practical part is based on methodological research. Aim of this research is to find out which are the contemporary approaches to the re-socialization of individuals with this disease in the daily centre for clients with mental and psychic disease, civil association called "Hvězda" in Zlin – Malenovice (Czech Republic). Further on description of daily life of schizophrenics, their hobbies and behaviour in this civil association.

Keywords: schizophrenia, symptoms of schizophrenia, types of schizophrenia, medical treatment and re-socialization.

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr Haně Včelařové, za velmi užitečnou pomoc, kterou mi poskytla při psaní mé bakalářské práce.

Dále bych chtěla poděkovat středisku vědeckých informací v Krajské nemocnici T. Bati za pomoc a ochotu při hledání publikací dané problematiky.

Nesmím zapomenout také na svou rodinu a přítele Jakuba, kteří mi byli morální oporou při psaní mé bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 VYMEZENÍ POJMU SCHIZOFRENIE	13
1.1 VÝSKYT A PŘÍČINY VZNIKU SCHIZOFRENIE.....	13
1.2 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE.....	14
1.2.1 Kritéria určená MKN-10 pro diagnostiku schizofrenie.....	15
1.2.2 Příznaky schizofrenie.....	15
1.2.2.1 Poruchy kognitivních funkcí.....	17
1.3 EPIDEMIOLOGIE.....	17
2 TYPY SCHIZOFRENIE	19
2.1 PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIE.....	19
2.2 HEBERENNÍ SCHIZOFRENIE.....	20
2.3 KATATONNÍ SCHIZOFRENIE.....	21
2.4 SIMPLEXNÍ SCHIZOFRENIE.....	22
3 FÁZE ONEMOCNĚNÍ, JEHO PRŮBĚH, DIAGNÓZA	23
3.1 FÁZE ONEMOCNĚNÍ.....	23
3.1.1 Prodromální fáze.....	23
3.1.2 Průběh onemocnění.....	23
3.2 DIAGNÓZA NEMOCI.....	24
4 LÉČBA A RESOCIALIZACE	25
4.1 PSYCHOFARMAKOLOGICKÁ LÉČBA.....	25
4.1.1 Historie léčiv u schizofrenie.....	25
4.2 ORGANIZACE PÉČE O OSOBY S DUŠEVNÍ PORUCHOU.....	27
4.2.1 Ambulantní péče.....	28
4.2.2 Lůžková péče.....	28
4.2.3 Intermediární péče.....	30
4.2.4 Meziresortní zařízení.....	30
4.2.5 Zařízení mimo resort zdravotnictví.....	30
4.3 RESOCIALIZACE A REHABILITACE DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH.....	30
4.3.1 Možnosti terapie duševně nemocných.....	32
5 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE	35
5.1 RODINNÉ KLIMA.....	35
5.2 FÁZE VYROVNÁVÁNÍ RODINY S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE.....	36
5.2.1 První fáze: Popření skutečnosti.....	36
5.2.2 Druhá fáze: Hledání příčiny resp. viny za vznik nemoci.....	36
5.2.3 Třetí fáze: Hledání pomoci a léčba.....	37
5.2.4 Čtvrtá fáze: Přijetí a náhled nad situací.....	37
5.3 ROLE NEMOCNÉHO V RODINĚ.....	37
5.4 PODPORA RODINY V RÁMCI SKUPINOVÉ TERAPIE.....	38
6 CHYBY A OMYLY ODBORNÉ A LAICKÉ VEŘEJNOSTI	39

6.1	PŘEDSUDKY.....	39
6.2	STRACH Z NEPŘEDVÍDATELNÉHO CHOVÁNÍ.....	40
6.3	OBAVA Z PODÁVÁNÍ ANTIPSYCHOTIK	40
II	PRAKTICKÁ ČÁST.....	41
7	VÝZKUM.....	42
7.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	42
7.2	DRUH VÝZKUMU.....	42
7.3	VÝZKUMNÁ METODA.....	43
7.4	MÍSTO REALIZACE VÝZKUMU.....	43
7.5	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	44
7.6	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	44
7.6.1	Vlastní příprava a průběh rozhovoru.....	45
7.6.2	Analýza dat.....	45
7.7	VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	46
	Rozhovory s Ing. Věrou Vájovou.....	46
7.7.1.1	Pobyt respondentů ve stacionáři.....	46
7.7.1.2	Průběh nemoci a současný zdravotní stav.....	50
7.7.2	Rozhovory s klienty stacionáře.....	53
8	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ.....	60
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	63
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	65
	SEZNAM OBRÁZKŮ.....	66
	SEZNAM TABULEK.....	67
	SEZNAM PŘÍLOH.....	68

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila problematiku duševního onemocnění jménem schizofrenie. Toto téma jsem si vybrala z toho důvodu, že jedna moje známá pracovala v zařízení, které se stará a pečuje o pacienty trpící touto formou onemocnění. Její výklad o práci s nimi mi přišel vždy velmi zajímavý, tak jsem se rozhodla, že o schizofrenii jako nemoci napíšu svou bakalářskou práci.

Má bakalářská práce se rozděluje na teoretickou a praktickou část. Ve své teoretické části, se zabývám vysvětlením pojmu schizofrenie a jejími možnými příčinami vzniku. Snažím se zde vymezit příznaky schizofrenie podle 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí, které jsou daným kritériem pro diagnostikování této nemoci. Dále rozdělím schizofrenii podle typů a podrobně popíšu čtyři nejzákladnější typy schizofrenie s jejich přesným popisem kritérií pro diagnostikování daného typu podle MKN-10. Ve své teoretické části se dále zabývám popsáním fází onemocnění, průběhem nemoci a diagnózou. Z větší části se pak věnuji léčbou a následnou resocializací pacienta zpátky do běžného života. Snažím se popsat, jak rodina vnímá duševně nemocného ve své rodině, jak se s tím vypořádávají a čím by mohli přispět k jeho léčbě a navrácení nemocného zpátky do společnosti. Dále se snažím zvrátit určité předsudky společnosti vůči duševně nemocným, že nejsou takový, jací se nám zdají, že z nich nemusíme mít obavy, ale spíše bychom měli nalézt cestu, jak jim pomoci v jejich složité situaci.

Praktická část je zaměřena na metodologický výzkum, jehož cílem je zjistit, jaké jsou současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním ve středisku Denní stacionář pro klienty s mentálním a duševním onemocněním, při občanském sdružení Hvězda ve Zlíně-Malenovicích. Pro svůj výzkum jsem si vybrala kvalitativní druh výzkumu a metodu polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory probíhají s pěti klienty trpící paranoidní schizofrenií a vedoucí střediska Denního stacionáře pro klienty s mentálním a duševním onemocněním.

Cílem této bakalářské práce je přiblížit laické veřejnosti problémy lidí trpící touto formou duševního onemocnění, definovat nemoc schizofrenie, popsat její léčbu a následnou resocializaci.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ POJMU SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je závažná duševní porucha charakterizována poruchami téměř všech psychických funkcí. Projevuje se chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobní integrity. Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění. (Vágnerová 2004)

V odborné terminologii je psychóza charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, dále také poruchou vnímání reality. (Češková, 2007)

Podle Preisse (2006), je psychóza těžké duševní onemocnění, při níž je zpravidla ztracen kontakt jedince s realitou, vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány a chybí náhled nemoci.

Jedinci toto onemocnění přináší výrazné postižení nejen v oblasti psychického zdraví, ale i v oblasti sociální a profesní. (Praško, 2007)

Nemocnému se narušuje schopnost srozumitelně a účelně jednat. Stahuje z reálného života do svého imaginárního světa. Odcizuje se svému okolí i svým blízkým. (Preiss, 2006)

Podle 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), která je vrcholem dosavadního klasifikačního úsilí Světové zdravotnické organizace (WHO), je schizofrenie zařazena do sekce F20-F29 spolu se schizoidní poruchou a poruchou s bludy. (Zvolský, 2005)

Poruchy řazené do této kategorie se vyznačují přítomností psychotických příznaků. Klasifikace schizofrenie podle MKN-10 spočívá v průkazu psychotických příznaků trvajících u nemocného déle než jeden měsíc. (Smolík, 2002)

1.1 Výskyt a příčiny vzniku schizofrenie

Přesná příčina vzniku schizofrenie není dosud jednoznačně určena, důvodem je především skutečnost, že jde spíše o skupinu poruch, které se v některých symptomech shodují. Lze tudíž předpokládat, že její vznik ovlivní komplex mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů. (Vágnerová, 2004)

Následující příčiny patří k nejlépe doloženým. Genetické (dědičné) vlivy, porod v zimních a časných jarních měsících a v místech s vysokou hustotou obyvatelstva, prenatální a perinatální vlivy. (Češková, 2007)

Genetické studie rodin, dvojčat a studie s adoptivními jedinci ukázaly, že dědičné faktory hrají u schizofrenie významnou roli. Děti rodičů s diagnózou schizofrenie mají 10x vyšší riziko, že onemocní schizofrenií. Studie dvojčat rovněž ukazují na význam genetických faktorů. Vyšší výskyt schizofrenie u dvojčat se vyskytuje u monozygotních dvojčat (44,3%) než u dvojčat dizygotních (12,1%) s tím, že poměr výskytu je v provedených studiích

konzistentní. (Češková, 2007)

Podle Praška (2003), se schizofrenií souvisí i porody v zimních a časných jarních měsících a v místech s vysokou hustotou obyvatelstva. Tito pacienti se rodí o 8-12% častěji než jiní, vysvětlení tohoto jevu však není jednoznačné. Může to být dáno virovou infekcí matky ve druhé třetině těhotenství během „podzimních nachlazení“, kdy může dojít k ovlivnění vývoje mozku plodu.

Prenatální a perinatální vlivy, které působí na plod během těhotenství a porodu. Míní se tím špatná výživa, krajní porodní nezralost, hypoxické a ischemické poškození mozku (nedostatek kyslíku a prokrvení) a preeklamsie matky. (Praško, 2003)

I vnější vlivy působící na člověka zvyšují riziko vzniku schizofrenie (např. vlivy psychosociálního charakteru). Schizofrenie nejčastěji vzniká v době přechodu k dospělosti, kdy se člověk osamostatňuje, odpoutává od své rodiny. Nepříznivě disponovaný, přecitlivělý a zranitelný jedinec to vždycky nedokáže. (Vágnerová, 2004)

1.2 Příznaky schizofrenie

V současné době jsou platné dvě velké klasifikace duševních onemocnění 10. Revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), jak už jsem se v předchozím zmínila a dále Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání (DMS IV) vytvořený Americkou psychiatrickou asociací (APA). Tyto klasifikace jsou založeny na přesně popsanych kritériích. (Češková, 2007)

Určit zda příznaky jsou projevem schizofrenie či jiného onemocnění není jednoduché. Neexistuje příznak, který by se vyskytoval pouze a jen u schizofrenie, pacienti proto podstupují vyšetření, aby se vyloučili jiné onemocnění jako např. epilepsie nebo nádor. Při stanovení diagnózy je důležitý a rozhodující rozhovor lékaře s nemocným a jeho blízkými, při kterém lékař hledá níže uvedené příznaky. K potvrzení diagnózy schizofrenie musí být splněna diagnostická kritéria uvedená v příručce MKN-10, která je závazná pro všechny lékaře. (Praško, 2003)

I.2.1. Kritéria určená MKN-10 pro diagnostiku schizofrenie

Jak uvádí Češková (2007, s. 19), kritéria určená MKN-10 pro diagnostiku schizofrenie požadují, aby se vyskytoval minimálně jeden z příznaků ad a) až d), nebo z dvou příznaků ad e) až i) trvajících u nemocného déle než jeden měsíc:

- a) *„manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odjímání, vysílání myšlenek)*
- b) *bludy ovládnutí (kontrolovatelnosti)*
- c) *sluchové halucinace (komentující chování nemocného)*
- d) *jiné bludy*
- e) *jiné halucinace*
- f) *formální poruchy myšlení (zárazy, inkoherence)*
- g) *katatonii příznaky (vzrušenost setrvávání nastavených pozicích, vosková ohebnost, negativismus, mutismus, stupor)*
- h) *negativní příznaky (apatie, ochuzení řeči, ochuzení emočních reakcí)*
- i) *nápadné kvalitativní změny v chování (ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, sociální stažení)“*

Oba klasifikační systémy definují schizofrenii podobně. Hlavní rozdíl mezi nimi je v době trvání příznaků. DSM IV požaduje půl roku neboli šest měsíců trvání, kdežto MKN-10 pouze ten jeden měsíc. Navíc DSM IV požaduje deterioraci funkce, tedy DSM IV je poněkud užší. Spolehlivost diagnostiky je vysoká, stabilita onemocnění je variabilní nejvíce na začátku onemocnění. (Češková, 2007)

I.2.2. Příznaky schizofrenie

Podle Praška (2003), lze příznaky rozdělit rovněž na 3 skupiny příznaků:

a) Psychomotorické ochuzení

Psychomotorické ochuzení se projevuje zejména jako ochuzení řeči, ochuzení pohybů, omezení očního kontaktu, oploštění afektu (nemocný neprožívá radost ani smutek). Pacient trpící těmito příznaky na první pohled připomíná lenost a netečnost. Jen se tak „povaluje“ nepečuje o sebe, občas není schopný vstát ani z postele, umýt se, nic sám od sebe neudělá, a pokud ano jsou to věci neproduktivní jako např. kreslení, psaní do deníku. Jeho blízcí si s tímto pacientem většinou neví rady a neví jak mu pomoci. Tomuto pacientovi můžeme

pomoci tím, že mu naplánujeme denní režim. Základem režimu bývá struktura a náplň dne např. ranní vstávání. Pro pacienta režim však musí být přijatelný, aby jej mohl plnit. Tyto příznaky z psychomotorického ochuzení bývají chronické a dlouhodobé. Léčba trvá měsíce i roky. (Praško, 2003)

b) **Dezorganizace**

Dezorganizace se projevuje tím, že řeč, myšlení, afekt a pohyby přestávají být soudržné. Pacient trpící těmito příznaky bývá roztržitý, nesoustředěný. Nemocný často mluví „z cesty“ věty nedávají žádný smysl, často používá neologismy slova, které si sám vymyslel a nikdo jiný jim nerozumí. Pacient se chová nepřiměřeně věku, pochechtává se, dělá různé grimasy, posunky nebo pravý opak toho, co se mu řekne. Pacienti mohou zaujímat různé strnulé pozice. Někdy nekonstruktivně „kutí“ (např. vysypávají hlínu z květináčů nebo rozdělávají nábytek). Chování pacienta s těmito příznaky bývá velmi nápadné na první pohled. Tyto příznaky patří spíše k akutním příznakům schizofrenie. Na léčbu pacienti reagují většinou dobře. (Praško, 2003)

c) **Distorze skutečnosti**

Distorze skutečnosti se projevuje tím, že skutečnost je překroucená změněná. Pacient trpí halucinacemi a bludy. U schizofrenie jsou časté bludy vztahovačnosti a paranoidní bludy. Bludy vztahovačnosti se projevují tím, že pacient si myslí, že se různé situace vztahují k jeho osobě (např. na nádraží si všichni lidé povídají o něm). Dále se vyskytují paranoidní bludy a bludy ovlivňování. Paranoidní bludy vyznačující tím, že pacient si je jist, že je pronásledován (např. mimozemšťany, sousedy). U schizofrenie jsou časté i intrapsychické halucinace. Kdy pacient má pocit, že mu někdo manipuluje s myšlením. Myslí si, že jeho myšlenky mu někdo odebírá a vkládá mu jiné. Myslí si, že jeho myšlení není jeho. (Praško, 2003)

Dezorganizace a distorze skutečnosti se v klinické skutečnosti rovněž nazývají jako pozitivní schizofrenní příznaky. Tyto příznaky jsou nejčastější příčinou hospitalizace a jsou spojovány regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou. (Češková, 2007)

Negativní příznaky představují ochuzení psychiky nejvýraznější v oblasti emotivity. Souvisí se sníženou dopaminergní aktivitou. Nemocní jsou apatičtí, ztrácí potěšení z radosti, ztrácí motivaci, sociálně stažení, ochuzení řeči, myšlení. Tyto příznaky jsou přítomny v první epizodě schizofrenie, považujeme je za primární. Sekundární negativní symptomy souvisí s pozitivními příznaky. Přetrvávající negativní příznaky souvisejí s funkční prognózou. (Češková, 2007)

1.2.2 Poruchy kognitivních funkcí

Jedná se o kognitivní dysfunkci, která spočívá v narušení poznávacích schopností, poruchy vnímání, myšlení a paměti.

Kognitivní dysfunkci lze považovat za jádrový příznak, který je přítomen před příchodem psychózy a za hlavní příčinu sociální maladaptace po odeznění pozitivních příznaků. Je spojena s negativními příznaky a určitými regionálními, strukturálními a funkčními abnormitami CNS. (Češková, 2006)

Poruchy vnímání u schizofrenie jsou velmi časté. Na počátku nemoci se mohou objevit iluze, které přecházejí do halucinací. Halucinace bývají nejčastěji sluchové, mohou být i zrakové nebo tělové. Jedná se o klamné vjemy, o kterých je nemocný přesvědčen, že jsou reálné. Poruchy myšlení zahrnují poruchy dynamiky, formy i obsahu myšlení. Myšlení schizofreniků může být zpomalené nebo naopak opačné, může dojít k myšlenkovému trysku. Nedokážou uvažovat koherentně (souvisle), může se vyskytnout porucha plynulosti myšlení, kdy se ztrácí logická souvislost, vztah ke kontextu, může dojít až k myšlenkovému chaosu a roztříštění myšlení. Uvažování schizofrenika, které se pro nás jeví, jako nesmyslné odráží jeho svět halucinací a bludů. Blud můžeme chápat jako mylné nevyvratitelné přesvědčení, které zásadně ovlivňuje nemocnému život. (Vágnerová, 2004)

Bludy a halucinace nesmíme nemocnému vymlouvat nebo mu dokazovat, že se o ně nejedná a jsou to nesmysly. Toto chování by mohlo vyvolat agresivní reakci, protože nemocný, by se za těchto okolností mohl cítit ohrožen. (Vágnerová, 2004)

Jak uvádí Tůma (1999), klinicky významný kognitivní deficit se objevuje u 40-60% nemocných touto chorobou. Pouze asi u 15% nemocných v kvalitní remisi je úroveň výkonnosti srovnatelná se zdravými lidmi. U nemocných trpících progresivní formou schizofrenie nebo při postpsychotickém defektu osobnosti je kognitivní výkonnost až pět standardních odchylek pod průměrným výkonem zdravých osob srovnatelných věkem a dosaženým vzděláním.

Relativně neporušené zůstávají u této nemoci všeobecné znalosti, schopnost abstrahovat podobnosti a expresivní slovník. (Preiss, 2006)

1.3 Epidemiologie

Celoživotní prevalence u schizofrenie se pohybuje kolem 1%. Incidence je stejná u obou pohlaví, tj. 2-4 případy na 10000 ročně. U mužů se schizofrenie začíná nejčastěji projevat v pozdní adolescenci, u žen se schizofrenie začíná projevat v průměru

o několik roků později než u mužů (nejčastěji mezi 25.-35. rokem života a u mužů je to mezi 15.-25. rokem života). Ženy mají také mírnější formu onemocnění, lépe reagují na léčbu, nebývají tak často hospitalizovány a lépe sociálně fungují než muži. Lékaři se domnívají, že tím ženy vděčí vlivu estrogenu na dopaminergní systém. Schizofrenie je diagnostikována zhruba u 25% psychiatrických hospitalizací a 50% přijetí do psychiatrických zařízení za rok. Nemoc mívá chronický průběh a často vede k trvalé invaliditě nemocného. Celosvětově schizofrenie patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity. (Češková 2006)

2 TYPY SCHIZOFRENIE

Jak uvádí Češková, (2007), na základě převažující psychopatologie se schizofrenie rozděluje na několik klinických forem:

F20.0 Paranoidní schizofrenie

F20.1 Hebefrenní schizofrenie

F20.2 Katatonní schizofrenie

F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

F20.4 Postpsychotická deprese

F20.5 Reziduální schizofrenie

F20.6 Simplexní schizofrenie

Současná klasifikace nemocí MKN-10 popisuje ještě podtypy Nediferencovaná schizofrenie, Postpsychotická deprese a Reziduální schizofrenie. Nediferencovaná schizofrenie je jakousi zbytkovou kategorií pro nemoc, nelze ji zařadit do žádné z výše uvedených skupin, protože se u ní nevyskytují příznaky pro schizofrenii charakteristické. Postpsychotická deprese a reziduální schizofrenie se vztahují k průběhovému stádiu nemoci. Jde o stavy přetrvávající po odeznění akutních příznaků schizofrenie. (Libiger, 2001)

Vágnerová (2004), uvádí 4 základní typy schizofrenie. Jejich rozdělení je spíše teoretické, protože v praxi se mohou jednotlivé typy překrývat. Jedna forma přechází do druhé a naopak. V praxi se lze setkat i s kombinovanými variantami s tzv. nediferencovanou schizofrenií.

2.1 Paranoidní schizofrenie

Tato forma schizofrenního onemocnění je charakterizována bludy s paranoidním obsahem a halucinacemi. Bludy jsou většinou doprovázeny halucinacemi nejčastěji sluchovými, mohou se vyskytnout i zrakové, tělové. Nemocný je ke svému okolí patologický, podezřívavý a vztahovačný. Tato forma schizofrenie může vzniknout i v pozdějším věku, takže průměrný věk vzniku této formy schizofrenie je vyšší, než u ostatních forem. V rámci svého blouznění je nemocný přesvědčen, že je ohrožen na životě a pronásledován. Blud

ohrožení může být vztahován nejen k nadpřirozeným bytostem, ale i k určitým lidem, členům rodiny, sousedům, spolupracovníkům a jiným. (Vágnerová, 2004)

Tento typ schizofrenie je nejběžnějším typem, který se vyskytuje a je relativně snadno diagnostikovatelným. (Češková, 2007)

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F20.0 Paranoidní schizofrenie uvádí Smolík (2002, s. 160).

- A. *„Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii (F20).*
- B. *Musí převládat bludy nebo halucinace (bludy pronásledování, vztahovačné, o vznešeném rodu, zvláštním poslání, žárlivecké, tělesných změnách, hlasy varující nebo příkazující, halucinace čichové nebo chuťové, sexuální nebo jiné tělesné pocity)*
- C. *Rychle se měnící nebo nepřiměřená emotivita, katatonii příznaky nebo inkohorentní řeč mohou být v klinickém obraze v mírném stupni přítomny, ale nesmějí dominovat“.*

2.2 Heberenní schizofrenie

Tato forma schizofrenního onemocnění je charakterizována desorganizovaným myšlením s oploštělými a nepřiměřenými emočními reakcemi. Může se vyskytovat grimasování, manýrismy, podivná gesta, nejapný smích, vtipkování, chichotání, též rychlé a náhlé impulsivní reakce bez evidentního vztahu k zevním podnětům. (Zvolský, 2005)

Verbální projev osob trpící touto chorobou bývá často nápadný, nemocní užívají neobvyklých slovních spojení, někdy vytváří i neologismy. Halucinace jsou spíše zrakové než sluchové. Hebefrenní schizofrenie se objevuje převážně v období adolescence a rané dospělosti. Věkový průměr mezi 15-25 lety. Tato forma schizofrenie mívá špatnou prognózu, je to dáno tím, že jedince zasahuje v letech, kdy se mu formuje nová identita jedince. Proto pokud v této vývojové fázi vypukne závažná duševní porucha, může se stát, že nová identita jedince se zabrzdí a nevytvoří se. Nemocný může mít potíže i s vymezením vlastní identity, neví kým je, zda je žena nebo muž, člověk či něco jiného. (Vágnerová, 2004)

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F20.1 Hebefrenní schizofrenie uvádí Smolík (2002, s.161).

- A. *„Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii (F20).*

- B. *Musí být přítomny obě následující charakteristiky:*
1. *Výrazná a trvalá mělkost nebo oploštění emotivity.*
 2. *Výrazná a trvalá nepřiměřenost a nevhodnost emotivity.*
- C. *Musí být přítomna jedna z těchto charakteristik:*
1. *Chování je bezcílné nebo rozporuplné spíše než cílevědomé.*
 2. *Trvalá porucha myšlení, která se projevuje rozporuplnou, roztěkanou nebo inkoherenční mluvou.*
- D. *V klinickém obraze nesmí dominovat halucinace nebo bludy, ačkoliv oboje mohou být v mírné formě přítomny“.*

2.3 Katatonní schizofrenie

Tato forma schizofrenie je charakterizována poruchou motoriky. Ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasy, manýrování nebo naopak ve smyslu stuporu (neproduktivní forma), častá stereotypie ve verbálním projevu. (Češková, 2007)

Jak uvádí Zvolský, (2005), u katatonní schizofrenie rozeznáváme dvě formy motoriky. Forma produktivní se vyznačuje katatonickým vzrušením, nadměrnou motorickou aktivitou, jež je někdy těžké odlišit od akutní mánie nebo těžkého deliria. Druhá forma neproduktivní neboli stuporosní se projevuje zpomalením motoriky doprovázené různými projevy, jako je mutismus, negativismus, vosková ohebnost nebo až stupor.

Diagnostická kritéria MKN-10 pro F20.2 Katatonní schizofrenie uvádí Smolík (2002, s.162).

- A. *„Měl by být splněna obecná kritéria pro schizofrenii (F20), i když zpočátku nemusí být možné tato kritéria identifikovat, nelze-li s pacientem navázat kontakt.*
- B. *Po dobu nejméně dvou týdnů musí převládat jeden nebo více následujících katatonních projevů:*
1. *stupor (zřetelné snížení reaktivity na vnější prostředí a redukce spontánních pohybů a aktivity) nebo mutismus*
 2. *vzrušení (zřetelně nesmyslná motorická aktivita neovlivnitelná zevními podněty)*
 3. *nástavy (volní zaujímání a udržování nevhodných nebo bizarních postojů)*

4. *negativismus (zřetelně neúčelný odpor ke všem instrukcím nebo pokusům o pohyb nebo pohyb na opačnou stranu)*
5. *rigidita (udržování ztuhlého postoje navzdory zevním snahám o pohnutí)*
6. *vosková ohebnost (udržování končetin a těla v poloze, která je nastavená jinou osobou)*
7. *povelový automatismus (automatické plnění povelů)*“.

2.4 Simplexní schizofrenie

Tato forma schizofrenie je charakterizována časným a plíživým vznikem. Dochází k postupujícímu rozvoji podivínského chování. Nemocný je neschopný plnit požadavky příslušného společenství, nerespektuje běžné sociální normy, potuluje se, zahálí, nedbá o sebe a postupně upadá. Celé dny tráví v nečinnosti a je bez jakéhokoliv zájmu. Nemocní často bývají apatičtí a autističtí, izolují se od společnosti. Jejich myšlení s postupem času upadá na úroveň demence. (Vágnerová, 2004)

Diagnostická kritéria MNK-10 pro F20.6 Simplexní schizofrenie uvádí Smolík (2002, s.165).

- A. *„V období nejméně jednoho roku se zvolna, ale neustále rozvíjejí příznaky všech tří následujících charakteristik:*
 1. *výrazná a charakteristická změna celkové kvality některých způsobů chování projevující se ztrátou temperamentu a zájmů, bezcílým, jalovým, do sebe zahleděným přístupem k životu a sociálním stažením*
 2. *postupně se objevují a prohlubují „negativní“ příznaky, jako jsou zřetelná apatie, chudá řeč, hypoaktivita, oploštění emotivity, pasivita a nedostatek iniciativy, chudá neverbální komunikace (výrazem tváře, kontaktem očima, modulací hlasu a postojem)*
 3. *zřetelný pokles sociální, studijní nebo pracovní výkonnosti*
- B. *Nikdy se neobjeví žádný z příznaků popsaných v kritériu G1 pro F20.0–F20.3 ani halucinace nebo dobře formované bludy jakéhokoliv typu, tzn. jedinec nikdy nesplňoval kritéria pro kterýkoliv jiný typ schizofrenie nebo pro kteroukoliv psychotickou poruchu.*
- C. *Chybí důkazy o demenci nebo o jiné organické duševní poruše ve smyslu sekce F00-F09“.*

3 FÁZE ONEMOCNĚNÍ, JEHO PRŮBĚH, DIAGNÓZA

V této kapitole bych chtěla popsat fáze onemocnění, průběh schizofrenie a samotnou diagnostiku této nemoci.

3.1 Fáze onemocnění

V následujícím Vám popíšu fáze onemocnění a jejich stádia. Čím se jednotlivá stádia nemoci projevují a vyznačují.

3.1.1 Prodromální fáze

Prodromální fáze je doba před vypuknutím choroby. V této fázi se můžou objevovat určité nápadnosti, které přetrvávají určitý čas, někdy i několik let. Prodromální příznaky bývají většinou úzkost, pocity zmatku a nejistoty, strach, deprese, pocity izolace. Tyto příznaky vznikají plíživě nebo náhle. U některých jedinců můžou tyto příznaky začít po vyvolávající události např. po emočním traumatu, izolaci, požití drogy. (Smolík, 2002)

Jak uvádí Vágnerová (2004), prodromální příznaky lze shrnout takto:

- Zvýšená zranitelnost a slabost ega (např. neschopnost snést úzkost, snížená schopnost radovat se)
- Nápadné introvertní chování (uzavřenost, tichost, sklon k sociální izolaci, nedokáže prožívat a vyjadřovat své emoce)
- Omezená schopnost osamostatnění (nápadná vázanost na své nejbližší rodinu, známé prostředí, snížená adaptabilita, člověk špatně zvládá změny, uplatňuje stereotyp)
- Obtíže v mezilidských vztazích
- Slabší výkon (ve škole, v zaměstnání, ale nesouvisí to se sníženou inteligencí, poruchy pozornosti, člověk se nedokáže soustředit na svou činnost)
- Somatické stesky neurčitého charakteru (nеспavost, unavitelnost apod.)

3.1.2 Průběh onemocnění

Počátek onemocnění je nejčastější mezi pozdní adolescencí a polovinou třetího decénia. U žen bývá věk počátku o něco vyšší než u mužů. (Smolík, 2002)

Průběh onemocnění schizofrenií se vzhledem k velkému pokroku psychofarmakologie a léčebných pokroků mění. Taktéž k tomu přispívají změny ve vztahu společnosti i samých duševně nemocných touto chorobou. Ataky schizofrenie se střídají s relativně stabilním obdobím. Onemocnění se v nemorbidním stádiu neprojevuje, mohou být však přítomny určité poruchy kognitivních funkcí nebo různé povahové zvláštnosti nemocného. Ve stádiu prodromálním, jak jsem se zmínila již v předchozím, se vyskytují příznaky a dochází k mírnému poklesu funkční zdatnosti jedince. Často to však uniká pozornosti a teprve první psychotická ataka vede k návštěvě psychiatrie. Prodromální stádium je vhodným obdobím k prevenci nepříznivého průběhu schizofrenie včasnou terapií. V progredientním stádiu onemocnění se střídají aktivní ataky schizofrenie s ústupem příznaků. Způsoblost člověka se k běžným nárokům života velmi zhoršuje. Poté dochází ke zklidnění ataky ve stádiu stabilizace psychopatologie s občasnými senzácemi rezidua. (Libiger, 2001)

Necelá třetina nemocných se po první atace schizofrenie, která může trvat různě dlouhou, uzdraví úplně nebo téměř bezzbytku a asi u další třetiny nemocných probíhá nemoc v dalších atakách s reziduální psychopatií. Ostatní trpí touto nemocí dlouhodobě s progredujícím průběhem s kolísavou intenzitou psychopatologie. Psychotický proces je pro nemocného velkou psychickou zátěží. Rezidua, pro prodělané atace nemoci, zahrnují hlavně negativní příznaky a řadu změn jako je zvýšená citlivost na zátěž, prožitek odcizení a nejistoty, snížená schopnost výběru a zpracování informací. (Libiger, 2001)

3.2 Diagnóza nemoci

Podle Praška (2007), diagnostika schizofrenie vyžaduje čas. Před definitivním stanovením diagnózy této nemoci je zapotřebí vyloučit psychotické stavy toxické psychózy, intoxikace halucinogeny, organické etiologie, tedy následky užívání psychoaktivních látek, dále primární mozkové onemocnění nebo somatické onemocnění.

Důležitým krokem v diagnóze schizofrenie je toxikologická analýza moči, event. séra nemocného. Dále důkladná anamnéza, zhodnocení průběhu onemocnění a okolnosti vzniku psychopatologie. Důležitá pro diagnózu schizofrenie je i nezávislá anamnéza od lidí, kteří dotyčného znají. Nejvýznamnější pak je diferenciální diagnóza v časném stádiu nemoci. Je potřeba odlišit schizofrenii od manické fáze bipolární poruchy. Diagnóze této nemoci může pomoci pátrání po specifitějších příznacích schizofrenie, dále po poruchách struktury a formě myšlení schizofrenika. (Libiger, 2001)

4 LÉČBA A RESOCIALIZACE

Schizofrenie je nemocí, kterou lze léčit. Léčba této nemoci může trvat velmi dlouho a v průběhu léčby může docházet k různým výkyvům nemoci. Mnohdy nemusí dojít k úplnému uzdravení. Léčení schizofrenie se opírá o psychofarmakologickou léčbu, dále o psychoterapii, socioterapii a další různé terapeutické programy.

4.1 Psychofarmakologická léčba

Tato léčba obecně slouží k uklidnění, nemocného, ke zvýšení odolnosti a k regulaci psychických projevů. Dnes se při léčbě schizofrenie používají antipsychotika, dříve se užíval název neuroleptika. Tyto léky snižují napětí, úzkost a zmírňují akutní a pozitivní příznaky schizofrenie. Léky nemocný musí užívat pravidelně a přesně jak mu je lékař předepisuje. V akutní fázi nemoci často bývá nutná hospitalizace nemocného. Tito nemocní často nespolupracují s lékařem a prášky neberou. (Vágnerová, 2004)

Správnou farmakologickou léčbu musí předcházet správná diagnóza nemoci. Po zhodnocení stavu nemocného a podmínek jeho léčby, lékař sestaví léčebný plán. S léčbou by se mělo začít co nejdříve. Důležitý pro léčbu je terapeutický vztah terapeuta a pacienta, který je založen na důvěře v léčbu a lékaře ze strany pacienta a v respektování názorů ze strany lékaře. (Libiger, 2001)

4.1.1 Historie léčiv u schizofrenie

Před objevem antipsychotik se k léčbě schizofrenie používali barbituráty, bromové přípravky a rostlinné anticholinergní alkaloidy. Nalezení antipsychotických účinků sedativního antihistaminika chlorpomazinu na počátku 50. let 20. století bylo začátkem změny v léčbě schizofrenie a rozvoje sociálně psychiatrických postupů. Účinek antipsychotik byl prokázán v rozsáhlých klinických zkouškách v 60. letech 20. století. Po užití těchto léků se značně zlepšila symptomatologie u 70% - 80% nemocných. Další studie prokázaly, že podávání antipsychotik na počátku onemocnění snižuje budoucí potřebu hospitalizace pacienta. Udržovací léčba antipsychotiky brání výskytu relapsu, nové atace psychózy a poskytuje nemocnému prostor k rehabilitaci a návratu do běžného života.

Antipsychotika dělíme dle klinické účinnosti na léky s vysokou, střední a nízkou účinností. Kritérium pro zařazení do těchto skupin je výše denní dávky léků. Hlavním nežádoucím účinkem klasických antipsychotik bývají extrapyramidové příznaky tzn. parkinsonská hypokineze, rigidita, tremor a jiné. Dále se mohou objevit extrapyramidové motorické

poruchy především dyskineze tzn. žvýkání, krouživé pohyby jazyka, v obličejí i s končetinami a žmoulání. Tyto nežádoucí účinky se vyskytovaly u 60% - 70% nemocných. Jsou také závislé na dávce a léčbě nemocného. Jeden z důvodů proč pacienti léky přestanou brát, mohou být tyto nežádoucí účinky a tím se sami vystavují relapsu. (Libiger, 2001)

Obrázek 1. Přehled klasických antipsychotik

Chemická skupina	Generické označení	Firemní název	Obvyklé denní dávky (mg)	Vylučovací poločas (h)
Sedativní antipsychotika				
Fenothiaziny	chlorpromazin	Plegomazin	200–600 (800)	16–30
	metotrimeprazin	Tisercin	50–400	16–18
	thioridazin	Thioridazin	100–600	30
	periciazin	Neuleptil	10–60	7
Thioxanteny	chlorprothixen	Chlorprothixen	100–600	8–12
Incizivní antipsychotika				
Fenothiaziny	perfenazin	Perphenazin	16–64	9–21
	prochlorperazin	Prochlorperazin	20–60	6–8
	flufenazin	Moditen	2–16	13–58
	trifluoperazin	Stelazin	10–50	13
Thioxanteny	flupentixol	Fluanxol	6–18	26–36
	cisklopenthixol	Cisordinol	20–100	12–28
Butyrofenony	haloperidol	Haloperidol	2,5–10	12–36
	melperon	Buroniil	50–300	3
Difenylbutyl-piperidiny	pimozid	Orap	2–10	29–50
	fluspirilen	Imap	2–10	cca 500
	penfluridol	Semap	20–60	120
Perathiepiny	oxyprotepin	Meclopin	5–20	

Zdroj: Švestka (2001)

V posledních deseti letech byla zavedena antipsychotika II. generace neboli atypická antipsychotika. Jsou stejně antipsychoticky účinná a po užití nedochází k vedlejším účinkům nebo jen v nepatrné míře. Lépe také ovlivňují negativní příznaky a příznaky úzkosti a deprese. (Libiger, 2001)

Mezi antipsychotika II: generace patří risperidon, olanzapin, sertindol, ziprasidon, amisulprid a klozapin. (Libiger, 2001)

Nižší výskyt nežádoucích účinků u těchto antipsychotik zvyšuje kvalitu života pacientů a jejich zastávání životních rolí (Libiger, 2001).

Obrázek 2 Přehled atypických antipsychotik

Generické označení	Firemní název	Mechanismus účinku	Denní dávky (mg)	Vylučovací poločas (h)
Sulpirid	Dogmatil, Prosulpin	selektivní blokáda D ₂ /D ₃ receptorů	400–1200	4–11
Amisulprid	Solian		400–1200	12
Risperidon	Risperdal	blokáda	4–8	4 (22)
Ziprasidon	Zeldox	D + S + α_1 receptorů	80–160	7 (10)
Iloperidon	Zomaril		80–160	14
Klozapin	Leponex, Alemoxan	multireceptoroví antagonisté	200–500	8–16
Olanzapin	Zyprexa	(D + S + α + H + M receptorů)	10–20	31
Quetiain	Seroquel		300–700	6 (10)
Zotepin	Zotepil		100–300	12–20
Aripiprazol	–	D ₂ -dualista + S + H ₁ -blokáda	15–30	50–80

Zdroj: Švestka (2001)

4.2 Organizace péče o osoby s duševní poruchou

Péče o duševní zdraví je poskytována u nás v České republice v různých formách. Cílem je poskytnout kvalitní péči v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické a sociální. Systém péče o duševní zdraví v zařízení můžeme rozdělit na péči intramurální, jedná se o péči institucionální v psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách, a na péči extramurální poskytovanou mimo zdi instituce např. denní centra, či chráněné dílny. Na pomezí intramurální a extramurální péče leží péče semimurální, kam můžeme zařadit psychiatrické ambulance a krizová centra. (Marková, 2006)

Psychiatrická zařízení jsou zřizována jako samostatná pracoviště nebo součást vyššího zdravotnického zařízení. Cílem je, aby v každém regionu v České republice byla potřebná nabídka psychiatrických, psychologických, psychoterapeutických a sociálních služeb. Tyto služby se navzájem doplňují a společně vytváří funkční celek. V současné době se ukazuje na základě dlouholetých zkušeností, že je větší potřeba psychiatrických a sociálních služeb zejména ve velkoměstských aglomeracích. Důvodem je větší výskyt závislostí a osob s duševními chronickými poruchami. (Marková, 2006)

Jak uvádí Marková (2006), systém péče pro duševně nemocné můžeme rozdělit na:

- Ambulantní péče

- Lůžková péče
- Intermediární péče
- Meziresortní zařízení
- Zřízení mimo resort zdravotnictví

4.2.1 Ambulantní péče

Psychiatrická ambulantní péče je základem pro celkovou psychiatrickou péči nemocného. Jejím úkolem je prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, resocializace, a posuzování duševních onemocnění. Součástí ambulantní péče by měla být i návštěvní služba. Psychiatrické ambulance mohou koordinovat péči o nemocného i v ostatních zařízeních sítě péče o duševní zdraví. (Marková, 2006)

Jak uvádí Marková (2006), od roku 1960 stoupl počet výskytu psychiatrů v ambulantní péči z 1 na 4.5 lékaře na 100000 obyvatel, vychází to ze statistických údajů z roku 2001.

Zařízení pro ambulantní péči můžeme rozdělit na:

- Ambulance veřejné psychiatrické péče
- Ordinance AT
- Substituční centra
- Psychiatrické ambulance pro děti a dorost
- Ambulance psychiatrické sexuologie
- Ambulance pro léčbu poruch příjmu potravy
- Ambulance gerontopsychiatrické
- Ambulance pro léčbu poruch paměti
- Ambulance klinického psychologa

4.2.2 Lůžková péče

Lůžková péče v psychiatrii v resortu zdravotnictví České republiky disponuje podle statistických údajů z roku 2001 celkem 11400 lůžky, 88% se vyskytuje v psychiatrických léčebnách a zbylých 12% na psychiatrických odděleních nemocnic. Tento poměr by se měl však změnit tak, aby byla spíše posílena akutní lůžka pro pacienty oproti lůžkům v následné péči. Pro děti a dorost jsou vyčleněna lůžka v počtu 358. Z celkového počtu

lůžek je 1700 lůžek vyčleněno pro pacienty na gerontopsychiatrii a 1317 lůžek pro pacienty závislé na alkoholu a psychotropních látkách. Dalších 140 lůžek je vyčleněno pro léčbu sexuologickou. (Marková, 2006)

Podle Markové (2006), lze lůžkovou péči v psychiatrii rozdělit následovně:

- Psychiatrická oddělení nemocnic

Psychiatrická oddělení jsou většinou zřizována pro oblast se 100000 obyvateli, což by mělo odpovídat okruhu dostupnosti 40km. Jsou určena pro krátkodobou a ve větší míře dobrovolnou hospitalizaci nemocného akutní duševní poruchou, ale i s nedobrovolnou hospitalizací nemocného. Psychiatrická oddělení provádí diagnostiku, terapie, rehabilitace. Tyto oddělení musí mít zajištěnou konziliární službu, laboratorní a další pomocná vyšetření po dobu 24 hodin denně.

- Psychiatrické kliniky fakultních nemocnic

Mají status kliniky např. Psychiatrická klinika ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze. Je zde poskytnuta vysoce odborná psychiatrická péče, zdravotnické služby, konziliární služby, výuka studentům. Psychiatrická klinika je většinou propojena s lékařskými fakultami a slouží k propojení klinické praxe psychiatrie s klinickým výzkumem, vědou a vzděláváním. Tato pracoviště poskytují psychiatrickou péči v závažných a složitých případech.

- Psychiatrické léčebny

Psychiatrické léčebny poskytují dlouhodobou léčbu a rehabilitaci pro pacienty s duševními poruchami všech věkových kategorií. Zároveň plní úlohu psychiatrických oddělení nemocnic v regionu, kde ještě nejsou zavedena. Psychiatrické léčebny hospitalizují pacienty k dobrovolné i nedobrovolné péči. Psychiatrické léčebny přijímají pacienty převážně ze svého spádového okolí. V těchto léčebnách jsou hospitalizováni pacienti s různými psychiatrickými diagnózami nejčastěji se schizofrenií. Dále se zde léčí závislost na návykových látkách a poruchy osobnosti, jsou zde přijímány i osoby hospitalizované k vyšetření v rámci soudně znalecké činnosti. Pro pacienty je zde zajištěna péče odborníků i z jiných medicínských oborů, jako je neurologie, gynekologie a jiné.

- Gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti
- Zajišťují péči osobám se stařeckými psychickými poruchami.
- Sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí
- Oddělení pro poruchy paměti

- Lázeňská psychiatrická zařízení

4.2.3 Intermediární péče

Jedná se o komunitní přístup k duševnímu zdraví, prosazuje se individualizovaná péče a respektování individuálních potřeb nemocného. Tato péče umožňuje pacientovy život v přirozeném prostředí. Snaží se minimalizovat hospitalizaci mimo komunitu. Tyto služby poskytuje u nás přibližně dvacet organizací se statusem nestátních neziskových zařízení. Tento typ péče začal vznikat v 80 letech minulého století a zahrnují se zde krizová centra, centra denních aktivit, chráněné bydlení, chráněné dílny, chráněné práce, domácí péče. (Marková,2006)

4.2.4 Meziresortní zařízení

Tyto zařízení poskytují zdravotnickou, sociální, právní a jinou pomoc např. centra denních služeb a aktivit. Tyto zařízení umožňují klientům trávit smysluplně volný čas, navazovat společenské vztahy, zdokonalovat se v pracovních, praktických a sociálních dovednostech. Ve formě klubů se mohou organizovat i různé programy např. rekreační, osvětové, informační a právní. Zahrnují se zde protidrogová kontaktní krizová centra, Chráněné bydlení a příprava na samostatné bydlení, zařízení pro podporu práce a zaměstnání, rehabilitační a chráněné dílny, sociální firmy a sociální družstva, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání.(Marková, 2006)

4.2.5 Zařízení mimo resort zdravotnictví

Do zařízení mimo resort zdravotnictví spadají specializované ústavy sociální péče, detenční ústavy, pedagogicko-psychologické poradny, diagnostické ústavy pro děti a mládež, poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, manželské a předmanželské poradny. (Marková, 2006)

4.3 Resocializace a rehabilitace duševně nemocných

Resocializace a rehabilitace jsou nedílnou součástí komplexní terapie a léčby duševně nemocných. Základní snaha rehabilitačního procesu je zvrátit všechny negativní dopady, které sebou přináší duševní onemocnění a navrátit nemocnému plnou funkční schopnost. U osob se schizofrenním onemocněním je zcela postiženo sociální zařazení nemocného ve společnosti. Je to dáno jak příznaky nemoci, tak reakcí společnosti na nemocného, které je většinou odmítavé z důvodu obav z těchto lidí. Cílem péče o osoby s duševním

onemocněním je tedy podpořit schopnosti nemocného v přirozeném zázemí tak, aby nemocný byl sám schopen se vypořádat se svými obtížemi. Dále snažit se pomoci mu dosáhnout produktivně a subjektivně uspokojivý život v co nejpřirozenějších podmínkách. (Tabara, 2007)

Ke splnění těchto cílů psychiatrie využívá léčebné postupy biologické, psychoterapeutické, socioterapeutické a rehabilitační. (Tabara, 2007)

Základní principy psychiatrické rehabilitace, jak uvádí Taraba (2007).

- Nemocný a všechny jeho životní potřeby jsou v centru pozornosti
- Rehabilitace začíná již během akutní léčby a prochází všemi zařízeními psychiatrické péče
- Aktivně zapojit nemocného je základním předpokladem úspěchu
- Potřebné je, se orientovat na zdravou, nikoliv na nemocnou část osobnosti pacienta, hovořit s pacientem řečí, které rozumí
- Pomoc a podpora přímo orientovaná na kompetenci nemocného a zlepšení jeho života
- Dlouhodobá medikace, která je zapotřebí, ale není sama o sobě dostatečnou rehabilitací
- Spolupráce s pacientem je dlouhodobá, techniky a přístupy jsou vedeny dle aktuálních potřeb pacienta
- Nespokojit se s malými změnami, avšak nemůžeme očekávat rychlé a velké změny
- Naděje je velkou nedílnou součástí celého rehabilitačního procesu.

V psychiatrické rehabilitaci jde převážně o postupy a procesy, které jsou zaměřené na rozvoj lidských zdrojů, trénink dovedností praktických, pracovních a sociálních. Tato rehabilitace se provádí jak v ústavních, nemocničních podmínkách, tak i ambulantní péči a stává se součástí socioterapeutických opatření, jejichž snahou je zlepšit a posílit adaptačních schopností pacienta. Důsledná rehabilitace je realizována jako resocializační proces, tedy návrat nemocného do běžného života a přirozeného prostředí, tak i jako preventivní opatření před opětovnými ataky duševní nemoci. (Tabara, 2007)

Jak uvádí Tabara (2007), systém sociální readaptace se rozčleňuje na:

- Rehabilitační léčba

1. Pracovní terapie (terapie formou práce, která je jedním z nejzákladnějších a nejvýznamnějších činitelů při resocializaci nemocného)
 - ◆ V rehabilitačních dílnách
 - ◆ Ve chráněných dílnách
2. Léčebná tělesná výchova, rozcvičky
3. Kulturně rekreační a edukační činnost (činnosti doplňující cíle léčby, které mají vliv na rozvoj osobnosti nemocného, mají výchovný charakter, jsou to různé besedy, přednášky, kroužky)
 - ◆ Arteterapie (využívání umění)
 - ◆ Výtvarná arteterapie (aktivní forma projevu nemocného)
 - ◆ Biblioterapie (působení umělecké literatury)
 - ◆ Muzikoterapie (poslech a působení hudby)
4. Fyzikální léčba (elektroléčba, vodoléčba)
 - Spoluspráva pacientů (společenství pacientů a jejich aktivní zapojení k naplnění léčebných cílů)
 - Terapeutická komunita (společenství pacientů a celého zdravotnického kolektivu, kteří jsou zapojeni do léčebného procesu, v této formě se stírá hierarchie mezi pacienty a personálem)

4.3.1 Možnosti terapie duševně nemocných

- Socioterapie a sociální práce

Socioterapie se soustřeďuje na běžný svět pacienta a jeho sociální jednání v tomto světě (pošta, banka, práce). Tato terapie se snaží ovlivnit, aby nemoc pacienta ze společnosti nevyčleňovala a nevzdalovala ho od okolního světa a mohl si tak nemocný udržet běžné sociální dovednosti. Socioterapie se taky zabývá každodenními fyziologickými potřebami jako je jíst, pít, spát, bydlet, pracovat, potřeba soukromí a klidu. Cílem této terapie je, aby nemocný měl schopnost žít a jednat v politickém a sociálním prostoru dané společnosti. (Mahrová, 2008)

- Biologická léčba

Biologická terapie představuje medikaci a aplikaci léčebných metod a postupů. Je plně v kompetenci psychiatra. Ostatní členové odborného týmu pomáhají nemocnému překonat

možné potíže s užíváním léků nebo strach s lékařských výkonů a vedou pacienta k odpovědnému přístupu a samostatné péči o své zdraví. (Mahrová, 2008)

- Psychoterapie

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby duševně nemocných pacientů. Je v kompetenci psychiatra, psychologa nebo psychoterapeuta. Psychoterapeutických systémů je mnoho forem. V současné době je však nejvíce využíván eklekticko-integrativní přístup, který hledá na každém směru to cenné a užitečné. Společným faktorem všech psychoterapeutů je vznik pevného terapeutického vztahu. (Mahrová, 2008)

„Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů vycházejících z uznávaných psychologických principů se záměrem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce nebo osobní charakteristiky směrem, který obě strany považují za žádoucí (Mahrová, 2008, s. 94).“

- Režimová terapie

Režimová terapie nabízí jasně strukturovaně uspořádat nemocnému jeho denní program a pravidla, které by nemocnému dodávali denní řád. Jde o přesné rozložení dne do jednotlivých časových úseků, které musí být důsledně dodržovány. Pacienti vlivem denního režimu obnovují návyky, které kvůli nemoci ztratili. Cílem této terapie je, aby si nemocný dokázal vytvořit vlastní denní režim, který bude dodržovat tak, aby zůstaly zachovány zásady zdravého způsobu života. Nemocný by se měl naučit rozpoznávat, že důležité věci jako práce musí být před zábavou a umět si sám upravit režim dne, samozřejmě by neměl zapomínat na odpočinek. Dalším cílem této terapie je, aby si nemocný tímto režim vytvořil jistoty, byl schopen si plánovat, plány plnit a účelně měnit. (Mahrová, 2008)

- Ergoterapie, péče o každodenní chod zařízení

Smyslem této terapie je společná práce na úkolech ve prospěch ostatních. Metodou ke změnám je sociální učení na základě prožitků, selhání, úspěchů i neúspěchů. Nemocní se podílejí na každodenním chodu zařízení, které obsahuje jednotlivé činnosti práce, při jejichž plnění pacient získává důvěru. Má možnost převzít odpovědnost sám za sebe i za ostatní. Ergoterapeutický program je plně v kompetenci pracovního terapeuta, který za něj odpovídá. Péče o chod zařízení je v náplni práce celého týmu s kooperací s pacienty. Práce se tak stává programem pro všechny zúčastněné. Klient se díky této terapii může cítit ve skupině užitečný a prospěšný a může to brát jako poselství. (Mahrová, 2008)

- Volnočasové aktivity, zátěžové programy, sport

Vyplnění aktivně volného času u pacientů s duševní nemocí bývá většinou velmi problematické, proto se volný čas těchto pacientů stává nedílnou součástí jejich terapie. Volný čas má část individuální, kde pacient může realizovat své vlastní zájmy a koníčky. Druhou částí jsou skupinové a společenské akce. Při společných akcích jako jsou různé výlety, sportovní a kulturní akce, je nejdůležitější, jak vlastní prožitek, tak i pocit sounáležitosti, možnost podpořit a pomoci ostatním. Získané prožitky bývají pro klienta velmi emocionální a nezapomenutelné, rádi na ně vzpomínají. Cílem této terapie je opět zapojit všechny členy týmu, každý z nich může přispět svými dovednostmi a vlastními zájmy. Na prvním místě je snaha odhalit to, co umí klient, a to nadále rozvíjet a podporovat. Poté teprve následuje možnost klienta naučit nové sportovní nebo jiné volnočasové aktivity. (Mahrová, 2008)

5 SOCIÁLNÍ VÝZNAM SCHIZOFRENIE

V této kapitole bych se chtěla zabývat rodinným klimatem u osob trpící touto nemocí. Změnám, které se vyskytnou v rodinných vztazích při příchodu schizofrenie, postoje rodin k nemocnému a jejich vyrovnávání se s nemocí a následnou pomocí svému blízkému k resocializaci a navrácení ho do běžného života.

Ze sociálního hlediska je schizofrenie výraznou stigmatizující nemocí. Nedostatek znalostí o příčinách této nemoci, se může projevit v posílení předsudků vůči ní. Většina laiků neví, jak schizofrenie vzniká, a proto si ji vysvětluje po svém a často iracionálně. Příčina iracionálních postojů ke schizofrenii může být i fakt, že tato nemoc se někdy i dost dlouhou dobu vyvíjí v soukromí a často bez návštěvy a konzultace lékaře. (Vágnerová, 2004)

5.1 Rodinné klima

Rodinné klima se s příchodem schizofrenie mění. Nemocný na sobě změnu cítí, této nové situace se bojí, a proto ztrácí v jistotu o sobě samém i o okolním světě, uzavírá se do sebe a přestává komunikovat se světem, o kterém si myslí, že mu přestal rozumět, a který ho zároveň děsí. Samozřejmě tudíž dochází ke změně v rodinných vztazích a celkové atmosféře v rodině. Rodina změnu v chování svého blízkého vnímá, ale neví čím to je. Pozorují, že se chová divně, nelze se s ním domluvit a jeho projevy jsou nepřiměřené. U ostatních členů rodiny toto chování nemocného může vyvolat pocit ohrožení, nejistoty, bezradnosti, někdy až pocit odporu, ohrožení či obavy. Podle toho se k němu i chovají. U členů rodiny převažují tendence nemocného izolovat, nastávají velké obtíže navazování kontaktu, které se objevují již v premorbidním stádiu nemoci, a proto nemocní často mívají méně sociálních vazeb v rodině, bývají svobodní a často bez přátel. Nikoho z nich však nenapadne, že se u jejich blízkého objevila psychotická duševní porucha, a často o tom nechtějí ani slyšet a jejich hodnocení na celkovou situaci v rodině se pod vlivem emocí zkresluje. (Vágnerová, 2004)

Neznalost laiků ovlivňuje i představu o možnostech nápravy, léčby. Lidé často nevědí, co s touto nemocí dělat, a proto se objevují pocity bezradnosti na bezvýchodnosti. Snaží se nalézt aspoň trochu přijatelné vysvětlení a z něho vyplývající řešení. Např. matka, jejíž syn trpí paranoidní schizofrenií, byla velmi dlouho přesvědčena o tom, že se jedná o charakterové chyby v povaze jejího syna, o tom že má „špatná povahu“ avšak nebyla ochotná připustit, že jde o psychotické duševní onemocnění. (Vágnerová, 2004)

Jak uvádí Kalina (2001), psychóza může vyvolat krizi v rodině a ztrátu současných pravidel, které v rodině fungují. Rodina často udržuje dva postoje vůči nemocnému. Buď se na jeho osobu a nemoc příliš soustředí nebo s ním vůbec nepočítají a nemocný zůstává mimo pravidla rodinného života. Jednou z východisek, jak tuto krizi v rodině překonat, je stanovit si pravidla od těch nejpraktičtějších jako je provoz domácnosti, trávení volného času atd. Pokud se do těchto pravidel nemocný začlení se zbytkem jeho rodiny, prospívá to jemu i rodině.

5.2 Fáze vyrovnávání rodiny s diagnózou schizofrenie

Postoje rodinných příslušníků k nemocnému se postupně začínají měnit po vyšetření a diagnózy schizofrenie. Potvrzení této nemoci může v rodině způsobit trauma, s kterým je nutné se vyrovnat. Reakce rodiny a postoje jednotlivých členů rodiny k nemocnému se v průběhu času mění. (Vágnerová, 2004)

Podle Vágnerové (2004), lze diferencovat 4 fáze zpracování této situace v rodině.

5.2.1 První fáze: Popření skutečnosti

Bezprostřední reakce na zjištění, že někdo v rodině trpí duševní chorobou, bývá krátký prožitek, hrůzy, děsu spojený s pocity úzkosti a bezmoci. Prvotní reakcí taktéž bývá bagatelizace a popření skutečnosti. V rodině dominuje potřeba zakrývat a odmítat skutečnost. V nejbližším okolí se rodina snaží zatajit, že někdo z jejich rodiny trpí schizofrenií, vyplývá to z obecně platného postojového stereotypu, podle něhož je duševní choroba sociálním stigmatem. Rodina cítí stud a myslí si, že tím bude ve společnosti snížena jejich sociální prestiž.

5.2.2 Druhá fáze: Hledání příčiny resp. viny za vznik nemoci

Ve druhé fázi rodina postupně přijímá danou skutečnost a obrana popíráním skutečnosti jim nevydrží dlouho, protože chování nemocného je přiměje k tomu, přiznat, že jeden z členů rodiny trpí duševní chorobou. Jednou z fází přijetí dané skutečnosti je hledání příčin, respektive viny za vznik onemocnění. Jde o laickou analýzu, proč k této situaci muselo dojít, kdo co zavinil či zanedbal. Zejména rodiče se často trápí představou, v čem ve výchově udělali chybu. Někdy rodina za viníka považuje samotného nemocného, kterému jsou poté vyčítány potíže, které svou nemocí rodině napáchal. Taktéž rodina často obviňuje i zdravotnický personál, zejména ve vztahu k efektivitě léčby.

Běžné projevy v tomto období jsou zklamání, zlost a hněv, které interpretují emoční vyjádření ještě nezpracované zátěže.

5.2.3 Třetí fáze: Hledání pomoci a léčba

V další fázi dochází u rodiny k zpracování situace a začíná převažovat potřeba pomoci a k léčbě nemocného. Většina laiků je přesvědčena, že když se jedná o nemoc, existuje možnost úplného vyléčení, ale často nevědí, jak má léčba vypadat. Jeden z negativních faktorů, které mohou ovlivnit léčbu nemocného, jsou předsudky rodiny. Můžou z nich vyplývat tendence např. odmítat léčbu hospitalizací v psychiatrické léčebně., protože ji chápou jako hanbu celé rodiny. Rodina trpí bezmocností, která představuje psychickou zátěž s následnou psychickou únavou. Proto dochází k rezignaci rodinných příslušníků na spolupráci při léčbě. Rodina má pocit, že všechno trvá moc dlouho, léčba není úspěšná, nic není tak, jak si představovali.

5.2.4 Čtvrtá fáze: Přijetí a náhled nad situací

Pokud rodina překoná všechny zátěže nemoci, dosahuje k realistickému pohledu na danou situaci, která je dobrým předpokladem ke spolupráci i podpoře duševně nemocného. Takový postoj lze hodnotit jako pozitivní výsledek řešení rodinné krize. Pozitivním vyústěním této fáze je i nové uspořádání vztahů v rodině a nalezení nových pravidel pro spolu soužití včetně duševně nemocného. Samozřejmě k tomuto řešení a přijetí situace nemusí vždy dojít. Někdy rodina situaci neunes a rozpadá se nebo duševně nemocného vyloučí do ústavní péče.

5.3 Role nemocného v rodině

Reakce rodiny na výskyt nemoci závisí taky na roli, kterou nemocný zastával v rodině v době před vypuknutím nemoci. Jeho dosavadní role v rodině se mění s příchodem onemocnění a změny mohou být různého rozsahu.

Role adolescenta, který žije ve své rodině, se mnoho nemění, protože rodiče jsou k němu stále ve vztahu v pozici pečující a ochranné. U rodičů se tento postoj akorát více oživí.

Role dospělého člověka, manželského partnera a rodiče se určitě mění s příchodem nemoci, protože nemocný je odpovědný za své děti, má mnoho povinností a celkově je tato role v rodině spojena s většími nároky na člověka. Proto se role jedince v rodině mění. Od nemocného nelze vyžadovat velkou odpovědnost za určité věci v rodině a plnění některých povinností, co se týká chodu domácnosti. Zásadnějším způsobem se mohou narušit i

rodinné vztahy. Velký problém vzniká tehdy, vyskytnou-li se v rodině děti. Ty mohou na nemocného reagovat velmi nepříznivě a odtažitě, protože jejich emoční a rozumová stránka člověka je ještě nevyzrálá, proto nedokážou ke schizofrennímu členu rodiny zaujmout potřebný postoj. Na ně může tento člověk působit jako velký stresový faktor, zdroj strachu, a celkově jim může změnit jejich život. (Vágnerová, 2004)

5.4 Podpora rodiny v rámci skupinové terapie

Skupinová terapie rodiny velmi pozitivně může ovlivnit léčbu a následnou resocializaci nemocného člena rodiny. Rodina je nemocnému oporou a nemocný ví, že rodina za ním stojí i v tak těžkých chvílích, což ho může pozitivně podporovat v léčbě. Samozřejmě s výskytem psychózy v rodině, celá rodina podstupuje určitou psychickou zátěž, tak i pro ostatní členy může být tato terapie přínosem. (Vágnerová, 2004)

Jak uvádí Vágnerová (2004), v rámci skupinové terapie rodina postupně získává podporu, nejen pro svého duševně nemocného člena, ale i pro ostatní členy rodiny. Cílem této terapeutické skupinové práce je:

- Poskytnout rodině určitou podporu a porozumění nemocnému.
- Pomoci jim, aby si uvědomili, že mohou kladně přispět k prevenci recidivy a zainteresovat je při pomoci nemocnému.
- Pomoci jim odlišit nevhodné způsoby chování, a podpořit je v tom, toto chování zcela odstranit.
- Příbuzným musíme vysvětlit, aby počítali s určitými omezeními a přijmu-li nemocného jedince bez iluzí, ale na druhou stranu nemusí s něj snímat veškerou odpovědnost. I on by měl dodržovat určitá pravidla. Pokud by toho však nebyl schopen a narušoval by závažným způsobem chod a soužití rodiny, je možné hledat jiná, dočasná řešení.

6 CHYBY A OMYLY ODBORNÉ A LAICKÉ VEŘEJNOSTI

Většina z nás laiků, kteří o schizofrenii nevědí zhola nic, často mývajíc vůči těmto nemocným určité předsudky. Na veřejnosti bývají vůči těmto lidem odtažití, protože neví, co od nich mohou očekávat, neví, jak se k nim mají chovat atd. Tuto kapitolu bych proto chtěla věnovat některým omylům a chybám, které u laiků z nevědomosti vůči těmto nemocným přetrvávají.

6.1 Předsudky

Stigmatizující názory vůči jedincům s duševním onemocněním jsou na veřejnosti všeobecně rozšířené. Pro stigma je charakteristický současný výskyt nálepky, stereotypu, ztráty postavení a diskriminace. (Motlová, 2004)

Společnost mývá tendence duševně nemocné jedince izolovat ze společnosti a obklopit je předsudky, vycházející ze stereotypu duševní choroby. Lidé je pokládají za nevypočitatelné a neschopné, za lidi, kteří patří do ústavní péče. Nemocný si pak sebou nese cejch, který je jakýmsi shrnutím všech předsudků o tom, co znamená duševní onemocnění. (Bouček, 2006)

Stigma duševní nemoci pak vede k posílení příznaků, které schizofrenie u nemocného způsobuje. Bere jedinci sebedůvěru, zhoršuje jeho uplatnění a brání mu návratu do společnosti a do práce. Jedince nutí k vyhýbavosti a opatrnosti v komunikaci, snižuje důvěru k okolí a napomáhá ke vztahovačnosti a projevením bludů. (Bouček, 2006)

Světová psychiatrická asociace považuje problém stigmatu za velmi vážný a rozšířený jev, proto vyhlásila program na jeho potírání. Cílem tohoto programu je zbavit jedince s touto nemocí diskriminace a podle možnosti uchovat autonomii jedince a jeho právo rozhodovat se o sobě samém. Dalším cílem programu je vyhýbat se označení schizofrenik a mluvit raději o nemocných se schizofrenií. Tím se lze bránit záměně nemoci za osobnost nemocného. (Bouček, 2006)

Se vzrůstající informovaností odborníků a laické veřejnosti, na které se bezpochyby podílí i média, se daří některé omyly a chyby lidem vyvrátit. Většina lidí už dnes považuje schizofrenii za onemocnění mozku a duševní poruchu, dříve si lidé z nevědomosti mysleli, že schizofrenie je výsledek špatné výchovy rodičů a slabé osobnosti jedince. (Češková, 2007)

6.2 Strach z nepředvídatelného chování

Schizofrenii jako nemoc, velká část obyvatelstva spojuje s představou nebezpečnosti a agresivitou. Přispívá k tomu i medializace násilných činů, které jsou páčány jedinci s duševní poruchou, avšak výsledky studií posledních let prokázaly, že sice existuje nepatrná souvislost mezi násilím a duševní poruchou, to však neznamená, že jedinci s duševní poruchou jsou náchylnější v páčání trestných činů, než jedinci v obecné populaci. (Motlová, 2004)

Vzpomínám si na situaci, kdy jsem byla v restauraci a seděla tam paní, o které nevím jistě, jestli trpěla schizofrenií, ale podle jejího chování jsem tak usoudila. Nahlas si povídala s obrazy na stěnách, prudkými pohyby gestikulovala a z ničemnic oslovovala lidi sedící v restauraci s nesmyslnými otázkami a frázemi, kterým nikdo nerozuměl. Z počátku plná restaurace se postupně vylidňovala a nakonec jsem tam zůstala sedět sama se svou sestrou. Pozorovala jsem lidi kolem sebe, kteří si na ni ukazovali a křičeli, že je blázen. Byli nepřátelští a přišlo mi, že se jí i tak trochu bojí. Celá situace skončila tak, že ji obsluha požádala o zaplacení účtu a paní nakonec odešla. Celá ta situace mi přišla trapná a vůči té paní diskriminující.

Laici často vůči těmto lidem trpí obavami s jejich nepředvídatelného chování. Je to pochopitelné, všichni se nejvíce bojíme toho, co neznáme a čemu nerozumíme. Agresivní chování těchto jedinců jsou obvykle bizarní a nepochopitelné. Velmi často se pak stávají předmětem velkého zájmu okolí. A když si oproti tomu vezmeme obdobné chování jedince se závislostí na návykové látce, tak ty jsou pro laickou veřejnost běžné a nikoho nepřekvapují. (Češková, 2007)

6.3 Obava z podávání antipsychotik

Jak uvádí Češková (2007), jeden z dalších předsudků a mýtů má laická veřejnost i část odborníků z podávání antipsychotik. Tyto léky považují za návykové a léky měnící osobnost člověka.

Na druhou stranu je potěšující, že míra tolerance k nemocným s psychotickými poruchami roste a není jim upírán smysluplný život a rozhodování o sobě samém.

Jak uvádí Dörner (1999), důležité je, abychom si uvědomili, že mi všichni se můžeme stát schizofrenním, je to všeobecná lidská možnost.

Čím více se nám podaří na jedné straně nespojovat naše strašné představy o schizofrenii, nedělat z nemocných strašidla a na druhé straně přestat vnímat jen to strašné, tím lépe

můžeme rozvíjet porozumění pro nepřizpůsobené stránky v nás i v druhých. Pak se může podařit nejenom vytvářet ochranný prostor pro schizofrenní nemocné, nýbrž jim i umožnit účast na skutečnosti lidského společenství. (Dörner, 1999)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUM

Jak uvádí Hendl (2005), výzkum je proces, který vytváří nové poznatky. Jedná se o pečlivě a systematicky naplánovanou činnost, která se snaží odpovědět na kladené výzkumné otázky a přispět tím k rozvoji daného oboru.

Cílem mého metodologického výzkumu je zjistit jaké jsou současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním ve středisku Denního stacionáře pro klienty s mentálním a duševním onemocněním, které se nachází ve Zlíně-Malenovicích.

Dalším úkolem mého kvalitativního výzkumu bylo zjistit, jak klienti střediska Denního stacionáře vnímají toto zařízení, čím je jim ku prospěchu, jaké zde mají možnosti a jestli jsou zde spokojeni.

7.1 Výzkumný problém

Svůj výzkumný problém bych definovala takto:

- Jaké jsou současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním ve středisku Denního stacionáře pro klienty s mentálním a duševním onemocněním.?
- Jak jsou na tom klienti se svým současným zdravotním stavem?
- Má vliv stacionář na jejich celkový zdravotní stav?

Doplňující otázky:

- Jak klienti střediska Denního stacionáře toto zařízení vnímají?
- Jsou zde spokojeni?

7.2 Druh výzkumu

V mém výzkumu jsem si vybrala kvalitativní druh výzkumu. Samotný výzkumný problém si tento druh výzkumu vybírá, umožňuje mi tento problém dále rozvést, co nejvíce do hloubky.

Kvalitativní výzkum je míněn jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. V typickém případě kvalitativního výzkumu, výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí si základní výzkumné otázky. Tyto otázky může nadále modifikovat či doplňovat i v průběhu výzkumu, během sběru nebo analýzy dat. Z tohoto důvodu se může kvalitativní výzkum považovat za emergentní nebo pružný typ výzkumu. (Hendl, 2005)

7.3 Výzkumná metoda

Výběr metody pro sběr dat se zakládá na typu informace, které po výzkumu požadujeme i na tom, od koho ji budeme získávat a za jakých okolností se tak bude dít. (Hendl, 2005)

Při sběru dat jsem využila metodu polostrukturovaného rozhovoru.

Vedení kvalitativního rozhovoru vyžaduje určitou dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu. Nejprve je nutné učinit řadu rozhodnutí ohledně obsahu otázek, jejich formy a pořadí. Dále by se měla uvážit délka rozhovoru. Zvláštní pozornost by se pak měla věnovat začátku a konci rozhovoru. Na začátku rozhovoru je důležité, co nejdříve prolomit případnou psychickou bariéru a zajistit souhlas od respondenta k záznamu. Zakončení rozhovoru je taktéž důležitou součástí. Při loučení s respondentem můžeme ještě získat pro nás velmi důležité informace. Kvalitativní rozhovor není proto pouze sběrem dat, ale může mít i intervenční charakter. Tazatel může nabídnout dotazovanému možnost dodatečného kontaktu. (Hendl, 2005)

7.4 Místo realizace výzkumu

V této části bych Vás ráda seznámila se střediskem Denní stacionář pro klienty s mentálním a duševním onemocněním při občanském sdružení Hvězda. Čím se toto zařízení zabývá a jaké zde mají klienti možnosti.

Občanské sdružení HVĚZDA nabízí možnosti:

- **středisko Denní stacionář pro klienty s mentálním a duševním onemocněním**
- **středisko Chráněné bydlení pro klienty s mentálním a duševním onemocněním**

Středisko Denní stacionář pro klienty s mentálním a duševním postižením se nachází ve Zlíně-Malenovicích, Veselková 984.

Jedná se o centrum denních aktivit, které zajišťuje poskytování sociálních služeb klientům s mentálním a duševním onemocněním. Činnost střediska je zaměřena na podporu klienta s mentálním a duševním postižením v samostatnosti, při pracovní terapii a rehabilitaci, odborné terapii, celoživotnímu vzdělávání a aktivním využitím volného času.

Středisko Denní stacionář nabízí klientům zapojení do činnosti s keramickou hlínou, glazurami a barvami, tkaní na tkalcovských a ručních kolíkových stavech, výtvarné činnosti a ruční práce s různými druhy materiálu. Klienti mohou vytvářet ruční papír, mozaikové květináče a kachle, malují na sklo, květináče nebo kompletují různé komponenty na základě zadané práce dle smlouvy.

Dále klienti se aktivně podílejí na úklidu střediska a také dochází na úklidové a pomocné práce mimo zařízení do čerpacích stanic, Městských lázní, do hřebčína v Napajedlích, ZOO Lešná, nakonec se klienti starají i o zahradu organizace.

Kromě toho probíhá ve středisku i celoživotní vzdělávání formou opakování si čtení, psaní, počítání a dalších oblastí jako je zeměpis, přírodopis, tělesná a estetická výchova.

Sociální poradenství je zaměřeno na přímou pomoc klientovi a jeho rodině při vyřizování invalidního důchodu, ZPS, příspěvku na péči, návrhu na zbavení způsobilosti k právním úkonům a sociálních dávek.

Je zde zajištěna i služba autodopravy včetně doprovodu pracovníka stacionáře, které mohou využít klienti z města a okolí. Dále je zde možnost využití doplňkových služeb, jako je kadeřnictví, kosmetika, manikúra.

V rámci volnočasových aktivit se klienti zúčastňují pravidelných sportovních tréninků a soutěží. Ve stacionáři se pořádají různé poznávací zájezdy, turistické výlety, rehabilitační, ozdravné a rekondační pobyty. Kulturní činnost je zaměřena na společenské události, narozeninové diskotéky, přátelské posezení a návštěvy v zařízeních zabývajících se obdobnou činností. S klienty jsou navštěvovány koncerty, přednášky, besedy, výstavy v galeriích a muzeích.

Sportovní aktivity jsou zaměřeny na různé druhy sportů. Organizace má založený sportovní klub pod názvem Hvězdička a registrovaný v rámci Českého hnutí speciálních olympiád.

7.5 Výzkumný vzorek

Soubor dotazovaných respondentů tvořilo celkově šest osob, které jsem si záměrně vybrala. Všichni mí respondenti se nachází ve středisku Denního stacionáře pro klienty s mentálním a duševním onemocněním ve Zlíně - Malenovicích. Pět respondentů trpí paranoidní formou schizofrenie, tři muži a dvě ženy. Šestým respondentem je vedoucí střediska Denního stacionáře pro klienty s mentálním a duševním onemocněním Ing. Věra Vájová.

7.6 Způsob zpracování dat

Kvalitativní postupy vyžadují přesný a adekvátní popis dat. Metodami sběru dat získáváme informační materiál o realitě. Hledají se možnosti, jak tento materiál optimálně fixovat, upravit a zobrazit. Některé metody úpravy dat mají již analytický charakter a jsou v úzkém vztahu k vyhodnocování kvalitativních dat. (Hendl, 2005)

7.6.1 Vlastní příprava a průběh rozhovoru

Před každým rozhovorem a samotným respondentem bylo vše důkladně domluveno a připraveno. Po telefonické domluvě s Ing. Vájovou, jsme se předem domluvili na čas a místo konání rozhovoru. Důležitým kritériem bylo i domluvit si prostor pro konání rozhovoru, abychom nebyli ničím rušeni a časová doba rozhovoru, abych klienty zařízení příliš neunavila.

Dalším mým krokem bylo vytvoření si základních otázek, na které se budu při rozhovoru tázat. Při přípravě otázek jsem hlavně zvažovala jejich množství, a obsah, nechtěla jsem některé respondenty uvést do situace, která by se jim nelíbila a neptala se na jejich citlivé téma. Další věc, kterou jsem řešila, byla délka rozhovoru, aby nebyla pro obě strany příliš dlouhá a pro klienty střediska vyčerpávající.

Otázky jsem rozdělila na dva typy. První forma otázek je určena pro klienty navštěvující toto zařízení neboli pro osoby trpící schizofrenií. Druhá forma otázek je určena pro vedoucí střediska Ing. Vájovou. Otázky kladené v rozhovorech viz. příloha P II - PVII.

Čas vyhrazený pro rozhovor s klienty jsme po domluvě s Ing. Vájovou upřesnili na 15-20 min. Rozhovor s ní bude samozřejmě poněkud delší, protože mi bude odpovídat na otázky týkající se všech respondentů trpící schizofrenií v mém výzkumu. Pro každého pacienta jsem si připravila deset až patnáct otázek. Respondenti byli předem seznámeni s účelem rozhovoru a všichni s ním souhlasili. Samozřejmě ne všichni respondenti byli mluvní, proto rozmezí 10-15 otázek. Otázky jsem v průběhu rozhovoru měnila podle toho, o čem se mi respondent rozpovídal. Všichni mí respondenti souhlasili s uveřejněním jejich odpovědí v mé bakalářské práci.

7.6.2 Analýza dat

Jak uvádí Hendl (2005), transkripce je proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné formy. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru. Pro podrobné vyhodnocení je však transkripce podmínkou. Kvalitativní materiál ve formě transkripcí rozhovorů, protokolů pozorování, textových a audiovizuálních materiálů a dalších druhů dokumentů se transformuje a interpretuje s cílem zachytit smysluplně komplexitu zkoumaných jevů a případů sociálního světa.

Při kvalitativní analýze a interpretaci dat jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, formy, kvality a vztahy. Všechny kroky tohoto

procesu se mají dokumentovat, čímž se zajišťuje průhlednost a kontrola kvality celého procesu. (Hendl, 2005)

7.7 Výsledky výzkumu

Každý rozhovor byl nahráván pomocí audiozáznamu a poté přepracován do písemné formy viz příloha PII-PVIII. Provedené rozhovory jsem rozdělila do dvou kategorií. Rozhovory s klienty stacionáře do první kategorie a rozhovory s Ing. Vájovou do kategorie druhé.

V rozhovorech s Ing. Věrou Vájovou jsme se zaměřili na celkový pobyt respondentů ve stacionáři, na jejich nemoc, léčbu a současný zdravotní stav. Dále jsme se zabývali, jakými změnami klienti procházeli v době, kdy toto zařízení navštěvují a čím byli tyto změny způsobené.

Respondenti neboli klienti stacionáře mi ve svých odpovědích hodnotili jejich pobyt ve stacionáři, jak se jim tady líbí, a jestli jsou zde spokojeni. V dalších otázkách mi popisovali svůj volný čas a svou rodinu.

Rozhovory s Ing. Věrou Vájovou

Otázky z rozhovoru s Ing. Vájovou, jsou podle charakteristiky otázek rozděleny do dvou kategorií viz. Tabulka

Tabulka č.1 Rozdělení otázek do základních kategorií

Číslo kategorie	Název kategorie	Čísla přiřazených otázek
1.	Pobyt respondentů ve stacionáři	1,4,5,9,10,11
2.	Průběh nemoci a současný zdravotní stav	2,3,6,7,8

7.7.1.1 Pobyt respondentů ve stacionáři

Do této kategorie spadají otázky č. 1,4,5,9,11. Odpovědi Ing. Věry Vájové na respondenty jsou zachyceny v tabulkách č. 3–7.

Tabulka č.2 Otázka č. 1: Jak dlouho se tento pacient v tomto zařízení vyskytuje?

Resp.	Odpovědi
1.	Tento pacient k nám dochází od roku 2002, je u nás tedy sedmým rokem.

2.	Tento pacient je u nás od úplného počátku založení stacionáře, tedy od roku 2001.
3.	Přesně od října roku 2003.
4.	Do našeho zařízení dochází od roku 2001.
5.	Dochází k nám od roku 2002.

Tabulka č.3 Otázka č. 4: Bydlí u vás nebo vás pouze navštěvuje?

Resp.	Odpovědi
1.	V chráněném bydlení nebydlí, bydlí ve svém domě v Otrokovicích. Kde bydlí sám, rodiče již nemá. Je samoobslužný, dokáže se sám o sebe postarat velice dobře.
2.	Ano, bydlí u nás v chráněném bydlení od úplného počátku. Sám u nás chtěl bydlet, protože doma měl velké problémy s rodiči, kteří mu nadávali, že je lenivý a nic nedělá.
3.	Bydlí u nás ve chráněném bydlení od příchodu do našeho zařízení. Chvilku u nás také pracoval v chráněných dílnách, ale již několik let pracuje v McDonaldu, kde uklízí 4 hodiny denně.
4.	Pouze nás navštěvuje, dochází k nám 3x až 4x týdně, jinak bydlí u otce, který se o ni stará.
5.	Bydlí u své maminky, která se o ni stará.

Tabulka č.4 Otázka č. 5: Měli jste s ním/ ní nějaké problémy? Pokud ano, jaké?

Resp.	Odpovědi
1.	Problémy jsme s ním nikdy osobně neměli.
2.	Žádné problémy jsme s ním neměli.
3.	Žádné problémy jsme s ním neměli.
4.	Problémy jsme s ní nikdy žádné neměli, jednu dobu k nám ale přestala docházet.
5.	Problémy jsme s ní nikdy neměli.

Tabulka č.5 Otázka č.9: Změnilo se nějak jeho/její chování, jak k lepšímu, tak i k horšímu, za tu dobu, co je u vás?

Resp.	Odpovědi
1.	Před 4 lety se jeho zdravotní stav trochu zhoršil. Objevili se u něj známky halucinací, kdy si myslel, že jeho bratr ho chce okrást. Po změněné medikaci, je stabilizovaný a bez známek nemoci.
2.	Když k nám přišel, byl naprosto bej jakéhokoliv zájmu. Dnes můžu říct to, že se jeho chování změnilo. Jak už jsem se zmínila, je velmi manuálně zručný. Zapojil se u nás do keramické dílny, se vším nám tu pomáhá, vyměňuje žárovky a různé drobné úpravy, které potřebujeme. Dokonce začal brigádně pracovat i mimo naše zařízení.
3.	Po svém bouřlivém období se u nás dokázal zklidnit a vyrovnat se svou nemocí, což je pro nemocného velkým problémem.
4.	Její chování se změnilo k lepšímu po smrti její maminky. Předtím často trpěla velkými depresemi. Zjistili jsme, že její maminka také trpěla psychickými obtížemi, při kterých své dceři, podávala např. projímadla a jiné. Dodnes nevíme s jakého důvodu.
5.	V roce 2004 k nám přestala docházet, ztrácela zájem úplně o všechno. Tehdy ji velmi těžce onemocněla babička, a klientka se o ni musela starat, páč matka na to neměla čas. Celková psychická zátěž z nemoci a následné smrti babičky ji stahovala zpátky do depresí. Rok ji trvalo, než se ze všeho vzpamatovala. Dnes je již klientka v pořádku. Dochází k nám 3x až 4x týdně.

Tabulka č.6 Otázka č. 11: Myslíte si, že pobyt u Vás je jemu/jí ku prospěchu?

Resp.	Odpovědi
1.	Co pozoruji za těch sedm let, podle jeho chování určitě. Dříve se moc nevyjadřoval, nebyl hovorný, jako kdyby měl v sobě nějaký blok. Můžu říct, že dnes je to úplně jiný člověk, veselý, přátelský, společenský, máme z něj radost.
2.	Myslím si, že ano. Určitě se tady cítí být sám sebou.
3.	Myslím si, že ano. Začal si vážit sám sebe, i materiálních věcí hlavně peněz. Neutrácí tak jako dříve, i když moc kouří.
4.	U ní je důležité vystavit jí a zorganizovat režim dne, tím pádem je pro ni

	stacionář užitečný. Ve svém osobním volnu převážně neví, co by dělala, převážně se nudí, což pro tyto nemocné není dobré. Sama o sebe se nedokáže postarat ani, co se týče obyčejných sociálních návyků. Určitě je jí ku prospěchu tím, že ji pomáháme udržovat její plán dne a pomocí lehké pracovní terapie rozšířit její dovednosti.
5.	Myslím si, že se tu klientka cítí sama sebou. Dříve byla tichá a uzavřená. Dnes je pravý opak. Určitě ku prospěchu ji může být pomoc při uspořádání dne a plánování, protože všichni pacienti trpící touto nemocí s tím mají velké obtíže a většina z nich to sama nesvede.

Otázky z této kategorie se týkají pobytu respondentů ve stacionáři. Z odpovědí je zřejmé, že všichni klienti stacionáře v mém výzkumu se zde vyskytují více než 5 let. Dva klienti jsou zde od počátku založení stacionáře, zbylí respondenti zde dochází již 8 let a 7 let. Dva respondenti ve stacionáři bydlí v chráněném bydlení, ostatní stacionář navštěvují 3x-4x týdně. Dosud s těmito klienty nebyly žádné problémy. Změny v chování respondentů vyzorovali u všech. Důvody proč klientky přestaly do stacionáře docházet, byly čistě z osobních důvodů, ne ze zdravotních. Po čase se však do stacionáře vrátily. Klady, které jsem vyzorovala, byly, že se klienti ve stacionáři snáze vypořádali se svou nemocí a v současné době jsou s ní vyrovnaní a umí s ní žít, což je pro nemocné trpící touto duševní poruchou velmi důležité. Klienti si díky stacionáři dokážou naplánovat režim dne tak, aby je naplňoval a nenudil. Cítí se být sami sebou a z uzavřených tichým osobností jsou dnes veselí a přátelští lidé se snahou pomáhat druhým, i když jsou sami v tak složité situaci. Cítí se být pro ostatní užiteční a potřební, což je naplňuje.

7.7.1.2 Průběh nemoci a současný zdravotní stav

Do této kategorie spadají otázky č. 2,3,6,7,8,10. Odpovědi Ing. Věry Vájové na respondenty jsou zachyceny v tabulkách č. 8-13.

Tabulka č.7 Otázka č.2: V jakém stádiu byla jeho/její nemoc, když k vám přišel/přišla?

Resp.	Odpovědi
1.	Pacient k nám přišel z psychiatrické léčebny s diagnózou paranoidní schizofrenie. Jeho stav byl poměrně stabilizovaný. Od roku 2001 pobírá plný

	invalidní důchod.
2.	Než k nám nastoupil, byl několikrát po sobě hospitalizován, k nám přišel stabilizovaný
3.	Přišel k nám z léčebny, kde byl 3/4 roku hospitalizován.
4.	Přišla k nám ve stabilizovaném stavu, léčila se vždy ambulantně, hospitalizovaná v léčebně nikdy nebyla. Její nemoc provázeli halucinace typu, kdy si myslela, že na ulici se všichni kolem ní, o ní baví atd. Její přesná diagnóza je paranoidní schizofrenie se známkami defektu osobnosti. Od roku 1989 pobírá plný invalidní důchod
5.	Přišla k nám stabilizovaná.

Tabulka č.8 Otázka č.3: Víte, kdy u něj/ní tato nemoc vypukla?

Resp.	Odpovědi
1.	První známky schizofrenie se u něj projeví kolem 18-20 roku života, přesně období vojny. Na vojně byl terčem šikany a psychický stres a vyčerpání v něm vyvolali první známky schizofrenie.
2.	První příznaky nemoci se u něj objevili kolem 20 roku života. Nemoc u něj propukla spíše pozvolna. Od roku 1989 pobírá plný invalidní důchod.
3.	U něj se může říct, že tuto nemoc podědil po své matce, která trpěla paranoidní schizofrenií. Jinak nemoc u něj propukla tak, že začal hodně pít alkohol, a objevili se u něj bludy a halucinace.
4.	Kolem 20-25 roku života.
5.	Klientka je léčena na paranoidní schizofrenii od svých 15 let. Nemoc spojena s lehčí mentální retardací.

Tabulka č.9 Otázka č. 6: Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu?

Resp.	Odpovědi
1.	Ano podstupuje, od prvního hospitalizování. Léky spojené s nemocí, které užívá jsou Leponex a Rivotril jinak má další léky na tlak. Jednou měsíčně dochází ambulantně k lékaři.
2.	Ano Bistom a Tysercin, jedenkrát měsíčně dochází k lékaři.
3.	Léky, které užívá, jsou Tysercin, Biston, Thiorydalin. Lékaře navštěvuje 1x

	měsíčně.
4.	Ano léky, které denně bere, jsou Rivotril, Leponex, Prosulpin, jedenkrát měsíčně dochází k lékaři.
5.	Užívá Lexaurin a jedenkrát měsíčně dochází k lékaři.

Tabulka č.10 Otázka č. 7: Byl pacient někdy hospitalizován?

Resp.	Odpovědi
1.	Pacient před příchodem k nám do stacionáře byl 11x hospitalizovaný v psychiatrické léčebně, po nástupu k nám nikoliv. Dá se říct, že od roku 2002 je bez problému.
2.	Jak už jsem říkala, před tím než k nám přišel, byl hospitalizován několikrát po sobě. Od té doby, co je u nás nikoliv.
3.	Ano, před příchodem k nám. V roce 2001 byl prvně hospitalizován, naposledy před nástupem k nám. D roku 2001 se celé dva roky zmítal mezi léčebnou a svým domovem, který mu nakonec sebrali, za velké dluhy, které měl.
4.	Nebyla.
5.	Před nástupem k nám byla hospitalizována v léčebně.

Tabulka č.11 Otázka č.8: Jak je na tom teď jeho zdravotní stav?

Resp.	Odpovědi
1.	Jeho zdravotní stav je velmi dobrý, stabilizovaný.
2.	Je velmi dobře stabilizovaný. Dost často bývá unavený, málo vydrží i při práci, často si musí dávat přestávky na odpočinek. Jinak na jemnou motoriku je velmi šikovný a zručný.
3.	Jeho zdravotní stav je od roku 2003 stabilizovaný.
4.	Její stav je stabilizovaný, jednou měsíčně navštěvuje svého lékaře.
5.	V současné době je její zdravotní stav stabilizovaný.

Tabulka č.12 Otázka č. 10: Jak se chová k druhým lidem?

Resp.	Odpovědi
--------------	-----------------

1.	Jak jste si sama mohla všimnout, k druhým lidem je velmi společenský a přátelský. Ve stacionáři všem pomáhá. Tím se cítí být pro ostatní užitečný a potřebný. Což dříve neměl. Po vypuknutí nemoci se u nich v rodině velmi změnili vztahy. S matkou úplně přestali vycházet. A takové ty pocity, že někam patří a pocit uznání neměl. Jinak má tady bratrský vztah k jedné mentálně postižené dívce, o kterou se stará a pomáhá jí, když potřebuje. Když jezdíme na různé výlety, většinou ji doprovází.
2.	Snaží se pomáhat nám všem. On je spíše uzavřenější a tichý typ. Moc toho nenamluví, ale to jste si určitě všimla.
3.	K druhým lidem má velmi hezké chování, i v práci si ho chválí. Jinak je spíše tichý typ, kamarádů moc nemá, ani se svou rodinou se nestýká.
4.	Je velmi kamarádká, ve stacionáři při práci dlouze nevydrží, spíše si povídá s ostatními nebo si čte časopisy.
5.	Je velmi kamarádká a společenská. Hodně upovídána.

Otázky z této kategorie se zabývají počátkem a průběhem nemoci respondentů a jejich současným zdravotním stavem. Všichni respondenti do stacionáře přišli po stabilizování jejich nemoci. Tři z pěti respondentů do stacionáře přišli po hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Všichni respondenti podstupují farmakologickou léčbu a dochází pravidelně jednou měsíčně k lékaři. Počátek onemocnění a první příznaky schizofrenie se u všech respondentů objevili mezi 15-25 rokem života. Čtyři z pěti respondentů byli ve svém dosavadním životě hospitalizováni v psychiatrické léčebně. Současný zdravotní stav všech respondentů je velmi dobře stabilizovaný, svědčí o tom i jejich časté návštěvy stacionáře. K druhým lidem se chovají vlídně a velmi přátelsky. Jak už jsem se zmínila, rádi pomáhají svým blízkým i kolektivu ve stacionáři. Nesetkáte se u nich s negativním postojem vůči ostatním lidem. Snaží se být pořád vesele a přívětivě naladěni, se svou nemocí jsou smířeni.

7.7.2 Rozhovory s klienty stacionáře

Otázky z rozhovorů, které byly určeny pro klienty zařízení, jsem vyhodnocovala pomocí tabulek každou otázku jednotlivě. Jelikož jde o polostrukturovaný rozhovor, u některých

otázek se mi respondenti více rozpovídali, proto jsem se jich dále vyptávala různými podotázkami. Tyto otázky budu vztahovat k té otázce, ke které tyto odpovědi patří.

Tabulka č.13 Otázka č.1: Kolik Vám je let?

Resp.	Odpovědi
1.	Je mi 49 let.
2.	Je mi 54 let.
3.	Je mi 41 let.
4.	Je mi 41 let.
5.	Je mi 37 let.

Tabulka č.14 Otázka č. 2: Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?

Resp.	Odpovědi
1.	Do střediska chodím už sedm let. 3x až 4x týdně, jak se mi chce.
2.	Myslím, že od roku 2001, takže 8 let.
3.	Bydlím tady od roku 2003.
4.	Docházím tu už 8 let.
5.	Přesně ani nevím, ale už dlouho.

Tabulka č.15 Otázka č. 3: Jak jste se o něm dozvěděl?

Resp.	Odpovědi
1.	Dozvěděl jsem se o něm od svého doktora, který říkal, že by se mi tu mohlo líbit.
2.	Od svého doktora, nechtěl jsem bydlet doma.
3.	Od doktora, ke kterému jsem chodil.
4.	Od svého lékaře
5.	Od svého lékaře, říkal, že se mi tu bude líbit.

Tabulka č.16 Otázka č.4: Líbí se Vám tady?

Resp.	Odpovědi
1.	Ano líbí, mám tady moc přátel, i kamarádku, které se vším pomáhám. Ona má mentální postižení. Vždycky, když jedeme na výlet tak se o ni starám. Rád tady všem pomáhám.
2.	Ano. Líbí. Rád pracuji v keramických dílnách.
3.	Ano, líbí. Mám pokoj ještě s jedním klukem a moc si rozumíme.
4.	Ano, líbí, chodím tady 3x až 4x týdně, mám tady spoustu kamarádů. Ráda si s nimi povídám.
5.	Ano líbí, mám tady moc kamarádek a všichni jsou tu moc hodní.

Tabulka č.17 Otázka č. 5: Jak tady trávíte čas?

Resp.	Odpovědi
1.	Rád pracuji v keramické dílně a s glazurami. Baví mě tu jinak všechno, protože je tu kamarádská atmosféra.
2.	Rád tady pracuji v těch keramických dílnách. Sestřičkám pomáhám i s různými věcmi. Třeba něco zapojit, vyměnit žárovky. Jsem vyučený elektromontér.
3.	Stacionář navštěvuju, ale pracuji v Mc Donaldu, tak nemám tolik času. Uklízím tam čtyři hodiny denně.
4.	Většinou si povídám s ostatními. Z domu si nosím vyšívaní, ráda vyšívám nebo si čtu časopisy, co tu mají, ty pro ženy.
5.	Většinou si s holkami povídáme a přitom něco vyrábíme. A když tady máme nějakou akci a prodáváme naše vyrobené výrobky, ráda je prodávám se sestřičkami, to mě moc baví prodávat je.

Tabulka č.18 Otázka č.6: Jak vycházíte s personálem?

Resp.	Odpovědi
1.	Všichni jsou tu moc přátelští a hodní. Mám je moc rád.
2.	Sestřičky jsou moc hodné.

3.	Všichni jsou tam moc hodní a kamarádští.
4.	Moc dobře, všichni jsou k nám moc hodní.
5.	Moc dobře, mám je všechny moc ráda. Jsou hodní.

Tabulka č.19 Otázka č.7: Jak rád trávíte volný čas?

Resp.	Odpovědi
1.	Rád jezdím na různé výlety se stacionářem, sport mě moc nebaví, akorát se na něj rád dívám.
2.	Ve stacionáři a odpočívám.
3.	Rád poslouchám hudbu a dívám se na filmy u sebe doma. Koupil jsem si i „Dvdčko.“
4.	Moc ráda čtu takové ty zamilované knížky, a časopisy pro ženy. Ráda jezdím se stacionářem na výlety, nejvíce se mi líbí u moře.
5.	S kamarádkami, a moc ráda plavu, nejradši mám, když jezdíme k moři, to se vždycky moc těším.

Tabulka č.20 Otázka č.8: Stýkáte se s rodinou?

Resp.	Odpovědi
1.	Ano se svým bratrem, spolu si rozumíme. Rodiče už nemám.
2.	Nestýkáme, já bydlím tady ve Hvězdě. Jednou za čas zajedu do Hodonína.
3.	Já žádnou rodinu nemám.
4.	Maminka umřela a bydlím s tatínkem. Mám sestru, vycházíme spolu dobře, ráda si s ní povídám.
5.	S maminkou bydlím a mám sestru a ona má dvě děti. Někdy k ní chodím a pomáhám jí je hlídat a starat se o ně, to mě moc baví.

Tabulka č.21 Otázka č. 9: Kde bydlíte?

Resp.	Odpovědi
1.	Mám po rodičích domek v Otrokovicích. Bydlím tam sám. Všechno zvládám, rád vařím a ještě víc mě chutná.(smích)
2.	Bydlím tady ve Hvězdě. Jednou za čas zajedu do Hodonína.

3.	Bydlím tady od roku 2003.
4.	Bydlím s tatínkem.
5.	Bydlím s maminkou. Maminka je moc hodná. Ona je vyučená švadlena, tak mi šije šaty. Ráda je nosím, jsou vždycky moc hezké.

Tabulka č.22 Otázka č.10: Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začal/a chodit?

Resp.	Odpovědi
1.	Ano. Je mi moc dobře, jsem tady šťastný. Mám tu spoustu kamarádů. A díky stacionáři i plno zážitků z našich výletů a různých akcí. Konečně mám vyplněný čas a naplánovaný celý den, dříve jsem se často nudil a nevěděl, co mám dělat.
2.	Určitě, ano. Mám tady svůj klid. Doma jsme si moc nerozuměli. Rodiče mi pořád říkali, že jsem lenivý a tak. Nedalo se to vydržet. Proto jsem z domu odešel. Tady je mi určitě o moc líp.
3.	Určitě, ano. Mám konečně nějaký režim dne. Dokážu si přesně naplánovat, kdy budu pracovat, kdy je čas na odpočinek a volné chvíle. A když na sobě cítím, že mi není moc dobře, tak odpočívám. To nechodím ani do práce, většinou si vezmu třeba dovolenou na pár dní a pak už je mi zase lépe.
4.	Určitě ano, mám si tady s kým popovídat, všichni jsou tu moc hodní a určitě se tady nenudíme.
5.	Určitě, ano. Předtím jsem se doma nudila. Tady pořád něco děláme, jezdíme po výletech, k moři plavat, v dílnách pracujeme a hlavně si tu mám s kým popovídat.

Všichni respondenti spadají do kategorie od 35-55 let. Zařízení navštěvují 5-9 let. Z jejich odpovědí vyplývá, že jsou v zařízení velmi spokojeni a moc jim tu líbí. Všichni jsou tu velkými kamarády a přáteli a nebojí se jeden druhému pomoci. Dva s mých respondentů pracují v chráněných dílnách, v keramické dílně. Jeden s respondentů má stálou práci mimo zařízení, a to jako uklízeč v Mc Donaldu, kam dochází na čtyři hodiny denně. Obě ženy uvádějí, že při lehké pracovní terapii, si rády do stacionáře chodí popovídat za přáteli

a trávit s nimi i volný čas. Společně spolu vyrazí na různé společenské a kulturní akce. Obě ženy uvádějí, že nejraději jezdí k moři, kde se každoročně moc těší. S personálem jsou taktéž velmi spokojeni. Všichni mí respondenti uvedli, že personál je velmi hodný a kamarádský. Volný čas tráví každý po svém. S rodinou se tři respondenti z pěti stýkají. Obě ženy bydlí s jedním s rodičů. Dva respondenti se s rodinou nestýkají z osobních důvodů a oba bydlí ve stacionáři v chráněném bydlení.

Na otázku, jak se cítí, poté co nastoupili do stacionáře, všichni odpověděli, mnohem lépe. Mají plně naplánovaný režim dne, který se snaží plnit. Všichni respondenti uvádějí, že se díky stacionáři, nenudí a dokázali se také lépe vypořádat se svou nemocí. Klima ve stacionáři jim pomáhá v jejich těžké situaci a personál se jim snaží se vším pomoci.

8 SHRnutí VÝSLEDKŮ

Cílem mé práce bylo provedení výzkumu, za účelem zjistit, jaké jsou současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním ve středisku Denní stacionář pro klienty s mentálním a duševním onemocněním. Výzkumný vzorek tvořilo celkově šest respondentů. Pětice respondentů jsou klienty tohoto zařízení. Šestá respondentem byla vedoucí stacionáře Ing. Věra Vájová. Své rozhovory jsem rozdělila do dvou kategorií, na rozhovory s klienty stacionáře, které jsem vyhodnocovala samostatně a rozhovory s Ing. Věrou Vájovou, které jsem si rozdělila do dalších dvou kategorií, a to díky tomu, čeho se kladené otázky týkaly. I tuto část jsem vyhodnocovala samostatně.

Výzkum měl za úkol najít odpovědi na otázky:

- Jaké jsou současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním ve středisku Denního stacionáře pro klienty s mentálním a duševním onemocněním.?
- Jak jsou na tom klienti se svým současným zdravotním stavem?
- Má vliv stacionář na jejich celkový zdravotní stav?

Doplňující otázky:

- Jak klienti střediska Denního stacionáře toto zařízení vnímají?
- Jsou zde spokojeni?

Současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním jsou převážně zaměřeny na každého klienta individuálně. Podle toho, co potřebuje a s čím mu může stacionář pomoci. Samozřejmě jsou na něj kladeny určité nároky, které se klient musí snažit plnit. Tyto nároky jsou určeny ke klientovu zdravotnímu stavu. Ve stacionáři se uplatňuje režimová, pracovní a volnočasová terapie, součástí stacionáře je i ergoterapie, kdy se klienti pomáhají starat o chod zařízení a jeho úpravu. Všechny terapie jsou u klientů přijímány s velkým ohlasem. Klientům stacionář umožňuje pracovat v chráněných dílnách. Dva respondenti z mého výzkumu této možnosti využívají a pracují zde v chráněných dílnách. Jeden z mých respondentů zde již nepracuje, protože si sám našel práci mimo zařízení a to již ve zmíněném Mc Donaldu. Obě klientky v mém výzkumu stacionář navštěvují převážně kvůli přátelské atmosféře. Obě mají naordinovanou lehkou pracovní terapii, kvůli zdravotnímu stavu, více nevydrží.

Ve svém výzkumu jsem dále zjistila, že klienti se díky stacionáři velmi dobře smířili se svou nemocí, a jsou s ní vyrovnaní. Jejich současný zdravotní stav je stabilizovaný. Klienti od té doby, co začali navštěvovat stacionář, nemuseli být hospitalizováni v léčebnách a

jejich zdravotní stav je považován za velmi dobrý. Všichni navštěvují své lékaře jen jednou měsíčně. Čtyři mí respondenti se dokážou sami o sebe postarat, mají obnoveny sociální návyky, jeden z mých respondentů se dokonce stará o svůj rodinný domek v Otrokovicích, kde sám bydlí. Jen jedna klientka z mého výzkumu toho není schopna, což je ale spojeno s lehčí mentální retardací.

Klienti stacionář vnímají jako svůj druhý domov. Přátelská atmosféra, jak ze stran personálu, tak i mezi všemi klienty stacionáře, se stává nepřehlédnutelnou. Všichni respondenti jsou ve stacionáři velmi spokojeni a neměnili by. Odpovídá tomu i délka jejich návštěvnosti a bydlení ve stacionáři. Všichni jsou zde déle než pět let, dva respondenti jsou zde od počátku založení stacionáře, tedy od roku 2001.

ZÁVĚR

Schizofrenie je velmi závažné duševní onemocnění, které může zasáhnout životy každého z nás. Většina lidí v dnešní době si ve svém nitru nepřetržitě uchovává, vůči této nemoci a hlavně vůči nemocným, různé předsudky. Nikdo si ale neuvědomuje, v jaké složité situaci, se tito nemocní vyskytli. Cílem mé bakalářské práce bylo přiblížit široké veřejnosti, problematiku této nemoci a zaměřit se na resocializaci nemocných zpět do běžného života. Všichni se můžeme svým způsobem podílet na pomoci při resocializaci těchto nemocných, jak svým přístupem, tak postojem k nim. Lidé se převážně snaží nemocné izolovat od běžného života ve společnosti. Z jejich chování mají obavy a rodina se převážně stydí, že jejich člen rodiny touto duševní chorobou onemocněl. Stále nízká informovanost veřejnosti o této nemoci má za vliv, že společnost je velmi málo informovaná o této problematice. Důkazem toho mi bylo i sehnat literaturu k mé bakalářské práci. V knihkupectví se vyskytují knihy převážně okrajově, v časopisech se s problematikou osob se schizofrenním onemocněním téměř nesetkáme a v knihovnách, tam jsem našla pár publikací, ale žádná se netýkala výhradně a jen schizofrenie. Proto jsem se obrátila na Středisko vědeckých informací v Krajské nemocnici T. Bati, kde mi pomohli.

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala definováním nemoci schizofrenie, jejími příznaky, vysvětlením základních typů schizofrenie, fázemi nemoci, léčbou, resocializací a rehabilitací nemocných trpících schizofrenií. Velkým pokrokem při farmakologické léčbě schizofrenie, bylo objevení nových Antipsychotik II generace neboli Atypických antipsychotik. Tyto léky nevyvolávají nežádoucí účinky, jak klasická antipsychotika a pacienti jsou velmi dobře snášeny. Nemocným tak ulehčují snáze projít celou léčbou. Dále jsem popsala a vymezila péči o duševně nemocné v České republice.

Taktéž jsem se zaměřila na sociální význam schizofrenie. A to, jak se mění rodinné klima při vyskytnutí tohoto duševního onemocnění a jakým způsobem se mění role nemocného v rodině. Dále jsem se zmínila o případné pomoci rodiny při léčbě a resocializaci nemocného člena rodiny ve skupinové terapii.

V praktické části jsem prováděla výzkum za účelem zjistit, jaké jsou současné přístupy k resocializaci osob se schizofrenním onemocněním ve středisku Denní stacionář pro klienty s mentálním a duševním onemocněním ve Zlíně-Malenovicích. Zajímala jsem se především, jaký vliv má stacionář na klienty trpící schizofrenií, jejich současný zdravotní stav a jaké možnosti mají klienti v tomto zařízení.

Věřím, že má bakalářská práce bude přínosem pro objasnění této problematiky.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BOUČEK, J. a kol. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1354-X.

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2007. 2. vydání. ISBN 978-80-7345-114-1.

ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy. In SVOBODA, M. ČEŠKOVÁ, E. KUČEROVÁ, H. (ed.) *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DÖRNER, K. *Bláznit je lidské*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-628-5.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

LIBIGER, J. Schizofrenie. In RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. a kol.(ed.) *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

MAHROVÁ, G. VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, E. VENGLÁŘOVÁ, M. BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

MOTLOVÁ, L. KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3.

PRAŠKO, J. a kol. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-1.

PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. Praha: Informatorium, 2003. ISBN 80-7333-002-4.

PREISS, M. a kol. *Neuropsychologie v psychiatrii*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf, 2002. 2. vydání. ISBN 80-85912-18-X.

ŠVESTKA, J. Farmakoterapie. In RABOCH, J. ZVOLSKÝ, P. a kol. (ed.) *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

TARABA, P. Resocializace a rehabilitace v psychiatrii. In HOSÁKOVÁ, J. a kol. (ed.) *Ošetrovatelská práce v psychiatrii*. Opava: Slezská univerzita, 2007. ISBN 978-80-7248-442-3.

TŮMA, I. *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: Psychiatrické centrum, 1999. ISBN 80-85121-55-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 3. vydání. ISBN 80-7178-802-3.

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova, 2005. ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- APA Americká psychiatrická asociace
- DMS IV Diagnostický a statistický manuál ve IV vydání
- MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize.
- WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM OBRÁZKŮ

III	OBRÁZEK 1. PŘEHLED KLASICKÝCH ANTIPSYCHOTIK.....	26
IV	OBRÁZEK 2 PŘEHLED ATYPICKÝCH ANTIPSYCHOTIK.....	26
V	OBRÁZEK Č. 3 BIZARNÍ UVAŽOVÁNÍ NEMOCNÉHO TRPÍCÍHO SCHIZOFRENÍ.....	69
VI	OBRÁZEK Č. 4 KRESBY NEMOCNÉHO TRPÍCÍHO CHRONICKOU FORMOU SCHIZOFRENIE.....	69
VII	OBRÁZEK Č. 5 ÚRYVEK Z ARCHIVU L. BRADÁČOVÉ Z DOPISU NEMOCNÉHO TRPÍCÍHO PARANOIDNÍ SCHIZOFRENÍ.....	70
VIII	OBRÁZEK Č. 6 UKÁZKA KRESBY LIDSKÉ POSTAVY A STROMU ZTVÁRNĚNÉ MLADOU PACIENTKOU TRPÍCÍ SCHIZOFRENÍ	70

SEZNAM TABULEK

- Tabulka č.1 Rozdělení otázek do základních kategorií – s.47*
- Tabulka č.2 Otázka č.1: Jak dlouho se tento pacient v tomto zařízení vyskytuje? – s.47*
- Tabulka č.3 Otázka č.4: Bydlí u vás nebo vás pouze navštěvuje? – s.48*
- Tabulka č.4 Otázka č.5: Měli jste s ním/ ní nějaké problémy? Pokud ano, jaké? – s.48*
- Tabulka č.5 Otázka č.9: Změnilo se nějak jeho/její chování, jak k lepšímu, tak i k horšímu, za tu dobu, co je u vás? – s.49*
- Tabulka č.6 Otázka č 11: Myslíte si, že pobyt u Vás je jemu/jí ku prospěchu? – s.49*
- Tabulka č.7 Otázka č 2: V jakém stádiu byla jeho/její nemoc, když k vám přišel/přišla? – s.51*
- Tabulka č.8 Otázka č 3: Víte, kdy u něj/ní tato nemoc vypukla? – s.51*
- Tabulka č.9 Otázka č 6: Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu? – s.52*
- Tabulka č.10 Otázka č 7: Byl pacient někdy hospitalizován? – s.52*
- Tabulka č.11 Otázka č.8: Jak je na tom teď jeho zdravotní stav? – s.53*
- Tabulka č.12 Otázka č.10: Jak se chová k druhým lidem? – s.53*
- Tabulka č.23 Otázka č.1: Kolik Vám je let? – s.54*
- Tabulka č.14 Otázka č.2: Jak dlouho navštěvujete toto zařízení? – s.55*
- Tabulka č.15 Otázka č.3: Jak jste se o něm dozvěděl? – s.55*
- Tabulka č.16 Otázka č.4: Líbí se Vám tady? – s.56*
- Tabulka č.17 Otázka č.5: Jak tady trávíte čas? – s.56*
- Tabulka č.18 Otázka č.6: Jak vycházíte s personálem? – s.57*
- Tabulka č.19 Otázka č.7: Jak rád trávíte volný čas? – s.57*
- Tabulka č.20 Otázka č.8: Stýkáte se s rodinou? – s.58*
- Tabulka č.21 Otázka č. 9: Kde bydlíte? – s.58*
- Tabulka č.22 Otázka č.10: Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začal/a chodit? – s.59*

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Ukázky obrázků a úryvky z dopisu psané nemocným trpící schizofrenií
- P II Seznam kladených otázek
- P III Rozhovor – Respondent č. 1
- P IV Rozhovor – Respondent č. 2
- P V Rozhovor – Respondent č. 3
- P VI Rozhovor – Respondent č. 4
- P VII Rozhovor – Respondent č. 5
- P VIII Rozhovor – Respondent č. 6

PŘÍLOHA I: UKÁZKY OBRÁZKŮ A ÚRYVKY Z DOPISU PSANÉ NEMOCNÝM TRPÍCÍ SCHIZOFRENIÍ

Obrázek č. 3 Bizarní uvažování nemocného trpícího schizofrenií

KOSMOM VŠEM CELYM
JEDEN JEDINÝ
HIERARCHICKÝ
NEJABSOLUTĚ
NEJVVŠEJŠÍ NIMI VŠECHN
NYMI NYNÍCELY
AŽ TÝ JSI TAKOVÝ, JAKÝ
JSI, NEJLEPŠÍ, NEJTŘEBNÝ
MNE, PRO MNE
AŽ JÁ TAKOVÝ, JAKÝ
MNE, PRO MNE NEJLEPŠÍ,
NEJTŘEBNÝ
AŽ VŠECHNI CELÍ TAKOVÍ
JACÍ MNE, PRO MNE
NEJLEPŠÍ, NEJTŘEBNÍ

Zdroj: Vágnerová, 2004

Obrázek č. 4 Kresby nemocného trpícího chronickou formou schizofrenie



Zdroj: Vágnerová, 2004

Obrázek č. 5 Úryvek z archivu L. Bradáčové z dopisu nemocného trpícího paranoidní schizofrenií

Ti dva bývalí kati Mydláři, co tady hlavně v noci řáděj v různých podobách (znají ruský film Muž osmi tváří) si myslí, že je budu furt zásobit tabákem, kafem, papírkami, sirkama a penězi. To je pane doktore velmi těžká a složitá historická skutečnost tady v domově sociální péče HMP. Nevím, jestli to někdo tady vyřeší. Oni totiž taky řáděj na hradě u Havla. Ovládli mocenské pozice a rozhodují o osudech mnoha lidí tady v Česku i ve světě. Vyznají se perfektně v duchovenstvu. Mají oba opravdu velmi mnoho podob, jak dospělých tak dětských, jak ženské podoby, tak mužské. Kamarád z GB mi přinesl a zapůjčil v organizaci o tom publikaci. Tak Vám to sděluji. Asi budete jako pouhý psychiatr, ztížený současnou nedokonalou psychiatrií, na řešení duchařských otázek krátký. Asi to neznáte a nevěříte tomu. Takovému duchovi jsou vidět oči, pouze a někdy se dá s ním hovořit, píšou v té publikaci.

Zdroj: Vágnerová, 2004

Z důvodu špatné čitelnosti textu, zde uvádím jeho doslovný překlad:

„Ti dva bývalí kati Mydláři, co tady hlavně v noci řáděj v různých podobách (znají ruský film Muž osmi tváří) si myslí, že je budu furt zásobit tabákem, kafem, papírkami, sirkama a penězi. To je pane doktore velmi těžká a složitá historická skutečnost tady v domově sociální péče HMP. Nevím, jestli to někdo tady vyřeší. Oni totiž taky řáděj na hradě u Havla. Ovládli mocenské pozice a rozhodují o osudech mnoha lidí tady v Česku i ve světě. Vyznají se perfektně v duchovenstvu. Mají oba opravdu velmi mnoho podob, jak dospělých tak dětských, jak ženské podoby, tak mužské. Kamarád z GB mi přinesl a zapůjčil v organizaci o tom publikaci. Tak Vám to sděluji. Asi budete jako pouhý psychiatr, ztížený současnou nedokonalou psychiatrií, na řešení duchařských otázek krátký. Asi to neznáte a nevěříte tomu. Takovému duchovi jsou vidět oči, pouze a někdy se dá s ním hovořit, píšou v té publikaci.“

Obrázek č. 6 Ukázka kresby lidské postavy a stromu ztvárněné mladou pacientkou trpící schizofrenií



Zdroj: Vágnerová, 2004

PŘÍLOHA II: SEZNAM KLADENÝCH OTÁZEK

Otázky určené pro klienty střediska Denního stacionáře

1. Kolik Vám je let?
2. Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?
3. Jak jste se o něm dozvěděl?
4. Líbí se Vám tady?
5. Jak tady trávíte čas?
6. Jak vycházíte s personálem?
7. Jak rád trávíte volný čas?
8. Stýkáte se s rodinou?
9. Kde bydlíte?
10. Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začala chodit?

Otázky určené vedoucí střediska paní Vájové

1. Jak dlouho se tento pacient ve vašem zařízení vyskytuje?
2. V jakém stádiu byla jeho nemoc, když k vám přišel/přišla?
3. Víte, kdy u něj/ní tato nemoc vypukla?
4. Bydlí u vás nebo vás pouze navštěvuje?
5. Měli jste s ním/ní nějaké problémy? Pokud ano, jaké?
6. Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu?
7. Byl pacient někdy hospitalizován?
8. Jak je na tom teď jeho/její zdravotní stav?

9. Změnilo se nějak jeho/její chování, jak k lepšímu tak i k horšímu, za tu dobu, co je u vás?
10. Jak se chová k druhým lidem?
11. Myslíte si, že pobyt u Vás je mu/jí ku prospěchu?

PŘÍLOHA III: ROZHOVOR – RESPONDENT Č. 1

Pohlaví muž

1. Kolik Vám je let?

Je mi 49 let.

2. Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?

Do střediska chodím už sedm let. 3x až 4x týdně, jak se mi chce.

3. Jak jste se o něm dozvěděl?

Dozvěděl jsem se o něm od svého doktora, který říkal, že by se mi tu mohlo líbit.

4. Líbí se Vám tady?

Ano líbí, mám tady moc přátel, i kamarádku, které se vším pomáhám. Ona má mentální postižení. Vždycky, když jedeme na výlet tak se o ni starám. Rád tady všem pomáhám.

5. Co Vás tady nejvíce baví?

Rád pracuji v keramické dílně a s glazurami. Baví mě tu jinak všechno, protože je tu kamarádská atmosféra.

6. Jak rád trávíte volný čas?

Rád jezdím na různé výlety se stacionářem, sport mě moc nebaví, akorát se na něj rád dívám.

7. Jak vycházíte s personálem?

Všichni jsou tu moc přátelští a hodní. Mám je moc rád.

8. Stýkáte se s rodinou?

Ano se svým bratrem, spolu si rozumíme. Rodiče už nemám.

9. Kde bydlíte?

Mám po rodičích domek v Otrokovicích. Bydlím tam sám.

10. Staráte se sám o chod domácnosti?

Ano, vždyť tam bydlím sám. Všechno zvládám, rád vařím a ještě víc mě chutná.(smích)

11. Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začal chodit?

Ano. Je mi moc dobře, jsem tady šťastný. Mám tu spoustu kamarádů. A díky stacionáři i plno zážitků z našich výletů a různých akcí. Konečně mám vyplněný čas a naplánovaný celý den, dříve jsem se často nudil a nevěděl, co mám dělat.

Děkuji Vám za rozhovor.

PŘÍLOHA IV: ROZHOVOR – RESPONDENT Č. 2

Pohlaví muž

1. Kolik Vám je let?

Je mi 54 let.

2. Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?

Myslím, že od roku 2001, takže 8 let.

3. Tak to už je dlouhá doba, to jste tady od počátku, co vzniklo toto zařízení?

Ano jsem.

4. Líbí se Vám tady?

Ano. Líbí. Rád pracuji v keramických dílnách.

5. Co Vás tady nejvíce baví?

Rád tady pracuji v těch keramických dílnách. Sestričkám pomáhám i s různými věcmi. Třeba něco zapojit, vyměnit žárovky. Jsem vyučený elektromontér.

6. Jak rád trávíte volný čas?

Ve stacionáři a odpočívám.

7. Jak vycházíte s personálem?

Sestřičky jsou moc hodné.

8. A co vaše rodina, stýkáte se?

Nestýkáme, já bydlím tady ve Hvězdě. Jednou za čas zajedu do Hodonína.

9. Pocházíte z Hodonína?

Ano, z Hodonína.

10. Jak jste se dozvěděl o tomto zařízení?

Od svého doktora, nechtěl jsem bydlet doma.

11. Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začal bydlet?

Určitě, ano. Mám tady svůj klid. Doma jsme si moc nerozuměli. Rodiče mi pořád říkali, že jsem lenivý a tak. Nedalo se to vydržet. Proto jsem z domu odešel. Tady je mi určitě o moc líp.

Děkuji Vám za rozhovor.

PŘÍLOHA V: ROZHOVOR – RESPONDENT Č. 3

Pohlaví muž

1. Kolik Vám je let?

Je mi 41 let.

2. Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?

Bydlím tady od roku 2003.

3. Jak jste se o něm dozvěděl?

Od doktora, ke kterému jsem chodil.

4. Líbí se Vám tady?

Ano, líbí. Mám pokoj ještě s jedním klukem a moc si rozumíme.

5. Navštěvujete chráněné dílny?

Stacionář navštěvuji, ale pracuji v Mc Donaldu, tak nemám tolik času.

6. Co tam děláte? Líbí se Vám tam?

Ano, líbí. Uklízím tam.

7. Jak často tam chodíte?

Na 4 hodiny denně.

8. Jak vycházíte s personálem ve Hvězdě?

Všichni jsou tam moc hodní a kamarádští.

9. Stýkáte se svou rodinou?

Já žádnou rodinu nemám.

10. Jak rád trávíte volný čas?

Rád poslouchám hudbu a dívám se na filmy u sebe doma. Koupil jsem si i „dvdčko.“

11. Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začal bydlet?

Určitě, ano. Mám konečně nějaký režim dne. Dokážu si přesně naplánovat, kdy budu pracovat, kdy je čas na odpočinek a volné chvíle. A když na sobě cítím, že mi není moc dobře, tak odpočívám. To nechodím ani do práce, většinou si vezmu třeba dovolenou na pár dní a pak už je mi zase lépe.

12. Míváte často tyto stavy, kdy se necítíte dobře?

Dříve to bylo častěji. Teď už se mi to moc nestává, nesmím se přetahovat a zbytečně vyčerpávat.

Děkuji Vám za rozhovor.

PŘÍLOHA VI: ROZHOVOR – RESPONDENT Č. 4

Pohlaví žena

1. Kolik Vám je let?

Je mi 41 let.

2. Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?

Docházím tu už 8 let.

3. Jak jste se stacionáři dozvěděla?

Od svého lékaře

4. Líbí se Vám tady?

Ano líbí, chodím tady 3x až 4x týdně, mám tady spoustu kamarádů. Ráda si s nimi povídám.

5. Jak tady trávíte čas?

Většinou si povídám s ostatními. Z domu si nosím vyšívání, ráda vyšívám nebo si čtu časopisy, co tu mají, ty pro ženy.

6. Jak rád trávíte volný čas?

Moc ráda čtu takové ty zamilované knížky, a časopisy pro ženy. Ráda jezdím se stacionářem na výlety, nejvíce se mi líbí u moře.

7. Jak vycházíte s personálem?

Moc dobře, všichni jsou k nám moc hodní.

8. Stýkáte se s rodinou?

Maminka umřela a bydlím s tatínkem.

9. S tatínkem dobře vycházíte?

Ano, tatínek je moc hodný.

10. Máte nějaké sourozence?

Ano mám sestru, vycházíme spolu dobře, ráda si s ní povídám.

11. Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začala chodit?

Určitě ano, mám si tady s kým popovídat, všichni jsou tu moc hodní a určitě se tady nenudíme.

Děkuji Vám za rozhovor.

PŘÍLOHA VII: ROZHOVOR – RESPONDENT Č. 5

Pohlaví žena

1. Kolik Vám je let?

Je mi 37 let.

2. Jak dlouho navštěvujete toto zařízení?

Přesně ani nevím, ale už dlouho.

3. Jak jste se dozvěděla o tomto zařízení?

Od svého lékaře, říkal, že se mi tu bude líbit.

4. A líbí se Vám tady?

Ano líbí, mám tady moc kamarádek a všichni jsou tu moc hodní.

5. Jak tady trávíte čas?

Většinou si s holkami povídáme a přitom něco vyrábíme. A když tady máme nějakou akci a prodáváme naše vyrobené výrobky, ráda je prodávám se sestřičkami, to mě moc baví prodávat je.

6. Jak ráda trávíte volný čas?

S kamarádkami, a moc ráda plavu, nejradši mám, když jezdíme k moři, to se vždycky moc těším.

7. Jak vycházíte s personálem?

Moc dobře, mám je všechny moc ráda. Jsou hodní.

8. Stýkáte se s rodinou?

S maminkou bydlím a mám sestru a ona má dvě děti. Někdy k ní chodím a pomáhám jí je hlídat a starat se o ně, to mě moc baví.

9. A s maminkou vycházíte dobře?

Ano, maminka je moc hodná. Ona je vyučená švadlena, tak mi šije šaty. Ráda je nosím, jsou vždycky moc hezké.

10. Jak se teď cítíte, máte se lépe poté, co jste tady začala chodit?

Určitě, ano. Předtím jsem se doma nudila. Tady pořád něco děláme, jezdíme po výletech, k moři plavat, v dílnách pracujeme a hlavně si tu mám s kým popovídat.

Děkuji Vám za rozhovor.

PŘÍLOHA VIII: ROZHOVOR – RESPONDENT Č. 6

Vedoucí paní Vájová

Rozhovor o respondentovi č. 1

1. Jak dlouho se tento pacient ve vašem zařízení vyskytuje?

Tento pacient k nám dochází od roku 2002, je u nás tedy sedmým rokem.

2. V jakém stádiu byla jeho nemoc, když k vám přišel?

Pacient k nám přišel z psychiatrické léčebny s diagnózou paranoidní schizofrenie. Jeho stav byl poměrně stabilizovaný. Od roku 2001 pobírá plný invalidní důchod.

3. Víte, kdy u něj tato nemoc vypukla?

První známky schizofrenie se u něj projevíli kolem 18-20 roku života, přesně období vojny. Na vojně byl terčem šikany a psychický stres a vyčerpání v něm vyvolali první známky schizofrenie.

4. Bydlí u vás nebo vás pouze navštěvuje?

V chráněném bydlení nebydlí, bydlí ve svém domě v Otrokovicích. Kde bydlí sám, rodiče již nemá. Je samoobslužný, dokáže se sám o sebe postarat velice dobře.

5. Měli jste s ním nějaké problémy? Pokud ano, jaké?

Problémy jsme s ním nikdy osobně neměli.

6. Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu?

Ano podstupuje, od prvního hospitalizování. Léky spojené s nemocí, které užívá, jsou Leponex a Rivotril jinak má další léky na tlak. Jednou měsíčně dochází ambulantně k lékaři.

7. Byl pacient někdy hospitalizován?

Pacient před příchodem k nám do stacionáře byl 11x hospitalizovaný v psychiatrické léčebně, po nástupu k nám nikoliv. Dá se říct, že od roku 2002 je bez problému.

8. Jak je na tom teď jeho zdravotní stav?

Jeho zdravotní stav je velmi dobrý, stabilizovaný.

9. Změnilo se nějak jeho chování, jak k lepšímu tak k horšímu, za tu dobu, co je u vás?

Před 4 lety se jeho zdravotní stav trochu zhoršil. Objevili se u něj známky halucinací, kdy si myslel, že jeho bratr ho chce okrást. Po změněné medikaci, je stabilizovaný a bez známek nemoci.

10. Jak se chová k druhým lidem?

Jak jste si sama mohla všimnout, k druhým lidem je velmi společenský a přátelský. Ve stacionáři všem pomáhá. Tím se cítí být pro ostatní užitečný a potřebný. Což dříve neměl. Po vypuknutí nemoci se u nich v rodině velmi změnili vztahy. S matkou úplně přestali vycházet. A takové ty pocity, že někam patří a pocit uznání neměl. Jinak má tady bratrský vztah k jedné mentálně postižené dívce, o kterou se stará a pomáhá jí, když potřebuje. Když jezdíme na různé výlety, většinou ji doprovází.

11. Myslíte si, že pobyt u Vás je mu ku prospěchu?

Co pozoruji za těch sedm let, podle jeho chování určitě. Dříve se moc nevyjadřoval, nebyl hovorný, jako kdyby měl v sobě nějaký blok. Můžu říct, že dnes je to úplně jiný člověk, veselý, přátelský, společenský, máme z něj radost.

Rozhovor o respondentovi č. 2

1. Jak dlouho se tento pacient ve vašem zařízení vyskytuje?

Tento pacient je u nás od úplného počátku založení stacionáře, tedy od roku 2001.

2. V jakém stádiu byla jeho nemoc, když k vám přišel?

Než k nám nastoupil, byl několikrát po sobě hospitalizován, k nám přišel stabilizovaný.

3. Víte, kdy u něj tato nemoc vypukla?

První příznaky nemoci se u něj objevili kolem 20 roku života. Nemoc u něj propukla spíše pozvolna. Od roku 1989 pobírá plný invalidní důchod.

4. Bydlí u vás nebo vás pouze navštěvuje?

Ano, bydlí u nás v chráněném bydlení od úplného počátku. Sám u nás chtěl bydlet, protože doma měl velké problémy s rodiči, kteří mu nadávali, že je lenivý a nic nedělá.

5. Měli jste s ním nějaké problémy? Pokud ano, jaké?

Žádné problémy jsme s ním neměli.

6. Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu?

Ano Bistom a Tysercin a jedenkrát měsíčně dochází k lékaři

7. Byl pacient někdy hospitalizován?

Jak už jsem říkala, před tím než k nám přišel, byl hospitalizován několikrát po sobě. Od té doby, co je u nás nikoliv.

8. Jak je na tom teď jeho zdravotní stav?

Je velmi dobře stabilizovaný. Dost často bývá unavený, málo vydrží i při práci, často si musí dávat přestávky na odpočinek. Jinak na jemnou motoriku je velmi šikovný a zručný.

9. Změnilo se nějak jeho chování, jak k lepšímu tak i k horšímu, za tu dobu, co je u Vás?

Když k nám přišel, byl naprosto bej jakéhokoliv zájmu. Dnes můžu říct to, že se jeho chování změnilo. Jak už jsem se zmínila, je velmi manuálně zručný. Zapojil se u nás do keramické dílny, se vším nám tu pomáhá, vyměňuje žárovky a různé drobné úpravy, které potřebujeme. Dokonce začal brigádně pracovat i mimo naše zařízení.

10. Jak se chová k druhým lidem?

Snaží se pomáhat nám všem. On je spíše uzavřenější a tichý typ. Moc toho nenamluví, ale to jste si určitě všimla.

11. Myslíte si, že pobyt u Vás je mu ku prospěchu?

Myslím si, že ano. Určitě se tady cítí být sám sebou.

Rozhovor o respondentovi č. 3

1. Jak dlouho se tento pacient ve vašem zařízení vyskytuje?

Přesně od října roku 2003.

2. V jakém stádiu byla jeho nemoc, když k vám přišel?

Přišel k nám z léčebny, kde byl 3/4 roku hospitalizován.

3. Víte, kdy u něj tato nemoc vypukla?

U něj se může říct, že tuto nemoc podědil po své matce, která trpěla paranoidní schizofrenií. Jinak nemoc u něj propukla tak, že začal hodně pít alkohol, a objevili se u něj bludy a halucinace.

4. Bydlí u vás nebo zařízení pouze navštěvuje?

Bydlí u nás ve chráněném bydlení od příchodu do našeho zařízení. Chvilku u nás také pracoval v chráněných dílnách, ale již několik let pracuje v Mc donaldu, kde uklízí 4 hodiny denně.

5. Měli jste s ním nějaké problémy? Pokud ano, jaké?

Žádné problémy jsme s ním neměli.

6. Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu?

Léky, které užívá jsou Tysercin, Biston, Thiorydalin. Lékaře navštěvuje 1x měsíčně.

7. Byl pacient někdy hospitalizován?

Ano, před příchodem k nám. V roce 2001 byl prvně hospitalizován, naposledy před nástupem k nám. D roku 2001 se celé dva roky zmítal mezi léčebnou a svým domovem, který mu nakonec sebrali, za velké dluhy, které měl.

8. Jak je na tom teď jeho zdravotní stav?

Jeho zdravotní stav je od roku 2003 stabilizovaný.

9. Změnilo se nějak jeho chování, jak k lepšímu tak i k horšímu, za tu dobu, co je u vás?

Po svém bouřlivém období se u nás dokázal zklidnit a vyrovnat se svou nemocí, což je pro nemocného velkým problémem.

10. Jak se chová k druhým lidem?

K druhým lidem má velmi hezké chování, i v práci si ho chválí. Jinak je spíše tichý typ, kamarádů moc nemá, ani se svou rodinou se nestýká.

11. Ale mě říkal, že žádnou rodinu nemá?

Má, ale nechce o ni ani slyšet, tak všem říká, že žádnou nemá. Dokonce ani neví, že jeho maminka umřela v léčebně před několika lety.

12. Myslíte si, že pobyt u Vás je mu ku prospěchu?

Myslím si, že ano. Začal si vážit sám sebe, i materiálních věcí hlavně peněz. Neutrácí tak jako dříve, i když moc kouří.

Rozhovor o respondentovi č. 4

1. Jak dlouho se tato pacientka ve vašem zařízení vyskytuje?

Do našeho zařízení dochází od roku 2001.

2. V jakém stádiu byla její nemoc, když k vám přišla?

Přišla k nám ve stabilizovaném stavu, léčila se vždy ambulantně, hospitalizovaná v léčebně nikdy nebyla. Její nemoc provázeli halucinace typu, kdy si myslela, že na ulici se všichni kolem ní, o ní baví atd. Její přesná diagnóza je paranoidní schizofrenie se známkami defektu osobnosti. Od roku 1989 pobírá plný invalidní důchod.

3. Víte, kdy u ní tato nemoc vypukla?

Kolem 20-25 roku života.

4. Bydlí u vás nebo vás pouze navštěvuje?

Pouze nás navštěvuje, dochází k nám 3x až 4x týdně, jinak bydlí u otce, který se o ni stará. Sama o sebe se nedokáže postarat.

5. Měli jste s ní nějaké problémy? Pokud ano, jaké?

Problémy jsme s ní nikdy žádné neměli, jednu dobu k nám ale přestala docházet.

6. Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu?

Ano léky, které denně bere, jsou Rivotril, Leponex, Prosulpin a jedenkrát měsíčně dochází k lékařům.

7. Byla pacientka někdy hospitalizována?

Nebyla.

8. Jak je na tom teď její zdravotní stav?

Její stav je stabilizovaný, jednou měsíčně navštěvuje svého lékaře.

9. Změnilo se nějak její chování, jak k lepšímu tak i k horšímu, za tu dobu, co je u vás?

Její chování se změnilo k lepšímu po smrti její maminky. Předtím často trpěla velkými depresemi. Zjistili jsme, že její maminka také trpěla psychickými obtížemi, při kterých své dceři, podávala např. projímadla a jiné. Dodnes nevíme s jakého důvodu.

10. Jak se chová k druhým lidem?

Je velmi kamarádká, ve stacionáři při práci dlouze nevydrží, spíše si povídá s ostatními nebo si čte časopisy.

11. Myslíte si, že pobyt u Vás je jí ku prospěchu?

U ní je důležité vystavit jí a zorganizovat režim dne, tím pádem je pro ni stacionář užitečný. Ve svém osobním volnu převážně neví, co by dělala, převážně se nudí, což pro tyto nemocné není dobré. Sama o sebe se nedokáže postarat ani, co se týče obyčejných sociálních návyků. Určitě je jí ku prospěchu tím, že jí pomáháme udržovat její plán dne a pomocí lehké pracovní terapie rozšířit její dovednosti.

Rozhovor o respondentovi č. 5

1. Jak dlouho se tato pacientka ve vašem zařízení vyskytuje?

Dochází k nám od roku 2002. Od roku 2003 pobírá plný invalidní důchod.

2. V jakém stádiu byla její nemoc, když k vám přišla?

Přišla k nám stabilizovaná.

3. Víte, kdy u ní tato nemoc vypukla?

Klientka je léčena na paranoidní schizofrenii od svých 15 let. Nemoc spojena s lehčí mentální retardací.

4. Bydlí u vás nebo vás pouze navštěvuje?

Bydlí u své maminky, která se o ni stará.

5. Měli jste s ní nějaké problémy? Pokud ano, jaké?

Problémy jsme s ní nikdy neměli.

6. Podstupuje nějakou farmakologickou léčbu?

Užívá Lexaurin a jedenkrát měsíčně dochází k lékaři.

7. Byla pacientka někdy hospitalizována?

Před nástupem k nám byla hospitalizována v léčebně.

8. Jak je na tom teď její zdravotní stav?

V současné době je její zdravotní stav stabilizovaný.

9. Změnilo se nějak její chování, jak k lepšímu tak i k horšímu, za tu dobu, co je u vás?

V roce 2004 k nám přestala docházet, ztrácela zájem úplně o všechno. Tehdy ji velmi těžce onemocněla babička, a klientka se o ni musela starat, páč matka na to neměla čas. Celková psychická zátěž z nemoci a následné smrti babičky ji stahovala zpátky do depresí. Rok ji trvalo, než se ze všeho vzpamatovala. Dnes je již klientka v pořádku. Dochází k nám 3x až 4x týdně.

10. Jak se chová k druhým lidem?

Je velmi kamarádká a společenská. Hodně upovídaná.

11. Myslíte si, že pobyt u Vás jí mu ku prospěchu?

Myslím si, že se tu klientka cítí sama sebou. Dříve byla tichá a uzavřená. Dnes je pravý opak. Určitě ku prospěchu jí může být pomoc při uspořádání dne a plánování, protože

všichni pacienti trpící touto nemocí s tím mají velké obtíže a většina z nich to sama nesvede.