

# Kvalita života osob s psychotickým onemocněním

Radim Bleša

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Radim BLEŠA**  
Osobní číslo: **H10142**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života osob s psychotickým onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti kvality života osob s psychotickým onemocněním.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**COHEN, Robert. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4.**

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

**HORÁČEK, Jiří et al. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Academia Medica Pragensis-Amepra, 2003. ISBN 80-86694-01-1.**

**KALINA, Kamil. Jak žít s psychózou?. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-080-87.**

**KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.**

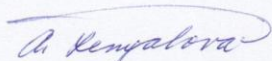
**PAYNE, Jan et al. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.**

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Šalenová**  
Ústav pedagogických věd

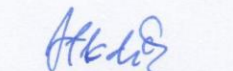
Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. května 2013**

Ve Zlíně dne 19. února 2013

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



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 15.3.2013

Zakim Blau

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 nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, 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 vzdělávacího 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. Ústanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim 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 přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tématem této bakalářské práce je problematika kvality života z pohledu osob trpících psychotickým onemocněním. Psychóza je závažné duševní onemocnění, které výrazným způsobem zasahuje do osobnosti pacienta i do vztahů s jeho okolím. V teoretické části se práce zaměřuje na přiblížení základních pojmů, jako je kvalita života a problematika duševních onemocnění spolu s přehledem dosavadních poznatků v této oblasti z obecného hlediska. V praktické části potom analyzujeme to, jak osoby trpící psychotickým onemocněním vnímají kvalitu svého života v návaznosti na ambulantní terapii.

Klíčová slova: kvalita života, duševní onemocnění, ambulantní terapie, schizofrenie, psychóza, stigma nemoci, kvalitativní výzkum.

## **ABSTRACT**

The topic of this bachelor thesis is the problematics of the quality of life from the point of view of people suffering from the psychotic disease. Psychosis is a serious disease which significantly influences and interferes into the personality of the patient and also into his relationship with his/her surroundings. The theoretical part of my thesis deals with the knowledge of the basic concepts, such as the quality of life and the problematics of mental illness together with the general overview of the current knowledge in this sphere. In the practical part we analyse how the people suffering from the psychotic disease perceive the quality of their lives in response to the outpatient therapy.

Keywords: the quality of life, mental disease, outpatient therapy, schizophrenia, psychotic, stigma of illness, qualitative research.

Na tomto místě bych chtěl poděkovat Mgr. Evě Šalenové za vedení mé bakalářské práce, poskytnuté rady a podněty.

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

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
<b>1 KVALITA ŽIVOTA A KVALITATIVNÍ VÝZKUM.....</b>	<b>13</b>
1.1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	13
1.2 KONCEPT KVALITY ŽIVOTA Z POHLEDU ODBORNÉ LITERATURY .....	14
1.3 METODY A NÁSTROJE MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA .....	15
1.4 TEORIE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	16
<b>2 PROBLEMATIKA DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ .....</b>	<b>18</b>
2.1 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ.....	19
2.2 KLASIFIKACE PSYCHÓZ .....	20
2.2.1 Základní vymezení schizofrenie.....	21
2.2.2 Vztah klinického průběhu a prognózy schizofrenie .....	23
2.2.3 Možnosti léčby schizofrenie.....	24
<b>3 JAK SE VYPOŘÁDAT SE STIGMATEM NEMOCI.....</b>	<b>26</b>
3.1 PSYCHOTERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI POMOCI NEMOCNÝM.....	27
3.1.1 Otázky z pohledu nemocného před zahájením terapie.....	28
3.1.2 Rodinná terapie .....	29
3.1.3 Pravidla pro plánování režimu dne .....	29
3.2 VÝZNAM TERAPIE PRO ŽIVOT NEMOCNÉHO A JEHO BLÍZKÉ.....	29
3.3 VLIV AMBULANTNÍ TERAPIE.....	31
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>4 METODOLOGICKÉ POJETÍ VÝZKUMU .....</b>	<b>33</b>
4.1 CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	33
4.2 DÍLČÍ CÍLE .....	33
4.3 METODA ZÍSKÁVÁNÍ DAT .....	34
4.4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	34
4.5 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	35
4.6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH KVALITATIVNÍCH DAT .....	35
4.7 TRIANGULACE.....	35
<b>5 PRŮBĚH VÝZKUMU .....</b>	<b>37</b>
5.1 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	38
5.2 ANALÝZA DÍLČÍCH CÍLŮ .....	39
5.3 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	50
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>52</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>54</b>



<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>57</b>

## ÚVOD

Život v dnešní často velmi hektické a uspěchané době není v mnoha případech jednoduchý. Lidé si proto nejednou kladou otázku, zda je jejich vlastní život možno považovat za krásný, úspěšný či šťastný. Jinak řečeno: ptají se po tom, co můžeme zjednodušeně označit jako kvalitu svého života.

Na kvalitu života je v dnešní době jistě možné nahlížet z mnoha úhlů pohledu. Můžeme si v jejím rámci pokládat například otázky typů „jaké to je“, či „jaké by to mělo nebo dokonce mohlo být“. Velmi obecně by se dalo říci, že jde o jakési pátrání po žádoucím stavu nebo cíli, ke kterému směřuje naše každodenní snažení. Pro každého člověka je jistě splnění snů, nebo dosažení určitých cílů velmi podstatnou součástí jeho života. Naše cíle, snahy a směřování našeho snažení mohou být opravdu různorodé. Ale může toto všechno opravdu přispět k lepší kvalitě života?

Navíc všechno každodenní a neustávající úsilí o kvalitu našeho života je ve značné míře závislé na našem zdraví. Je proto nezbytně nutné se ptát: a jaká je situace lidí, kteří jsou v rámci úsilí o kvalitní život určitým způsobem hendikepováni, například duševním onemocněním? A právě lidem trpícím psychotickým onemocněním a kvalitě jejich života se budeme věnovat v této práci. Domníváme se totiž, že v naší společnosti bohužel v mnoha případech přetrvává dnes už dávno zastaralé vnímání duševní nemoci jako něčeho, co činí z člověka jen osobu jakési nižší kategorie, zjednodušeně řečeno: někoho ne-normálního, někdy dokonce „blázna“. S tímto úhlem pohledu se samozřejmě ani v nejmenším neztožňujeme a chceme proto téma v aplikaci na konkrétní výzkumnou otázku prozkoumat blíže a zevrubněji.

Psychóza je velmi závažné duševní onemocnění, které zásadně mění to, jak člověk vnímá sám sebe, ostatní lidi i svět, ve kterém žije, a tím se do podstatné míry mění i kvalita jeho života. Toto onemocnění je léčitelné, ale bohužel výrazným způsobem zasahuje nejen do života člověka jím trpícím, ale také do života osob v jeho okolí, do života jeho rodiny. Jedná se o onemocnění dlouhodobé, velmi podstatnou roli v průběhu léčby zastává ambulantní terapie, která těmto lidem i jejich rodinným příslušníkům napomáhá ke z kvalitnění jejich života.

V teoretické části naší práce se pokusíme nastínit koncept kvality života z pohledu strategických dokumentů a obecný přehled dosavadních poznatků o duševním onemocnění.

Budeme se zde zabývat jak kvalitou života a problematikou duševních onemocnění, tak i vlivem ambulantní terapie a ostatních psychoterapeutických možností. Dále pak způsoby, jak se vypořádat se stigmatem nemoci a významu, který má terapie pro nemocného a jeho blízké.

Cílem praktické části bude realizace kvalitativního výzkumného šetření, ve kterém se pokusíme získat odpověď na otázku, zda a do jaké míry má ambulantní terapie pozitivní vliv na život osob trpících psychotickým onemocněním a na kvalitu jejich života.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 KVALITA ŽIVOTA A KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Nárůst zájmu o problematiku kvality života zaznamenáváme zejména v posledních desetiletích. Termín kvalita života je v historickém kontextu poprvé zmiňován ve 20. letech 20. století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a ve vztahu státu k sociálně slabším vrstvám obyvatelstva. Tento termín ale brzy zdomácněl v různých vědních disciplínách, a to především v psychologii, medicíně, kulturní antropologii a zejména v sociologii. Kde tento termín slouží k odlišení podmínek života, jako jsou příjem, politické zřízení, nebo například počet mobilních telefonů v domácnosti od vlastního životního pocitu lidí. (Payne, 2005, s. 205-207)

V současné době zcela běžně užíváme slovních spojení, jako jsou například, „jak jde život“, nebo „jaký to je život“, kterými vlastně naznačujeme, že pojem život vyjadřuje hlavně to, jak žijeme. Můžeme tedy říci, že v běžné komunikaci se pojem kvalita života pojí především s jeho pozitivním významem výrazu kvalita (kvalitní = dobrý). Kdežto v jazyce vědy slouží termín kvalita života k popisu jak kladných, tak i záporných stránek života. (Gurková, 2011, s. 22)

Ovšem pojem kvalita neslouží k pouhé deskripci, ale usiluje o něco více, o porozumění. Což může být jedním z důvodů, že zejména v posledních letech dochází v sociálních vědách, co se metodologie týká, k oblibě kvalitativního výzkumu. A výsledkem tohoto trendu je stav, kdy se kvalitativní metody stávají jedním z hlavních proudů socialněvědního výzkumu. Jak ukážeme i v naší práci, termín kvality života je používán hlavně tam, kde výzkumník usiluje především o porozumění životním podmínkám a okolnostem zkoumaných osob, nikoliv o příliš simplifikující deskripci / popis pouhých materiálních poměrů. A protože je pojem kvalita života v současnosti pojmem velmi frekventovaným, je jistě vhodné se ho pokusit blíže objasnit.

### 1.1 Základní vymezení pojmu kvalita života

Pokud hovoříme o životě je potřeba vzít v potaz nejen jeho kvalitu, ale také kvantitu. V rámci které hovoříme o délce života. Tu lze vyjádřit jednoduše, číslem, tedy počtem let. Můžeme tak vyjádřit, jak dlouho kdo žil, nebo jak dlouho existují ti, kteří ještě žijí. Co ale rozumíme pod pojmem kvalita? Slovo samotné je odvozeno od latinského základu „quali-

tas“, tedy kvalita, nebo slova „qualis“, tedy jaký. To náš může dovést až ke slovům kýže-  
ný, žádoucí, tj. žádoucí cílový stav. (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Samotný pojem jako takový je velmi obtížně uchopitelný z důvodů své multidimenzio-  
nality, která může zahrnovat dimenze sociální, kulturní, medicínské, psychologické, filozo-  
fické, ale i historické aspekty lidského života. Z toho vyplývá fakt, že koncept kvality živo-  
ta zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí samotné existence člověka od fyzických  
funkcí, až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů, nebo prožíváním životního  
štěstí. (Gurková, 2011, s. 23)

Domníváme se ale, že výchozím bodem pro všechny definice kvality života je  
Maslowova hierarchická teorie potřeb a její jasně zřetelné stupňovité uspořádání. Od zá-  
kladních fyziologických potřeb počínaje, přes potřebu lásky a sounáležitosti, potřebu  
uznání a úcty, až po potřebu seberealizace, tzn. naplnění možností osobního růstu a rozvo-  
je. Mnoho odborníků hovoří o kvalitě života v jeho různých rovinách. Ve své podstatě se  
však ve svých závěrech na danou problematiku shodují.

## 1.2 Koncept kvality života z pohledu odborné literatury

Jako příklad můžeme uvést definice kvality života několika autorů, kteří se tímto téma-  
tem zabírají. Na problematiku kvality života lze nahlížet opravdu z mnoha úhlů. Džuka  
(2004 cit. podle Gurkové, 2011, s. 22) například uvádí: „Pokud říkáme, že někdo žije špat-  
ně, můžeme mít na mysli, že se cítí osamělý, nemocný, fyzicky slabý.“

Švehlíková (2008 cit. podle Gurkové, 2011, s. 22) konstatuje, že pokud mluvíme o  
jakosti / kvalitě bytí, nebo o jednotlivých projevech živé bytosti, uvažujeme o jejich odliš-  
nostech, nebo charakteristických znacích, kterými se liší od jiných jevů.

Kováč (2004 cit. podle Gurkové, 2011, s. 22) ve své interpretaci latinského qualis (ja-  
ký) uvádí možnost chápat kvalitu života jako to, čím se odlišuje život jednotlivce  
v porovnání se životem jiných. Na základě této interpretace můžeme chápat kvalitu živo-  
ta člověka jako subjektivní, individuální a komplexní, týkající se tedy všech oblastí života  
jednotlivce.

Jak dokazují názory zmíněných autorů, pohled na kvalitu života může být tedy opravdu  
multidimenzionální. V kontextu kvality života nemocného velmi výstižně zmiňuje Křivo-  
hlavý (2002, s. 168) kritéria pacientova života podle W.O.Spitzera, která zahrnují pracovní

schopnost nemocného, jeho fyzickou nezávislost na druhých lidech, finanční situace nemocného, způsob trávení volného času, vědomí nemocného o následcích jeho nemoci, nebo jeho vztah s primární sociální skupinou, tj. rodinou, přáteli.

Pokud se tedy chceme zaměřit na kvalitu života nemocných, konkrétně osob s psychotickým onemocněním, jsou pro nás kromě vymezení a definice pojmu kvalita života důležité také přístupy a nástroje k jeho měření.

### 1.3 Metody a nástroje měření kvality života

Pro pochopení toho, co si různí autoři představují pod termínem kvalita života je vhodné se seznámit s jejich pojetím měření tohoto jevu a potom dedukovat pojetí, které stojí v pozadí dané metodiky. Protože metod, které se zabývají měřením kvality života, je opravdu velké množství. Je vhodné si je rozdělit do třech následujících skupin:

- Metody měření kvality životy, kde tuto kvalitu hodnotí druhá osoba.
- Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
- Metody smíšené (vzniklé kombinací obou předchozích metod).

Rozdělení do těchto skupin je jistě prospěšné, už jen pro to, že jsme si schopni vytvořit jasnější obraz o tom, co konkrétního chceme při měření kvality života opravdu zjistit a čeho chceme docílit. (Křivohlavý, 2002, s. 165)

Měření kvality života u osob s duševním onemocněním může být ovšem v některých ohledech problematické. K měření můžeme použít například sebeposuzující dotazníky, nebo můžeme využít strukturovaný rozhovor. V případě generických dotazníků jako nástroje měření, máme k dispozici buď ty, které jsou univerzální, tedy pro všechny typy onemocnění. Nebo mohou být zaměřené pouze na osoby s určitým typem onemocnění. Širší použití generických dotazníků, zvláště pak třeba v psychiatrii, ovšem limituje jejich zaměření na tělesné problémy a funkční omezení. Jinými slovy tedy můžeme říct, že kvalita života se posuzuje podle objektivních a subjektivních kritérií. Mezi objektivní kritéria můžeme zařadit životní úroveň, nebo sociální postavení. Subjektivní kritéria potom představují vlastní výpovědi o spokojenosti s objektivními faktory, jako je například spokojenost v zaměstnání. Při interpretaci výsledných hodnot kvality života je třeba si uvědomit nejen schopnost lidské psychiky přizpůsobovat se vnějším a vnitřním podmínkám, ale také

relativní povahu spokojenosti. To znamená, že jedinec je spokojen, nebo nespokojen podle toho, jak vnímá své postavení vůči referenční skupině, která je tvořena osobami, se kterými sdílí podobné životní podmínky. Ať už sociální, generačně, nebo geograficky. (Motlová a Dragomirecká, 2003)

#### 1.4 Teorie kvalitativního výzkumu

Jak jsme již zmínili, kvalitativní výzkum ušel za poslední desetiletí velký kus cesty, zvláště v oblasti sociálních věd. S odstupem času lze také sledovat vývoj kvalitativního a kvantitativního metodologického přístupu. Tento náhled nám umožňuje zejména velké množství odborné literatury, která je v posledních letech dostupná a zabývá se daným tématem. Dnes již nenahlížíme na obě metodologie jako na soupeřící, ale jako na odlišné strategie, které mohou fungovat samostatně, nebo je dokonce možné využití kombinace obou přístupů. (Švaříček a Šed'ová, 2007, s. 13)

Kombinace obou metod je tedy možná, ale většina badatelů klade důraz pouze na jeden z těchto přístupů. Ať už z důvodu zkušeností, přesvědčení, nebo podstaty zkoumaného problému. Stejně tak i my jsme se rozhodli pro účely této práce zvolit pouze jednu z metodologií, a to kvalitativní, protože se domníváme, že se nám díky ní podaří lépe vystihnout podstatu zkoumaného problému.

Existuje mnoho důvodů, proč použít právě kvalitativní výzkum. Zejména v případě, že se snažíme porozumět a odhalit podstatu studovaných jevů a procesů. Nebo nám může sloužit k získání nových neotřelých názorů o jevech, o kterých je nám již něco známo, tj. k vytváření hypotéz, které můžeme dále využívat. Termínem kvalitativní výzkum tedy rozumíme jakýkoliv výzkum, kdy se výsledky nezískávají pomocí statistiky, nebo jiných způsobů kvantifikace. Jedná se především o výzkum, který se týká života lidí, jejich chování, příběhů, nebo vzájemných vztahů. Pokud chceme determinovat složky kvalitativního výzkumu, nacházíme v podstatě tři hlavní a to jsou: údaje, které mohou pocházet z mnoha zdrojů. Dále analytické a interpretační postupy, díky kterým docházíme k závěrům a teoriím. Třetí složku potom tvoří písemné a ústní výzkumné zprávy, jejichž forma závisí hlavně na vlastnostech prezentovaných závěrů. (Strauss a Corbinová, 1999, s. 12)

V typickém případě kvalitativního výzkumu vybírá výzkumník téma a určí si základní výzkumné otázky. Ty ale může v průběhu výzkumu během sběru a analýzy dat dále dopl-



ňovat a modifikovat. Právě z tohoto důvodu bývá kvalitativní výzkum považován za pružný typ výzkumu. (Hendl, 2005, s. 50)

Další charakteristickou vlastností kvalitativního výzkumu je využívání induktivní logiky. To znamená, že na začátku výzkumného procesu je pozorování a sběr dat. Pak teprve výzkumník pátrá po pravidelnostech těchto dat, jejich významu a formuluje předběžné závěry. Forma kvalitativního výzkumu má samozřejmě i své slabé stránky. Jednou z nich je například slabá standardizace, která má za následek poměrně nízkou reliabilitu. Naproti tomu právě tato slabá standardizace výzkumu a volná forma otázek může potenciálně vést k vysoké validitě kvalitativního výzkumu. (Disman, 2002, s. 287)

## 2 PROBLEMATIKA DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ

Problematika duševních onemocnění je i přes velké pokroky v oblasti medicíny stále nesmírně komplikovaná a obsáhlá. Dá se říci, že jedním ze základních úkolů současné medicíny je velmi rychlé diagnostikování zdravotních poruch s cílem co nejdříve provést terapeutický zásah. Stejně tak je tomu i v současné psychiatrii, zde je situace ale poněkud složitější. Nezanedbatelnou roli zde totiž kromě medicínských vyšetření hraje také chování pacienta a jeho rodinných příslušníků. Právě to totiž obvykle nepostrádá spontaneitu a poskytuje mnohdy výmluvnější obraz než následná vyšetření. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005, s. 7)

Laické pojetí duševních poruch může být však v některých ohledech nebezpečné. Mnoho psychiatrů ze své praxe velmi dobře zná laickou tendenci připisovat první příznaky duševního onemocnění zevním okolnostem, nebo nedobrému tělesnému stavu (přílišné pracovní vyčerpání, rodinné a vztahové problémy apod.). Už méně jsou ovšem rodinní příslušníci nemocného ochotni brát v potaz lékařovy narážky na mozek. Může v nich totiž evokovat lidovou variantu duševních poruch s nepříznivými důsledky. (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 219)

Velmi podstatnou součástí problematiky duševních onemocnění tvoří práva osob s tímto onemocněním. U psychiatrických pacientů pak musí být zvláště chráněno právo na rovnoprávnost a svobodu, svobodu projevu, právo na informace o zdravotním stavu, nemoci samotné a způsobu léčby. Ale také právo na svobodu pohybu a ochranu soukromí a hlavně pak právo, že nesmí docházet k porušování lidské důstojnosti. Tato práva jsou dána Deklarací práv duševně postižených, kterou schválilo valné shromáždění OSN v roce 1971 (viz. Příloha P I). Tato práva jsou také pevně zakotvena v Listině základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Z čehož vyplývá, že lidé s duševním onemocněním mají hlavně právo na to, aby prožívali kvalitní život. (Malá a Pavlovský, 2002, s. 119)

Naše práce se zaměřuje hlavně na problematiku ambulantní terapie u osob s psychotickým onemocněním, neboť se domníváme, že právě terapie je základním klíčem a hlavní komponentou při úsilí o dosažení vyšší kvality života duševně nemocných.

## 2.1 Klasifikace duševních onemocnění

Při klasifikaci duševních onemocnění budeme vycházet ze Smolíkova tvrzení: téma duševních poruch je staré jako lidstvo samo. První písemné záznamy pocházejí již z doby antiky, kdy se objevují poměrně přesné popisy poruch nálady. Zmínku o nich můžeme nalézt ale například také v Bibli. Při determinaci pojmu klasifikace duševních onemocnění je vhodné zaměřit se na obor psychiatrie, jako na relativně samostatný obor medicíny. Protože právě rozdíl mezi psychiatrií a ostatními lékařskými vědami spočívá v tom, co by se dalo nazvat „klasifikační způsobilostí“. Ta je přímo úměrná jednoduchosti, nebo složitosti klasifikovaných předmětů a dějů. A právě klasifikace nám umožňuje utřídit jednotlivé jevy podle jejich znaků, což vytváří podmínky k poznání jejich příčin. To, co se týká duševních onemocnění, je jednodušší a přímočařejší za použití metod kvalitativních, kdy vede k lepšímu porozumění znaků zkoumaných jevů. Je složité, pokud musí pracovat se znaky méně jasně definovanými, tedy kvantitativními. Neboť při klasifikaci duševních onemocnění je nezbytné brát v potaz subjektivní verbální popis projevů a chování nemocného člověka. (Smolík, 2002, s. 10)

Domníváme se, že je také vhodné zmínit existenci dvou mezinárodně uznávaných klasifikací duševních onemocnění. Oba tyto systémy klasifikací jsou uznávány WHO (Světová zdravotnická organizace). Pod záštitou APA (Americká psychiatrická asociace) vznikl klasifikační a diagnostický manuál DSM-IV (Diagnostický a statistický manuál, 4. vydání). Specifické pro tento manuál je, že se zaměřuje na popisy příznaků duševních poruch, ale jen zřídka se věnuje tomu, jak tyto poruchy vznikají. Proto se pro tento přístup používá označení deskriptivní či fenomenologický. Pro účely naší práce nám ale přijde spíše vhodný systém klasifikace MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize), kde je patrná snaha popsat jednotlivé poruchy jasně, dostatečně i s přihlédnutím k příčině jejich vzniku. V MKN-10 dochází také k použití označení duševní porucha místo duševní onemocnění. I zde je však zdůrazněno, že obě označení jsou nadále uznávána jako platná.

Jak již bylo zmíněno, obě tyto klasifikace jsou vzájemně srovnatelné, kompatibilní a uznané WHO. Obě klasifikace také vychází z předpokladu, že léčba každého pacienta musí být individuální bez závazného zřetele ke stanovené diagnóze. (Smolík, 2002, s. 23-35)

S tímto názorem na klasifikaci duševních onemocnění se shoduje i naprostá většina dalších autorů, kteří se této problematice věnují. Přestože je potřebné nahlížet na každé

duševní onemocnění nahlížet individuálně, právě jejich klasifikace nám poskytuje nezbytný teoretický náhled a základní charakteristiku daného onemocnění. Pro účely naší práce je zapotřebí dále blíže determinovat podstatu problému psychotického onemocnění.

## 2.2 Klasifikace psychóz

U klasifikace psychóz vychází všichni autoři z jejího jednotného dělení. Vymezení této problematiky ve svém díle uvádí například Horáček (2003, s. 15), který říká: „Termín psychóza označuje skupinu patologických jevů, pro které je charakteristická porucha kontaktu s realitou.“

Osoba s psychózou žije tedy ve svém vlastním světě, který neodpovídá pohledu druhých. Tento pohled je dán odlišným vnímáním a odlišným myšlením osob s psychózou, kterými je tvořen jejich vlastní vnitřní svět. Typické je to, že dochází k poruše vnímání ve smyslu falešných vjemů. Mají-li reálný podklad, který je ale odlišně zobrazován v mysli, hovoříme o iluzi. V případě, že nemají žádný reálný podklad, označují se jako halucinace. U psychózy dochází také k porušení schopnosti vnímat a vysvětlit realitu, tedy k poruše myšlení. Za naprosto nutně přítomné a typické znaky typické jsou u psychózy považovány poruchy obsahu myšlení. Tzn., že osoba s psychotickým onemocněním si vytváří vlastní patologickou interpretaci světa. V tomto případě hovoříme o bludu. Blud je charakteristický tím, že je chorobného vzniku, pro okolí zjevně nepravdivý, logickými argumenty nevyvratitelný a hlavně má vliv na chování a jednání člověka, neboť se nachází vždy v centru jeho pozornosti. Psychotické poruchy tedy představují nejen závažný medicínský problém, ale také psychosociální (tj. osobní, rodinný, pracovní). K poruše kontaktu s realitou mohou vést různé příčiny, které se promítají na různých úrovních. Proto je nutné psychózu včas rozeznat a vnímat ji jako změnu zpracování informací, která je spojena s dysfunkcí na několika úrovních, a hledat příčiny této dysfunkce. (Horáček, 2003, s. 15-28)

Klasifikace psychóz je daná závaznou 10. revizí Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10), o které jsme se již zmínili. Ve svých dílech se o MKN-10 opírá celá řada autorů. Podle této klasifikace MKN-10 spadají do kategorie psychotických onemocnění tato:

- *Krátké a přechodné psychotické poruchy a schizoafektivní porucha* - krátkodobé a přechodné psychotické poruchy lze definovat jako poruchy s náhlým nástupem. Důležitou roli zde hraje přidružený stres. Charakteristické jsou střídání nálad, halu-

cinace, iluze, bludy, nezdědk i porucha vědomí. Již jejich název poukazuje na jejich krátkodobost. Příznaky většinou při vhodném zaléčení odezní po několika týdnech. Schizoafektivní porucha je charakteristická rovnoměrným zastoupením afektivních a schizofrenních příznaků. Zpravidla jde opět o poruchu přechodného rázu. Pro obě jmenované poruchy je dále typický rychlý nástup prvních příznaků.

- *Trvalé duševní poruchy s bludy* - porucha s bludy (dříve také označovaná jako paranoia) tvoří další samostatnou kategorii psychotických onemocnění. Od ostatních poruch tohoto typu se odlišuje hlavně převládající bludnou symptomatologií a minimální nebo žádnou přítomností halucinací. Tato porucha bývá poměrně vzácným jevem. Hlavně i pro to, že není poznamenána hlubokým defektem osobnosti. Jedinci s touto poruchou bývají svým okolím často vnímáni spíše jako podivní, než jako nemocní. Léčba poruchy s bludy je proto velmi svízelná a má dlouhodobý chronický průběh.

*Schizofrenie* - tvoří významnou samostatnou kapitolu v oblasti psychotických onemocnění. Je také nepočtenější kategorií v počtu nemocných. Jedná se pravděpodobně o nejzávažnější téma z pohledu psychiatrie. Toto onemocnění se vyznačuje chronickým průběhem, významným funkčním postižením, změnami osobnosti, sníženou kvalitou života, vysokou mírou pracovní neschopnosti a mnohdy i trvalé invalidity, což má výrazný dopad nejen na nemocného, jeho rodinu, ale i celou společnost. Proto se domníváme, že je vhodné se věnovat této nejpočtenější a nejzávažnější kategorii psychotických onemocnění trochu podrobněji. (Horáček, 2003, s. 31-76)

### 2.2.1 Základní vymezení schizofrenie

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které narušuje schopnost nemocného jednat srozumitelně a chovat se v souladu s okolnostmi. Toto onemocnění ovlivňuje lidské myšlení, cítění a jednání. Působí vleklou neschopností uspokojivě naplnit život, dostát životním rolím, zvyšuje mortalitu. To znamená, že výrazným způsobem ovlivňuje kvalitu života jedince. Ze subjektivního hlediska schizofrenie způsobuje napětí, nejistotu a hluboké odcizení, což vede k dezorganizaci a úpadku duševních funkcí. Z pohledu lékařského se jedná o onemocnění nejsložitějšího lidského orgánu: mozku. (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 342)

Podle Vágnerové (2004, s. 339) je důležitým znakem schizofrenie narušení orientace v realitě. Nemocný není adekvátně schopen zpracovávat běžné informace, zhodnotit je a zapamatovat si je. Podněty hodnotí jinak a obvykle jim přiřítá jiný význam, než mají, nebo mohou mít.

Jelikož je schizofrenní onemocnění charakteristické velkou proměnlivostí příznaků, došlo již v začátcích moderní psychiatrie k jeho rozčlenění do několika forem. A právě toto rozčlenění významným způsobem napomáhá zvýšit spolehlivost diagnózy. První rozdělení v této oblasti provedl na přelomu 19. a 20. století významný německý psychiatr Emil Kraepelin, který rozlišil formu paranoidní, hebefrenní a katatonní. Jednotný pojem schizofrenie byl potom zaveden kolem roku 1908 švýcarským psychiatrem Eugenem Bleulerem. Ten přehodnotil Kraepelinovo pojetí a shrnul řadu psychóz pod jednotný pojem *dementia praecox*. (Rahn a Mahnkopf, 2000, s. 169)

Toto tradiční členění schizofrenie bylo v průběhu let doplněno a nyní je podle MKN-10 můžeme klasifikovat takto:

*Hebefrenní forma* - odpovídá svou symptomatologií laické představě o „bláznech“. Mezi charakteristické projevy patří například nepřiléhavost chování i emocí, dětinský a nezralý způsob zvládání životních situací, pseudofilozofování, myšlenková odtrženost až emoční tupost. Charakteristické jsou také grimasy a smyslu zbavené motorické a mimické projevy. Halucinace a bludy u této formy nepřevládají, v omezené míře se přesto mohou vyskytnout. Proto je kontakt s nemocným obtížný a jeho projevy mohou být nepředvídatelné.

*Katatonní forma* - o této formě mluvíme tehdy, jestliže jsou v popředí klinického obrazu onemocnění poruchy motoriky. Může jít o aktivity extrémně zvýšené, nebo naopak extrémně snížené hybnosti. U katatonní formy je tedy charakteristická bezcílnost a nepřiměřenost motorických projevů. Jako je zaujímání nezvyklých poloh končetin a těla nebo celková ztuhlost.

*Simplexní forma* – lze ji obecně charakterizovat změnami v chování, které vyplývají z postupného stažení se nemocného ze vztahu k vnějšímu světu. Nemocný jakoby ztrácí „životní sílu“ a schopnost vypořádat se s nároky běžného života. Dominují mnohočetné problémy neurotického charakteru, jako jsou úzkost, stesky, nepochopitelné „hysterické projevy“. Tato forma schizofrenie je často rozpoznána v souvislosti s výraznou změnou postoju vůči rodině, škole, nebo zaměstnání.

*Paranoidní forma* – tato forma je charakterizována především bludy. Jejich rozvoj může probíhat různým tempem a zasahuje celou osobnost nemocného. Ať už jde o bludy ovládnutí, ovlivňování, perzekuce nebo mesiášského poslání, které jsou často doprovázeny, nebo předcházeny halucinacemi, nejčastěji sluchovými, jako jsou například komentující hlasy, nebo komentující hovory hodnotící nemocného jedince. Tato forma je také z hlediska počtu kategorií nepočetnější.

*Nediferencovaná forma schizofrenie* – v některých případech nemusí mít klinické formy onemocnění schizofrenie vyhraněnou podobu. Konkrétní zařazení může komplikovat skutečnost, že zahrnuje symptomatologii více forem najednou a nelze přesně určit, která je v popředí. Právě z tohoto důvodu spadají do této kategorie. (Libiger, 1991, s. 93-97)

U všech výše zmíněných forem je také důležité rozdělení schizofrenní patologie na dvě části, a to pozitivní a negativní. Mezi pozitivní řadíme přítomnost psychotické symptomatiky, jako jsou halucinace a bludy v průběžných atakách. Mezi negativní potom například patří snížený emoční projev, zchudnutí řeči a pokles zájmu, nebo snížená sociální aktivita. Výskyt negativních symptomů se po proběhlé psychotické atace obvykle zvýrazňuje a přibývá jich s délkou trvání onemocnění. (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 360)

### 2.2.2 Vztah klinického průběhu a prognózy schizofrenie

Můžeme tedy říci, že spolu s délkou trvání onemocnění se výskyt negativních symptomů zvyšuje. A díky tomu dochází nejen k prodlužování léčby samotné, ale i ke zhoršení kvality života nemocného. Je ovšem třeba zdůraznit, že schizofrenie je onemocněním léčitelným. Zkušenosti z klinického průběhu schizofrenie ukazují, že asi třetina osob trpících schizofrenií se plně uzdraví, další třetina má v průběhu života několik epizod onemocnění a poslední třetina osob má průběh nemoci chronický, kdy příznaky onemocnění přetrvávají dlouhodobě. Co se týká prognózy, ta je příznivější u onemocnění s náhlým začátkem a přítomností pozitivních symptomů (bludy, halucinace). A méně příznivou prognózu potom mají onemocnění s plíživým začátkem a přítomností spíše negativních symptomů. (Doubek, Praško, Hons a Herman, 2010, s. 14)

Včasné odhalení a začátek léčby je z těchto důvodů základem pro to, aby její úspěch byl co nejefektivnější a nedošlo ke zhoršení jak průběhu onemocnění samotného, tak i kvality života osoby s tímto typem onemocnění. Schizofrenie je onemocněním léčitelným, i když

v mnoha případech nedojde k plnému uzdravení nemocného jedince. Její léčba může trvat v některých případech velmi dlouho a může být provázena mnoha zvraty.

### 2.2.3 Možnosti léčby schizofrenie

Příčina vzniku schizofrenie není doposud zcela ujasněna. Lze tedy předpokládat, že okolnosti jejího vzniku ovlivňuje komplex mnoha faktorů a jejich vzájemná interakce. Podle posledních zjištění v dané oblasti jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn a vyvolávajících podnětů. (Vágnerová, 2004, s. 334)

Nejčastěji onemocnění schizofrenií začíná v období adolescence a v rané dospělosti, a to ve většině případů v období mezi 20. a 24. rokem. Léčba samotná začíná navázáním terapeutického vztahu. Jedná se o proces dlouhodobý, při kterém je nutné brát v potaz aktuální fáze onemocnění a jejich vliv na stav samotného nemocného. (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 352)

Jak uvádí ve svém díle Cohen (2002, s. 166) „Během posledních sta let se toho lékaři o schizofrenii dozvídají čím dál tím víc a za tuto dobu vyvinuli různé způsoby léčby: biologické, psychologické, sociální.“

Nejpodstatnější součástí léčby schizofrenie je ovšem léčba psychofarmakologická. Vlivem léků se zmírňují především akutní a pozitivní příznaky onemocnění, i když nemusí vymizet zcela. Po první atace by měla léčba psychofarmaky trvat minimálně jeden až dva roky. Někdy mohou mít nemocní obavu z vedlejších účinků léků. Ale v současné době jsou již k dispozici léčiva, která se snaží tyto vedlejší účinky maximálně eliminovat. Druhou, neméně hodnotnou a účinnou částí léčby, je psychoterapie, která by měla sloužit nemocnému k porozumění sobě samému a podstatě jeho choroby. Nezanedbatelnou roli v procesu léčby hraje také socioterapie, která se zaměřuje na dosažení přijatelné sociální adaptace nemocného. Hlavně pak v oblasti jeho samostatnosti, bydlení, zaměstnání. (Vágnerová, 2004, s. 366)

Důležitost socioterapie ve své díle zmiňuje i významný český psychiatr Libiger, který zdůrazňuje, že sociálně terapeutický přístup se prolíná s psychoterapií zejména v oblasti některých skupinových aktivit a rodinné terapie. Její důležitost vidí především v poskytování pracovně-právního poradenství a využití změněné pracovní schopnosti u nemocných se schizofrenií. To podle něj představuje využití možnosti nemocných pracovat v chráně-



ných dílnách. V případě socioterapie je účinnost léčby schizofrenie a zlepšení kvality života nemocných nejen v rukou lékařů, ale i společnosti, která na sociální zázemí pro nemocné poskytuje prostředky. Z toho vyplývá, že sociální rehabilitace nemocných se schizofrenií závisí nejen na pokrocích v medicíně, ale i na úrovni poskytovaných sociálních služeb. (Libiger, 1991, s. 116)

### 3 JAK SE VYPOŘÁDAT SE STIGMATEM NEMOCI

Jakákoliv diagnóza psychiatrického onemocnění s sebou přináší obavu nemocného, ať již opodstatněnou, či nikoliv, ať už z reakce blízkých a okolí vůbec. A to i dnes, kdy informovanost společnosti je díky pokrokům medicíny poměrně vysoká. Pro nemocné zotavující se z epizody schizofrenie, je tato situace velmi obtížná, protože se ocitají před velkou výzvou, jak se s nastalou situací vypořádat. Jak jsme již zmínili, onemocnění je samo o sobě stále opředeno řadou mýtů vedoucích až k bludnému kruhu odcizování, který zasáhne nejen osoby schizofrenií trpící, ale ve většině případů i jejich rodinu a blízké. A právě stigma psychiatrického onemocnění se často stává jednou z hlavních příčin sociální izolace, která u některých nemocných může vést až k nežádoucím patologickým jevům, jako je užívání alkoholu nebo drog, neschopnost najít si zaměstnání nebo i bezdomovectví. U některých nemocných může docházet až ke snaze řešit tuto situaci dlouhodobou hospitalizací v rámci uzavřených psychiatrických oddělení. To vše, ale velmi výrazným způsobem, snižuje šance na jejich vyléčení. (Doubek, Praško, Hons a Herman, s. 34-35)

Proto je jedním z důležitých cílů, jak se s náporem nemoci vypořádat, návrat do zaměstnání. Velkému množství pacientů se daří zůstat ve svém původním zaměstnání, což je jistě velmi pozitivní zjištění. Ale je prakticky vždy nezbytné docílit jistých úprav pracovního režimu a prostředí. Jde zejména o stres a jiné zátěžové činitele, jako jsou například střídavé směny, hluk, ale i náročné mezilidské vztahy, které se mohou negativně odrazit ve zhoršení jejich obtíží. Jinými slovy se dá říci, že návrat do zaměstnání je velkým pozitivním bodem v léčbě osob se schizofrenií, který podstatnou měrou napomáhá vypořádat se stigmatem nemoci. Ale zároveň platí, že úspěchat tento návrat, navíc bez konzultace s psychiatrem, může vést ke zhoršení stavu a v některých případech i k relapsu psychózy (relaps - návrat akutních psychotických příznaků, které již byly zaléčeny). Proto zde platí pravidlo, že návrat do zaměstnání by měl být připravený, pozvolný a konzultovaný s ambulantním psychiatrem. (Kalina, 1987, s. 222-225)

Domníváme se, že duševní onemocnění patří stále mezi nemoci stigmatizované snad také proto, že „šílenství“ bylo stigmatizovaný stav již dávno před objevením jeho medicínského výkladu a regulace. Mít stigmatizovanou nemoc veřejně známou znamená pro nemocné stále se setkávat s různým stupněm odmítání, což sice vybočuje z povinnosti lidí cítit s nemocnými jako s trpícími, ale tento jev je bohužel ve společnosti stále přítomen.

Existují totiž duševní poruchy, u nichž jako by se přece jen předpokládal určitý podíl viny nemocného, a reakce na ně se na místo podpory ocitá mnohdy na pomezí negativních sankcí vůči nemocnému. Před několika lety již byla v České republice vedena kampaň pod názvem „Duševní nemoc je nemoc jako každá jiná“, která však ztroskotala na existenci zvláštní subkategorie, do které duševní onemocnění stále spadá. Neboť lidé, kteří se ke svému onemocnění přihlásí a nebojí se jej pojmenovat, jako by byli většinovou společností považováni za jakési narušitele ustálených norem. Vzniká tedy paradoxní situace, že tito lidé platí za pomoc, úlevu, či úzdravu tím, že jsou odmítáni. S tímto přístupem se setkávají po dlouhou dobu, v některých případech i po zbytek života, i když původní problém (onemocnění) byl již zlikvidován. (Höschl, Libiger a Švestka, 2002, s. 219)

### 3.1 Psychoterapeutické možnosti pomoci nemocným

Schizofrenie je onemocnění, které, jak už jsme v naší práci zmínili, je charakteristické změněným vnímáním, které představují zejména halucinace, tzn. osoba „slyší“ hlasy, ačkoliv nikdo nemluví, a má bludy. Bludy představují mylná, nevyvratitelná přesvědčení, která nemocnému připadají v daný moment reálná. Proto samozřejmě první místo v léčbě onemocnění hrají psychofarmaka, která jsou prvořadá při zahájení léčby a hrají zásadní roli v tom, aby průběh onemocnění byl co nejvíce příznivý. Ne vždy se léčba v počátcích onemocnění obejde bez hospitalizace nemocného na lůžkovém psychiatrickém oddělení. Po zaléčení akutní fáze onemocnění přichází na řadu psychoterapie, s níž je třeba začít i u hospitalizovaných pacientů co nejdříve, protože příznaky psychózy pacienta zneklidňují, vedou k pocitu nejistoty, úzkosti a strachu. Pojem psychoterapie velmi výstižně ve svém díle determinoval Libiger (1991, s. 115), který uvádí: „Souhrn současných názorů na psychoterapeutické postupy u schizofrenních nemocných lze zhruba shrnout tak, že jejich účinek se sčítá s výsledky psychofarmakoterapeutického působení.“

Nejčastější používané psychoterapeutické postupy jsou:

- Individuální psychoterapie - jejímž cílem je obnovit důvěru ve svět, nalézt si pevnou vztahovou osobu, které je možno důvěřovat a která poskytuje přátelskou atmosféru a klienta do ničeho nenutí.

- Skupinová psychoterapie - napomáhá uvědomit si formy chování. V akutním stadiu nemoci je nevhodná. Po odeznění akutních příznaků je však velmi prospěšná při zpětném začlenění se mezi lidi.
- Rodinná psychoterapie – tvoří v psychoterapii relativně samostatnou a velmi důležitou kategorii, protože přibližně tři čtvrtiny nemocných se po propuštění z nemocnice vracejí do své původní rodiny. Lehčí ataky onemocnění se dokonce obejdou i bez hospitalizace. Pro nemocného je potom potřebné, aby bylo v rodině vytvořeno příznivé klima bez prudkých emocí a hádek.

Při léčbě psychóz jsou ovšem nutné specifické psychoterapeutické postupy, protože léčba osob, které prodělaly epizodu psychózy, může trvat i několik let. I léčba ve skupině by se tedy měla přizpůsobovat individuálním potřebám pacienta. A měla by také poskytnout odpovědi na jeho otázky.

### 3.1.1 Otázky z pohledu nemocného před zahájením terapie

Cílem psychoterapie je přispět k lepšímu zvládnutí příznaků nemoci, možnosti pracovat, zlepšení vztahů s lidmi, oživení zájmů vedoucích hlavně k větší samostatnosti. Jedním ze zásadních bodů terapie je upozornění na nezbytnost dlouhodobé léčby psychofarmaky. Obvykle následuje po období vyčerpanosti, po prodělané epizodě a v této situaci je proto vhodné nemocnému poskytnout odpověď na základní otázky, určení jistých pravidel mezi ním a terapeutem a tak společně nalézt odpovědi na otázky typu:

- Jaký je cíl terapie?
- Jak dlouhou sezení trvají?
- Kolik sezení bude přibližně potřeba?
- Za jak dlouhý časový interval pocítí pacient účinky terapie?
- Má pacient možnost obrátit se na terapeuta i v období mezi sezeními?

Rodina nemocného by také měla být součástí terapie, protože se domníváme, že v rámci terapie hraje také svou roli a psychotické onemocnění výrazně ovlivňuje i její chod.

### 3.1.2 Rodinná terapie

Jak jsme již zmínili v předchozím textu, pro dobré výsledky léčby psychotického onemocnění je třeba vytvořit „příznivé klima“. Tedy prostředí bez zbytečného tlaku a stimulů, které mohou v průběhu léčby působit negativně. Jinými slovy se dá tedy říci, že nároky na nemocného by měly být přiměřené jeho možnostem. Proto je důležitou součástí léčby také rodinná terapie. Neboť dostatek informací je pro nemocného s psychotickým onemocněním a jeho blízké základním kamenem úspěšné léčby. Zjednodušeně by se dal cíl rodinné terapie charakterizovat do dvou základních bodů: naučit příbuzné rozlišit, co je projevem nemoci a co je osobnostní rys nemocného. A důrazně rodinu upozornit na nutnost dlouhodobé léčby psychofarmaky. Cíl rodinné terapie se dá charakterizovat také například takto: „Rodinná terapie znamená léčení nemocného v rámci rodiny, a ne léčení nemocné rodiny.“ (Kalina, 1987, s. 90) Jejím dalším důležitým cílem je také naučit nemocného a jeho rodinné příslušníky jak plánovat režim dne.

### 3.1.3 Pravidla pro plánování režimu dne

Režim dne je další důležitou součástí léčby, která může přispět k úspěšnému vypořádání se s onemocněním, které navazuje na pravidelné užívání léků a spolupráci s ambulantním psychiatrem. Blíže determinovat se dá jako dodržování zásad zdravé výživy, jejíž součástí by mělo být nahrazení cukrů a tuků, jíst pravidelně a menší porce jídla, jíst pomalu, důrazně se vyvarovat požívání alkoholických nápojů, protože ty mohou vyvolat řadu nežádoucích účinků spolu s užíváním psychofarmak. Důležitým bodem režimu dne je také osvojení si zásad psychohygieny, které představují například vyhýbání se stresu, omezení přehnané zátěže, sledování televize, počítače, nenechat se zaplavit množstvím podnětů. Plánování navyšování zátěže je jednou z nejdůležitějších kapitol léčebného režimu. A proto by mělo být pozvolné a konzultované s ambulantním psychiatrem. (Doubek, Praško, Hons a Herman, s. 35-39)

## 3.2 Význam terapie pro život nemocného a jeho blízké

Psychofarmakologická terapie, jak jsme již několikrát zdůraznili, je při léčbě psychotického onemocnění o to účinnější, oč komplexnější je v současné době psychosociální přístup k nemocnému. Zejména jde o rodinnou terapii a trénink sociálních návyků, což vyžaduje

systematickou spolupráci s ambulantním psychiatrem všech zúčastněných, tedy nemocného a jeho blízkých. (Smolík, 2002, s. 176)

Vliv terapie na život nemocného, jeho rodinné příslušníky můžeme charakterizovat asi takto: podstatou pro rodinu osoby s psychotickým onemocněním je, aby věděla, jak se zachovat v krizových a rizikových situacích, jak pomoci blízkému k návratu zpět do každodenního života, a naučili se rozpoznat, co mu pomáhá a co naopak škodí. Pro rodinu je totiž nesmírně obtížné rozlišit, jaké chování je správné, a jak toto správné chování vlastně vypadá. A proto je úkolem terapie naučit nemocného a jeho rodinu, aby nepostupovali metodou „pokusu a omylu“, která přináší oběma stranám zvýšenou stresovou zátěž a zklamání. Proto by se měli rodinní příslušníci držet rad terapeuta, které můžeme charakterizovat takto:

- Neexistuje jediné univerzální chování k osobám s psychotickým onemocněním.
- Nejlepší je se chovat k nemocnému přirozeně.
- Otevřeně a jasně se postavit za léčbu medikamenty.
- Při podezření, že nemocný neužívá léky, kontaktujte lékaře.
- Podporujte nemocného v udržovací léčbě.
- Pokud se chováte přímo a otevřeně, dáváte nemocnému pocit jistoty.
- V léčbě psychotického onemocnění nemohou pomoci léčitelé, ani jiné alternativní praktiky.

Pro samotného nemocného poskytuje terapie také celou řadu důležitých rad. Hlavně to, co on sám může udělat pro úspěšnou léčbu. Nejdůležitější z nich by se například daly charakterizovat takto:

- Nezůstávejte s problémem sami.
- Během akutní léčby nedělejte závažná rozhodnutí.
- S úvahami o sebevraždě se svěřte tomu, komu důvěřujete.
- Užívejte léky podle předpisu.
- Vyhněte se alkoholu a drogám.
- Dodržujte pravidelnou životosprávu.

- Neposlouchejte své hlasy.
- Neukončujte předčasně léčbu, i když se už cítíte lépe.
- Důvěřujte svému psychiatrovi.

Veškerá účinná opatření proti rozvoji psychózy nebo jejímu odstranění je zpravidla možné udělat už na samém počátku, kdy se objeví první varovné příznaky. Proto má velký význam jak pro nemocného, tak i pro jeho rodinu spolupráce s ambulantním psychiatrem, která napomáhá návratu do běžného života. (Doubek, Praško, Hons a Herman, s. 38-39)

### 3.3 Vliv ambulantní terapie

Role ambulantního psychiatra je v procesu návratu do běžného života po prodělané epizodě psychotického onemocnění jednou z nejpodstatnějších. Protože právě on by měl vést nejen nemocného, ale také jeho rodinné příslušníky k tomu, jak se vypořádat se změnami, které do jejich životů přináší onemocnění. Důležitou roli hraje ve vztahu lékaře a nemocného jeho nestrannost. Což vyžaduje bezpodmínečnou kontrolu zejména afektivních reakcí z jeho strany. Vztah lékař - pacient s sebou přináší zvláštní emoční situaci charakterizovanou přenosem a protipřenosem. Přenos znamená, že pacient zaujímá vůči lékaři zhruba stejný postoj jako k blízkým autoritám. Protipřenos z lékařovy strany zase odráží dřívější lékařovy zkušenosti ze situací, které mají s nynější situací jistou souvislost. Tato regulace emočních projevů ze strany lékaře nemá nic společného s bezcitným, nebo profesionálně otrlým přístupem. Naopak lékařovo chování má vždy vyjadřovat sympatii k pacientovi a ochotu mu pomoci. Základem vztahu lékař - pacient by vždy měl být, že se lékař nemá vciťovat do pacientových potíží, nemá s ním trpět. (Dušek a Večeřová-Procházková, 2005. s. 11)

Každý může hledat přednosti ambulantní terapie v něčem jiném. Jisté je však to, že úspěšná léčba psychotického onemocnění se bez ní neobejde. Hlavním úkolem ambulantního psychiatra je samozřejmě nastavení vhodné medikace, která je bezpodmínečně nutná pro úspěch léčby. Ale napomáhá také při rodinné terapii, psychoedukaci, při porozumění psychóze a jejich příznakům. Jak vnímají vliv ambulantní terapie samotní nemocní, jakým způsobem ovlivnila jejich život a kvalitu jejich života nastíníme v praktické části této práce.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**



## 4 METODOLOGICKÉ POJETÍ VÝZKUMU

Pro teoretickou část této práce jsme zvolili kvalitativní pojetí výzkumu, neboť podstata zkoumaného problému k tomu sama vybízí. V teoretické části se totiž zaměříme na to, zda a do jaké míry ovlivnila ambulantní terapie život osob s psychotickým onemocněním. A právě kvalitativní pojetí nám lépe umožní pochopit podstatu tohoto zkoumaného jevu.

Jak ve svém díle uvádí Disman (2002, s. 285) „kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělováním informacím“.

Jinými slovy můžeme říci, že strategie kvalitativního výzkumu se vyznačují pružnými plány postupu. To znamená, že se v průběhu výzkumu mění a to v závislosti na aktuálních potřebách a dosavadních výsledcích. (Hendl, 2005, s. 143)

### 4.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumu této bakalářské práce je popsat, zda a do jaké míry má ambulantní terapie pozitivní vliv na život osob s psychotickým onemocněním, tj. zda má vliv na kvalitu jejich života.

### 4.2 Dílčí cíle

- Determinovat, jaké omezení onemocnění způsobuje.
- Interpretovat otázku, zda je psychotické onemocnění společností stále vnímáno jako stigma.
- Zhodnotit možnosti zaměstnání osob s psychotickým onemocněním
- Popsat změny v kvalitě života osob s psychotickým onemocněním po zahájení terapie.
- Popsat a interpretovat, jakým způsobem zasáhla nemoc do rodinného života osob s psychotickým onemocněním.

Tyto dílčí cíle v rámci analýzy dat posléze rozčleníme do pěti kategorií (nemoc, stigma, zaměstnání, terapie, rodina), které budou představovat jednotlivé oblasti života osob s psychotickým onemocněním.

### 4.3 Metoda získávání dat

V rámci výzkumného šetření, jak již bylo zmíněno, bude pro empirickou část bakalářské práce použit kvalitativní výzkum. A to z důvodu, že nám umožní získat integrovaný pohled na předmět naší studie, a také proto, že koresponduje se základním metodologickým nastavením této bakalářské práce. Jako metoda získávání kvalitativních dat byl vybrán **polostrukturovaný rozhovor (interview)** a to z důvodu výhod, které má oproti nestrukturovanému, nebo naopak plně strukturovanému rozhovoru. Mezi výhody, které polostrukturovaný rozhovor poskytuje, patří hlavně možnost upravovat pořadí otázek, které na respondenta máme, což nám umožní z daného rozhovoru vytěžit maximum potřebných informací potřebných pro naše účely. Je ale třeba brát v potaz, že základem polostrukturovaného rozhovoru je dané téma, které je pro tazatele pevně závazné. Toto téma je potom blíže specifikováno okruhem otázek, na které se respondenta budeme ptát. (Mioviský, 2006, s. 159)

### 4.4 Výzkumné otázky

V průběhu výzkumu proto zaměřujeme svou pozornost na tři níže naznačené základní okruhy otázek. Každý z nich je potom dále specifikován a rozšířen takovým způsobem, aby otázky na straně jedné nabyly zamýšlené požadované podoby polostrukturovaného dotazníku, na straně druhé, aby měli dotazovaní dostatek prostoru pro vyjádření svých vlastních postojů a emocí, neboť u klientů s diagnostikovaným psychotickým onemocněním je zapotřebí usilovat ve všech případech právě o porozumění mnohdy komplikovaným psychickým stavům. Naše bádání je proto směřováno k těmto konkrétním základním okruhům:

- Je podle osob s psychotickým onemocněním jejich onemocnění společností stále vnímáno jako stigma?
- Přispěla ambulantní terapie ke zlepšení kvality jejich života?
- Jaká omezení jim onemocnění v životě způsobuje?

## 4.5 Výzkumný soubor

V souladu s principy kvalitativního výzkumu bude **výběr výzkumného vzorku záměrný v kombinaci s prostým náhodným výběrem**. V případě této bakalářské práce se bude jednat o klienty soukromé psychiatrické ambulance ve Vsetíně. Postup konkrétně vypadá takto: na základě možnosti zúčastnit se skupinového sezení byli osloveni klienti s diagnózou schizofrenie, zda by byli ochotni zapojit se do výzkumu, se kterým je spojena tato bakalářská práce. Hlavním kritériem výběru byl věk, protože první ataka toho onemocnění přichází nejčastěji mezi 20. - 24. rokem života. Výběr byl o to složitější, že zdaleka ne všichni klienti se byli ochotni výzkumu zúčastnit. Nakonec se k účasti na výzkumném šetření rozhodly čtyři osoby, a to tři muži a jedna žena ve věkovém rozpětí 25 - 40 let, u všech byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. Další podmínkou bylo, aby šlo o klienty, u kterých toto onemocnění bylo diagnostikováno před více než jedním rokem, a to z důvodu potřeby retrospektivního ohlédnutí v rámci výzkumného šetření.

## 4.6 Analýza získaných kvalitativních dat

Pro analýzu získaných kvalitativních dat použijeme kombinaci metod vytváření trsů s metodou zachycení vzorců (gestaltů). Metoda vytváření trsů nám umožní to, abychom určité výroky seskupili do skupin, například podle určitých jevů, místa, nebo případu. Základní princip této metody je postaven na možnosti srovnávání získaných dat. Metoda zachycení vzorců potom představuje relativně jednoduchý analytický nástroj, jehož princip spočívá v tom, že v datech vyhledáváme určité opakující se vzorce, které zaznamenáme (Miovský, 2006, s. 221-222). Pokoušíme se tedy na základě provedených polostrukturovaných dotazníků sestavit hlavní kategorie, tedy témata, která jsou v těchto dotaznicích obsažena. Každá z těchto kategorií je potom analyzována samostatně, což nám dovoluje zacílenější a zaměřenější pohled na každou z nich.

## 4.7 Triangulace

V rámci kvalitativního metodologického pojetí výzkumu rozeznáváme několik základních oblastí, v nichž uplatňujeme metody kontroly a zvyšování validity. Pro účely této práce použijeme metodu triangulace zdrojů dat, při které využijeme informací získaných jak od samotných osob s psychotickým onemocněním, tak od jejich rodinných příslušníků,

kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu. Cenné informace budeme mít možnost získat i od ambulantního psychiatra, tyto nám dají možnost odborného náhledu. A to samozřejmě se souhlasem všech výše uvedených osob. Dalším kontrolním mechanismem je pak metoda výběru výzkumného vzorku, byla provedena kombinací metod záměrného výběru a náhodného prostého výběru. V rámci analýzy získaných dat potom použijeme kombinaci metod vytváření trsů s metodou zachycení vzorců. Výsledná získaná data nakonec zpracujeme a vyhodnotíme.

## 5 PRŮBĚH VÝZKUMU

Samotný proces kvalitativního výzkumu začal oslovením několika ambulantních psychiatrů ve Vsetíně s nabídkou, zda by byli ochotni oslovit své klienty s diagnózou psychotického onemocnění a možností zúčastnit se výzkumného šetření pro tuto bakalářskou práci.

Ze tří oslovených na nabídku reflektoval pouze jeden ambulantní psychiatr ve Vsetíně, který také ochotně poskytl možnost zúčastnit se skupinového sezení s klienty s psychotickým onemocněním. Zde byla prezentována možnost zúčastnit se výzkumu týkající se vlivu ambulantní terapie na kvalitu života. Z devíti účastníků skupinového sezení se vyslovilo pro účast pět klientů. Jeden si svou účast do týdne rozmyslel. Do výzkumného souboru tedy byli nakonec zařazeni čtyři, a to jedna žena a tři muži ve věkovém rozpětí od 23 do 40 let s diagnózou paranoidní schizofrenie. Při dalším osobním setkání za účasti psychiatra jim byl prezentován cíl výzkumu spolu s žádostí oslovit také jejich rodinné příslušníky. Také jim byla nabídnuta možnost anonymity a přizpůsobení se jejich požadavkům, jak možnosti časového přizpůsobení, také možnosti volby prostředí, ve které se rozhovor uskuteční. Každý z klientů nakonec s účastí na výzkumu souhlasil.

Jediným negativem bylo odmítnutí pořízení zvukového záznamu ze strany tří klientů. Jeden se zvukovým záznamem souhlasil, ale s podmínkou, že nesmí být dále rozšiřován. Proto byla zvolena metoda písemného záznamu jednotlivých rozhovorů jak s klienty, tak s jejich rodinnými příslušníky. Z důvodu zvýšení anonymity byla také jména všech zúčastněných osob změněna. Jednotlivé rozhovory potom proběhly v časovém rozmezí jednoho měsíce, v čase, který si dotazovaní zvolili. I volba prostředí byla ponechána na jejich uvážení z důvodu, aby se cítili uvolněně a jejich výpovědi byly pokud možno co nejvíce spontánní. Jako první proběhl vždy rozhovor s klientem, pak teprve s rodinným příslušníkem a to vždy individuálně. Délka každého rozhovoru byla okolo čtyřiceti minut. I tak zhruba po půl hodině většina z dotazovaných začala projevovat únavu, nebo se plně nesoustředila na znění otázek. U jednoho z klientů musel být rozhovor rozdělen do dvou dnů a dvaceti minutových intervalů. Všichni zúčastnění také dali svolení s uveřejněním jejich osobní anamnézy s tím, že se ke kvalitě jejich života bude moci krátce vyjádřit i jejich ambulantní psychiatr. Možnost tří nezávislých pohledů na kvalitu života osob s psychotickým onemocněním se nakonec ukázal jako mimořádně prospěšný.

## 5.1 Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu

Pro zjištění, zda a jakým způsobem se změnila kvalita života osob s psychotickým onemocněním v důsledku ambulantní terapie, jsou použity výpovědi dotazovaných respondentů (klienti, jejich rodinní příslušníci, psychiatr), které byly rovněž v rámci výzkumného šetření vyhodnoceny. Toto vyhodnocení proběhlo komparativně, na základě jednotlivých oblastí výzkumného šetření.

### Kazuistika č. 1

**Jiřina, 23 let.** Paranoidní schizofrenie jí byla diagnostikována před 5 lety. Je svobodná, bezdětná, pracuje jako administrativní pracovnice. Rodinná anamnéza je bez psychiatrické zátěže. Matka je lékařka, otec soukromý podnikatel. V roce propuknutí onemocnění jí zemřel bratr, připravovala se na maturitu. Při propuknutí onemocnění začala slyšet hlasy, které jí radí a říkají, co má dělat. Byla hospitalizovaná, přerušila kontakty s přáteli a spolužáky. Ty byla schopna opět navázat až po dvou letech. V péči ambulantního psychiatra je čtyři roky. Cítí se dobře, pracuje v rodinné firmě, studuje vysokou školu, bydlí s přítelem.

### Kazuistika č. 2

**Zdeněk, 30 let.** Paranoidní schizofrenie mu byla diagnostikována před 6 lety. Je svobodný, bezdětný, má invalidní důchod třetího stupně. Psychiatrická diagnóza se vyskytuje v rodinné anamnéze. Matka od mládí trpí panickou poruchou. V době propuknutí onemocnění pracoval jako řidič. Začala se u něj ale projevovat paranoia, ve všem viděl spiknutí zaměřené proti sobě. Byl opakovaně hospitalizován, naposledy před dvěma lety. Nyní bydlí s matkou, která je důchodkyně, dříve pracovala jako zdravotní sestra. Nyní moc nevychází z domu. V péči ambulantního psychiatra je pět let. Doma hodně pracuje na počítači, věnuje se sportu, každé dopoledne dochází do denního stacionáře pro osoby s psychotickým onemocněním, vyhovuje mu zdejší denní režim.

### Kazuistika č. 3

**Petr, 33 let.** První ataka paranoidní schizofrenie u něj proběhla před 4 lety. Je svobodný, bezdětný, je invalidní důchodce třetího stupně. Rodinná anamnéza je bez psychiatrické zátěže. Před první atakou pracoval jako obchodní zástupce. V roce propuknutí onemocnění se cítil často přepracovaný, začal slyšet hlasy, které mu radí, přikazují, co má dělat, komentují jeho jednání. V psychiatrické léčebně byl hospitalizovaný zatím 2x, naposledy před rokem. Bydlí s otcem a jeho přítelkyní, často navštěvuje matku, která o něj hodně pečuje. Nejvíce času tráví u televize, cítí se často velmi unavený. V péči ambulantního psychiatra je 3,5 roku.

### Kazuistika č. 4

**Luděk, 40 let.** Diagnóza paranoidní schizofrenie u něj byla stanovena před 8 lety. Je ženatý, pracuje jako ekonom. V rodinné anamnéze se žádné psychiatricky významné onemocnění ani porucha nevyskytuje. Počáteční projevy onemocnění byly spojeny s vysokým pracovním nasazením a narozením dětí. Objevila se paranoidita a pocity nejistoty. Začal planě přemýšlet nad smyslem svého života, uzavíral se do sebe, posléze se začaly projevovat mesiášské bludy. Byl 2x hospitalizován v psychiatrické léčebně. V péči ambulantního psychiatra je sedmým rokem. Po druhé hospitalizaci se jeho stav začal výrazně zlepšovat. Důležitou roli v průběhu léčby hrála také podpora manželky a rodiny. Nyní se cítí dobře a opět pracuje. Nadále navštěvuje ambulantního psychiatra a užívá léky.

## 5.2 Analýza dílčích cílů

Analýzou rozhovoru s jednotlivými klienty a jejich rodinnými příslušníky jsme stanovené dílčí cíle rozčlenili do jednotlivých kategorií, které se zaměřují na konkrétní oblast výzkumu. Tyto kategorie jsou doplněny přesnými citacemi dotazovaných se závěrečným komentářem ambulantního psychiatra u každého z nich.

### **Determinovat, jaké omezení onemocnění způsobuje**

**ONEMOCNĚNÍ** – respondenti se vzájemně shodují v tom, že nemoc / psychotické onemocnění je něco, co výrazným způsobem ovlivnilo jejich budoucí život. Nemoc je něco, s čím se člověk obvykle nerodí. Pokud se lidskou nemoc pokusíme blíže determinovat,

můžeme říci, že má tři složky, a to biologickou, psychologickou a sociální. Jinými slovy tedy může říci, že nemoc ovlivňuje celou podstatu lidského života. Co se týká psychiatrického onemocnění ohrožuje hlavně vzájemný vztah nemocného člověka s druhými lidmi. Obzvláště pak s lidmi jemu nejbližšími, tedy s primární sociální skupinou, kterou představuje především rodina, přátelé, zaměstnání. Nemoc je jak podle samotných nemocných, tak i z pohledu jejich rodinných příslušníků něco, co přináší velkou zátěž celému jejich životu. Obzvláště proto, že v případě psychotického onemocnění se jedná o záležitost dlouhodobou, v některých případech i celoživotní.

**Jiřina:** „Nemoc je pro mě pořád problém. I když už je to 5 let, co to začalo, a cítím se teď v pohodě, je tu pořád. Tahle nemoc život hodně změní. A pak jsou tu věci s tím spojené, užívání léků... člověk přibývá na váze, cítí se ospalý...“

**Luboš (partner Jiřiny):** „Potkali jsme se, když už byla nemoc zaléčená. Kdyby mi to neřekla, asi bych to ani nepoznal... Je pravda, že se občas cítí hodně unavená, ale to má spousta lidí, i zdravých. Prostě nemám pocit, že by byla tou nemocí v něčem omezená. Je moc dobrá v práci i ve studiu, hodně spolu sportujeme a tak.“

**Zdeněk:** „Teď jsem už skoro dva roky dobrý. Ale jsem pořád takový zpomalený a náladový. Nevím no, možná jsem takový byl už dřív... Omezení tou nemocí, no hodně spím, do práce bych si asi netroufl... zatím. Taky už nemůžu tolik sportovat, jako dřív.“

**Zdeňkova matka:** „Každá nemoc se vyléčí, chce to svůj čas... Schizofrenie léčitelná je! Omezení jsou, ale je třeba je překonávat! Zdenda už je dva roky dobrý. Měl by se víc zapojit do života a nelitovat se... Únavu musí člověk překonat, nesesdět a pracovat...“

**Petr:** „Hlavně se špatně soustředím a u ničeho moc dlouho nevydržím, taky mám tik... Když člověk přijde z ústavu, je to vždycky hodně těžké, ale pak se to trochu srovná... A taky teď hodně spím, ehm...jako víc než dřív...“

**Petrova matka:** „Je potřeba mu pomáhat, aby se úplně uzdravil... Je pořád takový slabý... Dřív pomáhal on, teď je řada na mně... Peru mu, vařím, jdu s ním po doktorech. Bude to tak, než se úplně uzdraví, hlavně musí užívat léky a bude to zas dobré!“

**Luděk:** „Omezení ze začátku byly, hlavně co se týká práce. Hlavně po hospitalizaci to chvíli trvalo, než jsem se dal dohromady. Problém byl hlavně únava a ospalost... asi i oba-



vy. Teď už je to dobré, beru léky, nastavená medikace mi za čas sedla. Zase pracuju a dá se říct, že se i naplno věnuju rodině.“

**Lud'kova manželka:** „Když onemocnění začalo, problém to byl. Na děti jsem byla první dva roky vlastně sama, taky byl problém s penězi ... Manžel byl hodně unavený, neměl zájem o rodinu, práci ani koníčky... Teď už je to dobré, bere pořád léky, ale jejich vhodné nastavení ho vrátilo zpátky do života.“

Z analýzy výpovědí dotazovaných týkajících se toho, jaká omezení jim onemocnění způsobuje, dále vyplývá, že hlavní obtíž pro ně představuje především únava, ospalost a celková zpomalenost, která je více méně důsledkem nasazené medikace. Z toho potom pramení další omezení v běžném životě, jako jsou obtíže při práci a dalších aktivitách, které vyžadují fyzickou námahu. Dalším zjištěním je potom shoda v tom, že nemoc způsobuje narušení sociálních vztahů, zejména v počáteční fázi onemocnění. Dále můžeme na základě výpovědi klienta, který se potýká s onemocněním nejdéle, konstatovat, že dlouhodobé užívání vhodně nastavené medikace vede jak ke zlepšení vývoje onemocnění jako takového, tak ke zmírnění omezení, které způsobuje. Nezapomínejme v této souvislosti, že psychické onemocnění není na první pohled vidět, jako kupř. zlomená končetina, často se proto objevují obavy o budoucí vývoj (viz. výpověď Lud'ka). Už proto je nutné výše uvedené příznaky především chápat jako nutné doprovodné znaky dlouhodobého procesu zvyšování kvality života nemocných.

### **Interpretovat otázku, zda je psychotické onemocnění společností stále vnímáno jako stigma.**

**STIGMA** – jednou z největších překážek úspěšného zvládnání psychotického onemocnění a léčby je stigma, které je právě s tímto typem onemocnění často spojováno. Toto stigma může vést až k diskriminaci, která může ještě více zhoršovat potíže nemocných. Jde zejména o sníženou sociální interakci, omezenou nabídku pracovních příležitostí a další problémy, které mohou způsobovat problém při začleňování nemocného zpět do společnosti. Široká veřejnost a dokonce i zdravotníci pracovníci mají mnohdy tendenci vytvářet si stereotypní obrázek o nemocných s psychiatrickou diagnózou. Jde zejména o stereotypní představy typu, že osoba s psychotickým onemocněním je někdo, kdo je nevypočitatelný,

nebezpečný, nemůže pracovat, jeho nemoc se bude jen zhoršovat, nebo že je dokonce líný. Významné činitele při snižování stigmatu a diskriminace proto představují především osvěta a snaha o zvýšení právní ochrany osob trpících duševními chorobami.

**Jiřina:** „Myslím, že okolí je dnes více informované. Spíš jsem měla problém se s tím srovnat já... únava, snížené sebevědomí, stud... aspoň v začátcích to tak bylo. Možná mám i štěstí... Moje okolí nebere duševní poruchu jako něco, proč by měl být člověk izolovaný.“

**Luboš (partner Jiřiny):** „Nevnímám to jako problém a myslím, že ani její okolí ne, jak v práci, tak ve škole. Nevidím to jako stigma, proč taky... pracuje, studuje, život ji baví...“

**Zdeněk:** „Společnost se určitě za poslední roky změnila... k lepšímu. Kdo chce, k informacím se dostane, ale jsou pořád lidi, co to jako stigma berou...“

**Zdeňkova matka:** „Proč stigma?! Je to nemoc jako každá jiná a musí se léčit. Má snad stigma nemocný rakovinou?!“

**Petr:** „Moje okolí nijak nereaguje na to, že mám psychické onemocnění... Ani jsem nepřemýšlel, jak psychicky nemocné vnímá společnost... proč taky.“

**Petrova matka:** „Nevím... nikdo se mu neposmívá... Ani moc lidí to neví, to o něm a nemoci. Neříkáme to cizím lidem.“

**Luděk:** „Mám pocit, že společnost se opravdu mění. Já s tím problém nemám informovat své okolí. Ví to i zaměstnavatel. Normálně pracuju, podávám plný výkon...“

**Lud'kova manželka:** „Před těmi osmi lety se mi pohled společnosti zdál horší. Asi to bylo i tím, že první ataky se účastnilo i okolí... lidé se báli, že je nebezpečný... Teď je to dobré, máme pořád stejné přátele... myslím, že i informovanost roste.“

V odpovědích na otázku, jak současná společnost vnímá osoby s psychickým onemocněním, nebo psychiatrickou diagnózou, se obecně názory dotazovaných různí. Buď vnímají postoje společnosti jako spíše pozitivní, nebo se k nim staví lhostejně. V zásadě se však shodují v tom, že se současná společnost staví k osobám s psychickým onemocněním více tolerantně, než tomu bylo před lety. Velkou roli v šíření informovanosti v posledních letech jistě hrají také moderní média, zejména pak internet. Jak uvádí jeden

z dotazovaných „kdo chce, k informacím se dostane“. Z odpovědí dotazovaných vyplývá, že pro ně bylo a je velmi podstatné to, jak je přijme společnost. Pouze jeden z nich se staví k názoru společnosti lhostejně. Rodinní příslušníci se staví k otázce stigmatu také spíše pozitivně a nevnímají nemoc svého blízkého jako něco, co by je ve společnosti mělo diskriminovat.

### **Zhodnotit možnosti zaměstnání osob s psychickým onemocněním**

**ZAMĚSTNÁNÍ** – návrat do zaměstnání, představuje důležitou součástí léčby osob s psychickým onemocněním. Tento proces by měl být ale pozvolný a nenásilný, také by měl být vždy konzultovaný s ambulantním psychiatrem, protože v průběhu léčby, která má dlouhodobý charakter, existuje vždy riziko recidivy / relapsu onemocnění. K tomu může přispět hlavně stres, chaotický životní styl, nebo problematické mezilidské vztahy. Proto je nezanedbatelnou součástí léčby socioterapie, která se zaměřuje na pozvolnou sociální adaptaci nemocného. Co se týká zaměstnání, podstatnou roli zde hrají hlavně v počátku léčby chráněné dílny, které jsou provozovány různými neziskovými organizacemi. Jde hlavně o kavárny, dílny zaměřené na rukodělnou práci, keramiku, či práci s hlínou. Tyto dílny ale mají výrazně terapeutický charakter, co se týká finančního ohodnocení, není buď žádné, nebo pouze symbolické. Pro nemocné, hlavně pak ty dlouhodobě zaléčené, je proto zejména z důvodu finanční soběstačnosti důležitý návrat do řádného zaměstnání. Zde ale platí pravidlo, že tento návrat by měl být připravený, pozvolný a konzultovaný s ambulantním psychiatrem.

**Jiřina:** „Pracuji v rodinném podniku. Ale zvládla bych pracovat i jinde. Studuji dálkově, takže to na práci nemá vliv. Jen bych asi o svém onemocnění neinformovala hned při přijímacím pohovoru... později určitě.“

**Luboš (partner Jiřiny):** „Nemůžu to posoudit, seznámili jsme se, když už pracovala.“

**Zdeněk:** „Hodně záleží na tom, jaký je zaměstnavatel. Pokud bere invalidní důchodce, informoval bych ho i o svém celkovém zdravotním stavu... o své nemoci. Ono je vždycky lepší, když to ví... ale není jisté, jak zareagují.“

**Zdeňkova matka:** „Je to moc těžké, měl by pracovat... No ale dnes mají problém najít práci i zdraví... víte, jak to chodí.“

**Petr:** „Doktorka (psychiatr) mi říkala o nějaké chráněné dílně či co... Asi nějaké možnosti práce jsou, ale já se na to necítím... Mám ten tik, blbě se soustředím...“

**Petrova matka:** „Doktorka (psychiatr) mu nějaké možnosti zaměstnání nabízela. Ale myslím, že ještě není čas, aby pracoval a manuálně, to on by vůbec nezvládl.“

**Luděk:** „Pracuji už zase delší dobu. Měl jsem to štěstí, že jsem se vrátil na své původní místo. Zaměstnavatel je informovaný, myslím, že podávám dobrý výkon. Doma bych stejně asi nevydržel. A nějaké chráněné dílny, to není pro mě. Mám rodinu, potřebuju ji zabezpečit.“

**Lud'kova manželka:** „Manžel zase pracuje ve firmě, kde původně byl. Ale když se před lety vrátil z léčebny, informovala jsem se i o jiných možnostech. Překvapilo mě, že nabídka práce pro lidi s tímto onemocněním je malá. Dnes už je to snad lepší.“

Všichni respondenti ze strany nemocných se setkali s tím, že z důvodu hospitalizace a následné léčby museli buď dočasně, nebo trvale opustit své stávající zaměstnání. Většinou se také shodují v tom, že návrat do zaměstnání pro ně představuje důležitou, nebo dokonce téměř závěrečnou etapu léčby. Dva z nich dostali možnost se vrátit do svého původního zaměstnání a shodně konstatují, že návrat pro ně byl prospěšný a že svou práci zvládají téměř se stejným nasazením jako dříve. Třetí dotazovaný se vyjadřuje ve smyslu, že najít odpovídající zaměstnání je pro něj obtížné. Čtvrtý se domnívá, že pro návrat do zaměstnání ještě není připraven. Z výpovědí rodinných příslušníků potom vyplývá hlavně to, že se pouze s výjimkou jedné dotazované snaží nemocné v jejich návratu do zaměstnání podporovat. Co se týká toho, zda informovat zaměstnavatele o svém zdravotním stavu, vyjadřují se dotazovaní převážně kladně. Pouze se různí jejich názory v tom, zda tak učinit již při přijímacím pohovoru. Pokud se jedná o možnosti zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním, z výpovědí dotazovaných vyplývá, že jsou informovaní o možnostech, které jsou jim nabízeny. Pozitivním zjištěním je potom hlavně to, že dvěma nemocným se úspěšně povedl návrat do jejich původního zaměstnání.

**Popsat změny v kvalitě života osob s psychotickým onemocněním po zahájení terapie.**

**TERAPIE** – ambulantní psychiatrická terapie jedním ze základních nástrojů léčby po odeznění akutních příznaků onemocnění, které jsou nezdědka spojeny s hospitalizací. Výsledek léčby hodně závisí nejen na typu a průběhu psychotického onemocnění, ale také na ochotě nemocného spolupracovat s lékařem a dodržování užívání doporučených léků. Velmi důležitá je také pružnost terapeuta při sestavování léčebného režimu a jeho dodržování. Ten by měl být vždy individuální pro každého jednotlivého nemocného. Ve všech fázích léčby a zejména u terapie má velký význam spolupráce rodinou a blízkými osobami nemocného. Tato spolupráce a odborné vedením jim může pomoci odpovědět na všechny závažné otázky, které se týkají jak nemocného a jeho nemoci, tak sebe samých, lépe se vyrovnat se stresem, nebo dalšími problémy, jako jsou snaha o popření problému, zbytečné hledání apod. Spolupráce s rodinou je také důležitá v tom, že pomáhá zabránit sociálnímu vyloučení nemocného, což je spolu s farmakoterapií jedním z nejdůležitějších cílů ambulantní terapie.

**Jiřina:** „Můj život se s nemocí změnil zásadně. Po hospitalizaci se nějak přerušily vazby se spolužáky... trvalo dlouho, než jsem je obnovila... Hodně mi po návratu domů pomohla i ambulantní terapie. Když mám problém, s psychiatrem ho probereme, není to jen o lécích.“

**Luboš (partner Jiřiny):** „Mám pocit, že terapie je dobrá věc. Občas Jiřinku doprovázím, někdy se tam i zasmějeme a snad i vyřešíme nějaký ten problém. Jinak vliv nemůžu moc posoudit, neznáme se tak dlouho.“

**Zdeněk:** „Po návratu z léčení to nebylo nic moc, měl jsem strach a trochu nevěděl, jak dál... Návštěvy psychiatra mi pomohly se trochu zorientovat, chodím do Camina (stacionář ve Vsetíně pro osoby s psychotickým onemocněním)... Psychiatr problému rozumí, né jak ostatní doktoři, jeden takový mi řekl, že jsem hypochondr... blbec!“

**Zdeňkova matka:** „Návštěvy psychiatra po léčení hodně pomohly. Doktorka ho zase dostala mezi lidi. Ode mě si nedal říct...“

**Petr:** „Ambulantní terapie je fajn... Doktorka mě vždycky zjebe a dám se zase dohromady. Jinak ten život, no... špatně se soustředím, hodně spím... Už nedělám tolik koníčky, co jsem měl, nepracuju, nemám babu... ani nemám chuť někoho hledat.“

**Petrova matka:** „Petrovi návštěvy psychiatra moc pomáhají, je potom vždycky chvilku takový aktivnější... Po návratu z léčení nechtěl nikam chodit, celý den jen ležel. Teď je na tom líp... chodí ven s kamarády, hodně čte a tak.“

**Luděk:** „Náš život byl po mé hospitalizaci trochu divný... Nebo asi sem se spíš bál, jak zareagují lidi, nebo že se mi to zase vrátí... takové obavy... Doktorka (psychiatr) mi pomohla se v tom zorientovat a postavit se těm obavám a strachu čelem. Dnes musím říct, že nemám problém, i když léky беру pořád.“

**Lud'kova manželka:** „Myslím, že ambulantní terapie byla po manželově hospitalizaci nutná. Vlastně pomohla i mně, hodně jsem z počátku chodila sním. Ze začátku byl nemocí hodně zaskočený. Ale to já vlastně taky... Bylo toho hodně, psychoterapie, rodinná terapie. Myslím, že nám to pomohlo hlavně v tom postavit se problému... I informace byly ze začátku cenné.“

Všichni respondenti uvedli, že ambulantní terapie měla a má významný vliv na jejich život. Hlavní pozitiva se ukazují hlavně v tom, že přispěla k jejich začlenění zpět do společnosti. Pro většinu dotazovaných představoval problém především návrat z hospitalizace, kdy došlo na určitou dobu k přerušení běžných sociálních kontaktů. Terapie jim také podle jejich názoru pomohla se vyrovnat s těžkostmi, které provází zejména počáteční fáze léčby. Šlo především o únavu a zpomalenost spojenou s užíváním léků, hlavně v počáteční fázi. Dále z výpovědí vyplývá, že navázání vztahu s terapeutem, který je založen na vzájemné důvěře, vedlo k odstranění jejich obav z toho, jak je bude vnímat a přijímat okolí, ale i v tom, jak svou nemoc a sebe samé vnímají oni sami. Dva z dotazovaných také uvádějí, že návštěva psychiatra je dokáže přimět k větší aktivitě. Přednosti terapie lze jistě také vidět v i tom, že přispěla k obnovení vztahů a vazeb s přáteli a u dalších dvou respondentu přispěla k jejich návratu do zaměstnání. Většina dotazovaných ze strany nemocných i jejich rodinných příslušníků také uvádí, že terapie a kontakt s psychiatrem pro ně nepředstavuje jen nastavení medikace, ale že je pro ně i možností, kdy mohou probrat své problémy a obavy. Můžeme tady konstatovat, že pobyt v léčebně pomůže odstranit akutní příznaky

onemocnění a terapie přispívá k návratu nemocných zpět do společnosti, nebo můžeme dokonce říct do běžného života. Jinými slovy: pro zvýšení kvality života má terapie podle výpovědí všech dotazovaných dosti podstatný význam, neboť je cestou, jak překonat nepříjemné doprovodné problémy psychotického onemocnění v situaci, kdy pomocí medikace bylo dosaženo stabilizace celkové situace.

**Popsat a interpretovat, jakým způsobem zasáhla nemoc do rodinného života osob s psychotickým onemocněním.**

**RODINA** – podpora člověka s psychotickým onemocněním je obtížným celoživotním úsilím, které může být pro jejich nejbližší velmi stresující. Obzvláště pak při první atace onemocnění, kdy jsou rodina a blízcí konfrontováni s novou, pro ně neznámou situací. Fakt, že mají doma osobu s psychotickým onemocněním, může mít dopad na pracovní a společenský život rodinných příslušníků a hlavně může být emocionálně velmi vyčerpávající. V mnoha případech dochází také k velkému finančnímu zatížení rodiny, a to zejména při první atace, nebo recidivě onemocnění, což je většinou spojeno s dlouhodobější hospitalizací nemocného a jeho následným vyřazením z pracovního procesu. Členové rodiny často těžší informace z osvěty o nemoci a její léčbě a z poradenství pro rodinu, které jim poskytuje zejména řada odborníků, jako jsou psychiatr, případně psycholog. Zde se jim dostává hlavně emocionální podpory a praktických rad, jak zvládat chování nemocného. Domníváme se, že jde jistě také i o to, že účast rodiny na terapii osoby s psychotickým onemocněním je velmi podstatná. Protože většina nemocných se po hospitalizaci vrací do své původní rodiny. A právě rodina poskytuje nemocnému pocit zájmu a oporu, která je pro něj v počátcích boje s nemocí nejdůležitější.

**Jiřina:** „Moje matka je lékařka, přijala mou nemoc s klidem. S otcem se o to moc nebaším, ale myslím, že to vzal taky dobře. Oba jsou rádi, že je problém řešitelný... A přítel, ten je skvělý chlap. Ví všechno, ale poznali jsme se, až jsem byla zaléčená. Ale i tak by to jistě zvládl.“

**Luboš (přítel Jiřiny):** „No, my se poznali až později. Ale z vyprávění vím, že jí byla velkou oporou rodina. Snad bych byl i já. Určitě bychom to zvládli i spolu...“

**Zdeněk:** „Snad matka trochu chápe, jak na to jsem... Ale zbytek rodiny je neinformovaný... ehm, ani nechce nic slyšet. Snaží se mnou manipulovat! Vlastně i matka... Dělali by to tak jako tak.“

**Zdeňkova matka:** „Zasáhlo to celou rodinu. Dívají se na něho jako na lenocha, ze začátku se ho snad i báli. Hlavně by se měl víc zapojovat i on, ale spíš se rodiny straní. Radši je s kamarády...“

**Petr:** „Matka nesla diagnózu ze začátku těžce, to vím... ale během let se situací celkem vyrovnala. Snaží se mi pomáhat, věří, že se uzdravím. Ono to má i své výhody, víc o mě všichni pečují... jako celá rodina.“

**Petrova matka:** „Asi nás to i dalo víc dohromady, hodně mu pomáháme... já, bývalý manžel i jeho družka. Předtím jsem se s nimi nestýkala. Ale teď když pomáháme Petrovi, je to jiné...“

**Luděk:** „Celou rodinu to spíš dalo nějak dohromady. Hodně pomáhali manželce s dětmi, hlavně když jsem na tom byl nejhůř... Vlastně i mně, když jsem si nebyl sám sebou jistý, jestli se z toho dostanu... A manželka, no ta byla ze všech snad nejstatečnější, děkuju jí...“

**Lud'kova manželka:** „Rodina byla velkou oporou, moje i manželova... pomáhali mi s dětmi. Ono to zasáhlo všechny, ale musím říct, že se nikdo neotočil zády. Ani ho nikdo nelitoval, jako že je chudák nebo tak ...“

Jak vyplývá i z výpovědí dotazovaných rodina a její podpora je jednou ze základních opor pro nemocné při jejich boji s onemocněním. I když někteří dotazovaní dávají najevo, že pro ně nadměrná péče rodiny může být spíše obtěžující. Na základě analýzy získaných odpovědí, které se týkají rodiny nemocného a jeho nejbližších, se domníváme, že cílem rodinných příslušníků by mělo být pomoci nemocnému nezávisle fungovat, zvládat svou nemoc a vést vlastní život. Z výpovědí dále také vyplývá, že i když přijetí psychiatrické diagnózy u blízké osoby je hlavně v počátcích pro rodinu komplikované, postupně dochází spíše k jejímu stmelení za účelem podpory a pomoci nemocnému. Důležitou roli zde hraje také čas a informovanost rodinných příslušníků.



Pro výzkumnou část této bakalářské práce se nám také podařilo získat vyjádření ambulantního psychiatra výše uvedených osob s psychotickým onemocněním. Domníváme se, že právě tento názor odborníka v dané oblasti nám umožní náhled na subjektivní výpovědi dotazovaných a lépe zhodnotit posun v kvalitě jejich života. Vyjádření ambulantního psychiatra se vztahuje pouze k pohledu na kvalitu života dotazových, nikoliv k průběhu léčby a osobním údajům klienta, což ani ze zákona není možné. Všichni dotazovaní dali také souhlas s tím, že se jejich ambulantní psychiatr krátce vyjádří k otázce kvality jejich života. A vyjádření jim bylo předloženo k nahlédnutí.

Otázka pro psychiatra: **Domníváte se prosím, že došlo u klienta X po zahájení terapie k nějakým změnám v kvalitě života?**

**Jiřina:** „U slečny Jiřiny zatím onemocnění probíhá po první atace bez relapsu (recidivy). Velkou roli podle mého názoru také hraje dobrá compliance (ochota dodržovat režim léčby). Je ještě velmi mladá a líbí se mi její odhodlání s onemocněním bojovat. Za dobu co ke mně dochází, se zvládla vrátit do zaměstnání, začala studovat... určitě svou roli sehrála i rodina. Matka je lékařka.“

**Zdeněk:** „S panem Zdeňkem se nám podařilo překonat zbytky paranoidity, compliance (ochota dodržovat režim léčby) je moc dobrá, farmakoterapie mu sedí. Přestože je, myslím, dobře sociálně adjustován (připraven), zatím není schopen návratu do práce. Ale i na tom pomalu pracujeme. Dochází do Camina (stacionář pro osoby s psychotickým onemocněním), zdejší režimu mu vyhovuje, sportuje...“

**Petr:** „U pana Petr došlo ke zlepšení jeho stavu pozvolněji. Zhoršení stavu jsme vždy zvládli úpravou medikace. Ke skutečnému zlepšení došlo kombinací farmakoterapie a navázání vztahu, který je teď, myslím, založen na vzájemné důvěře. Myslím, že výsledky jsou zřejmé i pro něho. Má už na své onemocnění částečný náhled, je schopný zase zajít mezi kamarády, snažíme se pracovat na jeho větší samostatnosti...“

**Luděk:** „Pan Luděk je momentálně v udržovací fázi, farmakoterapii zvládá dobře, k relapsu (recidivě) nedochází. Pracujeme spolu už dlouho, zpočátku hlavně na překonání zbytků paranoidity a úzkosti. Součástí naší práce byla i rodinná terapie. Dnes je zpátky ve svém původním zaměstnání a myslím, že je i výborný rodič. Celkově rodinné vztahy u něj shledávám naprosto v pořádku.“

Z výpovědi psychiatra, zda došlo u klientů ke změně nebo posunu v kvalitě jejich života vyplývá, že při práci s osobami s psychotickým onemocněním je potřebný hlavně komplexní terapeutický přístup. Významnou roli zde hraje, hlavně v počátcích terapie, navázání takového vztahu, který je založen na vzájemné důvěře mezi klientem a psychiatrem. Hlavní roli při léčbě psychotického onemocnění představuje především farmakoterapie. Jedním z prvních cílů terapie je tedy pomoci klientovi vytvořit náhled na jeho onemocnění, který je zpočátku malý, nebo úplně chybí. Teprve při řádném dodržování léčebného režimu je možné s klientem dále pracovat. Z výpovědi dále vyplývá, že dalším cílem ambulantní terapie je návrat klienta zpět do běžných životních podmínek.

### 5.3 Odpovědi na výzkumné otázky

V odpovědích na námi stanovené výzkumné otázky jsme došli ke zjištění, že pohled společnosti na osoby s psychotickým onemocněním se postupem času mění k pozitivnímu, na co má vliv i rostoucí informovanost. Sami dotazovaní se vyjadřují ve smyslu, že pro ně jejich onemocnění představuje problém, ale že s postupem času a vhodně nastavenou léčbou je pro ně možné se začlenit opět do společnosti. Z výsledků také vyplývá, že jisté obavy pro ně představuje nástup do zaměstnání. A to především to, zda hned informovat zaměstnavatele o svém zdravotním stavu. Snad z obavy, že by je to mohlo diskriminovat. Jak ale ukazují výpovědi dvou dotazovaných, tyto obavy se nakonec ukázaly jako liché.

Dotazovaní se také vyjadřují ve smyslu, že hlavní omezení, které pro ně onemocnění představuje, jsou především ta tělesného rázu. V počátcích léčby jde hlavně o zpomalenost, únavu a ospalost. A právě tyto tělesné projevy vedou k tomu, že se na čas musí vzdát svých koníčků, zaměstnání a především aktivit vyžadujících zvýšenou tělesnou námahu. Pozitivním zjištěním je jistě potom fakt, že se většině z dotazovaných podařilo buď zcela, nebo částečně se do těchto aktivit zpět zapojit.

Co se týká odpovědi dotazovaných na otázku vlivu ambulantní (psychiatrické) terapie na zlepšení kvality jejich života, zde se všichni dotazovaná shodně vyjadřují ve smyslu jejího pozitivního vlivu. Její hlavní přínos vidí především v počáteční fázi onemocnění, kdy po první atace mají problém zorientovat se v nastalé situaci. Většina dotazovaných se

také vyjadřuje ve smyslu, že jejich vztah s lékařem je založen na vzájemné důvěře a není jen o nastavení medikace.

V celkovém souhrnu tedy můžeme konstatovat, že se autorovi podařilo kladně zodpovědět základní výzkumnou otázku týkající se po vlivu ambulantní terapie na kvalitu života nemocných. Je samozřejmé, že tento pozitivní vliv je podmíněn současným nasazením vhodné medikace, ovšem současně platí, že pouhá medikace není schopna kvalitu života přiměřeným způsobem pozdvihnout

## ZÁVĚR

V současné moderní době můžeme především s nástupem nového tisíciletí sledovat řadu změn, které se odrážejí ve společnosti. Ať už se jedná o pokroky ve vědě a technice, medicíně, ale také například v pohledu lidí na různé oblasti jejich života. Jedním z cílů této bakalářské práce bylo zjistit, jak se pohled společnosti a její vnímání změnilo ve vztahu k lidem s duševním onemocněním, nebo chcete-li duševní poruchou. Vycházeli jsme také z předpokladu, že i když se společnost s rozvojem globalizace změnila a informovanost díky rozmachu informačních technologií roste, co se týká pohledu na duševní onemocnění stále ve společnosti přetrvávají jisté bariéry, nebo že tento typ onemocnění je stále nahlíženo jako na jakési stigma. Proto jsme se pokusili v první řadě podívat na problematiku duševních onemocnění / poruch z širšího úhlu pohledu, tedy objasnit to, co vlastně pojem duševní onemocnění / porucha představuje. Dále nás také zajímalo to, jak sami lidé s duševním onemocněním vnímají dnešní společnost, a zda pociťují nějaké změny v kvalitě svého života. Pro účely této práce jsme se rozhodli zaměřit svou pozornost na osoby s psychotickým onemocněním, neboť právě toto onemocnění patří k onemocněním nejzávažnějším, a co se týká léčby taky k nejdéletrvavějším.

Teoretická část této bakalářské práce byla zaměřena na vysvětlení základních pojmů, jako je kvalitativní výzkum, kvalita života, klasifikace duševních onemocnění, klasifikace psychóz a psychoterapeutické možnosti pomoci nemocným. Dalším cílem teoretické části bylo popsat vliv ambulantní terapie, protože právě ta je nedílnou součástí života osob s psychotickým onemocněním, představuje jeden z hlavních prostředků, který je jim nápomocný při léčbě jejich nelehkého onemocnění.

Praktická část práce se potom zaměřila především na prověření hlavního cíle, a to zjištění, zda a do jaké míry ovlivnila právě ambulantní terapie kvalitu života osob s psychotickým onemocněním. Zde jsme došli k mnoha zajímavým poznatkům a zjištěním, které se týkaly toho, jak lidé s psychotickým onemocněním vnímají svou nemoc, jakým způsobem jim nemoc zasáhla do rodinného života a do zaměstnání. Další zjištění se týkala toho, zda vnímají své onemocnění jako stigma a zda jejich život nějakým způsobem ovlivnila ambulantní psychiatrická terapie.

Praktickou část této práce tedy tvoří především kvalitativním způsobem interpretované rozhovory s klienty psychiatrické ambulance a jejich rodinnými příslušníky. Velmi cen-

ným zdrojem pro analýzu jednotlivých výpovědí byly také konzultace s ambulantním psychiatrem, který nám poskytl možnost nezaujatého pohledu na daný problém. Domníváme se, že právě tato vzájemná provázanost tří relativně nezávislých výpovědí nám poskytla možnost nahlédnout na danou problematiku relativně hluboce.

Domníváme se, že se nám stanovený cíl podařilo adekvátním způsobem splnit. Došli jsme ke zjištění, že z výpovědi dotazovaných vyplývá, že ambulantní psychiatrická terapie má pozitivní vliv na život studovaného vzorku osob s psychotickým onemocněním. Díky ní se klientům daří lépe se vypořádat prakticky se všemi problémy, které jsou s tímto onemocněním spojené. Ať už jde o pocity obav, nejistoty, přispívá ke zlepšení sociálních vztahů a celkovému upevnění sociálních vazeb, které jsou pro klienty s tímto onemocněním důležitou součástí jejich většinou dlouhodobé léčby.

Celkově přinesly výsledky výzkumného šetření řadu pozitivních zjištění, například také skutečnost, že informovanost o psychotickém onemocnění jak klientů samotných, tak i v celé společnosti pomalu stoupá. Většina z dotazovaných se vyjádřila v tom smyslu, že nemají pocit, že by své onemocnění měli vnímat jako stigma. Mezi další pozitiva výzkumu patří také to, že při úspěšné léčbě se klientům daří zdolat jednu z nejnáročnějších překážek v boji s psychotickým onemocněním - návrat do zaměstnání. Klienti se také shodují v tom, že onemocnění po počátečním šoku jejich rodiny spíše stmelilo.

Vypracováním této bakalářské práce došlo k mnoha zajímavým zjištěním, která pro autora byla v některých ohledech i překvapující. Ať už šlo o zodpovězení hlavního cíle, ale také cílů dílčích, musíme konstatovat, že zjištění zde učiněná, byla vesměs pozitivní.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] COHEN, Robert, 2002. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-497-4.
- [2] DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Vyd. 3. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
- [3] DOUBEK, P., J. PRAŠKO, J. HONS a E. HERMAN, 2010. *Psychóza v životě- život v psychóze*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-231-5.
- [4] DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0197-9.
- [5] DŽUKA, Jozef, 2004 cit. podle GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [6] GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [7] HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- [8] HORÁČEK, Jiří et al., 2003. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis-Amepra. ISBN 80-86694-01-1.
- [9] HÖSCHL, C., J. LIBIGER a J. ŠVESTKA, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigris. ISBN 80-900130-1-5.
- [10] KALINA, Kamil, 1987. *Jak žít s psychózou*. Praha: Avicenum. ISBN 08-080-87.
- [11] KOVÁČ, Damián, 2004 cit. podle GURKOVÁ, Elen, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
- [13] LIBIGER, Jan, 1991. *Schizofrenie*. Praha: Vydavatelství a nakladatelství nezávislý novinář. ISBN 80-85121-13-1.
- [14] MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.
- [15] PAYNE, Jan, 20015. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.

- [16] RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF, 2000. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-964-0.
- [17] SMOLÍK, Petr, 2002. *Duševní a behaviorální poruchy*. Vyd.2. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 80-85912-18-X.
- [18] STRAUSS, Anselm a Juliet CORBINOVÁ, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu-postupy a techniky zakotvené teorie*. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- [19] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [20] ŠVEHLÍKOVÁ, Linda a Anton HERETÍK, 2008 cit. podle GURKOVÁ, Elen, 2011. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3625-9.
- [21] VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7178-802-3.

### Internetové zdroje

- [22] MOTLOVÁ, Lucie a Eva DRAGOMIRECKÁ, 2003. *Schizofrenie a kvalita života*. [online] . [cit.2013-03-25]. Dostupné z:  
[www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2003/02/02\\_2003\\_02.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2003/02/02_2003_02.pdf)

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

APA	Americká psychiatrická asociace
apod.	a podobně
DSM-IV	Diagnostický a statistický manuál, 4. vydání
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
OSN	Organizace spojených národů
tj.	to je
tzn.	to znamená
WHO	Světová zdravotnická organizace



## SEZNAM PŘÍLOH

- PI Deklarace práv duševně postižených lidí
- PII Polostrukturovaný rozhovor
- PIII Doslovné přepisy rozhovorů

# **PŘÍLOHA P I: DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ**

## **DEKLARACE PRÁV DUŠEVNĚ POSTIŽENÝCH LIDÍ**

1. Duševně postižený občan má, pokud je to jen možné, stejná práva jako ostatní občané.
2. Duševně postižený občan má nárok na přiměřené lékařské ošetření a terapii odpovídající jeho potřebám, jakož i nárok na takové vzdělání, trénink, rehabilitaci a podporu, které co nejvíce mohou rozvinout jeho možný potenciál a schopnosti.
3. Duševně postižený občan má právo na hospodářské zajištění a přiměřený životní standart. Má také právo na produktivní práci nebo odpovídající zaměstnání, které odpovídá pokud možno jeho schopnostem.
4. Tam, kde je možné, měl by duševně postižený žít se svojí vlastní nebo opatrovníckou rodinou a s ní společně sdílet život. Rodina, ve které žije, by měla ke společnému životu obdržet podporu. Pokud je nutný pobyt v zařízení, pak by se způsob života v tomto zařízení a podmínky v něm měly přiblížit normálnímu životu, jak je to jen možné.
5. Duševně postižený občan má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud je to k jeho blahu a zájmům žádoucí.
6. Duševně postižený občan má právo na ochranu před zneužíváním, pohrdáním a ponižujícím jednáním. Pokud je obžalován za přečin, pak má právo na řádné soudní vyšetřování a posouzení jeho míry odpovědnosti se zřetelem na jeho postižení.
7. Pokud duševně postižený občan není v důsledku svého postižení schopen v plném rozsahu využít všechna svá práva, nebo pokud by bylo nutné některá nebo všechna práva omezit či odejmout, musí se při průběhu omezení nebo odejmutí práv prokázat příslušná právní jistota proti jakékoliv formě zneužití. Tento proces musí vycházet z odborného posouzení sociálních schopností duševně postižené osoby a musí podléhat pravidelné kontrole, jakož i právu se odvolat k vyšší instituci.

rezoluce schválená VS OSN dne 20. Prosince 1971

## **PŘÍLOHA P II: POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR**

### Otázky pro rozhovor s klienty:

1. Domníváte se, že se dnešní společnost dívá na osoby s psychotickým onemocněním jinak, než třeba před 10 lety?
2. Myslíte si, že pro lidi, kteří se léčí s nějakým závažnějším onemocněním by mohlo být obtížnější začlenit se do běžného života?
3. Pokud ANO, v čem tyto obtíže spatřujete? Pokud NE, uveďte prosím, proč to pro Vás nepředstavuje problém.
4. Jak dlouho se již se svým onemocněním vyrovnáváte?
5. Pokuste se prosím popsat svůj běžný den. Klidně všechno, na co si vzpomenete...
6. Popište prosím, jakým způsobem jste se dozvěděl/a informace o svém onemocnění.
7. Můžete prosím zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?
8. Z jakého pohledu se díváte na možnosti zaměstnání osob s psychotickým onemocněním?
9. Pokud pracujete, jak se při práci cítíte?
10. Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o možnostech zaměstnání osob s psychotickým onemocněním?
11. Domníváte se, že potřebné informovat zaměstnavatele o svém zdravotním stavu?
12. Jakým způsobem se Váš život změnil, když Vám bylo diagnostikováno psychotické onemocnění?
13. Domníváte se, že lékaři dokáží plně pochopit Váš momentální stav?
14. Pomohla, nebo pomáhá Vám ambulantní terapie nějak?
15. Jsou pro Vás návštěvy psychiatra přínosné i jinak, než jen jako nastavení medikace?
16. Jak by jste prosím zhodnotil/a svůj současný zdravotní stav?
17. Můžete prosím popsat, jak Vaše rodina přijala Vaši diagnózu? Popište prosím všechno, na co si vzpomenete...

18. Z jakého pohledu se dívá vaše rodina na Vaše onemocnění?

19. Je něco důležitého, na co jsme během rozhovoru zapomněli?

Otázky pro rodinné příslušníky:

1. Domníváte se, že došlo v posledním roce v životě Vašeho příbuzného/partnera k nějakým změnám?
2. Dokážete prosím charakterizovat psychotické onemocnění?
3. Jak prosím hodnotíte začleňování osob s psychotickým onemocněním do společnosti?
4. Jak by jste prosím zhodnotil/a zdravotní omezení, které onemocnění způsobuje?
5. Můžete prosím popsat, jak Váš příbuzný/partner přijal/a diagnózu psychotické onemocnění? Popište klidně všechno, na co si vzpomenete...
6. Můžete prosím zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?
7. Z jakého pohledu se díváte na možnosti zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním?
8. Jakým způsobem jste se dozvěděl/a o možnostech zaměstnání osob s psychotickým onemocněním?
9. Pomohla, nebo pomáhá vám ambulantní terapie nějak?
10. Jak hodnotíte potřebu spolupráce lékaře s rodinou?
11. Co se ve Vaší rodině změnilo od doby co se Váš příbuzný/partner potýká s psychotickým onemocněním?

Otázka pro psychiatra:

Můžete prosím uvést, k jakým změnám co se týká kvality života došlo u klienta X po zahájení ambulantní terapie?

## PŘÍLOHA P II: DOSLOVNÉ PŘEPISY ROZHOVORŮ

### 1) slečna Jiřina

**Výzkumník:** Dobrý den. Jsem rád, že se zase vidíme. Na úvod bych vám chtěl říct, že rozhovor, který tady spolu povedeme, bude založený na anonymitě, jenom jeho analýza poslouží k výzkumné části mé bakalářské práce. A tak jak jsme se domluvili, Vám ho dám k nahlédnutí. Souhlasíte s tím pořádkem?

**Jiřina:** Jistě, pořádek to platí.

**Výzkumník:** No... Na úvod bych se Vás rád zeptal, jak je to už dlouho, co se s tím onemocněním vyrovnáváte? Vzpomenete si?

**Jiřina:** Hmm už je to 5 let. Dlouhá doba... Pro mě.

**Výzkumník:** To věřím. A domníváte, se dnešní společnost dívá na lidi s psychotickým onemocněním jinak, než třeba například před 10 lety?

**Jiřina:** Ano. Okolí je víc informované, vlastně i já sama...

**Výzkumník:** Hmm tak to je určitě dobře. A myslíte, že pro lidi, kteří se léčí s nějakým závažnějším onemocněním, by mohlo být nějak obtížnější začlenit se do běžného života?

**Jiřina:** Jak u koho, to je asi individuální.

**Výzkumník:** A pro Vás? Vidíte třeba v něčem problém, nebo omezení?

**Jiřina:** Nemoc je pro mě pořád problém. I když už je to 5let, co to začalo, a cítím se teď v pohodě, je tu pořád. Tahle nemoc život hodně změní. A pak jsou tu ty věci s tím spojené, užívání léků... člověk přibývá na váze, cítí se ospalý...

**Výzkumník:** Takže hlavně ta únava říkáte... Mohla byste mi, prosím popsat svůj běžný den, klidně cokoliv na co si vzpomenete...

**Jiřina:** (smích) běžný den... Vstávám v 6:30, hygiena, snídám až v práci, pracuju od 8 do 15. Po práci do cvičení, pak domů, úklid, přítel (smích)...

**Výzkumník:** Tak to máte docela náročný program i bych měl co dělat...A jakým způsobem jste se prosím dozvěděla informace o své nemoci?

**Jiřina:** No, hlavně od lékařů. Taky jsme to probrala s matkou, je taky lékařka...

**Výzkumník:** Tak to je určitě užitečné mít někoho, s kým to člověk může probrat.

**Jiřina:** To ano, jsem za to moc ráda. Musím říct, že mi to dost pomohlo i to, jak to celé vzala...

**Výzkumník:** Hmm mohla byste, prosím nějak zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci? Hodně se o tom mluví, jak společnost vnímá nemocné lidi...

**Jiřina:** Myslím, že okolí je dnes více informované. Spíš jsem měla problém se s tím vyrovnat já... únava, snížené sebevědomí, stud... aspoň v začátcích to tak bylo. Možná mám i štěstí... Moje okolí nebere duševní poruchu jako něco, proč by měl být člověk izolovaný, víte...

**Výzkumník:** Když je člověk izolovaný, to není dobré... máte asi opravdu štěstí. A co práce?

**Jiřina:** Práce?

**Výzkumník:** No, z jakého pohledu se třeba díváte na možnosti zaměstnání lidí s psychotickým onemocněním?

**Jiřina:** Myslím, že možnosti tu jsou. Záleží, jak na tom člověk je a na člověku samotném... Já pracuji v rodinném podniku. Ale zvládla bych pracovat i jinde. Studuji dálkově, takže to na práci nemá vliv. Jen bych asi o své nemoci neinformovala zaměstnavatele hned při přijímacím pohovoru... později určitě...

**Výzkumník:** Docela jste se rozpovídala. Vidím, že pracujete ráda... A jak se při práci cítíte?

**Jiřina:** Ted už moc dobře. Ze začátku problém trochu byl, zvyknout si na zase na režim a tak...

**Výzkumník:** Ale zvládáte toho opravdu hodně.

**Jiřina:** někdy jsem šikovná (smích)

**Výzkumník:** Ted' trochu osobní otázka... jakým způsobem se Váš život změnil, když Vám bylo diagnostikováno psychotické onemocnění?

**Jiřina:** ... Můj život se s nemocí změnil zásadně. Po hospitalizaci se nějak přerušily vazby se spolužáky... trvalo dlouho, než jsem je obnovila... Hodně mi po návratu pomohla i ambulantní terapie. Když mám problém, s psychiatrem ho probereme, není to jen o lécích...

**Výzkumník:** Aha... takže se domníváte, že lékaři dokážou plně pochopit Váš zdravotní stav?

**Jiřina:** psychiatr určitě.

**Výzkumník:** Zmínila jste ambulantní terapii... trošku jste mi vzala otázku... Chtěl jsem se zeptat, jestli Vám nějak pomohla, nebo pomáhá, ale vidí, že ano.

**Jiřina:** (smích) ... Mám s doktorkou (psychiatr) dobrý vztah, důvěřuji jí ...

**Výzkumník:** A jak byste zhodnotila svůj současný zdravotní stav?

**Jiřina:** Jako dobrý. Můžu pracovat, jsem schopná studovat, dá se říct normálně fungovat... Mám úžasnou rodinu a ještě lepšího přítele (smích) ... Slečně Jiřině zvoní telefon, volají ze zaměstnání. Pak opět pokračujeme v rozhovoru.

**Výzkumník:** Vidím, že Vás z práce asi najdu všude. Taky se mi to stává.

**Jiřina:** Jo jo, ale naštěstí si to už umím časově zorganizovat, tak nejsem vůbec ve stresu... Někdy mobil i vypnu, když mám pocit, že opravdu potřebuji klid...

**Výzkumník:** Víím, že už jste to zmínila, ale mohla byste prosím popsat, jak Vaše rodina přijala Vaši diagnózu? Klidně popište všechno, na co si vzpomenete ...

**Jiřina:** Moje matka je lékařka, přijala mou nemoc s klidem. S otcem se o tom moc nebavíme, ale myslím, že to vzal taky dobře. Oba jsou rádi, že je problém řešitelný... A přítel, ten je skvělý chlap. Ví všechno, ale poznali jsme se, jsem byla zaléčená. Ale i tak by to jistě zvládl.

**Výzkumník:** Hmm takže můžeme říct, že pohled rodiny na Vaši nemoc je spíše kladný... Ehm jako co se týká, to jak to vzali?

**Jiřina:** Ano, mám asi na rodinu a lidi okolo sebe štěstí ... (opět zvoní telefon)

Nezlobte se, ale to je přítel, přijel mě vyzvednout, máme něco domluveného...

**Výzkumník:** Jistě, v pořádku, myslím, že jsme si povídali už dlouho.

**Jiřina:** Docela mi to uteklo, klidně bych si povídala i dýl ...

**Výzkumník:** Dobrá, ale nechci Vás zdržovat. Jen je podle Vás ještě něco důležitého, na co jsme během rozhovoru zapomněli?

**Jiřina:** Dalo by se asi ještě něco dodat, jsem docela upovídaná (smích), ale myslím, že jsem tak nějak asi řekla všechno, co jsem chtěla.

**Výzkumník:** Dobrá, děkuji Vám, za milý rozhovor a jak to přepíšu, pošlu Vám to k nahlédnutí, jo.

**Jiřina:** Dobrá, budu ráda.

## **Luboš (přítel Jiřiny)**

**Výzkumník:** Dobrý den. Na úvod bych Vám rád řekl, že tento rozhovor je anonymní, Vaše jméno bude změněné a data z rozhovoru budou použité pro mou bakalářskou práci. Rozhovor Vám také předložím k nahlédnutí. Souhlasíte tedy se zveřejněním dat z tohoto rozhovoru?

**Luboš:** Určitě s Jiřinkou jsme o tom mluvili, potom co s váma rozhovor dělala a říkala, že z toho měla dobrý pocit...

**Výzkumník:** To jsem rád, že to bylo oboustranné. I mně se s ní příjemně povídalo a šlo to i docela rychle.

**Luboš:** Tak to jsem rád, nejsem totiž moc na dlouhé řeči (smích)

**Výzkumník:** Dobrá, tak pojďme rovnou k rozhovoru. Domníváte se, že došlo v posledním roce v životě vaší partnerky k nějakým změnám?

**Luboš:** Tak to snad ani né, jsme spolu, pracuje, studuje, sportuje, myslím, že se nic zvláštního nestalo... Celkově vztahy jsou dobré a tak. Je docela přátelská a s lidma to umí.

**Výzkumník:** Aha, takže myslíte, že se začleněním, jako do společnosti problém nemá?

**Luboš:** To né, je dost výřečná když chce (smích)... Takže v tom bych problém určitě neviděl...

**Výzkumník:** A jak byste zhodnotil zdravotní omezení, které onemocnění způsobuje?

**Luboš:** Potkali jsme se, když už byla nemoc zaléčená. Kdyby mi to neřekla, asi bych to ani nepoznal... je pravda, že se občas cítí hodně unavená, ale to má spousta lidí, i zdravých. Prostě nemám pocit, že by byla tou nemocí v něčem omezená. Je moc dobrá v práci i ve studiu, hodně spolu sportujeme a tak.

**Výzkumník:** Aha, takže se vlastně znáte až po její léčbě. Ale stejně bych se Vás rád zeptal, dokázal byste prosím charakterizovat psychotické onemocnění?

**Luboš:** Charakterizovat? Tak něco vím s vyprávění Jiřinky, asi mě chtěla připravit na to, kdyby byla recidiva. Chtěla, ať si přečtu nějaké články na netu. Občas ji doprovázím i k doktorce (psychiatr), takže mám informace i od ní. Je to prostě zákeřná nemoc, co umí člověka pěkně potrápít... Ale věřím, že recidiva nebude...

**Výzkumník:** Taky věřím, že to bude dobré a jistě má ve Vás Velkou oporu...

**Luboš:** Myslím, že kdyby něco, tak to spolu ustojíme...

**Výzkumník:** Hmm a můžete prosím zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?

**Luboš:** nevnímám to jako problém a myslím, že ani její okolí ne, jak v práci, tak ve škole. Nevidím to jako stigma, proč taky... pracuje, studuje, život ji baví...

**Výzkumník:** Takže žádná špatná zkušenost s tímto označením?

**Luboš:** Vlastně mě nad tím slovem ani nepadlo nikdy přemýšlet...

**Výzkumník:** A z jakého pohledu se díváte na možnosti zaměstnání osob s psychotickým onemocněním?

**Luboš:** Nemůžu to posoudit, seznámili jsme se, když už pracovala.

**Výzkumník:** A třebaš obecně?

**Luboš:** Hmm asi jako, třebaš zaměstnavatel bych takového člověka zaměstnal, proč ne.

**Výzkumník:** Dobrá. Říkal jste, že o nemoci jako takové jste celkem informovaný, ehm takže víte, o co jde. Taky jste zmínil, že jste tam s přítelkyní byl... takže ta ambulantní terapie pomohla, nebo pomáhá vám nějak?

**Luboš:** Mám pocit, že terapie je dobrá věc. Občas Jiřinku doprovázím, někdy se tam i zasmějeme a snad a snad i vyřešíme nějaký ten problém. Jinak vliv moc posoudit nemůžu, neznáme se tak dlouho.

**Výzkumník:** No, říkáte, že tam občas vyřešíte i nějaký ten problém, takže můžeme říct, že ji vnímáte pozitivně, že?

**Luboš:** To určitě.

**Výzkumník:** Ještě bych se rád zeptal na rodinu. Ehm, domníváte se, že se něco změnilo od doby, co se vaše partnerka potýká s onemocněním?

**Luboš:** No, my se poznali až později. Ale z vyprávění vím, že jí byla rodina velkou oporou. Snad bych byl i já. Určitě bychom to zvládli i spolu...

**Výzkumník:** Tak to má Vaše partnerka asi opravdu štěstí na lidi kolem sebe, jak mi sama říkala.

**Luboš:** Opravdu, chválila nás? (smích)

**Výzkumník:** Určitě.

**Luboš:** Tak to mě těší.

**Výzkumník:** Dobrá, tak to bylo asi všechno. Nebo myslíte, že jsem na něco důležitého zapomněl?

**Luboš:** Ani mě nic nepadá...

**Výzkumník:** Chtěl bych Vám moc poděkovat, za to, že jste si udělal čas na tento rozhovor.

**Luboš:** Rádo se stalo.

## 2) Zdeněk

**Výzkumník:** Dobrý den. Na úvod našeho setkání bych Vám rád řekl, že jsem rád, že se opět setkáváme. Taky bych rád v úvodu připomněl, že rozhovor je anonymní a data z něho získaná použiju pro svou bakalářskou práci. Souhlasíte tedy pořád se vším, jak jsme se už posledně domluvili?

**Zdeněk:** Jo, souhlasím.

**Výzkumník:** Dobrá. Rád bych se Vás tedy zeptal, jak dlouho se už s onemocněním vyrovnáváte?

**Zdeněk:** Hmm pátým rokem už ...

**Výzkumník:** A domníváte se, že se dnešní společnost dívá na lidi s psychotickým onemocněním, jinak, než dejme tomu třeba před 10 lety?

**Zdeněk:** Nemůžu posoudit, před 10 lety jsem byl zdravý. Ale společnost se určitě změnila.

**Výzkumník:** A domníváte se, že pro lidi, kteří se léčí s nějakým závažnějším onemocněním, by mohlo být obtížnější začlenit se do běžného života?

**Zdeněk:** Hmm určitě, každá nemoc je zátěž ...

**Výzkumník:** A v čem tyto obtíže třeba vidíte, například u Vás, nebo žádné nepocítujete?

**Zdeněk:** Teď jsem už skoro dva roky dobrý. Ale pořád jsem takový zpomalený a náladový. Nevím, no, možná jsem takový byl už dřív... Omezení tou nemocí, no hodně spím, do práce bych si asi nետroufl... zatím. Taky už nemůžu tolik sportovat, jako dřív.

**Výzkumník:** Hmm, dobrá pokuste se tedy popsat svůj běžný den. Klidně všechno, na co si vzpomenete...



**Zdeněk:** Tak běžný den he ... V 7 vstanu, tak do jedné si čtu noviny a učím se na počítači, pak se najím, pak zase počítač, tak do tří. Potom jdu do Camina (stacionář pro osoby s psychotickým onemocněním) navečer s kamarády na florbal. Spát jdu tak po osmé...

**Výzkumník:** Takže i zkoušíte sportovat hmm... A jakým způsobem jste se dozvěděl informace o svém onemocnění?

**Zdeněk:** První asi v léčebně, pak z přednášek, taky v Caminu... Informací je dnes dost.

**Výzkumník:** Aha, takže podle Vás informovanost, jako i obecně o nemoci je?

**Zdeněk:** Jó myslím, že je.

**Výzkumník:** A mohl byste prosím nějak zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?

**Zdeněk:** Jak jsem říkal, společnost se za poslední roky změnila... k lepšímu. Kdo chce, k informacím se dostane, ale jsou pořád lidi, co to jako stigma berou ...

**Výzkumník:** Aha, takže informací je podle Vás dost?

**Zdeněk:** Jo, myslím, že dost...

**Výzkumník:** A z jakého pohledu se díváte na možnosti zaměstnání osob s psychotickým onemocněním?

**Zdeněk:** No nějaké ty možnosti tady jsou...

**Výzkumník:** A domníváte se, že je potřebné informovat zaměstnavatele o zdravotním stavu?

**Zdeněk:** Hodně záleží na tom, jaký je zaměstnavatel. Pokud bere invalidní důchodce, informoval bych ho i o svém celkovém zdravotním stavu... o své nemoci. Ono je vždycky lepší, když se to ví, ale není jisté, jak zareagují.

**Výzkumník:** A jakým způsobem jste se dozvěděl možnostech zaměstnání osob s psychotickým onemocněním?

**Zdeněk:** No, od doktorky (psychiatr), taky v Caminu...

**Výzkumník:** Ale vy teď ještě nepracujete, že?

**Zdeněk:** No, ještě bych si netroufl, pořád sem takový zpomalenější... pro řidiče docela blbě... Ale zase bych chtěl... jednou.

**Výzkumník:** A domníváte se, že lékaři dokáží pochopit Váš momentální stav?

**Zdeněk:** Psychiatr určitě, ti ostatní nic moc...

**Výzkumník:** Aha... A pomohla, nebo pomáhá Vám ambulantní terapie nějak?

**Zdeněk:** No, po návratu z léčení to nebylo nic moc, měl jsem strach a trochu nevěděl jak dál... Návštěvy psychiatra mi pomohly se trochu zorientovat, chodím do Camina (stacionář pro osoby s psychotickým onemocněním)... Psychiatr problému rozumí, né jak ostatní doktoři, jeden taková mi řekl, že jsem hypochondr...blbec!

**Výzkumník:** Hmm takže jsou pro Vás návštěvy psychiatra prospěšné i jinak, než jen jako nastavení medikace?

**Zdeněk:** Jo, věřím jí (doktorce-psychiatr).

**Výzkumník:** Aha takže vztah je založený na vzájemné důvěře?

**Zdeněk:** Jo, přesně tak. Doporučila mi i to Camino. Člověk tam potká lidi, co jsou na tom steně a tak...

**Výzkumník:** A z jakého pohledu se dívá Vaše rodina na Vaše onemocnění?

**Zdeněk:** Snad matka trochu chápe, jak na to jsem... Ale zbytek rodiny je neinformovaný ... ehm, ani nechce nic slyšet. Snaží se mnou manipulovat! Vlastně i matka... Dělali by to tak, jak tak.

**Výzkumník:** Aha a jak byste zhodnotil svůj současná zdravotní stav?

**Zdeněk:** No, ještě to není úplně ono. Ale zajdu mezi lidi, pokecám s kamarádama... jde to pomalu k lepšímu.

**Výzkumník:** Na závěr bych se Vás rád ještě zeptal, je něco důležitého na co jsme během rozhovoru zapomněli?

**Zdeněk:** No, myslím, že jsme celkem řekli všechno, ne?

**Výzkumník:** Asi ano. Děkuji Vám za Váš čas, který jste věnoval na tento rozhovor.

**Zdeněk:** Ale jo, rádo se stalo.

## **Zdeňkova matka**

**Výzkumník:** Dobrý den. Na úvod našeho rozhovoru, bych Vám chtěl poděkovat, že jste souhlasila s tímto rozhovorem a také za Váš čas. Také bych Vám chtěl říct, že tento rozhovor je anonymní a data z něho získaná poslouží pro mou bakalářskou práci. Souhlasíte prosím tedy se zveřejněním dat z tohoto rozhovoru?

**Zdeňkova matka:** Opravdu to bude anonymní?

**Výzkumník:** Samozřejmě, všechna jména budou změněna a rozhovor Vám dám k nahlédnutí. Souhlasíte tedy?

**Zdeňkova matka:** Ano, dobrá tedy.

**Výzkumník:** Ehm... Rád bych se Vás tedy zeptal pro začátek, domníváte se, že došlo v posledním roce v životě Vašeho syna k nějakým změnám?

**Zdeňkova matka:** Změny? Už dva roky je dobrý.

**Výzkumník:** Aha, to je jistě dobré. A dokázala byste prosím charakterizovat psychotické onemocnění?

**Zdeňkova matka:** Schizofrenie je o tom, že člověk má chvíli problém s tím, jak vnímá svět okolo a informace mozek špatně zpracovává... Ale je léčitelná.

**Výzkumník:** To určitě, proto jsme vlastně také tady, abychom zhodnotili změny... ehm pokroky v životě vašeho syna. A jak prosím hodnotíte začleňování osob s psychotickým onemocněním do společnosti?

**Zdeňkova matka:** Proč začleňování. On ve společnosti je, jenom byl chvíli nemocný.

**Výzkumník:** Dobrá a mohla byste prosím zhodnotit zdravotní omezení, které onemocnění způsobuje?

**Zdeňkova matka:** Každá nemoc se vyléčí, chce to svůj čas... Schizofrenie léčitelná je! Omezení jsou, ale je třeba je překonávat! Zdenda už je dva roky dobrý. Měl by se víc zapojit do života, nelitovat se... Únavu musí člověk překonat, nesedět doma a pracovat...

**Výzkumník:** To určitě... A můžete prosím popsat, jak přijal diagnózu schizofrenie?

**Zdeňkova matka:** Ono, je to vždycky těžké, když člověka zaskočí něco neznámého. Ale myslím, že už na sobě i trochu pracuje. Má dobře nastavenou léčbu, chodí víc mezi lidi... brzy bude zase pracovat.

**Výzkumník:** Aha, takže je s tím srovnaný, že?

**Zdeňkova matka:** Určitě! Chodí do toho stacionáře, myslím, že je na tom teď dobře...

**Výzkumník:** Mohla byste prosím nějak zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?

**Zdeňkova matka:** Proč stigma?! Je to nemoc jako každá jiná a musí se léčit. Má snad stigma nemocný rakovinou?

**Výzkumník:** To jistě ne, ale hodně se tento termín skloňuje, co se týká duševních onemocnění...

**Zdeňkova matka:** No a to je chyba, tím že se to říká, se to stigma vytváří.

**Výzkumník:** No, možná máte pravdu...

**Zdeňkova matka:** Nevím, proč by nemocné měli být vyřazení... nemoc je nemoc...

**Výzkumník:** To souhlasím. A mohla by jste prosím říct z jakého pohledu se díváte na možnosti zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním... ehm schizofrenií?

**Zdeňkova matka:** Nó... jak bych to řekla ...

**Výzkumník:** No, tak třeba Vás syn... ať jme konkrétní....

**Zdeňkova matka:** ... Je to těžké, měl by pracovat... No, ale dnes mají problém najít práci i zdraví... víte, jak to chodí...

**Výzkumník:** No, dnes je to z prací problém uznávám... A dozvěděla jste se o nějakých možnostech zaměstnání pro lidi se schizofrenií?

**Zdeňkova matka:** Ano. Jsou tu ty chráněné dílny... Ale to je spíš zábava, žádné peníze... Chodí teď často do stacionáře, to je skoro stejné... Ale on se zase vrátí, jak pracoval dřív...

**Výzkumník:** Myslíte, jako řidič?

**Zdeňkova matka:** Ano... ještě to chce čas, ale je na dobré cestě.

**Výzkumník:** Tak to je jste určitě ráda... A co terapie ambulantní... Pomohla, nebo pomáhá Vám nějak?

**Zdeňkova matka:** Myslíte psychiatra?

**Výzkumník:** Ano, toho myslím ...

**Zdeňkova matka:** Návštěvy psychiatra po léčení hodně pomohly. Doktorka ho zase dostala mezi lidi. Ode mě si nedal říct...

**Výzkumník:** Takže ji vnímáte, jako pozitivní... ehm jako tu terapii?

**Zdeňkova matka:** Ano, lékař je lékař, ví líp jak na to. I já se ale snažila, mám nějaké zkušenosti. Dřív jsem pracovala, jako zdravotní setra, víte.

**Výzkumník:** Ano, vím... A jak hodnotíte potřebu spolupráce psychiatra s rodinou?

**Zdeňkova matka:** ... párkrát jsem tam s ním byla. Takže myslím, že spolupracuju.

**Výzkumník:** No a co ta rodina... Změnilo se jako třeba v rodině něco... od doby co se syn potýká s onemocněním?

**Zdeňkova matka:** zasáhlo to celou rodinu. Dívají se na něho, jako na lenocha, ze začátku se ho snad i báli. Hlavně by se měl víc zapojovat víc i on, ale spíš se rodiny straní. Radši je s kamarády...

**Výzkumník:** Aha, takže se dá říct, že mu hodně pomáháte hlavně vy?

**Zdeňkova matka:** Ano, jsem na důchodě, mám teď dost času...

**Výzkumník:** Tak to Vás jistě i těší, že pozorujete pokroky...

**Zdeňkova matka:** Ano, ale je to běh na dlouhou trať...

*Výzkumník:* To vám věřím ... ještě bych se Vás rád na závěr našeho rozhovoru zeptal, jestli jsme na něco nezapomněli. Nenapadá Vás nic?

**Zdeňkova matka:** Hmm ani ne ...

*Výzkumník:* Dobře. Rád bych Vám tedy poděkoval za Váš čas... že jste si našla chvílku na moje otázky. A rozhovor Vám potom předložím k nahlédnutí ...

**Zdeňkova matka:** Ano, ráda bych to viděla...

*Výzkumník:* Jistě. Děkuji.

**Zdeňkova matka:** Nashledanou.

### 3) Petr

*Výzkumník:* Dobrý den. Jsem moc rád, že jste si udělal čas na náš rozhovor. V úvodu bych se Vás rád zeptal, jestli pořád souhlasíte s tím, že data z něho budou použity pro mou bakalářskou práci... Víte, jak jsme se o tom bavili minule...

**Petr:** Jó, platí.

*Výzkumník:* Dobrá tedy. Na úvod bych se Vás rád zeptal, jestli se domníváte, zda se dnešní společnost dívá na lidi s psychotickým onemocněním jinak, než třeba před 10 lety?

**Petr:** Nó... nikdy jsem se nezamýšlel nad tím, jak se na to dívá společnost ...

*Výzkumník:* Aha, to neřešíte?

**Petr:** Ne, ani mě lidi nezajímají...

*Výzkumník:* A myslíte, že pro lidi, kteří se léčí s nějakým závažnějším onemocněním, by mohlo být obtížnější se začlenit do společnosti?

**Petr:** Já to neřeším...

*Výzkumník:* Hmm a co třeba nějaké obtíže, které jsou s tou nemocí spojené?

**Petr:** Hlavně se špatně soustředím a u ničeho moc dlouho nevydržím, taky mám tik ... Když člověk přijde z ústavu, je to vždycky hodně těžké, ale pak se to trochu srovná... A taky teď hodně spím, ehm ... jako víc než dřív ...

*Výzkumník:* Aha. A jak dlouho jste už doma z léčení?

**Petr:** Nó, už je to rok, ale pořád se cítím hodně unavený, víte ... (Dívá se do okna)

*Výzkumník:* Mohl byste prosím popsat svůj běžný de, Klidně všechno, na co si vzpomenete...

**Petr:** (pořád se dívá do okna)

*Výzkumník:* Ehm, cítíte se unavený? Chcete nechat rozhovor na jindy?

**Petr:** Co jste se to ptal ... něco o mám dnu?

*Výzkumník:* Ano, jestli můžete popsat svůj běžný den ...

**Petr:** Nó, vstávám kolem 10, pak snídaně ... Koukám na televizi, na seriály, někdy dokumenty. Od matky mám nachystaný oběd ... sním ho. Pak si třeba čtu, jdu za kámošama ... 3x týdně chodím k matce. Jinak jako žiju s otce a tou jeho ... Ale vaří mi matka ...

*Výzkumník:* Aha, takže rád čtete ... No a jakým způsobem jste se dozvěděl informace o své nemoci?

**Petr:** (zase se dívá do okna) Co? Informace ... No v léčebně, při první atace ...

**Výzkumník:** Hmm ... A mohl byste prosím nějak zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?

**Petr:** ... Moje okolí nijak nereaguje na to, že mám psychické onemocnění ... Ani jsem nepřemýšlel, jak psychicky nemocné vnímá společnost ... proč taky.

**Výzkumník:** Aha, takže to označení nijak nevnímáte?

**Petr:** Nezlobte se ... Cítím se nějak unavený. Nemůžeme ten rozhovor nechat na příště?

**Výzkumník:** Samozřejmě, to není problém. Klidně můžeme pokračovat jindy.

**Petr:** Díky

*Rozhovor s panem Petrem pokračoval po dvou dnech. Při pokračování se lépe soustředil, byl i lépe naladěný.*

**Výzkumník:** Jsem rád, že jste si zase udělal čas na pokračování našeho rozhovoru. Dnes je i pěkný den. Tak ještě pár otázek a máme hotovo.

**Petr:** Jo jo, posledně jsem se nějak necítil, promiňte...

**Výzkumník:** To nevadí, nerad bych Vás nějak unavoval dlouhými otázkami.

**Petr:** To neva ...

**Výzkumník:** Dobrá. Rad bych se Vás zeptal, jak se díváte na možnosti zaměstnání osob s psychickým onemocněním?

**Petr:** Hmm sem nad tím moc nepřemýšlel ... Já teď nepracuju, mám důchod ... Ale asi by se něco našlo ...

**Výzkumník:** Aha, takže nějaké informace máte ... jako o těch možnostech zaměstnání. A jakým způsobem jste se je dozvěděl?

**Petr:** Doktorka (psychiatr) mi říkala o nějaké chráněné dílně, či co ... asi nějaké možnosti práce jsou, ale já se na to necítím ... Mám ten tik, blbě se soustředím ...

**Výzkumník:** Hmm ono to chce všechno asi svůj čas. A informoval byste případného zaměstnavatele o svém zdravotním stavu?

**Petr:** Jo, to určitě ...

**Výzkumník:** Nó a co třeba lékaři ... Domníváte se, že dokážou plně pochopit Váš momentální stav?

**Petr:** Asi ano, mají to nastudované ... Ale spíš to pochopí člověk, který něčím takovým trpí ...

**Výzkumník:** Aha ... A co ambulantní terapie, pomohla, nebo pomáhá Vám nějak?

**Petr:** Ambulantní terapie je fajn (zasměje se) ... Doktorka (psychiatr) mě vždycky zjebe a dám se zase dohromady. Jinak ten život no ... špatně se soustředím, hodně spím ... Už nedělám tolik koníčky, co jsem měl, nemám babu ... Ani nemám chuť někoho hledat.

**Výzkumník:** Aha, takže jsou pro Vás návštěvy psychiatra přínosné i jinak, než jen jako nastavení medikace?

**Petr:** Jó, doktorka (psychiatr) mě umí rozebrat (usměje se) ...

**Výzkumník:** A jak byste zhodnotil svůj současný zdravotní stav?

**Petr:** Nó ... je to lepší, pomalu ... ale lepší.

**Výzkumník:** Hmm tak to je na dobré cestě, že?

**Petr:** Asi jo ...

**Výzkumník:** A můžete prosím popsat, jak vaše rodina přijala Vaši diagnózu? Klidně všechno, na co si vzpomenete ...

**Petr:** Matka nesla mou diagnózu těžce, to vím ... ale během let se situací celkem vyrovnala. Snaží se mi pomáhat, věří, že se uzdravím ... Ono to má i své výhody, víc o mě všichni pečují ... jako celá rodina.

**Výzkumník:** Aha, takže jsou s diagnózou vyrovnaní?

**Petr:** Nó, vlastně jo ...

**Výzkumník:** Dobrá, nerad bych Vás unavoval dalšíma zbytečnými otázkama ... Z mé strany to je asi všechno. Ehm máte pocit, že jsme během rozhovoru na něco zapomněli?

**Petr:** Né, asi ne.

**Výzkumník:** Chtěl bych Vám moc poděkovat, že jste si udělal čas na dokončení rozhovoru. Naše setkání pro mě bylo velice přínosné.

**Petr:** No, nemáte zač.

**Výzkumník:** Stejně děkuju a přeju hodně pokroků v léčbě.

**Petr:** Děkuju a mějte se ...

## **Petrova matka**

**Výzkumník:** Dobrý den. Na úvod našeho rozhovoru bych vám chtěl říct, že celý rozhovor je založen na anonymitě a data z něho získaná poslouží k mé bakalářské práci. Souhlasíte se zveřejněním těchto dat? Rozhovor Vám také předložím k nahlédnutí.

**Petrova Matka:** Ano, souhlasím.

**Výzkumník:** Dobrá tedy. Rád bych se Vás zeptal, domníváte se, došlo v posledním roce v životě Vašeho syna k nějakým změnám?

**Petrova matka:** No, před rokem se vrátil z léčebny. Je takový slabý ...

**Výzkumník:** Hmm a dokázala byste prosím nějak charakterizovat psychotické onemocnění?

**Petrova matka:** No, ze začátku to byl šok ... Začal slyšet hlasy ... jakože mu říkali, co má dělat, nebo co ... Pak jsme získala informace o té nemoci až od doktorů ...

**Výzkumník:** Aha, takže informace, byly hlavně od lékařů ... A nějaký jiný zdroj informací už nebyl?

**Petrova matka:** Hmm, byla jsem na takové semináři, co mi doporučila doktorka (psychiatr) ...

**Výzkumník:** Takže o té nemoci něco máte představu?

**Petrova matka:** Teď už ano ...

**Výzkumník:** A jak hodnotíte začleňování lidí s psychotickým onemocněním do společnosti?

**Petrova matka:** No, jde to, ale pomalu ... ze začátku se lidí spíš stranil, teď zajde za kamarády ...

**Výzkumník:** Hmm a co zdravotní omezení, které onemocnění způsobuje, jsou nějaké?

**Petrova matka:** No, víte ... je potřeba mu pomáhat, aby se úplně uzdravil ... je pořád takový slabý ... Dřív pomáhal on mě, teď je řada na mě ... Peru mu, vařím, jdu s ním po doktorech. Bude to tak, než se úplně uzdraví, hlavně musí užívat léky a bude to zas dobré ...

**Výzkumník:** Hmm, mohla byste prosím popsat, jak Váš syn přijal diagnózu psychotické onemocnění? Popište klidně všechno, na co si vzpomenete ...

**Petrova matka:** Víte, je teď trochu víc uzavřený, asi ho zaskočilo, když to přišlo po druhé, předtím už se zdálo, že to bude dobré ... Ale vyrovnává se s tím pomalu ...

**Výzkumník:** A z jakého pohledu se díváte na označení stigma duševní nemoci?

**Petrova matka:** Nevím ... nikdo se mu neposmívá ... Ani to m moc lidí neví, to oněm a nemoci. Neříkáme to cizím lidem.

**Výzkumník:** Hmm máte obavy, jak by to přijaly?

**Petrova matka:** No, asi trochu ano ... Ale já se za syna nestydím, víte ...

**Výzkumník:** To určitě, vždyť dělá pokroky, jak mi sám říkal.

**Petrova matka:** Já věřím, že už to bude jen dobré, ale chce to čas.

**Výzkumník:** A z jakého pohledu se prosím díváte na možnosti zaměstnání lidí s psychotickým onemocněním?

**Petrova matka:** Doktorka (psychiatr) mu nějaké možnosti zaměstnání nabízela. Ale myslím, že ještě není čas, aby pracoval a manuálně, to on by vůbec nezvládl.

**Výzkumník:** Myslíte jako třeba práci v chráněné dílně?

**Petrova matka:** Ano, tu jsem myslela.

**Výzkumník:** Takže jestli jsem to správně pochopil, o možnostech zaměstnání jste se dozvěděla hlavně od jeho psychiatra?

**Petrova matka:** Ano, už mu ... ehm nám nějaké možnosti říkala ... Ale ještě myslím není ten čas.

**Výzkumník:** Hmm no, a ta terapie u psychiatra pomohla, nebo pomáhá Vám nějak?

**Petrova matka:** Petrovi návštěvy psychiatra moc pomáhají, je potom vždycky chvílku takový aktivnější... Po návratu z léčení nikam nechodil, celý den jen ležel. Teď je na tom líp ... chodí ven s kamarády, hodně čte a tak.

**Výzkumník:** Takže tu ambulantní terapii hodnotíte jako kladně?

**Petrova matka:** Určitě ano a myslím, že i on sám.

**Výzkumník:** A jak prosím hodnotíte potřebu spolupráce lékaře s rodinou?

**Petrova matka:** Já ho tam i doprovázím, víte ... Tak snad se jako rodina snažíme ...

**Výzkumník:** Hmm zmínila jste rodinu. Změnilo se v ní něco, od doby co se syn potýká s onemocněním?

**Petrova matka:** Hmm ... Asi nás to víc dalo dohromady, hodně mu pomáháme ... Já bývalý manžel i jeho družka. Předtím jsem se s nimi nestýkala. Teď když pomáháme Petrovi, je to jiné ...

**Výzkumník:** Jak jiné?

**Petrova matka:** Tak jakože nás to víc dalo dohromady, je to zvláštní, já vím ...

**Výzkumník:** Hmm je spíš dobré, že vás to jako rodinu stmelilo ... myslím.

**Petrova matka:** No, jsem ráda, že spolu dobře vycházíme a Petrovi to snad taky pomůže ...

**Výzkumník.** Věřím, že ano ... Ještě bych se Vás rád zeptal, myslíte, že jsme nezapomněli na nic důležitého během našeho rozhovoru?

**Petrova matka:** Asi ne, na co jste se zeptal, to jsem odpověděla ...

**Výzkumník:** To určitě a chtěl bych Vám za to moc poděkovat i za Váš čas.

**Petrova matka:** Nemáte zač.

**Výzkumník:** Až rozhovor přepíšu, dostanete ho k nahlédnutí, jak jsme se domluvily.

**Petrova matka:** Ano, děkuju a nashledanou.

#### 4) Luděk

**Výzkumník:** Dobrý den. Jsem rád, že se opět setkáváme. Než začneme s rozhovorem, chtěl bych se Vás zeptat, jestli stále platí to, na čem jsme se posledně domluvili a souhlasíte s použitím získaných dat z tohoto rozhovoru pro mou bakalářskou práci? Ehm Vaše jméno bude samozřejmě změněno, aby bylo zachováno Vaše soukromí.

**Luděk:** Ano, souhlasím.

**Výzkumník:** To jsem rád ... Na úvod bych se Vás rád zeptal, zda se domníváte, že se dnešní společnost dívá na lidi s psychotickým onemocněním, jinak, než třeba před 10 lety?

**Luděk:** Hmm zajímavá otázka ... A víte že, asi ano ... Mám pocit, že společnost je teď opravdu víc informovaná ... hlavně mladší generace.

**Výzkumník:** Tak to je určitě pozitivní zjištění ... A myslíte si, že pro lidi, kteří se léčí s nějakým závažnějším onemocněním, může být obtížnější začlenit se do běžného života?

**Luděk:** No, záleží, o jaké onemocnění jde ... U mě to ze začátku trochu problém byl ...

**Výzkumník:** Aha, takže jste pocítoval nějaké omezení?

**Luděk:** No, omezení ze začátku byly, hlavně co se týká práce. Po hospitalizaci to chvíli trvalo, než jsem se dal dohromady. Problém byl hlavně únava a ospalost ... asi i obavy. Teď už je to dobré, beru léky, nastavená medikace mi za čas sedla. Zase pracuju a dá se říct, že se i naplno věnuju rodině.

**Výzkumník:** Hmm takže jste nějaké obtíže viděl hlavně na začátku léčby a postupně i díky těm lékům se to zlepšilo, jestli jsem to správně pochopil?

**Luděk:** Přesně tak ... Hlavně ty obavy ... je to pro člověka docela šok, když přijde taková nemoc, o které nemá žádnou představu. Ocitne se v léčebně a tak ...

**Výzkumník:** Tomu asi rozumím, člověk si připadá bezmocný ...

**Luděk:** Přesně tak ... Ale důležité je uvědomit si pak, že se to může zlepšit a dá se s tím něco dělat.

**Výzkumník:** A jak dlouho se už stou nemocí vyrovnáváte?

**Luděk:** Je to už osm let, zatraceně dlouhá doba ... Ale musím říct, že už jsem delší čas v pohodě.

**Výzkumník:** A mohl byste se prosím pokusit popsat svůj běžný den? Klidně všechno na co si vzpomenete ...

**Luděk:** Běžný den? No, vstávám kolem 6 hodiny, někdy vezu děti do školy, pak do práce ... Po práci záleží, jak s domluvíme se ženou rozvezeme děti do kroužků ... Snažím se rodině aspoň trochu věnovat ... Někdy si ale udělám i čas na kamarády a zajdeme si večer zahrát fotbal ... takže asi tak.

**Výzkumník:** Tak to máte docela náročný program ...

**Luděk:** To víte, děti dají občas zabrat ...

**Výzkumník:** Teď bych se vás rád zeptal, jakým způsobem jste se dozvěděl informace o svém onemocnění?

**Luděk:** ... Asi hlavně od doktorů, při první hospitalizaci ... byl to pro mě docela šok. Ale když člověk zjistí, že se s tím dá něco dělat, tak je to o trochu lepší.

**Výzkumník:** A mohl byste se prosím pokusit zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?



**Luděk:** Hmm víte, mám pocit, že společnost se opravdu mění. Já s tím problémem nemám informovat své okolí. Ví to i zaměstnavatel. Normálně pracuju, podávám plný výkon ...

**Výzkumník:** Takže nevnímáte, že by to mohlo být stigma?

**Luděk:** Víte, já to slovo nemám rád ...

**Výzkumník:** Aha, rozumím ... A z jakého pohledu se díváte třeba na možnosti zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním?

**Luděk:** Myslím, že ty možnosti by tu byly ... Já měl v tomto ohledu navíc docela štěstí ...

**Výzkumník:** Aha, vy pracujete vlastně už docela dlouho ...

**Luděk:** Přesně. Pracuji už zase delší dobu. Měl jsem to štěstí, že jsem se vrátil na své původní místo. Zaměstnavatel je informovaný, myslím, že podávám dobrý výkon. Doma bych stejně asi nevydržel. A nějaké chráněné dílny to není pro mě ... Mám rodinu, potřebuju ji zabezpečit.

**Výzkumník:** V tom Vám rozumím. A o těch chráněných dílnách co jste zmínil, jste se dozvěděl od koho?

**Luděk:** Už si moc ani nevzpomíná, asi na nějakém semináři o schizofrenii ... mám ten pocit.

**Výzkumník:** Takže informace podle Vás o této nemoci jsou?

**Luděk:** Určitě ano ... Ale mě taky hodně pomohla práce ...

**Výzkumník:** Hmm a jak se při práci cítíte?

**Luděk:** Musím říct, že teď moc dobře ... Ze začátku trochu trvalo, než se člověk zaběhl. Ale teď dobré...

**Výzkumník:** Takže svůj současný stav byste zhodnotil jak?

**Luděk:** No, musím to zařukat, ale jako dobrý ...

**Výzkumník:** A co ambulantní terapie, pomohla, nebo pomáhá Vám nějak?

**Luděk:** No, náš život byl po mé hospitalizaci trochu divný ... Nebo asi jsem se spíš bál, jak zareagují lidé, nebo že se mi to zase vrátí ... takové obavy ... Doktorka (psychiatr) mi pomohla se v tom zorientovat a postavit se těm obavám a strachu čelem. Dnes musím říct, že nemám problém, i když léky beru pořád.

**Výzkumník:** Takže Vám to svým způsobem pomohlo?

**Luděk:** Ano, líp jsem se s tím vyrovnal, našel svou cestu ...

**Výzkumník:** A mohl byste prosím popsat, jak Vaše rodina přijala Vaši diagnózu? Popište klidně všechno, na co si vzpomenete ...

**Luděk:** Celou rodinu to spíš dalo nějak dohromady. Hodně pomáhali manželce s dětmi, hlavně, když jsem na tom byl nejhůř ... Vlastně i mě, když jsem si nebyl sám sebou jistý, jestli se z toho dostanu ... A manželka, no ta byla ze všech snad nejstatečnější, děkuju jí ...

**Výzkumník:** Takže rodina je pro Vás tedy velkou oporou?

**Luděk:** To rozhodně ... (zvoní telefon) ... Promiňte, ale budu muset jet pro děti do kroužku ...

**Výzkumník:** Jistě, to už byla vlastně poslední otázka ... Chtěl bych Vám moc poděkovat za to, že jste si udělal čas na tento rozhovor.

**Luděk:** Nemáte zač ... Mějte se ...

**Výzkumník:** Vy taky, nashledanou.

## **Lud'kova manželka**

*Výzkumník:* Dobrý den. Na úvod našeho rozhovoru bych Vás rád seznámil s tím, že všechno co zde bude řečeno, bude anonymní a získaná data poslouží ke zpracování pro mou bakalářskou práci. Vaše jména budou pro maximální zachování Vašeho soukromí změněna a výsledný rozhovor Vám předložím k nahlédnutí. Souhlasíte tady s požitím dat s tohoto rozhovoru?

**Lud'kova manželka:** Ano souhlasím.

*Výzkumník:* Na úvod rozhovoru bych se Vás rád zeptal, zda se domníváte, že to došlo v životě vašeho partnera k nějakým změnám?

**Lud'kova manželka:** No, myslím, že v posledním roce ani ne ... Už je na to delší čas dobře, víte ...

*Výzkumník:* Ano, Váš manžel se mi zmiňoval, že je už delší dobu v pořádku ... A dokázala byste prosím nějak charakterizovat psychotické onemocnění?

**Lud'kova manželka:** Hmm je to nemoc která člověka hodně změní, manžela jsem skoro nepoznávala ... Ale už je to za náma a snad to bude už jenom dobré ...

*Výzkumník:* A jak byste zhodnotila začleňování osob s psychotickým onemocněním do společnosti?

**Lud'kova manželka:** Asi jako obtížné, teda myslím hlavně v počátku ... pro okolí je to asi vždycky šok a pro toho člověka asi ještě větší ...

*Výzkumník:* A jak byste prosím zhodnotila zdravotním omezení, které nemoc způsobuje?

**Lud'kova manželka:** Omezení?

*Výzkumník:* No myslím třeba jako problém, nebo problémy, které z toho pramení ...

**Lud'kova manželka:** Když onemocnění začalo, problém to byl. Na děti jsem byla první dva roky vlastně sama, taky byl problém s penězi ... Manžel byl hodně unavený, neměl zájem o rodinu, práci ani koníčky... Teď už je to dobré, bere pořád léky, ale jejich vhodné nastavení ho vrátilo zpátky do života.

*Výzkumník:* Aha, takže myslíte, že léky pomáhají?

**Lud'kova manželka:** Určitě, jsou důležitou součástí léčby...

*Výzkumník:* Hmm a mohla byste prosím popsat, jak Váš manžel diagnózu přijal? Popište klidně všechno, na co si vzpomenete ...

**Lud'kova manželka:** ... Asi měl ze začátku strach, nevěděl co to je ... to co se sní děje. Vlastně strach měla i já ... Ale pak pomohlo zjištění, že se s tím dá něco dělat, že se ta nemoc dá léčit ...

*Výzkumník:* Aha a jakým způsobem jste se dozvěděla informace o té nemoci?

**Lud'kova manželka:** ... ty první asi od doktorů, když byl v léčebně ... A pak jsem se pídila i sama knihy a tak ...

*Výzkumník:* Takže pomohli odborníci a hledala jste i sama ... A mohla byste prosím zhodnotit, jak vnímáte označení stigma duševní nemoci?

**Lud'kova manželka:** Myslíte, jak to vnímá okolí?

*Výzkumník:* Přesně tak, okolí, společnost ...

**Lud'kova manželka:** Před těmi osmi lety se mi pohled společnosti zdál horší. Asi to bylo i tím, že první ataky se účastnilo i okolí... lidé se báli, že je nebezpečný... Teď je to dobré, máme pořád stejné přátele... myslím, že i informovanost roste.

*Výzkumník:* Ehm takže říkáte, že informovanost společnosti je jako lepší, jo?

**Lud'kova manželka:** Můj dojem je takový, že ano ... Možná je to i tím, že manžel je už delší čas v pořádku ...

**Výzkumník:** A co zaměstnání ... Z jakého pohledu se díváte na možnosti zaměstnávání osob s psychotickým onemocněním?

**Lud'kova manželka:** Manžel zase pracuje ve firmě, kde původně byl. Ale když se před lety vrátil z léčebny, informovala jsem se i o jiných možnostech. Překvapilo mě, že nabídka práce pro lidi s tímto onemocněním je malá. Dnes už je to snad lepší.

**Výzkumník:** Aha a od koho jste zjišťovala ty možnosti zaměstnání?

**Lud'kova manželka:** Docela mi v tom radila jeho doktorka (psychiatr).

**Výzkumník:** Aha, když jste zmínila tu doktorku ...pomohla, nebo pomáhá Vám ambulantní terapie nějak?

**Lud'kova manželka:** Myslím, že ambulantní terapie byla po manželově hospitalizaci nutná. Vlastně pomohla i mně, hodně jsem z počátku chodila s ním. Ze začátku byl nemocí hodně zaskočený. Ale to já vlastně taky... Bylo toho hodně, psychoterapie, rodinná terapie. Myslím, že nám to pomohlo hlavně v tom postavit se problému... I informace byly ze začátku cenné.

**Výzkumník:** Takže hodnotíte tu terapii jako přínosnou, dala Vám i informace a tak ...

**Lud'kova manželka:** Přesně tak ...

**Výzkumník:** A jak se díváte na potřebu spolupráce lékaře s rodinou?

**Lud'kova manželka:** ... jako na velmi potřebnou ... Třeba ta rodinná terapie nám hodně pomohla tu nemoc pochopit ...

**Výzkumník:** Aha a rodina ... změnilo se něco od doby, co se manžel potýká s onemocněním?

**Lud'kova manželka:** Rodina byla velkou oporou, moje i manželova... pomáhali mi s dětmi. Ono to zasáhlo všechny, ale musím říct, že se nikdo neotočil zády. Ani ho nikdo nelitoval, jako že je chudák nebo tak ...

**Výzkumník:** Takže, spíš pomoc, než odmítnutí říkáte ...

**Lud'kova manželka:** Přesně tak a jsem za to moc ráda ...

**Výzkumník:** To Vám věřím, je to určitě příjemné, vědět že se můžete na lidi okolo spolehnout ...

**Lud'kova manželka:** Dá se říct k nezaplacení (usměje se).

**Výzkumník:** Ještě bych se Vás rád na závěr zeptal, jestli se vám zdá, že jsme během rozhovoru na něco nezapomněli ... jako co něco důležitého?

**Lud'kova manželka:** Ne ne myslím, že na nic ...

**Výzkumník:** Děkuji Vám tedy moc za tento rozhovor a přepis Vám potom poskytnu k nahlédnutí ...

**Lud'kova manželka:** Nemáte zač ... nashledanou.

## **Rozhovor s psychiatrem**

**Výzkumník:** Dobrý den, jsem moc rád, že jste si udělala chvíli času na náš krátký rozhovor. Byl bych rád, kdybyste se mohla aspoň krátce vyjádřit k jednotlivým klientům Vaší ambulance, se kterými jsem dělal rozhovory pro svou bakalářskou práci. Mám na Vás jen jednu otázku, která se týká kvality jejich života.

**Psychiatr:** Jistě, ráda Vám ji zodpovím. Jak jsem mluvila s klienty, všichni dali k mému krátkému vyjádření souhlas. No a doufám, že pro vás rozhovory s nimi byly přínosné?

**Výzkumník:** To určitě, získal jsem docela cenné informace ... Ale ať Vás neokrádám o čas ... Potřeboval bych, abyste se vyjádřila ke každému klientovi zvlášť, ale otázka je jednotná ...

**Psychiatr:** Ano, tak jak jsme se telefonicky domlouvali ...

**Výzkumník:** Takže ta otázka ... Domníváte se, že došlo u klientů po zahájení terapie k nějakým změnám v kvalitě jejich života?

**Psychiatr:** Takže u slečny Jiřiny zatím onemocnění probíhá po první atace bez relapsu (recidivy). Velkou roli podle mého názoru také hraje dobrá compliance (ochota dodržovat režim léčby). Je ještě velmi mladá a líbí se mi její odhodlání s onemocněním bojovat. Za dobu, co ke mně dochází, se zvládla vrátit do zaměstnání, začala studovat... určitě svou roli sehrála i rodina. Matka je lékařka.

S panem Zdeňkem se nám podařilo překonat zbytky paranoidity, compliance (ochota dodržovat režim léčby) je moc dobrá, farmakoterapie mu sedí. Přestože je, myslím, dobře sociálně adjustován (připraven), zatím není schopen návratu do práce. Ale i na tom pomalu pracujeme. Dochází do Camina (stacionář pro osoby s psychotickým onemocněním), zdejší režimu mu vyhovuje, sportuje...

U pana Petr došlo ke zlepšení jeho stavu pozvolněji. Zhoršení stavu jsme vždy zvládli úpravou medikace. Ke skutečnému zlepšení došlo kombinací farmakoterapie a navázání vztahu, který je teď, myslím, založen na vzájemné důvěře. Myslím, že výsledky jsou zřejmé i pro něho. Má už na své onemocnění částečný náhled, je schopný zase zajít mezi kamarády, snažíme se pracovat na jeho větší samostatnosti...

Pan Luděk je momentálně v udržovací fázi, farmakoterapii zvládá dobře, k relapsu (recidivě) nedochází. Pracujeme spolu už dlouho, zpočátku hlavně na překonání zbytků paranoidity a úzkosti. Součástí naší práce byla i rodinná terapie. Dnes je zpátky ve svém původním zaměstnání a myslím, že je i výborný rodič. Celkově rodinné vztahy u něj shledávám naprosto v pořádku.

Stačí Vám to ve zkratce takto?

**Výzkumník:** Určitě, moc Vám děkuju. Bude to pro mě cenné, mít možnost porovnat výpovědi jednotlivých klientů, jejich rodin a Váš názor ...

**Psychiatr:** Tak doufejme, že se Vaše dílo zadaří ...

**Výzkumník:** Ještě jednou děkuju za Váš čas.

**Psychiatr:** Opravdu nemáte zač.