

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2016

Martina Vašinová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Účinné faktory v léčbě schizofrenie z pohledu sestry a pacienta

Martina Vašinová

Bakalářská práce

2016

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina Vašinová**  
Osobní číslo: **Z13032**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Účinné faktory v léčbě schizofrenie z pohledu sestry  
a pacienta**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Zásady pro vypracování:

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanové metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího

Rozsah pracovní zprávy: 35 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná

Seznam odborné literatury:

1. ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie a její léčba : průvodce ošetřujícího lékaře. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1.
2. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.
3. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
4. KUČEROVÁ, Helena. Schizofrenie v kazuistikách. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 106 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.
5. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1. vyd. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

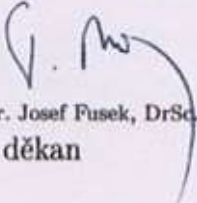
Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Linda Říhová**


Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2014**

Termín odevzdání bakalářské práce: **9. května 2016**

  
prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc.  
děkan

L.S.

  
PhDr. Kateřina Horáčková, DiS.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2016

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 5.5.2016

Mé poděkování patří Mgr. Lindě Říhové za odborné, trpělivé vedení, cenné rady a připomínky.  
Také děkuji Soně Solecké za drahocenné zkušenosti a informace, se kterými se ochotně podělila a všem svým respondentům za ochotu a otevřenost.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku faktorů, které účinně pomáhají v léčbě schizofrenie. Tyto faktory zabraňují relapsu neboli znovuvzplanutí onemocnění. Důležitou součástí léčby a prevencí relapsu není jen užívání medikace, i když ta je naprostým základem, ale také další faktory jako je edukace, podpora pacienta rodinou a přáteli, vztah se sestrou a lékařem, životní styl a jiné. Prostřednictvím této bakalářské práce bych chtěla přispět ke zlepšení podvědomí zdravotnického personálu o faktorech účinných v léčbě schizofrenie a podpořit tak komplexní léčbu.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Schizofrenie, účinné faktory, léčba, relaps.

## **TITLE**

Effective factors in treatment of schizophrenia.

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis is focused on factors that effectively help in the treatment of schizophrenia. These factors prevent relapse or re-flare of the disease. An important part of treatment and relapse prevention is not only taking medication, even though it is an absolute basis, but also other factors such as education, supporting by family and friends, the relationship with nurse and doctor, lifestyle and others.

## **KEYWORDS**

Schizophrenia, effective factors, threatment, relapse.

# Obsah

Úvod.....	8
<b>1. Teoretická část .....</b>	<b>9</b>
1.1 Schizofrenie.....	9
1.1.1 Definice schizofrenie.....	9
1.1.2 Pohled do historie .....	9
1.1.3 Etiologie, etiopatogeneze a epidemiologie.....	10
1.1.4 Příznaky.....	10
1.1.5 Postižení psychických funkcí .....	13
1.1.6 Průběh schizofrenie .....	14
1.1.7 Schizofrenie podle MKN-10 .....	16
1.2 Léčba schizofrenie a faktory, které jí účinně dopomáhají.....	18
1.2.1 Fáze léčby.....	18
1.2.2 Komplikace léčby .....	19
1.2.3 Faktory účinné v léčbě schizofrenie .....	19
<b>2. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>26</b>
2.1 Cíl výzkumu .....	26
2.2 Výzkumné otázky.....	26
2.3 Výzkumný soubor.....	26
2.4 Metodika .....	27
2.5 Výzkumná část- pacient.....	28
2.6 Výzkumná část- sestra .....	44
2.7 Vyhodnocení výsledků .....	54
2.8 Diskuze.....	60
<b>Závěr .....</b>	<b>64</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>66</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>69</b>



## ÚVOD

Onemocnění schizofrenie je závažnou psychiatrickou diagnózou, která má chronický průběh. Termín je často mylně vykládán jako rozdvojení osobnosti. Není tomu ale tak. Jde o rozštěpení (schizma) mezi jednotlivými duševními kvalitami: myšlením, vnímáním a emotivitou. Je to onemocnění, které výrazně negativně ovlivňuje jak život klientů, tak i jejich bližních. Zasahuje do všech podstatných oblastí života jako je studium, zaměstnání, finanční situace a vztahy s přáteli, kolegy i s rodinou. Skutečnost je nahrazena bludy a halucinacemi a pacient se začíná projevovat podivným nesrozumitelným chováním.

Téma o schizofrenii jsem si vybrala proto, že jsem se s touto diagnózou již setkala a to u několika svých přátel. Touto cestou mám možnost získat hlubší informace o této diagnóze a o možnostech, které jim mohou pomoci v léčbě také o tom, jakým způsobem jim mohu pomoci já. Také bych chtěla tímto způsobem přispět ke zlepšení podvědomí zdravotnického personálu o faktorech účinných v léčbě schizofrenie a podpořit tak komplexní léčbu.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a praktické. V prvním úseku teoretické části se budu zabývat obecnými informacemi o schizofrenii jako je její definice, historie, etiologie, patogeneze, příznaky, funkce, které postihuje, průběh onemocnění a rozdělení podle MKN- 10. V druhém úseku se budu zabývat léčbou schizofrenie a faktory, které jí účinně pomáhají.

V praktické části bakalářské práce se budu zabývat problematikou dlouhodobě ambulantně léčených pacientů s onemocněním schizofrenie. Tito klienti jsou již v remisi. Léčbu mají založenou na pravidelném užívání farmak a to zejména antipsychotik. V současnosti je možné jejich podávání formou perorální medikace nebo aplikace depotních injekcí. Problémem perorální medikace je samovolné vysazení ze strany klienta nebo nepříjemné kontrolování, zda léky užil. Tomu se dá zamezit injekční formou léku. Pokud klienti doporučená perorální farmaka vysadí (např. kvůli vedlejším účinkům), hrozí jim relaps neboli znovuvzplanutí onemocnění. Noncompliance (nespolupráce) v léčbě je zaznamenána u naprosté většiny rehospitalizovaných pacientů. Výzkum budu provádět u pěti dlouhodobě ambulantně léčených pacientů i u psychiatrické sestry, která o ně pečuje a tudíž bude moci říci své postřehy na účinné faktory v léčbě každého z těchto pacientů. Se sestrou budu provádět rozhovor. Sběr dat u pacientů proběhne pomocí anonymního dotazníku. Rozhovor, který by mohl přinést bohatší data, neprovádíme z potenciální ztráty důvěry a dekompenzace stavu pacientů, když bychom rozhovor nahrávali. Anonymní dotazník se

skládá jak z uzavřených otázek, tak i z otevřených, aby měli pacienti možnost vyjádřit se sami k dané otázce.

## 1. TEORETICKÁ ČÁST

### 1.1 Schizofrenie

#### 1.1.1 Definice schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se podle Češkové vyznačuje zásadní poruchou myšlení, vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání. (Češková, 2007, s. 13)

Tato nemoc patří mezi psychózy, které můžeme definovat jako „patologické stavy, při kterých dochází k hrubé poruše kontaktu s realitou; realita je chybně vnímána a interpretována“. Jsou to tedy onemocnění, která mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Dochází ke změnám v myšlení, vnímání, citech a osobnosti v takové míře, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečné. (Fišar, 2009, s. 215)

#### 1.1.2 Pohled do historie

Dříve byla schizofrenie označována jako *dementia praecox* (předčasná demence). Tento termín pochází od francouzského psychiatra A. Morela. Používal jej také E. Kraepelin ve své klasifikaci. Slovo „*praecox*“ bylo použito proto, že onemocnění začínalo v mladém věku. *Dementii praecox* používal pro souhrnnou diagnózu nemocí, které byly do té doby diagnostikovány jako nezávislá onemocnění: *paranoiu*, *hebefrenii*, *katatonii* a *juvenilní demenci*. Diagnóza zahrnovala velké množství příznaků, které se u nemoci kombinovali. Žádný ale nebyl pro diagnózu sám o sobě nezbytný. Kraepelin pokládal za jednotící charakteristiku " *předčasná demence*" *chronický průběh vedoucí k oslabení a úpadku duševních schopností*. Později bylo prokázáno, že u schizofrenie nejde o žádnou demenci, ale o rozpad osobnosti. (Dušek, Večerová- Procházková, 2015, s.224, 225) (Hosák a kol., 2015, s. 182)

Název schizofrenie zavedl německý psychiatr Eugen Bleuer v roce 1911. Tímto slovem měl, namysli rozštěpení (*schizma*) mezi jednotlivými duševními kvalitami- myšlením, vnímáním a emotivitou. Termín je mylně vykládán jako rozdvojení osobnosti. (Fišar, 2009, s. 216) Eugen Bleuer mluvil o celé skupině schizofrenií. Za charakteristické a společné základní

symptomy pokládal uzavření do sebe (autismus), emoční ambivalenci a oploštění a také poruchu formy myšlení spojenou především se změnou asociací. Tyto příznaky byly s onemocněním typicky spojené, ale nebyly specifické. (Hosák a kol., 2015, s. 182)

Německý psychiatr Kurt Schneider později popsal další klinické příznaky, které pro schizofrenii považoval za charakteristické a nazval je příznaky prvního řádu. Patří zde bludný výklad skutečnosti, ozvučené myšlenky, sluchové halucinace, které komentují pacientovo jednání nebo o něm hovoří, prožitek vkládání nebo odnímání myšlenek nebo jejich zveřejňování, ovlivnění tělesných projevů působením zevnějšku a přičítání vlastních citů, vůle a činů cizímu vlivu. (Hosák a kol., 2015, s. 183)

### **1.1.3 Etiologie, etiopatogeneze a epidemiologie**

Příčinu vzniku této nemoci, která ovlivňuje celou osobnost a sociální fungování jedince, i přes usilovnou snahu vědců, přesně neznáme. Předpokládá se multifaktoriální etiologie, neboli že se na vzniku může podílet několik příčin.

Etiopatogenezi můžeme chápat jako působení mezi chorobnou vlohou a vnějším stresem. Na vloze neboli genetické dispozici, se podílejí také vlivy před porodem a v průběhu porodu jako jsou infekce matky v II. trimestru těhotenství, porodní a poporodní komplikace, hladovění matky atd.

Prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1%. Výskyt je u obou pohlaví stejný tj. 2-4 případy na 10000 ročně. Začátky nemoci v dětství jsou vzácné. U žen je pozorován méně zhoubný průběh onemocnění. Také začátky jsou později, nejčastěji mezi 25. a 35. rokem života. Oproti tomu u mužů jsou začátky onemocnění již mezi 15. a 25. rokem. Ženy bývají méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují. Za to pravděpodobně vděčí vlivu estrogenu na dopaminový systém. První ataky se u žen mohou objevit po porodu a pozdní forma v menopauze. (Češková, 2007, s.13), (Hosák a spol., 2015, s.184)

### **1.1.4 Příznaky**

Příznak, který by byl charakteristický pouze pro schizofrenii, neexistuje. Z hlediska terapie je rozlišujeme do tří skupin.

#### *1.1.4.1 Pozitivní příznaky*

Jsou to takové příznaky v psychice, které se u zdravého člověka nevyskytují. Vzniká dojem, jakoby psychická aktivita postiženého byla o tyto projevy rozšířena. Bývají spojovány se zvýšenou dopaminergní aktivitou. Jde o výskyt halucinací, bludů, ozvučování myšlenek,

vkládání nebo odnímání myšlenek a vysílání myšlenek, vzrušeností, dezorganizovanou mluvou a chováním, poruch motoriky. Jsou nejčastějším důvodem hospitalizace. (Češková, 2007 s. 18),(Dušek, Večerová- Procházková, 2015, s. 225)

### *Ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek*

Když intenzivně přemýšlíme, jako bychom své myšlenky slyšeli, ale bez zvuku. U schizofrenie se někdy myšlenky ozvučují. Pacienti mívají pocit, jako by jim někdo ovlivňoval myšlení tím, že jim myšlenky do hlavy vkládá. U odnímání myšlenek se pacienti obávají, že je jejich hlava jako otevřená kniha, v níž si všichni mohou přečíst, co si myslí, či je o myšlenky okrást, mají pocit úplné ztráty soukromí. (Bankovská Motlová, 2013, s. 14)

### *Bludy*

Bludy jsou nesprávná a nevyvratitelná přesvědčení vznikající mylnou interpretací vjemů či prožitků. Člověk trpící bludy je o jejich pravdě natolik přesvědčen, že i když existují důkazy o jejich nepravdivosti, nelze mu je vymluvit. Bludy nevznikají najednou, ale postupně. Vývoj bludu má několik částí. Začíná bludem vztahovačnosti, kdy je pacient přesvědčen, že o něm lidé všechno vědí, povídají si o něm a vše co se děje, s ním nějakým způsobem souvisí. Další fází je bludný nápad, kdy si uvědomí souvislosti a vytvoří si vysvětlení situace. Vzniká blud. Člověk si pak pro sebe, v jeho situaci logicky (ale bludně) vysvětlí, že je výjimečný, a proto je středem zájmu. Na druhou stranu si může situaci vysvětlit tím, že je pronásledován, ohrožen na životě, na dálku řízen a ovládán. Prožívá obrovské obavy. Pro bludy je typická chorobnost, nevyvratitelnost a určitá bizarnost. (Bankovská Motlová, 2013, s. 15)

### *Halucinace*

Halucinace můžeme vnímat všemi smysly. Vznikají bez jasného zevního podnětu. Nejčastější jsou to sluchové halucinace a zrakové. Nemocný slyší hlasy, které komentují jeho chování nebo si o něm mezi sebou povídají, chválí, kritizují ho, hádají se, radí pacientovi (teologické halucinace). Dokonce mu mohou přikazovat, co má udělat (imperativní halucinace). Hlasy často zakazují nemocnému hovořit. (Bankovská Motlová, 2013, s. 17)

### *Dezorganizace*

Dalším pozitivním příznakem je dezorganizace chování a řeči. Nesouvislé myšlení a mluvení z cesty je důsledkem formální poruchy myšlení. Řeč pacientů se schizofrenií může být dezorganizována v mnoha ohledech.

Příklady dezorganizace řeči:

Neologismy- pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí.

Ztráta asociací a tangencialita- neschopnost udržet téma.

Inkoherence- projev nemá ani „hlavu ani patu“. Věta postrádá gramatické vazby.

Zárazy- myšlenky se zastaví, další myšlenka nenavazuje.

Echolalie- pacient opakuje to, co říká terapeut.

Mutismus- pacient nemluví.

Verbigerace- opakování specifických slov beze smyslu.

#### *Poruchy motoriky*

Motorická aktivita je buď zvýšena (neklidnost až agitovanost), nebo žádná (stupor). Stuporózní stav je život ohrožující, kdy se pacient nehýbe, nekomunikuje a nepřijímá potravu. Proto je ohrožen dehydratací, dekubity, embolií. (Bankovská Motlová, 2013, s. 18, 19)

#### *1.1.4.2 Negativní příznaky*

Naopak souvisí s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou. Bývají méně nápadné než pozitivní příznaky, ale o to výrazněji ovlivňují život nemocného. Tyto příznaky se dají léčit, avšak jejich zmírnění či odstranění může trvat měsíce. Pokud se přidá depresivní nálada a beznaděj, nelze vyloučit suicidální jednání. Především během roku následujícího po stanovení diagnózy je důležité pátrat po suicidálních úvahách, jelikož riziko dokonání sebevraždy je v tomto období velmi vysoké. (Bankovská Motlová, 2013, s. 20)

#### *Emoční oploštělost*

Jedná se o ochuzení pružnosti prožitku, zploštění výkyvů radosti a žalu, zmenšení intenzity prožitku a citu, neschopnost něco silně cítit a prožívat, mít někoho či něco rád, mít k někomu či něčemu silný vztah. Člověk se svému okolí jeví laxní, bez zájmu, chladný, bezcitný, lhostejný. (Kučerová, 2010, s. 13)

#### *Alogie*

Je to ochuzená prázdná řeč. Nemocný ztrácí schopnost používat řeč v rozmanitých variantách, k popisu různých situací, k vyjádření pocitů, přání atd. Vyjadřuje se holými

větami, nebo mlčí a mluví jen, když odpovídá na otázky, často jednoslovně. Má omezenou slovní zásobu, vyjadřuje se stereotypně, šroubovaně, neohrabaně, používá stejná slova. (Kučerová, 2010, s. 13)

#### *Abulie, hypobulie (porucha vůle)*

Hypobulie se projevuje tak, že nemocný by rád něco dělal, ale nemá sílu se do toho pustit, nebo se rychle unaví jakoukoli činností. Nemá také dost vůle se k něčemu rozhodnout nebo dodržet daný slib (např., že bude užívat léky). Při abulii má nemocný tak oslabenou vůli, že není schopen vstát z lůžka, udržovat osobní hygienu atd. (Kučerová, 2010, s. 14)

#### *Autismus (ztráta kontaktu s okolím)*

U lidí se schizofrenií představuje autismus nápadnou a nepřiměřenou sociální izolací. Lidé se zaměřují na sebe sama a důsledkem je ztráta zájmu o kontakt s okolím. Postupně se stahují do sebe, nerozumí tomu, co se kolem nich děje, z tohoto dění mají strach, a proto se okolí raději vyhýbají. Ztrácí znalost hranice mezi já a ne-já, což stimuluje potřebu se izolovat ve svém světě, kde platí určité, i když z objektivního hlediska bludné, zákonitosti. (Vágnerová, 2004, s. 181)

#### *1.1.4.3 Kognitivní poruchy*

Kognitivní neboli poznávací funkce zahrnují paměť, pozornost, schopnost plánovat, řešit konstruktivně problémy, pružně zareagovat na změnu. Pacienti nejčastěji trpí poruchami krátkodobé i dlouhodobé paměti, pozornosti, rychlosti zpracování informace, abstraktního myšlení a sociálních funkcí. (Bankovská Motlová, 2013, s. 21)

### **1.1.5 Postižení psychických funkcí**

#### **Osobnost**

Již před propuknutím nemoci se může osobnost postiženého vyznačovat určitými charakteristickými rysy, například plachostí, redukcí sociálních kontaktů, uzavřeností. V počátečních projevech bývá plané filozofování, zájem o bizarní otázky nebo problémy. Průběžně se objevuje netečnost a nezájem o okolí. Postižený se soustřeďuje na vlastní svět, který při přítomnosti bludů a halucinací může být pestrý. Pacientovi pak nechybí realita. S nastupující dezintegrací osobnosti se i vnitřní svět schizofrenika rozpadá.

#### **Myšlení**

Porucha myšlení je jedním s hlavních příznaků schizofrenie. Je postiženo po formální i obsahové stránce. Po formální stránce se vyskytují zárazy, tvorba vlastní symboliky, neologismy, nesouvislé myšlení, zmatené myšlení. Z obsahové stránky jsou charakteristické bludy.

#### Vnímání

U některých forem je výrazně narušeno. Vyskytují se iluze a halucinace. Halucinace nejčastěji sluchové, kdy pacient slyší šumy, slova nebo celé věty, rozhovory osob. Mohou se týkat i jiných smyslů (zrakové, čichové, tělové, viscerální).

#### Jednání

Poruchy jednání navazují na všechny předešlé poruchy. Je odlišné od jednání zdravých lidí a bývá často nevypočitatelné. Chorobné představy a vjemy mohou ovlivňovat aktivitu nemocných. Pacient může pod vlivem bludů a halucinací páchat trestnou činnost. Často dochází k sebe zabití, například vyskočí z okna, když prchá před domnělým nepřítelem.

#### Emotivita

V průběhu onemocnění dochází postupně k emočnímu vyhasínání. Nemocní jsou neteční a jejich emoční projevy mají malou polaritu (emoční oploštělost). Nápadné jsou také nevhodné emoční projevy (náhlý smích nebo naopak náhle upadnutí do deprese), paratymie či paramimie.

#### Intelekt

Rozum není postižován, ale pasivita a netečnost nemocného může vyvolat dojem, že má poškozené paměťové a intelektové funkce. Pokud se tyto projevy překonají, zjišťujeme, že je intelekt neporušen.

#### Somatické příznaky

V úvodu nemoci se často vyskytují poruchy spánku. Další projevem mohou být bolesti hlavy. U žen často dochází k poruchám menstruace. (Dušek, 2015, s. 227)

### **1.1.6 Průběh schizofrenie**

#### *1.1.6.1 Varovné příznaky*

Schizofrenie není chorobou několika dnů nebo týdnů, kdy se vyskytuje určitý soubor příznaků, který má určitý postup a vyústění. Je to nemoc v pohybu, která se mění a postupuje

v čase. Jednotlivé příznaky spolu různě souvisejí, vzájemně se ovlivňují a tvoří nikoli prostý, ale integrovaný celek. (Kučerová, 2010, s. 9) Přichází málokdy nečekaně. Když je dotyčný vyzván, aby si vzpomněl, co se dělo před atakou, často se vrací i do doby několika měsíců před hospitalizací. Nejčastěji si zpětně vybaví problémy v práci, ve škole, horší soustředění, konflikty s okolím. Postupně přestává komunikovat s vrstevníky a přerušuje s nimi pouta. Uzavírá se do sebe a vytváří si vlastní svět. Dalšími varovnými příznaky mohou být nespavost, nervozita, netrpělivost, pocit, že je zesměšňován, pocit, že je středem zájmu, zhoršení paměti, nechutenství. Tyto příznaky signalizují problém v dopaminergním systému v limbickém traktu. Před první atakou je těžké tyto příznaky rozeznat jako předzvěst schizofrenie. Pokud však již pacient svou první ataku měl, je dobré si příznaky, které se u něj vyskytly zapsat, aby mohl správně rozeznat nadcházející relaps. Čím dříve se zahájí léčba, tím rychleji se nemocný zlepší. (Bankovská Motlová, 2013, s. 30)

#### *1.1.6.2 Ataka*

Ataka obsahuje období pozitivních, negativních i kognitivních příznaků. Trvá nejčastěji 6 měsíců. Vrcholí ztrátou náhledu a zhoršením kontaktu s realitou. V tomto období dochází k hospitalizaci pacienta. Po několika týdnech léčby pozitivní příznaky postupně mizí. Negativní a kognitivní příznaky zasahují člověku do života i po propuštění z nemocnice. Mozek není v tomto období tak výkonný jako před nemocí a potřebuje trénovat. Proto se pacient po propuštění z nemocnice zatěžuje postupně, nejlépe formou intenzivní psychiatrické rehabilitace v denním stacionáři. (Bankovská Motlová, 2013, s. 31, 32)

#### *1.1.6.3 Remise a relaps*

Onemocnění probíhá většinou epizodicky. Remise se střídají s relapsy. Remise je bezpříznakové období. Nemoc je stále přítomna, ale bez zjevných symptomů. Je to mezidobí mezi první atakou a relapsem nebo mezi relapsy. Relaps je opětovný rozvoj příznaků. Je prokázáno, že dlouhodobá léčba snižuje výskyt relapsů. Ale i při udržovací medikaci relabuje 20- 30 % nemocných ročně. Důvodem může být přirozený průběh nemoci, nedostatek podpory ze strany rodiny a přátel, ale taky nedostatky ve zdravotnickém systému (v současné době není povinné aktivní sledování osob s psychózami). Udává se, že polovina pacientů nepřijde k první ambulanci kontrole po propuštění z nemocnice. Pokud není vyvinuta iniciativa ze strany blízkých, jsou tito nemocní vystaveni veškerému riziku, které vyplývá z toho, že nepokračuje v antipsychotické léčbě. Relapsy mohou mít zhoubný vliv na další vývoj onemocnění- snižují lékovou odpověď, vedou k rezistenci na léčbu, predisponují k další



epizodě. Při relapsu lékař postupuje tak, že upraví léky a kontroluje, zda se pacient řídí jeho radami. (2014)

### **1.1.7 Schizofrenie podle MKN-10**

Schizofrenie se projevuje mnohými více či méně specifickými příznaky. Proto je často velmi obtížné ji správně diagnostikovat. Pro stanovení diagnózy je rozhodující pozorování pacienta a pečlivé naslouchání tomu, co nám sděluje. Velmi nápomocná může být konzultace s rodinou a s blízkými pacienta (tzv. objektivní anamnéza). (Bankovská, Motlová, 2013)

Podle mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN- 10) rozlišujeme tyto formy schizofrenie: (dostupné na <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>)

- F20 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Schizophrenia simplex
- F20.8 Jiná schizofrenie
- F20.9 Schizofrenie nervové soustavy

Blíže se zmíním o šesti nejběžnějších formách schizofrenie.

#### **Paranoidní schizofrenie**

Paranoidní schizofrenie je nejčastějším typem schizofrenie. Charakterizují ji především bludy, které jsou obvykle provázeny halucinacemi. Negativní symptomy chybějí nebo alespoň nejsou v popředí. (Češková, 2007, s.20) Rozvoj syndromů může začínat bludným laděním, pocity ukřivdění, nedůvěřivosti, podrážděností. Postupně se utvářejí bludy, které se stále více systemizují. Jindy je rozvoj bludů již od počátku. Nejčastější jsou bludy vztahovačnosti, perzekuční, originární a megalomanské. Halucinace, které se buď vyskytují samostatně, nebo jsou provázeny bludy, jsou nejčastěji sluchové, ale mohou být i kombinované. (Dušek, 2015, s. 230)

#### **Hebefrenní schizofrenie**

Nejčastěji začíná v dospívání a časně dospělosti. Projevuje se zvýrazněným pubertálním chováním. Vyskytuje se povznesená, bujará až nepřiměřeně optimistická nálada s planým, nejapným vtipkováním, „jalové“ hloubání o problémech a záhadách, klackovité až hulvátské chování. Porucha postupně přechází v deterioraci (dočasné, krátkodobé snížení rozumových schopností) s emočním ochuzením a oploštěním. (Dušek, 2015, s. 231) Bludy a halucinace jsou částečné a prchavé. Prognóza je obvykle špatná kvůli rychlému rozvoji negativních symptomů. (Kučerová, 2010, s. 21)

#### Katatonní schizofrenie

U tohoto typu jsou v popředí poruchy psychomotoriky. Mohou se projevovat přílišnou vzrušeností, bezcílným neklidem, grimasováním a manýrováním u produktivní formy nebo naopak chorobným nerovnoměrným útlumem motoriky až stuporem u neproduktivní formy. Časté jsou stereotypie ve verbálním projevu a chování. Může být přítomná vosková ohebnost. (Češková, 2007, s. 20) Speciální psychiatrie

#### Nediferencovaná schizofrenie

Psychotické stavy, které obsahují příznaky schizofrenie, ale nelze je zařadit do žádného z podtypů, nebo takové, které mají příznaky více než jednoho z nich, bez výrazné převahy nějakého z charakteristických symptomů. Příznaky jsou pestré. (sch. V kazuistikách)

#### Postschizofrenní deprese

Stav s výraznými depresivními symptomy, který přetrvává nejméně 2 týdny. Objevuje se jako dozvuky schizofrenní nemoci. Mohou se stále vyskytovat pozitivní nebo negativní symptomy, ale už nejsou v popředí klinického obrazu. (Dušek, 2015, s. 232) (Kučerová, 2010)

#### Reziduální schizofrenie

Představuje chronický stav přetrvávající po odeznění a dezaktualizaci akutních příznaků schizofrenní ataky. Projevuje se dlouhodobými, ne nezbytně nezvratnými negativními symptomy a poruchami, např. zpomalením psychomotorického tempa, snížením aktivity, otupělostí afektu, chudou řečí v obsahu nebo množství, podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí. (Češková, 2007, s.21) (Kučerová, 2010)

## Schizophrenia simplex

Simplexní forma je charakterizována postupným stažením, redukcí volní složky, oploštěním emotivity. Začátky jsou obvykle v dospívání v době od 15 do 20 let, ale jsou popsány i případy, kdy nemoc propukla později. Postižený se špatně učí, obtížně se zapojuje do společnosti, zanedbává své povinnosti. Někdy dochází ke kriminální činnosti. (Dušek, 2015, s. 233)

### **1.2 Léčba schizofrenie a faktory, které jí účinně dopomáhají**

Léčba schizofrenního onemocnění se skládá ze tří důležitých částí. První je včasné a individuálně přizpůsobená farmakoterapie, druhou je psychoedukace (poučení pacienta a jeho nejbližších) a třetí částí je rehabilitace nemocí změněných sociálních dovedností. Podstatnou roli má také psychoterapie, zejména po odeznění akutní ataky onemocnění.

#### **1.2.1 Fáze léčby**

Léčba schizofrenie se skládá z několika fází. Tyto fáze se liší ve svých cílech, a proto je nutné používat různou strategii a taktiku v průběhu nemoci.

##### *1.2.1.1 Akutní léčba*

Před zahájením léčby by se měla vyloučit možná intoxikace návykovými látkami. Proto je důležitá pečlivá anamnéza, toxikologické a laboratorní vyšetření. Vytvoření spojení pacienta se zdravotníky je základem pro důvěru jak v této fázi, tak pro dobrou spolupráci v udržovací fázi terapie. (Markovič, 2012)

Cílem akutní léčby je zmírnění a odstranění pozitivních příznaků onemocnění. Antipsychotika podáváme co nejdříve. Pokud pacient nereaguje na léčbu, je vhodná změna. Pokud reaguje jen částečně, doporučuje se navýšení dávky do maximální tolerance. Zlepšení stavu pacienta je pozorováno již v průběhu prvního, eventuálně druhého týdne. (Češková, 2009)

##### *1.2.1.2 Stabilizační léčba*

Cílem je dosažení předchozí úrovně fungování a udržení zlepšení. Bereme v úvahu, že negativní a kognitivní příznaky se zmírňují pomaleji než pozitivní. V této fázi je pacient propuštěn z nemocnice. Je zde vysoká náchylnost k relapsu. Doba trvání stabilizační fáze je uváděna 6 měsíců při stejné dávce antipsychotik jako při akutní léčbě. (Češková, 2009)

### 1.2.1.3 Udržovací (dlouhodobá) léčba

Cílem této fáze je zabránit znovu vzplanutí nemoci a udržet remisi. Užívají se minimální účinné dávky antipsychotik. Důraz je kladen na snášenlivost a bezpečnost. Po první epizodě je doporučovaná délka trvání 2 roky. Při opakovaných epizodách je celoživotní. Dlouhodobá léčba snižuje riziko relapsu 2-3 krát. Po vysazení léčby u pacientů v dlouhodobé remisi dochází k relapsu u více než 70% z nich. (Češková, 2009)

## 1.2.2 Komplikace léčby

Nejčastějším problémem je předčasné vysazení léku pacientem, což několikanásobně zvyšuje riziko relapsu. Pacient to často učiní záměrně, protože se domnívá, že léky nepotřebuje, že už není nemocný. Při farmakoterapii hrají významnou roli *nežádoucí účinky*, které pacient subjektivně nepříjemně vnímá. Jejich význam je odlišný podle intenzity, typu a zejména vlivu na subjektivní pohodu. Mezi nejdůležitější patří některé typy extrapyramidových syndromů (EPS). U moderních léčivých přípravků je snášenlivost velmi dobrá. Pacient tak často netrpí vedlejšími účinky. Pacienti často o nežádoucích účincích sami nehovoří. Důležité je, aby se lékař (sestra) aktivně dotazoval pacientů, vyhledával nežádoucí účinky a následně pacienta edukoval a tyto účinky kompenzoval. Dalším problémem je zapomínání pravidelného užívání antipsychotik. Proto je velmi vítanou možností užívání depotních antipsychotik, podávaná v několikátýdenních intervalech. (Skopová, 2016)

## 1.2.3 Faktory účinné v léčbě schizofrenie

Compliance a adherence je u schizofrenních pacientů poměrně nízká což výrazně snižuje účinnost léčby. Je známo, že jen jedna třetina pacientů s tímto onemocněním je plně compliantních v léčbě a druhá třetina jen částečně. Důvody, které vedou pacienta k nespolupráci (nonadherenci) můžeme rozdělit do čtyř skupin. První skupinou jsou faktory spojené s onemocněním (psychotické symptomy, kognitivní deficit). Druhou skupinou jsou faktory spojené s pacientem (inteligence, vzdělání, hodnoty, předsudky, pohled na užívání léků apod.). Třetí skupinou jsou faktory spojené s prostředím (stigmatizace, nedostatečné sociální zázemí). Poslední skupinou jsou faktory spojené s léčbou a lékařem (jeho dostupností, vztahem a erudicí). (Ustohal, 2011)

Pilířem léčby schizofrenie je farmakoterapie. Podávání léčiv je základem pro léčbu pozitivních, negativních i kognitivních symptomů. Ochota a spolupráce pacientů k pravidelnému užívání léků a docházení k lékaři je však nízká. Proto je v léčbě nutné zapojit i jiné faktory.

### 1.2.3.1 Farmakoterapie

Léky, které se v léčbě schizofrenie používají, se nazývají antipsychotika. Mechanismem jejich účinku je blokáda dopaminových receptorů v určitých oblastech mozku. Mohou také ovlivňovat i jiné receptorové systémy, což vede k antidepressivnímu účinku nebo k nežádoucím účinkům jako je hypotenze, tachykardie, podpora chuti k jídlu, suchost sliznic, zácpa atd. Dále mohou mít účinek anxiolytický, hypnotický a antimanický. Antipsychotika rozdělujeme do dvou skupin na konvenční antipsychotika (typická, I. Generace), která působí přes blokádu postsynaptických D2 receptorů v mezolimbické dráze a jsou účinná hlavně v léčbě pozitivních příznaků a na atypická antipsychotika (II. a III. generace). Ty působí jak přes blokádu postsynaptických D2 receptorů v mezolimbické dráze, tak přes zvýšené uvolňování dopaminu a blokádu receptorů v mezokortikální dráze. Jsou účinná v léčbě pozitivních, negativních i kognitivních příznaků. Mají méně nežádoucích účinků a jsou lépe tolerována pacientem.

Hlavními nežádoucími účinky antipsychotik jsou:

- Extrapyramidové příznaky, které se objevují po vyšších dávkách konvenčních antipsychotik. Zahrnuje nežádoucí účinky pohybové (parkinsonismus, dystonie, dyskineze, akatizie)
- Zvýšená koncentrace hormonu prolaktinu s následnými poruchami menstruace nebo sexuální dysfunkce.
- Anticholinergní příznaky (sucho v ústech, zácpa, rozmazané vidění, potíže při močení)
- Zvýšení hmotnosti
- Kardiotoxicita a další. (Fišar, 2009, s. 150- 153)

Podle psychiatrických odborníků užívají pacienti se schizofrenií pouze 51- 70% předepsané medikace. Nedostatečná adherence je spočívá podle jejich názoru hlavně v nedostatku náhledu, názoru, že medikace již není potřebná, nežádoucích účincích a v přetrvávajících symptomech. (Ustohal, 2011)

### 1.2.3.2 Edukace

Spolupráce pacienta je předpokladem úspěšné léčby chronických onemocnění. Aby pacient spolupracoval, musí medicína opustit paternalistický model a učinit z pacienta partnera v léčbě. Partnerem se pacient může stát tehdy, pokud bude mít o své léčbě relevantní informace. Jedná se nejen o obecné informace, které může pacient zjistit na internetu či

v příručce, ale hlavně o informace šité pacientovi na míru, které mu může poskytnout odborník. Cílem psychoedukace je zvýšit angažovanost pacienta v léčbě, dát mu dostatečně obsáhlé, relevantní a srozumitelné informace o nemoci a její léčbě a naučit jej dovednostem důležitým pro její zvládnutí. (Motlová, Holub, 2005, s. 514–516)

Pacient musí být edukován o nutnosti užívání předepsaných léků přesně podle ordinace psychiatra, pravidelně a dlouhodobě. Dobré je vysvětlit podstatu účinků léků, i když si nejsme zcela jistí, zda nás pacient pochopí, a vedlejší účinky léků. Dále by měl být edukován o nutnosti pravidelného denního režimu, dostatečného spánku, vyhýbání se stresovým a zátěžovým situacím, užíváním drog (dobré je zdůraznit, že marihuana je také droga). Ženy se edukují o rizikových obdobích jejich života (těhotenství, porod, poporodní období, laktace, klimakterium). Edukaci bychom měli směřovat jak k pacientovi, tak jeho blízkým. (Malá, Navrátilová, 2006, s. 137-139)

Role psychiatrických sester je v oblasti psychoedukace nenahraditelná. Mají v kompetenci informovat pacienta o předepsaných lécích, o způsobu užívání, o možných nežádoucích účincích. Měly by pacientovi vysvětlit důležitost užívání léků, důsledky jejich vysazení, postupy zmírňující nežádoucí účinky a motivovat ho k účasti na léčbě. Nejvhodnější zahájení psychoedukace je před propuštěním pacienta domů nebo velmi brzy po propuštění. (Petr, 2012)

### *1.2.3.3 Rodina a přátelé*

Hlavním a často nejdůležitějším zdrojem podpory a péče o nemocného je rodina. Většina pacientů s psychózou žije se svou rodinou, která na ně může mít silný vliv, jak pozitivní, tak negativní. Proto by měla být aktivně zapojena do léčby. Členové by měli být edukováni podobně jako pacient. Důležité je získat rodinu jako spojence v léčbě. (Malá, Navrátilová, 2006, s. 137-139) Pokud budou příbuzní a známí zaangažováni do léčby, mohou obrovským způsobem pomoci. Mezi druhy pomoci patří kontrola pacienta, zda užívá léky, připomínání, že by si je měl vzít a neustálé upozorňování, jaké problémy mohou nastat, když přeruší léčbu nebo ji nebude správně dodržovat. Se souhlasem pacienta mohou blízcí zaznamenávat probíhající symptomy. Tím mohou velice dobře vypořádat první známky relapsu a včasná léčba může zabránit plnému rozvinutí příznaků. Pomoci mohou k rychlejšímu nastavení té nejvhodnější léčby tak, že vypořádují, které léky jsou u nemocného účinné a které mu naopak v minulosti vyvolávaly problémy. (Janssen- Cilag EMEA, 2012, s. 15)

#### 1.2.3.4 *Vztah k lékaři*

Pro úspěšnou dlouhodobou spolupráci je klíčový terapeutický vztah, na kterém se podílí jak pacient, tak lékař. Terapeutický vztah má několik složek. Ve vztahu k léčebné spolupráci má největší význam terapeutická aliance, což je neneurotický, racionální a smysluplný vztah pacienta s terapeutem. Základem pro vytvoření terapeutického vztahu je důvěra, udržování optimální distance a vytvoření bezpečného prostředí. Terapeutickou alianci dotváří otevřenost a pravdivost terapeuta. (Motlová, Holub, 2005, s. 514–516)

Pokud není vztah mezi lékařem a pacientem kvalitní, pacient při léčbě nespolupracuje. Jednou ze známek problematického vztahu je odmítání léku, stížnosti na silné vedlejší účinky a žádosti o jiné léky, protože žádný neúčinkuje. Léky neužívá a vyhazuje je. Nekvalitní vztah je také příčinou toho, proč pacient není upřímný k lékaři. (Beran, 2010, s. 116-117)

#### 1.2.3.5 *Vztah k sestře*

Pokud chce sestra navázat dobrý, důvěrný vztah s pacientem, musí umět dobře verbálně i neverbálně komunikovat. Neverbální komunikace probíhá prostřednictvím řeči těla. Patří sem gestika, mimika, kinezika, vnější vzhled a další. Když sestra bude vyjadřovat nevstřícný, neochotný postoj, jeho ochota svěřit se jí nebude velká. Tím bude práce sestry ztížena a hůře si bude získávat pacientovu důvěru. Nejen pacient, ale i sestra si všímá neverbálních projevů. Musí rozpoznat příznaky ohrožující pacientovo zdraví nebo život. V profesionálním chování sestry má významné místo verbální komunikace neboli schopnost navazovat a udržovat slovní kontakt s pacientem. Slova mají informační hodnotu a velkou sílu ve vztahu pacienta a sestry. Musí s nimi umět zacházet, protože je již nemůže vymazat a nevhodným slovem může pacientovy ublížit. Naopak, pokud bude komunikovat citlivě, účinně a uvážlivě, může povzbudit pacientovu důvěru v jeho možnosti. Rozhovor je nejdůležitějším druhem verbální komunikace. Sestra by měla pozorně naslouchat, mluvit jasně a srozumitelně, klást otázky v logické souvislosti a vždy jen jednu, nevnučovat pacientovi svůj hodnotový systém, vždy komunikovat s respektem, zájmem, akceptovat mlčení, dát pacientovi čas, aby mohl najít správná slova, navazovat oční kontakt, zachovávat klid, vyjádřit soucit. (Fecková, 2011)

#### 1.2.3.6 *Životní styl*

Pacienti trpící schizofrenií mají zvýšenou morbiditu i mortalitu. Přispívá k tomu základní onemocnění, léčba a také životní styl. Nevhodné životní návyky jako je špatné stravování, malá fyzická aktivita a kouření, přispívají k špatné fyzické kondici a ke vzniku

tělesných onemocnění. Léčba antipsychotiky může způsobit nárůst hmotnosti a vznik obezity, což zvyšuje nemocnost i úmrtnost a je rizikovým faktorem pro vznik metabolického syndromu. (Sigmundová, Látalová, 2006, s. 158–160)

K dosažení zdravého životního stylu je třeba menších, či komplexnějších intervencí do dosavadního stylu života pacientů. V procesu intervencí hrají nezastupitelnou roli zdravotníci, zejména pak sestry, které jsou s pacienty v přímém kontaktu. Zdravý životní styl se skládá z několika částí. (Komárek, Provazník a kol., 2011, s. 56)

#### *Vhodná výživa*

Hlavním smyslem správné výživy je zajištění optimálního přívodu energie a živin přiměřené věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu. Příjem by měl být v rovnováze s výdejem. Výdej se skládá z bazálního metabolismu a pohybové aktivity. Mezi základní živiny patří bílkoviny, které mají tvořit 15% z celkové stravy, tuky 25-30%, cukry 55-60%, vitamíny a minerály. Sestra může hrát v této oblasti prim. Pacient by totiž neměl dostávat jen teoretické rady o množství a skladbě živin, ale také praktické rady jaké suroviny a jídla si vybírat a jak je upravovat. (Komárek, Provazník a kol., 2011, s. 59- 60)

#### *Dostatečný pohyb*

Člověk je adaptován na život s tělesnou zátěží. V moderní době je však potřeba pohybu minimální. Tělesná nečinnost může být spolupříčinou mnoha onemocnění jako jsou kardiovaskulární onemocnění, diabetes II. typu, obezita, hypertenze, některá nádorová onemocnění a další. Proto bychom své tělo měli trénovat. Začít by se mělo mírnými aktivitami. Ty by měli trvat alespoň 30 minut denně. Aktivity vyšší intenzity by se měli provádět 3- 5x týdně 30- 45 minut. Výsledky své činnosti nelze očekávat dříve než za měsíc. (Komárek, Provazník a kol., 2011, s. 58- 59)

#### *Užívání škodlivých látek (kouření, alkohol, drogy)*

Všechny formy spotřeby tabáku vedou ke vzniku více než 20 různých nemocí a předčasnému umírání na ně. Nemoci srdce, cév a nádorová onemocnění jsou nejzávažnější z nich. Základem úspěchu boje proti kouření je postoj zdravotníků. Zdravotníci by si měli uvědomit některá východiska. Například jsou kompetentní k tomu, aby pomáhali klientům v boji proti závislosti na tabáku. Zanechání kouření je nedílnou součástí léčby a rehabilitace. Měli by být nekuřáky. (Komárek, Provazník a kol., 2011, s. 56- 57)



Málokterý faktor má tak široké spektrum zdravotních důsledků jako alkohol. Poškození pacienta je ve sféře somatické (cirhóza, nádorová onemocnění, pankreatitida, gastritida aj.), psychické (porucha mentálního zdraví, deprese) i sociální (rodinné rozvraty, týrání dětí, ztráta zaměstnání, agresivní chování aj.). Pozorován je však i protektivní účinek mírného požívání alkoholu vůči kardiovaskulárním onemocněním. Mírným požíváním se rozumí jedna jednotka alkoholu denně, která je obsažena například v jednom dcl vína nebo 0,3 l piva. (Komárek, Provazník a kol., 2011, s. 63)

Velkým společenským problémem, který vyžaduje zájem na každém stupni zdravotní péče je zneužívání nelegálních i legálních drog. Zneužívání drog způsobuje psychickou závislost (stav, kdy je potřeba opakovaného či nepřetržitého podávání drogy k vyvolání příjemných pocitů a uspokojení) i fyzickou závislost (stav, který se projevuje intenzivními tělesnými obtížemi při nedostupnosti drogy). (Komárek, Provazník a kol., 2011, s. 65) Z výsledků epidemiologických studií vyplývá, že pravděpodobnost zneužívání drog u pacientů se schizofrenií je 3x vyšší než u osob bez psychického onemocnění. Drogy zhoršují pozitivní příznaky, agresivitu, sebevražednost, počet relapsů a rehospitalizací a způsobují nespolupráci při léčbě. (Maršálek, 2008, s. 269)

### *Zvládání stresu*

Stres je takové zatížení organismu, které přesahuje možnosti, jimiž organismus disponuje k jeho zvládnutí. Nadměrný stres může významně zhoršit stávající chronická onemocnění (aktuální psychický stav, duševní zdraví, psychosomatická onemocnění aj.). Pacienti musí být informováni o možných příčinách stresu, aby dokázali identifikovat jeho zdroje a vyvarovat se jim. Měli by být trénováni o zvládání zátěží, které mohou stres vyvolat. K základním tréninkovým technikám patří umění vypnout a odpočívat, vytvoření si pořadí důležitosti, dostatek pohybu, správná výživa, relaxační techniky. (Komárek, Provazník a kol., 2011, s. 67- 68)

#### *1.2.3.7 Psychoterapeutický stacionář*

Jádrum terapeutického programu v denním stacionáři je skupinová terapie. Řeší se zde interpersonální problematika, vztahy a maladaptivní chování. Skrze korektivní symbiotickou zkušenost se zaměřuje na nabytí realističtějšího vztahu, podporu vzhledu v rámci skupinových vztahů, zobecnění zkušeností nabytých ve skupině do jiných sociálních a mezilidských situací. Program je zde kromě skupinově rozebírajících sezení sestaven ještě z dalších

možných způsobů skupinové terapie. Jsou jimi arteterapie, muzikoterapie, kognitivní rehabilitace, nácvik sociálních dovedností, psychoedukace a další. Dochází se zde každý všední den, což pomáhá pacientovy v otázce pravidelného denního režimu. Podle cíle léčby jsou programy různě dlouhé. Trvají od několika týdnů po několik měsíců. Jsou vedeny týmem psychoterapeuticky vzdělaných psychiatrů, klinických psychologů a psychiatrických sester. (Peč, 2009, s. 173)

## 2. PRAKTICKÁ ČÁST

### 2.1 Cíl výzkumu

Cíle výzkumu mé bakalářské práce jsou dva:

1. Zmapovat, které faktory v léčbě schizofrenie pomáhají účinně předcházet relapsu u vybraných klientů a jakým způsobem.
2. Zjistit, jak se liší pohled sestry a pacienta na léčbu.

Vypracováním těchto údajů a jejich prezentací bych chtěla přispět ke zlepšení podvědomí zdravotnického personálu o faktorech účinných v léčbě schizofrenie, jejich důležitosti a podpořit tak komplexní léčbu.

### 2.2 Výzkumné otázky

1. Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu pacienta a jakým způsobem?
2. Které účinné faktory jsou z pohledu pacienta v jeho léčbě významné a proč zrovna ony?
3. Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu psychiatrické sestry?

### 2.3 Výzkumný soubor

Vzorek respondentů pro tento výzkum je tvořen pěti pacienty (muži i ženy). Jedná se o pacienty stejné psychiatrické ambulance léčené stejným lékařem a sestrou. Výběr ambulance proběhl na základě doporučení z osobní známosti. Všechny testované osoby mají diagnózu schizofrenie. Zkoumání byli pouze dlouhodobě léčení pacienti (vybraní pacienti se léčí v rozmezí 5- 15 let). Sběr dat probíhal v dubnu roku 2016. Respondenty jsem oslovila na základě stanovených kritérií (dlouhodobě léčení pacienti s diagnózou schizofrenie, léčení stejným lékařem i sestrou, ve stejné ambulanci) po nahlédnutí do zdravotnické dokumentace a na základě doporučení od psychiatrické sestry. Žádný vybraný pacient výzkum neodmítl a to hlavně díky spolupráci sestry, ke které měli důvěru. Na začátku výzkumu jsem pacienty informovala, že dotazník je anonymní, je jen pro potřeby mé bakalářské práce, sestra odpovědi nevidí, a že budu po celou dobu vyplňování přítomná pro případ nutnosti objasnění některé z otázek. Do dotazníků jsem v průběhu vyplňování nenahlížela. Nechala jsem pacientům dostatek soukromí a prostoru. Někteří pacienti mé přítomnosti využili a někteří ne. Po vyplnění dali pacienti dotazník do obálky a znovu jsem je ujistila, že nikdo nebude seznámen tím, kdo je respondentem. Součástí výzkumného souboru je specializovaná psychiatrická sestra, která se o tyto pacienty dlouhodobě stará. Proto může říci, které faktory v léčbě, z jejího pohledu, nejvíce pomohly danému klientovi.

## 2.4 Metodika

Kvalitativní výzkum byl u sestry proveden formou rozhovoru. Otázky pro rozhovor jsem sestavila podle hlavních okruhů účinných faktorů v léčbě (viz teorie). Sestra měla k dispozici pouze otázky, které se týkali její osoby nikoli pacientů. Otázky dostala týden před uskutečněním rozhovoru. Rozhovor ke každému pacientovi trval přibližně 5-6 minut a probíhal v denní místnosti sestry po skončení provozní doby ambulance. Proto bylo rušení rozhovoru minimální. Sestra měla možnost podívat se na zápis, ovšem dodatečná úprava provedena nebyla. Se zápisem souhlasila a potvrdila jej.

Původní záměr rozhovor s pacientem byl po dohodě s ambulantním zařízením zamítnut. Většina pacientů se schizofrenií je paranoidní a právě nahrávání by mohlo vést k dekompenzaci jejich stavu. Výzkum u pacientů byl proto proveden formou dotazníku, který se skládá jak z uzavřených otázek, tak i z otázek otevřených. Tím byla možnost se ke každé otázce vyjádřit vlastními slovy. Vyplňování dotazníku probíhalo v denní místnosti sestry, která byla v té době v ambulanci, aby měl pacient na vyplňování klid a nestyděl se na cokoli zeptat. Na začátku jsem pacienta ujistila, že vyplňování je anonymní. Lékař ani sestra vyplněné dotazníky neuvidí. Informovala jsem ho, že po celý čas zůstanu s ním, a že se na mne může obrátit s jakýmkoli dotazem. Sdělila jsem mu také, že o něm budu dělat rozhovor se sestrou a záměr rozhovoru. Kompletní vyplnění trvalo 20- 30 minut. Dotazníky jsem po vyplnění přepsala do elektronické podoby a to stejnými slovy, která pacient použil. Odpovědi pacientů jsem psala kurzívou. Z důvodu zachování anonymity byli klienti označeni písmenem a číslicí P1- P5.

Pilotáž byla provedena v rozhovoru s osobou, která se výzkumu neúčastnila a dala mi zpětnou vazbu. U otázky, ve které měli pacienti ohodnotit faktory, které mají významný vliv na jejich léčbu, se chtěli pouze ujistit, zda ji pochopili správně. Další obtíže se nevyskytly.

K odpovědím pacienta se lékař ani sestra nedostali. Nechtěla jsem zkreslit výsledky rozhovoru se sestrou ani poškodit vztah a důvěru lékaře i sestry k pacientovi, pokud by napsal negativní komentář. Jsem si vědoma, že limitem mé práce byl nízký počet respondentů. Každý člověk je jedinečný, proto se nemuseli projevit všechny faktory v léčbě a všechny způsoby, kterými pomáhají.

## 2.5 Výzkumná část- pacient

### PACIENT- P1

1. Označte, zda jste muž nebo žena

MUŽ

ŽENA

*Zde vidíme, že klient nevybral své pohlaví*

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

Pacient P1 označil možnost c) *35- 50*

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Pacient P1 označil možnost c) *Střední s maturitou*

4. Jaký je Váš rodinný stav?

Pacient P1 označil možnost a) *Svobodný/á*

5. Bydlíte:

Pacient P1 označil možnost b) *S rodiči*

6. Jak dlouho se již léčíte se schizofrenií?

*15 let*

7. Kolikrát došlo k znovu vzplanutí nemoci (relapsu) v průběhu Vaší léčby?

*Mnohokrát cca 15 let*

8. Kdy jste si poprvé uvědomil/a, že jste nemocný/á? (onemocnění schizofrenie)

*V roce 2006*

Ohodnoťte prosím faktory, které mají významný vliv na Vaší léčbu. Nula znamená, že tento faktor nemá vůbec žádný vliv na Vaší léčbu. Pět naopak znamená nejvýznamnější vliv na Vaší léčbě. Poté prosím vyberte tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

Faktory:	0	1	2	3	4	5
Rodina (blízcí např. partner/partnerka)						✓
Přátelé s podobnou diagnózou				✓		
Přátelé bez podobné diagnózy	✓					
Léky						✓
Informace o nemoci a způsobech léčby					✓	
Lékař						✓
Sestra						✓
Psychoterapeutický stacionář					✓	
Životní styl					✓	
Jiné (jaké?)	✓					

Vyberte prosím tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

**1. faktor** „Doktor“

**Způsob pomoci** „U doktora mám plnou podporu a plnou důvěru. Můžu se na něho spolehnout a promluvit o mojí nemoci.“

**2. faktor** „Rodina“

**Způsob pomoci** „V rodině mám podporu u otce, který mi hodně pomáhá i bráška od kterého učím vše, co se týče školy.“

**3. faktor** „Léky“

**Způsob pomoci** „Bez léků nemůžu fungovat jako lidi (zdraví)“

9. Jakým způsobem se Vaše rodina (Vaši blízcí např. partner/ partnerka) podílí na léčbě? Co od rodiny při léčbě potřebujete? Co Vás při léčbě nejvíce podpoří ze strany rodiny?

„Žiju sám s otcem a bráškou a hodně mi pomáhají zvláště bráška a potom otec.“

10. Svěřil jste se svou diagnózou přátelům? Podílí se Vaši přátelé na léčbě? Jestli ano, jak?

„Ne, nepodílí a nestýkám se s nimi.“

11. Máte přátele se stejnou nebo podobou diagnózou? (diagnóza schizofrenie) Podporujete se navzájem v léčbě? Jestli ano, jak?  
*„Ano, promlouváme si jak a proč jsem onemocněl. Vzájemně i pomáháme a bavíme se co zlepšit, když jsem nemocný.“*
12. Jaký je Váš postoj k užívání léků? Pomáhají Vám? Jestli ano, jakým způsobem?  
*„Ano, bez léků už nemůžu žít. Budu je brát až do konce života.“*
13. Jaké formy léků Vám vyhovují více?  
  
Pacient P1 označil možnost a) *Tablety*
14. Vysadil/a jste si v průběhu léčby medikaci? Z jakého důvodu?  
*„Ano, chtěl jsem zkusit, jestli to jde žít bez léků a nejde to. Pokaždé jsem skončil v PL Opava“*
15. Kdo Vám pomohl s tím, abyste znova začal/a užívat léky / léčit se? Proč Vám pomohli zrovna oni? Jak způsobem Vám pomohli?  
*„Lékař, protože bez léků jsem v depresích, halucinacích a hlasech.“*  
*„Všechny léky pro moji nemoc a fungují spolehlivě.“*
16. Získal jste dostatečné informace o svém zdravotním stavu a následující léčbě? Kterých informací (rad) se v léčbě nejvíce držíte a proč?  
*„Ano, od lékaře. Brát poctivě léky a chodit pravidelně na injekce. Mám více nemocí než jenom schizofrenie.“*
17. Co z toho, co Váš lékař dělá, Vám nejvíc pomáhá? Jak jste spokojen s jeho péčí a přístupem?  
*„Že si můžu důvěrně s lékařem promluvit a poradit.“*
18. Jakým způsobem Vám pomáhá v léčbě zdravotní sestra? Jak jste spokojen s její péčí a přístupem?  
*„Je vstřícná a velmi mi pomáhá.“*
19. Jak byste popsal důvěru k sestře a lékaři?  
*„Velmi dobrou“*

Pacient svou odpověď podtrhl.

20. Docházíte nebo jste docházel/a do denního psychoterapeutického stacionáře? Cítíte se nebo cítil/a jste se v psychoterapeutickém stacionáři podporován/a? Kým?

*„Chodil jsem do stacionáře a je to náročné, ale když se vrátím do normálního života, tak to nejde, protože beru léky a vrátit se do života (to je jenom na chvíli)“*

21. Jakým způsobem Vám psychoterapeutický stacionář pomáhá/ pomáhal?

*„Vrátit se zpátky do normálního života.“*

22. Co děláte pro své zdraví? (Můžete vybrat více odpovědí)

Pacient P1 označil možnosti:

- a) *Pravidelně sportuji*
- c) *Mám dostatek spánku a odpočinku*

## **PACIENT- P2**

1. Označte, zda jste muž nebo žena

*MUŽ*

*ŽENA*

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

Pacient P2 označil možnost b) *26- 34*

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Pacient P2 označil možnost c) *Střední s maturitou*

4. Jaký je Váš rodinný stav?

Pacient P2 označil možnost a) *Svobodný/á*

5. Bydlíte:

Pacient P2 označil možnost b) *S rodiči*

6. Jak dlouho se již léčíte se schizofrenií?

*12 let*

7. Kolikrát došlo k znovu vzplanutí nemoci (relapsu) v průběhu Vaší léčby?

*2 krát*

8. Kdy jste si poprvé uvědomil/a, že jste nemocný/á? (onemocnění schizofrenie)

*V roce 2006*



Ohodnoťte prosím faktory, které mají významný vliv na Vaší léčbu. Nula znamená, že tento faktor nemá vůbec žádný vliv na Vaší léčbu. Pět naopak znamená nejvýznamnější vliv na Vaší léčbě. Poté prosím vyberte tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

Faktory:	0	1	2	3	4	5
Rodina (blízcí např. partner/partnerka)						✓
Přátelé s podobnou diagnózou						✓
Přátelé bez podobné diagnózy						✓
Léky			✓			
Informace o nemoci a způsobech léčby						✓
Lékař						✓
Sestra						✓
Psychoterapeutický stacionář	✓					
Životní styl					✓	
Jiné (jaké?)						

Vyberte prosím tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

**1. faktor** „Rodina“

**Způsob pomoci** „Psychická podpora rodičů“

**2. faktor** „Koníčky“

**Způsob pomoci** „Četba, TV, hudba“

**3. faktor** „Přátelé“

**Způsob pomoci** „Přátelé, kteří mi pomáhají“

9. Jakým způsobem se Vaše rodina (Vaši blízcí např. partner/ partnerka) podílí na léčbě? Co od rodiny při léčbě potřebujete? Co Vás při léčbě nejvíce podpoří ze strany rodiny?

„Rodičů si vážím, protože chápou můj duševní stav.“

10. Svěřil jste se svou diagnózou přátelům? Podílí se Vaši přátelé na léčbě? Jestli ano, jak?

*„Nesvěřil, jenom mi pomáhají kamarádi z léčebny.“*

11. Máte přátele se stejnou nebo podobnou diagnózou? (diagnóza schizofrenie) Podporujete se navzájem v léčbě? Jestli ano, jak?

*„Ano, ale moc často je nevidám, ale chápeme se a jsem rád za jejich pomoc.“*

12. Jaký je Váš postoj k užívání léků? Pomáhají Vám? Jestli ano, jakým způsobem?

*„Pomáhají, jsem po nich klidnější“*

13. Jaké formy léků Vám vyhovují více?

Pacient P2 označil možnost b) *Depotní injekce*

14. Vysadil/a jste si v průběhu léčby medikaci? Z jakého důvodu?

*„Ne, medikaci dodržuji“*

15. Kdo Vám pomohl s tím, abyste znova začal/a užívat léky / léčit se? Proč Vám pomohli zrovna oni? Jak způsobem Vám pomohli?

*„Tímto problémem jsem netrpěl.“*

16. Získal jste dostatečné informace o svém zdravotním stavu a následující léčbě? Kterých informací (rad) se v léčbě nejvíce držíte a proč?

*„Ano, dodržuji informace, které mi dal lékař.“*

17. Co z toho, co Váš lékař dělá, Vám nejvíc pomáhá? Jak jste spokojen s jeho péčí a přístupem?

*„Chápavý přístup. Jeho přístup je lidský a profesionální.“*

18. Jakým způsobem Vám pomáhá v léčbě zdravotní sestra? Jak jste spokojen s její péčí a přístupem?

*„Se zdravotní sestrou se dá normálně bavit o všem.“*

19. Jak byste popsal důvěru k sestře a lékaři?

*„100%ni“*

20. Docházíte nebo jste docházel/a do denního psychoterapeutického stacionáře? Cítíte se nebo cítil/a jste se v psychoterapeutickém stacionáři podporován/a? Kým?

*„Ne, nedocházel.“*

21. Jakým způsobem Vám psychoterapeutický stacionář pomáhá/ pomáhal?

X

22. Co děláte pro své zdraví? (Můžete vybrat více odpovědí)

Pacient P2 označil možnosti:

- c) *Mám dostatek spánku a odpočinku*
- d) *Často se věnuji svým koníčkům*

## **PACIENT- P3**

1. Označte, zda jste muž nebo žena

*MUŽ*

*ŽENA*

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

Pacient P3 označil možnost c) *35- 50*

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Pacient P3 označil možnost b) *Střední bez maturity*

4. Jaký je Váš rodinný stav?

Pacient P3 označil možnost a) *Svobodný/á*

5. Bydlíte:

Pacient P3 označil možnost d) *S kamarády*

6. Jak dlouho se již léčíte se schizofrenií?

*10 let*

7. Kolikrát došlo k znovu vzplanutí nemoci (relapsu) v průběhu Vaší léčby?

*8x*

8. Kdy jste si poprvé uvědomil/a, že jste nemocný/á? (onemocnění schizofrenie)

*28 let*

Ohodnoťte prosím faktory, které mají významný vliv na Vaší léčbu. Nula znamená, že tento faktor nemá vůbec žádný vliv na Vaší léčbu. Pět naopak znamená nejvýznamnější vliv na Vaší léčbě. Poté prosím vyberte tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

Faktory:	0	1	2	3	4	5
Rodina (blízcí např. partner/partnerka)						✓
Přátelé s podobnou diagnózou						
Přátelé bez podobné diagnózy						✓
Léky						✓
Informace o nemoci a způsobech léčby						
Lékař						✓
Sestra						
Psychoterapeutický stacionář						
Životní styl						
Jiné (jaké?)						

Vyberte prosím tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

**1. faktor** „Prášky“

**Způsob pomoci** „Uklidňují mě, trpím nespavostí“

**2. faktor** „Rodina“

**Způsob pomoci** „Radím se s nimi“

**3. faktor** „Neberu drogy“

**Způsob pomoci** „Abstinuji rok a čtvrt“

9. Jakým způsobem se Vaše rodina (Vaši blízcí např. partner/ partnerka) podílí na léčbě? Co od rodiny při léčbě potřebujete? Co Vás při léčbě nejvíce podpoří ze strany rodiny?

„Neodsoudili mně“

10. Svěřil jste se svou diagnózou přátelům? Podílí se Vaši přátelé na léčbě? Jestli ano, jak?

„Svěřil, někteří mě berou, jiní mě mají za blázna.“

11. Máte přátele se stejnou nebo podobou diagnózou? (diagnóza schizofrenie) Podporujete se navzájem v léčbě? Jestli ano, jak?

„Ano, voláme si.“

12. Jaký je Váš postoj k užívání léků? Pomáhají Vám? Jestli ano, jakým způsobem?  
*„Uklidňují mě“*
13. Jaké formy léků Vám vyhovují více?  
*a) Tablety*  
*b) Depotní injekce*
14. Vysadil/a jste si v průběhu léčby medikaci? Z jakého důvodu?  
*„Ne“*
15. Kdo Vám pomohl s tím, abyste znova začal/a užívat léky / léčit se? Proč Vám pomohli zrovna oni? Jak způsobem Vám pomohli?  
*„Já sám.“*
16. Získal jste dostatečné informace o svém zdravotním stavu a následující léčbě? Kterých informací (rad) se v léčbě nejvíce držíte a proč?  
*„Byl jsem závislý na drogách. Bylo to moje rozhodnutí abstinovat.“*
17. Co z toho, co Váš lékař dělá, Vám nejvíc pomáhá? Jak jste spokojen s jeho péčí a přístupem?  
*„Pokec.“*
18. Jakým způsobem Vám pomáhá v léčbě zdravotní sestra? Jak jste spokojen s její péčí a přístupem?  
*„Jsem velice spokojen.“*
19. Jak byste popsal důvěru k sestře a lékaři?  
*„Jsou moc fajn a důvěřuji jim.“*
20. Docházíte nebo jste docházel/a do denního psychoterapeutického stacionáře? Cítíte se nebo cítil/a jste se v psychoterapeutickém stacionáři podporován/a? Kým?  
*„Nedocházím.“*
21. Jakým způsobem Vám psychoterapeutický stacionář pomáhá/ pomáhal?
22. Co děláte pro své zdraví? (Můžete vybrat více odpovědí)
- Pacient P3 označil možnosti:  
*c) Mám dostatek spánku a odpočinku*  
*d) Často se věnuji svým koníčkům*  
*f) Doplněte další : pomáhá mi kytara*

## PACIENT- P4

1. Označte, zda jste muž nebo žena

MUŽ

ŽENA

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

Pacient P4 označil možnost b) 26- 34

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Pacient P4 označil možnost b) *Střední bez maturity*

4. Jaký je Váš rodinný stav?

Pacient P4 označil možnost c) *Rozvedený/á*

5. Bydlíte:

Pacient P4 označil možnost c) *S partnerem*

6. Jak dlouho se již léčíte se schizofrenií?

5

7. Kolikrát došlo k znovu vzplanutí nemoci (relapsu) v průběhu Vaší léčby?

3

8. Kdy jste si poprvé uvědomil/a, že jste nemocný/á? (onemocnění schizofrenie)

2

Ohodnoťte prosím faktory, které mají významný vliv na Vaší léčbu. Nula znamená, že tento faktor nemá vůbec žádný vliv na Vaší léčbu. Pět naopak znamená nejvýznamnější vliv na Vaší léčbě. Poté prosím vyberte tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

Faktory:	0	1	2	3	4	5
Rodina (blízcí např. partner/partnerka)						✓
Přátelé s podobnou diagnózou	✓					
Přátelé bez podobné diagnózy	✓					
Léky						✓
Informace o nemoci a způsobech léčby						✓
Lékař						✓
Sestra						✓
Psychoterapeutický stacionář	✓					
Životní styl			✓			
Jiné (jaké?)						

Vyberte prosím tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

**1. faktor** „Rodina“

**Způsob pomoci**

**2. faktor** „Přítel“

**Způsob pomoci**

**3. faktor** „Syn“

**Způsob pomoci**

9. Jakým způsobem se Vaše rodina (Vaši blízcí např. partner/ partnerka) podílí na léčbě? Co od rodiny při léčbě potřebujete? Co Vás při léčbě nejvíce podpoří ze strany rodiny?

„Hodně, povídání, procházky, zvířata.“

10. Svěřil jste se svou diagnózou přátelům? Podílí se Vaši přátelé na léčbě? Jestli ano, jak?

„Žádné kamarády nemám.“

11. Máte přátele se stejnou nebo podobou diagnózou? (diagnóza schizofrenie) Podporujete se navzájem v léčbě? Jestli ano, jak?

„Nemám.“

12. Jaký je Váš postoj k užívání léků? Pomáhají Vám? Jestli ano, jakým způsobem?  
*„Pomáhají, neslyším hlasy, vidiny, nestříhám se, nebarvím vlasy.“*
13. Jaké formy léků Vám vyhovují více?  
  
Pacient P4 označil možnost b) *Depotní injekce*
14. Vysadil/a jste si v průběhu léčby medikaci? Z jakého důvodu?  
*„Ano, už dávno, myslela jsem si, že nejsem nemocná.“*
15. Kdo Vám pomohl s tím, abyste znova začal/a užívat léky / léčit se? Proč Vám pomohli zrovna oni? Jak způsobem Vám pomohli?  
*„V Opavě, ale byla jsem strašně bezmocná. Pak mi pomohla paní doktorka Baktary.“*
16. Získal jste dostatečné informace o svém zdravotním stavu a následující léčbě? Kterých informací (rad) se v léčbě nejvíce držíte a proč?  
*„Nestresovat se, získala jsem dostatečné informace.“*
17. Co z toho, co Váš lékař dělá, Vám nejvíc pomáhá? Jak jste spokojen s jeho péčí a přístupem?  
*„Lékař je supr, jsem spokojena.“*
18. Jakým způsobem Vám pomáhá v léčbě zdravotní sestra? Jak jste spokojen s její péčí a přístupem?  
*„Sestra je vynikající, jsem ráda, že jsou tu pro mě.“*
19. Jak byste popsal důvěru k sestře a lékaři?  
*„Bezvadný, věřím jim 100%.“*
20. Docházíte nebo jste docházel/a do denního psychoterapeutického stacionáře? Cítíte se nebo cítil/a jste se v psychoterapeutickém stacionáři podporován/a? Kým?
21. Jakým způsobem Vám psychoterapeutický stacionář pomáhá/ pomáhal?
22. Co děláte pro své zdraví? (Můžete vybrat více odpovědí)

Pacient P4 označil možnost f) *Doplňte další : procházky*



## PACIENT- P5

1. Označte, zda jste muž nebo žena

*MUŽ*

*ŽENA*

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

Pacient P5 označil možnost b) *26- 34*

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Pacient P5 označil možnost b) *Střední bez maturity*

4. Jaký je Váš rodinný stav?

Pacient P5 označil možnost a) *Svobodný/á*

5. Bydlíte:

Pacient P5 označil možnost a) *Sám*

6. Jak dlouho se již léčíte se schizofrenií?

*10 let.*

7. Kolikrát došlo k znovu vzplanutí nemoci (relapsu) v průběhu Vaší léčby?

*Těžko říct. Možná 5x.*

8. Kdy jste si poprvé uvědomil/a, že jste nemocný/á? (onemocnění schizofrenie)

*Když mi to furt omílali dokola.*

Ohodnoťte prosím faktory, které mají významný vliv na Vaší léčbu. Nula znamená, že tento faktor nemá vůbec žádný vliv na Vaší léčbu. Pět naopak znamená nejvýznamnější vliv na Vaší léčbě. Poté prosím vyberte tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

Faktory:	0	1	2	3	4	5
Rodina (blízcí např. partner/partnerka)						✓
Přátelé s podobnou diagnózou			✓			
Přátelé bez podobné diagnózy				✓		
Léky			✓			
Informace o nemoci a způsobech léčby				✓		
Lékař					✓	
Sestra					✓	
Psychoterapeutický stacionář	✓					
Životní styl						✓
Jiné (jaké?) <i>Povaha</i>						✓

Vyberte prosím tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

**1. faktor** „Rodina“

**Způsob pomoci** „Berou mě takového, jaký jsem a pomáhá mi finančně.“

**2. faktor** „Životní styl“

**Způsob pomoci** „Žiju si podle svého a svoboda je pro mě velmi důležitá. Mám svůj způsob života.“

**3. faktor** „Povaha“

**Způsob pomoci** *Jsem dobrý já a je zlý já. Dobrý je podpora pro komunikaci a zlý se mnou nenechá vyjebávat.*

9. Jakým způsobem se Vaše rodina (Vaši blízcí např. partner/ partnerka) podílí na léčbě? Co od rodiny při léčbě potřebujete? Co Vás při léčbě nejvíce podpoří ze strany rodiny?

„Pomáhá mi, když mi pomůžou uklidit a neprudí mě.“

10. Svěřil jste se svou diagnózou přátelům? Podílí se Vaši přátelé na léčbě? Jestli ano, jak?

„Svěřil jsem se jen dobré kamarádce a ta se mnou kecá.“

11. Máte přátele se stejnou nebo podobou diagnózou? (diagnóza schizofrenie) Podporujete se navzájem v léčbě? Jestli ano, jak?  
*„Jenom ve skupině na FB.“*
12. Jaký je Váš postoj k užívání léků? Pomáhají Vám? Jestli ano, jakým způsobem?  
*„Dřív pomáhaly, ale teď moc ne. Osobně si myslím, že jsou na hovno.“*
13. Jaké formy léků Vám vyhovují více?  
 Pacient P5 označil možnost a) *Tablety*
14. Vysadil/a jste si v průběhu léčby medikaci? Z jakého důvodu?  
*„Zhoršil se mi stav. Po vysazení se to hodně zlepšilo.“*
15. Kdo Vám pomohl s tím, abyste znova začal/a užívat léky / léčit se? Proč Vám pomohli zrovna oni? Jak způsobem Vám pomohli?  
*„Kolegyně, protože jsem ji vystrašil psycho kecama.“*
16. Získal jste dostatečné informace o svém zdravotním stavu a následující léčbě? Kterých informací (rad) se v léčbě nejvíce držíte a proč?  
*„Pořád v tom jsou zmatky. Držím se vlastního úsudku. Každý si prostě musí věřit.“*
17. Co z toho, co Váš lékař dělá, Vám nejvíc pomáhá? Jak jste spokojen s jeho péčí a přístupem?  
*„Pomáhá pokecem, ale škodí tím, že nechce psát uklidňující léky. Až je nebude mít, tak nejspíš někdo dostane přes hubu.“*
18. Jakým způsobem Vám pomáhá v léčbě zdravotní sestra? Jak jste spokojen s její péčí a přístupem?  
*„Je moc hodná.“*
19. Jak byste popsali důvěru k sestře a lékaři?  
*„Neříkám všechno z důvodu bezpečnosti.“*
20. Docházíte nebo jste docházel/a do denního psychoterapeutického stacionáře? Cítíte se nebo cítil/a jste se v psychoterapeutickém stacionáři podporován/a? Kým?  
*„Docházím a zhoršuje mi zdravotní stav.“*
21. Jakým způsobem Vám psychoterapeutický stacionář pomáhá/ pomáhal?  
*„Pomáhá mi do hrobu (nebo někomu druhému).“*
22. Co děláte pro své zdraví? (Můžete vybrat více odpovědí)  
 Pacient P5 označil možnosti:  
 c) *Mám dostatek spánku a odpočinku*

- d) Často se věnuji svým koníčkům*  
*f) Doplňte další : dám si pivo, to mi pomáhá*

## 2.6 Výzkumná část- sestra

Následující část je zápisem nahrávky rozhovoru s psychiatrickou sestrou:

Nyní provedu nahrávaný rozhovor s psychiatrickou sestrou, která se dlouhodobě podílí na léčbě dotazovaných pacientů. Proto budu ráda, když mi uvede svůj názor na jednotlivé pacienty. Jak je vidí ona ze svého pohledu, co se týče jejich léčby a faktorů, které tuto léčbu ovlivnily.

Jaké máte vzdělání?

*„Po gymnáziu jsem vystudovala střední zdravotnickou školu. Pak mám specializační vzdělání oboru interna. Potom, když jsem začala pracovat na psychiatrii, udělala jsem si atestační zkoušku z psychiatrie a také mám psychoterapeutický výcvik.“*

Kolik let pracujete na psychiatrii?

*„Na psychiatrii pracuji od roku 2001, tedy 15 let. Předtím jsem pracovala 12 let na interním oddělení.“*

Jak se Vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi?

*„Psychiatřiční pacienti jsou jedni z nejděčnějších pacientů. Oni člověku tak nějak rychleji přirostou k srdci.“*

Jaké faktory v léčbě schizofrenních pacientů pokládáte podle Vašich zkušeností za účinné?

*„Tak samozřejmě nejdůležitější je dlouhodobá antipsychotická medikace. Ale můžete mít ty úplně nejlepší, nejdražší, nejnovější léky, pokud je do toho pacienta nedostanete, tak jsou vám k ničemu. Důležité je, aby se ten člověk léčil a aby ty léky bral nebo řádně chodil na injekce. Dalším velmi důležitým faktorem je režim a řád. Často ho psychotiční pacienti nemají. Učí se ho až třeba v léčebně, když odezní akutní psychotická fáze. Učí se ho v rámci psychiatrické rehabilitace. Naučí se tam, že by spánek měl mít svůj čas, jídlo, léky, aktivita. Dále pak je důležité, aby ten pacient byl informovaný o té své nemoci. Měli bychom pacienta edukovat, a to už v nemocnici. Důležité je, aby věděl, jak se tato nemoc projevuje, léčí, jaké máme léky, jaké máme možnosti léčby. Dále by měli být informováni o zdravém životním stylu, protože často dlouho ponocují, hodně kouří, jí nezdravě, pijí alkohol, zneužívají drogy atd.“*

Které faktory v léčbě schizofrenie jsou podle Vás nejúčinnější a proč?

*„Úplně nejúčinnější bych neřekla. Tak nějak jdou ruku v ruce. Všechny jsou důležité. Kromě pravidelné antipsychotické medikace je důležitá spolupráce rodiny a blízkých pacienta. Je důležité, aby spolupracovali s lékařem i se sestrou. Máme s tím velké zkušenosti v ambulanci. Rodina, která s námi dobře spolupracuje, tak i ten pacient dobře prosperuje. Také je důležité, aby ten člověk měl dobré sociální zázemí. Pokud nemá zázemí v rodině, nemá kde bydlet, nemá se kdo o něj postarat, nemá kdo zavolat, přijít s ním k lékaři, když se zhorší, on to sám třeba na sobě až tak nepozná, toto je velmi důležité. Dále bych vzpomenula velmi důležitý faktor, a to je terapeutický vztah mezi pacientem a lékařem, mezi pacientem a sestrou. Tento vztah nevznikne jen tak hned první den, ale je to dlouhodobá práce. Pacient k nám musí získat důvěru, aby se nám mohl kdykoli s čímkoli svěřit. Musí vědět, že jsme tu pro něj, že mu kdykoli pomůžeme, kdykoli se na nás může obrátit a opravdu s čímkoli i s velmi důvěrnými věcmi. Často se mi stává, že se mi pacienti svěří s něčím, co třeba neřeknou ani svým blízkým nebo lékaři. Když propojíme tyto všechny faktory, které jsem uvedla, pak ještě úplně nejdůležitějším je a to vzniká na základě těch předchozích, a to je přijetí choroby. Je důležité, ať se jedná o jakoukoli nemoc, aby člověk tu nemoc přijal. Aby pochopil a akceptoval, že je nemocný. Pokud uzná, že je nemocný, pak se může úspěšně léčit. Člověk, který nemoc nepřijal, se nemůže úspěšně léčit. Na základě informovanosti, spolupráce, terapeutického vztahu, vznikne náhled a pak samozřejmě ten člověk ochotně užívá medikaci, ochotně dochází na kontroly, injekce atd. Jak už jsem uvedla, tak velmi důležitá je spolupráce s rodinou. Je opravdu zásadní zapojit rodinu a blízké a také je edukovat o té nemoci, protože mnohdy o tom nemají ponětí. Například když jsem před pár lety pracovala v jiné ambulanci, tak jsme tam měli návštěvní službu. V rámci této návštěvní služby jsem hovořila s příbuznými. V domácím prostředí jsme měli na to dostatek času, nikdo nás nerušil. Příbuzní se lépe dokázali svěřit. Byli ve svém prostředí, tak byli ochotnější ledaco sdělit. Samozřejmě jsme měli možnost probrat možnosti léčby a další otázky. Vyprávěli mi, jak se nemoc u pacienta začala projevovat, jak se jeví teď... Opravdu jsme navázali pěkný vztah. I spolupráce potom byla daleko lepší. Co se týče práce v ambulanci, je důležité aktivně vyhledávat a ptát se na nežádoucí účinky léků, protože kvůli nim pacienti léky často vysazují. Proto je třeba se na ně vyptávat a všimnout si jich. Častými nepříjemnými nežádoucími účinky antipsychotik je extrapyramidový syndrom. Na pacientovi vidíme, kdy neklidně přešlapuje. Jsou to takzvané akatizie. Potom mohou mít mimovolní pohyby těla, trupu, obličeje. Zase je to velmi nepříjemné. Vypadá to divně. Dá se to velice rychle přeléčit, přidat jiná medikace, změnit*

*medikaci, snížit, ubrat... Dále pak mohou být dysforičtí, takový podráždění. Mohou mít poruchu koncentrace nebo mohou být utlumeni. Často si na toto stěžují. Vždy jim říkám, že se dá všechno vyřešit, řekneme to lékaři, spravíme to a opravdu zase fungujeme dál. Dalším nepříjemným nežádoucím účinkem, obzvláště u mladých mužů jsou sexuální dysfunkce. Často se nechtějí svěřit ani lékaři, a když už se mnou mají blízký vztah, tak se mi svěří, já jim to předjednám u lékaře a zase se to napraví. Dále pak ženy mají problém s nárůstem hmotnosti, což jim hodně vadí. Antipsychotika jsou známá tím, že pacienti začnou na hmotnosti přibývat. Proto také edukujeme o zdravém životním stylu, přidání pohybu, o dietě, co jíst, co nejíst... Toto všechno je velmi důležité. Kvůli tomu opravdu pacienti vysazují léky a je to škoda a zase hrozí relaps nebo spíš určitě dojde k relapsu.“*

Budu Vám pokládat otázky o jednotlivých pacientech.

## **PACIENT- P1**

Podporuje pacienta P1 v léčbě schizofrenie rodina? Jakým způsobem?

*„Pacient žije se svým otcem. Dále je v kontaktu se svým bratrem. Bratr už nevím, jestli tam bydlí nebo jen dochází. Asi před rokem se odstěhovala jeho nevlastní matka. Nevlastní matka byla také náš psychiatrický pacient, ale neléčený. Takže v tom byl obrovský problém. Byly tam hádky, křik, policie tam byla na denním pořádku. Už asi rok tam nebydlí, takže se doma všechno zklidnilo. S otcem mají dobrý vztah. Otec za námi vždy přišel, když byl pacient zhoršený, když bylo nutné pacienta převést do léčebny. Spolupráce s rodinou je dobrá.“*

Podporují pacienta v léčbě schizofrenie přátelé? Jakým způsobem?

*„Tady tento pacient myslím, že nemá ve svém okolí kamarády. Spíše má za kamarády naše pacienty. Vidím to v čekárně, kdy se tady sejdou, pozdraví se, povykládají si, jak jde život. Znájí se jednak z ambulance a také z léčebny.“*

Měl pacient v průběhu léčby problémy s užíváním farmak? Jestli ano, jaké to mělo následky?

*„Určitě ano. Tento pacient má za sebou velkou psychiatrickou kariéru. Léčí se zhruba od roku 2000. Měl opakované hospitalizace. Myslím, že kolem 20 hospitalizací, kdy opakovaně vysazoval medikaci, docházelo k relapsu. Až teď, tedy po té poslední hospitalizaci konečně přistoupil na to, abychom mu aplikovali depotní injekce a od té doby je velmi dobře kompenzovaný.“*

Má podle Vás tento pacient dostatek informací o své nemoci a léčbě? Využívá je?

*„Informací musí mít až až nad hlavu. Tolik hospitalizací, během léčby v psychiatrické nemocnici... ten už musí být opravdu až přeedukovaný. V ambulanci se také samozřejmě bavíme o léčbě, o nemoci, o lécích, o vedlejších účincích.“*

Má podle Vás pacient dobrý vztah se svým lékařem? Je spokojen s jeho péčí a přístupem?

*„Já si myslím, že určitě. Vždy si hezky povykládají.“*

Jaký máte vztah s tímto pacientem? Jakým způsobem jste se mu snažila pomoci v léčbě?

*„Já si myslím, že s tímto pacientem, jako s mnoha dalšími, mám pěkný vztah. Opravdu si povykládáme co doma, co otec, že jedou na chalupu, co brácha, co bude vařit, co má ještě v plánu... Nebo když má problém, tak se svěří. Ano, myslím, že máme hezký vztah.“*

Snaží se podle Vás pacient dodržovat zdravý životní styl?

*„Myslím, že teď už ano. Že opravdu léky užívá pravidelně, protože se bavíme, v kolik si bere léky. Tak je to ve stejnou hodinu. Není ani obézní nebo hubený. Jídlo má pravidelné. Otec se stará, vaří. Nebo vaří pacient. Myslím, že tento pacient nadměrně nekouří, nepije, drogy nebere. Já myslím, že je to dobré.“*

Navštěvuje pacient denní psychoterapeutický stacionář? Pomáhá mu?

*„Ano, tento pacient jako jeden z mála absolvoval denní stacionář, který máme v nedalekém městě. Docházel tam a velmi si ho chválili. Byl velmi přínosný pro ostatní pacienty, protože má za sebou, jak už jsem říkala, dlouhou psychiatrickou kariéru. Kolem 20 hospitalizací. Opravdu byl přínosný zejména pro nové pacienty, kteří se krátce léčí, kteří nepochopí hned po první atace, že by medikaci měli užívat dlouhodobě, často jí vysazují. Svým příkladem byl přínosný, tím že ukázal, že když tu medikaci vysadil, došlo k relapsu. Děly se různé věci, kdy byl například jednou hospitalizovaný kvůli tomu, že měl hlasy, které mu nařizovaly, aby si ublížil. Bodnul se do břicha. Byl ve vážném stavu. No a dnes dochází na depotní injekce, užívá medikaci a daří se mu dobře.“*

Které z faktorů z Vašeho pohledu tomuto pacientovi nejvíce pomáhají zabránit relapsu?

*„Jak už jsem uvedla v našem úvodním rozhovoru, je to pravidelná antipsychotická léčba. U těchto pacientů se nám osvědčuje léčba depotními antipsychotiky, kde máme skutečnou*



*jistotu, že pacient ten lék v sobě má. Co se týče užívání léků, tam si nemůžeme být u pacientů jistí.“*

## **PACIENT- P2**

Podporuje pacienta P2 v léčbě schizofrenie rodina? Jakým způsobem?

*„Tohoto pacienta rodina určitě podporuje. Maminka se někdy stará až moc. Je typem hyperprotektivní matky. Často mu třeba vyčítala to, že kouří. No, naši pacienti kouří. Jim to přináší uvolnění. Ale zase přestal pít alkohol, přestal brát drogy, užívá léky řádně, takže vždycky jsme maminku tak nějak zklidnili a poukazovali na to pozitivní, co její syn dělá.“*

Podporují pacienta v léčbě schizofrenie přátelé? Jakým způsobem?

*„Tento pacient má přátele v okruhu svých spolupacientů. Rovněž to vidím v čekárně, kdy přijde na injekci. Má antipsychotikum nové generace- Zypadheru. Po její aplikaci musí zůstat pacient minimálně 2-3 hodiny v čekárně. Domlouvají se na stejný den aplikace. Pacient sebou přinese notebook, pustí si filmy, já jim k tomu uvařím kafe, oni si u toho povídají. Má kamarády z okruhu pacientů.“*

Měl pacient v průběhu léčby problémy s užíváním farmak? Jestli ano, jaké to mělo následky?

*„No určitě. Stejně jako většina nebo skoro všichni pacienti po první atace nepochopí, že mají užívat léky. Když už je užívají, tak třeba mají nežádoucí účinky. Konkrétně tento pacient měl opravdu velmi nepříjemné nežádoucí účinky. Měl tardivní dyskinezi. Měl nepříjemné záškuby, mimovolní pohyby v obličejí, celkovou svalovou ztuhlost. Často medikaci vysazoval, to vedlo k častým relapsům.“*

Má podle Vás tento pacient dostatek informací o své nemoci a léčbě? Využívá je?

*„Samozřejmě. Po tolika opakovaných hospitalizacích je už asi taky přeedukovaný a my samozřejmě v té informovanosti a edukaci pokračujeme v ambulanci.“*

Má podle Vás pacient dobrý vztah se svým lékařem? Je spokojen s jeho péčí a přístupem?

*„Já myslím, že ano. Docela dobře si povykládají. On mi potom vždycky řekne, o čem si s lékařem povídali. Že mu ukazoval novou knížku, kterou přečetl, jaký film viděl, o jakém filmu se bavili, bavili se co doma.... Potom totéž probírá i se mnou, co babička, jestli je zdravá nebo jestli je zase v nemocnici. Kdy tam zase jedou... Myslím, že s lékařem má dobrý vztah.“*

Jaký vztah s tímto pacientem máte? Jakým způsobem jste se mu snažila pomoci v léčbě?

*„Máme hezký vztah. Je to vděčný pacient. Když mu udělám kafe nebo dám oplatek, když musí ty 2 hodiny čekat v čekárně po aplikaci injekce, tak je takový vděčný, za všechno děkuje. Nezapomene, když mám svátek, donese kytičku, popřeje. Je takový hodný milý pacient.“*

Snaží se pacient dodržovat zdravý životní styl?

*„Když pomineme to, že docela hodně kouří, což většina našich pacientů, to už tak nějak k diagnóze patří, přináší jim to určité uvolnění, tak v posledním roce zhubnul asi 10 kilo, což je velký úspěch, protože je, jak už jsem říkala na depotním antipsychotiku Zypadhera. Je to lék Olanzapin, po kterém bývá docela výrazný váhový přírůstek. Tento pacient zhubnul 10 kilo za rok. Kilečko po kilečku, tak jsem se ptala, co dělá. Více chodí, běhá. Přidal tedy pohybovou aktivitu.“*

Navštěvuje pacient denní psychoterapeutický stacionář? Pomáhá mu?

*„To je problém. Do nedávna jsme psychoterapeutický stacionář ve svém okolí neměli. Ted' už asi rok funguje v nedalekém městě, které je asi 15 kilometrů od nás, což je půl hodiny autobusem. Bylo problém pacienta do něj dostat. Přestože celé roky maminka naříkala, že tady nic pro pacienty nemáme, nikam nemůžou, ted' když je nabídka, tak mu docházku do stacionáře bojkotuje. Vždycky hledá něco proč ne a z jakého důvodu. Vždy má nějaké ale. Většinou to ztroskotá na tom, že tomu pacientovi nedá na jízdné. Takže škoda pro něj.“*

Které z faktorů z Vašeho pohledu tomuto pacientovi nejvíce pomáhají zabránit relapsu?

*„Tak jako u každého antipsychotická léčba. Pravidelná samozřejmě. Což úplně nejlepší je v depotních injekcích. Tady máme opravdu jistotu, že pacient má lék v sobě. Od té doby, co máme nové antipsychotikum Zypadheru, která nemá tolik nežádoucích účinků, kterými tento pacient dosti trpěl, tak je velmi dobře kompenzovaný, dochází pravidelně. Když si vzpomenu na jeho dekompenzace, kdy byl opravdu hodně divoký, kdy převozy byly nepěkné, tak ted' je dobře kompenzovaný, kultivovaný, spokojený i kognitivní funkce se zlepšily ted' je opravdu moc šikovný.“*

## **PACIENT- P3**

Podporuje pacienta P3 v léčbě schizofrenie rodina? Jakým způsobem?

*„Myslím, že tento pacient má momentálně pěkný vztah s otcem, navštěvují se, ale donedávna to bylo horší. Rodina byla z nemoci dosti vyčerpaná.“*

Podporují pacienta v léčbě schizofrenie přátelé? Jakým způsobem?

*„Poslední rok, kdy je pacient dobře kompenzovaný, kéž mu to dlouho vydrží, tak odřízl spojení se svými kamarády narkomany, což mu velmi prospělo.“*

Měl pacient v průběhu léčby problémy s užíváním farmak? Jestli ano, jaké to mělo následky?

*„No, samozřejmě léky neužíval. Byl dlouhodobě na perorální medikaci, kterou neužíval. Do toho bral drogy, od marihuany přes pervitin až kdo ví co, takže měl problémy.“*

Má podle Vás tento pacient dostatek informací o své nemoci a léčbě? Využívá je?

*„Samozřejmě, že má. Po několika hospitalizacích je určitě dostatečně informovaný. V ambulanci v tomto pokračujeme.“*

Má podle Vás pacient dobrý vztah se svým lékařem? Je spokojen s jeho péčí a přístupem?

*„Myslím, že má přátelský vztah. Určitě. Vždycky se těší za panem doktorem, povykládá mu, jaké léky potřebuje, jak je spokojený, jak se mu daří.“*

Jaký máte vztah s tímto pacientem? Jakým způsobem jste se mu snažila pomoci v léčbě?

*„Myslím, že máme pěkný vztah. Vždycky přijde s úsměvem, hezky pozdraví, povykládáme si, jak jde život, jak se má, co bude dělat, kde si momentálně přivydělává, jakou brigádou. Máme hezký vztah.“*

Snaží se pacient dodržovat zdravý životní styl?

*„Rozhodně ano. Poslední rok nebere drogy, nepije. Za což ho každý týden, kdy přichází na injekci, nesmírně chválím. Bavíme se o tom, jak bylo, co bylo.....“*

Navštěvuje pacient denní psychoterapeutický stacionář? Pomáhá mu?

*„Ne, nenavštěvuje. On je bohužel jeden z těch, který by neměl na jízdě.“*

Které z faktorů z Vašeho pohledu tomuto pacientovi nejvíce pomáhají zabránit relapsu?

*„Zase jako u každého pravidelná antipsychotická léčba. Dochází pravidelně na depotní injekce, což se děje tento poslední rok, kdy je skutečně dobře kompenzovaný, je z něho úplně jiný člověk. Nebere drogy, odřízl se od svých kamarádů narkomanů. Takže ta medikace.“*

## PACIENT- P4

Podporuje pacienta P4 v léčbě schizofrenie rodina? Jakým způsobem?

*„Rodina velmi podporuje. Pacientka je hodně podporována babičkou, která bydlí poblíž. Stará se o ní, doprovází ji na kontroly. Kdykoli se pacientka zhoršila, ihned nás babička informovala, ihned ji přivedla. Edukovali jsme i babičku. Vždycky jsme to řešili s ní. Ona je docela na babičce závislá, jak emočně, tak i finančně, sociálně.“*

Podporují pacienta v léčbě schizofrenie přátelé? Jakým způsobem?

*„Tady ta pacientka podle mě nemá moc přátel. Je fixována na babičku. Pak žije dále s přítelem a se synem. Tedy okruh lidí má omezený na tyto své blízké.“*

Měl pacient v průběhu léčby problémy s užíváním farmak? Jestli ano, jaké to mělo následky?

*„Tady bylo obtížné při první atace jí vůbec nastavit na nějaká antipsychotika. Měla výrazné nežádoucí účinky. Povedlo se to tím, že se převedla na antipsychotika druhé generace, která mají podstatně méně vedlejších účinků. Pacientka byla v dlouhodobé remisi. Asi před rokem se nám trochu zdekompenzovala, protože její přítel tlačil na to, aby měli další dítě. Z toho sešlo, rozešli se. Nyní má nového přítele. Několik měsíců se lékař snažil nastavit medikaci tak, aby pacientce vyhovovala, aby byla znovu dobře kompenzovaná a nyní nám už tak asi půl roku velmi dobře funguje.“*

Má podle Vás tento pacient dostatek informací o své nemoci a léčbě? Využívá je?

*„Přestože jako jedna z mála měla za sebou pouze jednu hospitalizaci, která byla dlouhodobá, a veškeré dekompenzace se nám dařilo zvládat ambulantně, si myslím, že je dostatečně edukována. Pracujeme na tom hodně v ambulanci, hodně spolupracujeme s babičkou, která na ni dohlíží s přítelem. Informace dostává pokaždé, když přijde.“*

Má podle Vás pacient dobrý vztah se svým lékařem? Je spokojen s jeho péčí a přístupem?

*„Myslím, že ano. Svěřuje se mu s jakýmkoli problémy i s velmi intimními. Myslím, že má.“*

Jaký máte vztah s tímto pacientem? Jakým způsobem jste se mu snažila pomoci v léčbě?

*„Máme dobrý vztah. Pacientka nám důvěřuje, svěřuje se nám s čímkoli. Přestože před rokem byla dekompenzovaná, byla paranoidní, nastavená proti svým blízkým, tak nám důvěřovala.“*

Snaží se pacient dodržovat zdravý životní styl?

*„Nekouří, nepije, nebere drogy, medikaci užívá pravidelně. Je to podpořeno tím, že pravidelně dochází na depotní injekce. Žije docela zdravě.“*

Navštěvuje pacient denní psychoterapeutický stacionář? Pomáhá mu?

*„Tato pacientka do stacionáře nechce chodit. Je fixována na své blízké. Velká skupina lidí by ji moc dobře nedělala.“*

Které z faktorů z Vašeho pohledu tomuto pacientovi nejvíce pomáhají zabránit relapsu?

*„Zase na prvním místě pravidelná antipsychotická léčba, depotní injekce a tady velkou roli hraje její babička, která na ni dohlíží, stará se jak o ni, tak o jejího syna.“*

## **PACIENT- P5**

Podporuje pacienta P5 v léčbě schizofrenie rodina? Jakým způsobem?

*„Velmi ho podporují rodiče. Tento pacient je specifický tím, že je adoptovaný. Ve své dospělosti pátral po biologické matce. Ta byla schizofrenička. Porodila ho v léčebně na akutním psychotickém oddělení. Pátral po její identitě. Zjistil, kdo byla, s čím se léčila. Ví, že u něj působil genetický faktor. Adoptivní rodiče velmi spolupracují, jsou s námi v kontaktu. Za svého adoptivního syna by dýchali.“*

Podporují pacienta v léčbě schizofrenie přátelé? Jakým způsobem?

*„Tento pacient nemá přátelé. Možná něco málo mezi spolupacienty. Je spíš fixovaný na svou rodinu.“*

Měl pacient v průběhu léčby problémy s užíváním farmak? Jestli ano, jaké to mělo následky?

*„Pacient byl dlouhodobě velmi dobře kompenzovaný na depotním antipsychotiku druhé generace. Neměl žádné vedlejší příznaky. Velmi dobře se držel. Až někdy před rokem si řekl, že není nemocný. Nechce žádné injekce. Zvládne to. Nedalo se s ním nic dělat. Nemohli jsme mu proti vůli nutit injekce. Přesto bych tady podtrhla to, že má velmi dobrý terapeutický vztah s lékařem, věří mu. Přestože teď není v příliš dobré remisi, tak stále pravidelně chodí na kontroly. Doktor se ho snaží opět navést, aby začal užívat alespoň perorální medikaci. Pomaličku ho zpracováváme. Snad se dopracujeme opět k depotním injekcím a pacient bude v plné remisi.“*

Má podle Vás tento pacient dostatek informací o své nemoci a léčbě? Využívá je?

*„Určitě má jak z hospitalizace, tak z ambulance, kdy se to pokaždé bavíme. No využívá, ale spíš to vážne na tom, že není dobře kompenzovaný. Není to ono. Tak snad to půjde k lepšímu.“*

Má podle Vás pacient dobrý vztah se svým lékařem? Je spokojen s jeho péčí a přístupem?

*„Jak už jsem říkala, má výborný vztah, přesto, že na tom není momentálně nejlíp, přesto lékař je ten, kterému důvěřuje, svěří mu i ty nejniternější myšlenky i když bych řekla, že i částečně disimuluje. Neříká úplně všechno, ale vždy přijde spolehlivě. Dodrží, co mu řekneme.“*

Jaký máte vztah s tímto pacientem? Jakým způsobem jste se mu snažila pomoci v léčbě?

*„Máme dobrý vztah. Tento pacient mi věří. Vždy se mu snažím pomoci. Kdykoli něco potřebuje zařídit, domluvit... Snažím se pracovat spolu s lékařem na tom, aby opět začal docházet na injekce, což je pro něho úplně to nejlepší.“*

Snaží se pacient dodržovat zdravý životní styl?

*„Myslím, že nežije nějak špatně. Spánek, jídlo, aktivita ano. Dochází i do denního stacionáře. Myslím, že nedělá nic proti dobrému životnímu stylu. Akorát ta medikace vážne. Škoda.“*

Pomáhá psychoterapeutický stacionář pacientovi?

*„Pomáhá i nepomáhá. Alespoň ho máme denně pod dohledem. Ale tím, že on není úplně kompenzovaný, tak ho tam někdy něco rozhodí. Přijde to k nám ventilovat, ale dobře, že přijde k nám, my ho podpoříme, zklidníme.“*

Které z faktorů z Vašeho pohledu tomuto pacientovi nejvíce pomáhají zabránit relapsu?

*„Dobré sociální zázemí, rodiče a jak už jsem říkala, dobrý terapeutický vztah s lékařem.“*

## 2.7 Vyhodnocení výsledků

### PACIENT- P1

#### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu pacienta a jakým způsobem?**

Z pacientova pohledu jsou faktory, které mají významný vliv na jeho léčbu, neboli pomáhají účinně předcházet relapsu, rodina, léky, lékař a sestra, která, jak pacient uvedl je vstřícná a velmi mu pomáhá. Tyto faktory ohodnotil pěti body z pěti možných. Menší, ale podstatný podíl na léčbě mají informace o nemoci a způsobech léčby, ze kterých má pacient nejvíce na paměti pravidelné užívání léků a pravidelné docházení na injekce, psychotherapeutický stacionář a životní styl (4 body). Pacient pravidelně sportuje a má dostatek spánku a odpočinku. Třemi body ohodnotil pacient své přátele s podobnou diagnózou. Na léčbě se nepodílí přátelé bez diagnózy schizofrenie. Respondent žádné takové přátele nemá.

#### **Které účinné faktory jsou z pohledu pacienta v jeho léčbě významné a proč zrovna ony?**

Za tři faktory, které jsou v léčbě významné, vybral pacient lékaře, rodinu a medikaci. Lékaře označil z důvodu plné podpory a důvěry, kterou pacient pociťuje. Ví, že se na něj může spolehnout a nebojí si s ním promluvit o své nemoci. Rodinu označil proto, že cítí podporu a pomoc od otce i od bratra. Třetím faktorem uvádí medikaci. Uvádí, že bez léků nemůže fungovat. Pacient opakovaně zkoušel vysadit medikaci. Kvůli tomu se u něj opakovali relapsy s následnou hospitalizací. Léky mu pomáhají nemít deprese, halucinace a hlasy.

#### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu psychiatrické sestry?**

Z pohledu sestry je nejúčinnějším faktorem (u tohoto pacienta stejně jako u ostatních) pravidelná antipsychotická léčba depotními antipsychotiky. Pacient měl opakované hospitalizace z důvodu vysazování medikace. Od té doby, co svolil k aplikaci depotních injekcí, je velmi dobře kompenzovaný. Z rozhovoru je také vidět, že se pacientovi upravili podmínky v rodině, kdy se odstěhovala jeho nevlastní matka, která měla špatný vliv na jeho emoční prožívání a stabilitu. Dostává se mu podpory ze strany lékaře i sestry.. Je dostatečně edukovaný. Sestra se domnívá, že zdravý životní styl také dodržuje. Na pravidelnost jídla dbá otec. Pacient není ani obézní ani hubený, nadměrně nekouří, nepije a neužívá drogy. Má

podporu také ze strany spolupacientů jak ze stacionáře, do kterého docházel, tak i z léčebny a ambulance.

Osobně si myslím, že je dobře, že má pacient přátele se stejnou nebo podobnou diagnózou. Jak sám pacient uvádí, mluví spolu o onemocnění, pomáhají si a dávají si typy, co zlepšit v léčbě. Většina osob se schizofrenií se uzavře do sebe, ztratí sociální vazby a kontakty. Je to způsobeno stigmatizací jedinců s tímto onemocněním. Proto je dobré, že má tento pacient tak dobré vztahy v rodině a se spolupacienty, s lékařem a sestrou. Tyto všechny prvky mu poskytují dobré sociální zázemí. Je to důkazem toho, že na nemoc není sám.

## **PACIENT- P2**

### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu pacienta a jakým způsobem?**

Pacient P2 označil, že faktory, které se významně podílí na jeho léčbě, neboli pomáhají účinně předcházet relapsu jsou následující: rodina, přátelé s podobnou diagnózou, přátelé bez podobné diagnózy, informace o nemoci a způsobech léčby, lékař a sestra. Tyto všechny faktory ohodnotil pěti body. Pacient uvádí, že mu pomáhají přátelé z léčebny, a je rád za jejich pomoc. Přátelům bez podobné diagnózy se pacient nesevěřil se svou nemocí, i když jim přikládá velkou váhu. Informace, které mu poskytl lékař, dodržuje. Pacient píše, že má jeho lékař chápavý, lidský a profesionální přístup a se zdravotní sestrou se dá bavit o všem. Důvěru k lékaři i k sestře má pacient stoprocentní. Přikládá také velkou váhu životnímu stylu, který ohodnotil čtyřmi body. Uvedl, že má dostatek spánku a odpočinku a často věnuje svým koníčkům.

Pouze dvěma body ohodnotil pacient medikaci. I když uvádí, že mu léky pomáhají a cítí se po nich klidnější. Dochází na depotní injekce a medikaci dodržuje. Žádným bodem ohodnotil pacient psychoterapeutický stacionář. Nikdy tam totiž nedocházel, tudíž mu nemohl pomoci.

### **Které účinné faktory jsou z pohledu pacienta v jeho léčbě významné a proč zrovna ony?**

Za tři faktory, které pacientovi nejvýznamněji pomáhají s léčbou, vybral: rodinu, koníčky a přátele. Z rodiny se pacient zmiňuje pouze o rodičích. Rodiče ho psychicky podporují. Váží si jich, protože chápou jeho duševní stav. Jako další faktor vybral koníčky. Věnování se svým koníčkům patří do zdravého životního stylu. Pacient rád čte, dívá se na televizi a poslouchá hudbu. O přátelích jsem psala už v předcházející otázce.



### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu psychiatrické sestry?**

Nejdůležitějším faktorem v léčbě z pohledu sestry je u pacienta pravidelná antipsychotická léčba. A to depotním antipsychotikem Zypadherou, jež nemá tolik vedlejších účinků, kterými podle sestry pacient trpěl (měl tardivní dyskinezi). Je tedy dobře kompenzovaný, dochází pravidelně na kontroly, je kultivovaný, spokojený a zlepšili se mu kognitivní funkce. Podpora ze strany rodiny je v tomto případě také znatelná. Sestra uvádí, že jeho matka je až hyperprotektivní. Jednu stranu na pacienta dohlíží a stará se o něj. Na stranu druhou mu zabraňuje v docházení do denního psychoterapeutického stacionáře. Stejně jako pacient, tak i sestra popisuje, že má přátele ze strany pacientů. Domlouvá si s nimi stejný den aplikace injekcí, aby se spolu mohli dívat na filmy a povídat si. Po opakovaných hospitalizacích a edukacích pokračujících v ambulanci, je sestra přesvědčena, že je pacient dobře edukovaný až přeeducovaný. Vztah s lékařem a sestrou má pacient hezký. Povídají si i o jiných věcech než o léčbě. Mají zájem o novinky v životě pacienta a on se jim nebojí odpovídat. Jak jsem již psala, pacient k nim má stoprocentní důvěru. Projevuje vděčnost. Například, když mu sestra uvaří kávu, poděkuje, vzpomene si na její svátek a donese jí kytku a popřeje. Navzdory užívání Zypadhery, po které je častý váhový přírůstek, se pacientovi podařilo v posledním roce zhubnout deset kilo. Je to díky tomu, že více chodí a běhá. Problémem v zdravém životním stylu je kouření. Závislost na tabáku představuje u pacientů se schizofrenií častý problém. Avšak dle Lavina a kol. bylo u pacientů, kteří vykouřili více cigaret, zjištěno méně negativních symptomů dle škály PANSS a méně pozitivní příznaků u kuřáků než nekuřáků. (Lavin MR et al., 1996, 189–208)

### **PACIENT- P3**

#### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu pacienta a jakým způsobem?**

Pacient P3 uvedl, že významný podíl na jeho léčbě mají tyto faktory: rodina, pacienti bez podobné diagnózy, léky a lékař. Všem těmto faktorům dal pacient pět bodů. Pacient se se svou diagnózou svěřil přátelům. Píše, že ho někteří berou a jiní ho mají za blázna. Tento pacient jako jediný z korespondentů bydlí se svými přáteli. Na péči lékaře si nejvíce cení

dobré konverzace. Další faktory pacient bodově neohodnotil. Popsal je však v následujících otázkách. Pacient má přátele s podobnou diagnózou. Podporují se navzájem v léčbě tím, že si telefonují. Se sestrou, její péčí a přístupem je pacient velice spokojen. Píše, že sestra i lékař jsou moc fajn a důvěřuje jim. Zdravý životní styl dodržuje tím, že má dostatek spánku a odpočinku, často se věnuje svým koníčkům, kde patří hra na kytaru. Také bych do této kategorie přiřadila to, že nezneužívá drogy.

### **Které účinné faktory jsou z pohledu pacienta v jeho léčbě významné a proč zrovna ony?**

Tři faktory, které jsou podle pacienta významné v jeho léčbě, jsou prášky (léky), protože se po nich cítí klidnější a pomáhají mu s nespavostí. Pacient tvrdí, že je nikdy nevyšadil. Rodina, protože ho neodsuzuje a může se s ní radit. Nebere drogy, což můžeme přiřadit do zdravého životního stylu. Přestat se rozhodl sám. Abstinuje rok a čtvrt.

### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu psychiatrické sestry?**

Kromě pravidelné antipsychotické léčby depotními injekcemi, pacient neužívá drogy a přerušil kontakt se svými přáteli- narkomany. To vše se děje až v posledním roce. Spravili se u něj také poměry v rodině. Pěkný vztah má pacient k otci, se kterým se navštěvují. O svém zdravotním stavu je pacient po několika hospitalizacích a navazujících edukacích v ambulanci, podle sestry dostatečně informován. Se svým lékařem má pacient přátelský vztah. Těší se za ním, informuje ho, jaké léky potřebuje a jak se mu daří. Se sestrou má také přátelský vztah. Do ambulance přichází s úsměvem, hezky pozdraví a sdělí jí novinky ve svém životě. Denní psychoterapeutický stacionář nenavštěvuje z finančních důvodů. Stacionář se nachází ve vedlejší město a pacient nemá na jízdné.

## **PACIENT- P4**

### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu pacienta a jakým způsobem?**

Pacientka P4 ohodnotila nejvíce body tyto faktory: rodinu, léky, informace o nemoci a způsobu léčby, lékaře a sestru. Pacientka dochází na depotní injekce. Léky jí pomáhají neslyšet hlasy, nemít vidiny, nestříhat se a nebarvit vlasy. Uvádí, že dostala dostatečné informace. Nejvíce se drží rady nestresovat se. Je spokojená s psychiatrem i se sestrou, o které píše, že je vynikající. Důvěru k nim popisuje jako stoprocentní. Životní styl ohodnotila dvěma

body. Pro své zdraví pacientka chodí na procházky. Žádný bod nepřiradila přátelům s podobnou diagnózou i bez podobné diagnózy, protože žádné nemá. K otázce psychoterapeutického stacionáře, který také dostal nula bodů, se nevyjádřila.

### **Které účinné faktory jsou z pohledu pacienta v jeho léčbě významné a proč zrovna ony?**

Tři faktory, které pacientka vybrala za významné v léčbě, byly rodina přítel a syn. Bohužel už nedoplnila způsob pomoci. Jen stručně odpovídala na jednotlivé otázky. U rodiny doplnila, že jí pomáhá hodně. Nejvíce jí ze strany rodiny podpoří povídání, procházky a zvířata.

### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu psychiatrické sestry?**

Z pohledu zdravotní sestry je opět na prvním místě antipsychotická léčba. Před převedením na antipsychotika druhé generace měla pacientka výrazné nežádoucí účinky. Díky depotním injekcím byla v dlouhodobé remisi až do doby, kdy jí nyní už bývalý přítel začal tlačit, aby měli další dítě. To se neuskutečnilo. Nastavení nové medikace tak, aby pacientce vyhovovala, trvalo několik měsíců. Nyní je dobře kompenzována. Důležitým faktorem je zde babička, která dohlíží na ni i jejího syna. Byla edukována o léčbě, dochází s pacientkou na kontroly a přivádí ji kdykoliv se její stav zhorší. Pacientka je na babičce závislá ze sociálního i finančního hlediska. Syn, babička a pacientčin současný přítel, je jediný okruh lidí, se kterými se stýká. Pacientka je podle sestry dostatečně edukována. Informace dostává pokaždé, když přijde. Pacientka důvěřuje lékaři i sestře. Dokazuje to skutečnost, že v době své dekompenzace, kdy byla paranoidní a nastavená proti svým blízkým, tak lékaři i sestře důvěřovala. Podle sestry žije docela zdravě. Nekouří, neužívá alkohol ani drogy. Denní psychoterapeutický stacionář nenavštěvuje z důvodu velké skupiny lidí, která by ji nedělala dobře.

## **PACIENT- P5**

### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu pacienta a jakým způsobem?**

Za faktory, které nejvíce pomáhají v léčbě a tím i předcházení relapsu, pacient označil rodinu, životní styl a svou povahu. Těmto faktorům přiřadil pacient pět bodů. Čtyři body dal lékaři a sestře. Lékař mu pomáhá konverzací, ale zároveň mu z pohledu pacienta škodí tím, že

mu nechce psát uklidňující léky. Sestra je podle něj moc hodná. Naprostou důvěru v ně nemá. Píše, že jim neříká vše z důvodu bezpečnosti. Tři body udělil přátelům bez podobné diagnózy a informacím o nemoci a způsobech léčby. Pacient má dobrou kamarádku, která nemá podobnou diagnózu. Pomohla mu s tím aby začal opětovně užívat léky. Pacient je z informací o léčbě zmatený a raději se drží vlastního úsudku. Dva body dal přátelům s podobnou diagnózou, se kterými se podporuje jen na facebooku a lékům. Užívá tablety, ale s účinky není spokojený. Nula bodů dal pacient psychoterapeutickému stacionáři. Dochází do něj, ale je vidět, že si nemyslí, že mu pomáhá v léčbě.

### **Které účinné faktory jsou z pohledu pacienta v jeho léčbě významné a proč zrovna ony?**

Za tři významné faktory, vybral pacient rodinu, životní styl a svou povahu. Rodinu si pacient zvolil, protože ho bere takového, jaký je, pomáhá mu finančně a s úklidem. Dodržuje zdravý životní styl tím, že má dostatek spánku a odpočinku a věnuje se svým koníčkům. To, že si dá pivo (i když mu podle něj pomáhá) nepovažují za zdravý životní styl, a to hlavně ve spojení s užíváním antipsychotik. Jako třetí významný faktor uvádí pacient svou povahu. Má prý dobrou část a zlou část (dobrý já a zlý já).

### **Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu psychiatrické sestry?**

Pacientovi nejvíce pomáhá zabránit relapsu dobré sociální zázemí, rodiče a dobrý terapeutický vztah s lékařem. Na tomto pacientovi je specifické to, že je adoptovaný. I když neznal svou biologickou matku a nevěděl o tom, že má schizofrenii, objevila se u něj také. Působil zde genetický faktor. Adoptivní rodiče v léčbě spolupracují a podporují ho. Přestože na pacientův stav není v dobré remisi, důvěřuje lékaři a sděluje mu své nejnítější myšlenky. Podle sestry však neříká úplně všechno, ale je spolehlivý. Sestra má s pacientem také dobrý vztah a snaží se mu pomoci. Spolu s lékařem pracují na tom, aby znova začal docházet na depotní injekce. Pacient je totiž zamítnul, i když byl dlouhodobě dobře kompenzovaný a neměl vedlejší příznaky. Začal si totiž myslet, že už není nemocný. Nyní užívá perorální antipsychotika. Informace o své nemoci i léčbě má pacient z opakovaných hospitalizací i z ambulance. Podle sestry dodržuje zdravý životní styl. Dochází do denního psychoterapeutického stacionáře, který mu pomáhá i nepomáhá. Pacient není úplně kompenzovaný a často ho tam něco rozhodí.

## 2.8 Diskuze

Tato kapitola je zaměřená na výsledky výzkumných otázek a na prodiskutování zjištěných fakt.

### **Výzkumná otázka č. 1: Které faktory pomáhají předcházet relapsu z pohledu pacienta a jakým způsobem?**

Compliance a adherence je u schizofrenních pacientů poměrně nízká což výrazně snižuje účinnost léčby. Je známo, že jen jedna třetina pacientů s tímto onemocněním je plně compliantních v léčbě a druhá třetina jen částečně. (Ustohal, 2011) Zodpovězením této výzkumné otázky jsem měla za cíl u konkrétního pacienta zmapovat, které vybrané faktory pomáhají mu pokračovat v léčbě a tím předcházet relapsu. Pakliže víme, co funguje, můžeme to více podporovat, posilovat a tím vytvářet pro pacienta prostředí, které mu pomáhá být zdravějším. Na první část otázky- které faktory pomáhají předcházet relapsu, se vztahovala tabulka v dotazníku. Pacienti zde hodnotili, jak významně jim faktory pomáhají, tím že je obodovali. Dostali zde také možnost napsat, jaké jiné faktory jim v léčbě pomáhají. Toho využil pouze jeden pacient, který napsal, že je to jeho povaha. Na druhou část otázky - jakým způsobem tyto faktory pomáhají, se vztahovaly otázky 9 - 22.

U každého z pacientů se podpůrné faktory projeví různým způsobem a v různé míře. Záleželo to i na tom, zda je měli možnost využívat. Někteří z dotazovaných například nemají přátele s podobnou diagnózou ani bez podobné diagnózy nebo nedocházejí do denního psychoterapeutického stacionáře. Přichází o obrovský zdroj podpory a pomoci. Hlavně tím, že se distancují od spolupacientů a od stacionáře ztrácí vyhlídku toho, nebýt na to sám, že existují lidé se stejnou nemocí a trápí je podobné problémy a těžkosti. Pacienti, kteří mají přátele s podobnou diagnózou, píší, že si vzájemně pomáhají, dávají si rady, co zlepšit, povídají si o nemoci a volají si. Dokonce se mi v dotazníku objevila zmínka o skupině na sociální síti - Facebooku (existuje např. tato stránka od sdružení Práh <https://www.facebook.com/sdruzeniprah/info/?tab=overview>). Z těchto důvodů by zdravotníci měli zvážit větší angažovanost a podporu pacientů v oblasti navazování nových a udržování stávajících kontaktů. Ve výzkumu Motlové a kol. z roku 2009 vnímali pacienti ve spojitosti s onemocněním omezení či ztrátu sociálních kontaktů. Denní stacionář navštěvuje pouze dva z pěti pacientů. Jednomu pomáhá „vrátit se zpátky do normálního života“. Druhý pacient pomoc nepocítuje. Naopak píše, že mu zhoršuje zdravotní stav.

Výborně si u dotazovaných pacientů stojí rodina. Všichni respondenti si jí cení pěti body z pěti možných. Je vidět, že členové rodiny jsou zaangažováni do léčby a pacientům

velmi pomáhají. Jako způsob pomoci zmiňovali pacienti pomoc v domácnosti, podporu, pochopení a akceptování, povídání si, finanční pomoc a pomoc s hlídáním. Velmi dobře si také v hodnocení vedou lékař a sestra. Pacienti k nim mají důvěru. Někteří dokonce psali, že stoprocentní. U lékaře si cenili toho, že si s ním mohou důvěrně promluvit a poradit a má chápavý, lidský a profesionální přístup. Sestra pomáhá tím, že je hodná, vstřícná, nápomocná, mohou si s ní povídat a je tu pro ně.

Léky pacientům pomáhají nemít deprese, halucinace a hlasy, jsou po nich klidnější. Pouze jeden klient píše, že mu nepomáhají. Dva z pěti klientů přiřadili lékům pouze dva body. Z informací o nemoci a způsobech léčby, se pacienti nejvíce drží rady nestresovat se, brát poctivě léky a chodit na injekce. Někteří pacienti se snaží dodržovat zdravý životní styl. Pravidelně sportují, mají dostatek spánku a odpočinku a často se věnují svým koníčkům.

**Výzkumná otázka č. 2: Které účinné faktory jsou z pohledu pacienta v jeho léčbě významné a proč zrovna ony?**

Pro zodpovězení této výzkumné otázky měli pacienti vybrat tři faktory, které jim nejvýznamněji pomáhají s léčbou. Všichni respondenti označili rodinu. Důvody byly následující: mají v ní podporu, pomoc, mohou se s ní poradit, finančně jim pomáhá a akceptuje je takové, jací jsou. Jeden pacient si zvolil lékaře, protože u něj má plnou podporu a důvěru. Může se na něj spolehnout a promluvit si s ním o své nemoci. Léky si zvolili dva pacienti. Jeden z důvodu lepší schopnosti fungovat v životě. Druhý, protože ho léky uklidňují a pomáhají mu s nespavostí. Jeden pacient si zvolil přátele, protože mu pomáhají. Tři respondenti přikládají velkou váhu životnímu stylu. Jeden ho specifikoval na koníčky (četbu, TV, hudbu). Další na nezneužívání drog. Jeden pacient si cení své povahy. Píše, že má dvě složky povahy: dobrou a zlou. Dobrá složka mu pomáhá v komunikaci a zlá mu pomáhá říct svůj názor.

**Výzkumná otázka č. 3: Které faktory pomáhají účinně předcházet relapsu z pohledu psychiatrické sestry?**

Poslední otázka byla zodpovězena prostřednictvím rozhovoru s psychiatrickou sestrou. Z jejího pohledu jdou všechny faktory ruku v ruce. Nejvýznamnějším faktorem je podle ní dlouhodobá **antipsychotická medikace**. Je důležité, aby se pacient léčil, užíval léky nebo řádně docházel na injekce. Dalším významným faktorem je **režim a řád**. Ten mnoho pacientů nemá a učí se ho až v léčebně nebo v rámci psychiatrické rehabilitace. **Edukace** je pro pacienta důležitá proto, aby měl informace o své nemoci, jejich projevech, způsobech a

možnostech léčby, lécích o životním stylu. Důležitým faktorem je i **rodina a blízcí** pacienta jejich spolupráce s lékařem a sestrou. Podle její zkušenosti prosperují dobře pacienti, jejichž rodina dobře spolupracuje. Pacient potřebuje mít dobré sociální zázemí, mít kde bydlet, mít někoho, kdo se o něj postará, zavolá, přijde k lékaři, když se zhorší. Sám pacient na sobě příznaky nemusí poznat. Je zásadní, aby rodina a blízcí byli edukováni o nemoci. To potvrzuje i T.M. Lincoln a kol. Psychoedukace poskytována pouze pacientům má omezené výsledky, rodinná psychoedukace je účinnější. (T.M. Lincoln at all, 2007)

Dále sestra mluví o **terapeutickém vztahu mezi pacientem a lékařem a pacientem a sestrou**, který nevzniká hned, ale je zapotřebí dlouhodobé práce. Pacient v ně musí získat důvěru, nebát se jim cokoli svěřit, vědět, že mu kdykoli pomůžou. Sestře se často stává, že se jí pacient svěří se záležitostmi, které neřeknou ani svým blízkým nebo lékaři. To znázorňuje velmi dobrý vztah. Na základě všech předchozích faktorů vzniká podle sestry ten nejdůležitější - **přijetí choroby**. Pacient musí pochopit a akceptovat, že je nemocný. Až pak se může úspěšně léčit. Říká, že na základě informovanosti, spolupráce a terapeutického vztahu vznikne náhled, a až pak pacient ochotně užívá medikaci, dochází na kontroly, injekce atd. Dále sestra hovoří o aktivním vyhledávání a ptaní se na nežádoucí účinky, protože kvůli nim pacienti často léky vysazují a hrozí jim tudíž relaps. Popisuje projevy extrapyramidového syndromu, které se dají velice rychle přeléčit změněním dávkování medikace anebo nasazením jiné medikace.

Sestra v rámci rozhovoru mluvila také o návštěvní službě, kterou vykonávala před několika lety v rámci jiné ambulance. Tuto službu si hodně chválila, protože v domácím prostředí měla dostatek času a prostoru na navázání kontaktu s příbuznými pacienta. Díky domácímu prostředí byli příbuzní ochotnější se svěřit. Měli možnost probrat léčbu a ptát se na věci, které je zajímají. Zjistila více o anamnéze pacienta. Navázali spolu pěkný vztah a spolupráce potom byla daleko lepší. Toto by mohlo být použito jako argument pro uvedení psychiatrických sester do praxe v širším počtu a založení center duševního zdraví, kde by kompetence sester byly zaměřené převážně na činnost v přirozeném prostředí a na psychoterapeutickou činnost, o což se snaží nová reforma psychiatrické péče.

Z výpovědi sestry je patrné, že má s pacienty velmi dobrý vztah. Vychází jim například vstříc tím, že je objednává na stejné datum aplikace injekcí, tím podporuje i kontakt pacienta se svými přáteli z okruhu spolupacientů. Vytváří jim příjemné prostředí v čekárně, kde musí pacienti několik hodin po aplikaci léčiva čekat. Uvaří jim kávu, dá oplatek. Toto

jednání by mohlo být dobrým příkladem do praxe i pro ostatní zdravotníky. V rozhovoru se také objevilo, že sestra i lékař opakovaně chválí své pacienty za pokroky, které ve své léčbě činí. Pochvala patří do skupiny pozitivní motivace. Podle amerického psychologa B. F. Skinnera pozitivní motivace navádí k opakování jednání, které bylo již dříve nějak odměněno. (Pléková, 2012, s.10) Proto by zdravotníci neměli zapomínat pacienty chválit.

Jsem si vědoma, že má práce obsahovala určité limity. Jedním z nich byl malý počet respondentů. Každý člověk je jedinečný, proto se kvůli nízkému počtu respondentů nemuseli projevit všechny účinné faktory a všechny způsoby, kterými pomáhají v léčbě tohoto onemocnění. Avšak myslím si, že na výsledcích bylo jasně vidět, jak jsou tyto faktory nepostradatelné v léčbě, pokud dobře fungují. Dalším limitem bylo to, že mě pacienti neznali a tím ke mně neměli vybudovanou důvěru na základě delšího vztahu. Původním záměrem výzkumu byl rozhovor s pacientem. Ten byl po dohodě s ambulantním zařízením zamítnut. Většina pacientů se schizofrenií je paranoidní a nahrávání cizím člověkem by mohlo vést k dekompenzaci jejich stavu. Věřím, že rozhovorem bych mohla získat mnohem více kvalitních informací, ale za žádnou cenu bych neriskovala zhoršení stavu pacientů.



## ZÁVĚR

To nejcennější, co v životě máme, je zdraví. Dokud ho neztratíme, bereme ho za samozřejmost. Nikdo z nás není vůči psychickému onemocnění imunní. Lišíme se pouze schopností adaptace a odolnosti na zátěžové vlivy, které nám dnešní život přináší. Jsou to například všeobecně vysoké nároky, stres, uspěchanost. Nás a naše zdraví formuje prostředí, ve kterém se nacházíme včetně lidí, kteří tam jsou s námi.

Teoretická část bakalářské práce pojednávala o duševním onemocnění schizofrenii a o faktorech, které jsou účinné v její léčbě. Tyto faktory pomáhají pacientovi spolupracovat při léčbě a předcházet tím relapsu neboli zvonuvzplanutí onemocnění.

Ve výzkumné části práce jsem se zaměřila na objasnění cílů, které jsem si zvolila. Cílem mé práce bylo zmapovat, které faktory v léčbě schizofrenie pomáhají účinně předcházet relapsu u vybraných klientů a jakým způsobem a zjistit, jak se liší pohled sestry a pacienta na léčbu. Odpovědi na tyto cíle jsem dostala prostřednictvím dotazníku určeného pacientům se schizofrenií a rozhovoru s psychiatrickou sestrou, která má dlouholeté zkušenosti s těmito pacienty.

Cíle byly splněny, podařilo se mi zmapovat, které faktory v léčbě schizofrenie pomáhají účinně předcházet relapsu u vybraných klientů a jakým způsobem na takové úrovni, jakou to bylo pomocí dotazníkového šetření a rozhovoru možné. Účinné faktory, na které jsem se ptala byly: rodina, přátelé s podobnou diagnózou, přátelé bez podobné diagnózy, léky, edukace, lékař, sestra, psychoterapeutický stacionář a životní styl. Z rozhovoru s psychiatrickou sestrou vplynuly ještě další faktory: režim a řád, který mnoho pacientů nemá a přijetí choroby.

Zjistila jsem, že pohled sestry a pacienta na léčbu je mírně odlišný. Sestra pokládá za nevýznamnější faktor pravidelnou antipsychotickou medikaci. Z odpovědí pacientů lze vyvodit, že je pro ně nejdůležitější pomoc a podpora rodiny a bližních. Jinak se ale odpovědi moc nelišili a lze říci, že má sestra a svých pacientech opravdu dobrý přehled.

Jak je patrné z celé této práce, vliv účinných faktorů na léčbu pacientů se schizofrenií je zásadní. U každého, že zkoumaných pacientů se projevovali v jiné míře a jiným způsobem. Žádný by se neměl opomíjet. Naopak by mělo být cílem zdravotníků zapojit všechny tyto faktory do pacientova života, aby mohla být jeho léčba co nejúčinnější a jeho život mohl být spokojenější a pestřejší (pestřejší nejen díky pozitivním příznakům).

Bakalářskou prací jsem chtěla přispět ke zlepšení podvědomí zdravotnického personálu o faktorech účinných v léčbě schizofrenie, jejich důležitosti a podpořit tak komplexní léčbu.

Také by tato práce mohla být použita jako zpětná vazba pro lékaře a sestru. Mohla by být potvrzením jejich dobré práce.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

### Tištěné zdroje:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013, 110 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

BERAN, Jiří. *Lékařská psychologie v praxi*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1125-6.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, 104 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-114-1.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 stran. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

FÍŠAR, Zdeněk. *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. 2., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009, 383 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2737-0.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vydání první. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 647 stran. ISBN 978-80-246-2998-8.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 106 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2045-6.

LAVIN MR et al. What is the clinical importance of cigarette smoking in schizophrenia? *American Journal of Addictions* 1996; 5:189–208.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PLEVOVÁ, Ilona. *Management v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2012. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3871-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

### Elektronické zdroje:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a kol. Psychoedukace u schizofrenie očima pacientů: Průzkum pacientů na psychoedukaci v České republice v roce 2009. *Psychiatrie*[online]. 2013, **17**(3), 122-128 [cit. 2016-05-04]. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2013/03/03\\_MOTLOVA.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2013/03/03_MOTLOVA.pdf)

ČEŠKOVÁ, Eva, Léčba schizofrenie. *Psychiatria pre prax* [online]. 2009, **10**(6), 265–269 [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/1c2f1c114738286fb947cf7f1dfb7b2b.pdf>

FECKOVÁ, Miriam. Komunikační signály sestry eliminující stres u pacienta. *Sestra*[online]. 2011, **22**(9) [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/komunikacni-signaly-sestry-eliminujici-stres-u-pacienta-461368>

Janssen- Cilag EMEA. Život se schizofrenií. Příručka pro pacienty a jejich pečovatele. 2012. Číslo položky :21677/3610/280 final 699 SM (2008). 15 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z:

<http://docplayer.cz/238500-Zivot-se-schizofrenii-prirucka-pro-pacienty-a-jejich-pecovatele.html>

KOMÁREK, Lumír, Kamil PROVAZNÍK a kol. *Ochrana a podpora zdraví* [online]. 1. vyd. Praha: Nadace CINDI ve spolupráci s 3. lékařskou fakultou UK Praha, 2011 [cit. 2016-04-12]. ISBN 978-80-260-1159-0. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/OCHRANA\\_A\\_PODPORA\\_ZDRAVI.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/OCHRANA_A_PODPORA_ZDRAVI.pdf)

MALÁ, Karolína a Hana NAVRÁTILOVÁ. Edukace při onemocnění psychózou. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, **7**(3), 137-139 [cit. 2016-04-09]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2006/03/08.pdf>

MARKOVIČ, Oto. Schizofrenie v ambulantní praxi. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2012, **13**(2), 85-88 [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2012/02/11.pdf>

MARŠÁLEK, Michal. Schizofrenie a drogové závislosti. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2008, 9(6), 269–272 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/06/05.pdf>

MOTLOVÁ, Lucie a David HOLUB. Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia* [online]. 2005, 4(6), 514–516 [cit. 2016-04-10]. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe/8-1n-bl.magarticle.aspx>

PETR, Tomáš. Jak získat pacienty se schizofrenií k lepší spolupráci při léčbě? *Florence* [online]. 2012, 8(12) [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2012/12/jak-ziskat-pacienty-se-schizofrenii-k-lepsi-spolupraci-pri-lecbe/>

Schizofrenie. [Http://zdravi.e15.cz](http://zdravi.e15.cz) [online]. 2014 [cit. 2016-03-24]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/schizofrenie>

SIGMUNDOVÁ, Zuzana a Klára LÁTALOVÁ. Rizikové faktory životního stylu schizofrenních pacientů. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2006, 7(4), 158–160 [cit. 2016-04-11]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/01/05.pdf>

SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: Informace pro pacienty a jejich blízké* [online]. 1. vyd. Praha 5: Galén, 2016 [cit. 2016-03-24]. ISBN 978-80-7492-232-9. Dostupné z: <https://lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Schizofrenie.pdf>

USTOHAL, Libor. Schizofrenie – compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Medicina pro promoci* [online]. 2011, 5(6) [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/25301-schizofrenie-compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe>.

## **PŘÍLOHY**

Příloha A *Dotazník*

Příloha B *Otázky pro rozhovor se sestrou*

## Příloha A Dotazník

Vážená paní, vážený pane,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění tohoto dotazníku, který je anonymní, jeho vyhodnocení bude použito pouze pro potřeby bakalářské práce. Část otázek je kroužkovacích a část prosím vyplňte vlastními slovy. Velice Vám děkuji za ochotu a čas strávený vyplňováním.

1. Označte, zda jste muž nebo žena

MUŽ

ŽENA

2. Do jaké věkové skupiny patříte?

- a) 18- 25
- b) 26- 34
- c) 35- 50
- d) 51- 65
- e) 65 a více

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vysokoškolské

4. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodný/á
- b) Ženatý, vdaná/ s druhem
- c) Rozvedený/á
- d) Vdova/ vdovec

5. Bydlíte:

- a) Sám
- b) S rodiči
- c) S partnerem
- d) S kamarády

6. Jak dlouho se již léčíte se schizofrenií?

7. Kolikrát došlo k znovu vzplanutí nemoci (relapsu) v průběhu Vaší léčby?

8. Kdy jste si poprvé uvědomil/a, že jste nemocný/á? (onemocnění schizofrenie)

Ohodnoťte prosím faktory, které mají významný vliv na Vaší léčbu. Nula znamená, že tento faktor nemá vůbec žádný vliv na Vaší léčbu. Pět naopak znamená nejvýznamnější vliv na Vaší léčbě. Poté prosím vyberte tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

Faktory:	0	1	2	3	4	5
Rodina (blízcí např. partner/partnerka)						
Přátelé s podobnou diagnózou						
Přátelé bez podobné diagnózy						
Léky						
Informace o nemoci a způsobech léčby						
Lékař						
Sestra						
Psychoterapeutický stacionář						
Životní styl						
Jiné (jaké?)						

Vyberte prosím tři faktory, které Vám nejvýznamněji pomáhají s léčbou, a popište, jakým způsobem Vám pomáhají.

1. faktor .....
- Způsob pomoci .....
- .....
- .....
- .....
2. faktor .....
- Způsob pomoci .....
- .....
- .....
- .....
3. faktor .....
- Způsob pomoci .....
- .....
- .....
- .....

9. Jakým způsobem se Vaše rodina (Vaši blízcí např. partner/ partnerka) podílí na léčbě? Co od rodiny při léčbě potřebujete? Co Vás při léčbě nejvíce podpoří ze strany rodiny?



10. Svěřil jste se svou diagnózou přátelům? Podílí se Vaši přátelé na léčbě? Jestli ano, jak?
11. Máte přátele se stejnou nebo podobou diagnózou? (diagnóza schizofrenie) Podporujete se navzájem v léčbě? Jestli ano, jak?
12. Jaký je Váš postoj k užívání léků? Pomáhají Vám? Jestli ano, jakým způsobem?
13. Jaké formy léků Vám vyhovují více?
- a) Tablety
  - b) Depotní injekce
14. Vysadil/a jste si v průběhu léčby medikaci? Z jakého důvodu?
15. Kdo Vám pomohl s tím, abyste znova začal/a užívat léky / léčit se? Proč Vám pomohli zrovna oni? Jak způsobem Vám pomohli?
16. Získal jste dostatečné informace o svém zdravotním stavu a následující léčbě. Kterých informací (rad) se v léčbě nejvíce držíte a proč?

17. Co z toho, co Váš lékař dělá, Vám nejvíc pomáhá? Jak jste spokojen s jeho péčí a přístupem?

18. Jakým způsobem Vám pomáhá v léčbě zdravotní sestra? Jak jste spokojen s její péčí a přístupem?

19. Jak byste popsal důvěru k sestře a lékaři?

20. Docházíte nebo jste docházel/a do denního psychoterapeutického stacionáře? Cítíte se nebo cítil/a jste se v psychoterapeutickém stacionáři podporován/a? Kým?

21. Jakým způsobem Vám psychoterapeutický stacionář pomáhá/ pomáhal?

22. Co děláte pro své zdraví? (Můžete vybrat více odpovědí)

- a) Pravidelně sportuji
- b) Snažím se dodržovat zásady zdravé výživy
- c) Mám dostatek spánku a odpočinku
- d) Často se věnuji svým koníčkům
- e) Vyhýbám se užívání škodlivých látek (kouření, alkohol, drogy)
- f) Doplňte další .....

## Příloha B Otázky pro rozhovor se sestrou

### Obecná část

1. Jaké máte vzdělání?
2. Kolik let pracujete na psychiatrii?
3. Jak se Vám pracuje s psychicky nemocnými lidmi? (*jaký vztah máte k...*)
4. Jaké faktory v léčbě schizofrenních pacientů pokládáte podle Vašich zkušeností za účinné?
5. Které z nich jsou podle Vás neúčinnější? Proč?

### Individuální část (otázky ke každému z pacientů)

1. Podporuje pacienta v léčbě schizofrenie rodina? Jakým způsobem?
2. Podporují pacienta v léčbě schizofrenie přátelé? Jakým způsobem?
3. Měl pacient v průběhu léčby problémy s užíváním farmak? Jestli ano, jaké to mělo následky?
4. Má podle Vás tento pacient dostatek informací o své nemoci a léčbě? Využívá je?
5. Má podle Vás pacient dobrý vztah se svým lékařem? Je spokojen s jeho péčí a přístupem?
6. Jaký máte Vztah s tímto pacientem? Jakým způsobem jste se mu snažila pomoci v léčbě?
7. Snaží se pacient dodržovat zdravý životní styl?
8. Navštěvuje pacient denní psychoterapeutický stacionář? Pomáhá mu?
9. Které z faktorů, z Vašeho pohledu, tomuto pacientovi nejvíce pomáhají zabránit relapsu?