

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Zdravotně sociální problematika klientů se schizofrenií
v Kraji Vysočina**

bakalářská práce

Autor práce: Alena Moravcová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: Mgr. Lenka Mařhová
Datum odevzdání práce: 4. května 2012

Abstrakt

Cílem teoretické části práce je popsat diagnostiku, formy a příznaky, průběh a prognózu, léčbu a fáze léčby schizofrenie, zdravotní a sociální služby pro lidi s duševním onemocněním schizofrenie. Popsány budou problémy sociální, osobní, klinické atd.), se kterými se osoby se schizofrenií potýkají.

Prvním cílem praktické části práce je zjistit, jaké dopady (rodinné, sociální, pracovní, zdravotní a ekonomické) má schizofrenie na život klientů. Druhým cílem praktické části práce je zjistit, jak se klienti se schizofrenií vyrovnávají s problémy, které toto onemocnění přináší.

Ke zpracování praktické části bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Ke sběru dat jsem použila metodu dotazování a techniku polořízeného rozhovoru. Rozhovor byl proveden se šesti respondenty. Z toho byli čtyři respondenti z Fokusu Vysočina Pelhřimov a dva respondenti z Denního stacionáře Lada Pacov o.s.. Vlastní výzkum byl proveden na přelomu března a dubna roku 2011.

Výzkum ukázal, že pět respondentů není schopno navázat trvalý vztah. Všem respondentům v době ataky nemoci vždy pomohla rodina. Vyloučení ze společnosti pociťují tři respondenti a osamostatnit se doposud povedlo dvěma respondentům. Pomoc s komunikací na úřadech potřebují tři respondenti. Všichni respondenti mají změněnou pracovní schopnost. Čtyři nemocní zažili finanční problémy a dva respondenti vůbec nerozhodují o svých financích.

Výsledky této práce budou nabídnuty laické i odborné veřejnosti, Fokusu Vysočina Pelhřimov a Dennímu stacionáři Lada Padov o.s.. Mohou posloužit k rozšíření povědomí o této nemoci.

Abstract

The aim of the theoretical part of this thesis is to describe diagnosing, forms and symptoms, progress and prognosis, therapy and its parts of schizophrenia; health and social services for people suffering from schizophrenia mental disturbance. In the thesis I will describe social, clinical, personal and other problems that people with schizophrenia have to face.

The first goal of the practical part of this thesis is to find out what impact schizophrenia has on clients family, their social and working life as well as health and economical situation. The second goal is to find out how the clients with schizophrenia actually deal with problems brought by the illness.

I have used the qualitative research method for practical part of my bachelors thesis. Research data were collected by survey and semi-structured interviews. Interviews were carried out with six respondents. Four of them were from Fokus Vysočina Pelhřimov and two respondents were from Day Care Centre Lada Pacov o.s.. The research itself was carried out in March/April 2011.

The research showed that five respondents are not able to have a long-term relationship. All respondents were supported by their families during the illness attacks. Three respondents felt excluded from the society and only two respondents managed to become self - dependent so far. Three respondents need help when communicating with office authorities. All respondents have a reduced capacity to work. Four of them have had financial problems in the past and two of them do not handle their finances at all.

The outcome of this thesis will be offered to both specialists and general public, Fokus Vysočina Pelhřimov and Day Care Centre Lada Pacov o.s.. It can help to raise public awareness of this mental illness.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4.5.2012

.....

Alena Moravcová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala Mgr. Lence Mařhové za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při zpracování bakalářské práce. Mé poděkování také patří celému vedení i respondentům Fokusu Vysočina Pelhřimov a Dennímu centru Lada, o. s. za jejich pomoc při realizaci výzkumu.

Také děkuji svým rodičům a příteli za velkou podporu v mém studiu.

Obsah

Úvod	- 9 -
1. SOUČASNÝ STAV	- 10 -
1.1 Schizofrenie	- 10 -
<i>1.1.1 Psychopatologické změny</i>	- 11 -
<i>1.1.2 Vlivy vyvolávající schizofrenii</i>	- 11 -
<i>1.1.3 Příznaky</i>	- 13 -
<i>1.1.3.1 Příznaky obecně</i>	- 13 -
<i>1.1.3.2 Pozitivní a negativní příznaky</i>	- 13 -
1.2 Formy schizofrenie	- 16 -
<i>1.2.1 Simplexní schizofrenie</i>	- 16 -
<i>1.2.2 Paranoidní schizofrenie</i>	- 16 -
<i>1.2.3 Hebefrenní schizofrenie</i>	- 16 -
<i>1.2.4 Katatonní schizofrenie</i>	- 17 -
<i>1.2.5 Reziduální schizofrenie</i>	- 17 -
<i>1.2.6 Nediferencovaná schizofrenie</i>	- 17 -
<i>1.2.7 Postschizofrenní deprese</i>	- 18 -
<i>1.2.8 Jiná schizofrenie</i>	- 18 -
1.3 Diagnostika schizofrenie	- 18 -
<i>1.3.1 Klinická diagnostika</i>	- 18 -
<i>1.3.2 Operacionalizovaná diagnostika</i>	- 19 -
<i>1.3.3 Diferenciální diagnóza</i>	- 19 -
1.4 Průběh a prognóza	- 20 -
1.5 Léčba	- 21 -
<i>1.5.1 Fáze léčby</i>	- 22 -
<i>1.5.2 Rodina a léčba</i>	- 23 -
<i>1.5.3 Nežádoucí účinky antipsychotik</i>	- 25 -
1.6 Dopady schizofrenie	- 28 -
<i>1.6.1 Osobní dopady schizofrenie</i>	- 28 -
<i>1.6.2 Rodinné dopady schizofrenie</i>	- 29 -

1.6.3 Sociální dopady schizofrenie	- 29 -
1.6.4 Pracovní dopady schizofrenie	- 30 -
1.6.5 Ekonomické dopady	- 30 -
1.7 Zdravotnické služby	- 30 -
1.8 Sociální služby	- 31 -
2. CÍLE A HYPOTÉZY	- 34 -
2.1 Cíl práce	- 34 -
2.2 Hypotézy	- 34 -
2.3 Operacionalizace pojmů	- 35 -
3. METODIKA	- 36 -
3.1 Metody a techniky sběru dat	- 36 -
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	- 36 -
3.3 Realizace výzkumu	- 37 -
3.2.1 Fokus Vysočina Pelhřimov	- 38 -
3.2.2 Centrum denních služeb Lada o.s. –	- 38 -
4. VÝSLEDKY	- 39 -
4.1 Výsledky rozhovorů respondentů z Fokusu Vysočina Pelhřimov	- 39 -
4.2 Výsledky případových studií respondentů s Občanského sdružení Lada	- 56 -
4.3 Shrnutí výsledků	- 64 -
5. DISKUZE	- 66 -
6. ZÁVĚR	- 71 -
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	- 72 -
9. PŘÍLOHY	- 76 -

Seznam použitých zkratk

Č.

Tzv.

Viz.

Úvod

Téma Zdravotně sociální problematika klientů se schizofrenií v Kraji Vysočina jsem si vybrala, protože v mém blízkém okolí žije člověk s duševním onemocněním schizofrenie. Snažím se pochopit jeho problémy a být dotyčnému oporou. Proto jsem snažila dozvědět o této nemoci co nejvíce.

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění s prevalencí 1 – 1,5 % v populaci. Tato nemoc se vyskytuje ve všech kulturách a na všech kontinentech. Člověk s tímto duševním onemocněním bývá stigmatizován a výrazně se zhoršuje jeho kvalita života. Schizofrenie má dopady na všechny oblasti života. Tato nemoc se nevyhýbá ani slavným osobnostem jako je John Forbes Nash Jr., který obdržel nobelovu cenu. Jeho životní příběh můžeme vidět i ve filmu Čistá duše. Ve filmu jsou dobře vidět pozitivní příznaky nemoci a jejich obrovský zásah do života člověka.

Cílem teoretické části práce je popsat diagnostiku, formy a příznaky, průběh a prognózu, léčbu a fáze léčby schizofrenie, zdravotní a sociální služby pro klienty s duševním onemocněním. Popsány budou problémy (sociální, osobní, klinické atd.), se kterými se osoby se schizofrenií potýkají.

Prvním cílem praktické části práce je zjistit, jaké dopady (sociální, rodinné, pracovní, zdravotní a ekonomické) má schizofrenie na život klientů.

Druhým cílem praktické části práce je zjistit, jak se klienti se schizofrenií vyrovnávají s problémy, které toto onemocnění přináší.

Vlastní výzkum byl proveden s klienty Fokusu Vysočina Pelhřimov a Denního centra Lada Pacov, o.s. na přelomu března a dubna v roce 2011. Bakalářskou práci jsem nedokončila v roce 2011 z důvodu přerušení studia.

Pro účel svého výzkumu používám slovo klient, které označuje člověka s duševním onemocněním schizofrenie, který využívá zdravotní nebo sociální služby.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Schizofrenie

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat a jednat v souladu s okolnostmi (42). Jedním z charakteristických jevů je pocit, že jsou v myšlení, jednání a cítění ovlivněny vnějšími kontrolovanými silami (8). Vztah nemocného ke skutečnosti se mění (42).

Je ovlivněno vnímání, myšlení. City dosahují takové intenzity, že člověk s duševním onemocněním schizofrenie špatně nebo vůbec nedokáže odlišit, co je skutečné a co ne (26). Takový člověk se odcizuje ostatním lidem. Schizofrenie vede ke změnám osobnosti, postihuje pracovní schopnost a snižuje kvalitu života (28). Je to vleklé onemocnění se sklonem k chronicitě (42).

Název schizofrenie v roce 1911 použil prvně v odborné literatuře švýcarský psychiatr Eugen Bleuer. Před ním už ji popsal německý psychiatr Emil Kraepelin pod názvem „dementia praecox“, což znamená předčasné zhlounutí. Pokládal tuto nemoc za endogenní, z neznámých příčin vznikající. Kraepelin považoval selhání rozumových schopností a s ním spojeného chátrání osobnosti již v mladém věku až do celkového úpadku, za charakteristický společný rys několika v té době popisovaných onemocnění (42).

Schizofrenií je označována skupina onemocnění, které jsou součástí lidstva od nepaměti. Toto onemocnění bylo rozšířeno ve všech historických epochách. Postupně se měnili vnější projevy onemocnění, hlavně obsah bludů, halucinací a způsobu, jakým na ně nemocný reaguje. Příznaky měli i lidé slavných jmen jako Isaac Newton, švédský přírodovědec Emanuel Swedeborg nebo anglický malíř a básník Villiam Blake (28).

Tato nemoc se stejně často vyskytuje v různých kulturách a kontinentech. Prevalence nemoci je asi 1 % až 1,5 % v populaci, to znamená, že onemocní jeden člověk ze sta. Více postihuje mladší věk a to mezi 16 – 25 lety častěji muže a ženy mezi 25 – 30 rokem života, může ovšem propuknout i mnohem později (26).

1.1.1 Psychopatologické změny

U této nemoci se na mozku mohou nacházet morfologické změny. Mezi nesespecifickými patologickými změnami se objevují tyto nálezy: rozšíření postranních mozkových komor, rozšíření korových rýh a korová atrofie. Také se vyskytuje rozšíření třetí komory mozkové, snížení objemu temporálního laloku, gyrus temporalis superior, hippocampu, amygdaly a gyrus parahippocampalis. (25)

U schizofrenie dochází k poruchám myšlení. Může se týkat formální stránky jako jsou zárazy, magické nebo nesouvislé myšlení, vyskytují se také bludy. Mezi další psychopatologické změny patří poruchy emotivity, vnímání, poruchy osobnosti, volného konání (hypobúlie, abúlie) (22).

1.1.2 Vlivy vyvolávající schizofrenii

I přes intenzivní výzkum, není známá jasná konečná příčina, která by jasně vysvětlila vznik této nemoci (42). Dodnes je zvažována řada teorií o vzniku schizofrenie – teorie zátěže a dispozice, virová, genetická, rodinná, dopaminová a další (27). Nyní víme, že neexistuje jediná hlavní příčina tohoto onemocnění. Jde o společné působení faktorů biologických a psychosociálních (42). Hlavními příznaky biologických faktorů je dědičnost. Víme, že se dědí řada vlastností a povahových rysů, ale i různé choroby (27). V populaci je prevalence přes 1%, ale u rodičů, kde je jeden z nich nemocný schizofrenií, se pravděpodobnost, že dítě onemocní také, zvyšuje na 12 %. Jsou-li nemocní oba rodiče tak u dítěte je pravděpodobnost 40 %, u jednovaječných dvojčat až 47 % (25). Výzkum dvojvaječných dvojčat dokázal, že se dědí dispozice k nemoci, ale ne nemoc jako taková (27). Intenzivní výzkumy prokázaly, že neexistuje specifický gen, který by způsoboval schizofrenii. Na rozvoji onemocnění se podílí mnoho různých, ale nevýznamných genů (29).

Mezi biologické faktory patří dopaminová teorie. Zabývá se zvýšením dopaminu na synapsích (25). Zjistilo se, že u lidí nemocných schizofrenií je nerovnováha v souhře dopaminového a serotoninového systému. Při nadbytku

dopaminu se aktivizují nervové buňky a v mozku je přenášeno velmi mnoho informací. Mozek má problém tyto informace zpracovat a to vede k halucinacím. Dochází ke změněnému vnímání sebe a okolního světa. Mezi další přenašeče patří serotonin, ovlivňuje cyklus spánku a bdění, příjem potravy, agresivitu, emoce (27). Při velkém množství dopaminu a nerovnováhy dopaminu a serotoninu vznikají nejrůznější psychické příznaky. V poslední době se pozornost soustředila místo dopaminu na synapsích, na denzitu postsynaptických receptorů D_2 a na dopaminový deficit v prefrontální kůře (25).

K vzniku virové teorie vedlo zjištění, že onemocní-li matka infekcí během těhotenství nebo dojde k poporodním komplikacím, tak u těchto dětí častěji projeví schizofrenie (26). Ale ani tyto informace nedokázaly uspokojivě vysvětlit vznik schizofrenie (27).

Mezi psychosociální faktor patří rodina. Základní je vztah mezi matkou a dítětem, který může být dvojznačný. Vztah může být vzájemně závislý s nadměrně ochraňující matkou, nebo vzájemně odcizený s příliš kritizující matkou. Matku většinou charakterizuje agresivní, dominantní, přitom však nejisté chování (27). Rodiny schizofreniků jsou popsány tak, že nemají jasně definované sexuální a generační hranice, poskytují málo ochrany a emoční vřelosti. Ke všemu cizímu mají nedůvěru. V rodinách se také vyskytují emoční boje. Rodiče bývají mnohem více svázáni se svou původní rodinou než s rodinou, kterou založili. Často se v rodinách nalézají patologické vazby rodič – dítě (17).

Teorie zátěže a dispozice říká, že se na vzniku schizofrenie podílí kombinace a vzájemného působení sociálních a biologických faktorů. Ty pak vytvářejí dispozici k onemocnění. Ta je vytvořena nadměrnou citlivostí (hypersenzitivita) (27) a dědičnou nebo získanou vlohou, vedoucí k selhání adaptivních funkcí duševního života pod vlivem zátěže (25).

1.1.3 Příznaky

1.1.3.1 Příznaky obecně

Málokdy dochází k onemocnění náhle a nečekaně. Tomu může předcházet období i několika let, kdy se tito lidé postupně uzavírají a přerušují sociální kontakty (27). Tato nemoc se vyznačuje se poruchami myšlení, vnímání a nepřiměřenou, oploštělou efektivitou (16). Nemocní jsou nedůvěřiví a úzkostní. Může vznikat nespavost, poruchy příjmu potravy (14). Lidé s duševním onemocněním schizofrenie bývá narušen filtr třídění informací. Běžné události z okolí mohou vnímat tak, že vše má pro ně zvláštní význam a důležitost. Mají pocit, že se vše vztahuje k nim osobně (16). Postupně se mohou vyvinout bludná přesvědčení a časté pocity pronásledování (27). Člověku s duševním onemocněním schizofrenie se může zdát, že mu nějaká síla odnímá myšlenky. Bývají přítomny bludy nejrůznějšího obsahu (perzekuční, vztahovačné, erotomanické, religiózní, extrapotenční, hypochondrické,...). Vnímání bývá často narušeno halucinacemi sluchovými (hlasy), zrakovými. Méně se vyskytují chuťové, čichové a tělesné halucinace. Lidé s duševním onemocněním schizofrenie se často domnívají, že jejich nejnítěnější pocity, myšlenky, činy jsou známy nebo sdíleny s ostatními lidmi ze svého okolí (16). Někdy se objevují náboženské i mimozemské zážitky, které někdy probíhají jako extáze s mimosmyslovým vnímáním. Jiné prožívání mění realitu, často se nemocní dokážou slušně orientovat v přítomnosti, navenek se dokáží přizpůsobit a psychotické prožívání se objevuje jen občas, zlomkovitě. Chování a jednání u člověka s duševním onemocněním schizofrenie je hluboce ovlivněno psychotickými prožitky a jeho vnitřním světem. Jeho vnitřní prožitky jsou silnější než reálné. Lidé s duševním onemocněním schizofrenie jim zcela uvěří a naopak přestanou věřit svému okolí (27).

1.1.3.2 Pozitivní a negativní příznaky

Mezi pozitivní příznaky schizofrenie patří halucinace, poruchy myšlení - bludy, dezorganizace řeči, dezorganizované chování nebo katatonní projevy (18).

Halucinace jsou falešné smyslové vjemy. Vznikají díky zkreslenému vnímání reality bez zjevné příčiny. Můžou se projevit u všech pěti smyslů, ale nejčastější jsou sluchové (22). Ty bývají náhradou vztahů. Podle Pepla jsou halucinace rozděleny na sedm vývojových fází. Na počátku nemoci se hlasy projevují mírně. Člověk s duševním onemocněním schizofrenie si přivolává někoho, s kým by mohl hovořit. To mu přináší úlevu a jeho komunikace s okolím upadá. S častými reálnými hlasy, přestává být možnost s nimi hovořit. Okolí si všimá nastalých změn a kritizuje je. Tato situace vyvolává úzkost a dochází k navrácení se k hlasům. Ty však nejsou již příjemné a uspokojivé, ale stávají se vyčítavé, jsou více konkrétní a poté zcela kontrolují daného člověka. Ten se snaží hlasy utiřit a uzavírá s nimi kompromis. Díky tomu přestává být člověk s duševním onemocněním schizofrenie odpovědný za své chování. Hlasy mohou být vtíravé, terorizující, vyhrožující, vyčítavé, příkazové (34). Nejčastěji se setkáváme z halucinacemi intrapsychickými. Při těchto halucinacích má nemocný pocit, že mu myšlenky někdo odnímá, ozvučuje, zveřejňuje, komentuje nebo vnucuje (27).

Při optických halucinacích můžeme vidět různé tvary, barvy, osoby a celé barvitě scény (27). Nejčastěji se objevují osoby, které vnikají k člověku s duševní nemocí schizofrenie do bytu, přehrabují se ve věcech, pozorují ho. Tato halucinace většinou nahání pacientům hrůzu (42). Halucinace čichové a chuťové se většinou projevují spolu (27). Člověk cítí různé pachy jako spálená guma, umělá hmota, pekelná síra, otrávený plyn. Jídlo má podivnou chuť a tak obsahuje jed, který mu tam dali jeho nepřátelé (42). Při halucinacích tělesných má nemocný zvláštní pocity po těle. Objevuje se pálení, elektrizování, změny tělesných orgánů, různých dotyků (27). Při pohybu končetin, polohy těla, mluvidel nemocný věří, že tyto pohyby způsobuje někdo cizí. Například mu vkládá slova do úst (42).

U formálních poruch myšlení ztrácí pacient schopnost rozlišovat podstatné od nepodstatného. Myšlení dělá nesouvislý, nelogický dojem. Může se objevit záraz (myšlenka zmizí), rozpad myšlenek, myšlenkový přeskok nebo používání slov může být dvojsmyslné (v jednom slově obsaženy dvě myšlenky). Objevují se i novotvary. Mezi poruchy myšlenkového obsahu patří bludné ideje, výtvary a představy. Mezi nejčastější formy bludných představ patří pronásledování, ovlivňování a vztahovačnost.

Při porozumění bludu, by jsme si měli položit otázku, jak moc se zhroutila kontrola prožívání. Proto by jsme měli zjistit jak moc tento blud tuto ztrátu kompenzuje (7). Bludy můžeme rozdělit do několika skupin podle obsahu a převažující patické nálady. Bludy megalomaničké se projevují manickou, hypomaničkou a veselou náladou. V těchto bludech považuje své schopnosti za bezmezné. Týká se to tělesných, duševních schopností a vlastností. Například je přesvědčen, že je vznešeného původu (originární blud). Další typ bludu se nazývá úkorný nebo mikromaničký. Vyznačují se úzkostnou depresivní náladou. Je zde značné pesimistické hodnocení svých tělesných, duševních projevů a postojů. Například má člověk s duševním onemocněním schizofrenie pocit, že zavinil neštěstí své rodiny, nebo že je nemocen. Obviňuje se z věcí, které neudělal, a z vlastností, které nemá. Může mít i pocit, že zničil celé lidstvo. Třetí skupinou jsou bludy perzekuční nebo o pronásledování. Tyto bludy se podmiňují vztahovostí a podezřívavostí. Například se vyznačují vztahovostí poznámek druhých nebo nějaké události, které se daného člověka netýkají (41).

Mezi pozitivní příznaky patří také dezorganizace řeči (18). Vyznačuje se nedostatečným využitím řeči. Objevují se neologismy, zvláštní intonace, dikce, nesouvislosti a zárazy. Toto může vést až k rozpadu řeči (42).

Dezorganizované chování nebo katatonní projevy patří do pozitivních příznaků (18). Dělí se na produktivní nebo stuporózní formu. Produktivní forma se vyznačuje zvýšeným počtem mimických a pantomimických pohybů, často stereotypních, dále je výrazná mimika a gestikulace. Stuporózní forma se vyznačuje útlumem. Může se projevit pouze zmenšenou pohyblivostí nebo až úplnou strnulostí trvající i týdny. Může také nastat takzvaná vosková ohebnost, vyznačuje se nadměrnou pasivitou vnuceným nastavením těla, které je často velmi nepohodlné. Takový člověk v nich setrvává velmi dlouho (42). Dalšími projevy jsou negativismus, mutismus (18).

Mezi negativní příznaky patří oslabení až ztráta vůle. Věci, které člověka dříve bavily a věnoval se jim, tak nyní o ně nemá zájem. Uzavírá se a stahuje do sebe. Někdy přestává mluvit, pít a jíst. Dalším příznakem je postupné snížení a ochuzení citového prožívání (27) tzv. otupení a oploštění emocí (18). Člověk s duševním onemocněním schizofrenie se chová jakoby se ho nic nedotýkalo a vše mu bylo jedno. Také se

objevují poruchy nálady. Pocity pronásledování a stavy vnitřní nejistoty doprovází úzkost. Ta vyvolá pocity méněcennosti, beznaděje a strach, že nemocný se už nikdy neuzdraví. To může vést až k sebevraždě. Někdy se tyto pocity mohou objevit i opačně, takže je přítomna veselá nálada s velkým sebevědomím (27). Postupně člověk s duševním onemocněním ztrácí vztahy s okolím a vzniká výrazná sociální izolace (18).

1.2 Formy schizofrenie

1.2.1 Simplexní schizofrenie

Poměrně málo objevující se forma charakterizována oploštěním emotivity, prohlubujícím se autismem, sníženou vůlí, chudostí myšlení (23), vztahovačností, nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí (35). Takto nemocní jedinci ztrácejí zájem o své okolí, koníčky, povinnosti (23). Izolují se (35). Čas tráví poleháváním, potulováním se, mají zájem pouze o jídlo a kouření (23). Přestávají o sebe dbát, nezvládají běžné požadavky života. Jejich myšlení se může zhoršit až na úroveň demence (35).

1.2.2 Paranoidní schizofrenie

V klinickém obrazu se objevuje blud s paranoidním obsahem a halucinace, nejčastěji sluchové, které dávají pacientovi příkazy a hrozí (35). Časté jsou také intrapsychické a tělové halucinace (6). Člověk je vztahovačný, patologicky podezřívá, má pocit ohrožení, pronásledování a že ho chce někdo zničit. Občas se objeví patologická žárlivost. Projevuje hypobulie, emoční otupělost, nenápadnost. V chování se objevuje agresivita zaměřená proti domnělým nepřítelům (35).

1.2.3 Hebefrenní schizofrenie

Tato forma vzniká v adolescentním nebo raném věku. V počátcích bývá obtížné ji odlišit od bouřlivé puberty (31). Zasahuje do rozvoje osobnosti v době, kdy se vytváří

a stabilizuje identita jedince, proto mívá špatnou prognózu. Hebefrenní schizofrenie se jeví jako prohloubená, protahovaná puberta s podivným způsobem uvažování. Projevuje se šaškováním, klackovitým chováním (35), dezorganizovaným myšlením, bizarní zdobivostí, pseudofilozováním, grimasováním a nepřiléhavým chováním (31). Zrakové halucinace jsou nejčastější (6).

1.2.4 Katatonní schizofrenie

Katatonní schizofrenie se projevuje poruchami chování (31) a motoriky (35). Dělíme ji na produktivní a stuporózní formu (35). Produktivní forma se vyznačuje neobvyklými pohyby, impulzivními činy, vzrušeností, povelovým automatismem (31). Nemocný může stále opakovat určité věty, slova i pohyby. Neproductivní (stuporózní) forma se projevuje celkovým zpomalením nebo útlumem celé motoriky a ztrátou vůle. Pacient se přestane mluvit, hýbat se a dlouho vydrží v jedné i nepohodlné poloze. Nemocný se chová jako loutka a bývá negativistický. Halucinace mu zakazují jíst, mluvit, jednat. Pacient se může stát velmi nevyzpytatelný, protože nevíme k čemu jej halucinace vyzvou. Katatonní schizofrenie se dnešní době stala vzácnou (35).

1.2.5 Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie se označuje za chronický stav schizofrenie. Po vymizení pozitivních příznaků zůstávají převážně ty negativní (31). Mezi projevy patří oploštělá emotivita, podivínství spojené často s lenošností, nemotivovanou toulavostí, zanedbáváním sebe i okolí. Vznikají často nové deformované vztahy. V řeči a myšlení se objevují podivnosti (28).

1.2.6 Nediferencovaná schizofrenie

Nediferencovaná schizofrenie splňuje všechna kritéria schizofrenie, zahrnuje však velké množství příznaků více forem a tak nelze určit typ schizofrenie (28).

1.2.7 Postschizofrenní deprese

Jako postschizofrenní deprese označujeme případ, kdy pacient měl v posledním roce jasné příznaky schizofrenie a současně v posledních dvou týdnech měl příznaky deprese (23).

1.2.8 Jiná schizofrenie

Například sem zahrnujeme cenestopatickou Hubertovou schizofrenii. Tato schizofrenie se vyznačuje hypochondrickým stesky. Pacient bývá dlouhodobě vyšetřován avšak není objeven žádný somatický ani laboratorní nález (31). Až bizarnost a výklad vzniků stesků, například bolest v útrokách mi způsobil soused nebezpečnými paprsky, vede ke správné diagnóze (23).

1.3 Diagnostika schizofrenie

V diagnostice provádíme klinické vyšetření duševního stavu a zjišťujeme anamnestické údaje. Diagnostika lze pouze stanovit jen analýzou chování a prožívání. Dodnes neexistuje testová nebo laboratorní metoda, která by lépe stanovila diagnózu. Používají se psychologické testovací metody zahrnující i metody zobrazovací a neuropsychologické testy. Metody biochemické a neurofyziologické mají spíš doplňkovou úlohu (11).

1.3.1 Klinická diagnostika

U klinické diagnostiky lékař sbírá údaje o prožívání a chování člověka. Tyto údaje se snaží doplnit svým vlastním pozorováním. Údaje potom vyhodnocuje, zvažuje jejich psychopatologický význam a závažnost dle kontextu. Je k tomu potřeba mít určité zkušenosti a cvik. Symptomy schizofrenie mají různou váhu a ta se mění podle

kontextu. Kontext znamená, že se zvaží životní situace člověka s duševním onemocněním schizofrenie, jeho postoje a přítomnost příznaků. Diagnostická vodítka podle MKN jsou tříděny do několika skupin. Za prvé to je slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání a vysílání myšlenek. Za druhé sem patří kontrolovací, ovlivňovací bludy, specifické myšlenky, cítění, jednání, prožitky pasivity, které se týkají pohybů těla a údů. Do třetí skupiny zahrnujeme halucinované hlasy. Ve čtvrté se vyskytují bludy, které jsou v naší kultuře nepatřičné nebo nepřijatelné. Z těchto skupin by minimálně měl být přítomen jeden jasný příznak nebo dva méně zřetelné. Pak se může určit diagnóza schizofrenie F20. Ostatní příznaky jako jsou zárazy, negativní příznaky, katatonní jednání, změny chování a jiné, slouží jako diagnostické vodítko k určení druhu schizofrenie. Příznaky by měli trvat alespoň jeden měsíc (28).

1.3.2 Operacionalizovaná diagnostika

Je standardizované vyšetření duševního stavu dané jasnými pojmy a pravidly. Diagnostika se tím stává spolehlivější. Používají se kritéria diagnostického a statistického manuálu (DSM4), která jsou mezinárodním standardem. Tyto kritéria se dělí na čtyři skupiny. Mezi charakteristické skupiny patří bludy, halucinace, negativní symptomy, dezorganizovaná řeč a jednání, katatonní symptomy. Během jednoho měsíce by se měly objevit dva z těchto příznaků. Další kritériem je sociální a pracovní chování. Za třetí by měly souvislé známky nemoci přetrvávat šest měsíců. V tomto období měly přítomny po jeden měsíc příznaky z prvního kritéria. Ve čtvrtém kritériu se lékař snaží vyloučit ostatní nemoci jako je manická, depresivní a smíšená epizoda (28).

1.3.3 Diferenciální diagnóza

Před konečným určení diagnózy schizofrenie se musí vyloučit ostatní psychotické stavy jako toxické psychózy, různé poruchy a organické etiologie (25). Používají se k tomu detailní anamnézy, laboratorních testů, somatické vyšetření i za použití zobrazovacích metod (11). Pokud se objeví mozkové onemocnění, jiné

somatické onemocnění nebo užívání psychoaktivních látek bývá diagnóza schizofrenie vyloučena (25). Odlišit schizofrenii od ostatních psychóz, jako je depresivní, manicko/bipolární, schizoafektivní, schizotypní porucha, nám pomáhá klinická vyšetření a anamnéza (11).

1.4 Průběh a prognóza

Onemocnění schizofrenie má nejčastěji počátek během dospívání a rané dospělosti. Toto onemocnění se začíná rozvíjet postupně s prodromálními příznaky. Příznaky prodromální se objevují před vlastním onemocněním (27). Toto období se vyznačuje různými nápadnostmi, jako jsou povahové změny, změny zájmů, úzkostnost, hloubavost, nespavost, vztahovačnost. Tyto náznaky se mohou projevit už v dětském období. Začátek onemocnění se projeví buď náhle nebo plíživě (25). U plíživého průběhu může dojít před vypuknutím choroby k zhoršení výkonu například v zaměstnání, ve studiu, v péči o sebe sama. Člověk s duševním onemocněním schizofrenie se izoluje od společnosti, jeví se jako citově otupělý, nebo naopak se chová dráždivě a nápadně (35). Toto období trvá tři až pět let (27). Po tomto období následuje krystalizační fáze (proгредиční stadium) (42). Tato fáze se vyznačuje celkovým neklidem, úzkostí a nejistotou. Je zde významný pocit, že je něco v nepořádku. Děje se něco divného a ohrožujícího. Toto si člověk s duševním onemocněním schizofrenie nedokáže vysvětlit. Nevyzná se a nerozumí světu. Mívá pocity změny jeho osobnosti. Tyto pocity vedou k tomu, aby se nadměrně pozoroval. Všechny změny vzbuzují u nemocného strach a úzkost. Začínají se objevovat halucinace, které pacient vnímá jako reálné informace. Následuje vysvětlení situace a vznik bludu. Pociť, že konečně pochopil situaci, vede k úlevě. Toto všechno vede k bludnému uvažování, např. nemocný sice vidí chodce, ale myslí si, že ho pronásleduje. Vše má skrytý smysl, nepotřebuje žádné důkazy on prostě ví, že to tak je (35). Po залечení následuje stadium stabilizace. Říká se, že třetina nemocných se po první atace zcela uzdraví, u druhé

třetiny probíhá onemocnění v atakách a relapsech, a poslední třetina se dostává do chronického stádia (27).

Vznik atak není náhodný. Většinou je ovlivněn stresem vyvolaného bezvýhodnou situací, ztrátou bližního, virózou, nadměrnou kritikou aj. U ataky se znovu rozvíjí příznaky psychózy, to vede k medikamentózní léčbě nebo hospitalizaci. Každá ataka je velkou zátěží jak pro nemocného a i pro jeho okolí. Lepší je se relapsům (znovunávrazení nemoci) vyhýbat. Po relapsu dochází ke změně v psychice a fungování v různých oblastech života pacienta (27). Chronický průběh vyvolává nepříznivé změny jako je úbytek adaptačních schopností, které mohou vést až k postupnému úpadku osobnosti (35).

S bilancováním nemoci, kdy člověk ztratil přátele, zaměstnání, školu, nemocný má komplexy méněcennosti a strach z nálepky duševně nemocného, se objevují sebevražedné pokusy. Až 10 % lidí s duševně onemocněním schizofrenie spáchá sebevraždu v prvním roce po stanovení diagnózy (27). Lidé s duševním onemocněním schizofrenie mají celkově vyšší úmrtnost v důsledku somatických komplikací a různých nehod. Až 50 % zneužívá alkohol a tři čtvrtiny intenzivně kouří. Toto vše zvyšuje morbiditu, ale i má vliv na metabolismus antipsychotik (25).

Onemocnění s náhlým začátkem s přítomností pozitivních příznaků má příznivější prognózu. Na nemocného také lépe působí pokud studují, mají práci, partnera a rodinu. Také je důležité zachovat si své záliby, původní životní styl a dobrou spolupráce nemocného, rodiny a lékařů. Méně příznivá prognóza se vyznačuje plíživým začátkem a přítomností negativních příznaků (27).

1.5 Léčba

Léčba schizofrenie vyžaduje komplexní přístup (11). Při začátku léčby by měl lékař navázat dobrý terapeutický vztah a stanovit individuální plán. Důležitá je spolupráce pacienta, jeho rodiny a terapeutického týmu (25). Léčba se zaměřuje na farmakoterapii s antipsychotiky (11), psychosociální intervenci a pomoc v oblastech jako jsou vztahy, bydlení a finance. Konečným cílem léčby je snížení mortality,

morbidity, snížení závažnosti a frekvence opakování epizod. Komplexní a kontinuální péče je potřeba po celý život (6).

1.5.1 Fáze léčby

Cílem akutní fáze léčby je odstranit pozitivní příznaky (6) a stabilizovat stav (25). Během prvních dvou týdnů se nasazují antipsychotika. Začíná se nízkou a dobře tolerovanou dávkou, která se postupně zvyšuje. Postupně by se měl člověk s duševním onemocněním schizofrenie dostat na dobře tolerovanou dávku, to je taková, která pacienta nevystavuje dlouhodobě nežádoucím účinkům (25). Efekt terapie lze posoudit po 4 – 8 týdnech. Pokud nejsou antipsychotika účinná měla by se zaměnit za jiná. V psychosociální intervenci se snažíme o minimalizaci stresu, jasnou komunikaci, toleranci, podporu a strukturované prostředí. Pacient by měl být informován o léčbě. Navazují se vztahy s rodinou a terapeutickým týmem (6).

Po 4 – 8 týdnech začíná fáze stabilizace. Cílem této fáze je snaha udržet získané zlepšení. Pacient se většinou vrací domů z hospitalizace (31) a pokouší se adaptovat na své rodinné a sociální prostředí (6). Stále přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit. Tyto příznaky ustupují jen pomalu, doba trvání je asi 6 – 12 měsíců. U některých pacientů mohou mírně přetrvat. V tomto období je velká náchylnost k relapsu (25). Důležité pro nemocného je stanovit si dosažitelné cíle. Mělo by se přihlížet k větší zranitelnosti a křehkosti stavu. Pokud se pacient při dané medikaci zlepšil, měli by jsme ve stejné dávce pokračovat a monitorovat jeho stav (6).

V udržovací (25) neboli stabilní fázi se snažíme o prevenci relapsu, dosažení remise a její udržení. Dlouhodobá remise je zaměřena na další zlepšení s možností uzdravení. V psychosociální intervenci je důležitá rodina, která se snaží nemocného pracovně zapojit. Lze využít i chráněné zaměstnání (6). Léčba antipsychotiky se považuje za dlouhodobou, ale po první atace by měla trvat minimálně dva roky. Při rozhodování o vysazení antipsychotik je důležité zvážit rizika s tím spojená. Je důležité probrat s nemocným jeho životní plány a zátěž spojenou s nimi. Také by jsme měli přihlížet k vývoji nemoci a opakovaným relapsům. Počet relapsů se zvyšuje počtem

prodělaných epizod (25). Člověku s duševním onemocněním schizofrenie, který nemá žádné příznaky, můžeme zkusit pozvolně snižovat dávku antipsychotik (11).

1.5.2 Rodina a léčba

Na počátku onemocnění si rodina neuvědomuje, že je jeden její člen nemocný. Člověk s duševním onemocněním se uzavírá, odmítá kontakt se světem a chová se jinak, divně. Rodina nechápe, proč se tak chová, co se změnilo. Toto chování vzbuzuje u rodiny pocit ohrožení a nejistoty. Z toho vyplývá chování rodiny k nemocnému a jeho odmítání. Většinou je nenapadne, že by se mohlo jednat o duševní nemoc, nebo si to myslet nechtějí.

Rodina není schopna porozumět nemocnému a ani ho pochopit. Je bezradná a někdy jsou u ní vyvolány pocity odporu, ohrožení i obav. Snaží se nemocného izolovat. Velkou roli zde hraje neznalost a informovanost o této nemoci. A to posiluje bezradnost a bezvýchodnost situace (35).

Postoje a chování rodiny se změní, potom co se dozví, že daný člen rodiny je nemocný a co má za diagnózu. Potvrzení diagnózy působí na rodinu jako zátěž, s níž se musí vyrovnat. Reakce rodiny má svou dynamiku a lze jí rozdělit na několik fází podle zpracování této zátěže (35).

- a) Fáze popření skutečnosti je bezprostřední reakce rodiny na duševní chorobu jednoho jejího člena. Vyznačuje se krátkým prožitkem hrůzy, spojený s pocity bezmoci a úzkosti. Jako prvotní obranou reakcí je popření popřípadě bagatelizace. Rodinní příslušníci se chovají, jako by se nic nedělo. O problémech nemocného se nemluví, protože pro ně nemoc vlastně neexistuje. Odmítá se a zakrývá skutečnost. Pro rodinu je to méně zatěžující, než aby se byli schopni s nemocí rychle smířit. Rodina se snaží nemoc před okolím zatajit a z toho důvodu, že je sociální stigmatem (35).

- b) Fáze hledání příčiny, respektivě viny za vznik nemoci. Tato fáze se vyznačuje postupným přijetím skutečnosti a jejím zpracováním. Fáze popírání nevydrží dlouho, protože nemocný svým chováním přinutí ostatní členy rodiny přiznat, že trpí duševním onemocněním. Jako jeden z mnoha projevů přijetí skutečnosti je hledání příčiny, kdo za to může. Rodina hledá jak u sebe tak v okolí různé viníky, řeší otázku, proč k této situaci došlo. Rodiče se často obviňují, že za to mohou oni. V tomto období je běžnou reakcí hněv, zlost a zklamání (35). Hledání viny je nepraktické a nesmyslné. Škodí rodině i pacientovi (27).
- c) Fáze hledání pomoci a léčby. V této fázi dojde ke zpracování problému. Rodina začne hledat pomoc a různé druhy léčení, které by vedli ke zlepšení situace. Laik bývá přesvědčen, že existuje možnost úplného vyléčení. Předsudky rodiny mohou ovlivnit vztah k terapii. Mohou léčbu odmítat, hlavně jedná-li se o hospitalizaci. Toto je vnímáno jako hanba rodiny. Pokud není léčení rychlé a efektivní, jak očekávají. Začnou hledat i jinou pomoc. Pokud jejich snaha nemá dostatečný výsledek dochází k rezignaci, že se nedá nic dělat. Tato bezmocnost představuje pro příbuzného velkou psychickou zátěž. To všechno vede ke zvýšené únavě a následné rezignaci rodinných příslušníků ke spolupráci při léčbě (35).
- d) Poslední fáze se vyznačuje náhledem na situaci a jejím přijetím. Pokud se rodině podaří překonat všechny zátěže, pak je zde možnost dosáhnout realistického postoje. Tento postoj je dobrý základ další spolupráce a vede ke správné podpoře duševně nemocného. Rodina má náhled na situaci. Nyní je schopna přijmout dosažitelné východisko. Když rodina tuto fázi zvládne, vede to k pozitivnímu výsledku. Následuje nové uspořádání vztahů mezi členy rodiny. Rodina se přizpůsobí takovému způsobu života, jenž je pro všechny včetně nemocného přijatelný. Bohužel však v některých případech rodina tuto zátěž nezvládá, rozpadá se a pak je na řadě ústavní péče (35).

Rodiny pečující o člověka s duševním onemocněním schizofrenie to zvládají, aniž by měly nějaké potíže. Členové rodiny hůře snáší je-li nemocný pasivní například dívá-li se na televizi, poslouchá hudbu a spí. U rodičů, takto nemocných dětí, se rozvine chronický zármutek. Tito rodiče se i méně rozvádějí, na rozdíl od rodičů, kteří ztratili dítě. Rodiče schizofreniků prožívají smutek méně intenzivněji, za to se vždy vše rozjitří při relapsu nemocného (5). Rodina by měla získat podporu i pro sebe nejen pro nemocného. Členové rodiny mají svůj život a potřeby, a nemohou se stále věnovat nemocnému. Existují různé psychoterapie a svépomocné skupiny a bylo by dobré, kdyby rodina něco z toho navštěvovala (35).

Vztahy v rodině mají vliv na průběh schizofrenie. Dobré fungování rodiny a její zapojení do léčby snižuje výskyt relapsů až o 20 %. Proto jsou rodiny zapojeny do psychoedukace. Probíhají i ve skupinách. Rodiny se sejdou u odborníka a dozvídají se informace o nemoci, prognóze, léčbě. Členové rodiny sami zjišťují své komunikační zlozvyky a trénují vhodnější komunikaci. Jsou informováni, jak řešit svízelné situace a jak mají poskytnout emoční podporu (25).

Během léčby farmaky a psychoterapie je potřeba, aby do léčby byli zapojeni i ostatní příslušníci rodiny. Proto by měla být běžná rodinná psychoterapie. Je snaha, aby se v rodině vytvořilo „příznivé klima“ bez prudkých emocí a výčitek, hádek a mentorování až se nemocný vrátí (27).

1.5.3 Nežádoucí účinky antipsychotik

Antipsychotika jsou léky, kterými se hlavně léčí psychotické příznaky (3), jako jsou halucinace, bludy, zklidňují nebo oživují motoriku, pomáhají proti úzkosti, depresivním nebo mánickým náladám (24).

Antipsychotika dělíme do dvou skupin. Jsou to antipsychotika první a druhé generace. Mezi první generaci (neuroleptika) patří například haloperidol, thiridazin, perfenazin. Do druhé generace nazývané jako atypická psychotika patří např. risperidon, alanzapin, ziprasidon a jiné (3). V rámci klinického zkoušení, které je dnes striktně

stanoveno, se za zlatý standart považuje prokazatelná účinnost ve srovnání s placebem v randomizovaných studiích (38).

Klasická antipsychotika první generace byla hlavně účinná u léčby halucinací, bludů a formálních poruch myšlení. Arntipsychotika druhé generace mají širší účinek. Jsou účinná při léčbě nebo korekci všech tří skupin příznaků schizofrenie. Negativní příznaky se vyznačují tím, že standardní psychické funkce jsou snižené či vymizelé. U pozitivních příznaků se schizofrenie vyjadřuje nadměrnou psychickou funkcí, změněným vnímáním, chováním a jiným jednáním, dříve již zmíněném. U kognitivních příznaků dochází například disorganizaci myšlení, omezení nebo stažení intelektových i jiných kognitivních schopností (3).

Mezi vedlejší motorické účinky antipsychotik první generace patří akatizie, dystonie, parkinsonismus, tardivní dyskinezie. Mezi dalšími vedlejšími účinky jsou amenorea, galaktose, gynekomastie, hyperprolaktinemie, posturální hypotenze, sedace, přírůstek hmotnosti, reflexní tachykardie, sexuální poruchy, poruchy akomodace, zhoršení glaukomu, tachykardie, sucho v ústech, zácpa, zbytnění prostaty, retence moče, retrográdní ejakulace, poruchy pozornosti, soustředění, kognitivní poruchy, bradykardie (3).

Antipsychotika druhé generace jsou nejen lépe snášena, ale i mají větší spektrum účinnosti. Antipsychotika druhé generace mají mnohem menší extrapyramidové příznaky (25) a psychomotorický útlum (3). Atypická antipsychotika můžeme rozdělit do tří skupin podle mechanismu účinku (25).

- a) V první skupině se nalézají selektivní antagonisté dopaminových receptorů (25). Do této skupiny patří amisulprid a sulpirid. Amisulprid se indikuje u schizofrenie s pozitivními, negativními a depresivními příznaky. Mezi nežádoucími účinky se může vyskytnout zvýšená hladina prolaktinu nebo extrapyramidové příznaky. Extrapyramidové reakce ovlivňuje výše dávky (3). Sulpirid patří mezi nejpoužívanější antipsychotikum v interní medicíně. Používá se při léčbě schizofrenie, akutní depresivní poruchy, ale i při léčbě dyspeptických problémů a vředové gastroduodenální chorobě. Nežádoucí účinky jsou obdobné jako u amisulpridu (3).

b) U druhé skupiny se používá zkratka SDA, to znamená, že to jsou antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů (25). Mezi ně patří risperidon, ziprasidon, a také sertindol, který však u nás a i ve většině jiných zemí není k dispozici. Risperidon se používá při léčbě schizofrenie, u poruch chování při demenci a schizoafektivních poruch. Mezi nežádoucími účinky se mohou vyskytnout kardiovaskulární komplikace jako jsou hypotenze, závratě, synkopy, tachykardie. Mezi dalšími vedlejšími příznaky se vyskytuje dyspepsie, obstipace, nauzea, zvýšení hmotnosti a prolaktinu. U psychických vedlejších účinků jsou nejčastější insomnie, agitovanost, zvýšení úzkosti (3).

Druhým lékem této skupiny, který se vyskytuje u nás je ziprasidon. Používá se k léčbě schizofreních psychóz, a to kognitivních, afektivních, pozitivních i negativních příznaků. Tento přípravek je velmi dobře snášen. Z vedlejších příznaků se vyskytuje agitovanost, insomnie, někdy nauzea, hypotenze, závratě (3).

c) Třetí skupině se říká MARTA, to znamená, že to jsou antagonisté multireceptorů. Patří sem klozapin, olanzapin, quetiapin a zopein.

Klozapin byl uveden do praxe již v roce 1972 a stal se prototypem 2. generace antipsychotik (25). Měl by se podávat tehdy, pokud jsme již vyzkoušeli 2 - 3 jiná antipsychotika. Mezi vedlejšími příznaky se může vyskytnout sedace, hypotenze, zvýšení tělesné hmotnosti, obstipace, retence moči, poruchy oční akomodace. Někdy se objevují závratě, tachykardie a sexuální poruchy, poruchy srdečního rytmu a hypersalivace (3).

Mezi dalšími léky této skupiny patří olanzapin. Tento lék je určen pro schizofrenní psychózy a schizoafektivní nebo bipolární poruchy. Mezi nežádoucí účinky můžeme hlavně zařadit sedaci, zvýšení hmotnosti. Občas se také vyskytuje hypotenze, závratě, sucho v ústech, porucha oční akomodace a obstipace (3).

Dalším lékem v této řadě je quetiapin. Při léčbě schizofrenních pacientů koriguje afektivní, pozitivní, negativní a i kognitivní příznaky. Mezi vedlejšími účinky nalezneme zvýšení tělesné hmotnosti, sedaci, hypotenzi, tachykardii a závratě (3).

Posledním antipsychotikem této řady je zotepin (3), který byl objeven u nás ve Výzkumném ústavu farmacie a biochemie v Praze. Mezi nežádoucí příznaky tohoto léku patří suchost sliznic, tachykardie, zvýšení hmotnosti, sedace, hypotenze a výjimečně při vyšších dávkách epileptické záchvaty (25).

Některé z těchto uvedených léků jako je olanzapin, ziprasidon a risperidon se mohou použít v podobě injekčního preparátu k akutní aplikaci. Risperidon se může podávat i v tekuté formě. Olanzapin je zase zpracován na rychle rozpustné tablety (11).

1.6 Dopady schizofrenie

Tato nemoc mění prožívání člověka k sobě samému a i ve vztahu k okolí. Mění se základní kvality duševního života jako je vnímání, myšlení, city, chování (26). Toto onemocnění se vyznačuje vysokou mírou pracovní neschopnosti a trvalou invaliditou, má také dopad na rodiny nemocných (25).

1.6.1 Osobní dopady schizofrenie

Z kognitivních dovedností se zhoršuje kapacita paměti, pozornost a snižuje se i schopnost řešení problémů (25). Stává se, že člověk s duševním onemocněním schizofrenie má pocit, že necítí nic. Neumí se radovat, když se mu něco povede. Ztratil pocit štěstí. Lidé s duševním onemocněním schizofrenie někdy pocítují prázdnotu. Rychleji se unaví a tím se snižuje jejich výkonnost (26). Můžou pocítovat smutek, netečnost, podezřívavost. Občas mohou slyšet hlasy (13). Tato nemoc má vliv na sexualitu a intimní život (37), toto se odráží v navazování sexuálních vztahů. Tyto

problémy by neměl nemocný odsouvat. Sexuální problémy sama o sobě tato nemoc neprodukuje (30).

1.6.2 Rodinné dopady schizofrenie

Propukne-li psychóza u jednoho člena rodiny, tak často dochází k obviňování sebe i okolí. Také rodina obviňuje pacienta, že způsobil krizi v rodině. Rodina by si měla uvědomit, že nemoc se týká pouze pacienta, a její léčení patří do rukou odborníků. Rodina může pouze napomáhat k léčení. Vzniklá krize se ale týká všech členů v rodině. Odborníci mohou krizi osvětlit, ale nemohou ji léčit. Krizi si musí řešit rodina sama (13).

1.6.3 Sociální dopady schizofrenie

V partnerském vztahu bývají tito lidé sociálně staženější. Také jsou méně aktivní a mají méně společenských kontaktů než jejich vrstevníci. Člověk s duševním onemocněním schizofrenie si často vztah přeje, ale není schopný ho navázat. Částečně také proto, že nemoc propukne v období, kdy by se měly partnerské vztahy utvářet (37). Nyní existuje program, kde se nacvičují základní dovednosti, jako je vnímání sociální situace, neverbální komunikace, aktivní naslouchání, empatie. Člověk s duševním onemocněním schizofrenie si také vyzkouší jak projevit přiměřeně negativní emoce, zahájení, udržení a ukončení rozhovorů (25). Schizofrenie má vyšší prevalenci u nižších společenských vrstev, částečně to je dáno tím, že se snížily možnosti k získání a uplatnění vyšší kvalifikace. Takový člověk se neumí správně zařadit do společenské vrstvy, která by odpovídala jeho premorbidnímu stavu (31). Člověk s duševním onemocněním schizofrenie nese i břímě sociálního hodnocení své choroby. Stává se, že tuto nemoc považuje za trest. Tato nemoc se stává určitým stigmatem, předsudkem, pohodlnou zkratkou určenou k hodnocení konkrétního člověka. Otázka duševního zdraví je již dlouho otevřená. Proto roku 1992 byla přijata Organizací spojených národů

rezoluce č. 119. Tato rezoluce je určena ke zlepšení péče o lidi duševně nemocné (1) (Příloha č.1).

1.6.4 Pracovní dopady schizofrenie

Práce patří mezi základní lidské potřeby (37). Prací dochází k socializaci člověka. Rozvíjí se sociální interakce a schopnost určité činnosti (20). V akutní fázi nemoci je člověk s duševním onemocněním schizofrenie práceneschopný. Psychóza může vést k trvalé invalidizaci, ale neznamená to, že by nemohli vůbec pracovat. Pokud se ničemu nevěnuje hrozí pocit nudy, neúčelnosti, nenaplněnosti a dochází k zhoršování psychického stavu (37). Existují programy, kde snaží nacvičit pracovní dovednosti. Obvykle se k tomu používají chráněné dílny (11). Aby se zlepšovala psychika člověka s duševním onemocněním schizofrenie, tak je dobré se věnovat práci, u které jsou výsledky hned vidět. Jedná o manuální práce, při kterých vzniká něco užitečného a hezkého. Nejvhodnější povolání jsou zahradník, krejčí, zedník, tesař, kadeřník a jim podobné (37).

1.6.5 Ekonomické dopady

Schizofrenie je třetí nejdražší onemocnění. Nejedná se pouze o drahé léky, ale i to, že onemocnění zasáhne člověka v produktivním věku. Člověk s duševním onemocněním schizofrenie, vůbec nenastoupí do práce a netvoří ekonomické hodnoty. Je často závislý na rodičích a pobírá invalidní důchod. Pokud nemá rodiče ocitá se na ulici jako bezdomovec (12).

1.7 Zdravotnické služby

Zdravotnické služby lze poskytovat ústavně i ambulantně (39). V každém okrese nalezneme, jako ambulantní službu, minimálně jednoho psychiatra. Většinou se jedná o soukromá zdravotnická zařízení (13).

Do lůžkových služeb patří psychiatrické léčebny a psychiatrické oddělení nemocnic. Tyto instituce jsou řízené státem (13). K roku 2010 byla psychiatrická lůžková péče zajištěna na 31 oddělení nemocnic, ve 20 psychiatrických léčebnách a ve 3 jiných lůžkových zařízeních (Příloha č. 2). Průměrně pro onemocnění schizofrenie se vyžadovala délka hospitalizace více jak 100 dnů (21).

Zdravotní péči můžeme rozdělit podle naléhavosti jejího poskytnutí. Patří sem neodkladná péče, jejímž úkolem je zamezit stavům, které bezprostředně ohrožují život. Další péče je akutní. Tato péče se snaží odvrátit zhoršení akutního stavu, a volí postup, při kterém by člověk s duševním onemocněním neměl ohrožovat sebe nebo své okolí. Také sem patří nezbytná a plánovaná péče (40) .

Zdravotní péči lze ještě rozdělit podle účelu poskytnutí a to na: preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační a ošetrovatelskou péči (40).

1.8 Sociální služby

Mezi sociální služby patří sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče (33). Cílem sociálních služeb je podporovat vlastní rozvoj uživatele a jeho soběstačnost. Snahou je, aby si udržel svůj životní styl a vrátil se do domácího prostředí. Mezi základní činnosti sociálních služeb patří pomoc s péčí o vlastní osobu, pomoc z domácností, s ubytováním, poskytnutím informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím aj. (32).

Sociální poradenství se dělí na základní a odborné. Součástí všech druhů sociální služeb je základní poradenství (32).

V ČR se vyskytují služby sociální péče, které mohou využít i lidé s duševním onemocněním schizofrenie. Mezi ně patří podpora samostatného bydlení, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení (33) .

Podpora samostatného bydlení je terénní služba, která zajišťuje pomoc při chodu domácností, zprostředkovává kontakty se společenským prostředím, pomáhá při

uplatnění práv a oprávněných zájmů jedince. Zabývá se sociálně terapeutickou, výchovnou, vzdělávací a aktivizační činností (33).

Denní a týdenní stacionáře pomáhají při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomáhají při osobní hygieně, poskytují stravu a bydlení nebo jej zajišťují. Mezi jejich aktivity patří výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Zprostředkovávají kontakt s okolním prostředím, pomáhají při prosazování práv a zájmů. Věnují se terapeutické činnosti. Tyto činnosti jsou za úplatu (32).

Domovy se zvláštním režimem jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost. Režim v těchto zařízeních je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob (33).

Chráněné bydlení patří mezi dlouhodobé pobytové služby a je za úplatu. Chráněné bydlení může být individuální nebo skupinové. Osoba, která využívá tuto formu bydlení, má k dispozici podle potřeby osobního asistenta. Služba zajišťuje ubytování, poskytnutí stravy. Dále nabízí pomoc při zajištění chodu domácnosti. Tato služba zprostředkovává kontakt se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Mezi služby chráněného bydlení také patří terapeutické, vzdělávací, výchovné a aktivizační činnosti (32).

Služby sociální prevence se snaží zabránit sociálnímu vyloučení osob. Mezi služby, které mohou duševně nemocní využívat, patří: služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, sociální rehabilitace aj. (33).

Služby následné péče mohou být pobytové nebo ambulantní. Vyznačují se sociálně terapeutickou činností, zprostředkováním kontaktů s okolím. Nabízí také pomoc při uplatňování práv a obstarávání osobních záležitostí (33).

Sociálně terapeutické dílny jsou určeny pro osoby se sníženou soběstačností, kteří nejsou konkurence schopni na otevřeném, ale i chráněném trhu práce. Prostřednictvím sociálně pracovní terapie se snaží o zdokonalování pracovní terapie (33).

Terapeutické komunity nabízejí pobytové služby i na přechodnou dobu, pro osoby duševně nemocné, kteří se chtějí začlenit do běžného života (33).

Sociální rehabilitace může být poskytnuta pomocí ambulantní, terénních, pobytových služeb. Sociální rehabilitace se vyznačuje specifickými činnostmi, které vedou k nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti osob (33).

2. CÍLE A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem teoretické části práce je popsat diagnostiku, formy a příznaky, průběh a prognózu, léčbu a fáze léčby schizofrenie, zdravotní a sociální služby pro klienty/pacienty s duševním onemocněním. Popsány budou problémy (sociální, osobní, klinické atd.), se kterými se osoby se schizofrenií potýkají.

Prvním cílem praktické části práce je zjistit, jaké dopady (sociální, rodinné, pracovní, zdravotní a ekonomické) má schizofrenie na život klientů.

Druhým cílem praktické části práce je zjistit, jak se klienti se schizofrenií vyrovnávají s problémy, které toto onemocnění přináší.

2.2 Hypotézy

Hypotéza nebyla stanovena, protože byl zvolen kvalitativní výzkum. Pro tento účel byly stanoveny tyto výzkumné otázky (VO).

HVO1: Jaké dopady má schizofrenie na život klientů?

DVO1: Jaké dopady má schizofrenie na život klientů v osobní oblasti?

DVO2: Jaké dopady má schizofrenie na život klientů v rodinné oblasti?

DVO3: Jaké dopady má schizofrenie na život klientů v sociální oblasti.

DVO4: Jaké dopady má schizofrenie na život klientů v zdravotní oblasti?

DVO5: Jaké dopady má schizofrenie na život klientů v pracovní oblasti?

DVO6: Jaké dopady má schizofrenie na život klientů v ekonomické oblasti?

HVO2: Jak se klienti vyrovnávají s nemocí schizofrenie a problémy, které toto onemocnění přináší?

2.3 Operacionalizace pojmů

Schizofrenie – závažné duševní onemocnění, při němž dochází k poruchám vnímání, myšlení, jednání a citění (36)

Klient – subjekt, který využívá sociální služby (19)

Dopad - je určitá činnost, vztah nebo stav, ve kterém je člověk s duševním onemocněním schizofrenie znevýhodněn

Dopady na osobní oblast – do této oblasti zahrnují péči o sebe, vztah k sobě a nemoci, navázání trvalého vztahu

Dopady na rodinnou oblast – zahrnuje vztahy mezi rodinou a člověkem s duševním onemocněním schizofrenie a opačně

Dopady na sociální oblast – vedení plnohodnotného samostatného života, udržování a získávání přátel, komunikace se svým okolím, výrazné omezení alkoholu a zákaz drog, komunikace s úřady

Dopady na pracovní oblast – vzdělání, získání a udržení práce, pracovní schopnost

Dopady na zdravotní oblast – vedlejší účinky léků a pravidelná medikamentace, jiné výrazné příznaky nemoci, jiné diagnózy spojené se schizofrenií, měnění léků

Dopady na ekonomickou oblast – platební schopnost, finanční závislost na rodině, půjčování peněz

3. METODIKA

3.1 Metody a techniky sběru dat

Ke sběru dat jsem použila kvalitativní výzkum. Kvalitativním výzkumem se nedosahuje výsledků statistickými metodami, ale vyprávěním, nasloucháním a kladením otázek (10).

Použila jsem metodu dotazování – techniku polořízeného rozhovoru. Rozhovor je rozdělen na sedm částí., mezi které patří: identifikační otázky, vzdělání, zdravotní stav, klient a onemocnění, rodinné zázemí a sociální kontakty, zaměstnání a záliby, socioekonomická stránka.

Začínala jsem vždy identifikačními otázkami, které zahrnují pohlaví, věk, rodinný stav a počet dětí. Za druhé následovaly otázky na vzdělání. Současný zdravotní stav je třetí okruh otázek. Ve čtvrtém okruhu otázek jsem se ptala na klienta a onemocnění, které zahrnují otázky od vývoje nemoci, negativních příznaků až po vyrovnávání se s nemocí. Pátý okruh se týká vztahů v rodině a vztahů s okolním světem. Udržení zaměstnání a koníčků zahrnuje šestý okruh otázek. Na socioekonomickou stránku jsem se ptala naposledy. Ne vždy jsem dodržela pořadí otázek, protože respondent se často sám rozpovídal a tím odpovídal na otázky v přeházeném pořadí.

Odpovědi respondentů byly zapsány na záznamový arch (Příloha č.3). Získaná data jsem zpracovala formou případové studie. Záznamové archy mám uloženy v soukromém archivu.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Základní soubor tvořilo 25 klientů z chráněných dílnách Fokusu Vysočina Pelhřimov. Výběrový soubor tvořilo 7 lidí s duševním onemocněním schizofrenie. Z toho 2 klienti odmítli rozhovor. Jeden klient byl vyřazen, protože nesplňoval kritérium věku. Cílový soubor byl vybrán, abych měla stejný počet žen i mužů, a

splňovali kritérium věku mladé, střední a starší dospělosti. Bohužel mnoho uživatelů nebylo ochotno účastnit se výzkumu, tak jsem cílový soubor doplnila o dva uživatele s Občanského sdružení Lada, kteří byli ochotni vést se mnou rozhovor a splňovali kritérium věku a diagnózy.

Z Fokusu Vysočina Pelhřimov cílový soubor tvoří 2 ženy ve věku 25 a 36 let, a 2 muži ve věku 23, 35 let. Do tohoto cílového souboru byli zařazení muž a žena ve věku 44 a 45 let z Občanského sdružení Lada.

Kritérium pro výběr cílového souboru byl souhlas respondentů se zapojením do výzkumu, diagnóza schizofrenie, ochota spolupracovat a splnění věkové kvóty. Věková kvóta byla zvolena z důvodu ukázaní vývoje nemoci v a schopnosti člověka s duševním onemocněním schizofrenie vyrovnat se v průběhu času.

Všichni respondenti byli na začátku informováni, jak bude výzkum probíhat. Byli ujisti, nikde nebudou uvedeny jejich jména nebo iniciály z důvodu zachování anonymity.

3.3 Realizace výzkumu

V akademickém roce 2010/2011 jsem začala sbírat podklady pro svoji bakalářskou práci studiem literatury. V listopadu a začátkem prosince 2010 jsem sestavovala okruhy k položenému rozhovoru.

Pro účely mého výzkumu jsem obrátila na Fokus Vysočina, na organizaci v Pelhřimově, kde jsem trávila odbornou praxi. Po seznámení s pracovníky, jsem je poprosila o pomoc s realizací výzkumu.

Druhou praxi jsem trávila v Občanském sdružení Lada v Pacově o.s., kde jsem seznámila s klienty, kteří měli diagnózu schizofrenie.

Vlastní výzkum jsem prováděla na přelomu března a dubna roku 2011. Vlastní výzkum probíhal u respondentů z Fokusu Vysočina Pelhřimov u mě doma, týkalo se to 4 respondentů. Tuto variantu jsem zvolila jako poslední možnost z důvodu zajištění soukromí a klidu vzhledem povaze otázek. Nabízela jsem i jiné varianty, kde bychom se mohli sejít a provést rozhovory, ale respondenti se nikde necítili dostatečně bezpečně.

V chráněných dílnách jsme nenašli žádné klidné místo a na veřejných místech měli obavy, aby nás někdo neslyšel. Vlastní rozhovor trval mezi 40 až 60 minut.

S respondenty z Občanského sdružení Lada jsem prováděla výzkum v uzavřené odpočinkové místnosti dne 5. dubna 2011, kde byl klid a nikdo nás nerušil. Výzkum jednoho respondenta probíhal cca 40 - 60 minut.

3.2.1 Fokus Vysočina Pelhřimov

Fokus v Pelhřimově byl založen roku 1995. Posláním Fokusu Vysočina Pelhřimov je podporovat lidi s duševním onemocněním nebo s jiným handicapem. Snaží se prosazovat myšlenku, že člověk s duševním onemocněním potřebuje nejen lékařskou péči, ale i mnohostrannou podporu při zvládnání života. Snaží se o posílení jejich samostatnosti a sebedůvěry. Fokus Vysočina nabízí individuální pomoc klientům v jejich přirozeném prostředí. Fokus Vysočina Pelhřimov se dělí oddělení: komunitní tým, chráněné bydlení, tým podpory zaměstnávání, sociálně terapeutická dílna a chráněné dílny (9).

3.2.2 Centrum denních služeb Lada o.s.

Stacionář Lada je určen pro dospělé osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Centrum vzniklo s iniciativy rodičů, aby tito lidé měli určité zázemí a mohli rozvíjet své schopnosti. Centrum zahájilo provoz v roce 2002. Denní stacionář nabízí individuální pomoc a podporu při zvládnání běžného života. Denní centru podporuje osoby s mentálním a kombinovaným postižením v seberealizaci, v samostatnosti, soběstačnosti, uspokojování svých potřeb a v posilování sebevědomí. Také rozvíjejí jejich znalosti, dovednosti, sociální a pracovní návyky (4).

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů respondentů z Fokusu Vysočina Pelhřimov

Případová studie 1

Identifikační otázky

Pohlaví: žena

Věk: 25

Rodinný stav: svobodná, bezdětná, bez přítele

Vzdělání

Respondentka vystudovala střední školu zakončenou maturitou. V té době neměla diagnózu schizofrenie a tak neměla žádné větší problémy se studováním. Bavily jí jazyky, které bez problémů úspěšně studovala.

Poté nastoupila na vyšší odbornou školu se zaměřením na cestovní ruch, kde se již objevily první problémy se soustředěním. Na praxi v cizině zažila první ataku, byla však schopna přicestovat do Prahy k babičce, která ji odvezla k lékaři.

Respondentka uvádí: *„Mám tyto problémy studiem: nemohu udržet tolik potřebnou pozornost, soustředěnost, jsem často unavená a vyčerpaná. Huř si zapamatovávám studium. Tyto problémy neřeším, prostě jsem opustila školu.“*

Po zaléčení začala navštěvovat Fokus Vysočina Pelhřimov, kde pracuje v chráněných dílnách. Cca po 4 letech nemoci se pokusila navštěvovat kurz esperanta, ale asi po půl roce kurzu zanechala.

Respondenta uvedla: *„Nedaří se mi zapamatovat slovíčka, tak rychle jako dříve. Musela jsem tomu více věnovat, což pro mě bylo hodně náročné.“*

Zdravotní stav

Na otázku jaký je Váš současný zdravotní stav, odpověděla respondentka: „*Můj zdravotní stav je stabilizovaný*“.

Běžná virová onemocnění se u respondentky objevují sezóně, tak jednou, dvakrát do roka. Respondentka nemá žádné problémy s poruchami příjmu potravy. Snaží se jíst pravidelně a udržovat si hmotnost.

Svůj zdravotní stav řeší pouze se svým lékařem. Léky užívá pravidelně. Běžná onemocnění konzultuje se svým praktickým lékařem.

Respondent a onemocnění

Respondentka první ataku měla v 21 letech. V té době byla v Řecku na praxi. Objevily se u ní sluchové halucinace, které jí přikazovaly, co má dělat. Pod jejich vlivem zrušila letenku domů.

Respondentka uvádí: „*Naštěstí jsem měla silný pocit, že když se vrátím domu, že mě hlasy přestanou pronásledovat. Svěřila jsem kolegyním, které mi zajistily místenku v autobuse do Prahy. Celou cestu jsem hlasy neslyšela. V Praze jsem navštívila babičku, kde jsem přestala mluvit. Hlas mi to nařídil. Babička nevěděla, co se mi stalo a odvezla mě k lékaři.*“

Respondentka byla prvně hospitalizována v Bohnicích a poté převezena do ústavu v Jihlavě. Hospitalizována byla jednou, 6 týdnů. Respondentce se v ústavě nelíbilo, ale dodržovala denní režim. Velmi jí chyběla rodina.

Respondentka uvedla: „*Když jsem dozvěděla, že mám tuto nemoc, tak jsem si pod tím neuměla nic představit. Nevěděla jsem, co tato nemoc obnáší a jak mi změní život. Postupem času jsem přišla na to, jak moc mě tato nemoc změnila.*“

Respondentka se cítí hodně unavená, často je vyčerpaná, připadá si ustrašenější, má strach se seznamování s lidmi.

Mezi dopady nemoci uvedla: „*Musela jsem ukončit studium na VOŠ. Nyní nemohu mít zaměstnání na plný úvazek, ani jiné zaměstnání na méně hodin. Necítím se na to.*“

Postrádá průbojnost a otevřenost při jednání s lidmi. Není schopna navázat vztah. Chybí jí samostatnost při zabezpečení svých potřeb. O vše se jí starají rodiče.

Po propuštění z hospitalizace docházela na psychoterapeutické sezení. Nyní navštěvuje 1 měsíčně svého psychiatra a užívá pravidelně léky.

Mezi příznaky nemoci respondentka uvedla: „*Zažila jsem halucinace, bludy, neklid, úzkost, strach, vztahovačnost, přestala jsem věřit lidem. Hlas mi přikázal, abych nemluvila, tak jsem nemluvila.*“

Respondentka zažila tyto nežádoucí účinky léčby: alergii (vyrážka), ospalost, neklid, větší únavu, napětí, třes, úzkosti, zvětšování tělesné hmotnosti, pocity rozrušení, tiky do nohy, nesoustředěnost. Také má pocit pomalejšího metabolismu.

S těmito příznaky se svěřila svému lékaři. Nejvíce jí vadí ospalost a únava. Lékař tyto problémy neřeší, protože jsou dobře pokryty pozitivní příznaky.

Na otázku jestli zažila znovuoživení svých zdravotních problémů, odpověděla respondentka, že ne. Pouze někdy má pocity sledování a vztahovačnosti.

Rodinné zázemí a sociální kontakty

Respondentka bydlí u rodičů. Dříve byla zařazena v chráněném bydlení Fokusu Vysočina Pelhřimov. Respondentka uvedla, že bydlela v jedné místnosti, kterou neuklízela, nevařila a prádlo j. O nic se nezajímala, pouze spala a chodila pracovat na pět hodin do chráněných dílen.

Respondentka mi řekla: „*Rodina, potom co se dozvěděli, že jsem nemocná, se ke mně chová beze změny. Jen v domácích povinnostech mě šetří.*“

Respondentka pociťuje vyloučení ze společnosti. Připadá si jiná, divná, má pocit, že se lidé kolem ní přetvařují. Na otázku jestli vyloučení ze společnosti kvůli této nemoci pociťuje i její rodina, odpověděla: „*Nevím, nikdy jsme se o tom nebavily.*“

Kontakt s přáteli si udržela, ale zůstalo jich méně. S ostatními lidmi se snaží vycházet, ale pociťuje již uvedené vyloučení ze společnosti.

Zaměstnání a koníčky

Respondentka před nemocí neměla trvalé zaměstnání, vydělávala si pouze příležitostně na brigádách. Po zaléčení začala pracovat v chráněných dílnách na 5 hodin. Cítí se hodně unavená. Ani lékař ji nepomohl tento problém vyřešit. V dílnách je spokojená a práce ji baví.

Respondentka přiznává: „*Svým koníčkům se moc nevěnuji, jsem příliš unavená, ale chodím do kina, cestuji nebo se věnuji našemu pejskovi. Když jsem byla zdravá, tak jsem ráda navštěvovala diskotéky, stýkala se s kamarády, četla jsem. Nyní mi dělá problémy najít si nové kamarády. Stydím se a tak nemám s kým navštěvovat společensky kulturní akce.*“

Socioekonomická stránka

Respondentka uvádí: „*Při vyřizování různých záležitostí na úřadech mi musí někdo pomáhat. Pociťuji trému a strach, že nezvládnou vše potřebné vysvětlit a zařídit.*“

Nyní pobírá invalidní důchod 2. stupně a mzdu ze zaměstnání v chráněných dílnách. Co se týká financí, tak respondentku podporují rodiče. Peníze si půjčuje od rodičů, pokud si přeje koupit dražší věc. S finančními problémy se setkala po obdržení důchodu, který ji byl špatně vypočítán. Později se na tento omyl přišlo a zbývající část důchodu ji byla doplacena. Od té doby je více finančně samostatnější.

Shrnutí

Respondentka žena ve věku 25 let, 1 hospitalizovaná, od 21 let nemocná, nyní ve psychickém stavu stabilizovaném. Pracuje ve chráněných dílnách Fokusu Vysočina Pelhřimov. Pobírá 2. stupeň invalidní důchodu. Vztahy s okolím navazuje opatrně, stydí se a má pomalejší tempo řeči.

Schizofrenie měla tyto dopady na život respondentky:

Osobní oblast: navázání trvalého vztahu s opačným pohlavím

Sociální oblast: dopad na osamostatnění respondenta, pomoc s komunikací na úřadech, pociťuje vyloučení ze společnosti, nemoci pít alkohol

Pracovní oblast: neuplatnění v oboru, odkládání a určitá lenost se dál vzdělávat, změněná pracovní schopnost

Zdravotní oblast: nežádoucí účinky léčby, pravidelné braní léků, vliv na soustředění, únava, pomalejší tempo řeči a problém uchopit a vyjádřit myšlenky

Ekonomická oblast: finanční problémy, finanční nesamostatnost

Tato respondentka se vyrovnala s nemocí tak, že ji akceptovala, snaží se dodržovat všechny pokyny lékaře. Věří, že bude docházet pouze ke zlepšení nemoci. Problémy, které tato nemoc přinesla, řešila postupně s pomocí rodičů, svého lékaře a organizace Fokus Vysočina Pelhřimov.

Případová studie 2

Identifikační údaje

Pohlaví: muž

Věk: 23

Rodinný stav: svobodný, bezdětný, bez přítelkyně

Vzdělání

Respondent vystudoval dřevařskou průmyslovou školu. Školu dokončil bez větších potíží, i přesto, že v 17 onemocněl. Studium se mu prodloužilo o rok. V 17 letech byl hospitalizován dvakrát v Havlíčkově Brodě a mezi hospitalizacemi brigádně pracoval. Poté pokračoval ve studiu na dřevařské průmyslové škole, kterou úspěšně zakončil maturitou. Do budoucna by se rád přihlásil na Vyšší odbornou školu ve Volyni obor dřevostavby.

Zdravotní stav

Respondent uvedl: *„Momentálně se cítím dobře,“* řekl bych, *„můj zdravotní stav je stabilizovaný.“*

Jiná onemocnění, jako poruchy příjmu potravy, nebo běžná virová onemocnění nemá a ani se u něj nevyskytují. Cítí se až na psychické onemocnění zdrav.

Respondent a onemocnění

Respondent onemocněl v 17 letech. Od svých cca 15 let skoro každý den pil alkohol a kouřil měkkou drogu konopí. Respondent uvedl: *„Zjistil jsem, že nejsem v pořádku teprve tehdy, když moje přítelkyně během třech dní otěhotněla, potratila a rozešla se mnou. Absolutně jsem se ztratil. Nechápal jsem, co se děje. Přišel jsem domů a měl jsem hrozný vztek.“*

V té době si respondent psal deníky. Rodiče si je přečetly a odvezly ho do léčebny v Havlíčkově Brodě.

Respondent uvádí: *„Teprve v léčebně jsem si uvědomil, že nejsem v pořádku. Do té doby jsem si vůbec neuvědomoval, že skutečná realita je jiná, než realita ve které žiji.“*

Respondent uvedl tuto reakci na diagnózu schizofrenie: „*Nevěděl jsem, co to je a neuvědomoval jsem si, co je to za nemoc.*“ Poté následovalo velké zlehčování, které trvá dodnes.

Respondent uvádí: „*Díky nemoci, mám nižší sebevědomí a pronásleduje mě strach z ustání nemoci.*“

Přesto pravidelně konzumuje alkohol a příležitostně kouří konopí.

Dopady nemoci na život respondenta bylo hlavně prodloužení doby studia, touha, ale neuskutečnění studia na VOŠ, projevení agrese doma, rodiče mají ze syna strach, chtějí, aby se odstěhoval. Diagnóza respondenta je paranoidní schizofrenie. To znamená, že respondent byl agresivní na základě bludů a halucinací. Každodenní aplikace léků, a jejich vedlejší účinky, považuje respondent za velmi nepříjemné. Jako důležitý dopad nemoci jsou čtyři pokusy o suicidium.

V některých případech byl respondent hospitalizován agresivní, po zklidnění injekčně aplikovanými léky, byl zbytek hospitalizací již klidný.

Respondent poznamenal: „*Při první hospitalizaci, jsem se seznámil se starším pánem, který mu vše ukázal, zasvětil mě do denního provozu. Denní režim mi nevadí a nemám s ním žádné větší problémy.*“

Respondent uvádí: „*Celkem jsem byl hospitalizován pětkrát v léčebně Jihlavě a třikrát v Havlíčkově Brodě. Z toho čtyřikrát jsem se pokusil si vzít život. Dál o tom nechci mluvit.*“

Mezi příznaky nemoci respondent řadí: halucinace, bludy, úzkost, agrese, hyperaktivitu, vztahovačnost, strach z lidí a nedůvěru.

U respondenta se vyskytla jako vedlejší příznak léků opuchlost a bolest kloubů. Tyto problémy respondent řešil navštívením lékaře a změnou léku.

Respondent uvedl, že osmkrát zažil zhoršení zdravotního stavu, z toho čtyřikrát se pokusil o sebevraždu, protože neviděl jiné řešení nemoci. Respondent měl postschizofrenní deprese a vždy byl hospitalizován. Respondent si nyní přeje žít samostatný, plnohodnotný život, s co nejmenšími omezeními.

Rodinné zázemí a sociální kontakty

„Bydlím u rodičů, ale mám domluveno, že od příštího týdne bude bydlet u kamarádky,“ říká respondent, *„sám do pronájmu jít nemůžu, nemám na to peníze.“*

Když se rodina dozvěděla o respondentově nemoci, velice těžko to nesla a neposkytla mu žádné úlevy. *„Mám pocit, že se ke mě chovají hůře než předtím,“* říká respondent, *„asi za to může moje agrese.“*

Pocit vyloučení ze společnosti kvůli této nemoci nikdy nezažil a kontakt s přáteli si udržel. Řekl jim vše o své nemoci a hospitalizaci. Každý jeho kamarád se s tím vyrovnal po svém a nyní toto téma zlehčují a žertují spolu. Vztahy s ostatními lidmi nemá problém udržet. Kontakty navazuje přirozeně, beze strachu.

Zaměstnání a koníčky

Před nemocí studoval a pracoval brigádně pouze o prázdninách. Mezi první a druhou hospitalizací v 17 letech pracoval jako truhlář, nebo pomocný pracovník na stavbách. Po druhé hospitalizaci dostudoval školu. Nyní pracuje v chráněných dílnách pět hodin denně a chodí vypomáhat na stavby.

Respondent uvádí: *„Bez práce se nudím. Musím si neustále hledat brigády na víkendy. Jinak se z toho zblázním. Se zvládnutím práce žádné problémy nemám.“*

Mezi jeho zájmy patří poslouchání hudby metal, rybaření a posezení s přáteli. Respondent uvádí: „*Moje zájmy se vůbec nezměnily a z jejich realizací nemám vůbec žádné problémy.*“

Socioekonomická stránka

Respondent uvádí: „*Záležitosti na úřadech si vyřizuji sám. Občas mě někdo doprovází.*“

Pobírá 3. stupeň invalidního důchodu. Respondent mi řekl: „*S důchodem a se mzdou z chráněných dílen, nemám problém vyjít. Ale až se příští týden odstěhuji, tak se bojím, že mi budou chybět peníze.*“

Po diagnostice nemoci, dříve než dostal důchod, měl finanční problémy. Z této situace mu pomohli rodiče, kteří ho zcela zaopatřili. Peníze si zásadně nepůjčuje.

Shrnutí

Muž 23 let, 8 hospitalizovaný, od 17 let nemocný, nyní ve psychickém stavu stabilizovaném. Pracuje ve chráněných dílnách Fokusu Vysočina Pelhřimov a pobírá plný invalidní důchod. Vztahy s okolím navazuje bez problémů. U respondenta je význačný velký třes rukou.

Schizofrenie měla tyto dopady na život respondenta:

Osobní oblast: snížení sebevědomí, neustálý strach z nemoci, 4 pokusy o suicidium

Rodinná oblast: zhoršení vztahů v rodině, špatné vyrovnávání se synovou nemocí, strach ze synovi agresivity

Sociální oblast: dopad na osamostatnění respondenta

Pracovní oblast: neuplatnění v oboru, odkládání a určitá lenost se dál vzdělávat

Zdravotní oblast: nežádoucí účinky léčby, zákaz alkoholu, pravidelné braní léků, třes rukou

Ekonomická oblast: finanční problémy, finanční nesamostatnost

U tohoto respondenta dochází k určité stabilitě a vyrovnání se s nemocí až po pěti letech. Nyní se cítí v pořádku, i přes čtyři pokusy o suicidium. Tvrdí, že je vyrovnán se situací a snaží se žít produktivní, ničím neomezovaný život, nijak se neomezuje, co se týká konzumace alkoholu a kouření konopí. Problémy bral, tak jak přicházely a postupně s rodinou se je snažil řešit.

Případová studie 3

Identifikační otázky

Pohlaví: žena

Věk: 36

Rodinný stav: ovdovělá s dcerou a s přítelem

Vzdělání

Respondentka vystudovala střední zemědělskou školu, kterou zakončila maturitní zkouškou. Respondentka uvedla: „*Po tom co mi bylo, lépe jsem začala navštěvovat kurz esperanta a kurz pletení z pedigu. Problémy se vzděláním jsem žádné neměla.*“ Kurz esperanta ji baví a žádné větší problémy se studiem nemá.

Zdravotní stav

Současný zdravotní stav respondentky je stabilizovaný, bez větších výkyvů. Běžná virová onemocnění se u respondentky objevují pouze sezóně, jednou nebo dvakrát do roka. Poruchy příjmu potravy nemá. Respondentka uvedla: „*Pokaždé, když se zhorší můj psychický stav, začnou mě bolet záda. Tento problém řeším vždy se svým obvodním lékařem, nebo léky na bolest.*“

Respondent a onemocnění

Respondentka uvedla: „*První ataku jsem dostala ve 29 letech. Pocity, že nejsem v pořádku, jsem zažívala nějaký čas předtím. Rok předtím jsem měla pocit, že mě chtějí*

vyhodit z práce, že si o mě ostatní zaměstnanci povídají. Byla jsem hodně unavená a nemohla jsem spát. V práci si začínali všimnout mé vyčerpanosti.“

Při první atace nemoci měla sluchové halucinace a bludy o tom, že jí propustí z práce. Respondentka k tomu uvedla: *„Moje bludy měly reálný základ, protože po zalečení mě propustili. Jsem přesvědčená, že jsem pracovala dobře a chyby jsem nedělala. Mám neustále obavy, že se něco stane.“*

V 29 letech byla jednou hospitalizovaná na 8 týdnů v léčebně Jihlavě, kde se dozvěděla, že má tuto nemoc. Respondentka mě upozornila: *„Byla jsem z toho velmi nešťastná. Po vrácení domů jsem nebyla schopná cokoli dělat. Žila jsem v posteli, dokonce jsem tam i jedla. Taky jsem pořád spala.“*

Jejímu manželovi v té době našli rakovinu, na kterou zemřel. O dceru se v té době postarali rodiče. Nakonec začala navštěvovat Fokus Vysočina Pelhřimov.

Respondentka uvádí: *„Tuto nemoc beru jako zkušenost. Díky ní si mnohem víc vážím života. Mám radost z každého dne, kdy se cítím dobře.“*

Dopady nemoci na její život uvádí: *„V době nemoci jsem nebyla dostatečnou oporou svému manželovi a také jsem se nedokázala postarat sama o sebe. Jednu věc se jsem naučila, a to odpočívat.“*

Hospitalizace probíhala v klidu, ale v ústavu se jí nelíbilo. Respondentka uvádí: *„Nechápala jsem, proč nemůžu mít u sebe své věci. Nakonec jsem si zvykla. Hodně mě bavila práce v keramické dílně.“*

Respondentka měla tyto příznaky: halucinace – nutkavé hlasy, bludy, úzkosti, neustálý strach, že se něco stane, únava, nesoustředěnost.

Jako vedlejší účinky léčby zmiňuje malátnost. Se svým psychiatrem tento problém neřešila.

Znovuoživení nemoci nezažila. Respondentka mě upozornila: „*Někdy se cítím velmi vyčerpaná a unavená, proto se stane, že prospím třeba dva dny v celku.*“

Rodinné zázemí a sociální kontakty

Respondentka bydlí v domku sama s dcerou (16 let), o kterou se již dokáže sama postarat. Přítele má, ale pouze se navštěvují.

Když se respondentka a poté celá rodina dozvěděla o její nemoci, tak se celá rodina semkla a vzájemně se podporovala. Rodiče respondentky se postarali o dceru. Manžel, ač byl sám vážně nemocný rakovinou, respondentku velmi podporoval a staral se o ni. Když zemřel vypomohli ji rodiče.

Pocit vyloučení ze společnosti respondentka, ani její rodina nezažila. Respondentka má názor: „*Kdo chce, ten se baví a kdo nechce, ať si trhne.*“ Vztahy s přáteli si po nemoci udržela, ale někteří známí se s ní přestali stýkat, což ji nevadí. S ostatními lidmi vychází dobře a kontakty navazuje bez problémů.

Zaměstnání a koníčky

Před nemocí a při začátku nemoci pracovala respondentka jako laborantka. Poté, co onemocněla s ní byl rozvázán pracovní poměr. Po čase strávený doma nastoupila do chráněných dílen Fokusu Vysočina Pelhřimov, kde pracuje 5 let. Práci ze začátku nezvládala, usínala při ní. Postupně si navykla na pracovní režim a nyní již nemá žádné problémy, až na občasnou únavu. Pracuje ráda v keramické dílně.

Před nemocí měla respondentka tyto zájmy: zahrádka, pletení, ruční práce s dcerou, čtení. Nyní se věnuje pouze zahrádce a občas čte časopisy.

Obtíže při realizaci svých koníčků respondentka zažila. Uvádí určitou lenost, nechuť, zvýšenou únavu, úzkost.

Socioekonomická stránka

Respondentka říká: „*Sama si zařizuji, co je potřeba, takže i věci na úřadě.*“

Pobírá 3. stupeň invalidního důchodu. Její finanční situace je uspokojivá. K plnému invalidnímu důchodu si přivydělává v chráněných dílnách. S finančními problémy se setkala, když jí zemřel manžel. Naštěstí prý měla našetřeno, a tak se jí období od smrti manžela do přiznání důchodu podařilo překlenout. Peníze si nikdy nepůjčuje, ani nepůjčovala.

Shrnutí

Respondentka ve věku 36 let, 1 hospitalizovanou, od 29 let nemocnou, nyní v psychickém stavu stabilizovaném. Pracuje v chráněný dílnách Fokus Vysočina Pelhřimov. Pobírá plný invalidní důchod. Vztahy s okolím navazuje bez problémů.

Schizofrenie měla tyto dopady na život respondenta:

Osobní oblast: neschopnost péče o sebe samu, více si váží života

Rodinná oblast: neschopnost postarat se o dceru, nedostatečná podpora umírajícího manžela

Pracovní oblast: neuplatnění v oboru, neschopnost práce na plný úvazek, změněná pracovní schopnost

Zdravotní oblast: nežádoucí účinky léčby, bolesti zad následují poté, co se cítí psychicky špatně, častá únava a vyčerpání

Ekonomická oblast: finanční problémy

Respondentka se s nemocí již vyrovnala. Na začátku nemoci byla velmi nešťastná, ale naučila se s schizofrenií žít. Začala ji brát jako zkušenost z které se má poučit. Přiznává, že už nikdy nebude tak výkonná jako zdravý člověk, ale přesto snaží žít naplno. Naučila se odpočívat a tzv. „vychutnat si život“.

Případová studie 4

Identifikační otázky

Pohlaví: muž

Věk: 35

Rodinný stav: svobodný, bezdětný, bez přítelkyně

Vzdělání

Respondent vystudoval střední odbornou školu, obor prodavač. Studium zakončil maturitní zkouškou. Kromě této školy se jinému vzdělávání nevěnoval. Problémy se studiem neměl.

Zdravotní stav

Současný zdravotní stav respondenta je stabilizovaný. Běžná onemocnění jako je kašel, rýma se respondentovi vyhýbají. Respondent uvádí: „*Nemám žádné poruchy příjmu potravy. Jediné s čím jsem často nemocný jsou záněty ledvin.*“ Své zdravotní problémy se snaží řešit preventivně. Pravidelně navštěvuje svého psychiatra, bere léky, snaží se dodržovat denní režim a dává si pozor, aby neprochladl.

Respondent a onemocnění

Respondent onemocněl ve 22 letech, odmítnul uvést, co se s ním dělo, než byl hospitalizovaný. Pouze mi řekl, že ho policisté odvezli do léčebny Bohnice. V té době bydlel a pracoval v Praze. Respondent uvedl: „*Toulal jsem se po Praze, vůbec jsem si neuvědomoval, kde jsem a co dělám. Skutečná realita šla mimo mě. I když jsem byl již nějaký čas v léčebně, tak jsem si vůbec neuvědomoval kde jsem, a že jsem nemocný. Po nějakém čase začaly zabírat léky a já měl pocit vystrážlivění. V té době jsem si uvědomil svoji nemoc.*“

Respondent po sdělení diagnózy sestřičkou uvádí: „*Vůbec jsem nechápal, že jsem tak vážně nemocný, jak uvádí sestřička. Nevěřil jsem tomu. Cítil jsem se dobře. Brzy jsem byl hospitalizován po druhé, kdy jsem naopak nemoc považoval za velmi vážnou a vše vnímal mnohem hůře, než byla realita.*“

Nemoc respondenta změnila, uvědomil si, že nemůže žít jako dříve. Začal si vážit dní, kdy je mu dobře a může chodit do práce nebo se věnovat svým zálibám. Naučil se odpočívat a nesnaží se být takový detailista. Váží si rodiny, hlavně otce, který se o něj zpočátku staral a podporoval ho.

Za velký dopad nemoci považuje to, že nemá tzv. „váhu slova“. Vadí mu, že ho nejbližší rodina ignoruje. Myslí tím určitou nevšímavost, nevědí o čem se s ním mají bavit.

Respondent mi sdělil tyto příznaky nemoci: nespavost, religiózní bludy a halucinace, neklid, úzkost, pocit, že ho někdo pronásleduje, vztahovačnost.

Respondent uvádí: „*Zažil jsem tyto nežádoucí účinky léčby, jako je zvýšená chuť k jídlu, alergie, ospalost, neklid, únavu, napětí, malátnost, pocit rozrušení, světloplachost, slabost, třes, úzkosti a neustálé přibírání na váze. Tyto problémy jsem řešil se svým lékařem.*“

Respondent je nemocný 13 let a za tu dobu vystřídal více medikamentů. Nyní je spokojen s lékem, který má pouze jeden vedlejší účinek, a to je zvýšená chuť k jídlu. Respondent zažil asi 9 znovuoživení nemoci, z toho byl 7 hospitalizovaný. Problém řešil vždy se svým psychiatrem. Kromě první hospitalizace, kde byl 3 týdny v léčebně Bohnice a poté převezen na 6 týdnů do léčebny Jihlava, byl vždy v léčebně Jihlavě. Respondent uvádí, že se mu v léčebně nelíbí. Má pocit, že se nesmí vyjádřit, neboť bývá špatně pochopen. S denním režimem nemá problémy, vždy si postupně zvykne.

Rodinné zázemí a sociální kontakty

Respondent bydlí sám a je plně soběstačný. Po první hospitalizaci bydlel u otce, který o něj pečoval.

Chování rodiny k respondentovi bylo různorodé. Otec, který je rozvedený, vše přijal a snažil synovi pomoci. Bratr, který má vlastní rodinu, nemoc akceptoval, ale jeho manželka se s touto situací neuměla smířit a tak se k respondentovi chovala necitlivě. Vzdálenější příbuzenstvo, jako jsou tety, mají tendenci respondenta ignorovat, mají z něho strach. Respondent uvádí, že jim nedal příčinu, aby se ho báli.

Vyloučení ze společnosti pociťoval hlavně na začátku nemoci. Jeho rodina tento pocit neměla. Respondent uvádí: „ *Kontakt s přáteli jsem si udržel. S některými jsem se přestal vídat, ale to považuji za přirozený vývoj vztahů v životě. Někteří se oženili, založili rodiny, přestěhovali a tak. Akorát mě mrzí, že se s jedním kamarádem nestýkáme. Nevím proč.* “

S ostatními lidmi vychází dobře. Vztahy navazuje přirozeně, umí se bránit a stát si za svým názorem.

Zaměstnání a koníčky

Respondent uvádí: „*Před nemocí jsem pracoval jako prodavač. Po zalečení nemoci jsem zkoušel pracovat na plný úvazek, ale dlouhodobě to bylo neúnosné. Byl jsem příliš vyčerpaný a nemoc se znovuoživila.*“

Po 3 hospitalizaci požádal o invalidní důchod a začal navštěvovat Fokus Vysočina Pelhřimov. Později začal pracovat v chráněných dílnách 5 hodin denně a je zde velmi spokojený. Cítí-li se dobře, chodí o víkendů vypomáhat do vinárny. Pracovat ho baví, ale nemá rád stereotyp.

Mezi jeho zájmy patří poslouchání hudby, čtení a sledování filmů. Jeho záliby jsou stejné před nemocí i po nemoci. Při realizaci zálib má někdy problém se soustředěností, cítí se roztěkaně.

Socioekonomická stránka

Záležitosti na úřadech si vyřizuje sám. Pobírá 2. stupeň invalidního důchodu a má pravidelný příjem z chráněných dílen, kde pracuje. S penězi vyjde, ale mnoho finanční prostředků navíc mu nezbyvá. Finanční problémy měl v roce 2000 až 2001 než mu přiznali invalidní důchod. V té době se o něj postaral otec. Peníze si půjčuje pouze od otce a to do částky 500 Kč, kterou je schopen o příští výplatě vrátit.

Shrnutí

Respondent 35 let, 9 došlo k znovuoživení nemoci, z toho 7 hospitalizovaný, od 22 let nemocný, nyní ve psychickém stavu stabilizovaném. Pracuje v chráněných dílnách Fokusu Vysočina Pelhřimov. Pobírá 2. stupeň invalidního důchodu. Kontakt s okolím navazuje bez problémů.

Schizofrenie měla tyto dopady na život respondenta:

Osobní oblast: více si váží sám sebe, více domýšlí důsledky problémů, neschopnost navázat trvalý vztah a založit rodinu

Rodinná oblast: určité stigma v rodině, rozmazlování otcem, ignorování ostatními členy rodiny

Sociální oblast: žádné problémy

Pracovní oblast: nemůže pracovat na plný úvazek, budování kariéry, změněná pracovní schopnost

Zdravotní oblast: mnoho vedlejších účinků léčby, střídání léků, neustálé znovuoživování nemoci – hodně hospitalizací, vliv na soustředění, pravidelné brání léků

Ekonomická oblast: finanční problémy, půjčky

Respondent uvádí: „*S nemocí jsem po 13 letech stále nevyrovnal. Je velice těžké s ní žít. Neustále musím hlídat zátěž, kterou postupuji. Často jsem hospitalizován, ale v ústavu se mi nelíbí. Mám pocit, že se točím v bludném kruhu. Vše se snažím brát jako*

zkušenost, ale mám pocit trestu. Změnil jsem přístup k životu a začal si vážit sám sebe. Snažím se plnohodnotně prožít dny, kdy je mi lépe.“

4.2 Výsledky případových studií respondentů s Občanského sdružení Lada

Případová studie 5

Identifikační otázky

Pohlaví: žena

Věk: 45

Rodinný stav: svobodná, bezdětná, bez přítele

Vzdělání

Respondentka studovala na středním odborném učilišti, obor zahradnice. Studium nedokončila a před nemocí ani po onemocnění se již nezkoušela vzdělávat. Měla problémy se soustředěností, udržením pozornosti, zapamatováním si učiva. Tyto problémy nijak neřešila

Zdravotní stav

Respondentka uvádí: „*Cítím se dobře. Kašel a rýmu mívám 6 nebo 7 do roka, vždy když se zhorší můj psychický stav.*“ Jako problém se zažíváním uvádí silné průjmy. Nijak je neřeší a při ostatních onemocněních navštěvuje obvodního lékaře.

Respondent a onemocnění

Respondentka onemocněla ve 22 letech. Uvádí: „*Měla jsem vztek a tak jsem zaútočila na své rodiče. Vyhrožovala jsem jim, že někoho podříznu.*“ Ohrožovala jak sebe, tak

okolí. Rodiče zavolali lékaře, který respondentku hospitalizoval. Byla jí diagnostikována paranoidní schizofrenie.

Teprve po sdělení lékařů si uvědomila svoji nemoc. Respondentka uvedla: „*Už si nepamatuji, jak jsem reagovala, když jsem se dozvěděla, že mám tuto diagnózu. Nijak si neuvědomuji, že by mě tato nemoc nějak změnila.*“

Respondentka žije ve své realitě, je vztahovačná, někdy má bludy nebo halucinace, protože zapomíná brát pravidelně léky. Neuvědomuje si jaké dopady měla tato nemoc na její život, ale stěžuje si: „*Musím brát prášky. Lidi se na mě divně dívají a někteří mi chtějí ublížit.*“ Pokud má takový stav, bývá agresivní. Je schopna ohrožovat své okolí nebo sebe, je neklidná a roztěkaná. Na nic se nesoustředí a má myšlenkové zárazy.

Pravidelně navštěvuje svého psychiatra, tuto službu jí zajišťuje Občanské sdružení Lada Pacov. Léčení respondentky probíhalo nárazově, vždy když začala být agresivní, tak byla ambulantně ošetřena. Poté co začala respondentka navštěvovat Občanské sdružení Lada, tak se pravidelná návštěva lékaře a správné užívání léků, stalo pravidlem. Hospitalizovaná byla asi 3 a to v léčebně Jihlavě. Problémy s hospitalizací si nepamatuje.

Respondentka mi nepřímou přiznala tyto příznaky nemoci: halucinace, bludy, třes, neklid, úzkost, vztahovačnost, agresí.

Mezi nežádoucí účinky léčby zařazuje: zvýšenou chuť k jídlu, alergii, ospalost, neklid, únavu, nespavost, napětí, malátnost, pocit rozrušení, třes, bolest hlavy, úzkosti, zvýšení hmotnosti. Tyto problémy nijak neřeší.

U této respondentky dochází k znovuožívání nemoci, na základě vysazování medikace. Klientka nechápe, jakým způsobem je nemocná a vše bere jako přirozenou věc.

Rodinné zázemí a sociální kontakty

Respondentka bydlí s maminkou, protože sama by se nezaopatřila. Potom co se rodina dozvěděla, jak je respondentka nemocná, tak se semkla a o dceru se stará dodnes. Nyní už má pouze maminku. Respondentka ani její rodina nemá pocit vyloučení ze společnosti.

Dále uvádí: „*Nikoho nepovažuji za svého kamaráda, ale chtěla bych si najít přítele, abych nebyla sama. S ostatními vycházím dobře.*“ Kontakty navazuje bez problémů a je velmi upovídaná.

Pravidelně dochází do Denního stacionáře Lada Padov o.s., kde má vztahy s ostatními uživateli a personálem, přesto je nepovažuje za přátele.

Zaměstnání a koníčky

Respondentka říká: „*Před nemocí a po první hospitalizaci jsem pracovala jako uklízečka. Po hospitalizaci jsem pociťovala velkou únavu, vyčerpání a nechuť cokoli dělat.*“

Tyto problémy řešila výpovědí a zažádáním o invalidní důchod. Zaměstnání ji nebavilo. Mezi své zájmy uvádí počítání jednoduchých příkladů, vyšívání a práce s dřevem. Jako koníček před nemocí uvádí: „*Ráda jsem navštěvovala místní zábavy a tancovala.*“

Socioekonomická stránka

Záležitosti na úřadech vyřizuje s maminkou, nebo s někým z Denního centra Lada Padov o.s.. Pobírá 3. stupeň invalidního důchodu a jiný příjem nemá. O její finance se stará maminka, která ji dá každý den určitou hotovost, protože by sama celý důchod hned utratila. Respondentka neví jestli její rodina zažila nějaké finanční problémy. Nemá přehled o hospodaření se svými penězi. Někdy si půjčuje peníze od maminky, ale jak vysoké částky, to respondentka nevedla.

Shrnutí

Respondentka 45 let, 3 hospitalizovaná, od 22 let nemocná, nyní se cítí vyrovnaně a klidně. Navštěvuje pravidelně Denní stacionář Lada Padov o.s.. Pobírá plný invalidní důchod. Kontakt s okolím navazuje bez problémů. Je na ní patrná roztěkanost a nesoustředěnost.

Schizofrenie měla tyto dopady na život respondenta:

Osobní oblast: není schopna navázat trvalý vztah s opačným pohlavím,

Rodinná oblast: celý život o ni pečuje rodina

Sociální oblast: má pocit, že nemá přátele a domnívá se, že se jí lidé vysmívají, dopad na osamostatnění respondenta, pomoc s komunikací na úřadech

Pracovní oblast: nemůže pracovat na plný úvazek, změněná pracovní schopnost

Zdravotní oblast: mnoho vedlejších účinků léčby, střídání léků, neustálé znovuožívání nemoci, vliv na soustředění, nepravidelné brání léků, roztěkanost, agrese

Ekonomická oblast: nesamostatnost v rozhodování ve finanční oblasti

Respondentka uvádí, že jí nemoc nezměnila. Bere tuto nemoc jako součást sebe samé. Vůbec se nenaučila rozeznávat rozdíly, kdy má příznaky nemoci, a kdy prožívá skutečnou realitu. Pokud pravidelně užívá léky, tak se cítí lépe. Je méně roztěkaná, více soustředěná a není agresivní. Dobře navazuje sociální kontakty a nemá pozitivní příznaky nemoci.

K vyrovnání s nemocí u této klientky nedochází, je spokojená, s tím co má.

Případová studie 6

Identifikační otázky

Pohlaví: muž

Věk: 44

Rodinný stav: svobodný, bezdětný, bez přítelkyně

Vzdělání

Respondent studoval Střední odborné učiliště v Kamenici na Lipou. Nejdříve studoval obor živočišná výroba, a poté přešel na obor opravář strojů. Ani jeden z oborů nedokončil.

V 17 letech onemocněl a projevíly se u něj pozitivní i negativní příznaky schizofrenie. Měl problémy se soustředěností a pamětí. Problémy se studiem řešil doučováním. Nyní se respondent snaží číst odbornou literaturu o přírodě a historii.

Zdravotní stav

Současný zdravotní stav respondenta je stabilizovaný. Když jsem se zeptala respondenta, jak často má běžná virová onemocnění, tak odpověděl: „*Vůbec nestůňu, jsem zdravý, ale co mě trápí je ta porucha příjmu potravy, často totiž zvracím, tak 3, 4 do měsíce.*“ Tento problém nijak neřeší.

Respondent a onemocnění

Respondent si uvědomil, že není v pořádku o prázdninách u lékaře, kam ho poslali rodiče. Na první průběh ataky schizofrenie si již moc nepamatuje, bylo mu 17 let.“

Respondent byl třikrát hospitalizován v léčebně Jihlava. Hospitalizace probíhala v klidu. „*Denní režim mi nevadil,*“ uvádí respondent, „*po čase jsem si zvykl. Nevěděl*

jsem, proč jsem hospitalizovaný. Po čase jsem se začal cítit lépe. Kamarádka, která mě navštívila mi sdělila mou diagnózu.“

Respondent uvádí: *„O této nemoci jsem nikdy neslyšel a nevěděl jsem, co obnáší. Ani jsem si moc neuvědomoval, co se mnou děje. Po sdělení diagnózy jsem pociťoval určitou úlevu, že vím, co mi je.“*Po hospitalizaci respondent prožil postschizofrenní depresi.

Respondent uvádí: *„Tato nemoc mě nijak nezměnila, cítím se pořád stejný.“*

Mezi dopady na svůj život uvádí: *„Mrzí mě, že nemám žádnou školu. Taký jsem pořád sám, bez přítelkyně. Taký bych si přál svojí rodinu, ale co je to platný, když ji neuživím a s žádnou nemohu zůstat. Taký jsem často unavený.“*

Mezi příznaky nemoci zařazuje: halucinace, bludy, úzkost, agresí, nesoustředěnost, zhoršení paměti.

Respondent zažil za 27 let nemoci tyto vedlejší účinky léčby: zvýšená chuť k jídlu, alergii, ospalost, únavu, nespavost, neobvyklé pohyby, malátnost, světloplachost, slabost, třes, bolest hlavy, úzkosti, zvýšení hmotnosti, brnění v končetinách. Tyto problémy řeší se svým psychiatrem, změnou léků.

Znovuoživení nemoci zažil 3, vždy byl hospitalizovaný a pokaždé ho odvezli rodiče. Respondent uvádí: *„Začal jsem být agresivní a tak jsem potřeboval zklidnit. Díky těmto hospitalizacím jsem se naučil částečně rozeznávat příznaky nemoci. Od té doby beru pravidelně léky.“*

Rodinné zázemí a sociální kontakty

Respondent bydlí s rodiči a tvrdí: *„Sám bych bydlel nezvládl. Rodiče mají statek, tak se jim snažím pomáhat s prací.“*

Respondent nemá pocit, že by se k němu rodina chovala jinak, poté co se dozvěděli, že je nemocný. Jeho rodina nikdy neměla pocit vyloučení ze společnosti, ale sám vyloučení pociťuje.

Kontakt s přáteli si udržel, ale myslí si: „ *Mám jich velmi málo. Za své přátele považuji lidi z Denního stacionáře Lada. Vztahy se svým okolím nepovažuji za dobré. Mám pocit, že se mi ostatní vysmívají.* “

Zaměstnání a koníčky

Před nemocí nepracoval, ale po zléčení začal pracovat na pile. Po určitém čase, nebyl schopen práci vykonávat, a proto si zažádal o invalidní důchod.

Mezi své záliby uvádí četbu, zahradu, hudbu – hraje na harmoniku a akordeon, vyřezává ze dřeva. Těmto zálibám se věnuje celý život.

Jako obtíž s realizací svých zájmů uvádí horší soustředění, paměť, únavu a vyčerpanost.

Socioekonomická stránka

Záležitosti na úřadech vyřizuje s rodiči. Jak vyzvedávat důchod na poště mu vysvětlili rodiče a od té doby tam chodí sám.

Respondent pobírá 3. stupeň invalidního důchodu. O jeho finance se starají rodiče, kteří mu dají každý den určitou hotovost. Celý život se o respondenta pečují rodiče, nikdy se neosamostatnil. Peníze si půjčuje do výše 100 Kč.

Shrnutí

Respondent 44 let, 3 hospitalizovaný, od 17 let nemocný, nyní v psychickém stavu stabilizovaném. Pravidelně navštěvuje Denní stacionář Lada Padov o.s.. Pobírá plný invalidní důchod. Kontakt s okolím navazuje pomaleji.

Schizofrenie měla tyto dopady na život respondenta:

Osobní oblast: není schopen mít trvalý vztah s opačným pohlavím, dopad na osamostatnění respondenta

Rodinná oblast: rodiče o respondenta celý život pečují

Sociální oblast: málo přátel, pocit vyloučení ze společnosti, pomoc s komunikací na úřadech

Pracovní oblast: neschopnost dokončit studium, nezvládnutí pracovní činnosti, nezaměstnanost

Zdravotní oblast: vedlejší účinky léků, střídání a užívání medikamentů, agrese, nesoustředěnost, horší paměť, průjmy

Ekonomická oblast: nesamostatnost

Respondent uvádí, že si na nemoc nezvykl a nevyrovnal se s ní. Je pro něho těžké vyrovnat se s tím, že má horší paměť a je nesamostatný. Také mu velmi vadí, že není schopen si najít partnerku. Je však zajímavé, že pokus o osamostatnění od rodičů za celý svůj život nezkusil. Stěžuje si, že nemůže chodit do práce, pomáhat rodičům, a málo pamatuje.

4.3 Shrnutí výsledků

Tab. Č. 1. Dopady na život respondentů

Případ. studie	Osobní oblast	Rodinná oblast	Sociální oblast	Pracovní oblast	Zdravotní oblast	Ekonomická oblast
1	neschopnost navázat trvalý vztah		osamostatnění respondenta, pomoc s komunikací na úřadech, pociťuje vyloučení ze společnosti, nemocí pít alkohol	neuplatnění v oboru, problémy se vzděláním, změněná pracovní schopnost	pravidelné brání léků, nežádoucí účinky léčby, vliv na soustředění, větší únava	finanční problémy, finanční nesamostatnost
2	snížení sebevědomí, neustálý strach z nemoci, 4 pokusy o suicidium, neschopnost navázat trvalý vztah	zhoršení vztahů, špatné vyrovnání se synovou nemocí	osamostatnění respondenta, sám komunikuje s úřady, nemocí pít alkohol (denně pije)	neuplatnění v oboru, problém dál se vzdělávat	nežádoucí účinky léčby, pravidelné brání léků, třes	finanční problémy, finanční nesamostatnost
3	více si váží života, problémy s péčí o sebe samu	neschopnost klientky postarat se o své blízké	sama komunikuje s úřady	změněná pracovní schopnost, neuplatnění v oboru	nežádoucí účinky léčby, bolesti zad	finanční problémy
4	více si váží sám sebe, domýšlí problémy do důsledků, neschopnost navázat trvalý vztah a založit rodinu	stigma v rodině, rozmazlování otcem	sám komunikuje s úřady	změněná pracovní schopnost, neuplatnění v oboru	nežádoucí účinky léčby, střídání léků, časté hospitalizace	finanční problémy
5	neschopnost navázat trvalý vztah,	celý život o ni pečuje rodina	bez přátel, má pocit, že okolní lidé se ji vysmívají, osamostatnění respondenta, pomoc s komunikací na úřadech	změněná pracovní schopnost	nežádoucí účinky léčby, nepravidelná konzumace léků, roztěkanost, agrese	nesamostatnost
6	neschopnost navázat trvalý vztah,	celý život o něj pečuje rodina	málo přátel, pocit vyloučení ze společnosti, osamostatnění respondenta, pomoc s komunikací na úřadech	nedokončení studia, změněná pracovní schopnost	nežádoucí účinky léčby, střídání léků, horší paměť, průjemy, agrese	nesamostatnost

Komentář:

Mým cílem bylo zjistit jaké dopady má schizofrenie na život člověka. Dopady schizofrenie sem si rozdělila na situace v osobním, rodinném, sociálním, pracovním, zdravotním a ekonomickém životě. Tabulka ukazuje, že čtyři respondenti nejsou schopni navázat trvalý vztah. Všem respondentům v době ataky nemoci vždy pomohla rodina. Vyloučení ze společnosti pociťují tři respondenti z 6 a osamostatnit se doposud povedlo dvěma respondentům. Pomoc s komunikací na úřadech potřebují tři nemocní. Všichni respondenti mají změněnou pracovní schopnost. Čtyři nemocní zažili finanční problémy a dva respondenti vůbec nerozhodují o svých financích.

Tab. č. 2 Angažovanost v řešení dopadů v osobní, rodinné, sociální, pracovní, zdravotní a ekonomické oblasti

Případová studie	Osobní oblast	Rodinná oblast	Sociální oblast	Pracovní oblast	Zdravotní oblast	Ekonomická Oblast
1	nezabývá	nezabývá	Rodina Fokus Vysočina Pelhřimov	Chráněné dílny	Psychiatr	Rodina Důchod Mzda z chráněných dílen
2	nezabývá	nezabývá	Přátelé	Chráněné dílny Sám	nezabývá	Rodina Důchod Mzda z chráněných dílen
3	Sama	Sama Rodina	Sama	Chráněné dílny	Obvodní lékař	Sama Důchodu Mzda z chráněných dílen
4	nezabývá	nezabývá	Sám	Chráněné dílny	Psychiatr Obvodní lékař Sám	Rodina Důchod Mzda z chráněných dílen
5	nezabývá	Rodina	Rodina Denní stacionář	nezabývá	Denní stacionář	Rodina Důchodu
6	nezabývá	Rodina	Rodina	nezabývá	Psychiatr	Rodina Důchod

Legenda: nezabývá – respondent neřeší dopady v této oblasti

5. DISKUZE

V praktické části mé bakalářské práce jsem zkoumala dopady nemoci schizofrenie na život respondentů. Snažila jsem se zjistit, jak se s těmito problémy vyrovnávají, a jak zvládli akceptovat tuto nemoc. S respondenty jsem se seznámila v rámci své odborné praxe. Z počátku si respondenti udržovali odstup. Pro některé z nich bylo velmi těžké se mnou komunikovat o svých problémech.

a) Identifikační otázky

Mezi identifikační údaje jsem zařadila pohlaví, věk, rodinný stav a počet dětí. K výzkumu jsem si vybrala 3 muže a 3 ženy, aby přibližně splňovali věkové kritérium odstupů 10 let. Chtěla jsem podchytit různé dopady této nemoci. U rodinných vztahů jsem si všímala, jestli je respondent schopen navázat trvalý vztah s opačným pohlavím. Jako jeden výsledek z výzkumu mi vyšlo, že z 6 respondentů, pouze 1 respondentka má 1 dítě a byla vdaná.

b) Vzdělání

Dále z výzkumu vyplynulo, že 3 respondenti č. 1, 5, 6 na základě nemoci nedostudovali. V 1 případě jde o VOŠ a ve 2 případech jde o učiliště. Dva respondenti č. 3 a 4 dostudovali před vypuknutím nemoci a respondent č. 2 po zaléčení nemoci dostudoval SOŠ. Z rozhovorů vyplynulo, že všech šest respondentů by se chtělo dál vzdělávat, ale cítí se často vyčerpaní, nesoustředění a pociťují zhoršení paměti.

c) Zdravotní stav

Svůj zdravotní stav momentálně považuje všech 6 respondentů za stabilizovaný. Jako určité omezení respondenti vnímají požívání léků. Jedna respondentka bere léky nepravidelně, ostatní respondenti dodržují medikaci. Z výzkumu vyplynulo, že všichni respondenti zažily vedlejší účinky léčby. Čtyři respondenti řešili tento problém se svým lékařem.

d) Klient a onemocnění

Benson uvádí: „1/3 pacientů se nakonec zcela vyléčí, 1/3 nemocných se sice uzdraví, ale dochází u nich k opakovaným relapsům a 1/3 nemocných se nevyléčí vůbec“ (2). Neznám názor lékaře, tak nemohu posoudit, jestli jsou respondenti vyléčeni, ale z výzkumu vyplynulo, že dvě respondentky č.1 a 3 byly hospitalizovány jednou, 2 respondenti č. 4 a 5 třikrát a zbývající dva respondenti č. 4 a 2 osmkrát a sedmkrát. Až na jednoho respondenta č. 2 všichni přiznávají, že se cítí častěji unavení a vyčerpaní. Také bych chtěla upozornit, že respondenti považují za problém, že nemohou konzumovat alkohol. Pět respondentů se omezuje a pije pouze ve výjimečných případech a to malé množství. Jeden respondent č.2 však konzumuje alkohol každý den a občas kouří i marihuanu. Vzhledem k vzniku jeho nemoci toto považují za nezodpovědné.

e) Rodinné zázemí a sociální kontakty

O všechny respondenty v době propuknutí nemoci pečovala rodina. Pouze dva respondenti č. 3, 4 se po zaléčení dokázali osamostatnit a bez cizí pomoci o sebe pečovat. Velmi mě zaujala kauzistika z knihy Schizofrenie v kauzistikách, kde člověk s duševním onemocněním schizofrenie se o sebe dokázal postarat, i když pravidelně nebral léky. Nějaký čas bydlel v jeskyni, kterou si docela pohodlně zařídil. Na rozdíl od čtyř respondentů č. 1, 2, 5, 6 z mého výzkumu, kteří se o osamostatnění ani nepokusili, i když by si to přáli.

Respondenti č. 2 a 6 uvádějí, že by nezvládli financování samostatného bydlení. Nakonec z rozhovoru vyplynulo, že se jim maminka o všechno postará, tak proč by se stěhovali. Myslím, že to je celkový problém mladých lidí v dnešní době, nejen nemocných. Čtyři respondenti č. 1, 2, 3, 4 si také udrželi kontakt se svými přáteli.

Čtyři respondenti č. 1, 4, 5, 6 pocítují určité stigma z toho, že jsou nemocní. Každý to však vnímá úplně z jiného úhlu. Nejstarší respondentka č. 5 pocítuje určitý výsměch od okolí. Nejstarší respondent č. 6 si myslí, že díky nemoci není schopen najít přátele. Podle něj je to důvod, proč se s ním nikdo nebaví a má pocit „úšklebků“. Nejmladší respondentka č. 1 zase vnímá, že je jiná. Nerozumí si s ostatními. Já bych

k tomu přidala i určitou plachost. Cítí se označená a divná. Respondent č. 4 mě upozornil, že jako stigma vnímá, že v rodině nemá tzv. „váhu slova“. Považuje za chybu i to, že ho otec v době po nemoci rozmazloval, dělal vše za něj. Jeho vzdálenější rodina má problém akceptovat jeho nemoc. Respondenta to velmi mrzí. Domnívám se, že nejlepší přístup byl ostatních respondentů byl, kdy se svému okolí svěřili a nechali na okolí, jak se s tím vyrovná. Oni akceptovali pouze odpověď. Také se mi líbí, že vnitřně se nepovažují za podivíny, ale jsou vyrovnáni sami se sebou.

f) Zaměstnání a koníčky

Z výzkumu vyplynulo, že po atace nemoci zkoušeli tři respondenti č. 4, 5, 6 pracovat na plný úvazek. Bohužel uvádí, že práce na plný úvazek byla neúnosná. Zbývající tři respondenti č. 1, 2, 3 po zaléčení nastoupili rovnou do chráněných dílen. I tak uvádí, že bylo pro ně obtížné znovu získat pracovní návyky. Toto se shoduje s knihou Léčíme se s psychózou, kde uvádí, že v chráněných dílnách dochází k nácviku pracovních návyků. Je zde mnohem méně stresových faktorů, které lidem s duševním onemocněním schizofrenie nedělají dobře (26). Všechny respondenty baví, když mohou pracovat. Pouze respondent č. 4 uvedl, že nemá rád stereotyp.

Respondenti č. 2, 4, 6 uvádí, že jejich záliby jsou stejné jako v době před nemocí. Respondentky č. 1, 5 se přestaly věnovat některým svým zájmům. Všimla jsem si, že tyto záliby jsou spojeny se společenským životem. Tři respondenti 2, 4, 6, zajímavé, že to jsou muži, s provozováním svých zálib neměli žádný problém. Věnují se jim pořád stejně. Poslední respondentka č. 3 ztratila zájem o ruční práce, kterým se před nemocí hodně věnovala.

g) Socioekonomická stránka

Čtyři respondenti č. 2, 3, 5, 6 pobírají 3. stupeň invalidního důchodu a dvěma respondentům č. 1, 4 je přiznán 2. stupeň invalidního důchodu. Dva respondenti č. 5 a 6 pobírající plný invalidní důchod a o svých penězích nerozhodují. Jejich rodiče jim vždy dají určitou část peněz na nezbytné výlohy. Ostatní respondenti nakládají se svými penězi podle svého uvážení. Všichni respondenti zažili v době nemoci finanční

problémy. Pouze jedna respondentka č. 3 překlenula své finanční problémy sama. Měla našetřené peníze. Ostatní respondenty podporovala finančně rodina. Je zajímavé, že pokud si respondenti půjčují, tak je to v rámci několika stovek.

Vyrovnaní se s nemocí

Výzkumná otázka jak se respondent vyrovnává s nemocí nebyla snadná. Souhlasím, že nemoc zasáhla respondenty v mladém věku. V době kdy se navazují trvalé vztahy s opačným pohlavím a popřípadě dochází k osamostatnění respondenta. Je zajímavé, že ženy se s tímto problémem lépe vyrovnaly. Nemoc se snaží brát, jako životní událost, s kterou se musí poprat a uvědomují si, že tuto událost nelze změnit. Dívají se vpřed. Každá se s touto nemocí vyrovnala jinak.

Dva respondenti č. 4. a 6 uvedli, že se s nemocí doposud nevyrovnali. Respondent č. 2 tvrdí, že tuto situaci zvládl, ale vzhledem k jeho čtyřem pokusům o sebevraždu a neakceptaci omezení alkoholu, zákazu drog, bych řekla, že je vyrovnán s nemocí pouze na povrchu. Sám uvádí, že z ní má neustálý strach, ale omezovat se v životě ničím nechce.

35 muž, který žije s touto nemocí již 13 let, říká, že se s touto nemocí stále nevyrovnal. Působil vždy přirozeně a vyrovnaně. Měl vždy vše promyšleno a snažil si brát z života jen to nejlepší. Někdy mu bylo lépe, někdy hůře, ale působil vždy připraveně. Velmi mě zaskočilo, když mi řekl: „*Mám pocit trestu, neustále se točím v bludném kruhu.*“ Toto shoduje s tím, co uvádí Baudiš: „*Deprese, obsedantně úzkostná porucha a schizofrenie jsou stále ještě mnohými v hloubi duše považované za trest či vyšší mocí napřažený prst ukazující na člověka, který si chorobu zavinil svou špatnou péčí o dar duše.*“ (1)

Do té doby nepůsobil, tak odevzdaně. Přišel mi jako bojovník, který se lehce nevzdává. Přesto jeho časté zhoršování stavu a mnoho hospitalizací pravděpodobně nevede k pozitivnímu myšlení. Je pak velmi těžké věřit tomu, že by se mohl uzdravit.

Poslední z mužů respondent č. 6 tvrdí, že si na nemoc nezvykl a nevyrovnal se s ní. Dává ji za vinu, že si nemůže najít partnerku, nezaložil rodinu, neosamostatnil se,

že má málo přátel. Rád by pracoval, ale vždy se na něco vymluvil. Hlavně mu vadí, že nedostudoval, protože má horší paměť. Přijde mi, že tento muž se neustále na něco vymlouvá, ale v životě nepodniknul nic, aby se trochu osamostatnil. Tento muž působí příjemně, je zachovalý a dobře se s ním komunikuje. Je nepravděpodobné, že by se nějaké ženě nelíbil. Přesto trvalý vztah není schopen navázat. Mám z něho pocit, že je se vším takto spokojen. Rodiče mu zařídily docela pohodlný život a on ho nechce měnit.

Domnívám se, že ženy se vyrovnávají s touto nemocí lépe. Respondentkam č. 1 je nejmladší, a byla hospitalizována jenom jednou. Nemoc akceptovala a smířila se s ní. Myslí, že už se nikdy nebude opakovat. Doufá, že nyní bude jenom docházet ke zlepšení zdravotního stavu. Působí vyrovnaně, někdy trochu odevzdaně. Pečlivě dodržuje pokyny lékaře. Za čtyři roku nedošlo k zhoršení nemoci, tak se na vše dívá pozitivně.

Druhá respondentka byla velmi nešťastná, když se dozvěděla, že je takto nemocná. K její nemoci se přidružily i závažné rodinné problémy, přesto všechno zvládla. Líbí se mi, že tuto nemoc bere jako zkušenost, s které se má poučit. Také přijala i tu situaci, že už nikdy nebude tak výkonná jako zdravý člověk. Přesto bojuje a snaží se žít naplno.

Poslední nejstarší respondentka č. 5 uvádí, že se s nemocí nemusela vyrovnávat. Ona ji bere jako součást samu sebe a nedokáže rozeznat příznaky nemoci. Jak uvádí Kučerová léčení takového pacienta je velmi složité (15), kasuistika číslo 1 z Kučerové je podobná kazuistice respondentky. Tyto kasuistiky se shodují v tom, že ve svých prožitcích nemocní nespátřují nic podivného. Neberou-li pravidelně léky bývají agresivní ke svému okolí. Respondentka má však štěstí, že navštěvuje denní stacionář Lada, kde jeho pracovníci dohlédnou, aby si léky aspoň ráno vzala.

Všichni respondenti řešili problémy, které přinesla tato nemoc se svojí rodinou. Také jim pomohly organizace jako je Fokus Vysočina a Denní centrum Lada o.s..

Z provedeného výzkumu lze vyvodit následující hypotézu, kterou je nutno ověřit na větším počtu respondentů.

H1: Lidé nemocní schizofrenií zažili alespoň jeden nežádoucí účinek léčby.

6. ZÁVĚR

Téma Zdravotně sociální problematika klientů se schizofrenií v Kraji Vysočina jsem si vybrala, protože v mém blízkém okolí žije člověk s duševním onemocněním schizofrenie. Snažím se pochopit jeho problémy a být dotyčnému oporou. Proto jsem snažila dozvědět o této nemoci co nejvíce.

Cílem teoretické části práce bylo popsat diagnostiku, formy a příznaky, průběh a prognózu, léčbu a fáze léčby schizofrenie, zdravotní a sociální služby pro klienty s duševním onemocněním. Byly popsány problémy (sociální, osobní, klinické atd.), se kterými se osoby se schizofrenií potýkají.

Prvním cílem praktické části práce bylo zjistit, jaké dopady (sociální, rodinné, pracovní, zdravotní a ekonomické) má schizofrenie na život klientů.

Druhým cílem praktické části práce bylo zjistit, jak se klienti se schizofrenií vyrovnávají s problémy, které toto onemocnění přináší.

Z výzkumu vyplývá, že lidé s duševním onemocněním schizofrenie se dokáží dobře vyrovnat s dílčími dopady, která tato nemoc přináší. Nemocní měli vždy podporu rodiny, přesto vyrovnat se s diagnózou schizofrenie, je pro ně velmi těžké. Trvá to několik let.

Z provedeného výzkumu vyplývá, že čtyři respondenti nejsou schopni navázat trvalý vztah. Všem respondentům v době ataky nemoci vždy pomohla rodina. Vyloučení ze společnosti pociťují tři respondenti z 6 a osamostatnit se doposud povedlo dvěma respondentům. Pomoc s komunikací na úřadech potřebují tři nemocní. Všichni respondenti mají změněnou pracovní schopnost. Čtyři nemocní zažili finanční problémy a dva respondenti vůbec nerozhodují o svých financích.

Výsledky této práce budou nabídnuty odborné veřejnosti, Fokusu Vysočina Pelhřimov a Dennímu stacionáři Lada o.s.. Mohou posloužit k rozšíření povědomí o této nemoci u laické veřejnosti.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BAUDIŠ, Pavel a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a etika*. 1. vyd. Praha: Galén, c2002, 156 s. ISBN 80-726-2104-1.
2. BENSON, Nigel C. *Psychiatrie*. Vyd. 1. Ilustrace Piero,. Praha: Portál, 2010, 175 s. Seznamte se--. ISBN 978-80-7367-671-1.
3. BOUČEK, Jaroslav a Vladimír PIDRMAN. *Psychofarmaka v medicíně*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 286 s. ISBN 80-247-1136-2.
4. Centrum LADA os.s.: Historie Centra LADA, o.s. *Centrum LADA o.s.* [online]. 1.4.2007, 9. dubna 2012 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: http://www.centrumlada.cz/vismo/dokumenty2.asp?id_org=600149&id=53&p1=52
5. COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 190 s. ISBN 80-717-8497-4.
6. ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 1. Editor Mojmír Svoboda. Praha: Portál, 2006, 317 s. ISBN 80-7367-154-9.
7. DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Vyd. 1. Překlad Jan Lorenc. Praha: Grada, 1999, 353 s. Psyché (Grada Publishing). ISBN 80-716-9628-5.
8. FAUST, Volker. SCHIZOPHRENE ICH-STÖRUNGEN. *Psychosoziale Gesundheit von Angst bis Zwang* [online]. 6. května 2007, 6. května 2007 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <http://www.psychosoziale-gesundheit.net/psychiatrie/schizophrenesich.html>
9. Fokus Vysočina. *Fokus Vysočina* [online]. 2010, 9. dubna 2012 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <http://www.fokusvysocina.cz/pages.aspx?p=9>
10. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.
11. HORÁČEK, Jiří. *Psychotické stavy v klinické praxi: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis - Amepra, 2003, 263 s. ISBN 80-866-9401-1.

12. JAROLÍMEK, Martin. Česká psychiatrie a lidský přístup. In: *Blog.aktálně.cz* [online]. 25. 05. 2010, 16. dubna 2012 [cit. 2012-04-15]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=9915#more>
13. KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. Vyd. 1. Editor Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. Praha: Portál, 2001, 247 s. ISBN 80-717-8563-6.
14. KAŠPÁRKOVÁ, Eva. *Životní styl u pacientů se schizofrenií*. České Budějovice, 11.5.2008. 71 s. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita. Vedoucí práce Václav Šnorek.
15. KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2010, 106 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4720-456.
16. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
17. MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005, 194 s. ISBN 80-247-0737-3.
18. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002, 143 s. ISBN 80-717-8700-0.
19. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-717-8549-0.
20. NAKONEČNÝ, Milan. *Sociální psychologie organizace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2005, 225 s. ISBN 80-247-0577-X.
21. NECHANSKÁ, Blanka. Psychiatrická péče v psychiatrických lůžkových zařízeních v roce 2010. *UZIS ČR* [online]. Praha, 23.8.2011, 8. dubna 2012 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2010>
22. ONDRIÁŠOVÁ, Mária. *Psychiatria*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 2005, 117 s. ISBN 80-806-3199-9.
23. PAVLOVSKÝ, Pavel. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 3., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2009, 226 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4726-182.

24. PETERKOVÁ, Michaela. Léčba schizofrenie. *Schizofrenie* [online]. 2008, 9. dubna 2012 [cit. 2012-04-08]. Dostupné z:
<http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/lecba-schizofrenie>
25. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1. vyd. Editor Dagmar Seifertová, Ján Praško, Cyril Höschl. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004, 479 s. ISBN 80-866-9406-2.
26. PRAŠKO, Ján. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách : příručka pro nemocné a jejich rodiny*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune Group, c2005, 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
27. PRAŠKO, Ján. *Psychotická porucha a její léčba: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, c2001. ISBN 80-859-1265-1.
28. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opr. vyd. Editor Cyril Höschl, Jan Libiger, Jaromír Švestka. Praha: TIGIS, 2004, 883 s. ISBN 80-900-1307-4.
29. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. 1. vyd. Editor Pavel Doubek, Irena Zrzavecká, Jiří Raboch. Praha: Galén, c2002, 296 s. ISBN 80-726-2162-9.
30. *Psychologie dnes*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011, roč. 17, č. 6. ISSN 1212-9607.
31. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie /: [minimum pro praxi]*. Vyd. 3. V Praze: Triton, 2003, 211 s. Levou zadní, sv. 98. ISBN 80-7254-423-3.
32. Sociální služby. *MPSV.CZ* [online]. 11. února 2012, 11. února 2012 [cit. 2012-02-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
33. *Sociální zabezpečení 2011: státní sociální podpora, sociální péče, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum*. 1. vyd. Ladislav Burdek. Ostrava: Sagit, 2011, 288 s. ÚZ, 811. ISBN 978-80-7208-830-0.
34. STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-722-6828-7.
35. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-717-8802-3.
36. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2008, 518 s. ISBN 978-80-7345-159-2.

37. WEIMEROVÁ, Monika. Dobrá psychiatrie. *www.dobrapsychiatrie.cz* [online]. 15. ledna 2012 [cit. 2012-01-15]. Dostupné z:
<http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/psychoza-a-rodina>
38. *Zdravotnické noviny: ZDN*. 1. vyd. Praha: Mladá Fronta, 2011, č. 9. ISSN 1214-76-64. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/archiv/priloha-lekarske-listy/?id=3797&year=2011>. Příloha: Lékařské listy.
39. *Zdravotní pojištění, zdravotní péče*. 1. vyd. Ladislav Burdek. Ostrava: Sagit, 2011, 320 s. ÚZ, 800. ISBN 978-80-7208-817-1.
40. *Zdravotní služby k 1.4.2012*. 1. vyd. Ladislav Burdek. Ostrava: Sagit, 2012, 112 s. ÚZ, 864. ISBN 978-80-7208-885-0
41. ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1997, 192 s. ISBN 80-7184-494-2.
42. ZVOLSKÝ, Petr a Jiří RABOCH. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, 622 s. ISBN 80-246-0390-X.

9. PŘÍLOHY

Příloha č.1

Rezoluce č.119

Zásady ochrany duševně nemocných (Principles for the Protection of Persons with Mental Illness)

Přijato rezolucí Generálního shromáždění OSN číslo 46/119 dne 17. prosince 1991 Generální shromáždění, si uvědomuje ustanovení Obecné deklarace lidských práv, Mezinárodní dohody o občanských a politických právech, mezinárodní dohody o ekonomických, sociálních a kulturních právech a dalších relevantních dokumentů, jako je Deklarace práv postižených a Zásady ochrany všech osob před omezováním osobní svobody a vězněním.

Připomíná svou rezoluci 33/53 ze 14. prosince 1978, v níž požaduje od Komise pro lidská práva, aby přikázala Subkomisi pro prevenci diskriminace a ochranu menšin provést prioritní šetření týkající se otázek ochrany těch, kdo jsou omezováni kvůli duševní poruše a navrhnout pravidla.

Připomíná dále svou rezoluci 45/92 ze 14. prosince 1990, v níž přivítalo pokrok, který dosáhla pracovní skupina Komise pro lidská práva při zpracování návrhu zásad ochrany práv duševně nemocných, a zlepšení péče o duševní zdraví na základě návrhu poskytnutého Komisi pro lidská práva Subkomisí pro prevenci diskriminace a ochranu menšin.

Odvolává se na rezoluci Komise pro lidská práva 1991/46 z 5. března 1991, kterou komise přijala návrh zásad doporučený pracovní skupinou a rozhodla se jej společně se zprávou pracovní skupiny předložit Generálnímu shromáždění prostřednictvím Ekonomické a sociální rady.

Odvolává se dále na rezoluci Ekonomické a sociální rady 1991/29 ze 31. března 1991, v níž se Rada rozhodla předat návrh zásad a zprávu pracovní skupiny Generálnímu shromáždění.

Odvolává se dále na doporučení, které Komise pro lidská práva ve své rezoluci 1991/46 a Ekonomická a sociální rada v rezoluci 1991/29 daly Generálnímu shromáždění k přijetí návrhu zásad, a sice, aby jejich úplný text byl co nejvíce rozšiřován, aby se zásady staly doprovodným textem obou mezinárodních dohod o lidských právech a byly šířeny společně s nimi.

Odvolává se na poznámku Generálního sekretáře, doplněk obsahující text zásad a úvod k tomuto textu.

1. Přijímá Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou a zlepšování péče o duševně nemocné ve znění, které je doplněním této rezoluce.
2. Požaduje, aby Generální sekretář zařadil text Zásad společně s úvodem do příštího vydání publikace nazvané "Lidská práva: Soubor mezinárodních dokumentů".
3. Požaduje, aby Generální sekretář umožnil, co nejširší publikaci textu Zásad a zajistil, aby jejich text včetně úvodu byl publikován jako doprovodný dokument mezinárodních dohod o lidských právech.

DOPLNĚK

Zásady ochrany osob trpících duševní poruchou a zlepšování péče o duševní zdraví

Uplatnění

Tyto Zásady musí být uplatňovány bez ohledu na postižení, rasu, barvu, pohlaví, jazyk, náboženství, politické či jiné názory, národnostní, etnický či sociální původ, první nebo sociální status, věk nebo majetkové poměry.

Definice

V těchto Zásadách:

- (a) "Zástupce" znamená právní nebo jiný kvalifikovaný reprezentant.
- (b) "Nezávislá autorita" znamená oprávněná a nezávislá autorita definovaná místními zákony.

- (c) "Péče o duševní zdraví" obsahuje analýzu a diagnózu duševního stavu osoby, léčení, ošetřování a rehabilitaci duševně nemocného nebo osoby, u níž je duševní nemoc předpokládána.
- (d) "Zařízení péče o duševní zdraví" znamená každé zařízení nebo oddělení každého zařízení, jehož primárním účelem je poskytovat péči o duševní zdraví.
- (e) "Pracovník péče o duševní zdraví" znamená lékař, klinický psycholog, sestra, sociální pracovník nebo jiná náležitě vycvičená a vzdělaná osoba se specifickými dovednostmi vztahujícími se k péči o duševní zdraví.
- (f) "Pacientem" je míněna každá osoba konzumující péči o duševní zdraví, do této skupiny jsou zahrnuty všechny osoby přijaté do zařízení péče o duševní zdraví.
- (g) "Osobní zástupce" je osoba zákonem pověřená hájit určité zájmy pacienta nebo ho zastupovat při výkonu některých jeho práv, patří sem rodič nebo opatrovník nezletilého, pokud jej místní zákon nedefinuje jinak.
- (h) "Dohledem" je míněna instituce založená v souladu se zásadou 17 za účelem dohledu na nedobrovolné přijetí a držení pacienta v zařízení péče o duševní zdraví.

Obecné ustanovení

Výkon práv stanovených dále následujícími Zásadami může být omezen pouze způsobem určeným zákonem a to v případě, že je nutné chránit zdraví či bezpečnost příslušné osoby nebo jiných osob či chránit veřejnou bezpečnost, pořádek, zdraví, mravy nebo základní práva a svobody ostatních.

Zásada 1

Základní svobody a práva

1. Každý má právo na nejlepší dostupnou péči o duševní zdraví. Tato péče je součástí systému zdravotní a sociální péče. Osoby trpící duševní poruchou či osoby za trpící duševní poruchou považované musí být léčeny s lidskostí a ohledem na lidskou důstojnost.

2. Osoby trpící duševní poruchou či osoby za trpící duševní poruchou považované mají právo na ochranu před ekonomickým, sexuálním či jiným vykořisťováním, fyzickým či jiným zneužíváním a ponižující léčbou.

3. Nikdo nesmí být diskriminován na základě duševní poruchy. "Diskriminací" se rozumí každé rozlišování, vylučování nebo upřednostňování, které má za následek anulování nebo narušení rovného využívání práv. Zvláštní opatření sloužící výhradně k zajištění práv osob s duševní poruchou nemohou být považována za diskriminační. Diskriminace nezahrnuje rozlišování, vylučování či upřednostňování, které je uplatněno v souladu s těmito Zásadami a je nutné k ochraně práv lidí trpících duševní poruchou nebo jiných osob.

4. Každý člověk trpící duševní poruchou má právo využívat všechna občanská, politická, ekonomická, sociální a kulturní práva uznaná Všeobecnou deklarací lidských práv. Mezinárodní úmluvou o ekonomických, sociálních a kulturních právech. Mezinárodní úmluvou o občanských a politických právech a dalšími relevantními dokumenty jako jsou Deklarace práv zdravotně postižených a Zásady ochrany uvězněných.

5. Každé rozhodnutí, které omezuje něčí právní způsobilost z důvodu duševní poruchy nebo které v souvislosti s takovým omezením způsobilosti určuje osobního zástupce může být učiněno pouze na základě spravedlivého líčení nezávislého a nestranného tribunálu vymezeného místním právem. Osoba, jejíž způsobilost je předmětem sporu, musí mít právo nechat se zastupovat právním zástupcem. Pokud si osoba, jejíž způsobilost je předmětem sporu, sama takové zastupování nezajistí, musí jí být poskytnuto bezplatně v potřebném rozsahu. Právní zástupce nemůže v témže řízení zastupovat zařízení péče o duševní zdraví či zaměstnance takového zařízení, nemůže též zastupovat rodinného příslušníka osoby, jejíž způsobilost je předmětem sporu, aniž by se soud nepřesvědčil, že nedochází ke konfliktu zájmů. Rozhodnutí týkající se omezení právní způsobilosti a určení osobního zástupce musí být pravidelně revidována v přiměřených intervalech stanovených místním právem. Osoba, jejíž právní způsobilost je předmětem sporu, její osobní zástupce (pokud existuje) a další zainteresované osoby mají právo odvolat se k vyššímu soudu proti každému takovému rozhodnutí.

6. Pokud soud či jiný oprávněný tribunál shledá, že osoba trpící duševní poruchou není schopná zvládat své záležitosti, musí být učiněna taková opatření, která s ohledem na stav příslušné osoby zajistí ochranu jejích zájmů.

Zásada 2

Ochrana menšin

Zvláštní pozornost je třeba věnovat souvislostem těchto Zásad a místních zákonů na ochranu menšin a jejich práv. Citlivé jsou zejména situace, kdy je nutné jmenovat osobním zástupcem někoho jiného než rodinného příslušníka.

Zásada 3

Život v komunitě

Každý člověk s duševní poruchou má právo žít a pracovat v komunitě, nakolik je to možné.

Zásada 4

Stanovení duševní poruchy

1. Rozhodnutí, že osoba trpí duševní poruchou musí být v souladu s mezinárodně uznávanými lékařskými standardy.
2. Duševní porucha nesmí být stanovena na základě politického, ekonomického či sociálního statusu nebo příslušnosti ke kulturní, rasové či náboženské skupině nebo z jakéhokoliv jiného důvodu, který nesouvisí přímo se zdravotním stavem.
3. Konflikt v rodině či zaměstnání či nekonformita k morálním, sociálním, kulturním politickým či náboženským hodnotám převažujícím v okolní společnosti nemohou být rozhodujícím faktorem při stanovení diagnózy duševní poruchy.

4. V minulosti prodělaná psychiatrická léčba či hospitalizace nepotvrzuje sama o sobě, že se jedná o duševní poruchu.

5. Žádná osoba či instituce nepřihlíží nikomu psychiatrickou diagnózu či ho jinak neoznačí za osobu s duševní poruchou z jiných důvodů než přísně souvisejících s duševním zdravím.

Zásada 5

Lékařské vyšetření

Nikdo nesmí být nucen podrobit se lékařskému vyšetření, jehož účelem je určit, zda osoba trpí duševní poruchou či nikoliv, jiným způsobem, než jaký je určen místním právem.

Zásada 6

Důvěrnost

Všechny osoby, jichž se tyto Zásady dotýkají, mají právo na to, aby se s informacemi, které se jich týkají, zacházelo jako s důvěrnými.

Zásada 7

Role komunity kultury

1. Každý pacient má právo na léčbu a péči v komunitě, v níž žije, pokud je to možné.
2. Pokud se léčba odehrává v zařízení péče o duševní zdraví, má pacient právo léčit se blízko svého domova, rodiny a přátel, pokud je to možné. Má také právo na co nejčasnější návrat do komunity.
3. Každý pacient má právo na léčbu, která je v souladu s jeho kulturním zázemím.

Zásada 8

Standardy péče

1. Každý pacient má právo na takovou zdravotní a sociální péči, která odpovídá jeho zdravotním potřebám. Je oprávněn dostávat takovou standardní léčbu a péči jako ostatní nemocné osoby.
2. Každý pacient musí být chráněn před poškozením, včetně neodůvodněné medikace, zneužití jinými pacienty, personálem nebo jinými osobami, či jiných událostí, které by měly za následek duševní či tělesné obtíže.

Zásada 9

Léčba

1. Každý pacient má právo na léčbu v co nejméně omezujícím prostředí a způsobem, který je co nejméně omezující a obtěžující a který je v souladu s pacientovými zdravotními potřebami a s potřebou chránit fyzickou bezpečnost ostatních osob.
2. Léčba a péče je každému pacientovi poskytována na základě individuálně stanoveného plánu, který je s pacientem diskutován, pravidelně kontrolován a v případě potřeby upravován. Léčba a péče je poskytována kvalifikovaným profesionálním personálem.
3. Péče o duševní zdraví musí být vždy poskytována v souladu s vhodnými etickými standardy pro pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví včetně mezinárodně platných standardů jako jsou Zásady lékařské etiky, které jsou platné pro zdravotnický personál, zejména lékaře. Je nutno dodržovat Zásady ochrany vězňů a zadržovaných osob před mučením a jiným krutým, nelidským či ponižujícím léčením či trestáním přijaté Generálním shromážděním OSN. Znalostí a dovedností v oblasti duševního zdraví nesmí být nikdy zneužíváno.
4. Léčba každého pacienta musí směřovat k ochraně a posílení jeho osobní nezávislosti.

Zásada 10

Medikace

1. Medikace musí sledovat výhradně zdravotní potřeby pacienta. Může být pacientovi podávána pouze z léčebných nebo diagnostických důvodů, nesmí být používána jako trest nebo k usnadnění práce ostatním osobám. S ohledem k ustanovení paragrafu 15 dále uvedeného článku 11 může lékař předepisovat pouze léky se známými a vyzkoušenými účinky.
2. Léky může předepisovat pouze odborník v oblasti péče o duševní zdraví (lékař), který je k tomu oprávněn a každé podání léků musí být zaznamenáno v pacientově dokumentaci.

Zásada 11

Souhlas s léčbou

1. Nikomu nelze podávat léčbu bez jeho informovaného souhlasu, výjimky jsou uvedeny v článcích 6, 7, 8, 13 a 15 této zásady.
2. Informovaný souhlas je dobrovolný souhlas, získaný bez výhrůžek či nevhodného lákání. Pacient jej dává poté, co obdrží přiměřené a pochopitelné informace takovou formou a v takovém jazyce, které jsou pro něj srozumitelné:
 - a) Diagnostické zhodnocení.
 - b) Účel, způsob, pravděpodobné trvání a předpokládaný efekt navrhované léčby.
 - c) Alternativní možnosti léčby včetně těch méně zatěžujících.
 - d) Možné bolesti nebo nepříjemné pocity, rizika a možné vedlejší nežádoucí účinky navrhované léčby.
3. Pacient může k poskytnutí informovaného souhlasu vyžadovat přítomnost osoby či osob dle svého výběru.

4. Pacient má právo odmítnout nebo pozastavit léčbu mimo výjimky stanovených články 6, 7, 8, 13 a 15 této zásady. Pacientovi musí být vysvětleny důsledky odmítnutí nebo zastavení léčby.

5. Pacient nikdy nesmí být žádán nebo přemlouván, aby se vzdal práva na informovaný souhlas. Pokud se zdá, že to pacient chce učinit, musí mu být vysvětleno, že bez jeho informovaného souhlasu není možno léčbu poskytnout.

6. Mimo výjimky popsané v člancích 7, 8, 12, 13, 14 a 15 této zásady je možné poskytnout pacientovi léčbu podle stanoveného léčebného plánu bez jeho informovaného souhlasu, pokud jsou splněny následující podmínky.

a) Pacient je v té době nedobrovolně hospitalizován.

b) Nezávislá autorita seznámená se všemi potřebnými informacemi včetně informací specifikovaných v článku 2 této zásady je přesvědčena, že v příslušném čase není pacient schopen dát, či odmítnout informovaný souhlas k navrhovanému léčebnému plánu, nebo, pokud tak stanoví místní právo, že pacient bezdůvodně odmítá léčbu, která je třeba pro jeho vlastní bezpečnost či bezpečnost jiných osob.

c) Nezávislá autorita je přesvědčena, že navrhovaný léčebný plán léčby je v nejlepším souladu s pacientovými zdravotními potřebami.

7. Výše uvedený článek 6 se netýká pacientů s osobním zástupcem, kterého zákon opravňuje vydávat informovaný souhlas za pacienta. Mimo výjimky popsané v člancích 12, 13, 14 a 15 této zásady nemůže být těmto pacientům podávána léčba bez informovaného souhlasu osobního zástupce, který souhlas vydal po seznámení se s informacemi stanovenými v článku 2 této zásady.

8. Kromě výjimek stanovených články 12, 13, 14 a 15 této zásady může být léčen pacient bez svého informovaného souhlasu, pokud kvalifikovaný a oprávněný psychiatr rozhodne, že je to nezbytné k zabránění okamžitého nebo bezprostředně hrozícího poškození pacienta nebo jiných osob. Taková léčba musí být přísně omezena na dobu nezbytně nutnou k splnění tohoto účelu.

9. I když je nařízena léčba bez pacienta informovaného souhlasu, stejně musí být vynaloženo veškeré úsilí, aby byl pacient informován o podstatě léčby a možných alternativách a aby se co nejvíce podílel na vytváření léčebného plánu.

10. Jakákoliv léčba musí být neprodleně zaznamenána v pacientových záznamech, ať již jde o nedobrovolnou nebo dobrovolnou léčbu.

11. Fyzické omezení nebo nedobrovolná izolace pacienta mohou být použity pouze jako součást oficiálně schváleného postupu v zařízení péče o duševní zdraví a to výhradně v případech, kdy je to jediný dostupný prostředek k zabránění okamžitého nebo bezprostředně hrozícího poškození pacienta nebo jiných osob. Musí být přísně omezeno na dobu nezbytně nutnou k splnění tohoto účelu. Všechny případy fyzického omezení nebo nedobrovolné izolace, jejich důvody, forma a trvání musí být zaznamenány v pacientových zdravotních záznamech. Pacient, který je fyzicky omezen nebo izolován, musí být umístěn v lidských podmínkách a musí o něj pečovat a důkladně a pravidelně na něj dohlížet kvalifikovaný personál. Osobní zástupce, pokud pacient nějakého má, musí být bezprostředně uvědomen, že pacient byl fyzicky omezen či nedobrovolně izolován.

12. Sterilizace nesmí být prováděna jako léčba duševní poruchy.

13. Větší chirurgické zákroky mohou být duševně nemocným osobám provedeny pouze v případech, které vymezuje místní právo, a to tehdy, když jde o nejlepší řešení pacientových zdravotních potřeb a když pacient poskytl informovaný souhlas a nebo, když pacient není schopen poskytnout informovaný souhlas, když je procedura schválena po nezávislém posouzení.

14. Psychochirurgicky a dalšími radikálními a nevratnými metodami nesmějí být léčeni pacienti nedobrovolně hospitalizovaní v zařízení péče o duševní zdraví. Pokud to místní právo vůbec povoluje, mohou být tyto metody použity pouze v případě, že pacient poskytl informovaný souhlas nezávislý orgán se ujistil, že jde o skutečný informovaný souhlas a že léčebný postup nejlépe odpovídá pacientovým zdravotním potřebám.

15. Klinické pokusy a experimentální léčba nesmí být nikdy prováděny bez pacientova informovaného souhlasu. Výjimečně může být zařazen do klinického pokusu nebo může dostávat experimentální léčbu pacient, který není schopen informovaného souhlasu, pokud s tím souhlasí kompetentní nezávislý orgán zřízený specificky k účelu dohlížet na klinický pokus či experimentální léčbu.

16. V případech uvedených v člancích 6, 7, 8, 13, 14 a 15 této zásady má pacient, jeho osobní zástupce či jiná zainteresovaná osoba právo odvolat se k soudní nebo jiné nezávislé autoritě, která oprávněnost léčby přezkoumá.

Zásada 12

Seznámení s právy

1. V zařízení péče o duševní zdraví musí být pacient co nejdříve po přijetí informován způsobem a jazykem, kterému rozumí o všech svých právech stanovených těmito zásadami a místním právem. Informace musí obsahovat vysvětlení těchto práv a způsobů, jak jich využít.
2. Pokud nastane taková situace, že pacient není schopen těmito informacím rozumět, musí být informace o jeho právech sdělena jeho osobnímu zástupci, pokud je určen a pokud je dosažitelný, a také osobě nebo osobám, které jsou schopné a chtějí hájit zájmy pacienta.
3. Pokud je toho pacient schopen, má právo určit osobu, která bude informována místo něj a která také bude hájit jeho zájmy proti vedení zařízení.

Zásada 13

Práva a podmínky v zařízeních péče o duševní zdraví

1. Každý pacient hospitalizovaný v zařízení péče o duševní zdraví má právo, aby bylo respektováno zejména:
 - a) Jeho obecná občanská práva.
 - b) Soukromí.
 - c) Svoboda komunikace, čímž se rozumí možnost volně komunikovat s dalšími osobami v zařízení; svoboda odesílat a přijímat necenzurované soukromé zprávy; svoboda přijímat v soukromí návštěvy svého poradce či osobního zástupce a všechny ostatní návštěvy v přiměřeném čase; svobodný přístup k poštovním a telefonním službám, k novinám rozhlasu a televizi.

d) Svoboda vyznání a víry

2. Prostředí a podmínky v zařízení péče o duševní zdraví mají co možná podobné těm, v nichž žijí zdraví lidé téhož věku, a mají zahrnovat zejména:

a) Vybavení pro rekreaci a zábavu.

b) Vybavení pro vzdělávání.

c) Možnost zakoupit či získat předměty denní potřeby, prostředky k rekreaci a komunikaci.

d) Zařízení a možnost ho využívat, které umožní pacientovi pracovní zařazení přiměřené jeho sociálnímu a kulturnímu zázemí, zařízení pro vhodnou pracovní rehabilitaci, které by podporovalo reintegraci do společnosti. Tyto prostředky by měly zahrnovat pracovní poradenství, pracovní trénink a umísťovací službu schopnou ochránit pacientovo pracovní místo v komunitě nebo mu sehnat jiné.

3. Za žádných okolností nesmí být pacient přinucen pracovat. V rámci možností daných potřebami pacienta a podmínkami zařízení by měli mít možnost vybrat si práci, kterou chce vykonávat.

4. Práce pacientů zařízení péče o duševní zdraví nesmí být vykořisťována. Každá pacient má právo na takovou odměnu za svou práci, jakou by za stejnou práci podle místního práva a zvyků dostal kdokoliv jiný. Každý pacient má za všech okolností právo na spravedlivý podíl na zisku, který zařízení péče o duševní zdraví za jeho práci získalo.

Zásada 14

Prostředky pro zařízení péče o duševní zdraví

1. Zařízení péče o duševní zdraví má právo na stejnou úroveň prostředků jako jiná zdravotnická zařízení, zejména pak na:

- a) Kvalifikovaný zdravotnický a další potřebný personál v dostatečném počtu a s prostorem umožňujícím poskytnout všem pacientům soukromí a programy vhodné aktivní léčby.
- b) Diagnostické a léčebné vybavení. ^s
- c) Vhodnou profesionální péči.
- d) Odpovídající, pravidelnou a všestrannou léčbu, včetně dodávek léků.

2. Každé zařízení péče o duševní zdraví musí podléhat s dostatečnou častostí dohledu odpovědné autority, který zajistí, že podmínky, léčba a péče o pacienty vyhovují těmto zásadám.

Zásada 15

Zásady přijetí k hospitalizaci

1. Potřebuje-li osoba léčbu v zařízení péče pro duševní zdraví, musí být učiněno vše, aby se předešlo nedobrovolné hospitalizaci.
2. Přístup do zařízení péče o duševní zdraví musí být zajištěn stejným způsobem jako do jakéhokoliv jiného léčebného zařízení.
3. Každý pacient, který není hospitalizován nedobrovolně, má právo kdykoliv opustit zařízení péče o duševní zdraví, ledaže jsou naplněny podmínky stanovené v následující zásadě 16 pro jeho zadržení jako nedobrovolného pacienta. O tomto svém právu musí být informován.

Zásada 16

Nedobrovolné přijetí

1. Osoba (a) může být přijata nedobrovolně k hospitalizaci do zařízení péče o duševní zdraví nebo (b) může být nedobrovolně zadržena v zařízení péče o duševní zdraví, kam byla předtím přijata jako dobrovolný pacient, tehdy a pouze tehdy, když o tom rozhodne

zákonem oprávněný lékař - psychiatr v souladu s výše uvedenou zásadou 4 a tento lékař usoudí:

- a) Že v důsledku duševní poruchy s vážnou pravděpodobností hrozí okamžité či bezprostřední nebezpečí poškození pacienta nebo jiných osob nebo
- b) Že u vážně duševně nemocné osoby, jejíž úsudek je narušen, by neuskutečnění hospitalizace vedlo k závažnému poškození jejího zdravotního stavu nebo by znemožnilo potřebnou léčbu, kterou je možno provádět pouze u hospitalizovaných pacientů- Je třeba dodržet zásadu nejméně omezující možnosti.

V případech zmíněných v pododstavci (b) musí být co nejdříve konzultován druhý nezávislý lékař - psychiatr. Pokud tento odborník nedá souhlas, nesmí se nedobrovolné přijetí či zadržení pacient v zařízení péče o duševní zdraví uskutečnit.

2. Místní právo musí stanovit délku krátkého prvního období, na něž může být osoba nedobrovolně přijata či zadržena k pozorování či předběžné léčbě, přičemž rozhodnutí o nedobrovolném přijetí či zadržení je ponecháno dozorčímu orgánu. Důvody přijetí musí být neprodleně sděleny pacientovi. Skutečnost, že osoba byla nedobrovolně hospitalizována a důvody tohoto rozhodnutí musí být také okamžitě a podrobně sděleny dozorčímu orgánu, pacientovu osobnímu zástupci, pokud existuje, a také, pokud proti tomu pacient nemá námitky, jeho rodině.

3. Zařízení péče o duševní zdraví může přijímat nedobrovolně hospitalizované pacienty pouze v případě, že je k tomu určeno odpovědným orgánem stanoveným místním právem.

Zásada 17

Dozorčí orgán

1. Dozorčí orgán musí být soudní či jiný nezávislý a nestranný orgán ustanovený místním právem a pracující podle pravidel stanovených místním právem. Tento orgán

musí při svém rozhodování využívat pohled jednoho či několika kvalifikovaných a nezávislých lékařů -psychiatrů a brát v úvahu jejich doporučení.

2. Prvotní posouzení dozorčím orgánem, jak požaduje odstavec 2 výše uvedené zásady 16, týkající se rozhodnutí, že pacient má být nedobrovolně přijat či zadržen, se musí uskutečnit v co nejkratší době od tohoto rozhodnutí a musí proběhnout podle jednoduchých a rychlých pravidel stanovených místním právem.

3. Dozorčí orgán musí pravidelně kontrolovat případy nedobrovolně hospitalizovaných pacientů v rozumných intervalech definovaných místním právem.

4. Nedobrovolný pacient se může obracet na dozorčí orgán se žádostí o propuštění či status dobrovolného pacienta v rozumných intervalech stanovených místním právem.

5. Při každém posouzení musí dozorčí orgán zvážit, zda jsou naplněna kritéria pro nedobrovolnou hospitalizaci stanovená v odstavci jedna výše uvedené zásady 16. Pokud nejsou, musí být status nedobrovolného pacienta zrušen.

6. Kdykoliv lékař - psychiatr zodpovědný za pacienta shledá, že důvody k jeho dalšímu zadržení jako nedobrovolného pacienta již nejsou oprávněné, musí nařídit jeho propuštění.

7. Pacient, jeho osobní zástupce nebo jiná zainteresovaná osoba mají právo odvolat se k vyššímu soudu proti rozhodnutí, že pacient je nedobrovolně přijat či zadržen v zařízení péče o duševní zdraví.

Zásada 18

Procedurální pojistky

Pacient je oprávněn vybrat si a určit poradce, který ho bude zastupovat včetně zastupování při podávání stížnosti a odvolání. Pokud si pacient takovou službu nemůže dovolit, musí mu být poskytnuta bezplatně, případně uhradí jen takovou část nákladů, kterou si může dovolit.

Pacient je také oprávněn, pokud je to třeba, mít tlumočníka. Pokud si pacient takovou službu nemůže dovolit, musí mu být poskytnuta bezplatně, případně uhradí jen takovou část nákladů, kterou si může dovolit.

Pacient a jeho právní zástupce mají právo při kterémkoliv řízení požadovat či předkládat nezávislou zprávu o pacientově duševním zdraví či další zprávy ústní i písemné či další relevantní a přípustné důkazy.

Kopie pacientova zdravotního záznamu, zpráv a dokumentů, které jsou v řízení předkládány, musí být poskytnuty pacientovi a jeho právnímu zástupci, s výjimkou zvláštních případů, kdy je rozhodnuto, že by určitá informace mohla vážně poškodit pacientovo zdraví nebo ohrozit bezpečí jiných osob. Místní právo může stanovit, že dokumenty nemusí být předávány pacientovi, ale jeho osobnímu zástupci nebo právnímu zástupci. Když je část dokumentu před pacientem zatajena, musí být pacient či jeho právní zástupce, pokud existuje, informován o tomto zatajení a jeho důvodech a musí s tím být seznámen orgán soudního dohledu.

Pacient, jeho osobní zástupce a jeho právní zástupce mají právo osobně se účastnit každého jednání.

Pokud pacient, jeho osobní zástupce či právní zástupce požadují, aby se jednání účastnila určitá osoba, musí být tato osoba k jednání připuštěna, pokud není rozhodnuto, že by přítomnost této osoby mohla závažně poškodit pacientovo zdraví nebo ohrozit bezpečnost dalších osob. Každé rozhodnutí o tom, zda jednání či jeho část bude veřejné či neveřejné a zda může být veřejně komentováno, musí být založeno plně na přání pacienta, a tak, aby bylo chráněno soukromí pacienta a dalších osob, aby se předešlo závažnému poškození pacientova zdraví a aby nebylo ohroženo bezpečí dalších osob.

Rozhodnutí vzešlé z jednání a jeho zdůvodnění musí být písemné. Kopie musí být předána pacientovi, jeho osobnímu zástupci a právnímu zástupci. Při rozhodování, zda toto rozhodnutí či jeho část mají být veřejně publikovány je třeba se řídit přáním pacienta, tak, aby bylo chráněno soukromí pacienta a dalších osob, aby se předešlo závažnému poškození pacientova zdraví a aby nebylo ohroženo bezpečí dalších osob.

Zásada 19

Přístup k informacím

Pacient (což v této zásadě znamená i bývalý pacient) musí být oprávněn k přístupu k informacím, jež jsou obsaženy v jeho osobních a zdravotních záznamech pořízených v zařízení péče o duševní zdraví. Toto právo může podléhat omezením, která mají zabránit vážnému poškození pacientova zdraví nebo ohrožení bezpečnosti jiných osob. Místní právo může stanovit, že tyto informace nemusí být pacientovi poskytnuty, musí však být poskytnuty jeho osobnímu zástupci nebo právnímu zástupci. Když jsou nějaké informace před pacientem zatajeny, musí být pacient či jeho právní zástupce, pokud existuje, informován o tomto zatajení a jeho důvodech a musí s tím být seznámen orgán soudního dohledu. Všechny písemné poznámky pacienta, jeho osobního zástupce nebo právního zástupce musí být, pokud o to požádají, zaprotokolovány.

Zásada 20

Pachatelé trestných činů

1. Tato zásada se vztahuje na osoby odsouzené za trestný čin a vykonávající trest ve vězení a na osoby ve vyšetřovací vazbě, u nichž byla zjištěna duševní porucha nebo je na takovou poruchu podezření.
2. Všechny tyto osoby musí dostávat nejlepší možnou péči o duševní zdraví, jak stanoví dříve uvedená zásada 1. Všechny z uvedených zásad se na tyto osoby vztahují v co největším rozsahu a pouze s takovými obměnami či výjimkami, které jsou vzhledem k okolnostem nezbytné. Žádná z obměn či výjimek nesmí omezovat práva osoby vymezená zákony uvedenými v článku 5 zásady 1.
3. Místní právo může dát oprávnění soudu nebo jinému kompetentnímu orgánu jednajícímu na základě kompetentního a nezávislého lékařského doporučení nařídit přijetí takové osoby do zařízení péče o duševně nemocné.
4. Léčba těchto osob, u nichž byla shledána duševní porucha, musí za všech okolností odpovídat výše uvedené zásadě 11.

Zásada 21

Stížnosti

Každý pacient a bývalý pacient má právo stěžovat si způsobem upraveným místním právem.

Zásada 22

Sledování a prostředky provádění

Státy mají povinnost zajistit, aby byly uváděny v činnost mechanismy, které zajistí soulad s těmito zásadami, mechanismy pro kontroly zařízení péče o duševní zdraví, pro podávání vyšetřování a řešení stížností, pro instituce provádějící disciplinární či soudní řízení u případů profesionálního pochybení nebo porušení práv pacientů.

Zásada 23

Provádění

1. Státy mají uvádět tyto Zásady do praxe prostřednictvím vhodné legislativy, soudní administrativy, vzdělávání a dalších prostředků a tento proces v pravidelných intervalech kontrolovat.
2. Státy zajistí vhodnými a aktivními prostředky, aby tyto Zásady byly široce známé.

Zásada 24

Vztah zásad k zařízením péče o duševní zdraví

Tyto zásady se vztahují na všechny osoby přijaté do zařízení péče o duševně nemocné.

Zásada 25

Ochrana existujících práv

Nelze rušit či omezit žádná existující práva pacientů včetně práv uznaných mezinárodním či místním právem na základě toho, že tyto Zákony takové právo nevymezují nebo jej vymezují v menším rozsahu.

Příloha č. 2

Seznam psychiatrických oddělení a zařízení v roce 2010 v ČR

Název zdravotnického zařízení

Nemocnice Milosrdných sester

sv. Karla Boromejského

Hl. m. Praha Praha 1 dětská a dorostová psychiatrie - AT - návykové nemoci

VFN Psychiatrická klinika Hl. m. Praha Praha 2 psychiatrie

VFN Oddělení pro léčbu závislostí Hl. m. Praha Praha 2 AT - návykové nemoci

Fakultní Thomayerova nemocnice spol. Hl. m. Praha Praha 4 dětská a dorostová psychiatrie

Fakultní nemocnice v Motole Hl. m. Praha Praha 5 dětská a dorostová psychiatrie

Ústřední vojenská nemocnice Praha Hl. m. Praha Praha 6 psychiatrie

Psychiatrické centrum Praha Hl. m. Praha Praha 8 psychiatrie

Nemocnice České Budějovice, a.s. Jihočeský České Budějovice psychiatrie

Nemocnice Tábor, a.s. Jihočeský Tábor psychiatrie

FN Plzeň - Lochotín Plzeňský Plzeň - město psychiatrie

Klatovská nemocnice, a.s. Plzeňský Klatovy psychiatrie

NEMOS PLUS s.r.o. Karlovarský Karlovy Vary psychiatrie

Městská nemocnice v Litoměřicích Ústecký Litoměřice psychiatrie

KZ, a.s. - Nemocnice Most, o.z. Ústecký Most psychiatrie

Fakultní nemocnice Hradec Králové Královéhradecký Hradec Králové psychiatrie

Oblastní nemocnice Náchod a.s. Královéhradecký Náchod psychiatrie

Oblastní nemocnice Jičín a.s. Královéhradecký Jičín psychiatrie

Pardubická krajská nemocnice, a.s. Pardubický Pardubice psychiatrie

Svitavská nemocnice, a.s. Pardubický Svitavy psychiatrie

Nemocnice Znojmo, p.o. Jihomoravský Znojmo psychiatrie

VS ČR Vazeb. věz. Brno - Nemocnice Jihomoravský Brno - město psychiatrie

Vojenská nemocnice Brno Jihomoravský Brno - město psychiatrie

Fakultní nemocnice Brno Jihomoravský Brno - město psychiatrie, psychiatrie - JIP

Fakultní nemocnice Olomouc Olomoucký Olomouc psychiatrie

Vojenská nemocnice Olomoucký Olomouc

Fakultní nemocnice Ostrava Moravskoslezský Ostrava - město psychiatrie

Nemocnice s poliklinikou Havířov, p.o. Moravskoslezský Karviná psychiatrie

CNS-Centrum Třinec s.r.o. Moravskoslezský Frýdenk-Místek psychiatrie

Psychiatrie AT - návykové nemoci

Seznam psychiatrických léčeben v ČR 2010

Psychiatrická léčebna Bohnice Kraj Okres

181 02 Praha 8, Ústavní 91 PHA Praha 8

Tel.: 284016111, 284016120 Fax: 284016595

Email: podatelna@plbohnice.cz

Psychiatrická léčebna

293 06 Kosmonosy, Lípy 15 STC Mladá Boleslav

Tel.: 326715711 Fax: 326724119

Email: dana.kolarova@plkosmonosy.cz

Sanatorium TOPAS s.r.o., Škvorec

250 83 Škvorec, Masarykovo nám. 13 STC Praha-východ

Tel.: 281980068-70 Fax: 281981095

Email: kancelar@sanatorium-topas.cz

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

381 01 Český Krumlov 1 JHC Český Krumlov

Tel.: 380739131 Fax: 380739131

Email: reditel@cervenydvur.cz

Psychiatrická léčebna

387 42 Lnáře 211 JHC Strakonice

Tel.: 383495101 Fax: 383495089

Email: info@lnare.com

Písecká zdravotní, a.s., PL "U Honzíčka"

397 01 Písek, U Honzíčka JHC Písek

Tel.: 382212925, 382212389 Fax: 382212389

Email: u.honzicka@volny.cz

Psychiatrická léčebna

334 41 Dobřany, Ústavní 2 PLZ Plzeň-jih

Tel.: 377813111 Fax: 377972520

Email: pldobrany@pld.cz

Psychiatrická léčebna

411 85 Horní Beřkovice 1 UST Litoměřice

Tel.: 416808111 Fax: 416873525

Email: plhberkovice@plhberkovice.cz

Psychiatrická léčebna Petrohrad, p.o. Kraj Okres

439 85 Petrohrad 1 UST Louny

Tel.: 415236111 Fax: 415236199

Email: pl.petrohrad@telecom.cz

Léčebna návykových nemocí

503 15 Nechanice, Vaňhalova 224 HRA Hradec Králové

Tel.: 495800951, 495800952 Fax: 495441105

Email: fnhk@fnhk.cz

Psychiatrická léčebna

580 23 Havlíčkův Brod, Rozkošská 2322 VYS Havlíčkův Brod

Tel.: 569478111 Fax: 569421842

Email: jmariskova@plhb.cz

Psychiatrická léčebna

586 24 Jihlava, Brněnská 54 VYS Jihlava

Tel.: 567552111 Fax: 567310008

Email: plj@plj.cz

Psychiatrická léčebna

618 32 Brno, Húskova 2 JHM Brno-město

Tel.: 548123111 Fax: 548216444

Email: sekretariat@plbrno.cz

Psychiatrická léčebna

790 69 Bílá Voda 301 OLO Jeseník

Tel.: 584413208 Fax: 584414160

Email: kontakt@olu.cz; jerabek@olu.cz

Psychiatrická léčebna

785 01 Šternberk, Olomoucká 173/1848 OLO Olomouc

Tel.: 585085111 Fax: 585012879

Email: plstbk@plstbk.cz

Psychiatrická léčebna v Kroměříži

767 40 Kroměříž, Havlíčkova 1265/46 ZLI Kroměříž

Tel.: 573314111 Fax: 573330630

Email: plkm@plkm.cz

Psychiatrická léčebna Kraj Okres

746 01 Opava, Olomoucká 88 MSK Opava

Tel.: 553695111 Fax: 553713443

Email: plopa.hlb@coms.cz

Dětská psychiatrická léčebna

391 61 Opařany 121 JHC Tábor

Tel.: 381287011, 381204211 Fax: 381204210

Email: dploparany@dploparany.cz

Dětská psychiatrická léčebna

440 01 Louny, Čeňka Zemana 431 UST Louny

Tel.: 415655636 Fax: 415655626

Email: dpl.louny@tiscali.cz

Dětská psychiatrická léčebna

595 01 Velká Bíteš, U Stadionu 285 VYS Žďár nad Sázavou

Tel.: 566531431 Fax: 566531434

Email: dplvb@iol.cz

Příloha č.3

Záznamový arch pro polořízený rozhovor

Identifikační otázky

- Pohlaví.
- Věk.
- Rodinný stav.

- Vzdělání
 - Jaké máte vzdělání?
 - Zkouše/la jste se po zaléčení ještě dále vzdělávat?
 - Měl/a jste nějaké problémy v oblasti vzdělání?
 - Jak jste tyto problémy řešil/a?

Zdravotní stav

- Jaký je váš současný zdravotní stav?
- Jak často máte běžná virová onemocnění (kašel, rýma, chřipka, aj.)?
- Máte problém s poruchami příjmu potravy?
- Jak řešíte problémy se svým zdravotním stavem?

Respondent a onemocnění

- V kolika letech jste onemocněl/a?
- Jak jste přišel/a na to, že něco s Vámi není v pořádku?
- Jaká byla Vaše reakce na to, když jste se dozvěděl, že máte diagnózu schizofrenii?
- Změnila Vás nějak tato nemoc?
- Jak Vás změnila?
- Jaké dopady měla nemoc na Váš život?
- Jak probíhalo či probíhá Vaše léčení?

- Jaké jste měl/a příznaky (halucinace, bludy, třes, neklid, úzkost, jiné...)?
- Zažil/a jste nežádoucí účinky léčby?
 - a) zvýšená chuť k jídlu.....
 - b) hubnutí.....
 - c) alergie.....
 - d) větší únava.....
 - e) ospalost.....
 - f) nespavost.....
 - g) neklid.....
 - h) svalová ztuhlost.....
 - ch) napětí.....
 - i) slabost.....
 - j) neobvyklé pohyby.....
 - k) třes.....
 - l) malátnost
 - m) bolest hlavy.....
 - n) pocit rozrušení.....
 - o) úzkosti.....
 - p) světloplachost.....
 - g) jiné.....
 - r) přibírání na váze.....
- Pokud ano, jak jste tuto situaci řešil/a?
- Zažil/a jste někdy znovuoživení Vašich zdravotních problémů?
- Byl/a jste hospitalizována?
- Kolikrát?
- Můžete mi popsat jak vaše hospitalizace probíhala?

Rodinné zázemí a sociální kontakty

- Bydlíte sám/a?
- Máte nějaké obtíže s bydlením?
- Jak se k Vám chovala rodina, když se dozvěděli, že jste nemocní?
- Měl/a jste někdy pocit vyloučení ze společnosti kvůli této nemoci?
- Měl/a Vaše rodina někdy pocit vyloučení ze společnosti?
- Udržel/a jste si kontakt s přáteli?
- Jaké máte vztahy s ostatními lidmi?

Zaměstnání a koníčky

- Pracoval/a jste před nemocí?

- Zkoušel/a jste po zalečení pracovat?
- Jak jste tyto problémy řešil/a?
- Baví Vás pracovat?
- Jaké máte koníčky/zájmy?
- Jaké koníčky jste měl/a než jste onemocněl/a?
- Objevili se nějaké obtíže se realizací Vašich koníčků?

Socioekonomická stránka

- Jak se Vám daří vyřizovat záležitosti na úřadech?
- Jaký pobíráte důchod?
- Můžete mi popsat Vaši finanční situaci?
- Setkal(a) jste se s finančními problémy po dg. nemoci?
- Půjčujete si od někoho peníze?