

Kvalita života osob s duševním onemocněním

Radmila Janíková

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Radmila Janíková
Osobní číslo:	H18038
Studijní program:	B5350 Zdravotně sociální péče
Studijní obor:	Zdravotně sociální pracovník
Forma studia:	Kombinovaná
Téma práce:	Kvalita života osob s duševním onemocněním

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti osob s duševním onemocněním.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu a jejich shrnutí.

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

Seznam doporučené literatury:

ANZARI, P. *Dodušemluvy*. Praha: Eminent, 2018. 376 s. ISBN 978-807181-534-0.

FRANKL, V. E. ... *a přesto říci životu ano*. 5. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 127 s. ISBN 80-7192-095-9.

KASTOVÁ, V. *O důvěře ve vlastní osud*. Brno: Emitos, 2012. 77 s. ISBN 978-80-87171-30-1.

PROBSTOVÁ, V. a O. Pěč. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

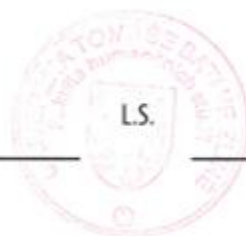
SHARP, D. *Getting to Know You. The Inside Out of Relationship*. Canada: Inner City Books, 1992. 123 p. ISBN 978-09-19123-56-4.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**

Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Márek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

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

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

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

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

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

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

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

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Předkládaná práce se zabývá kvalitou života osob s duševním onemocněním. Popisuje, jak nemoc ovlivnila život těchto osob v oblasti jejich profese, ekonomické úrovně, mezilidských vztahů a rodinného zázemí. Teoretická část se zabývá otázkami léčby duševních onemocnění z pohledu historie a současnosti, zdravím, nemocí, kvalitou života, duševní poruchami, osobností zdravotně sociálního pracovníka. V Praktické části jsou prezentovány výsledky kvalitativního výzkumu, který probíhal technikou polo-strukturovaného rozhovoru, jehož cílem, bylo porozumět vnímání kvality života osob s duševním onemocněním.

Klíčová slova: zdraví, nemoc, kvalita života, duševní porucha, zdravotně sociální pracovník, terapeut, arteterapie, pacient.

ABSTRAKT

The thesis is dealing with the life quality of people with psychic diseases. It is describing the manner of how their disease influences their lives, occupation economic level, social relations, and family background. The theoretical part consists of themes such as wealth, disease, life quality, mental disorder, the personality of the social-medical worker. The practical parts focusing on the perception of life quality by people with a mental disorder. The main aim of this thesis is to understand the perception of life quality of people with mental disorders from their point of view. It shall be done through qualitative research and semi-structured interviews.

Keywords: health, disease, quality of life, mental illness, medical-social worker, therapist, art therapy, patient.

Svým žákům Mistr řekl:

„Lidé, kteří chtějí léčbu, ale jen když je nebude bolet, jsou jako ti, kdo podporují pokrok, jen když se sami nemusí změnit“ (de Mello, 2011, s. 146)

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

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PÉČE O JEDINCE S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM Z POHLEDU HISTORIE A SOUČASNOSTI	12
1.1 HISTORIE PÉČE O JEDINCE S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	12
SOUČASNÝ STAV PÉČE O JEDINCE S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	14
1.2 ROLE ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN V LÉČBĚ DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ.....	16
1.2.1 Význam a přínos dramaterapie.....	17
1.2.2 Význam muzikoterapie a taneční terapie	17
1.2.3 Význam arteterapie	17
1.2.4 Význam Canisterapie	18
2 REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ	19
CENTRA KRIZOVÉ PÉČE V NEMOCNICÍCH	19
2.1 SMĚROVÁNÍ ČESKÉ PSYCHIATRIE-ZAMYŠLENÍ PROF. MUDR. CYRIL HÖSCHL, DRSC.	21
2.2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ, DĚLENÍ PSYCHOTICKÝCH PORUCH, SYMPTOMY, LÉČBA A PROGNÓZA	23
3 KVALITA ŽIVOTA	29
3.1 VZTAHOVÉ POTŘEBY	32
3.2 POJEM ZDRAVÍ, NEMOC, SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY NEMOCI.....	34
3.3 OSOBNOST ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA, KTERÁ MÁ VLIV NA KVALITU ŽIVOTA HOSPITALIZOVANÉHO PACIENTA V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI, BĚHEM CELÉHO PROCESU LÉČBY	36
3.4 OSOBNOST TERAPEUTA, KTERÁ MÁ VLIV NA KVALITU ŽIVOTA PACIENTA V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI, POPIS DOBRÉ PRAXE.....	37
3.5 HISTORIE ARTETERAPIE V PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICI V KROMĚŘÍŽI.....	38
3.6 NABÍZENÁ NÁSLEDNÁ PÉČE TERAPEUTKY PACIENTŮM PO UKONČENÍ LÉČBY.....	39
4 OSOBNOST PACIENTA	42
4.1 PSYCHO – SPIRITUÁLNÍ KRIZE.....	43
4.2 ZMĚNA ÚHLU POHLEDU	45
II PRAKTICKÁ ČÁST	46
5 METODOLOGICKÁ ČÁST.....	47
5.1 METODY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....	47
5.2 VÝZKUMNÁ METODA	47
5.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	48
5.4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49

5.5	ANALÝZA A INTERPRETACE VÝZKUMU.....	49
5.6	DO POPISU VÝZKUMNÉHO SOUBORU BYLO ZAŘAZENO 7 PARTICIPANTŮ.....	49
5.7	ANALÝZA ROZHOVORŮ	51
5.8	VÝSLEDKY VÝZKUMNÝCH ZJIŠTĚNÍ.....	61
	DISKUZE.....	63
5.9	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	64
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	66
	SEZNAM PŘÍLOH.....	69

ÚVOD

Když jsme přemýšleli nad volbou tématu naší závěrečné bakalářské práce, v mnohém nás při této volbě ovlivnila naše odborná praxe, kterou jsme vykonávali v Psychiatrické nemocnici Kroměříž, kde jsme se setkali s problematikou, kterou v této práci budeme popisovat. Hospitalizovaní pacienti v Psychiatrické nemocnici Kroměříž a jejich životní příběhy nás oslovili do té míry, že jsme se rozhodli zvolit téma naší bakalářské práce, tak, aby se zabývalo kvalitou života osob s duševním onemocněním.

Práce se zabývá základní problematikou duševních onemocnění, jejich léčbou z pohledu historie a současnosti. Pobytem hospitalizovaného pacienta v Psychiatrické nemocnici, ale i těmi, kteří ho tímto jeho úsekem života při hospitalizaci doprovází. Nejvíce se klienti rozhovořili o osobnostech terapeutů ale i zdravotně sociálních pracovníků, kteří se jim snaží být nápomocni při řešení sociálních událostí, které se vážou k jejich hospitalizaci a pobytu v Psychiatrické nemocnici. Částečně se práce dotkne i problematiky tzv. stigmatizace osob s duševním onemocněním. Postojů jejich okolí vůči nim, jako lidem s „nálepkou“. Důležitými pojmy v teoretické části práce je diagnostika a popis duševních onemocnění, zejména schizofrenie a psychózy. Specifika sociální práce s hospitalizovanými pacienty. Nosnou osou praktické části práce jsou rozhovory s participanty, mezi nich jsou zařazeny také členové jejich rodin a průvodci pobytem při hospitalizaci, kterými jsou zdravotně sociální pracovníci, na které se hospitalizovaní pacienti obrací při řešení sociálních dopadů své nemoci.

Při realizaci rozhovorů s participanty jsme mnohdy využívali metodu pozorování. Dotazovali jsme se jich na velmi citlivá témata jejich života, takže pozorování bylo nedílnou součástí naší práce v přímém kontaktu s nimi.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo porozumět vnímání kvality vlastního života osob s duševním onemocněním. Při realizaci rozhovorů se mnozí dotazovaní participanti dotýkali i problematiky, co by jim nejvíce pomohlo na úplném začátku života s nemocí, která ovlivňuje jejich kvalitu života po mnoho let.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PÉČE O JEDINCE S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM Z POHLEDU HISTORIE A SOUČASNOSTI

1.1 Historie péče o jedince s duševním onemocněním

Když se ohlédneme do historie, najdeme v ní mnoho strádání, utrpení a mnohdy i ztrátu života duševně nemocných. Autor uvádí, že osud oboru léčby o duševně nemocné, tj. dnešní, psychiatrie je jedním z období, které představují v období středověku nejčernější kapitolu z kulturní historie lékařství vůbec. (Vencovský, 1996) Z historických pramenů se dozvídáme o inkvizičních procesech s duševně chorými, které končily smrtí těchto nemocných. K vzhledem k mocenskému postavení církve bylo přijato oficiální stanovisko k duševně chorým. Duševně chorý byl posedlý démonem a podle toho s ním bylo zacházeno. Tento úhel pohledu církve, pro duševně nemocné znamenal, že nebyli odesláni k městským lékařům, ale ke kněžím, kteří náboženskými obřady, modlitbami a všemi formami exorcismu léčili duševně nemocné. Duševně nemocní neměli v tomto časovém úseku dějin žádnou sociální ani právní ochranu. Až s příchodem osvícenské ideologie, která se šířila vlivem francouzské revoluce, byli duševně nemocní ošetřováni a léčeni lidsky důstojným způsobem. Na poměry dosavadní péče o duševně nemocné poukazovaly již před revolucí tyto osobnosti: J.R.Tenon, J.Daquin a J.Colombier. (Vencovský, 1996)

J.R.Tenon doporučoval, aby pro pečování o duševně nemocné byly zřizovány hygienické nemocnice, kde by nemocní, kteří jsou nemajetní byli léčeni bezplatně, každý z nich by měl své lůžko a zacházelo by se s ním vlídně lidsky a důstojně. Vlídne zacházení s nemocnými kladl na první místo, jen v případech nezbytně nutných, byl pro používání košile s dlouhými rukávy, která omezovala pohyb duševně nemocných. Dalším prvkem, který považoval za důležitý při péči o duševně nemocné, bylo správné větrání místností a boj proti střevním a plicním chorobám, kterými velmi často duševně nemocní trpěli, a mnohdy byly příčinou jejich úmrtí. Za důležitou součást léčby považoval pobyt na vzduchu a dostatek vydatné stravy. Mnohé ze způsobů těchto prvků léčby realizoval i mladý nezkušený lékař J.Daquin v tzv. Penzionu pro platící duševně nemocné v Chambéry, kam nastoupil ve věku 24 let. (Vencovský, 1996) Jako součást léčby v tomto Penzionu

byl pobyt na zahradě, jehož součástí byla i cílená aktivita duševně nemocného ve formě ručních prací a zábavných her na rozptýlení. Dalším přínosem pro francouzskou psychiatrii, o který se osobnost tohoto lékaře zasloužila, byl léčebný režim a rozdělování nemocných podle příznaků duševního onemocnění do jednotlivých pavilonů. (Vencovský, 1996) J. Daquin je autorem spisu *Philosophie de la Folie*. Termín „folie“ se užíval ve francouzské psychiatrii po celé 19. století. J. Daquin kladl důraz, aby byla psychiatrie vymezena jako samostatný lékařský obor. Aby byli budovány samostatné psychiatrické nemocnice, kde by byli duševně nemocní léčeni, ale i studováni. Další významnou osobností v průkopnictví důstojné péče o duševně nemocné byl ústavní lékař J. Colombier. Zastával názor, že zlé nakládání s duševně nemocnými by mělo být exemplárně trestáno. Dále se autor vyjadřuje, že lidská společnost má dluh, vůči duševně nemocným a je její morální povinností tento dluh splatit. Duševně nemocným by měla patřit stejná léčebná péče v nemocnicích jako tělesně nemocným. (Vencovský, 1996) Velký posun a reformu zdravotnické péče o duševně choré v Paříži uskutečnil Philippe Pinel při svém nástupu do funkce 11. 9. 1793, kdy osvobodil prvních 12 duševně chorých, umístěných v podzemních kobkách věznice v Bicentre. Nechal jim sundat okovy a vyvedl je na vzduch a slunce. Pinelova představa Ústavu pro duševně choré byla dostatečná velikost takového zařízení, aby byla možnost jednotlivé pacienty od sebe oddělit dle projevů duševního onemocnění. Nejlépe tak, aby neklidní nebyli společně s klidnými a opačně.“ Pinelův význam pro psychiatrii lze shrnout do těchto tezí: Naprosto odpoutal psychiatrii od závislosti na metafyzicko-spekulativních výkladech etiologie psychóz. Dále autor popisuje, že vznik duševních onemocnění je ve společensko-biologické, a v příčinné souvislosti s vnitřními a vnějšími faktory prostředí. Odstranil vězeňský režim. (Vencovský, 1996) Začátky systematické péče o duševně nemocné sahá v Čechách do roku 1783. Dvorní dekret 19. 3. 1783 nařizuje Nemocnici milosrdných bratří v Praze zřídit oddělení pro duševně nemocné kněze. V roce 1784 budova u sv. Bartoloměje a v chorobinci na Karlově, je mezníkem v péči o duševně nemocné u nás, a v úhlu pohledu na takto nemocné osoby a jejich osud. V roce 1790 pokročila velmi dopředu péče o psychotiky v Čechách. V tomto roce byly položeny základy dalšího vývoje samostatné pozdější české psychiatrie. Důležitým datem v historii péče o duševně nemocné je 1. 11. 1790, kdy byl otevřen první samostatný ústav pro

duševně choré v Praze. V roce 1829 se v Praze stává psychiatrie samostatným vědním oborem pod vlastním odborným lékařským vedením. (Vencovský, 1996)

Současný stav péče o jedince s duševním onemocněním

Z dat českého statistického úřadu se dozvídáme, že v ČR je průměrná délka dožití 63,4 let, po této hranici začínají převládat nemoci a kvalita života klesá. (ČSÚ, 2022) Nezanedbatelné procento populace, má však svou kvalitu života narušenou po celý svůj produktivní věk. Mají nemocnou duši. Nikdy v historii lidstva nebylo tolik pacientů s psychickými poruchami. Sebevraždy v Česku tvoří cca 1.5 % celkového počtu úmrtí. Celoživotní riziko suicidia u pacientů s duševním onemocněním jako je např. Bipolární afektivní porucha se pohybuje mezi 10-15 %, což je třicetkrát více než u běžné populace. (Látalová, 2010) Situace v ČR je popisována takto. Podle dodávek psychofarmak do lékáren se v Česku spotřeba těchto léků od roku 1990 zvýšila více než šestinásobně. Z uvedených statických dat se dozvídáme, že ročně u nás ambulantního psychiatra navštíví přes 650000 lidí a dvě třetiny z celkového počtu duševně nemocných, ambulantního psychiatra nenavštíví vůbec. (21. století Extra, podzim/2020) V roce 2018 připadlo na 10000 obyvatel v ČR 612 pacientů léčených v psychiatrických ambulancích. Psychiatrickou péči vyhledávají více ženy než muži. Jejich podíl na celkovém počtu vyšetření i na počtu pacientů je dlouhodobě přibližně 60 %. V roce 2018 bylo v ČR registrováno celkem 1049 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie. (bez detašovaných pracovišť. (21. Století Extra, podzim/2020) Situaci změnila dále pandemie Covid 19. Podle Národního ústavu pro duševní zdraví, který zkoumal vliv koronavirové pandemie na Čechy, byl nárůst duševních onemocnění u dospělých o 30 %. Vzhledem k poddimenzovanosti oblasti péče o duševní zdraví v rámci státního zdravotnictví byla realita taková, že nebylo možno uspokojit poptávku již během první vlny pandemie. Stávalo se, že docházelo k výpadkům telefonických krizových linek. Na osobní návštěvu u vyškoleného odborníka „na pojišťovnu „se čekalo i několik měsíců. V srpnu 2020 je ve statistikách z odborných kruhů psychiatrie uvedeno, že v českých ambulancích pracovalo 1075 psychiatrů a 759 klinických psychologů. Soukromé praxe psychoterapeutů stát

neviduje. Podle odhadu je to něco mezi 1200-1500 profesionály. (NÚDZ,2022) V ČR je tedy k dispozici průměrně 21 odborníků na 100000 obyvatel. Laická veřejnost na internetu nejvíce vyhledává služby psychologa a psychiatra. Mnohdy ale mnozí neumí rozlišit, kdo z nich má jaké kompetence. Pomoc pro laickou veřejnost se tedy přesunula do on-line prostoru, kde zároveň působí nevyškolení lidé, kteří mnohdy mohou způsobit v této oblasti laické veřejnosti mnoho dalších problémů. Ani třicet let po revoluci v Česku není k dispozici registr kvalifikovaných psychoterapeutů. (ÚZIS, 2021) Na které by veřejnost z řad laiků mohla obracet. Kdo je tedy kompetentní? Psychoterapii, kterou laická veřejnost vyhledává nejvíce, poskytují kliničtí psychologové, kteří se sdružují v Asociaci klinických psychologů, dále pak psychiatři s psychoterapeutickým vzděláním ve zdravotnických i nezdravotnických zařízeních, psychoterapeuti s živnostenským oprávněním-soukromé praxe se sdružují v České asociaci pro psychoterapii, jejímž členem může být i klinický psycholog. Každá poskytovaná psychoterapie by měla být o pravidelnosti, pokud má pacientovi, nebo klientovi přinášet efektivní zlepšení jeho zdravotního stavu a správný náhled na řešené situace v jeho psychoterapii. Z jednou výhod soukromých psychoterapeutů je možnost čtenějšího pravidelného setkávání a široká nabídka psychoterapeutických přístupů. Ve státním zdravotnickém systému u pravidelných probíhajících psychoterapií jsou objednací lhůty z hlediska času, delší. Autorka, která danou problematiku popisuje, čerpala informace od psychologů ve státních zdravotnických zařízeních. (Psychologie Dnes5/2021)

Autorka porovnává ve svém článku výkon profese psychiatra, klinického psychologa, psychoterapeuta ve státních zdravotnických zařízeních a soukromých praxích. Vychází z dat ze státních zdravotnických zařízení a jejich kvalifikačních standardů, které jsou jasně definovány pro výkon psychiatrie, klinické psychologie i psychoterapie. A občanského zákoníku péče o zdraví paragraf 2636 kde je v základním ustanovení v hlavě 1,2 právní vymezení psychoterapie, která je realizována v soukromém sektoru. **Základní ustanovení hlava 1** Smlouvu o péči o zdraví se poskytovatel vůči příkazci zavazuje pečovat v rámci svého povolání nebo předmětu činnosti o zdraví ošetřovaného, ať již je jím příkazce nebo třetí osoba. **Základní ustanovení hlava 2** Příkazce zaplatí poskytovateli odměnu, je-li to

ujednáno: to neplatí, stanoví-li jiný právní předpis, že se péče o zdraví hradí výlučně z jiných zdrojů. (Občanský zákoník paragraf 2636)

1.2 Role zdravotních pojišťoven v léčbě duševních onemocnění

Dostupnost psychoterapeutické péče zabezpečuje 7 zdravotních pojišťoven, z nichž je největší VZP-60% podílu na trhu. V roce 2019 vynaložila na psychoterapeutické kódy (individuální, rodinné, skupinové, aj.) 469 milionů Kč což je 0,25 % celkových nákladů na zdravotní péči. VZP v prosinci 2020 na základě rozhodnutí Rady vlády pro duševní zdraví začala realizovat pilotní program psychosociální podpory. Tento program umožňuje pojištěnci čerpat 10 sezení v hodnotě 7000 Kč u kvalifikovaných soukromých psychoterapeutů. (Ročenka VZP, 2019) Širší zapojení odborníků ze soukromého sektoru do státního systému by mohlo přinést výrazně větší dostupnost psychoterapeutické péče. Tento výčet dat je kvalifikovaným odhadem autorky Dominiky Čechové, která je členkou výboru České asociace pro psychoterapii. Věnuje se výzkumu a publikační činnosti v oblasti výkonu psychoterapie v ČR. Uvedená data prezentovala na 8. konferenci České asociace pro psychoterapii v listopadu 2020. (ČAP, 2020)

Lůžková zařízení psychiatrické péče a ordinace psychiatrické péče s uvedenými adresami i kontakty jsou přehledně uvedeny na webu České psychiatrické společnosti, z. s. U každého zařízení pro psychiatrickou péči jsou uvedeny i aktivizační činnosti a terapie, které zařízení může nabídnout jako doplněk k poskytované péči o duševně nemocného pacienta. Mezi tyto aktivizační činnosti a terapie patří např. léčba prací – pracovní terapie, což je vytváření různých výrobků z keramiky, nebo proutí, je to i práce na zahradě, muzikoterapie, taneční terapie, dramaterapie, arteterapie, canisterapie. Jednou z rolí, kterou naplňuje při výkonu své profese s pacientem, nebo klientem zdravotně sociální pracovník je edukace pacienta/klienta a jeho rodiny. Při příjmu pacienta/klienta do zdravotnického zařízení může nabídnout a doporučit tyto výše zmíněné formy terapie, které zdravotnické zařízení poskytuje. To se týká i při ukončení léčby pacienta/klienta, kdy se snaží zdravotně sociální pracovník poskytnout a nabídnout informace o poskytované následné péči při návratu pacienta/klienta do jeho prostředí. K vyhledávaným a navštěvovaným terapiím, po dobu hospitalizace mezi

pacienty patří, muzikoterapie, taneční terapie, arteterapie, canisterapie a dramaterapie.

1.2.1 Význam a přínos dramaterapie

Dramaterapie je popisována jako expresivní psychoterapeutická disciplína využívající dramatických a divadelních prostředků i postupů. Tato terapie se velmi často používá k přehrávání tzv. psychodramatu, kdy jsou jednotlivým pacientům rozdány role, které hrají a při jejich produkci dochází k zvědomení daného problému, který duševně nemocný pacient řeší. Je realizována jako součást léčby např. v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži na oddělení 18. B. (Psychiatrie pro praxi, 2022)

1.2.2 Význam muzikoterapie a taneční terapie

Muzikoterapie je moderní metodou psychoterapie. V současné době se aktivně používá v Anglii, Německu, Rakousku, Itálii, Francii, Kanadě a USA. Za poslední desetiletí v České republice vzrostl zájem o muzikoterapii, především v oblasti medicíny. Muzikoterapie je velmi účinná metoda při léčbě různých psychosomatických potíží, komunikačních problémů, poruch spánku. Ve formě taneční terapie je schopna zlepšit tělesnou kondici a přispět ke zvýšení sebevědomí. Ve formě zvuk terapie a imaginace s hudbou podporuje pozitivní myšlení, mění pohled na svět. (Psychiatrie pro praxi, 2022)

1.2.3 Význam arteterapie

Česká art terapeutická asociace definuje arteterapii jako léčebný postup, který využívá výtvarného projektu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům. Jindy je pojímána jako svébytný obor.

(Psychiatrie pro praxi, 2022) V Psychiatrické nemocnici v Kroměříži má dlouholetou tradici. Do povědomí laické veřejnosti ve městě Kroměříž vešla svými

výstavami duševně nemocných pacientů s názvem“ Umění je stav duše“. Výstavy se konají každé dva roky v muzeu města Kroměříž.

1.2.4 Význam Canisterapie

Z vlastní praxe autorky práce můžeme konstatovat, že canisterapie je označení pro formu terapie léčby mimo jiné i u osob s duševním onemocněním, kde se využívá také jako forma rehabilitace. Fyzický kontakt se psem vede ke zlepšení nálady, může zmírnit depresi. Canisterapii poskytují canisterapeutické týmy, což je psovod a jeho speciálně vycvičený pes, který je certifikovaný canisterapeutickou zkouškou. Tato terapie je většinou poskytována ve formě dobrovolnictví při dobrovolnických centrech, kde je možné získat kontakty a canisterapii realizovat, v zařízení, které o to požádá.

2 REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Ministerstvo zdravotnictví připravilo a v postupných krocích realizuje transformaci psychiatrické péče v České republice s cílem modernizovat celý systém a zvýšit kvalitu péče o pacienty. (Reforma psychiatrie, 2022) Reforma zajišťuje přesun léčby z velkých institucí do personálně lépe zajištěných lokálních center a je podpořena projektem Evropské unie. Psychiatrická péče nedoznala od devadesátých let minulého století žádných významných systémových změn. Duševní onemocnění jsou přitom nejčastějším důvodem pro přiznání invalidního důchodu a jejich výskyt má trvale stoupající charakter. Podle odhadu Světové zdravotnické organizace (WHO) se duševní onemocnění v dalších desetiletích stanou nejvýznamnějším zdravotním problémem. (WHO, 2022) Velká část pacientů je stále umisťována do psychiatrických léčeben. Zájmem odborníků je přenést péči do komunity, aby pacienti mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Ze studií metodické příručky pro evidenci respektující rozvoj psychiatrické péče vyplývá, že kvalita života v chráněném bydlení je výrazně lepší než v psychiatrických léčebnách, zejména co se týče sociálního začlenění pacientů. (NÚDZ, 2022) Systém psychiatrické péče stále trpí nedostatkem denních stacionářů, krizových center, mobilních týmů chráněných bydlení a komunitních zařízení jako je např. Fokus Labe. (Fokus Labe, 2022)

Centra krizové péče v nemocnicích

Autoři odborného periodika Česká a Slovenská Psychiatrie uvádí, že jednou z aktuálních oblastí, do nichž pronikla transformace psychiatrické péče je oblast krizové péče, a to hned ve dvou rovinách. Byl připraven Koncept krizové péče definující rozvoj krizové péče jako celku, kdy bylo rozhodnuto nezávisle Radou vlády pro duševní zdraví o přednostním vzniku tzv. center krizové péče v jedné nemocnici každého kraje. Jejich vznik si vyžádala naléhavá situace po prvních vlnách pandemie, která přinesla zvýšenou poptávku po podpůrných psychoterapeutických i psychiatrických službách. (ČLS JEP, SLS 2/2022) Pod vlivem těchto událostí se hledala zkratka, jak realizaci center krizové péče v nemocnicích urychlit. Ta byla nalezena v možnostech usměrňovat rozvoj velkých zdravotnických zařízení, ať už systémem finančních pobídek, či přímým vlivem

zřizovatelů. Vznikl tak materiál nazvaný „Páteří síť center krizové péče“.

Obsahem tohoto materiálu jsou tři stupně poskytování krizové péče v nemocnici, které řeší zásadní a konkrétní věci jako jsou úhrady za výkon, režim pracovní doby (v jaké časové intenzitě bude krizová péče poskytována), selektování pacientů s duševním onemocněním dle stupně naléhavosti, nebo pacientů u kterých, by se vlivem událostí, kterými prochází, mohlo duševní onemocnění teprve rozvinout- jde o včasné zachycení takovýchto osob v raném stádiu, kdy ještě duševní onemocnění plně nepropuklo, ale je v jeho počáteční fázi. (ČLS JEP, SLS 2/2022) V I. stupni této krizové péče jde o poskytování krizové podpory vyškoleným pracovníkem- fyzická a telefonická krizová péče v režimu 24/7. Ve II. stupni by měla být poskytována krizová péče nad rámec stupně prvního, kdy je k dispozici i psychologická ordinace pracující v režimu 8-22/7. Ve III. stupni je poskytována krizová péče ve stejném rozsahu jako ve stupni II. navíc je k dispozici 6 krizových lůžek. Personální zajištění takto poskytované krizové péče je ale velmi problematické, vzhledem k tomu, že požadavky na vzdělávání pracovníků jsou nevyvážené a navrhované finanční úhrady nedostatečné. Přijatý návrh řešení však není dostatečně koncepční a jeho realizace v „doslovné podobě“ by přinesla řadu organizačních zmatků pro zdravotnická zařízení i osoby v krizi. (ČLS JEP, SLS 2/2022)

Koncept krizové péče, který připravila Asociace center denních stacionářů a krizových center se nyní projednává na ministerstvu zdravotnictví i mezi resortně s dalšími ministerstvy. Jejich úkolem by mělo být poskytování základní krizové triáže a vlastní krizové intervence. V Konceptu se uvádí, že by měla být napojena na zdravotnické interventy IZS, linky důvěry, praktické lékaře, triážové sestry urgentních příjmů nemocnic, psychiatrické pohotovostní služby a lůžková zařízení, ambulantní sociální, psychiatrické a psychologické služby, co se týče návazné

péče. Koordinace a podpora vzniku těchto služeb by měla probíhat na úrovni kraje se zapojením zdravotních pojišťoven. (ČLS JEP, SLS 2/2022)

2.1 Směrování České psychiatrie-zamyšlení prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.

Autor článku si klade otázku, jaké jsou vyhlídky české psychiatrie pro 21. století? K tomuto tématu uvádí následující myšlenky. Popisuje, jak obor psychiatrie prodělává zásadní změny v několika v oblastech jako je koncepce, diagnostika, terapie, organizace péče, výzkum a výuka. Dále autor uvádí, že jsme svědky sblížení biologického a psychoterapeutického pojetí duševních poruch.

Prezentuje, že hranice mezi „práškaři“ a „duchaři“ se vytrácí zejména v nejmladší generaci (mnozí farmakologicky orientovaní psychiatři absolvují psychoterapeutické tréninky). (Höschl, 2022) Autor uvádí, že Organopatologický koncept kauzality duševních poruch, který pojímá vztahy příčin a následků podobně jako u infekčních poruch, a naopak psychologizující interpretace poruch s jasným somatickým podkladem jsou nahrazeny širším chápáním kauzality jako složitějšího systému vloh a činitelů zevního prostředí, jaké převládá například v onkologii, nebo u kardiovaskulárních poruch. (Höschl, 2022)

Dále se autor vyjadřuje, že s rostoucími poznatky o struktuře a funkci mozku se bude dále stírat rozdíl mezi „organickým“, „funkčním“, „biologickým“, a „psychologickým“. Autor hovoří o tom, že v dobrém i ve zlém se mění celá ideologie medicíny. (Höschl, 2022) Dále autor popisuje současný stav a uvádí, že zodpovědnost za povinnou léčbu se přesouvá z lékaře na osobní zodpovědnost jedince, povinnost žít se mění v právo zemřít, sociální soustavy se proměňují v systémy placené péče, potlačení choroby se mění na potlačení bolesti a zajištění kvality života, pokus vymýtit choroby se mění ve snahu nějak s chorobami zacházet. Nařízení a vyhlášky jsou nahrazeny péčí na žádost pacienta. Dále autor uvádí, že až v 90. letech se k nám se zpožděním dostaly operacionální psychiatrické systémy (jako Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace-DSM III a DSM IV, které třídí duševní poruchy na způsob klíče k určování rostlin. Tyto systémy nesmírně zlepšily mezinárodní porozumění ve výzkumu duševních poruch (zvýšily diagnostickou spolehlivost), na druhé straně však snížily diagnostickou platnost, neboť pro neúplné pokrytí problémového pole doloženými

znalostmi zcela ignorovaly to, co je již v oblasti biologie, genetiky, farmakoterapie i psychoterapie duševních poruch známo. Autor uvádí a popisuje budoucnost oboru psychiatrie následujícím způsobem. Uvádí, že je pravděpodobné, že se vyvinou zřejmě diagnostické systémy, které nové poznatky z neurofyzologie, neuroanatomie, neurochemie a genetiky opět zabudují do klasifikace. Hovoří o tom, že si ovšem nelze představit, že by takový vývoj mohl nastat izolovaně v jedné zemi. I zde se projevuje globalizace společnosti 21. století. Příznivě se mění profil léčebného působení farmak proti schizofrenii a na obzoru jsou alternativní léčebné postupy ke zvládnání deprese. Autor ve svém zamyšlení nad danou problematikou vyzdvihuje a oceňuje Český výzkum. Uvádí, že se Český výzkum, podílí jednak na klinických psychofarmakologických studiích nových léků s netradičními mechanismy účinku, jednak přispívá k poznatkům složité patofyziologie mozku. Psychiatrické Centrum Praha koordinovalo počátkem 90. let největší psychofarmakologickou studii, jaká kdy byla do zemí střední a východní Evropy zadána (srovnání anti psychotického léku olanzapinu fy Eli Lilly, USA, s haloperidolem). Autor hovoří o tom, že data na výstupu české větve byla vyhodnocena jako nejkvalitnější, jaké kdy firma získala mimo území USA. V Čechách se na základě poznatků chronobiologie zkoušela léčba světlem, již v 80. letech (J. Praško, P. Mohr). Dodnes zde probíhají studie kombinované léčby světlem, léky a psychoterapií. Vývoj v oboru psychiatrie autor popisuje tak, že lze předvídat, že léčebné postupy v nadcházejících letech budou více úroňové a budou kombinovat psychofarmakologii, kognitivně – behaviorální psychoterapii, léčbu světlem a zřejmě i trans kraniální magnetickou stimulaci. Dále autor hovoří o tom, že se do psychiatrie v nové podobě vrací i „bylinkářství“, fototerapie (například *Ginkgo biloba* a třezalka, *Hypeticum perforatum*). Dále autor uvádí, že v delší perspektivě se i v psychiatrii očekává uplatnění genetického inženýrství. Zmiňuje se, že na stránkách časopisu Psychiatrie řídí Jaromír Švestka vynikající rubriku“ Nová psychofarmaka“, která svým hlubokým zaměřením připravuje další generaci českých psychofarmakologů. (Höschl, 2022) Dále autor popisuje osobnost ředitele psychiatrické nemocnice v dějinném kontextu a z pohledu profesního nastavení na této pozici.

Typickým ředitelem psychiatrické nemocnice byl v USA v 60. letech psychoanalytik, v 70. letech biologický psychiatr a v 90. letech manažer.

S výjimkou psychoanalytiků lze podobný vývoj předpokládat i u nás, avšak s fázovým zpožděním. V nadcházejících letech u nás dojde k dalšímu snížení počtu psychiatrických lůžek, k diferenciaci péče, tj, dalšímu vnitřnímu členění například na akutní a následnou péči, k rozvoji komunitní péče a k vydělování specializovaných institucí jako jsou denní stacionáře a krizová střediska. Čeští psychiatři se aktivně podílejí na celosvětovém hnutí za stigmatizaci duševně nemocných. (Höschl, 2022)

2.2 Duševní onemocnění, dělení psychotických poruch, symptomy, léčba a prognóza

Definice psychózy- „*Jako psychózu označujeme takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit našeho duševního života.*“ (Praško a kol., 2001, s. 14) Psychóza je samotnými nemocnými popisována jako stav, kdy dochází k poruše kontaktu s reálným světem. Můžeme to chápat tak, že v psychóze jinak vnímáme, myslíme a prožíváme. Je to tzv. svět v nás, který si pod vlivem onemocnění psychózou nemocný uvnitř sebe vytváří a tím dochází ke střetu se světem reálným. Nemocnému je tak odebrána možnost vlivem onemocnění, porozumět si s ostatními lidmi, který obraz reálného světa kolem nich vidí podobně. Kolektiv autorů rozděluje psychotické poruchy do tří základních skupin. Organické (způsobené zjistitelným poškozením mozkové tkáně), - **toxické** (způsobené ovlivněním činnosti mozkové tkáně specifickou chemickou sloučeninou, např. LSD, amfetamin, nebo THC) – **funkční** (na počátku je neprovází žádné zjistitelné a typické poškození, nebo ovlivnění činnosti mozkové tkáně). (Doubek, Praško, Hons, Herman, 2010). Vzhledem k tomu, že v praktické části bakalářské práce jsme realizovali rozhovory

s pacienty z okruhu psychóz, které spadají do psychóz funkčních, uvedeme zde, jejich základní rozdělení a poté se tematicky dotkneme schizofrenie.

Funkční psychózy dělíme na schizofrenii, akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy, porucha s bludy, schizoafektivní porucha, schizotypální poruchy.

Definice a rozdělení Schizofrenie – slovo schizofrenie je řeckého původu „schizo“, které znamená štěpit a „phren“, které znamená rozum a myšlení. (Doubek a kol., 2010) Schizofrenie je vázána na hluboké narušení reality, na pocity úzkosti, zmatku, neskutečnosti, vztahovačnosti. Pacient žije svůj fantazijní svět plný halucinací, vidin a neskutečných prožitků, přihlíží změnám svého těla a uniká přeludům za cílem uniknout kosmickým silám. Osobnost ztrácí souvislost s okolím, nemocný se vzdaluje svým blízkým a skutečnému světu. (Kalina, 2001)
Základními typy schizofrenie jsou: - Paranoidní, Hebefrenní, Katatonní, Simplexní (Vágnerová, 2004)

Základní psychiatrické příznaky- „*Iluze a halucinace, které se rozdělují podle smyslů na zrakové (vizuální), sluchové (auditivní), čichové (olfaktorické), chuťové (gusta torické), hmatové (taktilní) a orgánové (viscerální).*“ (Kučerová, 2018, s. 23)

Člověk, který onemocněl schizofrenií, se pozná podle vnějších projevů jeho chování. Akutního příznaky onemocnění mohou vypadat například takto, ale mohou s mnohým odlišovat. Odlišení příznaků a projevů nemoci můžeme připisovat i osobnostnímu nastavení člověka, který touto nemocí onemocněl. Nemocný člověk, u kterého propukla akutní fáze (ataka) onemocnění: **je nervózní, mluví nesouvisle, mění rychle plány, často se něčeho bojí, je napjatý, úzkostný, mluví o ohrožení, pomlouvání apod. Někdy si povídá sám pro sebe, přestává komunikovat s nejbližšími, je nesoustředěný, špatně spí. Přestává dbát o svůj vzhled, oblečení, osobní hygienu. Přestává chodit do práce (nebo ji nezvládá), izoluje se doma ve svém vnitřním světě, nenakupuje, neuklízí a nevaří.** (Fokus Labe, 2022)

Tyto výše popsané příznaky onemocnění se odlišují podle toho, jakým typem schizofrenie daný člověk onemocněl. Toto určí až odborný lékař psychiatr na základě svých vstupních vyšetření.

Mezi faktory, které mohou vyvolat toto onemocnění, patří **genetická dispozice**

k onemocnění podíl **biologických, psychologických a sociálních** vlivů. U každého člověka jsou tzv. spouštěči nemoci jiné aspekty jeho života. Jako příklad můžeme uvést těžký porod, neuspokojivé rodinné zázemí, situační zátěže, mezi něž patří (maturita, partnerský vztah apod.)

Biologické faktory-V případě schizofrenie hraje důležitou roli chemická látka Dopamin, ten se podílí na fungování lidského mozku jako přenašeč vzruchů/informací mezi jednotlivými nervovými buňkami. Pokud je dopaminu mezi buňkami nadbytek, cítí se buňky "zahlceny", nedokáží signály zpracovávat a začínají fungovat chaoticky. Na vznik onemocnění mají vliv dědičnost, porodní komplikace, těžké nemoci v dětství, špatná výživa, růst a hormonální změny v pubertě a dospívání, zneužívání drog včetně alkoholu.
(Fokus Labe, 2022)

Psychologické faktory-lidé kteří onemocní schizofrenií, byli již dříve, před vypuknutím nemoci uzavření, plaší, úzkostní, zvýšeně citliví na konflikty. U mladých lidí v období dospívání může docházet k dramatickým změnám v prožívání. Jejich identita a dosavadní vnitřní jistoty mohou být otřeseny jak nároky ze strany společnosti, tak nároky rodičů. Toto může vést u mladých nezralých lidí k vnitřním i vnějším konfliktům. Pod vlivem takového napětí i stresu může dojít k propuknutí onemocnění. (Fokus Labe, 2022)

Sociální faktory-velký význam na vzniku onemocnění eventuálně jeho léčení má prostředí, v němž člověk žije. Ať už se jedná o rodinu, přátele, školu, zaměstnání, finanční zabezpečení, bydlení a jiné. Z těchto zdrojů může nemocný mít užitek pro, nebo ho mohou naopak dostávat do stále opakující se spirály nemoci. Všechny tyto zmíněné faktory ovlivňují celkový životní pocit pohody, nebo naopak.

Konkrétní příklady v oblasti rodiny mohou být – příliš přísná kritika, (rodiče vůči dětem). Dále pak nepříznivé poměry v rodině, uměle udržovaná pohoda za cenu zastírání konfliktů, ztráta blízkých osob, zanedbávání výchovy, týrání, sexuální zneužívání.

Konkrétní příklady v oblasti škola, práce a bydlení – napětí ze zkoušek, šikana a izolace kvůli náboženským a rasovým předsudkům, nároky v zaměstnání, obavy

z jeho ztráty a z toho pramenící nezaměstnanost. V oblasti bydlení je to hmotná nouze, nedostatek soukromí, osamělost. (Fokus Labe, 2022)

Léčba schizofrenie

Schizofrenie se liší podle fáze onemocnění, ve které se nemocný nachází, a podle dalšího postižení. Dále kolektiv autorů uvádí, že akutní stavy onemocnění vyžadují nasazení psychofarmak. Hovoří o tom, že v současné době máme k dispozici k léčbě Klasická antipsychotika, Atypická antipsychotika a Depotní antipsychotika. Kolektiv autorů popisuje, že Klasická Antipsychotika tzv. léky 1. generace bohužel u nemocných vykazují nežádoucí vedlejší účinky, mezi které patří například svalový třes, pocit ztuhlosti svalů, snížení gestikulace a mimiky, mimovolní pohyby v oblasti očí a úst. Tyto nežádoucí vedlejší účinky mnohdy nemocné vedou k tomu, že po uplynutí hospitalizace léky přestanou pravidelně užívat bez porady se svým odborným lékařem. Vzhledem k této popsané realitě je důležitá edukace nemocného i jeho rodiny. Edukaci provádí celý tým zdravotnického personálu kolem hospitalizovaného pacienta včetně zdravotně sociálních pracovníků. Antipsychotika 2. generace již nevykazují tolik nepříznivých vedlejších účinků, jako Klasická Antipsychotika. Díky svým léčebným vlastnostem, a právě menšímu výskytu nežádoucích vedlejších účinků přispívají ke zlepšení kvality života nemocných pacientů. Mezi známá Antipsychotika 2. generace patří například lék s obchodním názvem Zyprexa, Risperidal, Leponex, a jiné. (Praško a kol., 2010)

Důležité otázky z pohledu nemocného pacienta, které je vhodné s pacientem v rozhovoru probrat při edukaci pacienta a jeho návratu do domácího prostředí. Rozhovoru lékař + pacient se může zúčastnit i zdravotně sociální pracovník, který řeší pacientův návrat do domácího prostředí v mnoha oblastech.

Jak dlouho bude lék užívat, než začne působit? Na koho se má obrátit, pokud se u něho projeví nežádoucí vedlejší účinky? Jaká jsou rizika při užívání tohoto léku?

Na které symptomy nemoci bude lék působit? Jak mu konkrétně lék pomůže při jeho onemocnění? Co se může stát při náhlém vysazení léku

Další formou léčby schizofrenie je psychoterapie a její psychoterapeutické přístupy-mezi ně patří individuální i skupinová terapie, kognitivně behaviorální terapie. Velký význam má rodinná terapie, kdy rodina vesměs není připravena na návrat svého blízkého z psychiatrické nemocnice po uplynutí jeho hospitalizace. Psycho edukace nemocného a jeho rodiny je důležitou součástí celého procesu léčby během hospitalizace i po jejím uplynutí. Psycho edukací nemocného pacienta a jeho rodiny se snažíme částečně zabránit tzv. relapsu (návratu) onemocnění pacienta. Mezi strategie pro prevenci relapsu (návratu) onemocnění patří snížení negativních vlivů okolí, kterým může být například problém s bydlením, chaotický životní styl, nejasné mezilidské vztahy (potřeba k někomu patřit a někam patřit), stres, samota, snížení nebo vysazení medikace, prázdný a nenaplněný volný čas a včasné rozpoznání příznaků relapsu (návratu) onemocnění. (Praško, Hons a Herman, 2010)

Stigmatizace – obava z nálepky duševní nemoci. *“Stigma se mnohdy stává hlavní příčinou sociální izolace, neschopnosti najít si práci, užívání alkoholu a drog, bezdomovectví a nadměrné snahy o řešení situace v rámci uzavřených oddělení psychiatrických klinik a léčeben – to vše snižuje šance na vyléčení.”* (Praško, Hons a Herman, 2010, s. 34)

Prognóza onemocnění – domníváme se, že pokud se nemocnému podaří ve spolupráci s odborným personálem navázat dobrou komunikaci, která povede ke vzájemné důvěře a respektu, může pacient s duševním onemocněním počítat s příznivým průběhem celého procesu léčby. Z jedním dalších důležitých faktorů, které ovlivňují prognózu duševního onemocnění po ukončení hospitalizace, je podpora pacienta v jeho prostředí (rodina, přátelé, návazné sociální služby, mezi které patří sociální rehabilitace, centra duševního zdraví.) Důležitým předpokladem pro další kvalitní život pacienta, je on sám. Záleží, jak se dokáže vyrovnat se stigmatem nemoci, jestli dokáže zpracovat téma hledání viníka nemoci, eventuálně její popírání. Zdali zvládne dodržovat pravidelný denní režim, který bývá pro mnohé pacienty s duševním onemocněním velkým problémem, ve kterém potřebují podporu a pomoc.

Každý člověk je individuální osobností a mnozí z řad duševně nemocných pacientů nemají kvalitní sociální oporu při návratu z hospitalizace v psychiatrické nemocnici, která je tak důležitá k příznivé prognóze onemocnění. Osobnost, vůle a postoj pacienta k jeho nemoci sehrávají důležitou roli v jeho návratu do života, který je nemocí změněn ve své kvalitě, na kterou byl pacient zvyklý, před vypuknutí nemoci. Léčba duševního onemocnění bývá většinou dlouhodobá, ale časové úseky, kdy je pacient zcela bez jeho příznaků, které se odborně nazývá fází Remise, může žít svou kvalitou života, kterou si zvolí vzhledem k limitům, které mu nemoc vytvořila.

3 KVALITA ŽIVOTA

Úvodem ke kapitole kvalita života, bych chtěla poukázat, že většina povolání určitým způsobem slouží blahu a prospěchu lidí. Ať je to výkon profese lékařů, duchovních učitelů, psychologů i sociálních pracovníků, zahrnuje vždy komunikaci s lidmi nešťastnými, nemocnými, nebo těmi, kteří ztratili orientaci.“ V sociální práci je třeba často jednat proti vůli klienta, který nebývá vždy schopen sám rozeznat, co je pro něj dobré.“ (Guggenbuhl-Craig, 2007) Tento poznatek autora je ale v rozporu se standardy kvality sociálních služeb, které se zavazují k respektujícímu vztahu odborníka v jednání vůči klientovi. Autor si toto uvědomuje, ale i tak zmiňuje, že třetí plochou v komunikaci a práci s těmito lidmi je právě prosazování pohledu odborníka na určitý klientův, nebo pacientův problém. Ke klientovi, nebo pacientovi je potřeba formou metody sociální práce přistupovat, tak, aby byl schopen za vnímat problém, který potřebuje řešit, a tyto třetí plochy v komunikaci s ním nemusí vůbec nastat. Ve své diplomové práci a při svém výzkumu, který se zabýval kvalitou života osob s duševním onemocněním, autorka Henzlová uvádí, že kvalita života je u všech typů duševních poruch, díky jejich projevům snížena v oblastech mezilidských vztahů a komunikace, omezenou schopností fungovat ve společnosti, snížením pracovní i sociální adaptace, schopností naplnit své sociální role, nebo v nich obstát. V důsledku sociální izolace, která vede ke ztrátě motivace a následné apatii. Abychom dosáhli zlepšení kvality života těchto lidí, potřebují naši intenzivní pomoc a podporu. (Henzlová, 2007) Spokojenost s kvalitou života, můžeme měřit různými indikátory. Zjednodušeně lze říci, že se jedná o tělesnou, duševní a sociální pohodu člověka-zdraví, spokojenost z práce, ekonomický dostatek, funkční sociální vazby a příjemné životní prostředí. (Čr2030, 2022) kvality života se pravidelně zabývá Úřad vlády ČR ve svých studiích, které můžeme najít v případě zájmu na odkazech k tomu vytvořených. Indikátory kvality života v oblasti zdraví najdeme v tomto dostupném zdroji. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2022)

Indikátory kvality života, tak jak se nad nimi zamýšlí autor, následujícího textu. Autor uvádí, že kvalitu života, každý z nás vnímáme z jiného úhlu pohledu. Radí a vyzývá, abychom se snažili opustit svou mysl a více vnímali své smysly. (de Mello, 2004)

Dál pokračuje, že tím je pro mnohé z nás, dobrá a zdravá výživa, pozitivní smysly a pozitivní mysl. Dále autor uvádí, další výčet toho, jak on sám vnímá kvalitu života a zamýšlí se nad tímto tématem v různých souvislostech. Uvádí, že se bohužel lidé zbláznili a jsou čím dál závislejší, protože si neumějí vychutnat dary života. A tak se honí za stále většími umělými dráždidly. (de Mello, 2004)

Žijeme své životy v určitém rytmu, zaběhnutém stereotypu do té doby, než do nich vstoupí změna. Co přináší člověku do kvality jeho života změna, která má název duševní nemoc se nyní budu snažit popsat v dalších částech této bakalářské práce.

To, jak vnímáme kvalitu našeho života, ovlivňuje uspokojování našich potřeb na úrovni fyzické, psychické, mentální, spirituální. Americký klinický psycholog Abraham Maslow je tvůrcem hierarchického systému potřeb, tzv. Maslowovy pyramidy potřeb, ve které podrobně popsal a vysvětlil fungování mezi potřebami vyššími a nižšími. Kde uvádí, že až po uspokojení nižších potřeb (kam řadíme fyziologické potřeby a zdraví) jsme schopni uspokojit potřebu vývojově nejvyšší, kterou je seberealizace. (Maslowova pyramida potřeb, 2022)

Představitel individuální psychologie, vídeňský lékař A. Adler považoval za nejvýznamnější motiv lidského jednání potřebu dosáhnout úspěchu. Autorka uvádí, že ve svých úvahách pracoval nejenom s pojmem potřeby sebeprosazení a úspěchu, ale také s variantou jejího neuspokojení, prožitkem neúspěchu, který vede ke vzniku pocitů méněcennosti. (Vágnerová, 2004)

Autorka kvalifikační práce na téma vnímání kvality života osob s duševním onemocněním se ve své práci zmiňuje, že výzkumný medicínský přístup ke kvalitě života realizuje WHO projektem WHOQOL (1997), který vychází koncepce, kde kvalita života je reprezentována v šesti doménách. **Zdraví, psychický stav, stupeň nezávislosti, sociální vztahy, environment, spiritualita, osobní přesvědčení.** (Bartošíková, 2013)

Řada z výše jmenovaných psychologů (Freud, Maslow) upozorňuje na důležitost uspokojování potřeb pro pocit pohody (well-being). Autor uvádí, že neuspokojená potřeba se projevuje určitým napětím (frustrací), která snižuje pocit pohody. Oproti tomu potřeba uspokojená (saturace), vede ke zvýšení pocitu osobní pohody. (Křivohlavý, 2004) Mezi faktory, které ovlivňují subjektivní pocit pohody, patří genetické předpoklady, temperament a celkové postoje člověka, to, jak se staví ke světu a ke svému životu. Můžeme říci jeho „vidění světa a života“. Při psychologických průzkumech s prokázalo, že někteří lidé, když mají říci něco o svém životě povědět, jsou rozdílní v prezentaci prožitých zkušeností, Jednou skupinou jsou ti, kteří začnou hovořit o svých negativních životních zkušenostech, skupina druhá, hovoří a zaměřuje se na to, co pozitivního v životě prožili. *“Snyder ukázal, že se toto zaměření projevuje i tam, kde se měří naděje jako životní postoj.”* (Křivohlavý, 2004, s. 186) Autor popisuje, že při diagnostikování tzv. dispozičního optimismu, bylo prokázáno, že i při

zvládnání obtížných úkolů, je síla vlivu postoje daného člověka ke světu a životu mimořádně důležitým faktorem ovlivňující jeho subjektivní pocit pohody, tzn. jak se dobře, či naopak špatně cítí, a do jaké míry to na něho působí. (Křivohlavý, 2004)

Autorka uvádí, že na základě zkušenosti, na níž se podílí i sociální prostředí, si každý jedinec vytváří sebehodnocení. To se projevuje jak ve vztahu ke světu, tak ve vztahu k sobě a tím i v představě o dosažitelných cílech vlastního jednání. Člověk potřebuje překonat pocity méněcennosti, aby získal potřebné sebevědomí. (Vágnerová, 2004). Sebevědomí, vědomí vlastní hodnoty se utváří již od dětství. Věty typu: „Snaž se uspět, ale já vím, že se ti to stejně nepovede.“ Člověku v mnohém uškodí v pohledu nazírání na sebe samotného, způsobí jeho nedůvěru v sebe sama i v okolní svět. (Forwardová, Buck, 2008). Proto je pro život člověka důležitý výběr cílů osobního snažení a snů, které si chce ve svém životě naplnit. *“ Nadějně myšlenky mění způsob vidění a interpretace chyby, kterou jsme udělali. Když se vyskytnou překážky na cestě k vytyčenému cíli – a ty se vyskytnou vždy, pak je člověk silnější, naději chápe jako výzvu, a ne jako konec nadějí. Naděje přináší světlo, které se vynořuje, tam, kde panuje šero, tma a deprese. “* (Křivohlavý, 2004 et. Cheavans, 2000, s. 58) Mezi další odborníky, kteří se zabývali utrpením v životě, jeho smyslem a motivací pro budoucí život patří vídeňský psychiatr Viktor Frankl.

Vídeňský psychiatr Viktor Frankl, zakladatel logoterapeutického směru, považoval za nejvýznamnější, potřebu smyslu života. Podle Frankla má každá nová situace svůj specifický smysl, který je třeba objevit. Smysl života pro něj není jen abstraktním pojmem, ale potřebou, která má konkrétní obsah. Štěstí lze nalézt jen objevením smyslu života, je důkazem dosažení tohoto cíle. (Frankl, 1994). Frankl uvádí, že je člověk může dosáhnout třemi způsoby.

Těmito třemi způsoby jsou podle Frankla-skutky, zážitky pravých hodnot, utrpení.

Svámi skutky, které mají nějakou hodnotu i pro druhé. Pokud by byly zaměřeny jen na osobní uspokojení, tak tuto hodnotu ztrácejí.

Zážitky pravých hodnot – jsou nějak spojeny s láskou, respektive s pozitivním a akceptujícím postojem ke světu.

Utrpením-důraz na smysl utrpení vyplývá do značné míry z Franklových osobních zkušeností, z jeho pobytu v koncentračním táboře za 2. světové války, kdy se tuto zátěž snažil zvládnout právě prostřednictvím hledání jejího možného přínosu. (Vágnerová, 2004) Autorka popisuje, že utrpení, které sebou přináší psychickou bolest, která pramení ze ztrát

všeho druhu, ať už se jedná o ztrátu blízkého milovaného člověka, ze ztráty zdraví, domova, ale i hořkost ze ztráty nenaplněných snů, bere člověku chuť k práci i radost ze života. Taková bolest, ač je velmi negativním prožitkem, vesměs v životě člověka sehrává i pozitivní roli. A to v případech, když si člověk, který prochází svou bolestnou zkušeností, nebo je svědkem bolestné zkušenosti svých blízkých uvědomí, že by měl na svém životě něco změnit. Začít na sobě pracovat, třeba tím, že zaujme jinou životní filozofii, která povede ke změně jeho životního stylu. Utrpení, které je provázáno tímto typem bolesti, může být spouštěčem k žádoucímu rozvoji osobnosti, ke které, by takto trpící, jinou cestou nedošel. (Kučerová, 2018) V zátěžových situacích, kdy si sáhneme na takovýto typ psychické bolesti, jsou pro každého člověka důležité kvalitní mezilidské vztahy. Potřeba vzájemného sdílení a interakce se svým nejbližším okolím. At už se jedná o rodinu, přátele, komunitu, společnost. Mezilidské vztahy, ať dobré, nebo špatné, nás provází celým naším životem. Lidské vztahy jsou obrazem naší duše, jejím zrcadlem. Zpětná vazba toho, kolik energie a kvality do vztahu vložíme. Rozsáhlé představení, nespočetně mnoho scén, spousta herců, kostýmů a kulis. Každý mezilidský vztah vyžaduje jiný scénář. Exupéry byl přesvědčen, že největším bohatstvím člověka jsou lidské vztahy. (Odmaturuj, 2022)

Potřebu tohoto bohatství člověka takto vnímal i **E. From** představitel psychosociální teorie, který kladl důraz na mezilidské vztahy, respektive vztahy mezi jedincem a společností. From rozlišuje dva okruhy těchto potřeb, první z nich vyjadřuje potřebu **být součástí něčeho** a zároveň si **uchovat určitou autonomii**, druhý **tvorí potřeby zaměřené na poznání a porozumění**, jejich cílem je dát světu, v němž žijeme, respektive svému životu, smysl

3.1 Vztahové potřeby

Potřeba vztahu k druhým, být součástí něčeho, někam patřit. Saturace těchto zmiňovaných potřeb se velkým způsobem podílí a podepisuje na našem zdraví či nemoci. Autorka dále uvádí, že popisované vztahové potřeby, jako je potřeba identity, rozvíjení vlastní individuality, to vše přispívá k úrovni kvality života, kterou člověk žije. Dále autorka zmiňuje potřebu transcendence, tj, duševního rozvoje, který by přesáhl primární živočišnou přirozenost jako potřebu jednoty mezi živočišnou a specificky lidskou přirozeností. (Vágnerová, 2004)

K naplnění výše popsaných potřeb tak, aby vedly ke kvalitě a spokojenému životu, potřebuje být člověk vybaven vůlí, která je nezbytnou součástí jeho celkového fyzického i psychického

zdraví. Dozvídáme se, že vůle je velmi zajímavou psychologickou kategorií. Je často označována (její nedostatek) za příčinu neúspěchů v životě. Mnozí se vymlouvají při neúspěchu právě na nedostatek vůle k naplnění toho, co by v životě chtěli.

Přesto byla vůle ve vědecké psychologii i v psychoterapii v uplynulých sto letech zkoumána snad nejméně ze všech tradičních psychických funkcí. (Psychologie, 2022)

Pojem vůle se v literatuře objevil již velmi dávno, v dílech starých řeckých filosofů. O vůli psali mnozí, již od doby Platona a Aristotela. Autorka uvádí, že vůle byla vždycky nějakým způsobem spojována s rozumem. Aristoteles považoval vůli za rozumové snažení. Tomáš Akvinský chápal vůli velmi podobně, jako rozumem řízené úsilí. I. Kant zahrnul vůli do své kategorie „praktického rozumu“ a považoval ji za rozumové chtění. Na druhé straně lze najít i filozofické školy s odlišným názorem. Podle představy Schopenhauera a Nietzscheho je vůle samostatnou vitální silou, která rozumu nepodléhá, a přitom má na lidské jednání rozhodující vliv. Volní chování je vždycky nějak motivované, chtění má také svůj prožitkový a energetizující náboj. (Vágnerová, 2004) Opakem pojmu vůle je rezignace. Autorka uvádí, že je to reakce jedince na právě aktuálně prožívanou situaci a popisuje její projevy.

Rezignace bývá obvykle reakcí na dlouhodobou zátěžovou situaci, kdy se člověk předem vzdává, protože nevěří, že by ji bylo možné zvládnout. Vyjadřuje bezmocnost, pasivitu a apatii. Její obranný efekt spočívá v tom, že když někdo nic pozitivního neočekává, nemůže být zklamán. Podobným řešením je izolace, kdy se člověk vyhýbá kontaktu se svým okolím, protože je mu nepříjemný, event. jej něčím traumatizuje. (Vágnerová, 2004)

Pokud v sobě nemáme dostatek vůle ke změně, která by nás posouvala ke kvalitě života, který bychom chtěli žít, velmi často se stává, že na svůj život můžeme rezignovat. Pokud tuto naši rezignaci podpoří duševní nemoc, mnohdy nás stojí velkou námahu a úsilí, abychom svoji vůli dostali alespoň částečně zpět. Jak se vyvíjí duševní nemoc a co je mnohdy jejím spouštěčem, když vstoupí do života člověka, popisuje kolektiv autorů.

Duševní nemoc není biologický jev, vyvíjí se prostřednictvím obtížných sociálních interakcí. **Psychóza** je oprávněný a pochopitelný výraz extrémní tísně. Na duševní nemoc by se mělo pohlížet jako na kat arktický a transformativní prožitek. Psychiatrie chybně stigmatizuje duševní nemoc, protože neodpovídá společenským normám. Šílenství nemusí být konec života, může být začátkem nového. (Kolektiv, 2012)

Druhá šance na život prožívaný v lepší úrovni jeho celkové kvality

Autor uvádí, že čas je zkušenost a na poprvé není nic posvátného. Takže v současnosti můžeme jakýkoli minulý aspekt sebe samých ovlivnit. (Cloud, 2018)

Z vlastní praxe autorky práce víme, že druhá šance je pro náš život nachystána vždy, jen je potřeba ji uvidět. Osoby s duševním onemocněním, ale působí na své okolí, tak, že přestaly mít schopnost, vidět, vnímat, cítit život v jeho pestrosti a barvách. Vše jim připadá šedé, nezajímavé, nebarevné. Schopnost vnímání všech barev života je narušena nasazenými psychofarmaky, která jsou součástí jejich léčby. Kvalita prožívání jejich života je tak narušena nemocí, která má i své mnohé sociální důsledky.

3.2 Pojem zdraví, nemoc, sociální důsledky nemoci

Zdraví

Etymologie slova zdraví – Health: ze staroanglického Hale – Whole-tj. celý, zdravý. V češtině se slova „celovat“ a „zdravit“ oddělila, ale když se rána hojí, tak se „zaceluje“. Nemocných se ptáme, co jim chybí.

Definice zdraví podle WHO

Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, nejen nepřítomnost nemoci.

Podle operační definice R. Bureše je zdraví potencionálem schopností organismu přizpůsobit se, snést, vyvážit měnící se nároky prostředí. Proto rozeznáváme různé stupně zdraví podle přizpůsobivosti organismu různě náročným prostředím.

Zdravotní stav populace je nyní stále více spojován s tzv. kvalitou života, charakterizovanou především komplexem společenských, ekonomických, kulturních a psychologických potřeb jedince.

Nemoc

Nemoc „nemít moc“ nad prožíváním svého života ve všech jeho oblastech.

Objektivně zjistitelná porucha zdraví.

Sociální důsledky nemoci

Dopady rozličných chorob na sociální život jedince, vycházejí z obecně platných předpokladů negativním vlivu nemocí na život jedince ve společnosti. (Kuznikova a kol., 2011) Autorka uvádí, že nemocný jedinec se ocitá v nové životní sociální situaci, která zahrnuje specifika při volbě povolání, problematiku pracovní neschopnosti a invalidity, školní absence dětí a mládeže, náklady na péči a výživu, výlohy na léčbu, komunikaci a interakci nemocných s jejich sociálním okolím. (Kuznikova a kol., 2011) Dále se autorka zabývá problematikou společenské závažnosti nemoci, která je ovlivněna ekonomickou náročností léčby, mírou soběstačnosti, mírou možností nemocného. (Kuznikova a kol., 2011)

Autorka uvádí, že zdraví a nemoc jsou se sociálním životem člověka velmi úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují již v momentu, kdy se vyskytnou první příznaky nemoci, pocitů nepohody a iniciace odborné zdravotnické pomoci. Psychologickými a sociologickými aspekty se zabývaly další autoři, mezi jinými Janečková, Kebza, Křivohlavý. (Kuznikova a kol., 2011)

Mezi další sociální důsledky nemoci patří:

Narušení a změna na úrovni rodinných, partnerských vztahů. V důsledku nemoci dochází často k rozpadu rodiny.

Změny v oblasti trávení volného času. Onemocnění sebou přináší ztrátu schopnosti, mnohdy i motivace nemocného k činnostem, které mu přinášeli radost a uvolnění.

Celkovou kvalitu života nemocného, tak ovlivňuje nemoc, která mu do života vstoupila. (Kuznikova, 2011) Autorka, která realizovala výzkum kvality života osob s duševním onemocněním, uvádí, že výsledkem výzkumu byla data, která potvrzují, že kvalita života schizofrenních pacientů, o kterých se nejvíce zmiňujeme v této práci je charakterizována, na základě nejrůznějších výzkumů, uváděných Katschnigem (1997), následujícími ukazateli: **Je horší, než kvalita celé populace i lidí s jinou duševní poruchou. Je tím horší, čím delší je trvání nemoci. Zejména negativní syndromy korelují s jejím zhoršením. Snižování negativních účinků léků a kombinace psychofarmakologické a psychoterapeutické léčby ji zvyšuje.** (Henzlová, 2007)

3.3 Osobnost Zdravotně sociálního pracovníka, která má vliv na kvalitu života hospitalizovaného pacienta v Psychiatrické Nemocnici, během celého procesu léčby

Zdravotně sociální pracovník se může setkat s projevy vysoce vyjádřených emocí. Nejvýraznějším polem práce Zdravotně sociálního pracovníka jsou však přístupy, na širší sociální úrovni, které sledují zapojení klientů do sociálního systému, ať už se jedná o psychiatrickou (psychosociální) rehabilitaci, komunitní péči, či některé specializované postupy, například asertivní komunitní léčba nebo podporované zaměstnání.

Obecný přístup

Přístup Zdravotně sociálního pracovníka k pacientům se schizofrenií by měl obecně respektovat několik specifických skutečností. Tou první je podpora nedostatečně rozvinutých kapacit zvládat běžné životní nároky vlastními silami. Podpora však může být poskytována jen do té míry, pokud je chtěná a potřebná. Cílem je, aby pacient zvládal postupně své každodenní povinnosti a životní úkoly. (Probstová, Pěč, 2014)

Bez vnější pomoci a převzal sám odpovědnost za svůj život a pokrok v něm. Zdravotně sociální pracovníci neposkytují podporu jen vlastními přímými intervencemi, ale také koordinací a nasměrováním různých zdrojů k pomoci pacientovi (rodina, přátelé, služby, sociální zabezpečení, zdravotní služby. (Probstová, Pěč, 2014)

Zásady kontaktu a vztahu

Navázání kvalitního vztahu mezi Zdravotně sociálním pracovníkem a pacientem je předpokladem dobrého výsledku sociální práce. Vytvoření důvěry je ještě komplikovanější u pacientů podezřívavých, nedůvěřivých, pasivních či nemotivovaných, u klientů s omezenou reflexí druhého, s kterým jsou ve vztahu, a obzvlášť u pacientů, kteří nemají náhled na svou nemoc, odmítají léčbu a pomoc v sociální oblasti. (Probstová, Pěč, 2014)

Zdravotně sociální pracovník by měl být ve vztahu s klientem na jedné straně poměrně otevřený a autentický. Neosobní a úřední vztah podporuje úzkost, zužuje prožívání pacienta a pacient Zdravotně sociálního pracovníka vnímá jako nereálnou Osobu. Na druhé straně však není pracovník pacientovým placeným kamarádem a měl by si stále uvědomovat svou profesionální roli a úkol. (Probstová, Pěč, 2014)

Zásady rozhovoru

Při rozhovoru, zpravidla požadujeme informace. Ptáme se na fakta, názory a pocity pacienta. Využíváme přitom maximálně otevřených otázek a vyhýbáme se užívání otázek sugestivních, nebo uzavřených. (Probstová, Pěč, 2014)

Náročnost práce Zdravotně sociálního pracovníka v práci s lidmi s duševními poruchami-zamyšlení.

Ze zkušeností autorky práce víme, že duševní onemocnění u pacientů, se kterým se Zdravotně sociální pracovník setkává na půdě psychiatrické nemocnice, na něho kladou velké nároky. Musí velmi dobře zvládnout komunikaci s hospitalizovanými pacienty, orientovat v různorodé problematice, která souvisí s legislativou policie, soudů, městských úřadů a jiných příbuzných institucí. Proto jsme práci, kterou vykonávají Zdravotně sociální pracovníci v psychiatrické nemocnici, ohodnotili jako velmi zátěžovou až vyčerpávající. K tomuto hodnocení jsme dospěli i vzhledem ke skutečnostem, které se při této práci velmi často opakují. Mezi něž patří opakované hospitalizace pacientů se stejnými sociálními problémy, Zdravotně sociální pracovníci tak mnohdy nemají možnost vidět pozitivní výsledky své práce, což může pro mnohé být demotivující.

3.4 Osobnost terapeuta, která má vliv na kvalitu života pacienta v Psychiatrické Nemocnici, popis dobré praxe

Autorka uvádí, že na kvalitu života hospitalizovaného pacienta v Psychiatrické nemocnici má nemalý vliv zdravotnických odborníků, se kterými se během celého procesu léčby setkává. Mezi tyto odborníky nezastupitelně patří i terapeuté. Terapeutka E. Rudolfová, nás seznámila s metodami arteterapie, s náplní i výsledky své práce a historií ateliéru. (Psychiatrická nemocnice Kroměříž, 2021)

Náplň práce arteterapeutky psychoterapeutky v jejím ateliéru:

- a) Práce s lékařskou dokumentací a dokumentací klinického psychologa, plán práce dle doporučení lékaře diagnózy, věku a pohlaví.
- b) Úvodní pohovor s klientem, seznámení s prostředím, představení jiným klientům, zadání základního art úkolu a nabídka možností s terapeutickým zastřešením v každou chvíli. V následném období má terapeutka dlouhodobější plán, který ne vždycky klientovi sdělí.

- c) Po splnění základního úkolu: -kresba ovocného stromu kresbu terapeutka archivuje. Nyní v počtu asi 850 kreseb, se kterými dál terapeuticky smysluplně pracuje s pacientem dle daných možností.
- d) Konzultace s rodinnými příslušníky, dle přání pacienta. Konzultace probíhá za přítomnosti pacienta nebo odděleně, či kombinovaně.
- e) Práce s deníky. Reflexe terapeutky do deníků, terapeutické podněty a konzultace nad zápisy.
- f) Konzultace s pacienty dle Dg. vývoje zdravotního stavu a časových možností.
- g) Písemná dokumentace: -týdenní hodnocení pro vizity primáře, -zápisy z individuální terapie, -závěrečné zprávy jsou podklady pro psychiatra při propouštění pacienta. (Rudolfová, 2021)
- h) Osobní schůzky s psychiatry v ateliéru, nebo docházka na oddělení.
- i) Telefonní konzultace s psychiatry, psychology, ostatním personálem psychiatrické nemocnice.
- j) Pro činnostní arteterapii vyrábí art pomůcky pro metodiku kresby, malby, keramiky, sochařskou práci a grafiku v arteterapii.
- k) Pro projektivní arte ve skupině nabízí svá vlastní témata a k nim doplňující materiály v podobě kreseb, písemností nebo jiných pomůcek.
- l) Vytvoření kolekce terapeutických materiálů, které jsou bohatě ilustrovány, aby terapeutický proces byl intenzivnější a témata byla rychle přijata.
- m) Systematická archivace výtvarné produkce-činnostní art, -individuální art, -projektivní art. Poskytla (Rudolfová, 2021)

3.5 Historie arteterapie v psychiatrické nemocnici v Kroměříži

Doložená cílená výtvarná práce s pacienty kroměřížské nemocnice se datuje do 70. - 80 let minulého století. Výtvarné dílny byly vedeny absolventy UMPRUM. Svůj vtisk v kroměřížské arteterapii zanechali programy Petra Hájka, který zde zavedl

techniku projektivní arteterapie ve skupině. (Rudolfová, 2003). Současná arteterapeutka Emilie Rudolfová převzala činnostní arteterapii a skupinovou činnostní arteterapii po výtvarnici Haně Kristenové. Zlomovým momentem místní arteterapie se stala tradiční bienální výstava výtvarných prací pacientů v roce 1997 v prostorách Muzea Kroměřížska. Zorganizovaly jí arteterapeutka E. Rudolfová a činnostní terapeutka I. Zezulková. Výstavě vtiskly název *Umění je stav duše, jež nese dodnes*. Výstava v pozdějších letech hostovala také v Olomouci a Praze a stala se uznávanou a etablovanou událostí. Díky své popularitě si vysloužila také televizní reportáž i rozhovory o ateliéru s E. Rudolfovou. (Psychiatrická nemocnice v Kroměříži, 2012).

Současnost

Od roku 1992 v Kroměříži art terapeuticky působí **Emilie Rudolfová**. V roce 1997 začala nabízet projektivní arteterapii pro psychotické klienty i individuální sezení.

3.6 Nabízená následná péče terapeutky pacientům po ukončení léčby.

Některým pacientům nabízela následnou péči. Jsou to osobní konzultace po propuštění dle dohody.

Terapeutická péče na Lince důvěry, kde terapeutka sloužila 20 let. Tuto možnost pacienti využívají rádi a často, protože jsou s terapeutkou dál v terapeutické spojení a nevrací se tak opakovaně do psychiatrické nemocnice. Také korespondence a pokračování v psaní deníků pomáhá pacientům v terapeutickém procesu, které vede k lepší kvalitě jejich života.

Např: Pacientka, kterou má terapeutka v péči již 4 roky. Byla sexuálně zneužívaná od 6 let vlastním strýcem a otcem. Po celý čas píše deníky, které si přísně chrání. Přiveze je ze svého místa bydliště a další dny přichází na konzultaci. Zároveň využívá služby terapeutky na Lince důvěry.

Filmová terapie

Na vlastní náklady vytvořila terapeutka sbírku terapeutických filmů, které jí pomáhaly zintenzivnit terapii.

Do ateliéru přichází pacienti s Dg:

- Neurotické poruchy-sociální fobie, panická porucha, poruchy přizpůsobení, obsedantně kompulzivní poruchy
- Poruchy nálad
- Úzkostně depresivní stavy
- Poruchy příjmu potravy
- Poruchy osobnosti
- Poruchy vyvolané požíváním alkoholu a jiných škodlivých látek
- Pacienti se schizofrenií
- Patientky po sexuálním zneužívání rodinným příslušníkem a patientky po znásilnění
- Pacienti po suicidálních pokusech-velmi častá terapie (Informace poskytla Rudolfová, 2021)

Terapeutka dále uvádí, že v oboru pracuje již 49 let. Z toho 37 let v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Z toho 8,5 roku na oddělení 18 B u prof. PhDr. Stanislava Kratochvíla.

Dále hovoří o svém postavení arteterapeutky v nemocnici, kde uvádí, že psychiatr i klinický psycholog její práci respektují a do jejich metod nezasahují. Jak sama říká, je totiž často první pacientovou terapeutkou. (Informace poskytla Rudolfová, 2021)

Dále uvádí, že ale zároveň od ní kolegové požadují v terapii vývoj a záznam výsledků. Co se týká supervize, využívala jí coby lektorka psychoterapeutického výcviku. V nemocnici jí však nemá, kdo supervizi poskytnout.

Integrace pacientů s duševním onemocněním do společnosti formou pravidelných výstav s názvem: „Umění je stav duše“

Pacienti ateliéru pravidelně vystavují svá díla pod sloganem „*Umění je stav duše*“. Tato událost má již třicetiletou historii, během níž bylo pořádáno 7 výstav. Vystavují se práce vzniklé v činnostní arteterapii, a to především v druhé polovině léčebného pobytu. Pacienti s vystavováním děl dávají písemný souhlas. K dílům nejsou přiřazeny jména ani diagnózy. Z příležitosti prezentovat své výtvořky jsou pacienti nadšení. Pro samotnou terapeutku je důležité, aby byla akce vnímána jako výstava obrazů a nikoli výstava arteterapie. Vystavováním děl dochází dle terapeutky k destigmatizaci pacientů ve společnosti. Je to pro

ně příležitost se vyjádřit, komunikovat, realizovat se, a navíc jim tato událost zvedá sebevědomí. Které je tak důležité k jejich vnímání celkové kvality života. Informace poskytla (Rudolfová, 2021)

Ateliér se nachází ve druhém patře samostatné vilky, kde jsou k dispozici místnosti původního bytu a půdní prostory. Pacienti mohou tvořit ve třech místnostech. Svůj prostor má i arteterapeutka. Prostředí je světlé, bíle vymalované s pečlivě uspořádanými výtvarnými materiály, karimatkami a polštáři na zemi. Po stěnách visí zarámované obrazy pacientů a namalované citáty k zamyšlení (např. “*Kdo nemá rány, posmívá se jizvám*“).

4 OSOBNOST PACIENTA

Autor uvádí, že osobnost je definována jako dynamický zdroj chování, identity a jedinečnosti každé osoby. Výraz chování zahrnuje procesy myšlení, emoce, rozhodování, tělesné činnosti, sociální interakci. Uplatníme-li pojem teorie na oblast osobnosti, jsou soustavy vypracované různými odborníky – většinou psychology nebo psychiatry – k vysvětlení interakce dynamických sil působících v životě každého člověka.

(Drapela, 1997)

Termín dynamika, odvozený z řeckého slova, které znamená sílu je původně oborem fyzikálních věd, který se zabývá pohybem a silami, jež jej vyvolávají. V psychologii má pojem dynamiky osobnosti přenesený význam, vyjadřuje téma „síla“, které hýbou osobností, tj. určují její chování. Dynamika osobnosti pojednává o motivačních dispozicích osobnosti, tj. motivech její činnosti, resp. o motivech jako faktorech regulace chování.

(Nakonečný, 1993)

Autorka uvádí, že mnohdy je rozhodujícím faktorem při úspěšnosti léčby právě osobnost pacienta. Která se v jednom případě velmi poddává svému onemocnění, nebo v případě druhém se mu snaží vzdorovat. Oba zmíněné předpoklady nejsou ideálem pro úspěšnost léčby, hospitalizovaného pacienta. Autorka dále popisuje, že osobnost pacienta a jeho dynamika temperamentu může v mnohém ovlivnit celý proces léčby.

Filozofie Stoiků se vyznačuje tím, že Stoici si přikazovali dobrou náladu za všech okolností, zejména těch nepříznivých. Tato filozofie je popisována rolí nezúčastněného pozorovatele, který přijímá události, tak, jak plynou a nenechá se unést svými emocemi. Jen málokdo tomuto umění rozumí a využívá ho. Jenže to je jen první úroveň. Ta vyšší je mít rád vše, co nás potká, za všech okolností. Autorka vyzývá k milování obtíží, protože jde o podněty. A ty jsou nejen žádoucí, ale dokonce potřebné. Popisuje obtíže jako katalyzátory změny. Za které máme být vděční. (Holiday, 2014) Další autorka na toto téma uvádí svůj vjem ze zkušeností prožitých v koncentračním táboře. Hovoří o tom, že uzdravit se nakonec neznamena dokázat zahojit starou jizvu, nebo dokonce udělat jizvu novou, ale začít si svého zranění náležitě vážit. (Egerová, 2019)

Negativní zkušenost nám nemusí být přítěží – může být naopak velice přínosná. Poskytuje nám totiž perspektivu, dává nám příležitost objevit naše silné stránky, naši jedinečnost a smysl našeho konání. Neexistuje předem stanovený klíč, podle něhož se má člověk uzdravit,

lze jen popsat jednotlivé kroky, které se může naučit a na své jedinečné cestě ke svobodě po svém praktikovat. (Egerová, 2019)

4.1 Psycho – spirituální krize

Autorka se zamýšlí nad touto tematikou a uvádí, že americký psychiatr a přímý žák C. G. Junga, John Weir Perry jako první vyvinul efektivní psychoterapeutický přístup, který umožňuje pacientovi využít psych spirituální krize k osobnímu růstu, projít jí jako očistnou lázní na cestě ke zvnitřnění duchovního rozměru – životní síly, umožňující překonávat se ctí těžké životní okamžiky. (Anzari, 2018)

Perryho úspěšný psychoterapeutický přístup zcela eliminoval medikaci, opíral se o vytvoření bezpečného a útulného prostoru, v němž poučení, osobní zkušeností vybavení terapeuti pacientovi trpělivě naslouchají. Pečují o něj, souzní s ním, přirozeně mu poskytnou láskyplné obětí, když ho potřebuje, umožní v bezpečném prostoru vybit napětí, bojovat s démony, znovu se narodit, porodit sebe sama... Během dvou měsíců se jeho pacienti naplno vraceli do běžného života v mnohem lepším stavu, psychicky zralejší, než byli před krizí. (Anzari, 2018)

Psychologie je velmi módní koníček. Trh je zaplaven spoustou literatury, výcviků, workshopů, efektivních Metod. Obzvláště vášnivě se po možnosti vylepšovat lidské životy sápují lidé s technickým vzděláním. Staví se do role odborníků. Autorka hovoří o tom, že technické mozky jsou světu prospěšné v mnoha oborech, pro dotek lidské duše však postrádají hluboké poznání psychologických, filozofických a spirituálních souřadnic, většinou i lidskost, empatii a cit. Výsledky takových metod mají krátkodobý účinek, způsobený především nadšením absolventa či pacienta pro sebejistého, charismatického a lehce autistického učitele.

(Anzari, 2018)

K Zamýšlení nad tímto tématem nás vedla zkušenost, kterou popisovali mnozí lidé, kteří navštívili a učinili zkušenost se způsoby alternativní léčby. Odborníci na lidskou duši, mezi něž se řadí šamani, koučové a lidoví terapeuti mohou a mnohdy i způsobují špatné vnímání alternativních způsobů léčby jako celku.

Nepřátelské postoje zdravotnictví vůči opravdu cenným alternativním léčebným metodám (homeopatie, nebo akupunktura) jsou přirozeným důsledkem. Každý člověk je neopakovatelný originál a jako takový nemůže být nahlížen hrubým prizmatem

jednostranných a z kontextu vytržených schémat. Terapie je služba, nikoli vedení, ovládnání, manipulace. Autorka popisuje osobnost terapeuta, který je průvodce na cestě, důvěrník, čistička zlovyků a destruktivních nálad, ten, kdo věří ve váš potenciál, ten, kdo ochrání vaše vztahy před vaší ukvapeností a nezdrženlivostí, kdo nezneužije informace, které mu dáte... To je neúplný výčet poslání psychoterapeuta. (Anzari, 2018)

Další autorka se zamýšlí nad tím, jestli v době, kdy se říká, že každý je strůjcem svého štěstí, máme s pojmem osudu a s prožíváním osudu potíže. Pokládá si otázky, jestli osud, naše sudba, něco, co je nám posláno nebo dáno sebou, skutečně něco takového existuje? A posláno kým? Poznáme-li nějaké životní příběhy, vždy znova užaseme nad zcela určitým osudem, který se na nás v tomto životě odráží. „Staň se, kým jsi“ se pokoušíme přiblížit v terapiích pod názvem individuální proces. Ale každý člověk, který se o sebe trochu zajímá, se bude sám od sebe pokoušet stát se tím, kým je. Časem přijde na to, co k němu skutečně patří, to znamená, rozliší, co je pro něj platné, co s ním ladí s jeho podstatou, požadavky z doby celého jeho života, které se k němu nehodí. Poučky otce, poučky matky, poučky učitelů, poučky psychologů a tak dále, které jsou sice nejdřív přijaty bez ptaní, potom se však ukáží jako ne „shodné“ s vlastními pocity, s vlastním pojetím života, ztrácejí svůj tvůrčí charakter. (Kastová, 2012)

Výše uvedený text odráží vnímání mnohých pacientů v procesu léčby. Velká část z těchto pacientů, uváděla své onemocnění jako svůj špatný osud, se kterým se nedá nic moc dělat. Onemocnění mají v rodině, tak i já jsem nyní přišel na řadu. Ale proč zrovna já? Zněla další podotázka z jejich úst. Při výzkumu a sběru dat do této práce došlo i na tuto tematiku. Při zmínění o možnosti tzv. přepsání jejich osudu v pozitivní nastavení dalšího životního scénáře. To se ale nesetkávalo s jejich úhlem pohledu na onemocnění jako takové.

Pohádkový hrdina Štístko to má při povrchní úvaze – možná o něco snazší, aby věřil ve svůj osud, protože je Štístkem, dítětem štěstěny. Je mu prorokováno, že vše, co podnikne, povede k jeho štěstí. Podíváme-li se však pak na jeho životní cestu, stane se zřejmým, že ho toto proroctví nechrání před hrozbami, které známe ze života. Pohádky znovu a znovu ukazují, že se vyplatí vzít na sebe riziko, protože braní rizika na sebe způsobí, že se náš život stane živějším, že se mohou integrovat aspekty, které k nám patří a které jsou kvůli zabezpečovacím tendencím vyloučeny. (Kastová, 2012)

Autorka uvádí, že život je riziko – pokud chceme živě žít, nezbyvá nám koneckonců nic jiného než s tímto rizikem souhlasit, stále znovu se, v rámci svých možností, pouštět do života a důvěřovat v osud. (Kastová, 2012)

4.2 Změna úhlu pohledu

Autor uvádí, že člověk nejen existuje, nýbrž i rozhoduje o své budoucí existenci, o tom, co se v příští chvíli stane. Obdobně každá lidská bytost má svobodnou vůli se v kterémkoli okamžiku změnit. (Frankl, 1997)

Řekové si uvědomovali, že často ke své škodě volíme spíš nepříznivý úhel pohledu než ten jednoduchý. Že se bojíme překážek, protože je vidíme ze špatného úhlu – že jednoduchá změna perspektivy může úplně změnit naše reakce. Nezapomeňte: Sami si určujeme, jak se na věci budeme dívat. Ovládáme schopnost vidět jakoukoli situaci z určité perspektivy. Nemůžeme změnit překážky jako takové – tato strana rovnice je daná – ale pomocí změny úhlu pohledu lze překážky vnímat jinak. Autorka uvádí, že lze změnit to, jak k nim přistupujeme, jak na ně nahlížíme, jak je zasadíme do kontextu, jak si vysvětlíme jejich význam, za jak znepokojivé a náročné budeme považovat jejich zdolání. (Holiday, 2014)

Jung říká, že vše, co obsahuje naše nevědomí, nás potkává ve světě v podobě osudu. Autor se domnívá, že cokoli se nám stane, má svůj důvod. Samozřejmě o tom v tu dobu nemusíme vědět. Jak bychom mohli? Jen tím, že to budeme prožívat, přijímat, co přichází, a potom o tom přemýšlet, můžeme nalézt smysl našeho života. (Sharp, 2008)

Autor uvádí na tuto tematiku, že Jung věřil, že všechno, čeho si o sobě nejsme vědomi, se projektuje do někoho jiného. Projekce je jako obousměrné zrcadlo, vidíme druhého člověka a zároveň odraz své vlastní nepoznané tváře.“ (Sharp, 2008)

Abychom uspěli na své cestě života, je nutné poznat svou vlastní tvář. Připustit, že i tento stín k nám patří. Pracovat s ním, protože, kde bývá mnoho stínů, je i mnoho světla. To od nás vyžaduje konání, které, ne všichni jsme ochotni podstoupit. Pokud ale v sobě dokážeme nastartovat chuť k pozitivní změně a vydáme se na cestu, odměna je pro nás vždy připravena.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGICKÁ ČÁST

5.1 Metody kvalitativního výzkumu

Vzhledem k vlastnostem kvalitativního výzkumu nebude přehnané říci, že hlavním výzkumným nástrojem je výzkumník sám. (Stainback, 1998) Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě. Kvalitativní výzkumníci se soustředují spíše na subjektivní svět osob, na ten, který existuje v jejich mysli. Proto je nejlepším nástrojem zkoumání vlastní úsudek a zkušenosti výzkumníka. Přesto kvalitativní výzkum používá výzkumné metody, které mají ustálené kroky. Jejich zvládnutí velmi ulehčí výzkumníkovi práci v terénu i doma u zpracovávání údajů. (Gavora, 2000)

5.2 Výzkumná metoda

Při sběru dat do bakalářské práce byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, společně s metodou pozorování. Polostrukturovaný rozhovor jsme realizovali pomocí nahrávacího zařízení s předem vytvořenými otázkami. Otázky jsme volili otevřené. Vzhledem k citlivosti daného tématu jsme se vyhýbali otázkám, které by participanta mohly uvádět do nálady, ve které bychom rozhovor museli přerušit, nebo zcela ukončit. I přes veškerou tuto snahu z naší strany, jsme se do této situace se dvěma participanty dostali. Proto jsme využili jednu z dalších metod kvalitativního výzkumu, kterou je pozorování. U pozorování jsme použili dovednosti z kurzu komunikačního výcviku s klienty s kombinovaným postižením, které jsme absolvovali v rámci vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Tento výcvik proběhl pod odborným vedením pana PhDr. Ivo Gabrhelika, CSc. a paní Mgr. Jana Paloušková. Nejvíce jsme při metodě pozorování využili počátečního vztahu důvěry, který se nám podařil s participanty navázat, než jsme rozhovor společně zrealizovali.

Organizace výzkumu měla tyto dílčí fáze

1. Stanovení hlavní výzkumné otázky-co je předmětem výzkumu.
2. Stanovení vedlejších výzkumných otázek.
3. Vytvoření otázek k realizaci rozhovorů pro participanty.
4. Realizace rozhovorů s participanty
5. Přepis rozhovorů, jejich analyzování
6. Vyhodnocení výsledků výzkumu.

5.3 Výzkumný vzorek

V souladu s principy kvalitativního výzkumu byl výběr výzkumného vzorku nikoli náhodný, ale záměrný. Pro realizaci výzkumu jsem zvolila osoby s duševním onemocněním, které znám více let, osobně. Tak jsem měla možnost za vnímat společně s nimi kvalitu jejich života v kontextu delšího časového úseku. Na doplnění dané problematiky jsem do celkového scénáře doplnila dvě zdravotně sociální pracovnice. První zdravotně sociální pracovnice s duševně nemocnými pracuje zhruba 3 roky a druhá zdravotně sociální pracovnice celý svůj profesní život zhruba 25 let. Během sběru dat do této práce se mi i stalo, že jedna participanta procházela léčbou a původně slíbený rozhovor mi odmítla poskytnout. Místo jejího rozhovoru jsem zařadila rozhovor s dospělou dcerou této hospitalizované participanty. Rozhovor mi přislíbil i další dospělý muž, ten ale před samotnou realizací rozhovoru také odmítl. Souhlasil s tím, že rozhovor místo něho se mnou zrealizuje jeho matka. Bakalářská práce je tak obohacena o pohled na vnímání kvality života nejbližších rodinných příslušníků osob s duševním onemocněním, kterým do jejich života vstoupila nemoc. Rozhovory byly tedy zrealizovány náhradními osobami. Jeden je v roli rodiče dospělé osoby s duševním onemocněním. Druhý je v roli dospělého dítěte, matky s duševním onemocněním. Oběma náhradním participantům duševní onemocnění jejich nejbližšího rodinného příslušníka rovněž dle jejich sdělení v rozhovoru velmi ovlivnilo kvalitu jejich života. Rozhovor z řad osob duševně nemocných tedy poskytli 2 ženy a 1 muž. Dalšími osobami byli 2 nejbližší rodinní příslušníci. Z odborného personálu jsou to 2 zdravotně sociální pracovnice.

5.4 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka

Jak vnímají lidé s duševním onemocněním kvalitu svého života?

Vedlejší výzkumné otázky

- A. V jakých konkrétních oblastech svého života vnímají jeho sníženou kvalitu díky onemocnění, které jim vstoupilo do života?
- B. Co by participantům nejvíce pomohlo na samém počátku onemocnění?
- C. Jak jsou spokojeni se svým životem, který žijí se svým onemocněním?

Otázky k rozhovoru pro participanty:

1. Jak byste popsal/a svůj život, než do něho vstoupila nemoc?
2. Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu Vašeho života v oblasti profese, vztahů, finanční soběstačnosti, zájmů, které jste do doby, než Vám do života vstoupila nemoc měl/a?
3. Vnímal/a jste svou nemoc jako stigma?
4. Zkuste popsat, co Vám nemoc vzala?
5. Pokud jste během života s nemocí za vnímal/a i její přínos, zkuste popsat, v čem konkrétně tento přínos vnímáte?

Otázka k rozhovoru pro odborný personál Zdravotně sociální pracovníci:

Jaké řešíte sociální události se svými hospitalizovanými pacienty?

5.5 Analýza a interpretace výzkumu

Pro praktickou část, bylo vybráno celkem 3 participanty z řad duševně nemocných osob. Všechny tyto osoby mají diagnostikovanou Schizofrenii. Jsou to 2 ženy a 1 muž. Za odborný personál rozhovory poskytli 2 zdravotně sociální pracovníci. 2 osoby byly nahrazeny. Celkem bylo realizováno 7 rozhovorů.

5.6 Do popisu výzkumného souboru bylo zařazeno 7 participantů

Participant 1

Muž ve věku 50 let, diagnostikovaná Schizofrenie. Projevy nemoci ovlivňovali jeho život zhruba 10 let. Díky zázemí své rodiny, zvládl bez hospitalizace v psychiatrické nemocnici. V současné době bez medikace psychofarmak, žije plnohodnotným životem.

Participant 2

Žena 50 let, diagnostikovaná Schizofrenie. Projevy nemoci ovlivňovali její život 15 let až doposud. Opakovaně léčená v psychiatrické nemocnici. Zhruba 2 roky kvalitativní posun v jejím životě, díky uzavření manželství. Stálá medikace psychofarmak, ale v mnohem nižší formě.

Participant 3

Žena 40 let. Diagnostikovaná Schizofrenie, nemoc ovlivňuje její život 10 let, projevy nemoci přetrvávají, i když ne v tak intenzivní podobě jako na samém počátku nemoci. Opakovaně léčená v psychiatrické nemocnici. Stálá medikace psychofarmak.

Participant 4

Zdravotně sociální pracovnice – s duševně nemocnými pracuje zhruba 3 roky v psychiatrické nemocnici.

Participant 5

Zdravotně sociální pracovnice – s duševně nemocnými pracuje celý svůj profesní život zhruba 25 let

Participant 6

Dcera-náhradnice za svou nemocnou matku, která je nyní hospitalizovaná v Psychiatrické nemocnici Kroměříž. Dcera uvádí v rozhovoru i svůj věk – 45 let.

Participant 7

Matka – náhradnice za svého nemocného dospělého syna, který si svůj příslib rozhovoru rozmyslel, ale souhlasil, aby rozhovor místo něho poskytla jeho matka, která s ním trvale žije ve společné domácnosti. V rozhovoru matka uvedla i svůj věk -50 let.

5.7 Analýza rozhovorů

Analýza rozhovorů byla zpracována na základě 7 rozhovorů zaznamenaných formou nahrávání na záznamník mobilního telefonu. Analýza byla prováděna postupně, podle participantů, byly vyhodnoceny jejich odpovědi na kladené otázky a poté bylo provedeno celkové vyhodnocení. Než byl rozhovor s každým jednotlivým participantem realizován, poskytl nám k rozhovoru ústní souhlas. Každý rozhovor má jinou časovou délku, tak jak si sám participant určil. Tato skutečnost měla svá negativa, spočívala v tom, že bylo mnohdy těžší udržet participanta u daného tématu a získat potřebná data. Pozitivním stránkou bylo navázání větší důvěry mezi participantem a výzkumníkem. K celkovému vnímání klienta přispěla i metoda pozorování.

ROZHOVOR Č. 1

Rozhovor proběhl v areálu nemocnice na přání participanta. Trval přibližně 45 minut, vzhledem k tomu, že participant si dělal dlouhé přestávky, aby jak sám říká, vše formuloval správně a na nic důležitého nezapomněl. Odpovědi byly zaznamenány na záznamník mobilního telefonu. Otázky byly kladeny postupně a některé odpovědi byly zodpovězeny doplňujícími otázkami. Participantem rozhovoru č. 1. byl muž ve věku 50 let, který měl diagnostikovanou Schizofrenii.

Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním. Případně co, by participantům nejvíce pomohlo při samém počátku onemocnění.

Názor participanta na kvalitu jeho života, když v něm byla naplno přítomna nemoc, byl jednoznačný. Nevnímal barevnost života, vše mu splývalo do jeho slov do šedé nevýrazné barvy. Vytratila se radost, vše dělal mechanicky, bez zájmu a nadšení. Vyjádřil se, že nejvíce by mu na samém počátku onemocnění pomohla péče psychoterapeuta, kam by mohl docházet. V té době, kdy u něho onemocnění propuklo, taková možnost nebyla.

Kladené otázky:

A. Jak byste popsal svůj život, než do něj vstoupila nemoc?

Participant uvádí, že ho život bavil. Měl k tomu prostředky, pracoval jako makléř. Ale zamýšlí se i nad tím, že hodně pracoval a nežil dobrým životním stylem. Do života patřila

hodně velká spotřeba cigaret. Participant uvádí, že i to, jaký vedl způsob života, bylo jedním z pouštěčů duševního onemocnění.

B. Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu Vašeho života?

Participant uvádí, že nemoc měla vliv na to, že neměl žádné emocionální prožitky, neměl radost ze života. Začal brát medikaci psychofarmak, které ho otupovaly a nenutily ho k žádné změně. Jak sám říká, pilulka dělala vše za mne. To se mi nelíbilo, měnily se i vztahy s mou nejbližší rodinou, s manželkou a dětmi. Vydělával jsem méně peněz, nemohl jsem pracovat naplno. Byl jsem v období nemoci podporován svou rodinou, ale nakonec jsme se stejně rozešly, rodina se mi rozpadla.

C. Jak se nemoc dotkla Vašich zájmů, toho, co Vám přinášelo radost?

Dotkla se velmi, všeho toho co, jsem, kdy dělal rád. Vysoké dávky léků mne limitovaly natolik, že jsem nemohl dělat vůbec nic, co by mne naplňovalo.

D. Vnímáte svou nemoc jako stigma?

Ano, v té době jsem to tak vnímal. Dnes už je větší osvěta a lidé už to tak neberou.

E. Co vám nemoc vzala?

Tak především asi 10 let aktivního života, který mi nebude vrácen. Rodina se mi rozpadla, ale jsem rád, že v současné době máme spolu dobré vztahy. Změnu profese, nebyl jsem schopen pracovat, to sebou přinášelo jinou ekonomickou úroveň. Částečně i mé sebevědomí.

F. Co vám nemoc dala?

Jiný úhel pohledu na život v celém jeho kontextu. Zdravý životní styl, ke kterému jsem musel dospět, přestal jsem kouřit. Snažil jsem se z nemoci dostat. Nechtěl jsem žít bez emocionálních prožitků, být stabilně na lécích. Dala mi i víru v něco, co nás přesahuje, začal jsem hledat Boha a prosil jsem ho o pomoc. Nevzdal jsem to, nyní jsem bez trvalé medikace.

ROZHOVOR Č. 2

Rozhovor proběhl v mém osobním autě vzhledem k situaci s pandemií Covid. Participantka jsi to tak přála, a souhlasila s prostředím, které bylo poskytnuto k rozhovoru. Rozhovor trval přibližně 30 minut. Otázky byly kladeny postupně, participantce byl poskytnut čas, aby se

na otázky připravila předem, bylo to její přání. Participantkou rozhovoru č.2 byla žena ve věku 50 let s diagnostikovanou Schizofrenií.

Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním

Případně, co by participantům nejvíce pomohlo při samém počátku onemocnění

Názor dotazované na první problematiku byl následující: „Změnil se mi život jako blesk z čistého nebe. Vše, co jsem měla ráda, s nemocí odešlo. O kvalitě života se nedalo hovořit, byla jsem mladá... a nemohla jsem dělat nic, co jsem doposud dělala a co mi přinášelo pocit naplnění.“

Na samém počátku onemocnění by mi rozhodně pomohl lepší přístup rodiny, která se nechtěla v podobě mého otce smířit s tím, že jsem nemocná.

Kladené otázky:

A. Jak byste popsala svůj život, než do něj vstoupila nemoc?

Participantka uvádí, že její život byl idylický, šťastný. Závodně tančila, pracovala i studovala v zahraničí. Měla dobré ekonomické zázemí ve svých rodičích, dělala jsi, co chtěla a měla velké plány do budoucna.

B. Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu Vašeho života?

Participantka má slzy v očích, omlouvá se a odpovídá. Velmi..., bylo po kvalitě. Můj dosavadní život se mi totálně rozpadl. Začala jsem být na velké dávce medikace psychofarmak, které mne limitovaly do té míry, že jsem pouze jedla a spala. Pracovat jsem nemohla, učila jsem angličtinu. Vzhledem k této skutečnosti jsem skončila v plném invalidním důchodě, což sebou přinášelo jinou ekonomickou úroveň mého života jako celku.

C. Jak se nemoc dotkla Vašich zájmů, toho, co Vám přinášelo radost?

Participantka neodpovídá, z vypořádané mimiky jejího obličej se dá vyčíst, že toto téma je pro ni velmi citlivé. Nakonec přece jenom zazní odpověď... „Ztratila jsem přátele ze závodních tanců, protože jsem s nimi přestala být v kontaktu“. Dále jsme tuto problematiku již nerozváděly a přešly jsme k další otázce.

D. Vnímáte svou nemoc jako stigma?

Od participantky zaznívá zcela jednoznačný názor, že ano. Dál o tom již nechce hovořit.

E. Co Vám nemoc vzala?

Participantka se zamyslí...potom uvádí následující odpověď ..."15 let aktivního života, kdy jsem nemohla a mnohé nemohu doposud dělat." Vracela se ke svým zálibám, k nenaplněnému mateřství a v důsledku onemocnění i ztrátě sebevědomí.

F. Co vám nemoc dala?

Participantka se usměje a říká: „Jiný pohled na život, víru v Boha, kterého jsem prosila o pomoc a začala ho hledat. Nyní skvělého manžela, kterého bych si vůbec nevšimla, pokud bych byla zdravá.“

Nevzdala jsem se, trvalá medikace léků je v mém životě i nadále, ale už není v takovém množství jako na samém počátku onemocnění. Dva roky žiji ve skvělém manželství, i když to se mnou manžel nemá lehké je velmi trpělivý, a to přináší do mého života velkou kvalitativní změnu, než tomu bylo doposud.

ROZHOVOR Č. 3

Rozhovor s participantkou byl realizován v přírodě na společné vycházce, participantka si to tak přála. Rozhovor trval zhruba 1 hodinu, vzhledem k prostředí, kde se odehrával. Rozhovor poskytla žena ve 40 let s diagnostikovanou Schizofrenií. Otázky byly kladeny postupně, a participantka na ně odpovídala. Stalo se mi, že i když mi na počátku rozhovoru dala souhlas s natáčením, na konci našeho setkání si nepřála, aby se rozhovor kdekoliv prezentoval v nahrané formě. Souhlasila s přepsáním jejich odpovědí do mé práce.

Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobám s duševním onemocněním

Případně co by participantům pomohlo na samém počátku onemocnění

Na první okruh dané problematiky participantka reaguje tímto způsobem: „Každý vidí kvalitu života v něčem jiném. No..., rozhodně mám míň peněz a musela jsem se naučit žít jinak, než doposud“.

„Co by mi pomohlo na samém počátku nemoci, nedokážu popsat, ale asi lepší komunikace s rodinou a lékařem.“

Kladené otázky:

A. Jak byste popsala svůj život, než do něj vstoupila nemoc?

Participantka odpovídá, že bezstarostný. Dále svou odpověď nerozvádí.

B. Jak celkově ovlivnila nemoc kvalitu Vašeho života?

Participantka reaguje...“No, nechodím do žádné práce, jsem v důchodě, nemám peníze.“

C. Jak nemoc ovlivnila oblast Vašich zájmů?

Participantka odpovídá, že o tom ještě moc nepřemýšlela. Chodí ven do přírody, to ji nemoc umožňuje a je to pro ni důležité.

D. Vnímáte svou nemoc jako stigma?

Participantka se zamyslí a odpovídá: „že to už neřeší, je zbytečné se tím zabývat.“

E. Co Vám nemoc vzala?

Participantka nyní odpovídá hned a velmi jednoznačně. „Radost ze života, pod léky, které užívám, funguji jako robot.“

F. Co Vám nemoc dala?

Participantka má zamyšlený výraz, po chvíli reaguje...“No chtěla bych něco objevit, ale asi se mi to nepodaří.“

Žena, se kterou byl tento rozhovor realizován, je v současné době v plném invalidním důchodu a na trvalé medikaci psychofarmak. Ve svém zdravotním stavu má neustálé propady. Sama říká, že se točí v kruhu, ze kterého není lehké vystoupit. Bere život, tak, jak jde, nevidí jinou možnost.

ROZHOVOR Č. 4

Rozhovor byl realizován v domácnosti, kam mne participantka pozvala. Délka rozhovoru trvala zhruba 30 minut. Participantka je žena ve věku 40 let, je dcerou matky, u níž byla diagnostikovaná Schizofrenie, když této ženě bylo pouhých 12 let. Rozhovor měl být realizován původně s její matkou, která mezitím ale musela podstoupit léčbu v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Matka dala souhlas k tomu, že rozhovor mi poskytne její dcera.

Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osob s duševním onemocněním

Případně, co by participantům mohlo pomoci na samém počátku onemocnění

Na první problematiku participanta reaguje s velmi jasnou opovědí. „Ano mě jako 12letému dítěti velmi. Musíte velmi rychle dozrát, jste zmateni, nevíte, nechápete, nerozumíte, co se děje. To byla má kvalita života...“

Na druhý okruh problematiky reaguje participantka také jednoznačně. “Myslím, že by pomohlo, kdybychom neztratily tolik času u praktického lékaře, který maminku měl hned

odeslat na psychiatrické vyšetření, aby byla včas dobře diagnostikována a zamedikována. To si myslím, že byl stěžejní moment.“

Vzhledem k tomu, že participantka je dcerou osoby s duševním onemocněním po vzájemné dohodě jsme dospěli pouze ke dvěma otázkám, na které mi participantka chtěla odpovědět.

A. Co Vám vzala nemoc Vaší maminky?

Participantka má v odpovědi jasno...“No, rozhodně kus dětství, musela jsem velmi rychle dozrát. Pamatuji se, jak jsem často mamince balila tašku do nemocnice. V době její nepřítomnosti jsem se starala o domácnost a svého mladšího bratra. I když se maminka vrátila z léčení, tak tíha starosti o domácnost, byla stejně na mě. Velmi jsem vnímala i to, že bych jako děvče potřebovala s maminkou sdílet tzv. holčičí starosti...toto mi velmi chybělo.“

B. Co Vám dala nemoc Vaší maminky?

Participantky se zamyslí a odpovídá ...“Schopnost samostatnosti, vzor do života, který jsem viděla ve svém otci, že maminku neopustil a vždy rodinu držel pohromadě. S tím, mám nyní trochu problém ve svém osobním životě. Otec nasadil laťku velmi vysoko a já to v dnešních mužích stále hledám a nenacházím.“

ROZHOVOR Č. 5

Rozhovor byl realizován s participantkou, která v tomto výzkumu zastupuje odbornou část participantů. Pracuje jako Zdravotně sociální pracovník v Psychiatrické nemocnici zhruba 3 roky. Rozhovor byl realizován v její kanceláři, trval 40 minut. Participanta je žena, ve věku 30 let. Je i metodik pro transformaci psychiatrické péče.

Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobám s duševním onemocněním

Popřípadě, co by participantům pomohlo na samotném počátku nemoci.

Na první problematiku reaguje Zdravotně sociální pracovnice názorem, který má z vlastní zkušenosti v kontaktu s osobami s duševním onemocněním. Zastává přesvědčení, že nejvíce poznamenává kvalitu života těchto osob nenaplněné role mateřství, kdy se stává pacientkám, že onemocní a jejich děti jsou ještě příliš malé, musí o ně pečovat někdo jiný, a v mnohých případech se stává, že se rodina pacientce rozpadá, kdy partner zažádá o rozvod. S čímž souvisí pro pacientku ztráta zázemí a ukotvení v životě.

Na druhý okruh problematiky Zdravotně sociální pracovnice reaguje, že rozhodujícím prvkem při počátku nemoci, je podle ní určení správné diagnózy a její včasné zaléčení. Mnohdy se stává, že pacient je dlouho bez odborné pomoci, nemoc má svůj negativní vývoj a následná léčba není tak úspěšná, jak by mohla být, pokud by byla včas poskytnuta odborná péče.

Kladené otázky:

A. Jaké nejčastěji řešíte sociální události spojené s hospitalizací pacienta?

Zdravotně sociální pracovnice odpověděla, že nejvíce potřebují pacienti její pomoc při vyřizování invalidity a různých dávek. To je její stěžejní náplň práce. Na druhém místě uvádí umístění do různých zařízení, aby se pacient měl kam vrátit po hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Je to hlavně v případě, kdy pacient je už starší, rodina se mu rozpadla a nemá o něho zájem. Zdravotně sociální pracovnice si trochu postěžovala, že umístění pacienta s psychiatrickou diagnózou, je mnohdy nadlidský úkol. Zařízení je málo, kapacita je nedostačující. Naráží tak mnohdy na problém i se zdravotními pojišťovnami, které odmítají hradit pobyt pacienta, nad stanovený čas. Uvádí, že přece jenom jsou nemocnice, ne sociální zařízení.

ROZHOVOR Č. 6

Tento rozhovor byl realizován s druhou Zdravotně sociální pracovnicí v Psychiatrické nemocnici v její kanceláři. Zdravotně sociální pracovnice pracuje svůj celý profesní život - 25 let s osobami duševně nemocnými. Má mnoho zkušeností, je také metodikem pro transformaci psychiatrické péče. Rozhovor trval 45 minut.

Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobám s duševním onemocněním

Po případě zjistit co by participantům pomohlo na samém začátku onemocnění.

Na první okruh dané problematiky odpovídá Zdravotně sociální pracovnice, že po zkušenostech, které má za sebou v kontaktu s pacienty, je to jednoznačně rovina nejbližších

vztahů pacienta. Toto velmi dle jejího názoru ovlivňuje kvalitu jejich života. Pokud se pacient ocitá se svou nemocí sám, nemá zázemí a podporu ve svých nejbližších, opakovaně se vrací do psychiatrické nemocnice. Tvoří si zde svou rodinu a síť přátel, kteří mají stejný problém jako on. Dodává, že to je začátek konce, pacient zchronizuje ve své nemoci a jeho návrat a začlenění zpět do alespoň nějakého normálního fungování je takřka nemožné.

Na druhý okruh problematiky dostávám od Zdravotně sociální pracovnice názor, který je shodný s názorem její mladší kolegyně. Včasná a správná diagnostika může mnohé při prvotním počátku onemocnění ovlivnit v pacientův prospěch. To, že se to neděje je dle jejího názoru způsobeno jednak nedostatkem odborného lékařského personálu, kdy jsou dlouhé čekací doby na prvotní vyšetření. Jako druhý případ uvádí to, že se rodina stydí za svého člena a nechá propuknout onemocnění, kdy se diagnostikuje až při vstupu do psychiatrické nemocnice. Dle názoru Zdravotně sociální pracovnice stále v lidech přetrvává stigmatizace duševních onemocnění, i když už je to po roce 1989 mnohem lepší, než tomu bylo před tímto rokem.

Kladená otázka

A. Jaké nejčastěji řešíte sociální události se svými pacienty?

Zdravotně sociální pracovnice odpovídá téměř shodně jako její mladší kolegyně. Jsou to peníze, peníze, peníze....

Jako druhou událost řeší umístění do zařízení, aby se pacient měl po hospitalizaci kam vrátit. K tomuto tématu se ještě Zdravotně sociální pracovnice rozvykládala, že je metodikem na transformaci psychiatrické péče. Doslova říká, že myšlenka je to výborná, ale její realizace pokulhává, vzhledem k nedostatku návaznosti sociálních služeb pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním

ROZHOVOR Č. 7

Rozhovor měl být realizován formou osobního setkání v přírodě. Vzhledem ke zhoršenému psychickému stavu dospělého syna, u kterého byla diagnostikována Schizofrenie, mi jeho matka poslala odpovědi na otázky po vzájemné dohodě na můj email a souhlasila s jejich vložení do mé práce. Syna se obává opouštět na delší dobu. V současné době zvažuje i jeho převoz k hospitalizaci do Psychiatrické nemocnice Kroměříž.

Cíl výzkumu: Porozumět vnímání kvality života osobám s duševním onemocněním.

Popřípadě zjistit, co by participantům pomohlo na samém počátku onemocnění.

Na první okruh dané problematiky matka dospělého duševně nemocného syna odpovídá, že syn, se kterým žije ve společné domácnosti, dle jejího úhlu pohledu ztratil schopnost vnímání sebe sama, díky vysoké medikaci psychofarmak, které musí pravidelně užívat.

Dle slov matky, jí syn díky svému onemocnění už nepustí k sobě blíž, což ji velmi trápí. Na druhý okruh problematiky jednoznačně odpovídá, že jí chyběli informace, od kterých by se v prvotní fázi onemocnění svého syna odrazila a měla tak na čem stavět. Přivítala by, i kdyby jí někdo poradil, jak má vyhledat odbornou pomoc pro sebe, aby to vydržela a mohla nějakým způsobem fungovat. V té době, by to pro ni velmi mnoho znamenalo.

Kladené otázky při rozhovoru:**A. V jakém věku začala vstupovat do života Vašeho syna Schizofrenie, kterou mu lékaři v Psychiatrické nemocnici Kroměříž diagnostikovali?**

Matka uvádí, že je těžké přesně určit, kdy se začalo onemocnění u syna projevovat. Cítí i částečnou vinu za to, že měla být více pozorná k určitým signálům, že se tzv. něco se synem děje. Vzhledem k tomu, že syn byl vždy uzavřenější a musela z něho vše, jak sama říká tahat, tak určitému typu jeho chování nepřikládala až takovou váhu. Na den, kdy se jí zcela změnil její život, nezapomene. Synovi bylo 22 let, měl týden před maturitou, kterou jsi dodělav dálkově. Matka popisuje tento den takto: „Syn byl celý víkend neklidný, neustále někam chodil, mluvil zmateně, nerozuměla jsem mu. Do svého pokoje mě nepustil. Snažila jsem se s ním domluvit, že v pondělí společně půjdeme k lékaři. Když jsem ráno vstala, nebyl ve svém pokoji. Obraz, který mám stále ve své paměti, byl tento...pořezané matrace, poházený nábytek všude nepořádek Syn mi nebral telefon, kontaktovala jsem tedy policii, byla jsem zoufalá. Policie syna našla ve městě, zavolala mi, že ho převáží do Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, vzhledem k tomu, že syn mluví zmateně a cítí se ohrožen na životě. Po čtyřech měsících byl syn propuštěn z Psychiatrické nemocnice v Kroměříži a mě začal velmi složitý život se Schizofrenikem, člověkem s těžkou poruchou osobnosti, který věří svým představám a bludům“.

B. Jakou měl syn profesi, jaká byla oblast jeho zájmů, před onemocněním?

Matka odpovídá, že syn je vyučený tiskař – knihař. Dnes díky svému onemocnění pobírá plný invalidní důchod. Dále matka uvádí, že mezi oblast zájmů jejího syna patřila historie a hraní fotbalu, kdy se mu podařilo jet i na utkání do Barcelony, které odehrál se svým

fotbalovým týmem. Matka uvádí skutečnost, že dodnes vozí syna na místo, kde trénoval se svým týmem. Dle jejího názoru si uvědomuje při pohledu na jiné mladé lidi, kteří tam trénují, že i on tam má své vzpomínky. V současné době nemá žádný koníček. Matku tato skutečnost velmi mrzí, dle jejich slov je syn sám se svými myšlenkami, kam nikoho nepustí.

C. Jak se Vám, změnila Vaše kvalita života, když syn onemocněl, zkuste mi to popsat prosím?

Matka odpovídá takto: „Život se mi změnil snad ve všech oblastech... Musela jsem předělat svůj dosavadní život. Zůstala jsem doma z práce na péči o osobu blízkou, ukončila přátelství s přáteli. Syna mám obavu nechat samotného delší dobu v bytě. Točím se s ním stále v kruhu, který nekončí“... Matka dále uvádí, že kruh pro ni představuje tento scénář:“ Syn po léčení a před léčením. Dle matky se u syna jedná, již o chronický stav, který je podle ní už bohužel neměnný.

D. Přinesla Vám do Vašeho života nemoc Vašeho syna i nějaká pozitiva?

Matka popisuje, že se mnohému musela naučit. Vyzdvihuje svou získanou schopnost zůstat v klidu a rovnováze, když ostatní v okolí v klidu nejsou. Této dovednosti se musela naučit díky onemocnění syna. Vnímá to jako velmi dobré pro svůj život. Dále uvádí, že je díky onemocnění syna dobrým posluchačem – umí dobře naslouchat. Život nyní bere, tak jak plyne a umí se radovat z maličností, to dříve neuměla.

E. Co byste vzkázala rodičům, kteří jsou v podobné situaci, jako vy?

Matka odpovídá takto:“ Ať to nevzdávají a jsou tady pro své děti, které onemocněly, i když to není vůbec jednoduché. Sílu ať čerpají od Boha, nebo v tom co je posiluje. Sama jsem si prošla krizí své víry...ale překonala jsem ji. „Její vzkaz zní takto: „Jste úžasní a stateční, že se nevzdáváte a bojujete s nepřízní osudu svých dětí. Máte můj velký obdiv, za to, co pro ně děláte. Bůh Vám žehnej.“

5.8 Výsledky výzkumných zjištění

Cílem práce bylo porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním, popřípadě zjistit, co by jim pomohlo na samém počátku onemocnění.

Dotazováno bylo celkem 7 participantů, z nichž pouze jeden byl mužského pohlaví. Toto bylo způsobeno odmítnutím participantů z řad mužského pohlaví. Muži berou své onemocnění jako životní selhání a nenaplnění své mužské role, takto za vnímaný pocit ze strany muže bylo důvodem, odmítnutí rozhovoru, který předtím slíbili.

Všichni participanti se shodli v názoru, že nejvíce ovlivňovala kvalitu života skutečnost, že trvala dlouhý časový úsek, který už nemohou plnohodnotně prožít.

Všichni participanti se shodli v názoru, že ztratili rodinné zázemí, nebo si ho nestihli díky nemoci vytvořit.

Všichni participanti se shodli v názoru, že jejich ekonomická úroveň, šla velmi dolů.

Všichni participanti se shodli v názoru, že nemoc jim vzala, to co jim přinášelo radost ve volnočasových aktivitách.

Pozitivní vnímání přítomnosti nemoci

Všichni participanti se shodli v názoru, že nemoc přinesla do jejich života, to, že se naučily více si vážit toho, co nyní mají.

Dokázali přehodnotit své priority

Všichni se shodli v názoru, že pro svůj život našli praktikující víru, která jim pomáhá překonávat překážky, které souvisí s nemocí.

Druhým cílem výzkumu bylo zjistit:

Co by participantům pomohlo na samém počátku onemocnění

Všichni participanti se shodli na skutečnosti, že pokud by byla nemoc včas správně diagnostikována a zaléčena, příznivě by to ovlivnilo její další průběh.

Dalším za vnímaným poznatkem byla skutečnost vztahů na poli rodiny. Kdy pro pacienty byl důležitý postoj jejich rodiny k propuknutí nemoci. Pouze jeden dotazovaný vnímal podporu své rodiny, ostatní to tak neměli a nemají doposud.

Podpora rodiny je pro pacienty velmi důležitá, tak to dotazovaní prezentovali a postesklly si, že je rodina opustila, nebo se na ně dívá nedůvěřivě.

Negativa nemoci dle názoru participantů

- 1. Dlouhý časový úsek života-kdy se nedá hovořit o jeho kvalitě**
- 2. Ztráta nejbližších vztahů-rozpad rodiny**
- 3. Neprožívání emocí – způsobeno medikací psychofarmak**
- 4. Nedostatek finančních prostředků-invalidita, neschopnost pracovat**

Pozitiva nemoci vnímaná participanty

- 1. Změna životního stylu**
- 2. Nastavení opravdových hodnot**
- 3. Nalezení praktikující víry, která jim pomáhá překonávat překážky, jež jsou spojeny s jejich onemocněním**

DISKUZE

Výsledky výzkumu byly porovnány se dvěma kvalifikačními pracemi na totožné téma. První práce sledovala při sběru dat oblast naplněných a nenaplněných potřeb. Mezi nenaplněnými potřebami pacientů s duševním onemocněním jednoznačně převládala nenaplněnost potřeby jistoty ve formě dostatečného finančního příjmu a zázemí rodiny, o kterou pacienti vlivem svého onemocnění přišli, nebo si ji nestihli vytvořit. U druhé kvalifikační práce jsou výsledky vnímání kvality života osob s duševním onemocněním, v oblasti naplnění potřeb téměř shodné. I zde participantů uváděli nízkou ekonomickou úroveň svého života a rozpad rodiny, jako velký deficit svého života. I naše výsledky výzkumu jsou velmi shodné v těchto nenaplněných oblastech života. Následuje nenaplněná potřeba užšího přátelství a lepší integrace do společnosti. S pojmem duševní onemocnění se setkáváme v dnešní době velmi často. Při téměř ročním zavření celé společnosti díky pandemii související s COVID-19. Mnozí, kteří neměli zkušenost s depresí, neurózou, tak si ji mohli osahat a seznámit se s nimi. Když ne oni samotní, tak díky členům nejbližší rodiny. Zaznamenali jsme ze svého nejbližšího okolí, že tato změnová situace ve společnosti přispěla k rozvoji mnohým duševních poruch i onemocnění. Když jsme zvažovali, co dát jako předmět této diskuse k dané problematice.

Do popředí se dostaly tato témata:

Jak zatraktivnit obor psychiatrie pro budoucí lékaře?

Vzhledem k jejich nedostatku a dlouhým čekacím dobám na prvotní vyšetření, které je tak důležité na samotném počátku onemocnění.

Jak více komunikovat s rodinou osoby s duševním onemocněním?

Jak mít více následných sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním?

Vyřeší tato témata transformace psychiatrické péče?

5.9 Doporučení pro praxi

Situace v ČR, s touto cílovou skupinou osob s duševním onemocněním o něco lepší než v předchozích letech, ale stále to nestačí. Vzhledem k tomu, že narůstá počet osob s duševním onemocněním. Už máme v některých městech centra duševního zdraví, ale pouze v některých.

Mým doporučení pro praxi z pohledu sociální práce s cílovou skupinou pacientů s duševním onemocněním je, aby se se navýšil celkový počet zdravotně sociálních pracovníků v psychiatrických nemocnicích, aby se více odborného personálu chtělo věnovat této cílové skupině pacientů, kteří jsou stále tak nějak na okraji celého systému zdravotnictví.

ZÁVĚR

Práce pojednávala o subjektivním vnímání kvality života osob s duševním onemocněním. V teoretické části popisuje historii léčby duševních onemocnění, její vývoj až do současnosti. Zabývá se teoriemi uspokojování lidských potřeb, které výrazně ovlivňují celkové vnímání kvality života jedince jako takového. Zabývá se osobností Zdravotně sociálního pracovníka, jako průvodce při hospitalizaci pacienta s duševním onemocněním. Zmiňuje osobnost terapeuta, který aktivně spolupracuje a vede pacienta v celém procesu jeho léčby, která vede ke zlepšení kvality jeho života.

Uvažuje a rozebírá také osobnost pacienta, která má velký vliv na průběh celé léčby a zaujetí postoje ke svému onemocnění.

Cílem práce bylo porozumět vnímání kvality života osobami s duševním onemocněním, popřípadě zjistit co by participantům pomohlo na samém počátku onemocnění.

Dotazováno bylo celkem 7 participantů, z čehož byl pouze 1 muž. Participant, kteří se vyjadřovali ke své nemoci, byli 3. Nejbližší rodinní příslušníci byli 2. Dále byli realizovány rozhovory se 2 Zdravotně sociálními pracovníci.

Z rozhovorů vyplývají následující skutečnosti:

Všichni dotazovaní participant z řad osob duševně nemocných se shodují na svém vnímání kvality života v oblasti nejbližších rodinných vztahů, které vlivem nemoci ztratili, nebo si je nestačili vytvořit.

Všichni dotazovaní participant se shodují na skutečnosti, že nemoc jim sebrala několik let plnohodnotného života. Dále se shodují na faktu, kterým je nízký finanční příjem, vzhledem k jejich přiznané invaliditě. Co je velmi trápí, je neprožívání emocionálních prožitků, což způsobuje silná medikace psychofarmak, které musí denně užívat.

Z rozhovorů s 2 Zdravotně sociálními pracovníci vyplývá informace, že nejčastější sociální událostí, kterou řeší s pacienty v léčbě je vyřizování invalidity a různých peněžitých dávek. Obě se shodují i na faktu, že umístění pacienta, který se nemá kam vrátit, mnohdy velmi složité. Na druhou podotázku cíle výzkumu... Co by pacientům pomohlo na samém začátku nemoci... Se obě shodly, že je to včasné a správné určení diagnózy a její zaléčení.

Ze všech rozhovorů vyplývá, že je velmi důležitá a potřebná práce pro tuto cílovou skupinu pacientů. Je velmi důležité, aby byla práce dělána se zaujetím pro tuto cílovou skupinu osob, vzhledem k tomu, že je personál mnohdy jediným styčným bodem v jejich životě.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. ANZARI, Patricie, 2018. *Dodušemluvy: kniha, po které bude všem s vámi lépe*. Praha: Eminent. ISBN 978-80-7281-534-0.
2. Autorský kolektiv, 2014. *Kniha psychologie*. Praha: Euromedia, ISBN 978-80-242-4316-0.
3. BARTOŠÍKOVÁ, Radka. *Kvalita života a její vnímání osobami s duševním onemocněním v Centru Paprsek Naděje*. Č. Bud. bakalářská práce (BC). Jihočeská Univerzita v Českých Budějovicích. 2013. Zdravotně sociální fakulta.
4. BOWEN, Will, 2017. *Svět bez stížností*. Praha: Synergie. ISBN 978-80-7370-493-3.
5. CLOUD, Henry, 2018. *Změna přináší uzdravení: jak pochopit svou minulost a zajistit si tak zdravou budoucnost?* Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-410-2.
6. ČECHOVÁ, Dominika. *Čeští odysseové*. Psychologie Dnes. Praha: Portál, 2021. s. 18-20. ISSN 1212-9607.
7. DE MELLO, Anthony, 2011. *Minutová moudrost*. Brno: Cesta. ISBN 978-80-7295-131-4.
8. DRAPELA, Victor J., 1997. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-134-7.
9. EGER, Edith Eva, 2019. *Máme na vybranou*. Praha: Práh. ISBN 978-80-7252-829-5.
10. FOKUS Labe, *Transformace psychiatrické péče*. [cit. 7. 4. 2022] Dostupné z: <http://www.fokuslabe.cz/>
11. FORWARDOVÁ, Susan a BUCK Craig, 2008. *Když nám rodiče ničí život*. Praha: Motto. ISBN 978-80-7246-417-3.
12. FRANKL, Viktor Emil, 1996. *--a přesto říci životu ano: psycholog prožívá koncentrační tábor*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 80-7192-095-9.
13. GAVORA, Peter, 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.

14. GUGGENBUHL – CRAIG, Adolf, 2007. *“Nebezpečí v pomáhajících profesích“*. Praha: Portál ISBN 978–80-7367-302-4.
15. HENZLOVÁ, Lucie. *Kvalita života lidí s duševní poruchou*. Brno. Bakalářsko-Diplomová práce. Filozofická fakulta Masarykovy univerzity, 2007. Zdravotně sociální fakulta.
16. HOLIDAY, Ryan, 2015. *Překážka jako výzva: proměňte krizi v novou příležitost*. Praha: Beta. ISBN 978-80-7306-741-0.
17. HÖSCHL, Cyril *Směřování české psychiatrie na přelomu století*. [cit. 7. 4. 2022] Dostupné z: <http://www.höschl.cz/>
18. KASTOVÁ, Verena, 2012. *O důvěře ve vlastní osud*. Brno: Emitos ve spolupráci s Nakladatelstvím Tomáše Janečka. ISBN 978-80-903715-0-7.
19. KUČEROVÁ, Helena, 2018. *Bolest v psychiatrii*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-378-4.
20. KUZNIKOVÁ, Iva a kol., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
21. KOLEKTIV Autorů, 2020. *Hlava jako dar i prokletí: Kdo je nemocný? Kdo je zdravý?* 21. STOLETÍ EXTRA-100 DĚSIVÝCH PSYCHICKÝCH PORUCH A NEMOCÍ. Praha: Rf Hobby, spol. s.r.o. číslo s. 5-6. ISSN 1214-1097, ISBN: 978-80-907772-6-2.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2004. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-835-X.
23. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003 *Jak zvládat depresi*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0575-3.
24. MARIE, Author at ČR 2030. *Jak měřit spokojený život*. (www.cr2030.cz). [cit. 12. 5. 2022] Dostupné z: <https://cr2030.cz/>.
25. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, *Národní hodnocení spokojenosti pacientů*. (www.mzcr.cz). [cit. 12. 5. 2022] Dostupné z: <https://spokojenost.mzcr.cz>.
26. LEMAN, Kevin, 201. *Do pátku bude váš život jiný*. Praha: Návrat domů. ISBN 978-80-7255-262-7.

27. NAKONEČNÝ, Milan, 1993. *Základy psychologie osobnosti*. Praha: Management Press. ISBN 80-85603-34-9.
28. NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, *Studie vědců já a Covid-19*.(www.nudz.cz). [cit. 12. 5. 2022] Dostupné z <https://www.nudz.cz>.
29. PRAŠKO, Ján, HONS, Jaromír a Herman, Erik, 2010. *Psychóza v životě život v psychóze*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-231-5.
30. PRAŠKO, Ján a kol., 2001. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-85912-65-1.
31. ROČENKA VZP, 2019. *Informace o celkových nákladech VZP, Segmenty péče VZP psychiatrická péče*. (www.vzp.cz). [cit. 7. 4. 2022] Dostupné z <https://www.vzp.cz>.
32. ŠILHÁN, Petr, PĚČ Ondřej a Revizní komise Psychiatrické společnosti ČLS JEP. *O vzniku center krizové péče v nemocnicích*. Česká a Slovenská psychiatrie, Časopis Psychiatrické společnosti ČLS JEP a Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS. Praha: Galén, 2022. s. 5-6 ISSN 1212-0383.
33. Špok, Dalibor. „*Vůle*“ [cit. 7. 4. 2022]. Dostupné z <https://psychologie.cz/>
34. PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ Ondřej, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.
35. SHARP, Daryl, 2008. *Getting to Know You: The Inside Out of Relationship*. Brno: Emitos. ISBN 978-80-87171-00-4.
36. VÁGNEROVÁ, Marie, 2004. *Základy psychologie*. Praha: Karolinum. ISBN 80-2460841-3.
37. VENCOVSKÝ, Eugen, 1996. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-226-5.
38. ÚŘAD VLÁDY ČR, *Kvalita života-, Indikátory kvality v oblasti zdraví*. [cit. 8. 5. 2022] Dostupné z: [https //vláda.cz/](https://vláda.cz/)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor č.1. v denním tisku s arteterapeutkou z psychiatrické nemocnice v Kroměříži

Příloha P II: Rozhovor č.2. v denním tisku s arteterapeutkou z psychiatrické nemocnice v Kroměříži

Příloha P III: Upoutávka na výstavu s názvem „Umění je stav duše“

Klienti léčebny? To je naše společnost

Emilie Rudolfová pracuje s lidmi s vážnými psychickými chorobami pomocí arteterapie. Týdeníku povyprávěla o ní i o důležitosti zlaté střední cesty.

JANA ROHANOVÁ

Kroměříž - Co je to opravdové utrpení a jak se léčí duše? Zcela zasvěcené o tom může povídat Emilie Rudolfová, která pracuje jako arte-terapeutka v kroměřížské psychiatrické léčebně. Takřka pod rukama jí denně procházejí lidé s duševními poruchami, neurotickými poruchou, různými závislostmi i mentální anorexií, lidé, kteří se sebeпоškozuji, ale také po sebevražedném pokusu.

Stanoví diagnózu, která v chorobopisu není

„Dostávám ze strany psychiatra a psychologa doporučení a informace o klientech. Potom je ale tak trochu odkládám a na prvním místě mě zajímá lidské trápení, hoře, žal, kdy muž nebo žena pláče do toho, co mi říká, a to už v chorobopisu není. Už je to posunutě jinam a to je

pak moje diagnóza,“ svěřila se týdeníku terapeutka, která lidem mimo jiné pomáhá vyjádřit své pocity výtvarným uměním a tak je léčí.

„My lidé často opakujeme zlidovělou citaci, že alkohol je meta lidstva. Já jsem jí terapeuticky přepracovala, že meta lidstva je lidstvo samo. Z alkoholu, který systematickou prací vytvoří povitý vlnař, cítím dobře odvedenou práci, slunce a to, že je to Boží dar, jako například chleba. Ve vztahu ke mně není agresivní a nic mi nedělá. My ale tyto dary proměňujeme na zlo,“ vysvětlila Rudolfová a poukázala tak na aktuální metanolovou kauzu, kterou, stejně jako veškeré dění ve společnosti, sleduje.

Dodává, že kauza, která vyšla najevo, není o pančovaném alkoholu, ale o zlu, které má různou, často hrůznou podobu.

„Své klienty se snažím vést k tomu, aby se nechovali, jako že spí a donekonečna se nevymlouvali, neomlouvali a neposilovali zbabělost, lenost, pohodlnost. Tu zbabělost potom nabízejí i mně, protože je v nich. Jednou mi klientka řekla, že toho tolik nažle, že už ani neví, že lže. Je to frajeřina, tohle říct a pro terapii je to dobrá výchozí pozice. To je ten moment, kdy cítím, že



Emilie Rudolfová má k výtvarnému umění blízký vztah.

se dotkla povitostí v terapii a chce mi o sobě říct něco víc. Já za to klienty nesmírně chválím,“ popsala Rudolfová, jak je důležitá otevřenost v terapii.

Odkrývám „naplaveniny“

Během terapie je podle ní nutné, aby došlo ke střetu minulosti se stavem „zde a nyní“ a mohlo tak dojít k čistícímu procesu a změně v osobnosti. Také je důležité prožít si například pocit studu, za životní období, které takový stav nastolilo. A to hlavní? Nejdůležitější je - podle terapeutky - odkrývat naplaveniny a zjistit, co se stalo před závislostí nebo psychickou poruchou a dostat se často až k dětskému a k příčině potíží.

Zásadní je pocit bezpečí a zlatá střední cesta

„Opakovaně se dozvídáme z médií o domácím násilí, které má různou podobu. To je často spojené s alkoholismem. Mladí lidé přicházejí s tím, že je něco trápí, jsou smutní a neví z čeho. Také nabízejí zástupné problémy. Na základě arteterapie vidíme, že se odkrývá, co je ryzi, skryté. Více a více terapeutické prostředí nutí člověka světit se, že ve svém věku žije v prostředí domácího násilí,“ uvedla příklad Rudolfová a dodala, že nejvíce zraňující je fakt, když zraňuje rodič, který má chránit.

„Lékař vyhodnotí možnosti, ale emoční zraňování je často zdrojem formování osobnosti v období, které je velmi významné pro mladého člověka. V době, kdy se z dítěte stává dospělý. Jestli rodič nevytváří pocit bezpečí a řeší například nový part-

nerský vztah, může to mít pro dítě fatální následky,“ řekla Rudolfová, ale také dodala, že dobré samozřejmě není ani zůstávat ve vztahu, kdy samo dítě vidí, že rodiče nejsou zralé dospělé osobnosti. Terapeutka tak kladla důraz na to, že nejdůležitější je najít takzvanou „zlatou střední cestu“.

občanská společnost

„Vzpomínám si na jednu klientku. Byla to učitelka s mnohaletou závislostí na alkoholu, která mi řekla: „Večer, až byly děti v postýlce a všechno bylo v pořádku, otevřela jsem si krabicové víno.“ Tohle je ukázka myšlenky závislé ženy na alkoholu,“ poukázala na fakt, že ženě nedošlo, že v pořádku není její myšlení, chování.

Pijí, i když jim to nechutná

„Ženy závislé na alkoholu jsou většinou pracovitě, čistotné. Až je doma všechno jak má být, odmění se a opijí. Při terapii potřebujeme jít až za tyto věty, až si uvědomí, že vstupují do škodlivého rituálu, že se odměňují nevhodným způsobem. Dále zjišťujeme, že předtím bylo ještě něco jiného, hlubšího,“ naznačuje terapeutka.

„Nedávno mi jedna klientka potvrdila, že neléčíme závislost, ale celistvost osobnosti. Ona sama si totiž uvědomila, že nepila proto, že jí to chutná, ale opila se, protože na to byla několik let zvyklá,“ řekla terapeutka. Podle ní je potřeba si uvědomit svoji nezralost a příčinu. Například rodiče, kteří přehlídí dítě, nebo jim překážejí v jejich sobectví. „Syn se tak třeba naučí od

táty, že přistupuje k životu neuroticky - zbaběle, čeká, kdo za něho vyřeší nepřijemnosti. Nenaucí se především pít, ale reagovat nezdravě povrchně, primitivně,“ vysvětluje odbornice.

Anorexie? Špatný vztah s matkou

Na terapii Emilie Rudolfové chodí také lidé, kteří mají potíže se sebeпоškozovat, ale i muži a dívky s přehnanou vyhublostí.

Přechod u klientky s mentální anorexií mi ujasnila příčinu tohoto problému. Tou je zpravidla nezdravý vztah s matkou, potažmo s rodiči. Setkala jsem se s těmi klientkami, které měly stejný zážitek. Neznaly se, byly z různých měst. Všechny tři závodně plavaly. Přibližně ve stejném věku je trenér v žertu pleskl po zadku a řekl: „Ty se nám ale zakulacuješ.“ Mně to připadá normální, ale jestliže dítě není ze zdravého rodinného prostředí, vznikne zapouzdření, silný zážitek z toho, že je tuhá. Za normálních okolností to mohla doma říct a všichni by se tomu zasmáli s tím, že jim doma roste slečna. A není to o trenérovi, o Barbie a kultu módy, jak se často prezentuje v odborných knihách a televizi. To potvrzují samy klientky,“ objasnila Rudolfová.

Klientů s depresiemi přibývá

Obecně platí, že základní archetyp života je samec, samice, mládě - tedy muž, žena a dítě.

Když zjistí terapeutka, že lidé nemají dobrý vztah k druhému pohlaví, je jejím úkolem zkoumat, proč tomu tak je.

„Lidé, kteří tu jsou, to nejsou pacienti, to jsme my, naše společnost. Pacient znamená v příkladu: trpně snášející. Tady nejsou po operaci upoutání na lůžko. Chci, aby byli maximálně spolupracující. Burcujeji různými způsoby: někdy „biju“, někdy objímám. Lidé sem chodí jako do nemocnice. Potom jdou domů, postel je ještě teplá a už je v ní jiná paní. Televize, rádia jsou plná toho, jak narůstá počet klientů s depresi, jak si lidé za svoje peníze chodí kupovat léky a dít prohlubují tento stav. V takové situaci je jedním z řešení pobyt na psychiatrii. A v mé filosofii je to zastavení v životě,“ říká Rudolfová.



Jedna z prací pacientů léčebny z roku 2010. Nazvána je Můj vztah k lidem dříve a nyní. Rudolfová je kurátorkou výstavy Umění je stav duše. Foto: archiv Emilie Rudolfové

PŘÍLOHA P II: Rozhovor č.2. v denním tisku s arte-terapeutkou z psychiatrické nemocnice v Kroměříži

14. LEDNA 2020
TÝDENÍK KROMĚŘIŽSKA

SPOLEČNOST/KULTURA

9

Rodiče mají povinnost vytvořit dítěti pocit bezpečí

CO JE TO VLASTNĚ ARTERAPIE, CO SE U VÁS V ATELIÉRU DĚJE?

Arterapie je v překladu umění a léčba. V arterapii mám své vlastní terapeutické metody. Není to jen mít ve skříni vlastní pastelky a papír. Mám dobrý profesní základ od profesora Kratochvíla. Pacientům nabízím psychoterapeutické pohovory, a ti, kteří mají zájem o náročnější terapii, přicházejí do arterapeutického programu. Dopoledne je to arterapie činnosti, tam si sami vyberou formát, na který chtějí kreslit, i techniku, se kterou chtějí pracovat. To, co chtějí kreslit a malovat, je jejich svobodná vůle. K tomu píši deník, který je hodné informací. Jednou nebo dvakrát týdně máme s pacientem odpolední individuální arterapii. Nabízím přednášky, pracujeme s terapeutickými filmy. Jsem první terapeutka ve vztahu k pacientovi. Lékař psychiatr mi do práce nikdy nezasahuje, pokud je to vhodné, upozorňuji jej na něco závažného. Je to takové příjemné terapeutické prostředí, i pro mě.

TAKŽE TO NEJSOU JEN KRESLENÍ, ALE I PSYCHOTERAPEUTICKÉ POHOVORY?

Ano. Všechna vytvárná díla se archívují, každý pacient má svou složku, do které může nahlédnout jen primární nebo psychiatr. Pacienti dostávají školy, často tím prvním je moje rodina. Pacient píše text a vytváří kódu. Mám opakovanou zkušenost, že dospělí klient, který má partnera a děti, začne psát a tvoří na základě vzpomínek na rodiče, z doby, kdy byl sám dítě. To už je pro mě informace, od které se začne odvíjet další terapie. V ilustraci i zápisy jsou hodné informací. Někdy pacient stagnuje, řekne, že už nic nerozumí, ale já vím, že to tak není. Terapie mohou být hodně dramatické, když klienty vidím v podobě přehrad, do období, ve kterém jim nebylo dobře. Je přirozené, že sami nechcejí na takové události vzpomínat.

PŘI JAKÝCH DIAGNÓZÁCH MŮŽETE POMOČI?

Velký okruh pacientů, kterým pomáhám, tvoří skupinu s neurotickou poruchou. Použije v podobě sebeopozování byly v minulosti ojedinelé, nyní jsou časté. Závažnou potíží je také emocionální nezálost. Taková osobnost v sobě posiluje zbabělost, vyhýbání se zodpovědnosti za svá rozhodnutí. Mnohokrát jsou to lidé, kteří nemají dobrou vylučovací a dýchací soustavu, a když se pak dostanou do nějaké zátěžové situace, mají pocit, že jsou v ní sami. Nemají schopnost se správně rozhodnout. Měla jsem v terapii mnoho žen, které se vdalaly jako nezra-

Emilie Rudolfová začala svou profesní dráhu v roce 1971 v Dětské psychiatrické léčebně v Brankách na Moravě. Od roku 1984 působí v kroměřížské psychiatrické nemocnici a dvacet let také pomáhala lidem na lince důvěry. Důležitým obdobím byl pro ni čas, kdy pracovala na psychoterapeutickém oddělení 18 B pod vedením profesora Stanislava Kratochvíla. Od roku 1993 vede ateliér arterapie.



le osobnosti, a když neměly oporu v rodině, neměly kam jít, ocitly se samy v zátěži. Pak se dostanou do situace, kdy chtějí mít od všeho pokoj, napadá je i řešení, když nechcejí žít, přestože jsou například maminkami dvou dětí. Výraznou skupinu tvoří závislí, běžná je dnes kombinace několika závislostí. Než se stali závislími, mohli mít neurotickou poruchu, toto se prolná. Po zpracování traumatizujících událostí si více porozumí a nemají vztah na celý svět ani na sebe. Důležitá je, že klient nepodporuje v jejich zbabělosti a duševní lenosti, ale v odvaze a otevřenosti.

JAK SE K TERAPII STAVĚJÍ VAŠI KLIENTI?

Prostředí se jim většinou líbí. V arterapeutickém deníku mají chuť se vyžalovat, něco by se přetrhla přehrada nějakého hodné kalného. Někdy tam bývá i stud za to, co napsali. Deník je jejich, po terapii si ho odnášejí domů. Po ukončení terapie mi opakovaně říkali, že deník už vidět nechcejí. Odeslali jej do sklepa, dali mezi staré knihy. Doporučovala jsem jim, aby si jej otevřeli a přečetli si jej jako knihu, kterou napsal někdo jiný, i když je to pro ně těžké. Často jim pomohlo udelat si takto vlastní terapii znovu.

POMŮŽE TO, VYKRESLIT SE K ROZLIŠKÁM A NEODSTRÁHÁVAT SE OD NICH?

Větu - už je to za mnou, nechci se k tomu vracet, udelám lůžovou čturu - používají závlahy na alkohol. To je pro mě naprosto nepřijatelné. Dokud se s nimi nevrátím před období, než začali po-

přít, nedostaneme se dál. Nový život, čistý stůl, čistá čára - to je špatné. Klienti by v sobě nadále nosili něco, co nemají doposud zpracované. Například u sexuální zneužívání žen je taková vzpomínka neobyčejně bolestivá. Někdy o tom nejsou schopné mluvit, ale mohou to napsat a přečíst. V této terapeutické fázi je arterapie velmi účinná. Přes plác pokračují v tvorbě až po ukončení díla. Je to extrémně těžká situace, když je navíc tím agresorem nevládná otec nebo strýc. A největší hrůza je vlastní otec.

POZNÁTE Z OBRAZKŮ, CO ČHTĚJÍ KLIENTI VYJADRIT?

V arterapii nepoužívám interpretaci, tedy výklad, co pacient nakreslí. Pokud komentuje svoji práci, někdy vím, že nemluví o tom, co tam já interpretaci vidím. Ale dál mlčím. Například řekne - já už jsem dál, já na to nemyslím. A já z jeho práce přechu, že je svým problémem zahájený a že to není tak, jak to říká. Spíš si to přeje.

JAK VZNIKLA MYŠLENKA NA VÝSTAVU PRÁCI KLIENTŮ?

V roce 1996 mě vystava "Umění je stav duše" nabídl Jiří Stránský, tehdejší ředitel Muzea Kroměřížska. Netroufala jsem si na tak velký úkol, ani jsem si to nedovedla představit. Velkou oporou při jakékoliv práci při vytváření mně byla kolegyně Iva Zezulková, ale od roku 2011 již v našem zařízení nepracuje, tak dělá výstavy sama. Loňská výstava je v porádí dvádnáct, pro mě je to 23 let systematické práce.

JAK VYBÍRÁTE PRÁCE NA VÝSTAVU?

Vytvárné práce jsou vybírány tak, aby vyburcovaly dospělé. Aby se třeba zamysleli nad tím, jestli v širší rodině nemají dítě, které vyráží s otcem, který pije a řve, a ve dvě hodiny v noci chce po dětech žákovské knížky. A když má dítě trojka, dostane nalacované, a potom má je do postýlky a spát. Nevím, co všechno takové dítě prožívá.

JAKÉ JSOU DOJMŮ Z POSLEDNÍ VÝSTAVY?

Znepokojující je informace, že v roce 2018 bylo v naší republice 1 400 dokončených sebevražd. Proto mě velice potěšila při zahájení výstavy výsoká návštěvnost mých pacientů, kteří byli většinou přijatí do terapie po sebevražedném pokusu. Krásní mladí vzdelání lidé, kteří se ocitli v životní situaci, že neviděli jinou možnost řešení než sebevraždu.

TAKŽE MÁTE I RADOSTNĚ ZAŽITKY...

Já se z této radosti doposud nemohu vzpamatovat. Například na výstavě byla taková kritická busta z nevyplácné hlíny. Tu vytvořila mladá dívka, velmi milá a inteligentní, která se do deníku svěřila s trápením s rodiči. Nabídla jsem jí sochařský stojan a deset kilo hlíny, a ona s tou hlínou

měla zápasit - mohla do ní křičet, hlouct. Ona křičela věty, které slyšela od matky. Když už budeš normální, vzpamatuj se! Byla tam obrovská agrese a křik slyšeli přes zavřené dveře i ostatní klienti. Seděl tu muž ve věku jejího otce, který měl doma dceru a ve vztahu k ní používal stejné věty. Potucha jsem přišla do místnosti ke křičící klientce, objala ji, a ona se rozplakala. Také ostatní ji pak začali objímat, všichni plakali, protože to znali. Buď si doma prožili to samé, anebo věty používali ve vztahu k dítěti, a přišlo jim to jako boce líto. Najednou jako bychom udelali terapii pro šest lidí zároveň. Také tato klientka přišla na výstavu, a byla šťastná, že se opět můžeme vidět a obejmout.

JSOU DNES LIDÉ MĚNĚ ODOLNÍ PROTI NEGATIVNÍM VLIVŮM V MNOHOLISTI ZAŽÍVALI VÁLKY, BÍDU...

Děkuji za tuto otázku, v mé terapii je klíčová. Rodiče mají povinnost vytvořit dítěti pocit bezpečí. Přestože v současné společnosti neprožíváme takové hrůzy, jako je válka, zažili mi pacienti ve své rodině nepřátelské prostředí a bojovali proti vřelým rodičům. Byli tak přimaceni v některých oblastech rychle dozrát. Také se od závislých rodičů naučili nalhávat si, lhát, podvádět i agresivně prosazovat si „to své“. Doma rodiče pacientovi doporučovali, aby nemluvíli o tom, co se u nich dělo. V současné společnosti se rodiče často domnívají, že je důležité předškolka nebo školka autem rozvážet z jednoho kroužku do

druhý oběd sama a dostane zaslouženou pochvalu. To je ten proces zrání a soběstačnosti. V rodině se odehrávají velké radosti i dramata.

SETKÁVÁTE SE SE SMUTNÝMI NEBO DRAMATICKÝMI LIDSKÝMI OSUDY, JAK TO NA VÁS OSOBNĚ PŮSOBÍ?

Stále se vzdělávám, v psychoterapeutickém výcviku jsem se naučila, jak zacházet sama se sebou. Mimo práci na psychiatrii mám dobré vztahy v rodině, jsem teta tří synovců a jedné neteře. Vždycky jsem se snažila o to, aby věděli, že jsou u mě důležití. Mám dobré přátele a snažím se o prohlubování těchto vztahů. Pokud mě odepoleline čeká těžká terapie, už od rána potřebuji být připravená a navázání sama na sebe. Pokud tu sílu nemám, je program odlehčený, jiný. Pacienta obejmout, nechat ho vyplákat, zůstat s ním stojí hodně energie. Pacient potřebuje cítit, že já jsem v pořádku, v klidu, jsem mu oporou. Opakovaně pacient napsal do deníku "Takovým způsobem se mnou ještě nikdo nepracoval. Já tu terapii s pacienty žiji, v tom procesu jsem si nina.

SETKÁVÁTE SE S NĚKTERÝMI PACIENTY PO PROPUŠTĚNÍ Z NEMOCNICE?

Za celý rok psychoterapeutiky otevírám asi stovku pacientů. Někteří byli u mě v terapii před 20 lety. Požadují mě o konzultaci a setkání jsou veskrze příjemná. Nepřicházejí pacienti, kteří narikají, ale spíš se přijdou pochválit, jak se jim daří, a přijdou si pro podporu, pro potvrzení, že jejich životní rozhodnutí bylo správné. V oboru školení a zdravotnictví je prudký nárůst závislých na alkoholu a lécích. Nevím, zda to je humanitním vzděláním, ale tyto pacienti mají zájem na sobě více pracovat a kultivovat svůj život. Často mají syndrom vyhoření.

JE NA VÁS ZNÁT, ŽE DĚLÁTE SVOU PRÁCI S LÁSKOU...

Arterapie je především zodpovědnost za to, co pacientovi nabízím. Zjistit to, co právě potřebuje, je umění. Pacient by měl číst jistota, že mám dobrý plán. Po posledním zahájení výstavy "Umění je stav duše" jsem měla přednášku, snaže se bylo takové moje sdělení. Za sebou jsem měla napsané heslo: Ztratil jsem nárok klopat oči před náším na dětech. To bylo a je moje poselství. Návěpovinnost je dělat umění, aby z nich vyrostli dobří lidé.

Nicol Trháková

Jako by to někdo maloval za mě, říkají návštěvníci výstavy

Výstava **Umění je stav duše**, která zaplnila sály v Muzeu Kroměřížska, letos slaví desáté výročí. Koná se vždy jednou za dva roky a ukazuje **obrazy pacientů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži**.

■ PETRA PROCHÁZKOVÁ

KROMĚŘÍŽ | Jeden z obrazů na stěnách sálů v Muzeu Kroměřížska je koláž a představuje ženu, která uhní na kole jako o život. Co všechno cestou ztratila, ví jen autorka sama, návštěvník výstavy **Umění je stav duše** se její příběh nikdy nedozví.

„Jsou díla, která jsou prostě o nás dospělých. Všichni se někam ženeme, přitom víme, že když zastavíme, získáme víc,“ říká Emilie Rudolfová, arteterapeutka Psychiatrické nemocnice v Kroměříži, která za vznikem výstav stojí společně s ředitelem muzea Jifim Stránským.

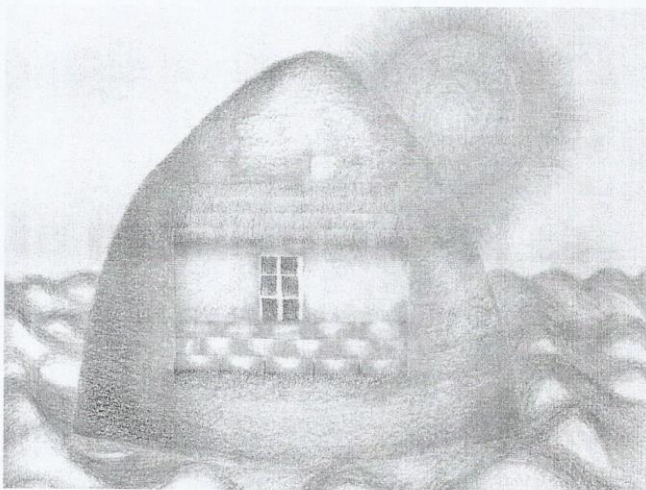
„Hodnotit uměleckou kvalitu děl není to podstatné. Důležitější je, co říkájí,“ říká Stránský. Ohlasy z výstavy, rostoucí počet návštěvníků, to všechno autorům a bývalým pacientům dokazuje, že je společně dokáže přjmout.

„Výstava ale má terapeutický dopad i na takzvanou běžnou společnost, která se dříve s psychiatrií neselekala. Několik návštěvníků mi důvěrně sdělilo, že mají pocit, jako by to autor namaloval za mě,“ dodává Rudolfová.

K vidění jsou malby, kresby a plastiky, v každé z nich je vepsán život a zkušenosti lidí s mnohdy závažnými psychickými nemocemi a poruchami. A ačkoliv se prostřednictvím tvorby dostávají někdy z těžkých traumat, nemusí se návštěvník bát, že je výstava sklíčí.

Sestavená je totiž tak, aby střídala díla z počátku léčby i jejího konce, a ty už hýjí barvami a optimismem.

K vidění je i unikátní soubor 44 prací jednoho autora, který dokumentuje vývoj jeho psychiky během celého pobytu v nemocnici. V arteterapeutickém atelié-



Autoři výstavy se shodují, že není podstatné hodnotit uměleckou kvalitu děl. Důležitější je, co obrazy, které namalovali psychiatři a pacienti, vypovídají.

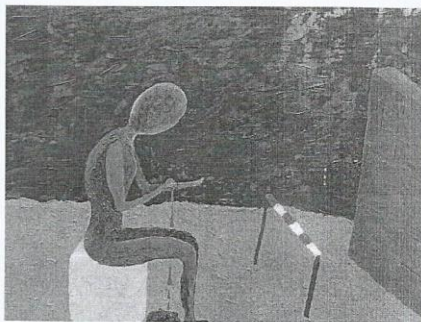
ru ale vznikne i řada obrazů, které pak jejich autor spdlí či jinak zničí, někteří nedají souhlas s vystavením a další zase na veřejnost nepustí terapeutka sama. „Bývají skutečně hrůzné,“ podotýká Rudolfová.

Počátek výstav sahá do roku 1995. Když Stránský arteterapeutku s nápadem oslovil, váhala. Především proto, že výstava nesmí narážet na lékařskou etiku. Dnes je ráda.

„Na vermisážce jezdí bývalí pacienti a já vidím, že jsou uzdraveni. Váží třeba i dlouhou cestu, toho si velmi cením.“

„Patří jim obdiv, jdou ven s velmi osobními a intimními věcmi. Výstavou nechceme šokovat, je svědectvím o vnitřních bojích. Úspěšných,“ doplňuje Stránský.

Výstavy se konají vždy po dvou letech a letos slaví už 10. výročí. K němu vydali pořadatelé také katalog vybraných děl. K vidění bude do 25. října.



K vidění jsou malby, kresby a plastiky, v každé z nich je vepsán život a zkušenosti lidí s mnohdy závažnými psychickými nemocemi a poruchami.