

Edukace jako nezbytná součást komplexní léčby psychóz

Pavla Grygová

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2014/2015

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

Jméno a příjmení: **Pavla Grygová**
Osobní číslo: **H12185**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Edukace jako nezbytná součást komplexní léčby psychóz**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti edukace, prevence relapsu psychózy a role rodiny při péči o osoby s psychotickým onemocněním.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.



[Signature]
Mgr. Jitka Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí ústavu

[Signature]
Mgr. Jitka Hlaváčková, Ph.D.
vedoucí ústavu

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2993-3.

ČEŠKOVÁ, Eva, Mojmír SVOBODA a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

DOUBEK, Pavel, Ján PRAŠKO, Jaromír HONS a Erik HERMAN. Psychóza v životě - život v psychóze. Praha: Maxdorf, 2010. ISBN 978-80-7345-231-5.

GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA, Psychiatrie. Praha: Tigris, 2002. ISBN 80-900130-105.

PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ a Beate Elisabeth ALBRICH. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

STYX, Petr. O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

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

Datum zadání bakalářské práce: **23. ledna 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2015**

Ve Zlíně dne 23. ledna 2015


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




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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 17.4.2015

.....


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

(1) Vysoká škola nevyjádřeně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení 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). Odírá-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 jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlížde k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak pacienti s psychózou, hospitalizovaní v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, vnímají edukaci, zda mají dostatek potřebných informací o své nemoci, zda mají o tyto informace zájem a jaké jsou jejich požadavky. Úkolem je dovést se z pohledu pacientů s psychotickým onemocněním, jak hodnotí edukaci o psychózách poskytovanou v ambulantních a ústavních podmínkách, jakým způsobem jsou edukováni a zda jsou pro nemocné informace tohoto druhu dostupné a srozumitelné. Teoretická část práce charakterizuje psychózy, jejich druhy, příčiny, průběh nemoci a dostupné formy léčby. Dále pak popisuje důležitou roli rodiny v průběhu terapie, její nelehkou situaci a možnosti podpory. Poslední kapitola je věnována nezbytné psychoedukaci, jako součásti prevence relapsu psychóz. Praktickou část tvoří kvantitativně orientovaný deskriptivní výzkum provedený dotazníkovým způsobem.

Klíčová slova: psychóza, léčba, edukace, rodina, prevence, psychoedukace

ABSTRACT

The aim of this bachelor work is to find out how the patients with psychosis hospitalized at the psychiatric hospital in Kroměříž perceive education. Whether they have enough important information about their illness, whether they are interested and what their requirements are. The focus of this work is to recognize how these patients with the psychotic illness evaluate the education about the psychosis which is carried out at the outpatient unit or the hospital unit and that from their point of view. What forms of education is undertaken and whether all information given to the patients is fully understandable and accessible. The theoretical part characterizes psychosis, forms, causes, the progression of the disease and all the available treatments. Furthermore, it indicates the important role of the family during the process of the treatment, its difficult situation and the possible support. The last part is dealing with the concept of necessary psychoeducation as a part of prevention of the psychotic relapse. The practical part consists of quantitatively orientated descriptive research which has been carried out through the questionnaire survey.

Keywords: psychosis, treatment, education, family, prevention, psychoeducation

Podkování:

Tímto bych chtěla podkovat všem pacientům za ochotu při realizaci výzkumu a inspiraci pro svůj další profesní růst. Velké podkování patří také paní Mgr. Evě Mělenové za ochotu i odborné vedení mé bakalářské práce a svým nejbližším za podporu a trpělivost.

š Aby nezůstali sami mezi mnoha lidmi ě

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ÁST	12
1 PSYCHÓZY	13
1.1 DRUHY PSYCHÓZ.....	14
1.2 P Í INY PSYCHÓZ.....	16
1.3 PR B HONEMOCN NÍ.....	17
1.4 LÉ BA PSYCHÓZ.....	18
2 RODINA A JEJÍ NEZASTUPITELNÁ ROLE	20
2.1 ZM NY V RODIN	21
2.2 KOMUNIKACE A EFEKTIVNÍ ZVLÁDÁNÍ	23
2.3 PODPORA RODINY.....	25
3 PSYCHOEDUKACE JAKO PREVENCE RELAPSU PSYCHÓZ	27
3.1 POJEM EDUKACE	28
3.2 FORMY PSYCHOEDUKACE	29
3.3 EDUKA NÍ PROGRAMY PRO OSOBY S PSYCHOTICKÝM ONEMOCN NÍM V R.....	30
II PRAKTICKÁ ÁST	33
4 VÝZKUM	34
4.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM	34
4.2 CÍL VÝZKUMU	34
4.3 VYMEZENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK.....	35
4.4 VÝZKUMNÁ METODA.....	35
4.5 POPIS DOTAZNÍKU	36
4.6 VÝZKUMNÝ SOUBOR	36
4.7 ZP SOB SB RU DAT	37
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	38
5.1 POPIS POLOŤEK S DEMOGRAFICKÝMI ÚDAJI	38
5.2 VYHODNOCENÍ TEMATICKÉHO CELKU A ó OSOBNÍ ZKUŤENOSTI PACIENT S POSKYTOVANOU EDUKACÍ O PSYCHÓZÁCH.....	40
5.3 VYHODNOCENÍ TEMATICKÉHO CELKU B ó SPOKOJENOST PACIENT S POSKYTOVANOU EDUKACÍ O PSYCHÓZÁCH	46
5.4 VYHODNOCENÍ TEMATICKÉHO CELKU C ó POŤADAVKY PACIENT NA EDUKACI O PSYCHÓZÁCH.....	50
5.5 VYHODNOCENÍ TEMATICKÉHO CELKU D ó ZÁKLADNÍ ZNALOSTI PACIENT O PSYCHOTICKÉM ONEMOCN NÍ.....	55
5.6 SHRUTÍ VÝZKUMNÉ ÁSTI	57
5.7 DISKUZE A DOPORU ENÍ PRO PRAXI	58
ZÁV R	60
SEZNAM POUŤITÉ LITERATURY	61
SEZNAM POUŤITÝCH SYMBOL A ZKRATEK	64
SEZNAM GRAF	65

SEZNAM P ÍLOH.....	66
---------------------------	-----------

ÚVOD

Psychózy jsou velmi závažným duševním onemocněním. Život s psychózou je náročný. Onemocnění přináší pacientům i jejich blízkým spoustu negativních problémů v rovině osobní, pracovní i rodinné. Léčba psychotických onemocnění je často ukončována z důvodu neznalosti i bezradnosti nemocného. Zajímalo nás, zda je možné pacienty v jejich tíživé životní situaci podpořit a pomocí edukace tímto následkům předejít.

Celá bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část vychází z podrobné analýzy odborné literatury, věnující se problematice psychotických onemocnění. Je členěna do tří kapitol. V první kapitole se zabýváme vymezením pojmu psychóza. Dále pak následuje základní rozdělení psychóz a jejich charakteristika, příčiny, průběh onemocnění a možné léčebné postupy, které zvyšují naději nemocných na příznivý průběh. V druhé kapitole se zamůžeme na důležitou podporou roli rodiny, na její složitou životní situaci při podpoře svého blízkého nemocného. Zabýváme se také komunikací členů v rodině, efektivním zvládnutím problematického soužití a celkovou podporou takto znevýhodněných osob. Poslední kapitola je věnována edukaci psychotických pacientů a jejich příbuzných. Představujeme edukaci, jako neodmyslitelnou součást intenzivní léčby psychóz a zároveň jako prevenci relapsu psychotického onemocnění.

Edukaci popisujeme jako seznámení nemocného a jeho rodiny s povahou onemocnění, kdy se obě strany dovídají, co je psychóza, jak je závažná, ale zároveň léčitelná. Díky edukaci se pacienti a blízcí příbuzní mohou dovést spoustu potřebných informací. V bakalářské práci se zamůžeme na důležitost edukačního procesu při léčbě psychotických onemocnění. Je přínosné, když se edukace účastní pacient i někdo z jeho blízkých.

Ve floridní (akutní) fázi nemoci pacient není zcela v realitě a není schopen objektivně posoudit svůj aktuální zdravotní stav. Získání rodiny nemocného jako spojence pro boj s nemocí je podstatným úkolem odborníků. Příbuzní se mohou prostřednictvím edukace naučit detekovat varovné příznaky, lépe chápat nestandardní projevy chování svého blízkého, vyhledat včas odbornou pomoc, být oporou a tak mu usnadnit život s psychózou. Díky edukaci má také pacient větší možnost získat náhled na svou nemoc a následně při léčbě s odborníky lépe spolupracovat. Tím prokazatelně dochází k lepšímu průběhu ataky. Relapsy onemocnění nejsou tak časté a následky tak devastující.

Pokud má mít edukace smysl, je zapotřebí, aby byla kvalitní, provedena citlivě a s povzbuzením. Měla by být koncipována s ohledem na schopnosti a možnosti posluchače. Proto

empirickou část bakalářské práce v rámci kvantitativního deskriptivního výzkumu, jehož cílem je zjistit postoje a pocity pacientů s psychózou k edukaci v době hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Jako výzkumnou metodu použijeme dotazníkové šetření.

Výsledky výzkumu by mohly přinést nové inspirativní poznatky, které by pak odborníkům pomohly zkvalitnit, rozšířit a zpřístupnit edukaci pacientů s psychotickým onemocněním v ústavních zařízeních i v ambulantních podmínkách následné péče.

I. TEORETICKÁ ÁST

1 PSYCHÓZY

Psychóza je slovo českého původu, které je sloveno ze dvou částí. ŠPsychéō znamená v překladu šdu-ēō a koncovka š- ózaō je v medicíně používána ve smyslu šnemocō. Psychózou se tedy rozumí nemoc du-ě, jinými slovy du-ěvní onemocnění. Psychóza velmi výrazně ovlivňuje prožívání nemocného. (Kalina, 2001, s. 16)

Kalina (2001, s. 16) uvádí, že psychóza zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, druhé lidi a svět, v něm žije. Společně svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií. Nemocný se v něm uzavírá, odtrhává se od druhých lidí a jejich realita se mu stává cizí. Lidé v jeho nejbližším okolí pochopitelně tuto změnu také prožívají: jejich blízký se chová podivně, nelze se s ním domluvit, jeho projevy v nich vzbuzují pocit ohrožení, provinění nebo zmatku a podle toho se k němu také dále chovají.

Psychózami označujeme skupinu závažných duševních nemocí, které výrazně narušují psychické funkce. Nemocný nedokáže jednoznačně rozpoznat, co je realita a co není. Jeli-kož toto onemocnění nebolí, psychotický pacient má často pocit, že není nemocný a tudíž léčení odmítá. Dostává se do svého uzavřeného světa a skutečnému se odcizuje. Lidé v jeho nejbližším okolí nemocnému přestávají rozumět. Nedokážou si jeho chování vysvětlit a ani on sám není schopen vysvětlit, co se s ním děje. (Moffný, 1999, s. 3)

Raboch a Zvolský (2001, s. 227) definují psychózu jako stav, kdy je narušen vztah člověka k realitě. Psychotické onemocnění vede ke změně osobnosti, postihuje pracovní schopnost člověka a snižuje i jeho společenské uplatnění.

Weimerová (2010) uvádí, že psychózy jsou nejzávažnějšími duševními onemocněními. Jde o širokou skupinu nemocí charakterizovanou tím, že se duševní stav pacienta mění zásadním způsobem. Zároveň si pacient této změny není vědom a je k onemocnění nekritický. V akutním stadiu nemoci může být nebezpečný sobě nebo někomu druhému ve svém okolí. Nemoc vážně zasahuje téměř do všech oblastí života.

Moderní psychiatrické terapie, komplexní medikamentózní léčba, psychoterapie a socioterapie však zvyšuje naději na překonání nepříznivých vlivů psychózy. Tuto nemoc je třeba brát vážně, nikoliv tragicky. Není možné ji úplně vyléčit, ale je možné naučit se s ní žít a přecházet tomu, aby zaplnila nemocným a jejich rodinám celý jejich život. (Kalina, 2001, s. 18)

Z výše uvedeného vyplývá, že pacienti s psychózou mají nemalé problémy a souflití s nimi je mnohdy obtílné. Díky moderní v d ě jifl dnes existuje n kolik zp sob , jak této znevýhodn ěné skupin ě pomoci.

V první kapitole si následn ě rozebereme jednotlivé druhy psychóz, jejich p í iny, pr b h onemocn ění a moflnosti dostupné terapie.

1.1 Druhy psychóz

Pojem psychóza zahrnuje n kolik typ ů du-evních onemocn ění. Ty se od sebe li-í závaflností i osobním profitkem u jednotlivých pacient ů . V odborné literatu ě nacházíme n kolik d ělení psychóz. V následujícím textu uvádíme t i z nich.

Doubek et al. (2008, s. 9) rozd ěluje psychózy na organické, které jsou zp sobené po-kozením mozkové tkán ě . Dále na toxické, kdy je ěinnost mozkové tkán ě ovlivn ěna chemickou slou ěninou (jedy, drogy) a funk ění, kdy se nejedná o po-kození nebo ovlivn ění ěinnosti mozkové tkán ě , do této skupiny pat ěí nap ě . schizofrenie, porucha s bludy, schizotypální porucha, schizoafektivní porucha aj.

Moflný (1999, s. 3) rozd ěluje psychózy na symptomatické a funk ění. Symptomatické (toxické) psychózy jsou ty, které naru-ují ěinnost mozku, psychózy zp sobené otravou jedy, ěi alkoholu a drog. Do této skupiny autor ěadí také involu ění psychózy, které jsou zp sobené degenerativními zm ěnamy mozku ve stá ěí. P í iny vzniku funk ěních (endogenních) psychóz nejsou zná mé. U tohoto typu onemocn ění nejsou zji-t ěny fládné poruchy mozku, i kdyfl je jeho funkce naru-ena.

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) uvádí dal-í d ělení:

- schizofrenie
- schizotypní porucha
- trvalé du-evní poruchy s bludy
- akutní a p ěchodné psychotické poruchy
- indukovaná porucha s bludy
- schizoafektivní porucha

(Bankovská Motlová et al., ©2010)

Z tohoto vý tu si jednotlivá psychotická onemocn ění následn ě stru ěn popí-eme.

Schizofrenii Svoboda, Šešková a Kučerová (2006, s. 181) popisují jako duševní onemocnění, které je charakteristické poruchami téměř všech psychických funkcí. Výraznou je porucha myšlení, vnímání a změna emotivity. V době onemocnění je narušené chování a jednání. Objevují se bludy, halucinace a dezorganizovaný slovní projev i chování.

Dle převažující psychopatologie dle Svoboda, Šešková a Kučerová (2006, s. 185 - 186) schizofrenní poruchy mají několik klinických forem. Paranoidní schizofrenie je nejčastějším typem, je charakterizována převážně paranoidními bludy. Hebefrenní schizofrenie svými projevy nejčastěji připomíná pubertální období. U katatonní schizofrenie jsou v popředí poruchy hybnosti. Nediferencovaná schizofrenie má nevyhraněnou podobu. Reziduální schizofrenie je chronickým stavem po ústupu akutních příznaků. U simplexní schizofrenie změny chování vyplývají z postupného stažení se do sebe.

U **schizotypní poruchy** jsou zjevné zvláštnosti a podivnosti v chování a vzezření, objevuje se podezřívavost, náznak paranoidních bludů a stažení v oblasti sociální. Myšlení bývá magické, podezřívavé, smyslové zážitky nemají psychotickou intenzitu a jsou usměrnitelné. (Malá a Pavlovský, 2002, s. 62)

Trvalá porucha s bludy je charakteristická rozvojem jednoho bludu nebo několika navzájem propojených bludů s bohatým obsahem. Bludy bývají celoživotní. Nejčastěji se vyskytují bludy perzekuce, erotomanické, flárlivecké a hypochondrické. Často bývají spojeny s životní situací nemocného. Rozvoj bludných myšlenek je zpočátku poměrně nenápadný. Tyto myšlenky se postupně u pacientů životem stávají dominantními. Nemocní se zvědomí svých bludů zbavují. (Svoboda, Šešková a Kučerová, 2006, s. 187)

U **akutních a přechodných psychotických poruch** jsou psychotické příznaky krátkodobé a přechodné. Onemocnění je charakterizováno náhlým výskytem psychotických příznaků. Obvykle je spojeno s akutním stresem, určitou stresovou událostí, která pacienta značně zasáhla zhruba týden či dva před vypuknutím nemoci. Není zde prokázán žádný organický podklad. K uzdravení dochází během několika dní, týdnů či měsíců. (Práško et al., 2013, s. 372)

Indukovaná porucha s bludy je onemocněním, u něhož jsou bludy sdíleny dvěma nebo více osobami, které jsou na sebe úzce emocionálně navázány. Jedna z nich trpí psychotickou poruchou. Její bludy jsou v průběhu času indukovány tomu druhému. Obvykle porucha mizí, když jsou tyto lidé od sebe odděleni. (Svoboda, Šešková a Kučerová, 2006, s. 187)

Schizoafektivní poruchy jsou charakteristické současným výskytem příznaků afektivních i schizofrenních. Schizoafektivní poruchy mohou být manického, depresivního a smíšeného typu. Porucha manického typu mívá akutní začátky, kdy bývá velmi výrazná narušená chování. Porucha depresivního typu má méně floridní průběh s delším trváním a horší prognózou. Je zde poměrně velké riziko sebevraždy. U smíšeného typu se schizofrenní symptomy vyskytují společně se smíšenou bipolární poruchou. (Malá a Pavlovský, 2002, s. 63)

Tak jako jiná onemocnění, i jednotlivé druhy psychóz mají svůj rozdílný průběh. Z výše uvedeného vyplývá, že jednotlivá psychotická onemocnění se od sebe liší nejen kterými příznaky, délkou trvání a také spouštěcím faktorem.

1.2 Příiny psychózy

Z moderních poznatků v současnosti je zřejmé, že psychóza není způsobena jen jedinou příčinou. Jde o společné působení různých příčin. Především se v odborných publikacích hovoří o důležitosti prostředí, ve kterém člověk vyrůstá a o událostech, které v průběhu života jedince probíhají.

Kalina (2001, s. 22) uvádí, že při vzniku psychózy jde o souhrn vlivů početně nepříznivých vlivů, a to biologických, psychologických a sociálních. Za prvotní považuje biologické dědičné faktory, nevyrovnané založení organismu včetně centrálního nervového systému a vrozené odchylky. Jako další vlivy uvádí poruchy vývoje v raném dětství ve složitých rodinných situacích, v nadměrném stresu. Nemalý podíl mohou sehrát i tělesné poruchy, úrazy a zánětlivá onemocnění mozku. Autor předpokládá, že kombinací těchto vlivů dochází ke zranitelnosti, na jejímž základě následně propuká psychóza.

Prvotní příčiny psychóz musíme hledat dle Bankovské Motlové et al. (©2010) je třeba hledat již od narození jedince, který v dospělosti touto nemocí onemocní. Jde o genetiku a následky, který zašlá dlouho před propuknutím vlastní nemoci. Svoji roli nejspíše hrají geny, ale které to jsou a jak působí, nevíme. Psychotické onemocnění se často rozvinulo u jedince, jejichž matky onemocněly ve druhé třetině těhotenství virovým onemocněním, především chřipkou, dále u těch, kteří při narození měli s porodními komplikacemi, zejména-li se po porodu zánětlivé onemocnění mozku.

Bankovská Motlová et al. (©2010) uvádí, že psychotické příznaky vznikají v důsledku nerovnováhy dopaminergního systému. Dopamin funguje v limbickém systému jako nervový přenašeč, posílá informace mezi nervovými buňkami (neurony). Limbický systém má

na starosti prožívání emocí a ukládání událostí do paměti. Dále umohl uje p ípsat význam událostem, které skute n významné jsou. Pokud dopamin v limbickém systému nefunguje správn ě, jako je tomu p í psychóze, mozek interpretuje jednotlivé d ě je jinak. Regulace hladiny dopaminu je tedy nezbytnou sou ěstí farmakoterapie.

Dle Svobody, e-kové a Ku erové (2006, s. 182) existuje zát ěbi biologická i psychosociální. Auto i p edpokládají, ě ke genetickým faktor m se p ídávají i faktory vn ěj-í, a ty na sebe vzájemn ě p sobí, co m ě podpo it manifestaci psychotické poruchy.

Je patrné, ě existuje velká spousta p í in, které mohou toto závažné du- evní onemocn ění vyprovokovat. Neexistuje v-ak řádná základní p í ina psychóz. Je tedy zcela zbyte né, kdy m ě nemocného nebo rodinu trápí pocity viny, ě hledají viníka v n ěm kom jiném.

1.3 Pr ěb h onemocn ění

V následující kapitole si objasníme základní pojmy, které souvisí s celkovým pr ěbem psychotického onemocn ění. Nemoc probíhá v ur ěitých fázích. V po ěátku se jedná o období n ěkolika týdn ě i m ěsí ě, kdy se objevují asné varovné p íznaky nemoci. Poté následuje ataka, která se zpravidla projevuje pozitivními p íznaky, kdy nemocný ztrácí kontakt s realitou. Po úzdrav ě z ataky následuje bezp íznakové období, tedy remise nemoci. D íve ě i pozd ěji m ě dojt k návratu onemocn ění, kterému se íká relaps.

Psychotické onemocn ění se obvykle hlásí **asnými varovnými p íznaky**, mezi které pat í úzkost, rozlady, p edrářd nost, pocity neskute nosti, nep íjemné t lesné potíře. Okolí t m- to p íznak m n kdy nep íkládá d ěřitost, jindy zm ěnu áste n zaznamenává. Pacient se tak uzavírá do sebe, nedává najevo, co jej trápí a neúsp ěn s nemocí bojuje. Hovo íme o tzv. latentní (skryté) nemoci. Odborníci mohou v tomto období onemocn ění je-ť odvrátit. Pokud jde v-ak o první epizodu, pacient a jeho rodina pomoc z ídka kdy vyhledají. (Kalinová, 2001, s. 30)

V eduka ním programu o psychózách PREDUKA je **ataka** popisována jako akutní fáze onemocn ění, kdy se vyskytují psychotické p íznaky. V té dob ě je řádoucí, aby byl pacient intenzivn ě l en v psychiatrické ambulanci ě i hospitalizován ve zdravotnickém za ízení. Po ur ěitém ěase se objevují dal-í projevy nemoci, tzv. kognitivní p íznaky, ke kterým pat í poruchy pam ěti, nevykonnost, pokleslá nálada a hor-í výkon. V t ěinou po ěesti m ěsících tyto p íznaky také vymizí. S psychotickou atakou se pacient vyrovnává n ěkdy velmi t řklo a dlouhou dobu. (Bankovská Motlová et al., ©2010)

Remise znamená, že nemoc ustoupila a pacient je kompenzován. Onemocnění však nemusí ustoupit zcela. Po fázi akutní následuje fáze zotavovací, kdy by měl být pacient ještě oproti normě od závažných situací. Na které příznaky mohou nadále přetrvávat i delší období. I když se pacient uzdravil z psychózy, zůstává zvýšená zranitelnost, díky které se může nemoc znovu objevit. (Kalina, 2001, s. 31-32)

Relaps je návrat akutních psychotických příznaků, které byly již v minulosti u pacienta léčený. Statistiky uvádí, že psychózy mají vysokou frekvenci návratu onemocnění. Pokud pacient neužívá léky, epizoda se objevuje u 75% nemocných psychózou do jednoho roku. (Doubek et al., 2010, s. 43)

Zkušenosti z praxe ukazují, že asi třetina nemocných má jednu ataku nemoci, kdy následuje úplná remise. Druhá třetina má opak vícekrát dlouho trvajícími remisemi. Třetí třetina může mít příznaky bohužel mnoho let. Lepší prognóza je u těchto pacientů, kteří své nemoci porozumí, spolupracují s lékařem, jsou ochotni brát dlouhodobě psychofarmaka a žijí v klidném a tolerantním prostředí. (Doubek et al., 2010, s. 13)

1.4 Léčba psychóz

Účinná léčba psychóz spočívá v dlouhodobém a komplexním přístupu. V následujících odstavcích se zaměříme pouze obecně na to, jakými způsoby je možné k léčbě přistupovat a jakých nástrojů lze využít. Způsob léčby závisí na tom, kde je léčba poskytována, o jaký druh psychózy se jedná a v jaké fázi onemocnění se pacient nachází. Z dostupné literatury je patrné, že ke kompenzaci zdravotního stavu pacienta, u kterého probíhá psychotické onemocnění, je zapotřebí kombinace farmakologické léčby a poskytnutí psychosociálních intervencí.

Doubek et al. (2010, s. 20) rozlišuje tři fáze léčby. První fází je léčba akutních příznaků. V druhé fázi probíhá pokračující terapie vedoucí ke stabilizaci zdravotního stavu a dosažení uspokojivé remise. Ve třetí fázi probíhá udržovací léčba k zachování remise a prevence relapsu onemocnění.

Základem léčby psychóz je v současné době především včasné podávání léků upravujících narušené chemické pochody v mozku. **Biologická léčba** představuje medikaci, aplikaci léčebných metod a postupů, které jsou v kompetenci lékaře s psychiatrickou specializací. (Mahrová a Venglová, 2008, s. 93) Psychofarmaka dělíme podle jejich účinné látky do několika skupin: antipsychotika, antidepresiva, stabilizátory nálady a léky

odstraňuje neúčinné nežádoucí účinky antipsychotik. Jako doplňující léčbu užívají nemocní i léky ze skupiny anxiolytik a hypnotik. (Mofný, 1999, s. 16)

Tradičním lékem jsou klasická antipsychotika I. generace. Při jejich užívání se objevuje řada nežádoucích účinků. Jde však o psychofarmaka s vysokou účinností u agresivních a agitovaných pacientů. Antipsychotika II. generace vykazují oproti klasickým antipsychotikům výrazně méně nežádoucích účinků. (Svoboda, Ševková a Kučerová, 2006, s. 71) Většinou se antipsychotika užívají perorálně. Při akutní fázi lze použít také krátkodobé parenterální injekce. Dnešním trendem jsou tzv. depotní antipsychotické injekce, kdy je nástup pozvolný, ale účinky přetrvávají několik týdnů. Cílem těchto psychofarmak je dosažení remise.

Elektrokonvulzivní terapie je metodou používanou především u terapeuticky rezistentních pacientů. Metodou volby bývá tato terapie u katatonních nebo depresivních pacientů a specifických případů, jakým je například neuroleptický maligní syndrom. (Horáček, 2003, s. 263)

Komplexní léčba zvyšuje pravděpodobnost, že zdravotní stav nemocného bude uspokojivý (Bankovská Motlová a Těpaniel, 2013, s. 35). Proto je potřeba využít všechny dostupné možnosti. Od **psychosociálních intervencí** Bankovská Motlová a Těpaniel (2013, s. 51) očekávají ovlivnění problémů, které psychofarmaka nejsou schopna vyřešit. Jde například o strach z relapsu onemocnění, bezradnost v důsledku nedostatku potřebných informací a zhoršení schopnosti začít se do běžného života.

Vágnerová (2008, s. 347) uvádí, že farmakoterapie u psychózy je obvykle doplněna i **socioterapií**. Ta zahrnuje nejrozličnější druhy psychoterapie, které směřují k aktivizaci nemocných a na podporu dovedností, které uplatní v běžném životě. Jejím důležitým cílem je úprava rodinného soužití, zajištění denního programu a kontaktu s lidmi.

Zásadní součástí prevence relapsu psychózy je **psychoedukace**. Jejím úkolem je citlivě poskytnout nemocným a jejich blízkým důležité informace o psychotickém onemocnění. Podrobněji se jednotlivými formami psychoedukace a edukačními programy budeme zabývat ve této kapitole.

2 RODINA A JEJÍ NEZASTUPITELNÁ ROLE

Mat j ek (2013, s. 15) uvádí fle: šRodina je malá spole enská skupina založená na manflevství i pokrevním p íbuzenství. Její lenové (mufl a flena, rodi e a d ti, sourozenci, p íbuzní, adoptované osoby) jsou spojeni spole ným souflitím, vzájemnou morální odpov dností a vzájemnou pomocí. Rodina je nejd leflit j-í formou organizace soukromého flivota.õ

V flivot kafldeho lov ka hraje velmi d leflitou roli. P ítomnost nebo absence rodiny osobnost zásadn formuje od narození. Jako flto sociální instituce má n kolik funkcí. Jde o funkci biologicko-reproduk ní, sociáln -ekonomickou, relaxa n -odpo inkovou, ochra nou, socializa n -výchovnou a emocionální. V moment , kdy dochází k selhání jedné a více funkcí, vývoj jedince se stává disharmonickým. U osob s psychotickým onemocn - ním je velmi d leflité zachování funkce ochranné a emocionální. Tito lidé jsou výrazn zraniteln j-í a h e navazují kontakty se spole enským prost edím.

Rodina je nejd leflit j-ím a sto jediným zdrojem podpory du-ěvn nemocného pacienta (Savenje, 2009, s. 199). Psychóza zasahuje významn nejen do flivota nemocného, ale i celé jeho rodiny. A to zejména v p ípad , kdy se nepoda í terapií odstranit v-ěchny zdra votní potífle nemocného. P i dlouhodobém stresovém vyp tí jsou i rodinní p íslu-níci ohro fleni vznikem psychických a fyzických obtíflí. (Doubek et al., 2010, s. 60)

Pokud se rodin neda í vyváflit pofladavky náro né situace, je navozen stav rodinné krize a nastává adapta ní fáze. Rodina, která je v krizi, m fle vlastním úsilím nebo s odbornou asistencí zm nit a zlep-ít svou neut -enou situaci tím, fle vstoupí do procesu zm n a do-sáhne tak rovnováhy a harmonie. Pokud se adaptace nepoda í, zvy-uje se tím rapidn zra nitelnost rodiny. Snahy, kterými si rodina udržuje a obnovuje svou pohodu, jsou projevem rodinné resilience. (Sobotková, 2007, s. 94-95)

Sobotková (2007, s. 80-81) uvádí, fle jde o vlastnost, která rodin umofl uje udržet si ur íté zavedené zp soby fungování i za p edpokladu, fle je vystavena rizikovým faktor m. Za resilienci autorka také povafluje schopnost rodiny zotavit se z krize nebo nenadále události.

V druhé kapitole si popí-eme zm ny, které nastávají v rodin s osobou s psychotickým onemocn ním. Dále se zmíníme o nesnadné komunikaci a jejím efektivním zvládání. V záv ru této kapitoly se budeme zabývat celkovou podporou rodiny, která je ve sloflité flivotní situaci.

2.1 Změny v rodině

Vliv každého onemocnění na rodinu je dán jeho povahou, okamžikem výskytu, momentálním stádiem onemocnění a jeho prognózou (Savenje, 2009, s. 200). Rodina není statickým jevem, ale tvoří dynamický, vzájemně závislý systém. Co se týká jednoho člena rodiny, to se nějakým způsobem promítne v rodině jako celku. (Styx, 2003, s. 159)

Situace rodiny závisí na specifických příbuzenských poměrech a intenzitě vztahů jednotlivých členů. Kromě příbuzenských vztahů hraje roli druh, intenzita a trvání onemocnění. Důležitá je i skutečnost, zda jednotliví členové flují samostatně i nikoliv. (Dörner, 1999, s. 17)

Po propuknutí nemoci se u příbuzných objevují reakce v neohraněných etapách. Začínají útokem, pokračují popíráním, hledáním dostupných forem pomoci a flk p íjetí nemocného v nové roli. (Matoušek, 2014, s. 132)

Problémy nezačínají s hospitalizací nemocného i kontaktem psychiatrické ambulance. Starosti a trápení se objevují mnohem dříve. S nastupujícími příznaky psychického onemocnění se mění chování nemocného člena rodiny, který spíše nezvykle málo nebo mnoho, je rozrušený, úzkostlivý, vztahová ný nebo hyperaktivní. Nezvládá domovní i pracovní povlady, neplní své povinnosti obecně, popisuje neobvyklé zážitky atd. Rodina se snaží zpočátku takovéto projevy pochopit, pokládat je za normální a omlouvat je. (Dörner, 1999, s. 17)

Duževní onemocnění je považováno za společenské tabu. Rodiče, manželé i manželky velmi často informují další příbuzné v rodině o nezvyklém chování svého nejbližšího a fl s velkým zpožděním. Nemluví o tom, jak se sami cítí a co proflívají. Postupně přicházejí o své společenské prostředí a izolují se. (Savenje, 2009, s. 200) Rodina se cítí být stigmatizována faktem, že její člen onemocněl psychózou a snaží se tuto skutečnost skrývat a v souvislosti s tím omezuje společenské kontakty (Matoušek, 2014, s. 133).

Hledání příčiny onemocnění je spojeno s hledáním viníka. Pocity viny komplikují porozumění, soubfl přibývá pocit studu. Následuje úzkostlivé zatajování, naopak neporozumění i odmítání. Rodina ztrácí sílu a odvahu na kohokoliv se obrátit s prosbou o pomoc. Vlastní potřeby a přání se dostávají do pozadí. Postižená rodina se izoluje i vnitřně, jednotliví členové spolu přestávají normálně komunikovat. (Dörner, 1999, s. 19)

Příbuzní mají často pocit, že selhali. Život s nemocným příbuzným není ostatním členům rodiny nejrozumnější problém. Nemocný je jako doposud spontánní, ale výsledek nemá efekt. Dochází k narušení rovnováhy, záť se významně stoupá a silně ubývá. (Savenje, 2009, s. 200)

Rodinu nezatíží ani tak symptomy jako je slyšení hlasů, bludy, halucinace, pomatenost, ale spíše způsob chování, které se projevuje pasivitou a apatií, nebo naopak přehnanou aktivitou, zanedbáváním svého zevnějšku, hygieny, nedodrfováním čistoty a pořádku v bytě, porušením každodenních rodinných stereotypů, často obráceným rytmem den/noc, neobvyklou nebo nedostatečnou výživou, uzavřením se do vlastního pokoje a stažením do sebe aťž otevřeně agresí. Takovéto nárazové stavy vedou v rodině k trvalému napětí. Cítí strach, obavy a nejistotu z toho, co přinese další den. Ostatní problémy rodinných příslušníků jsou odsunuty zpravidla do pozadí. (Dörner, 1999, s. 20)

Toto období může trvat měsíce, někdy i roky. Atmosféra v rodině se stává nesnesitelnou a konflikty se vyhrocují. Funkce rodiny se dostává na hranici neúnosnosti i nepřehlednosti. Vyhledání pomoci znamená a následně přijetí stanovené diagnózy bývá pro příbuzné velmi těžké. Při prvním kontaktu s odborníky se za trpícího mnohdy pokládá pouze nemocný. Příbuzní jsou často ponecháni se svým strachem, trápením a otázkami napospas. Zaměrně stávají je obavy z budoucnosti, co bude dál a co se stane po jejich smrti. Přemýšlí nad tím, kde bude jejich nemocné dítě bydlet, kdo se o něj postará, kdo bude zařizovat jeho neodkladné záležitosti. Obavy z budoucnosti ovládají myšlenky rodičů natolik, že zbývá jen málo prostoru pro přítomnost. (Dörner, 1999, s. 20-21)

Matoušek (2014, s. 132 - 133) konstatuje, že v současné době jsou samostatně žijící rodiny malé a nebývá v nich dostatek náhradníků za nemocného, který přestal fungovat. V takovéto rodině je málo těch, kteří jsou schopní a ochotní zajistit nemocnému jeho potřeby. Pokud jde o rodinu pouze se dvěma dospělými, pak se automaticky zdravý partner stává hlavním zdrojem příjmu, vychovatelem dětí, organizátorem celého chodu rodiny a jeho přítomnost je obrovská.

Dörner (1999, s. 21) uvádí, že s psychickým onemocněním jsou spojeny různé druhy sociálních i materiálních problémů. Každodenní starosti mohou neblaze působit na pracovní výkon ostatních členů rodiny. Někdy se stává, že jeden z příbuzných je nucen opustit své dosavadní zaměstnání, a tím se přidávají i finanční nesnáze. Častým projevem kritické manické fáze nemocný daruje i nadměrně utrácí své peníze, demoluje zařízení bytu, cestuje aj. To

v-e je spojeno s dalšími nemalými výdaji. Psychotické onemocnění v t-inou vyfladuje dlouhodobou pracovní neschopnost, která nez ídka kon í invalidizací nemocného. Dochází k podstatnému poklesu p íjm a rodina je nucena financovat stravu, náklady na domácnost a pé i o nemocného.

Závaflná du-evní onemocnění výrazn ovliv ují kvalitu flivota pacient í jejich blízkých. I po úsp -né lé b akutní fáze psychotického onemocnění asto p etrvává vy-í zranitelnost, sníflená tolerance v í stresu a nífl-í výkonnost. Nemoc negativn ovliv uje sebepojetí du-evn nemocného i vztahy s okolím. (Petr a Marková, 2014, s. 116)

Du-evní onemocnění v rodin m fle naopak uvést její leny, kte í si cht jí zachovat rovnováhu, do obranného postavení. Jednání rodinných p íslu-ník se m ní podle jednotlivých etap vývoje psychotického onemocnění. Dynamiku reakce rodiny na závaflné du-evní onemocnění Matou-ek (2014, s. 133) popisuje jako dvoufázovou reakci. šPo po áte ním zvý-ení zájm a pé e, jejichfl cílem je normalizace chování nemocného, zesiluje tendence k vyhýbavému chování len rodiny a jejich ochota k p edání nemocného do pé e lé ebny nebo jiného za ízení.õ

Výzkumy strategií rodin p í vyrovnávání se s du-evní nemocí ukazují, fle mezi pozitivními strategiemi p evládá hledání spirituální opory a hledání podpory u blízkých len vlastní rodiny. K negativním strategiím pak pat í vyhýbavé chování v í nemocnému a nadm rné uflívání alkoholu a drog. (Matou-ek, 2014, s. 133)

2.2 Komunikace a efektivní zvládání

Nezbytnou sou ástí vyhodnocení stavu a plánu lé by pacienta s psychotickým onemocněním by m lo být i zji-t ní zp sobu komunikace v rodin , rozloflení rolí a zhodnocení emo ní expresivity v jeho domácím prost edí (Seifertová, Pra-ko a Höschl, 2004, s. 60).

lenové rodiny, z nichfl jeden trpí psychotickou poruchou, nejsou mezi sebou vfldy schopni efektivn komunikovat. P íbuzní bývají asto bezprost edn ohroflování nebezpe ným chováním, které p íchází v d sledku psychotického onemocnění. Tyto projevy mohou vést leny rodiny k pocit m úzkosti, hn vu, obav a k nep íjemným konfrontacím. Po odezn ní akutní fáze nemoci jsou v-ichni zú astn ní zatífleni p etrvávajícími negativními symptomy. Nemocného je neustále pot eba povzbuzovat, aby vstal z postele, aby dodrfloval hygienu, aby se oblékl atd. I kdyfl se mnoho rodin se situací smí í, neznamená to, fle ji vfldy zvládnou bez obtíflí. (Savenje, 2009, s. 203)

Celková atmosféra v rodině s psychotickým pacientem a reakce na jeho nestandardní chování je ovlivněno specifickými aspekty vzájemného působení. Odborníci považují za zásadní oblast emocí. Doubek et al. (2010, s. 45) popisuje míru vyjádření emocí jako intenzitu s jakou rodiče nebo partneři dávají najevo, co cítí. Nadměrné vyjádření pocitů má neblahý vliv na celkový průběh onemocnění. V rodinách s vysokou šexpressed emotions se jednotliví členové rodiny k sobě navzájem vyjadřují velmi kriticky a nepřátelsky. Emocionální angažovanost je zde velmi silná. (Savenje, 2009, s. 204) U pacientů, kteří žijí v rodinném prostředí s vysokou úrovní vyjádření emocí, dochází k návratu onemocnění v 55% (Doubek et al., 2010, s. 45).

Mezi nejvýznamnější a nejastji zvláštnosti v komunikaci psychotického pacienta patří podle Slowíka (2010, s. 54-55) afektovaná řeč, používání velké nadsázky v hovoru, nelogická argumentace, stereotypnost ve verbálním projevu spolu s nedostatečnou flexibilitou v hovoru a neobvyklá řečová frekvence.

K základním zásadám komunikace s nemocným členem rodiny, u kterého se objevily příznaky relapsu onemocnění, je dle Doučka et al. (2010, s. 50) dlehlitě zůstat v klidu, používat klidnější tón hlasu, jednoduché otázky a nebrat osobní připadné urážlivé chování. Přímá a otevřená komunikace funguje v rodině jako ochranný faktor, naopak nejasná komunikace může znásobit negativní vlivy rizik a stresu (Sobotková, 2007, s. 72).

Zkušenosti odborníků a výzkumy ukazují, že rodina může mít pozitivní vliv na průběh psychotického onemocnění. Proto je nejlépe příbuzní poskytnout pomoc a rady odborníků. V edukačním programu PREDUKA je rodinám doporučováno při komunikaci s psychotickým příbuzným mluvit méně, používat krátké věty, neskákat si navzájem do řeči, udržovat o ně kontakt a naslouchat, neoptat a zbytečně nevtípkovat. Dále je dlehlitě mít na paměti, že spousta projevů nemoci nemůže pacient s psychózou v léto ovlivnit. Je vhodné je chválit, ale i konstruktivně kritizovat. (Bankovská Motlová et al., ©2010)

Vyjádření emocí a celková atmosféra v rodině není konstantní. Situace se může měnit den ze dne v závislosti na aktuálním zdravotním stavu nemocného člena rodiny. Je dlehlitě, aby rodina byla citlivě informována o nečekaných vlivech, aby se svých nevhodných projevů vůči nemocnému zbavila, a tím podpořila lepší průběh nemoci a současně také snížila riziko relapsu psychotického onemocnění.

2.3 Podpora rodiny

Psychotické onemocnění klade na pečující osoby značné psychické nároky. Floridní pozitivní, negativní a kognitivní symptomy mohou mít zásadní vliv i na zdravotní stav pečujících, kteří jsou často unavení, vyhořelí a bezmocní. Pomoc profesionálů je důležitá nejen pro blaho pečujících, ale i pro budoucí průběh a prognózu duševního onemocnění. (Bankovská Motlová a Toman, 2013, s. 72)

Důležitá je udržování kontaktu mezi lékařem a rodinou nemocného tak, aby byla zajištěna péče. V akutní fázi je nutná návštěva psychiatrické ambulance a hospitalizace psychotického pacienta na lůžkovém psychiatrickém oddělení. Po odeznění této fáze je plánováno vypracování plánu sociální a pracovní rehabilitace, jehož součástí je návrat do práce a docházení do komunitního zařízení. U chronicky nemocných je zapotřebí zahájení invalidního řízení, případně podání návrhu na posouzení svéprávnosti. (Matoušek, 2014, str. 134)

Sobotková (2007, s. 77) předpokládá, že všechny rodiny mají síly a možnosti, které mohou rozvíjet. Dokud se rodina neobrátní na odborníky, tyto možnosti zůstávají nevyužity. Cílem odborných služeb je identifikovat a rozvíjet existující rodinné síly tak, aby rodina vycházela ze svých jedinečných možností. Použitím vlastních sil se rodina stává silnější a odolnější.

Vzdělávací a instruktážní programy pro rodinné pečující poskytují léčebná lůžková zařízení nebo komunitní služby. Ty mohou posilovat energii a kompetence pečujících při jednání s nemocným členem rodiny a snižovat tak riziko návratu onemocnění. (Matoušek, 2014, s. 134)

K podpůrným terapeutickým službám pro rodiny s psychotickým pacientem patří především poradenství, psychoterapie a svépomocné skupiny. K hlavním cílům programů rodinného poradenství dle Savenje (2009, s. 206) patří dosažení co nejlepšího výsledku pro nemocného za pomoci ošetřování a postup, kdy odborníci, rodina a pacient vzájemně spolupracují. Za neméně důležitý cíl autorka považuje i redukci zármutku jednotlivých členů rodiny.

Hlavní témata programů, které podporují členy rodiny pacientů trpících psychiatrickou poruchou shrnuje Savenje (2009, s. 204 - 206) do několika okruhů :

- Informace o chorobě, její léčbě, o dalších a dosud známých příčinách

- Zaměřením se na silné stránky rodiny o v-ichni členové rodiny fungují nejlépe, jak umí
- Sdílení emocí o je nutné srovnání o ekávání
- Komunikace v rámci rodiny o má být jasná a d sledná, pod lit se o své pocity, akceptovat rozdíly
- Hranice rodinného kruhu o chránit si své hranice
- e-ení problém o nezbytná schopnost efektivn e-it problémy /identifikovat, prodiskutovat, nalézt e-ení, kontrola, zhodnocení/
- Obnovení společenských vazeb o kontakty v rámci rodiny a mezi p áteli
- Jednání se zdravotníky o vytvo ení vztahu spolupráce

Existují různé podp rné programy, které se od sebe odli-ují strukturou, délkou a intenzitou poskytované pé e. Terapie probíhají v kombinaci nemocného s ostatními členy rodiny, nebo také bez jeho p ítomnosti. Odborníci pracují s jednotlivými rodinami zvlá- , ale také s rodinnými skupinami, kde se rodinám nabízí mořnost poslechnout si zkušenosti jiných, kteří prořívají to samé. Vým na informací a pocit dáva jednotlivým člen m nad ji. Save-nje (2009, s. 206) dále uvádí, že členové rodiny v podobných programech oce ují p edev-ím základní prvky, kterými je podpora, poradenství a mořnost sdílet zážití.

Specifickou formou podpory jsou svépomocné skupiny. Waneková (2013) uvádí, že tato seskupení vznikají z iniciativy nemocných a jejich p íbuzných. Cílem je sdílení problém , vzájemná podpora a snahy o prosazení zm n v rámci psychiatrické pé e, legislativy aj.

Du-evn nemocní a jejich p íbuzní pot ebuji jednozna n pomoc, informace a rady, které jim poskytne nezbytná edukace. Tomuto tématu se budeme podrobn ji v novat v následujících kapitolách.

3 PSYCHOEDUKACE JAKO PREVENCE RELAPSU PSYCHÓZ

Bankovská Motlová a Tšmaniel (2013, s. 73) popisují psychoedukaci jako systematickou, strukturovanou a didaktickou informaci o nemoci a její léčbě. Cílem je naučit nemocného a příbuzné dovednostem, které jsou důležité pro její zvládnutí a usnadnění adaptace. K dovednostem patří i nácvik komunikace v rodině, která velmi výrazně ovlivňuje průběh psychotického onemocnění. Důležité je, aby se rodina naučila efektivněji naslouchat, chválit nemocného a přefixovat problémy. Pak je riziko návratu nemoci podstatně nižší.

Gay (2010, s. 120) hodnotí psychoedukaci jako teoretické i praktické vzdělávání, které je zaměřeno na porozumění potíží a možným způsobům dostupné terapie s cílem znovuzáhlení nemocného do společnosti. Mezi hlavní úkoly psychoedukace po nástupu tento autor uvádí:

1. výběr nejlepších možných léčebných pomůcek
2. předcházení recidiv, snížení počtu i délky jednotlivých hospitalizací
3. zlepšení kvality pacientova života ve všech oblastech
4. podpora, udržování a upevnění spolupráce

Cílem psychoedukace je dle Pražka et al. (2013, s. 357) podpora nezávislosti a sebekontroly nemocného. Psychoedukace tvoří neoddelitelnou součást léčebného procesu. Získání potřebných informací je pro pacienta důležité k tomu, aby pochopil, jaké onemocnění ho postihlo, aby se s nemocí smířil, dodržel léčebný režim a stal se tak aktivním účastníkem léčby.

Vztah nemocných k rodině, která má na ně velký vliv, a to jak pozitivní tak i negativní. Je proto žádoucí, aby byl edukován i tento okruh osob. Psychoedukace poskytl rodině o obtížích a problémech spojených s psychózou. Za pomoci této intervence prokazatelně nastává zlepšení zvládnutí stresu, krizí a vyladění komunikace v rodině.

Klinické studie jasně ukazují, že u nemocných, kteří absolvovali psychoedukací program, dochází k významnému poklesu frekvence návratu nemoci a rehospitalizace, dále ke zvýšení zaměstnanosti, zlepšení sociální adaptace, zmírnění zátěže rodiny a k celkovému zlepšení kvality života (Bankovská Motlová a Tšmaniel, 2013, s. 73-74).

Dle Doubka et al. (2010, s. 32) je psychoedukace spolu s udržovací farmakoterapií zásadní součástí prevence relapsu psychózy. Jde o terapeutickou techniku, jejím hlavním úkolem je poskytnutí nemocným i jejich příbuzným dostatek informací o povaze nemoci a možnostech její léčby. Účast rodiny na terapii psychóz má jednoznačně velký význam. Rodina je podpůrný systém, který poskytuje podporu a pocit zájmu. Varovné příznaky a pokračující návrat onemocnění zpravidla odhalí právě rodinní příslušníci.

Ve této kapitole si popíšeme pojem edukace nejprve obecně a poté i konkrétně, jako edukaci přímo cílenou pro osoby s psychotickým onemocněním a jejich nejbližší. Seznámíme se s jednotlivými formami psychoedukace a edukačními programy, které aktuálně fungují v našich podmínkách.

3.1 Pojem edukace

Pojem edukace pochází z latinského slova *educare*, *educare* – vychovávat, vycvičovat. Termín chápeme tedy jako proces výchovy a vzdělávání, který si klade za cíl nejen získání určitých poznatků, ale i dosažení určité změny chování.

Průcha (2009, s. 16) považuje za základní pojem edukační realitu. Tímto termínem označuje jakýkoliv úsek objektivní skutečnosti, ve které se odehrávají edukační procesy, tj. edukace. Jde o takové činnosti lidí, při kterých se určitý subjekt učí a jiný subjekt mu toto učení zprostředkuje.

Každá edukace probíhá v určitém edukačním prostředí, ta se od sebe liší, svým obsahem, formami, intenzitou edukačních procesů a druhem subjektu. V současné době se stále nastiňuje uplatnění edukačních procesů vyvíjené za účelem změny postojů lidí. Bývají mnohdy realizovány i prostřednictvím médií. (Průcha, 2013, s. 65672)

Pro účely naší bakalářské práce vnímáme edukaci jako druh psychoterapeutické pomoci pro závažně duševně nemocné pacienty a jejich nejbližší. Specialisté se v odborné literatuře shodují na tom, že prvořadým cílem této edukace je jednoznačně prevence relapsu psychotického onemocnění.

Za hlavní pilíř edukace Malá a Navrátilová (2006, s. 137) považují seznámení pacienta s povahou onemocnění. Pacient i rodina by se měli citlivým způsobem dovědět, co je psychóza, že je závažná, ale v dnešní době díky moderním postupům velmi dobře léčitelná.

Dle Pidrmána a Masopusta (2002, s. 161) je důležité, aby při edukaci psychotických pacientů a jejich příbuzných byly zjednodušeně popsány příznaky, příznaky, příznaky, příznaky onemocnění, úinky podávaných psychofarmak, časné varovné příznaky a možnosti prevence.

Stanovení obsahu edukace je u každého pacienta s diagnózou psychózy individuální. Některé pacienti jsou schopni vnímat informace až v době plné remise. U jiných proces edukace urychluje náhled nemoci a lze ji zahájit poměrně brzy, ještě za trvání psychotické produkce. Malá a Navrátilová (2006, s. 137) dále uvádí, že důležité je, aby byly poskytované informace přijatelné, srozumitelné a laickým pochopitelné. Také je důležité naučit pacienta i základními termíny, které se přímo dotýkají jeho psychotického onemocnění. Pokud pacient zná několik běžně používaných výrazů (příjemná medikace, relaps, varovné příznaky, remise) může si tím zvýšit pocit kompetence v zacházení se svou nemocí.

Edukace je dnes považována za neodmyslitelnou součást a základní předpoklad intenzivní léčby. Nemocný, kterému byla psychóza diagnostikována i jeho blízcí, by měli přijmout fakt, že nastala změna, které musí přizpůsobit i svůj dosavadní životní styl. Důležité je, aby věděli, jak postupovat při léčbě, aby byli otevření informacím o onemocnění i o všech dostupných formách psychoedukace, které jim současná moderní medicína nabízí. Podrobněji v další podkapitole.

3.2 Formy psychoedukace

Pod pojem psychoedukace zahrnuje Doubek et al. (2010, s. 32) edukaci, kognitivní rehabilitaci, psychoterapii a nácvik sociálních dovedností. Tyto jednotlivé terapie si následně rozebereme.

Kognitivní dysfunkce hrají důležitou roli při vzniku, průběhu, při léčbě nemoci i rehabilitaci. Důležitou součástí psychoterapeutických postupů se stal trénink kognitivních funkcí ve formě jednoduchých cvičení i komplexnějších programů. Je důležité pro zvládnutí negativní symptomatiky pacientů i pro rozvoj sociálních dovedností. (Příšvinská, 2009, s. 77) V posledních letech se rozvinuly programy **kognitivní rehabilitace**, které se zaměřují na zlepšení kapacity paměti, pozornosti a zvýšení úrovně řešení problémů (Seifertová, Pražáková a Höschl, 2004, s. 61).

Nedílnou součástí terapeutického snažení je **psychoterapie**. Jedná se o léčebné působení psychologickými prostředky. V úžasném slova smyslu představuje záměrné a cílevědomé působení psychoterapeuta na nemocného. (Důvěra a Veveřková-Procházková, 2005, s. 16)

Základem psychoterapie u psychóz je podpůrná (suportivní) psychoterapie. Cílem je navázání terapeutického vztahu, podpora zdravých částí osobnosti a odlovení psychotické zkušenosti. Podstatnou součástí je úprava vztahů s rodinou. Vyskytuje se v individuální a skupinové formě. (Seifertová, Pražko a Höschl, 2004, s. 60)

Individuální psychoterapie pomáhá nemocnému obnovit důvěru v okolní svět a vytvořit si pevnou vztahovou osobu. Výhodou této formy psychoterapie je větší časová dotace, během které se pacient snaží porozumět tomu, co se stalo, jaké faktory mohly přispět ke vzniku onemocnění a jak předcházet návratu nemoci. (Doubek et al., 2010, s. 28)

Skupinová terapie má podobné cíle, ale celý proces probíhá ve skupině pacientů s obdobnými problémy. Nemocný si zde uvědomuje, že i druzí mají podobné pocity a zážitky. Tato terapie pacientovi pomáhá ujasnit si svoji situaci ve světě a porozumět způsobem utváření vztahů k druhým lidem. (Seifertová, Pražko a Höschl, 2004, s. 60)

Nácvik sociálních dovedností je strategie, která klade důraz na správné porozumění sociálním komunikativním signálům i na jejich správné vysílání. Jde o systematický nácvik osob v remisi, kdy se postupuje od nejjednoduššího ke složitějšímu. Nácvik uje se vnímání sociální situace, aktivní naslouchání, neverbální komunikace, obhájení vlastních práv i nácvik řešení problémů. (Seifertová, Pražko a Höschl, 2004, s. 60) Při nácviku sociálních dovedností se využívá nápodoby, nápodoby, hraní rolí, korektivní zpětné vazby a posílení. Tato terapie je nejčastěji prováděna v malých skupinách. Několik studií prokázalo, že programy vedou ke zlepšení sociálních dovedností a dosažené úinky přetrvávají po dobu 7 měsíců až do 2 let. (Příštil, 2009, s. 78)

3.3 Edukační programy pro osoby s psychotickým onemocněním v ČR

Rodiny nejsou připraveny na problémy, které psychóza přináší. Netuší, jak se k nemocnému chovat a jak s ním komunikovat. Proto odborníci z oboru psychiatrie začínají vytvářet různé formy edukačních aktivit, které nemocným i jejich blízkým usnadní život. V posledních letech bylo vytvořeno několik strategií, které citlivě a s povzbuzením předávají důležité informace o psychotickém onemocnění. Nejznámějším a nejrozšířenějším jsou asaným vzdělávací program o psychózách v České republice patří bezesporu PREDUKA, který si následně představíme podrobněji.

PREDUKA celým názvem PREventivn EDUKační program proti relapsu psychózy je šestihodinový profesionálně vedený program, který je speciálně určený pro pacienty s psy-

chotickým onemocněním a jejich příčinám. Pro větší názornost a srozumitelnost je používána metafora a didaktické materiály v powerpointové prezentaci. Účastníci mohou být tak jednoduchou formou vysvětlovány komplikované neurobiologické vztahy vedoucí ke klinickým příznakům návratu psychózy. Dále zde odborníci popisují etiologii a příčiny nemoci, časné varovné příznaky, medikaci, neřádné úkony a samotný princip léčby. (Bankovská Motlová a Toman, 2013, s. 74)

Program je rozdělen na dvě části. Prvního bloku, kde jsou probírána teoretická i praktická témata, se účastní nemocní spolu s rodinami. Po obědové přestávce probíhá sezení, kdy jsou účastníci rozděleni do dvou skupin. Jeden terapeut (psychiatr nebo psycholog) se věnuje pacientům, kterým poskytuje praktické rady - jak se sít stresu a detailně rozebírá jeho neřádné úkony. Druhý terapeut vysvětluje příčinám, jak nemocným zajistit příjemně stimulační nestresující prostředí, jak komunikovat a jak řešit problémy. V poslední hodině jsou skupiny opět slouženy, probíhá diskuze a pro zájemce informování o programu ITAREPS. (Bankovská Motlová et al., ©2010)

Předchůdcem PREDUKY je psychoedukační program pro nemocné s diagnózou schizofrenie a schizoafektivní poruchy a jejich blízké s názvem **PRELAPSE**. Jde o mezinárodní program doporučený Světovou zdravotnickou organizací a Světovou psychiatrickou asociací. Cíle jsou obdobné - poskytnutí informací o nemoci, zlepšení spolupráce, snížení počtu relapsů, rehospitalizací a zlepšení kvality života nemocných i jejich rodinných příslušníků. Od PREDUKY se odlišuje formou. Skupiny probíhají zvlášť pro nemocné a rodiny. Účastníci se v počtu od 8 do 12 osob setkávají na jednotlivých sezeních osmkrát, vždy po jednom až třech týdnech. (Pidrman a Masopust, 2002, s. 162)

PRELAPSE zahrnuje především kognitivně-behaviorální edukaci o příznacích onemocnění, o rozpoznávání příznaků i o medikaci a jejím účinku. Motivuje pacienty ke spolupráci a k vytváření tzv. krizových scénářů. (Důšek a Věšnová-Procházková, 2005, s. 54)

K neřádným úkonom psychofarmak patří i nárůst hmotnosti. Pro řešení tohoto problému pacient s psychózou byl vytvořen **Program pro dobré zdraví**. Jde o pomoc pro všechny, kteří mají zájem o zdravou výživu, dobré zdraví, zdravý životní styl, udržování kondice a cvičení. Specialisté pomáhají pacientům vytvořit plán redukce hmotnosti, součástí je i pravidelné vážení a měření krevního tlaku a pulsu. Skupinka zájemců se setkává po dobu 4 měsíců v počtu 6 až 8 účastníků. (Bankovská Motlová et al., ©2010)

V roce 2005 byl do klinické praxe v české republice zaveden program prevence relapsu psychotického onemocnění **ITAREPS**. Jde o originální český projekt, který umožní u pacientovi a jeho rodin pravidelný kontakt s psychiatrem. Cílem je podchycení relapsu dříve, než si pacient předstává u domova, jde o nemoc. Včasnou intervencí jde takto předchytit hospitalizaci. (Praško et al., 2013, s. 358) Podstatou je vyplnění desetibodového Dotazníku časných varovných příznaků. Výsledkem je deset SMS zprávou pacient i rodinný příslušník odešlou ze svých mobilních telefonů do ITAREPSu. Každá zpráva má přístup ambulantní psychiatr, který tak získá pohled o aktuálním zdravotním stavu a aktivně pak postupuje v další terapii. (Bankovská Motlová et al., ©2010)

Z finančních důvodů ITAREPS aktuálně probíhá pouze v omezeném režimu. Tvůrci programu a zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny se nyní jednájí o další úhradu za provoz tohoto projektu.

Tématem o edukačních programech pro osoby s psychotickým onemocněním uzavíráme teoretickou část bakalářské práce. V empirické části se budeme zabývat také edukací, tentokrát z pohledu nemocných.

II. PRAKTICKÁ ÁST

4 VÝZKUM

Samotný název bakalářské práce napovídá, že edukaci představujeme jako nezbytnou součást komplexní léčby psychóz. Základním cílem edukace je především prevence relapsu psychotického onemocnění. Proto považujeme za podstatné zabývat se kvalitou edukace.

V teoretické části bakalářské práce jsme si popsali edukační proces a jeho význam pro nemocné i jejich blízké. Ve výzkumné části se zabýváme edukací z pohledu pacient s psychózou, hospitalizovaných v psychiatrickém lůžkovém zdravotnickém zařízení.

4.1 Výzkumný problém

Každý výzkum začíná stanovením výzkumného problému. Jako výzkumný problém jsme si pro bakalářskou práci stanovili zjistit názor a postoj osob s psychotickým onemocněním na edukaci o psychózách. Domníváme se, že je důležité zeptat se přímo nemocných na jejich pocity, názory, dosavadní zkušenosti i představy o edukaci a dát jim tak příležitost a prostor k vyjádření se.

Duževní nemocní obecně jsou jednou z cílových skupin, na které se sociální pedagogika zaměřuje. Považujeme tento okruh nemocných ve společnosti za osoby znevýhodněné. Víme, že výsledky tohoto výzkumu budou přínosné pro edukátory a následně i pro pacienty a příbuzné, účastníci se edukačních programů, a že tak alespoň malou měrou přispějeme ke kvalitní péči a usnadnění jejich nelehké životní cesty.

4.2 Cíl výzkumu

Hlavní cíl:

Cílem výzkumné části bakalářské práce je zjistit, jak jsou lidé, jimž bylo diagnostikováno onemocnění z okruhu psychóz, edukováni. Zajímalo nás, jak edukaci vnímají, jaká forma poskytování informací by jim více vyhovovala a jaká je úroveň jejich základních znalostí o svém duževním onemocnění.

Dílčí cíle:

- zjistit jakým způsobem jsou pacienti s diagnózou psychóza edukováni
- zjistit spokojenost pacientů s poskytovanou edukací o psychózách

- zjistit požadavky pacient na edukaci o psychózách
- zjistit, jaká je úroveň znalostí pacient o svém psychotickém onemocnění

4.3 Vymezení výzkumných otázek

Pomocí dotazníkového –et ení se pokusíme nalézt odpovědi na následující výzkumné otázky:

1. Jakým způsobem jsou pacienti edukováni o svém psychotickém onemocnění?
2. Jak jsou pacienti spokojeni s poskytovanou edukací o psychotickém onemocnění?
3. Jaké jsou požadavky pacient na edukaci o psychózách?
4. Jaká je úroveň základních znalostí pacient o svém onemocnění?

4.4 Výzkumná metoda

V titina odborných knih, zabývajících se metodami pedagogického výzkumu, uvádí tři základní typy výzkumných problémů : deskriptivní, relační a kauzální. Pro realizaci výzkumného –et ení v naší bakalářské práci jsme použili kvantitativní, deskriptivní (popisný) výzkum.

Pomocí tohoto výzkumného –et ení hledáme odpověď na otázku šjaké to je? Gavora (2010, s. 55) uvádí, že u deskriptivního výzkumného problému zji– ujeme a popisujeme situaci, stav nebo výskyt určitého jevu. V případě deskriptivního výzkumu se používá jako výzkumná metoda pozorování, –kávání, dotazník nebo interview (Chráška, 2003, s. 56).

Ke zji– t ní vý– e uvedených výzkumných cílů a výzkumných otázek volíme jako nejvhodnější techniku sběru dat právě dotazníkové –et ení. Dotazník je popisován jako způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Jde o soustavu připravených otázek, kdy respondent odpovídá písemnou formou. (Chráška, 2007, s. 163)

4.5 Popis dotazníku

V úvodní části dotazníku jsou respondenti informováni o tématu i účelu –et ení a zároveň pořádání o vyplnění. Součástí je i ujištění o anonymitě. V hlavní části dotazníku jsou položeny pomocí jednoduchou formou otázky tak, aby odpovídali dotazované pacienty přilíže nezatřlovaly. Vytvořili jsme dotazník, který má 20 položek.

Prvními třemi položkami zjistíme demografické údaje respondentů, kterými jsou věk, pohlaví a dosažené vzdělání. Vzhledem ke zvoleným dílčím výzkumným cílům členíme dotazník do čtyř tematických celků :

- Tematický celek A: osobní zkušenosti pacientů s poskytovanou edukací o psychózách (položka . 4, 5, 6, 7, 8, 9)
- Tematický celek B: spokojenost pacientů s poskytovanou edukací o psychózách (položka . 10, 11, 12, 13, 14)
- Tematický celek C: požadavky pacientů na edukaci o psychózách (položka . 15, 16, 17, 18)
- Tematický celek D: základní znalosti pacientů o psychotickém onemocnění (položka . 19 a 20)

Ve vypracovaném dotazníku jsou použity otevřené tzv. nestrukturované položky (. 1, 5, 19, 20) a uzavřené, tzv. strukturované polynomičké položky (. 2, 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 18), kde respondentům předkládáme konkrétní možnosti odpovědí. Položky . 4, 9, 15, 16 jsou tzv. výtové, kde respondenti mohou uvádět více možností odpovědí. Poslední dvě položky didaktického charakteru vypovídají o úrovni základních znalostí pacientů o svém duševním onemocnění.

4.6 Výzkumný soubor

Základním výzkumným souborem pro realizaci dotazníkového –et ení jsou pacienti s diagnózou z okruhu psychóz. Jelikož není technicky možné oslovit všechny duševně nemocné s touto diagnózou, vymezili jsme pro naše účely dostupný výzkumný soubor výběrový - pacienti s psychózou hospitalizovaní v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži, kterým jejich zdravotní stav dovolil účastnit se našeho výzkumu. Způsob výběru výzkumného souboru je tedy záměrný.

Dotazníkového –et ení se zú astnilo celkem 96 pacient , z toho 55 mufl a 41 flen, ve v - kovém rozmezí od 19 do 67 let. Pr m rný v k výzkumného souboru je tedy 43 let. P i sb - ru dat jsme respektovali dobrovolnost a anonymitu respondent . V–ichni zú astn ní byli uji-t ni, fl šhromáfl ná data budou pouflita pouze pro ú ely na–í bakalá ské práce.

4.7 Zp sob sb ru dat

P ed samotnou realizací výzkumu jsme provedli tzv. p edvýzkum. Dle Chrásky (2007, s. 26) jde o zmen–ený model vlastního výzkumu.

Vytvo ený dotazník byl rozdán 16 pacient m. Po navrácení zp t jsme získané materiály podrobili pe livé kontrole, kterou jsme se snaflili nalézt p ípadné chyby a nesrovnalosti. D leflité pro nás bylo také ov ít si, zda jsou pro pacienty poloflky podány srozumitelnou formou a zda pro n dotazník nebude p íli–velkou zát flí. Po drobné úprav jedné poloflky jsme se rozhodli dotazník pouflít, jako výzkumnou metodu ke zji-t ní na–ich p edem stanovených cíl .

Dotazníky byly p edávány k vypln ní jednotlivým pacient m v Psychiatrické nemocnici v Krom íflí pr b fln v období od listopadu 2014 do b ezna 2015, a to prost ednictvím léka e, psychologa i zdravotn –sociální pracovnice. Rozdáno bylo celkem 100 dotazník , z toho se nám vrátilo 96. Celková návratnost byla tedy 96%. V pom rn krátkém asovém úseku 5 m síc jsme touto metodou shromáfldili pot ebné údaje k vyhodnocení.

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Pro analýzu získaných dat jsme zvolili deskriptivní statistiku, tj. zjištění absolutní a relativní četnosti. Získaná data jsme zpracovali pomocí počítače, a to v programu Microsoft Office Excel 2007. Každému dotazníku bylo přiděleno číslo od 1 do 96 a v tomto pořadí jsme odpovědi zapisovali do připravené tabulky. Program nám následně seřadil potřebné údaje k vyhodnocení.

Výsledky jsme uspořádali do sestavených tabulek četností, které jsou umístěny v příloze P II. Data jsme zde vyjádili ve formě absolutní a relativní. Absolutní forma - tzn. kolik respondentů odpovědělo na danou položku. Relativní forma (vyjádřená v procentech) - tzn. jak velká část z celkového počtu hodnot připadla na danou hodnotu.

Došlo k sumarizaci dat, což je základním posláním popisné statistiky (Ferdinand, 2010, s. 55). Výsledky četností jsme popsali a znázornili v textu graficky tak, aby nám poskytly využitelné a přehledné informace. První tři položky s demografickými údaji jsou zobrazeny výše uvedeným grafem, další položky grafem sloupcovým. Vyhodnocení položky 5 je popsáno pouze slovně.

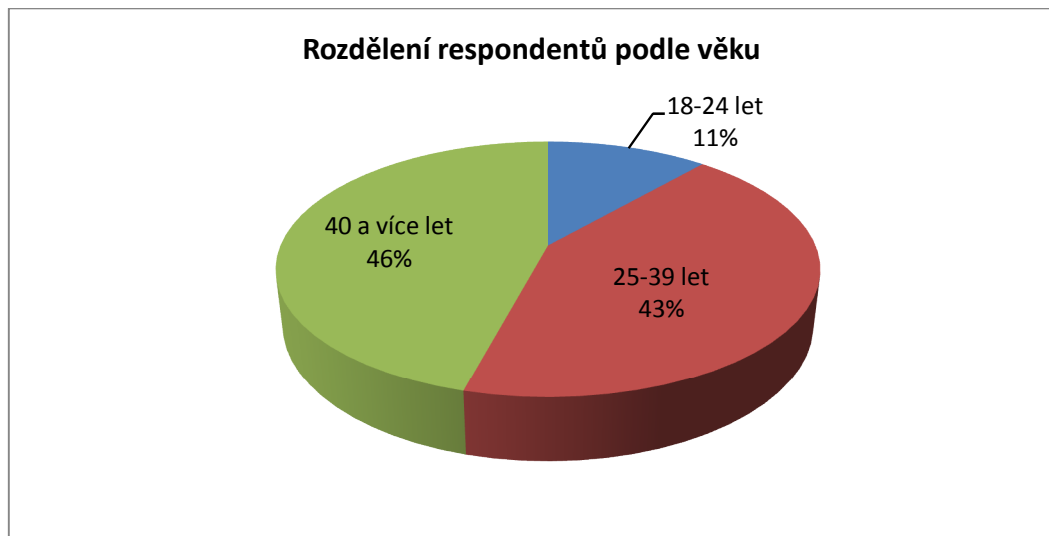
5.1 Popis položek s demografickými údaji

V úvodní části dotazníku jsou uvedeny tři položky, které se týkají demografických údajů respondentů, účastníků se výzkumu. Tyto položky nám poskytují základní představu o složení výběrového souboru. Celkově se dotazníkového zúčastnilo 96 pacientů.

Položka 1

Položkou mapujeme věk dotazovaných. Pro věkovou přehlednost jsme respondenty rozdělili do tří věkových kategorií. V první kategorii jsou zařazeny osoby od 18 do 24 let (11 respondentů), v druhé věkové rozmezí jsou pacienti od 25 do 39 let (41 respondentů) a ve třetí věkové skupině osoby od 40 let a více (44 respondentů). Nejmladšímu dotazovanému bylo 19 let, nejstarší respondent uvedl 67 let.

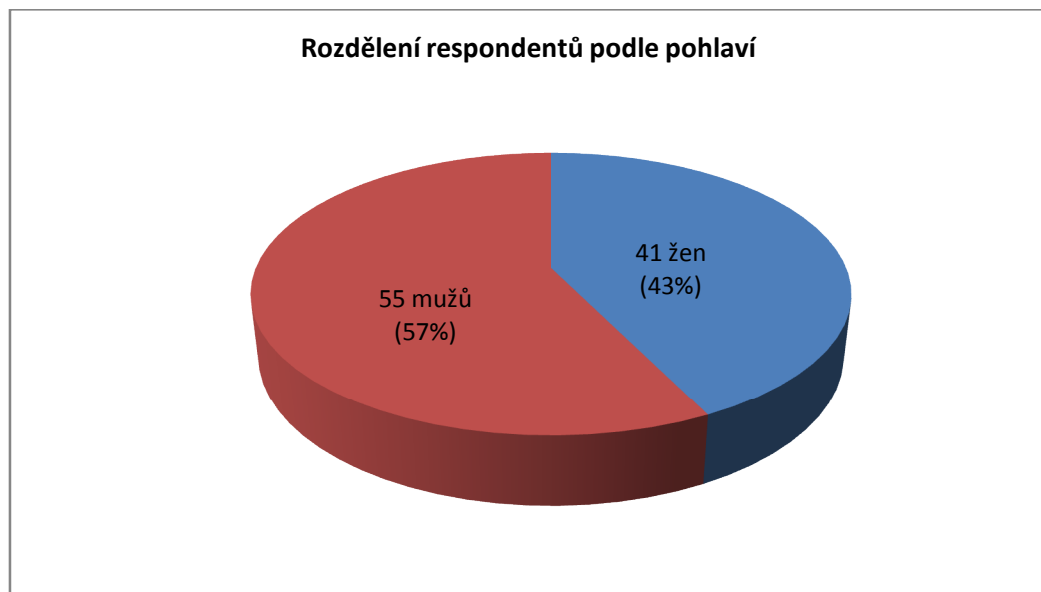
Graf . 1 - věkové skupiny respondentů



Polofka . 2

Tato polofka nás informuje o pohlaví všech respondentů. Na dotazník odpovídalo 55 mužů a 41 žen. V souboru dotazovaných tedy převládali muži (57%).

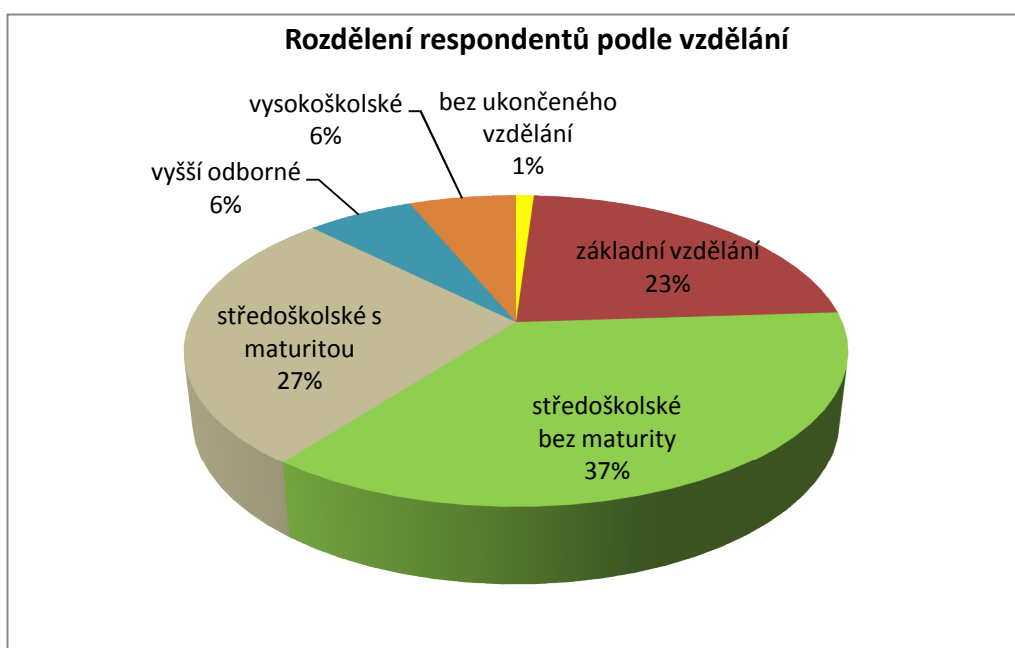
Graf . 2 - pohlaví respondentů



Polofka . 3

V této polofce m li dotazovaní pacienti ozna it stupe svého nejvyššího dosaženého vzdělání. Bez ukon eného vzdělání se výzkumu zú astnil pouze 1 pacient, základní vzdělání uvedlo 22 (23%) respondent , st edo-kolské vzdělání bez maturity m lo uvedeno 35 (37%) dotazovaných, st edo-kolské vzdělání ukon ené maturitní zkou-kou bylo zaznamenáno u 26 osob (27%), vyšší odborné vzdělání má 6 (6%) respondent a 6 dotazovaných pacient se výzkumu zú astnilo s vystudovaným vysoko-kolským vzdláním, tedy 6% z celkového po tu respondent .

Graf . 3 - dosažené vzdělání



5.2 Vyhodnocení tematického celku A ó osobní zku-enosti pacient s poskytovanou edukací o psychózách

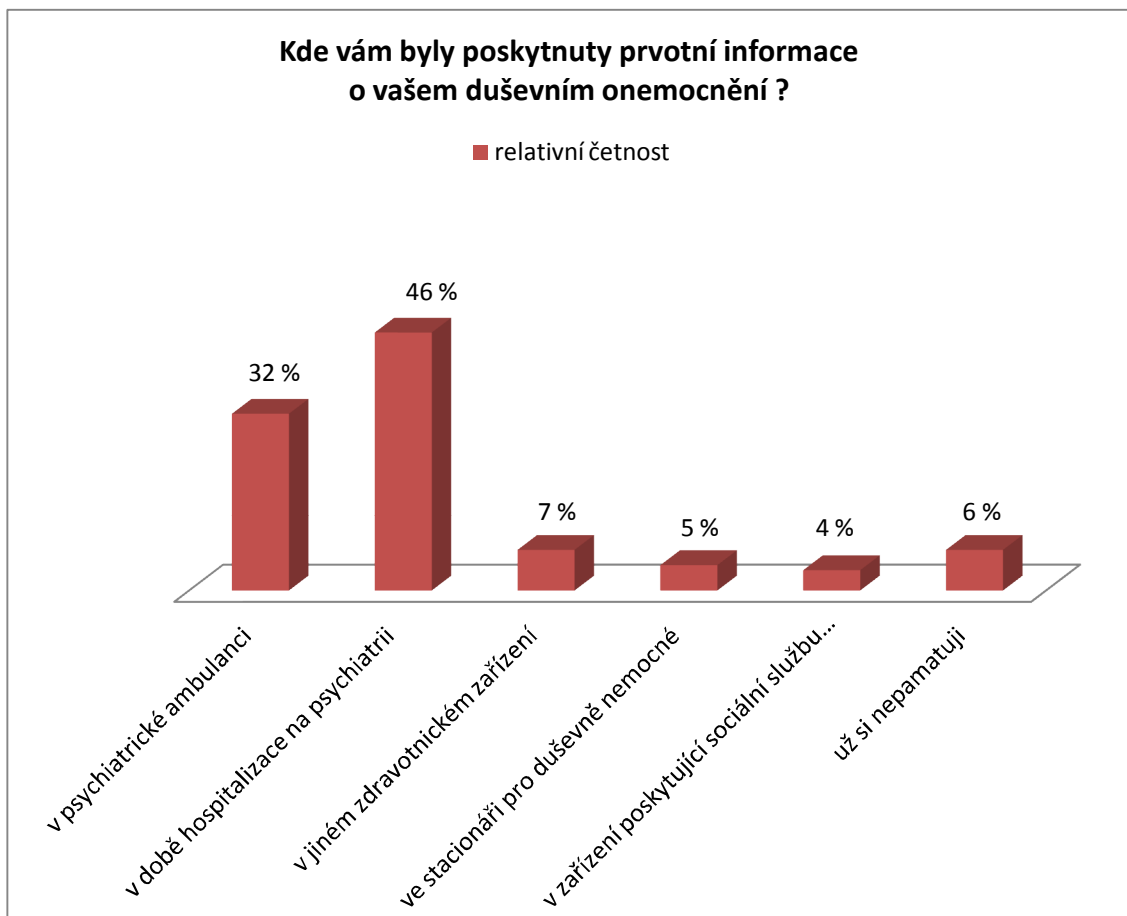
Polofkami . 4, 5, 6, 7, 8, 9 jsme v tomto tematickém celku zji-ovali, jakým zp sobem jsou pacienti edukováni. Zejména nás zajímalo, kde byly respondent m poskytnuty informace o jejich du-evním onemocn ní, kým byli informováni, jakou formou edukace prob hla, zda byly informace poskytnuty opakovan a jaký druh informací se pacienti s psychotickým onemocn ním dov d li.

Polofka . 4

V této polofce jsme se zaměřili na to, v jakém typu zařízení byly respondentům poskytnuty prvotní informace o jejich duševním onemocnění. Dotazovaní mohli vybírat i více variant, proto jsme při výpočtu četností brali v úvahu počet všech odpovědí respondentů. Ze summarizace dat vyplývá, že nejastěji jsou pacientům poskytnuty informace v době hospitalizace na psychiatrii – absolutní četnost je zde zaznamenána v počtu 51 odpovědí a relativní četnost se jeví 46%. Dále pak v psychiatrické ambulanci – absolutní četnost 35 odpovědí a relativní četnost dosahuje 32%.

U možnosti poskytování informací v jiném zdravotnickém zařízení, ve stacionáři pro duševně nemocné a v zařízení poskytující sociální službu pro duševně nemocné relativní četnost všech odpovědí nepřesáhla hranici 7%. 8 odpovědí bylo zaznamenáno ve znění „už si nepamatuji“.

Graf . 4 - poskytnutí prvotních informací



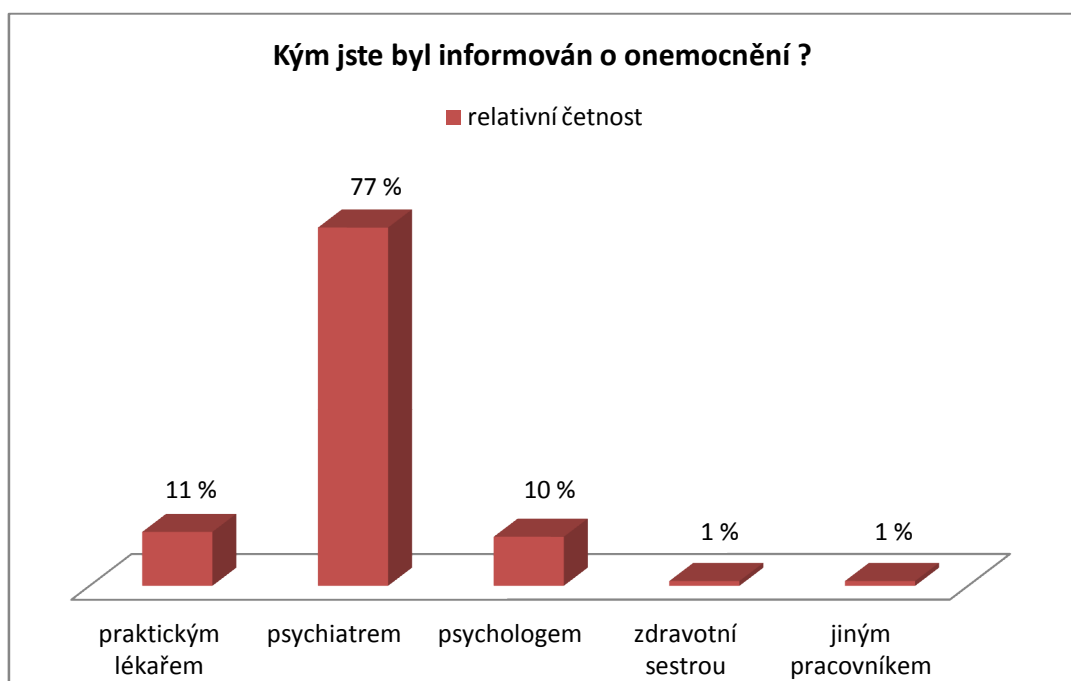
Polofka . 5

Tato polofka navazovala na předchozí, u které pacienti mohli uvést více variant. Zajímalo nás, kde byli dotazovaní spokojeni s edukací více a pro . Na tuto polofku odpovědlo z celkového počtu pouze 9 respondent . Z toho 4 dotazovaní uvedli, že více spokojeni byli s poskytnutím informací za doby hospitalizace v lůžkovém zdravotnickém zařízení s odvodněním, šle na n bylo více asuů. Další 4 pacienti uvedli, že byli více spokojeni s edukací v zařízení poskytující sociální službu pro duševně nemocné a pouze jeden respondent uvedl, že byl více spokojen s poskytnutými informacemi v psychiatrické ambulanci. Vzhledem k nízkému počtu získaných odpovědí graficky tuto polofku nepracováváme.

Polofka . 6

V polofce jsme zjistili, kdo respondentům sdělil informace o jejich duševním onemocnění. 11 (11%) odpovědlo, že jim informace podal praktický lékař . Převážná část dotazovaných v počtu 73 (77%) bylo informováno o svém psychotickém onemocnění psychiatrem, což je vzhledem k druhu nemoci nejvhodnější způsob. 10 (10%) pacientů bylo informováno psychologem, 1 (1%) respondent uvedl, že jej o onemocnění informovala zdravotní sestra a 1 (1%) dotazovaný uvedl, že byl informován jiným pracovníkem, konkrétně terapeutkou.

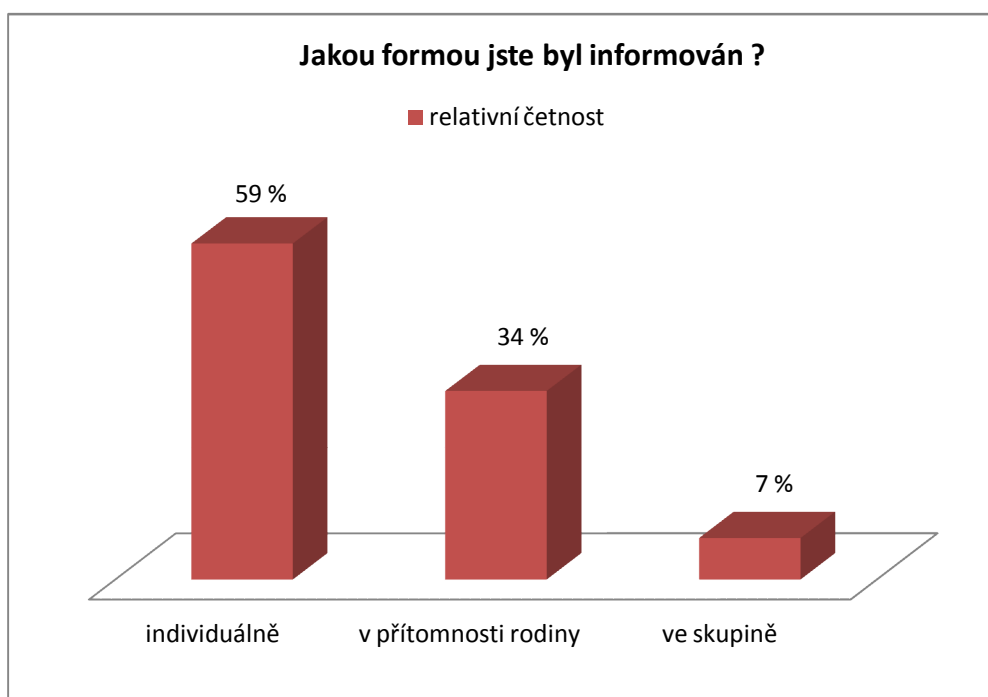
Graf . 5 - kdo podal informace o nemoci



Polofka . 7

V polofce jsme se zaměřili na organizační uspořádání edukace. Zajímalo nás, zda byli pacienti informováni o svém onemocnění individuálně, v přítomnosti rodiny i ve skupině. Z celkového počtu 96 dotazovaných uvedlo 57 (59%) respondentů, že byli edukováni samostatně. 32 (34%) pacientů bylo informováno v přítomnosti rodiny. Pouze 7 (7%) pacientů bylo edukováno spolu s dalšími nemocnými ve skupině, kde mají možnost zjistit, že stejný problém mají i druzí.

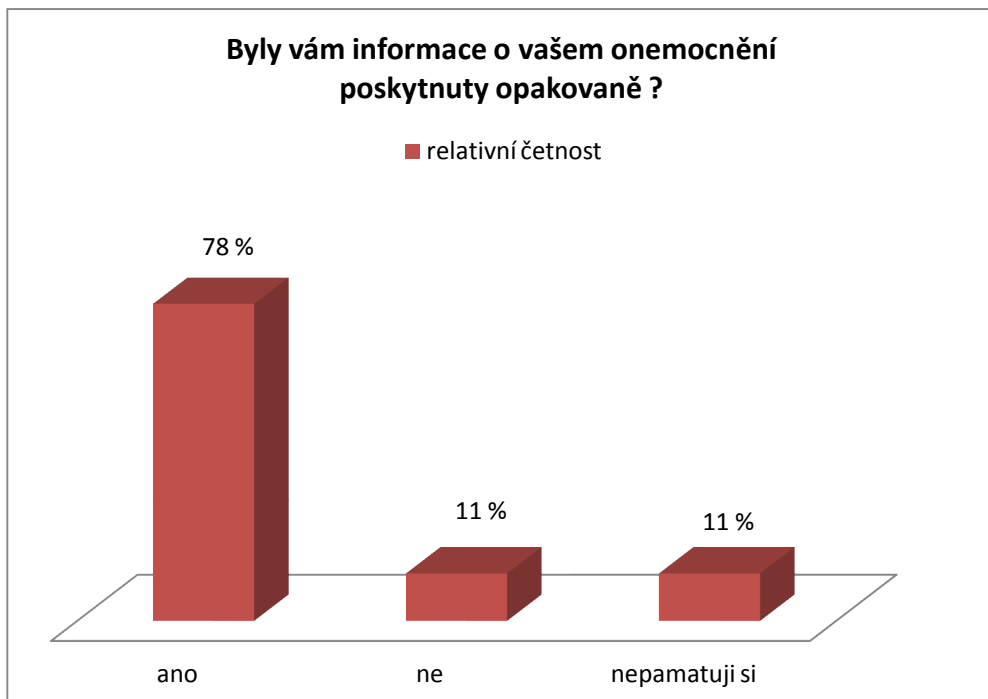
Graf . 6 - forma edukace



Polofka . 8

Je fládoucí se k edukaci vracet, v domosti rozvíjet a nemocné stále motivovat. Proto nás zajímalo, zda byly informace o psychotickém onemocnění respondentům poskytnuty opakovaně. Ze získaných odpovědí vyplývá, že pacienti byli reedukováni v 74 (78%) případech. U 11 (11%) respondentů edukace o nemoci opakovaně neprobíhala a 11 (11%) respondentů z celkového počtu sdělilo, že si jífl na tuto skutečnost nepamatuje.

Graf . 7 - opakování edukace

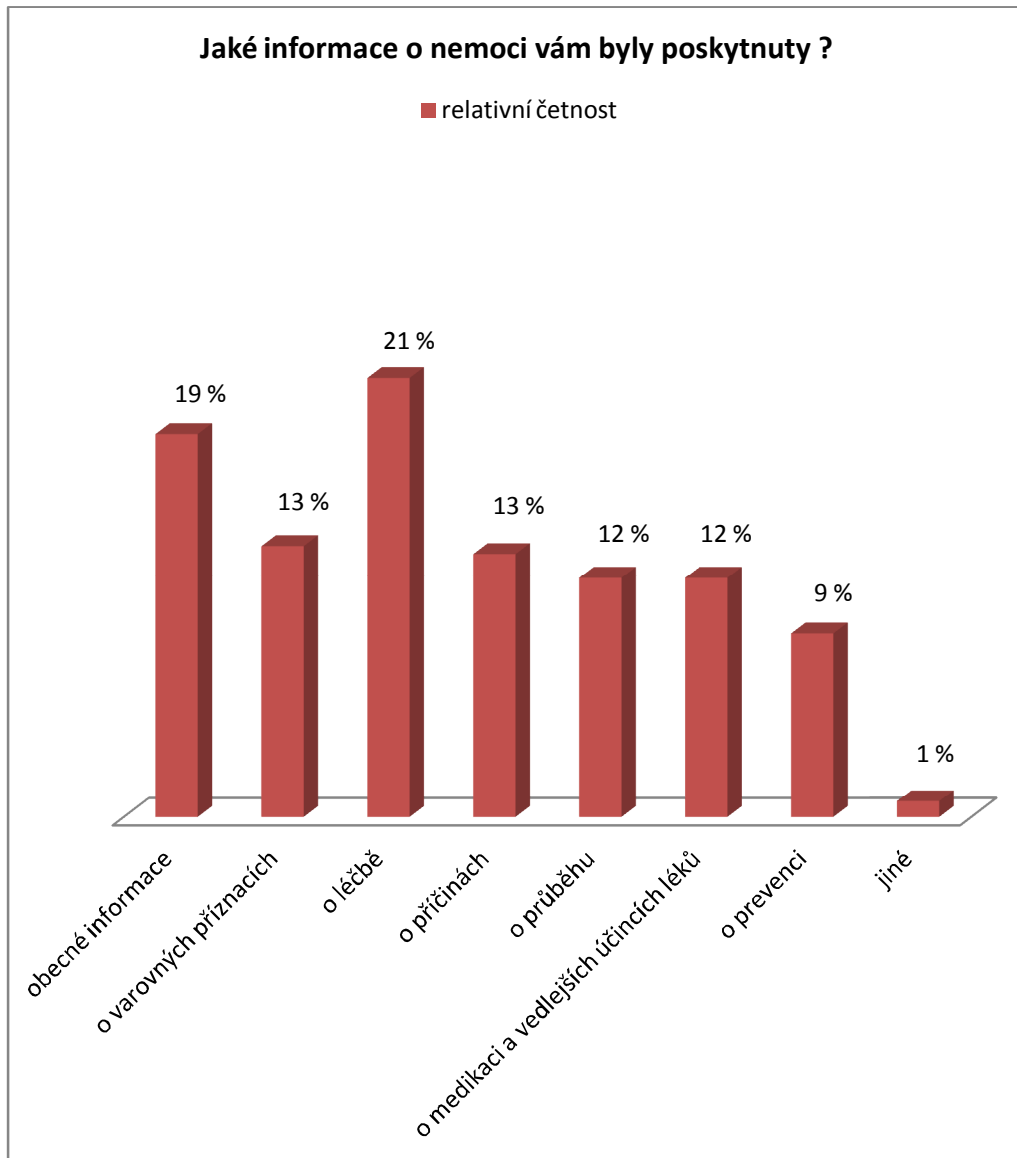


Polofka . 9

V polofce jsme se zaměřili na obsah edukace poskytované pacientům s psychickým onemocněním. Zajímalo nás, který druh informací odborníci nemocným předávají. Respondenti měli možnost volit opět více možností, proto jsme při výpočtu četností (obdobně jako v polofce . 4) vzali v úvahu celkový počet všech odpovědí.

Získání v této polofce vyplývá, že nejastěji jsou pacientům sdělovány informace o léčbě a obecné informace o psychickém onemocnění. 13% odpovědí ze všech je zobrazeno jako poskytování informací o varovných příznacích, tak u poskytování informací o příčinách psychického onemocnění. Shodně jsou pacienti edukováni o průběhu nemoci i o medikaci a jejich vedlejších účincích, a to v 12% ze všech odpovědí. Analýzou dat jsme zjistili, že pacienti jsou poměrně málo informováni o prevenci (9%).

Graf . 8 - obsah poskytnutých informací



Shrnutí tematického celku A:

Shrnutím tohoto tematického celku odpovídáme na výzkumnou otázku . 1:

- *Jakým způsobem jsou pacienti edukováni o svém psychotickém onemocnění?*

Z výsledků výzkumu vyplývá, že nejčastěji jsou pacienti informováni o svém psychotickém onemocnění v lůžkových a ambulantních psychiatrických zařízeních. První informace jsou tedy pacientům sdělovány na specializovaných lékařských pracovištích. Jen malé procento odpovídá signalizuje, že se někteří respondenti první informace dočkali v zařízení, které prioritně poskytuje sociální službu. Informace o psychotickém onemocnění v 88% poskytují lékaři, z toho (77%) psychiatři a 11% praktičtí lékaři. Psychologové

poskytli tyto informace jen u 10%. 2% pacient byly poskytnuty informace osobou s neadekvátním vzdláním. Edukace je v t-í polovin pacient (59%) poskytována individuální formou a probíhá opakovan . K nej ast j-ím témat m pat í zp sob lé by, obecné informace o onemocnění a výklad o varovných p íznacích. Pom rn málo etností bylo zaznamenáno u informací o prevenci relapsu psychotického onemocnění.

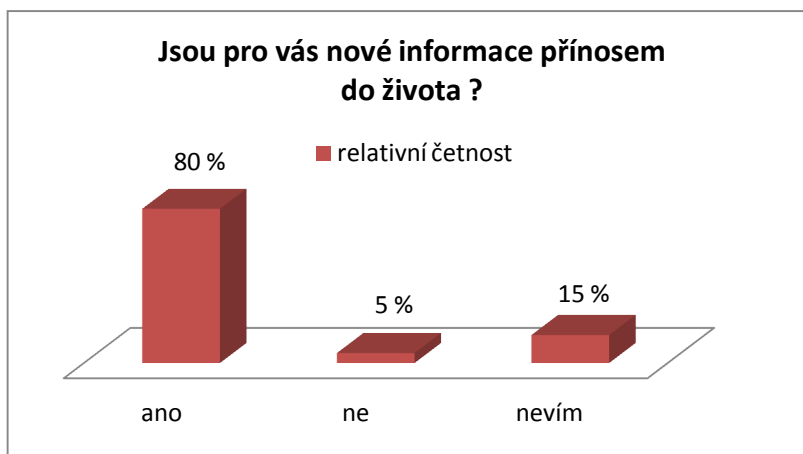
5.3 Vyhodnocení tematického celku B ó spokojenost pacient s poskytovanou edukací o psychózách

V tomto tematickém celku jsme mapovali polofkami . 10, 11, 12, 13 a 14 spokojenost pacient s poskytovanou edukací o psychotickém onemocnění. Zam íli jsme se na to, zda je edukace pro n p ínosnou a zda jsou respondenti spokojeni s rozsahem poskytovaných informací. V t chto dvou polofkách srovnáváme názory dotazovaných mužů a žen. Dále nás zajímalo, zda jsou pro pacienty informace podávány p íjatelnou formou, zda se mohou zeptat na to, co je zajímavá a jaký mají p ístup k novým informacím o své nemoci.

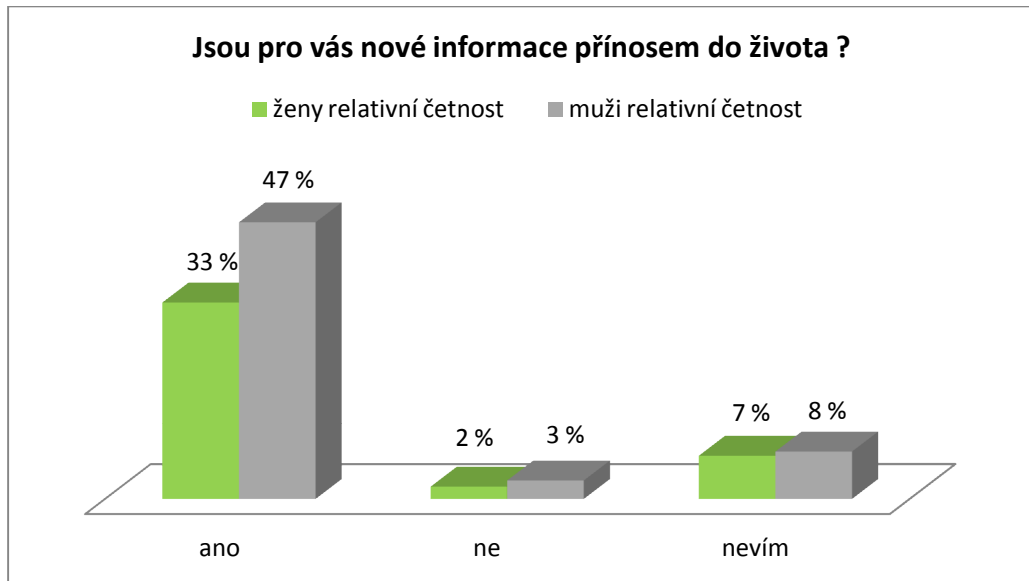
Polofka . 10

V polofce jsme se respondent zeptali, zda je nové informace o psychotickém onemocnění obohatily. 77 (80%) respondent odpov d lo kladn . Jen velmi malé procento oslovených respondent (5%) sd lilo, že pro n tyto informace p ínosem do života nejsou. 14 (15%) pacient volilo možnost šnevímō. U této polofky jsme si provedli srovnání odpov dí dotazovaných mužů a dotazovaných žen. Z grafu . 10 je patrné, že pro muže jsou nové informace ve 47% v t-ím p ínosem do života, nejl je tomu u žen (33%). Na tuto polofku nedovedlo odpov d t 7% žen a 8% mužů .

Graf . 9 - p ínos edukace

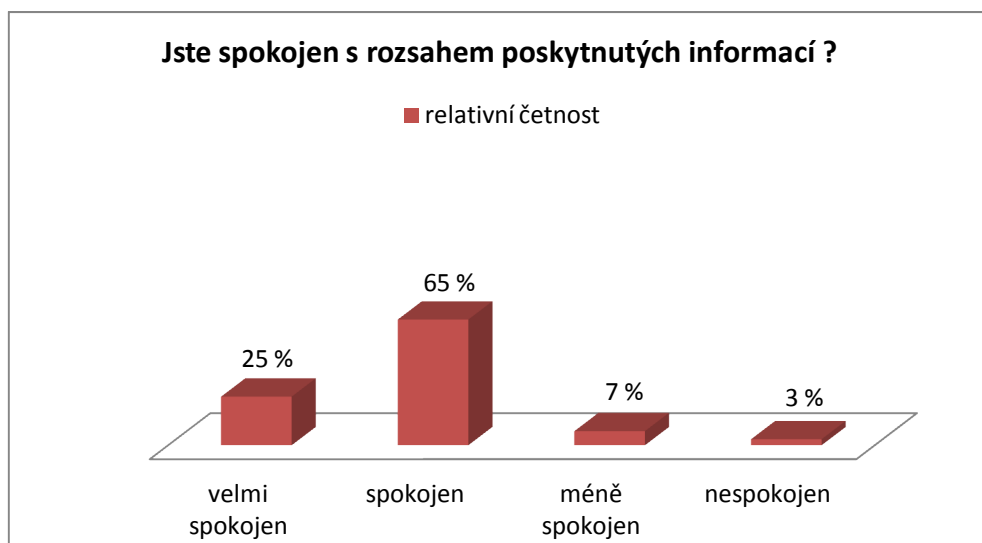


Graf . 10 - přínos edukace M/fi

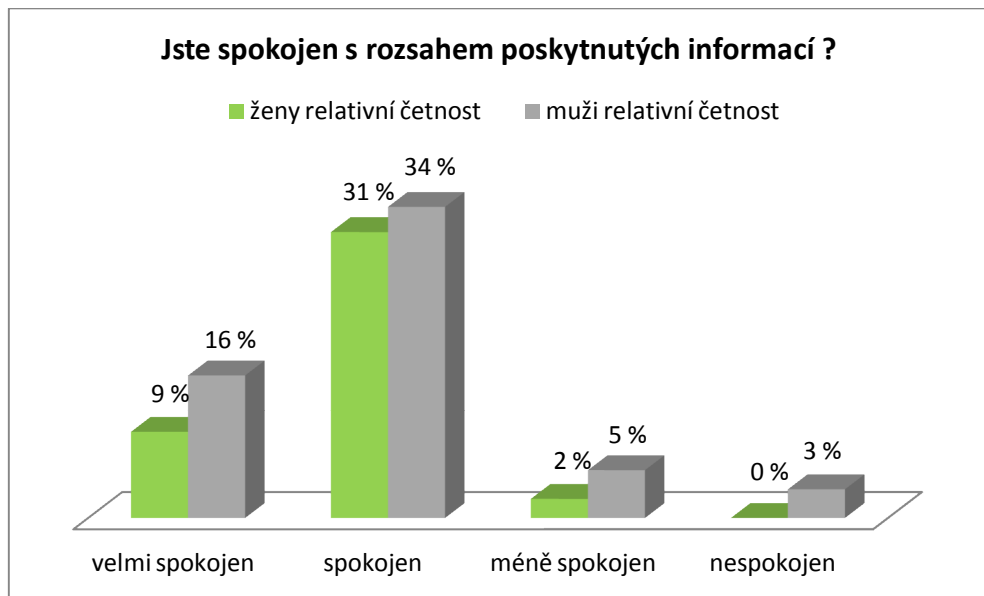
**Polofka . 11**

Polofka nám poskytuje informace o míře spokojenosti pacientů s rozsahem edukace o psychózách. Velmi spokojených pacientů s rozsahem poskytnutých informací bylo v počtu 24 dotazovaných, z toho 9 žen a 15 mužů. Spokojených bylo 62 respondentů, z toho 30 žen a 32 mužů. Nespokojeni byli pouze 3 muži.

Graf . 11 - rozsah edukace

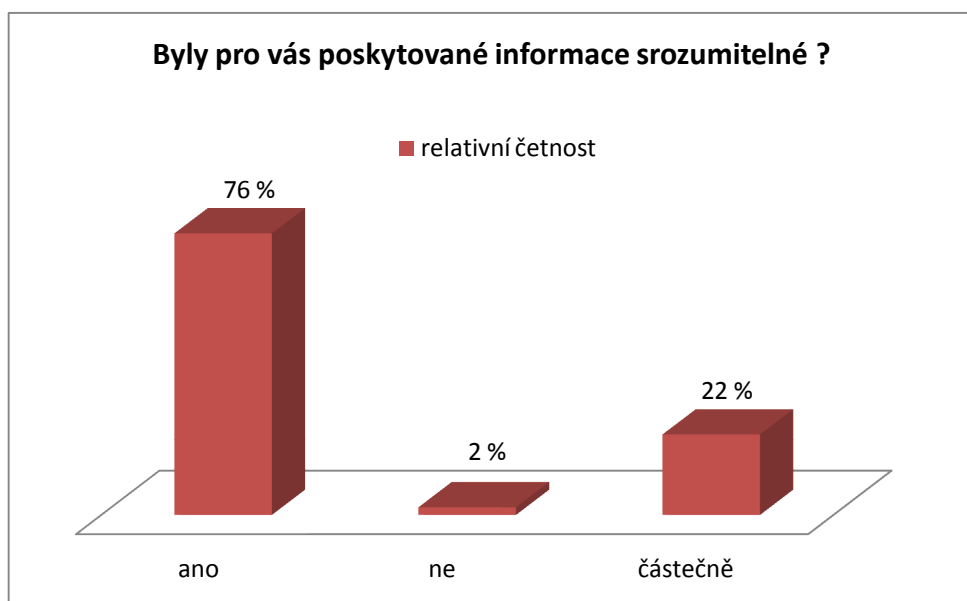


Graf . 12 - rozsah edukace M/fi

**Polofka . 12**

Edukace osob s psychotickým onemocněním by měla probíhat jasnou a přehlednou formou. Proto jsme se pacient v této polovce dotazovali, zda jsou informace pro ně podávány srozumitelně. Převážná část všech respondentů odpověděla v pořadí 73 (76%) kladně. Pro 21 (22%) respondentů jsou poskytované informace podávány srozumitelně jen částečně. 2 (2%) dotazovaní pacienti se vyjádřili ke srozumitelnosti edukace záporně.

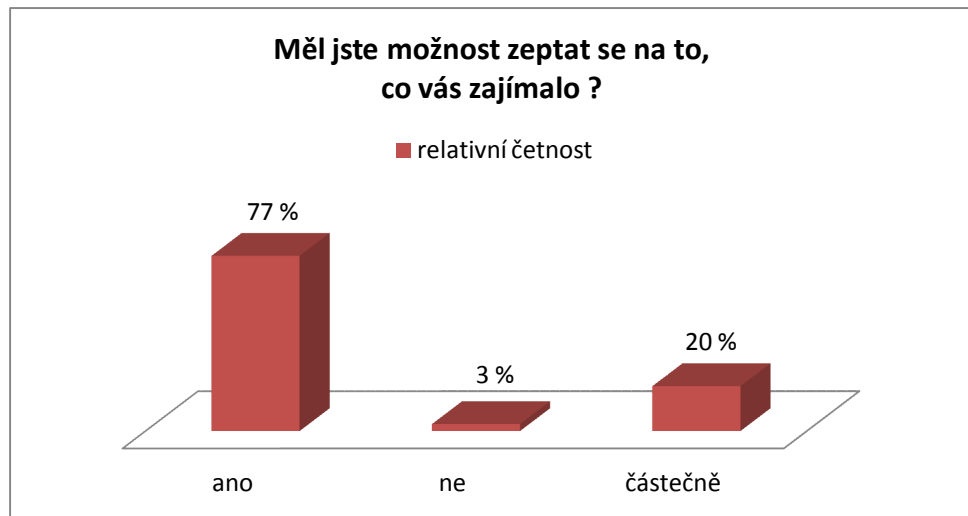
Graf . 13 - srozumitelnost edukace



Polofka . 13

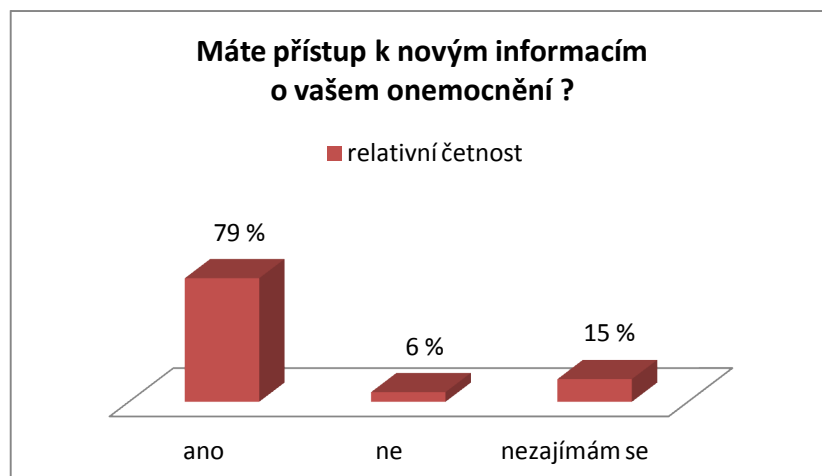
Polofkou jsme zjišťovali, zda pacienti v průběhu edukace dostali možnost zeptat se na informace o psychotickém onemocnění, které je zajímavé. 74 (77%) dotazovaných uvedlo, že jim při edukaci informující osoby daly prostor pro jejich dotazy. 3 (3%) respondenti sdělili, že jim nebylo umožněno se dotázat a 19 (20%) pacientů uvedlo, že se mohli jen částečně zeptat na to, co je zajímavé.

Graf . 14 - možnost zeptat se

**Polofka . 14**

V polofce jsme se pacientů dotazovali, zda jsou pro ně informace o psychózách dostupné. 76 (79%) respondentů odpovědělo na tuto otázku kladně. 6 (6%) sdělilo, že nemají přístup k novým informacím o nemoci. 14 (15%) pacientů uvedlo, že se o nové informace nezajímají.

Graf . 15 - přístup k informacím



Shrnutí tematického celku B:

Shrnutím tohoto tematického celku odpovídáme na stanovenou výzkumnou otázku . 2:

- *Jak jsou pacienti spokojeni s poskytovanou edukací o psychózách?*

Od 77 respondentů jsme se dovědli, že je nová informace o psychotickém onemocnění obohatily a jsou pro nás přínosem do života. Pouze 5 pacientů z celkového počtu 96 respondentů sdělilo, že pro ně tyto informace nemají smysl. Domníváme se, že je vhodné vnovat pozornost především těmto pacientům a pokusit se je získat ke spolupráci. U mužů bylo zaznamenáno, že je pro ně edukace v těmto přínosem, než pro ženy. 65% pacientů je spokojeno s rozsahem poskytovaných informací, dokonce velmi spokojených byla jedna čtvrtina. Nespokojeni byli z celkového počtu pouze 3 respondenti mužského pohlaví. Pro 73 (76%) dotazovaných je edukace srozumitelná. 2 pacienti se ke srozumitelnosti vyjádřili negativně. 77% pacientů v dotazníku uvedlo, že při edukaci dostali prostor pro své dotazy. Pro 76 (79%) pacientů jsou informace o nemoci bez problémů dostupné. 14 (15%) dotazovaných sdělilo, že o nové informace o svém duševním onemocnění nemají zájem.

5.4 Vyhodnocení tematického celku C o požadavky pacientů na edukaci o psychózách

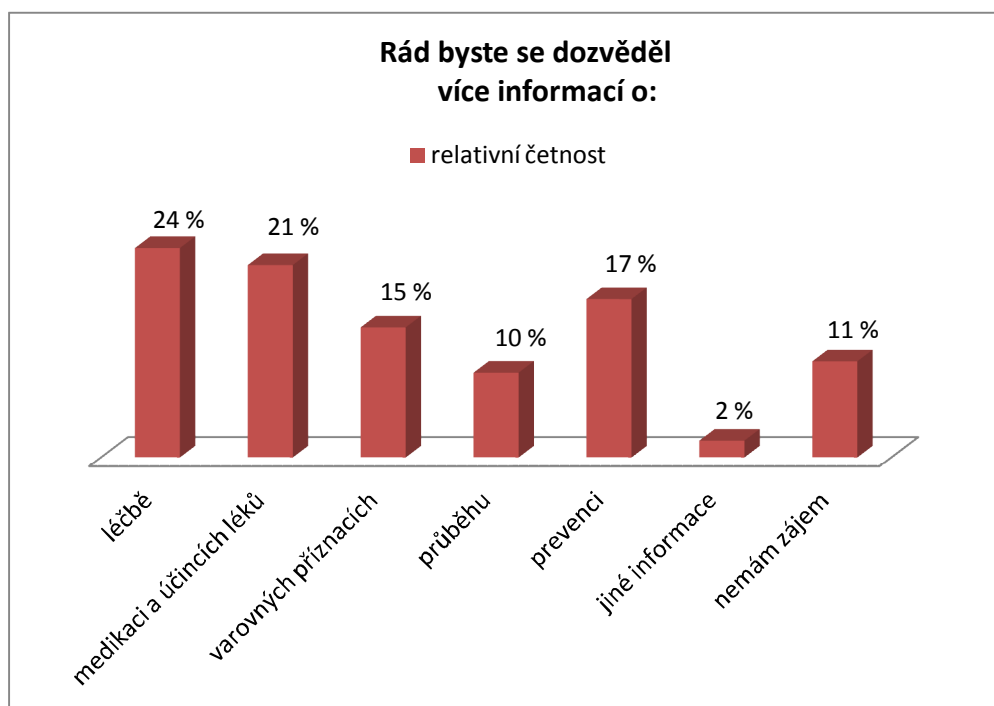
Dále nás zajímalo, jakou představu mají respondenti o poskytování informací o své nemoci. Proto jsme do dotazníku zařadili polofky . 15, 16, 17 a 18, které nám pomáhají zjistit, jaký druh informací by se rádi pacienti dovědli a z jakého zdroje nejraději čerpají tyto informace. Zajímalo nás, zda jim podávání informací vyhovuje spíše individuálně i ve skupině a jestli je pro respondenty podstatné, aby i rodinní příslušníci byli seznámeni s potřebnými informacemi o jejich psychotickém onemocnění. U těchto dvou posledních polofek tematického celku navíc porovnáváme odpovědi mužů a žen.

Polofka . 15

Touto polofkou mapujeme, jaké informace o svém onemocnění by se pacienti s psychózou rádi dovědli. V tomto případě měli dotazovaní (tak jak tomu bylo u polofek . 4 a 9) možnost zakroužkovat více variant. Proto je zde etnost poříтана opět z celkového počtu všech odpovědí.

Z grafu . 16 je patrné, že pacienti s psychotickým onemocněním nejvíce zajímají informace o léčbě (24% všech odpovědí). Neméně důležitými jsou pro respondenty informace o medikaci a účincích psychofarmak. 17% všech odpovědí se týká zájmu edukace o prevenci. Z 15% odpovědí vyplývá, že více informací by pacienti uvítali i o varovných příznacích. 10% všech odpovědí signalizuje zájem respondentů o edukaci o celkovém průběhu psychotického onemocnění. 11% odpovědí se týká nezájmu dotazovaných o nové informace o jejich duševním onemocnění.

Graf . 16 - zájem o informace



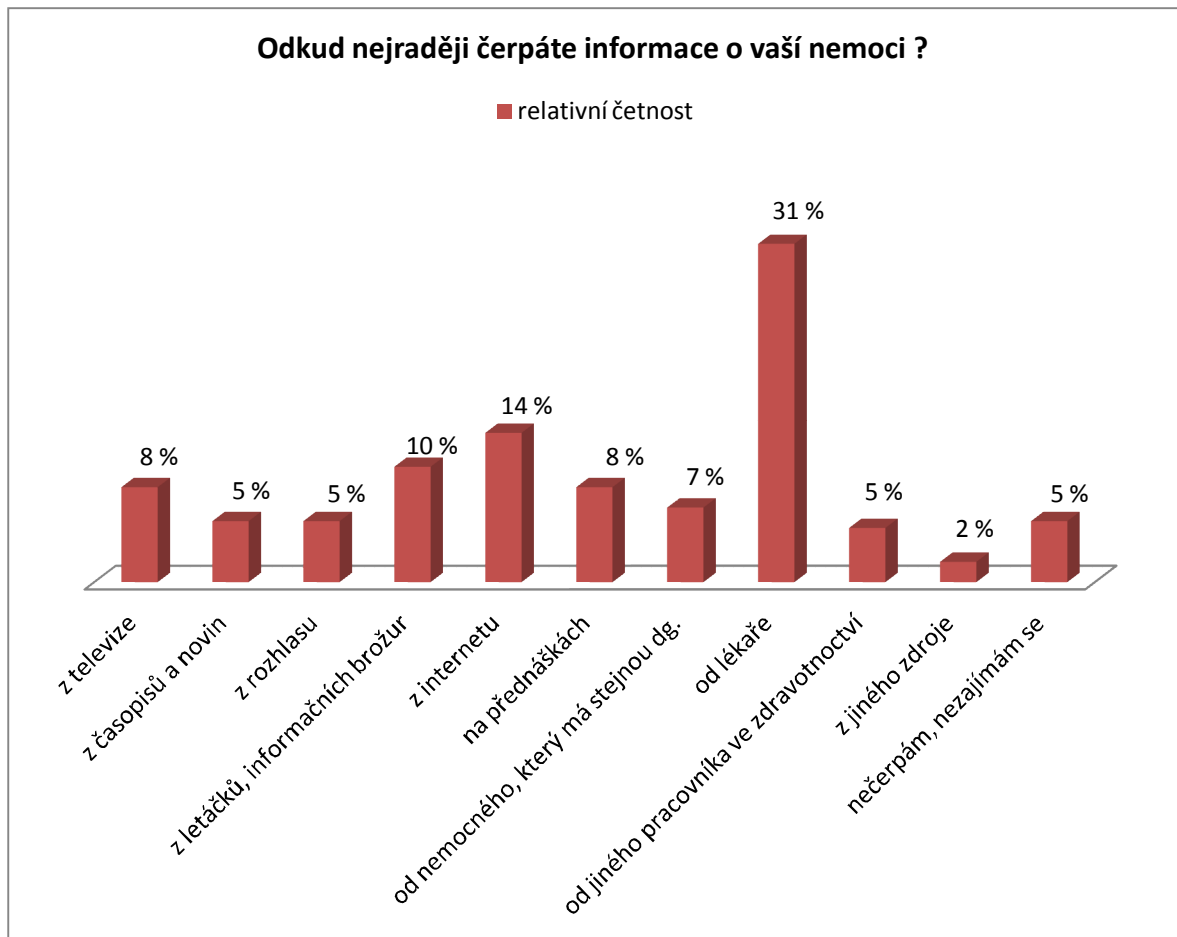
Polofka . 16

V polofce se respondentů dotazujeme, z jakého zdroje nejraději získávají nové informace o svém duševním onemocnění. I zde měli dotazovaní pacienti (tak jako v polofkách . 4, 9 a 15) možnost volit více variant odpovědí. Proto je zde opět četnost porovnávána z celkového množství všech odpovědí. V následujícím sdělení prezentujeme získané výsledky.

Z grafu . 17 jednoznačně vyplývá, že respondenti se informace o svém onemocnění nejraději dovídají z úst lékaře (31%). 14% ze všech odpovědí se přiklání k získávání informací z internetu. Z 10% odpovědí se nám jeví, že pacienti rádi získávají informace také z letáků a informačních brožur. U 8% odpovědí je zřejmý zájem o získávání informací z televize

a z p edná-ek. O ostatní možnosti erpání informací nemají dotazovaní pacienti výrazný zájem. 5% ze v-ech odpov dí ukazuje na nezájem pacient o jakékoliv informace o svém du- evním onemocn ní.

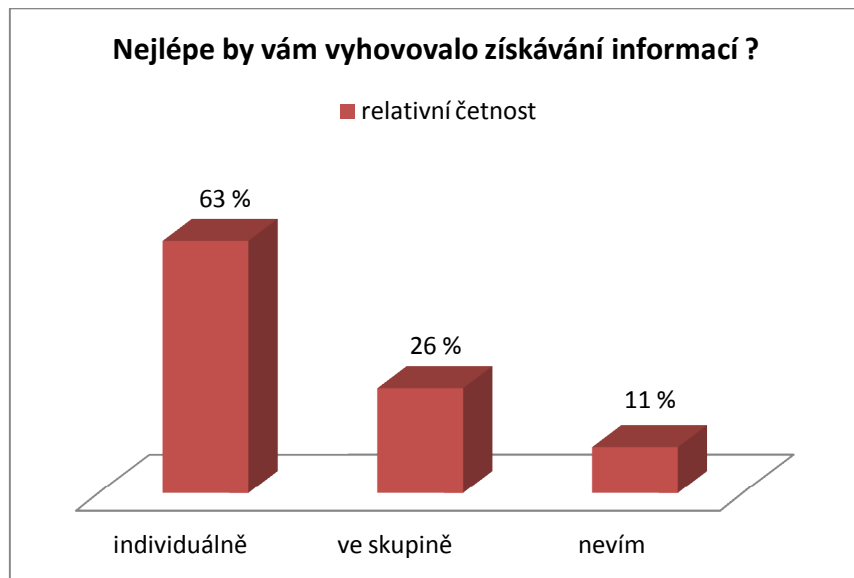
Graf . 17 - zdroj erpání informací



Polofka . 17

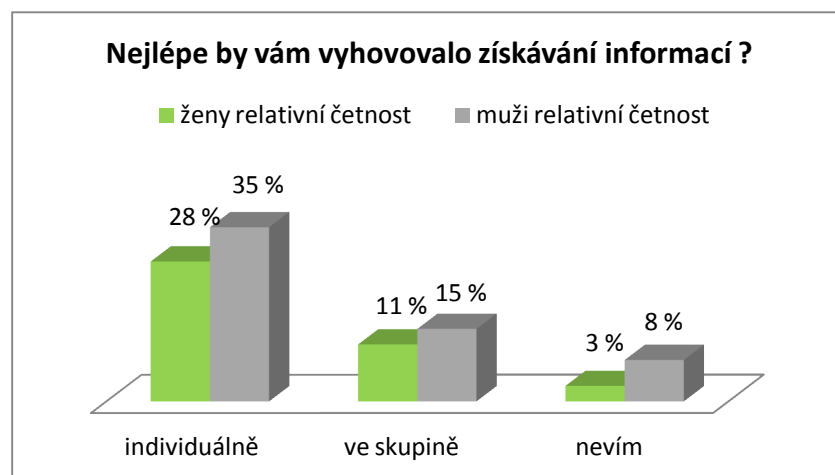
Poskytování informací vyhovuje kařdému z nás jinou formou. V polofce se zabýváme tím, jak by si sami pacienti p áli být edukováni o svém du- evním onemocn ní. Zda mají pot e- bu získávat informace samostatn ě i ve skupin ě osob se stejnou diagnózou. Z grafu . 18 vyplývá, ře víc jak polovina (63%) dotazovaných má zájem o edukaci individuální formou. Ve skupin ě by informování o nemoci uvítala pouze tvrtina v-ech respondent ě. Možnosti řnevím ě vyuffilo 11% dotazovaných pacient ě.

Graf . 18 - požadavek na formu edukace



V této polovce jsme také porovnávali reakce pohlaví. Z grafu . 19 vyplývá, že 28% žen a 35% mužů má zájem o individuální formu edukace. Ve skupině by chtělo být edukováno pouze 11 žen a 14 mužů. Možnosti ševímě vyuffilo 3% žen a 8% mužů .

Graf . 19 - požadavek na formu edukace M/fi

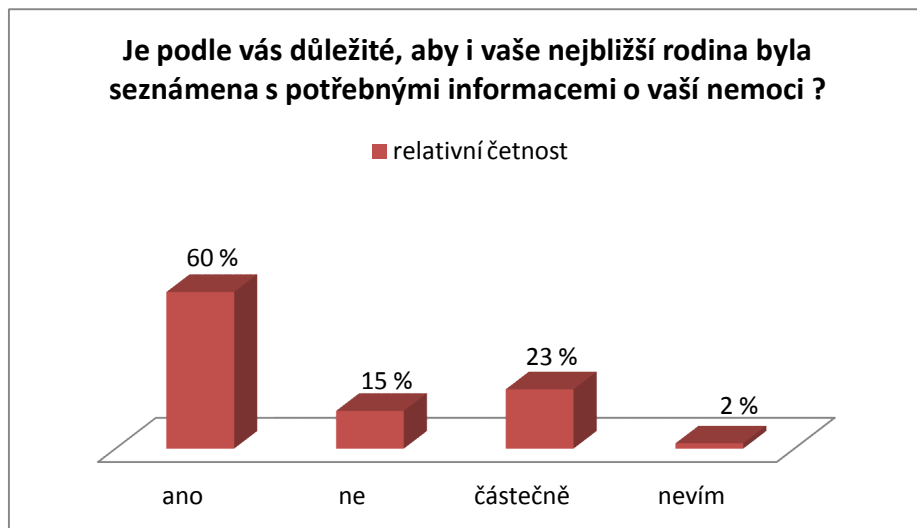


Polovka . 18

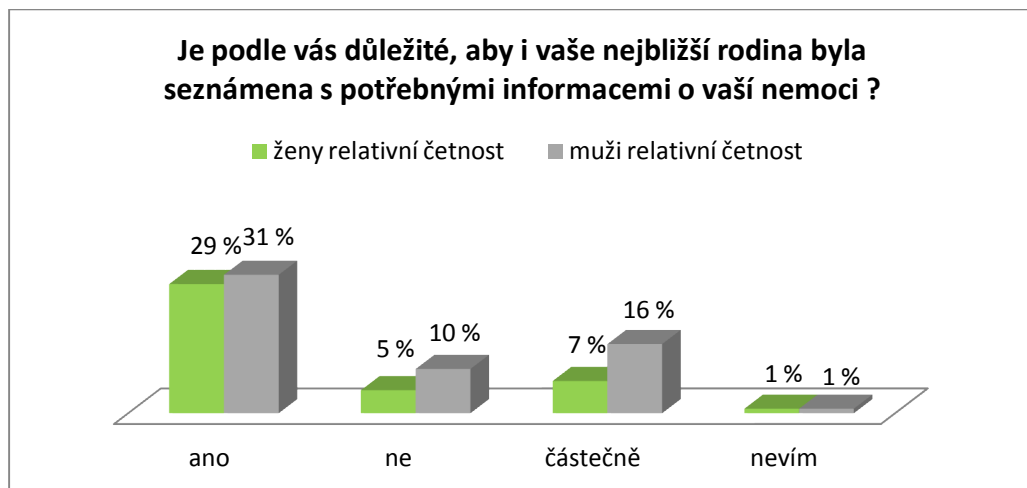
Následující polovkou chceme získat p ehled o tom, jaký mají pacienti názor na informování svých nejbližších. Zda je pro ně lefité, aby byla i rodina seznámena s pot ebnými informacemi o jejich psychotickém onemocnění. Z jednotlivých odpovědí se dovídáme, že víc jak pro polovinu dotazovaných v po tu 58 (60%) respondent (z toho 28 žen a 30

mufl) je podstatné, aby byla rodina také informována. 14 (15%) pacient se vyjádilo, že to pro ně důležité není. 22 (23%) dotazovaných, z toho 7 žen a 15 mužů si myslí, že je to důležité jen částečně. Pouze 2 (2%) respondenti využili možnosti ševím, zda je informování příbuzných důležité.

Graf . 20 - informovanost příbuzných



Graf . 21 - informovanost příbuzných M/ž



Shrnutí tematického celku C:

Shrnutím tohoto tematického celku odpovídáme na výzkumnou otázku . 3:

- *Jaké jsou požadavky pacientů na edukaci o psychózách?*

Pacienti by se rádi dozvěděli více informací o léčbě, o medikaci i účincích léků a o prevenci psychotického onemocnění. Nejméně je zajímaví informace o celkovém průběhu nemoci.

Nejraději se pacienti informace dovídají od svého ošetřujícího lékaře, což je pochopitelné. Za oblíbený zdroj informací považují dotazovaní také internet, letáky a informační brožury. Pro 58 (60%) dotazovaných je podstatné, aby i rodiny dostaly potřebné informace o jejich duševním onemocnění. Výrazný rozdíl mezi názory mužů a názory žen na formu edukace a informování rodin nebyly zjištěny.

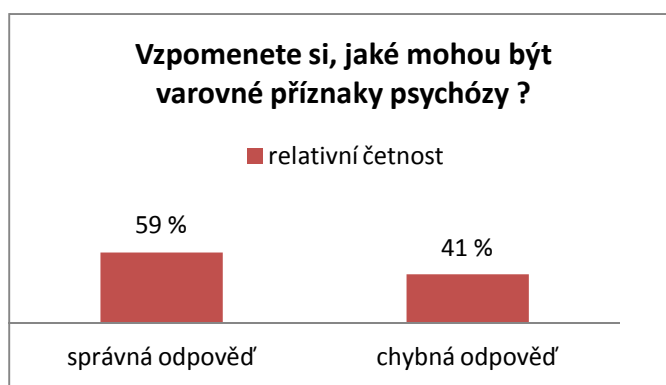
5.5 Vyhodnocení tematického celku D o základní znalosti pacientů o psychickém onemocnění

V tomto tematickém celku nestrukturovanými pološkami 19 a 20 zjistíme, jaká je základní úroveň znalostí pacientů o nemoci. Pološky jsme formulovali s opatrností tak, aby se dotazovaní necítili kompromitováni.

Polohka 19

časné varovné příznaky nemoci jsou signálem pro začátek psychické ataky. Pokud se pacienti naučí rozpoznávat tyto příznaky a včas vyhledají pomoc, mohou relaps psychického onemocnění odvrátit. Pološkou zjistíme, zda pacienti dovedou vyjmenovat několik varovných příznaků. Ze získaných odpovědí vyplývá, že 57 dotazovaných na tuto položku odpovědělo správně a 39 z celkového počtu respondentů nemá zcela jasnou představu o varovných příznacích psychického onemocnění. Nejčastěji jmenovanými příznaky jsou: úzkost, strach, vidiny, nespavost, bludy, hlasy, napětí, nesoustředěnost, nervozita, pocení, neklid, výkyvy nálad, neobvyklý tok myšlenek, podezřívavost, vztahovost, nezáměr o okolí a zlé myšlenky. Z ostatních 39 dotazovaných pacientů 20 nevedlo žádnou odpověď a 19 odpovědělo chybně či nesrozumitelně. Tyto odpovědi byly ve znění: švarovné příznaky jsou dobré, šňafám se umně o pokoj boží, šsmrt v rodině a pohyby atd.

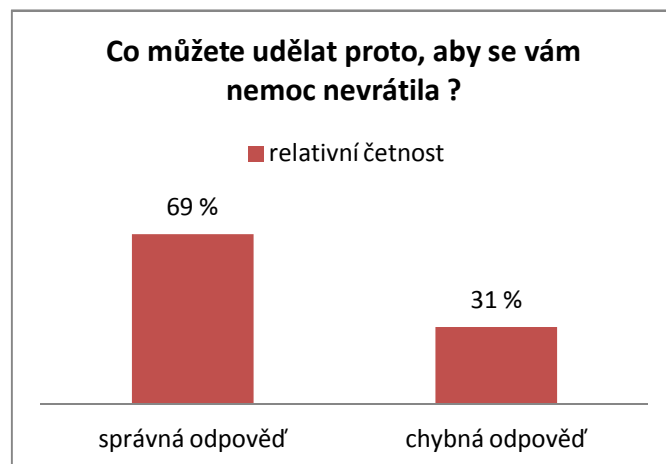
Graf 22 - varovné příznaky



Polofka . 20

Při nedodržování léčebného režimu dochází ve většině případů k relapsu psychického onemocnění. V poslední polovině se pacient dotazujeme, zda ví, co sami mohou udělat proto, aby se jim nemoc nevrátila. Z jednotlivých odpovědí dotazovaných respondentů se jeví, že 66 pacientů má poměrně dobrý pohled o možnostech prevence. Až jsou zmíněny odpovědi typu: šel jsem se, pravidelně brát léky, chodit na pravidelné kontroly k psychiatrovi, přijít k lékaři včas, absolvovat rozhovor s psychologem, abstinovat od drog, pravidelný spánek, vyhýbat se stresu, nepít alkohol a dodržovat životosprávu. Ze zbývajících 30 respondentů 14 nevedlo v dotazníku žádnou odpověď a 16 dotazovaných odpovědělo nesprávně a neurčitě, jako například: šňafnám si uvnitř doma, kam patříš, šťo bych taky rád v dělá, šžhubnout 25 kg, ššpád si říkat, a jsem zdravý.

Graf . 23 - prevence



Shrnutí tematického celku D:

Shrnutím tohoto tematického celku odpovídáme na výzkumnou otázku . 4:

- *Jaká je úroveň základních znalostí pacientů o svém onemocnění?*

Z výše uvedených polovek vyplývá, že v první polovině z celkového počtu dotazovaných má poměrně velmi dobrou úroveň základních znalostí z okruhu varovných příznaků. V domácnostech a doporučením odborníků při dodržování léčebného režimu jako prevenci onemocnění vládnou více jak dvě třetiny respondentů.

5.6 Shrnutí výzkumné části

Cílem empirické části bakalářské práce bylo zjistit, jak pacienti s psychotickým onemocněním hospitalizovaní v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži vnímají edukaci o psychózách. Zajímalo nás, jaké mají dosavadní zkušenosti, jak jsou spokojeni s poskytovanou edukací, jaké mají představy o zprostředkování informací a jaká je jejich základní znalostní úroveň o psychózách.

Výzkumný problém jsme se rozhodli zkoumat kvantitativní deskriptivní metodou za pomoci dotazníku vlastní konstrukce. V dotazníkovém šetření používáme strukturované i nestrukturované položky, které jsou následně vyhodnoceny deskriptivní statistikou. Jednotlivé etnosti jsou zaznamenány v tabulkách i grafickou formou. Součástí dotazníku jsou i tzv. výtvorové položky, na které respondenti mohli odpovídat více nabízenými možnostmi. V těchto případech jsme při výpočtu etností brali v úvahu celkový počet všech odpovědí dotazovaných pacientů. U těchto položek nás zajímalo srovnání odpovědí mužů a žen. Pro přehlednost, dle vymezených výzkumných otázek, členíme šetření do 4 tematických celků.

V **tematickém celku A** jsme se respondentů dotazovali, v jakém zařízení jim byly informace o psychóze poskytnuty a jakou profesi zastávala osoba, která jim předala prvotní informace o psychóze. Dále jsme se dotazovali, jakou formou byli edukováni, zda pacientům byly informace předány opakovaně a jaký druh informací se dovídali.

Ze sumarizace dat vyplývá, že prvotní informace o psychotickém onemocnění jsou nejčastěji pacientům sdělovány v lůžkových psychiatrických zařízeních a v psychiatrických ambulancích. Tyto informace jim poskytují v 77 % lékaři z oboru psychiatrie, u více jak poloviny respondentů individuální formou (59%). Informace jsou jim poskytovány z velké části opakovaně (78%). Mezi nejfrekventovanější témata edukace patří informace o léčbě a obecné informace o nemoci. Dále pak informace o varovných příznacích, o příznacích, o průběhu nemoci a medikaci v etně vedlejších úinků. Nejméně se pacienti dovídají o prevenci psychotického onemocnění.

Tematický celek B se zabývá spokojeností pacientů s poskytovanou edukací o psychózách. Především nás zajímalo, zda mají dotazovaní pocit, že je edukace obohacující, zda jsou spokojeni s rozsahem a zda jim byly poskytnuté informace podány srozumitelně. Zaměřili jsme se i na to, zda dostali prostor pro své dotazy a jak hodnotí přístup k informacím o svém psychotickém onemocnění obecně.

Pro 80% dotazovaných jsou nové informace o nemoci pínosem (u mufl o n co výrazn ji nefl u flen). S rozsahem poskytované edukace jsou pacienti z velké ásti spokojeni, z jejich pohledu je edukace podávána srozumitelnou formou. Prostor k dotaz m v pr b hu edukace dostalo 77% pacient . Pro 79% dotazovaných jsou informace o psychotickém onemocn ní obecn dostupné.

V **tematickém celku C** jsme zji– ovali p edstavy pacient o poskytování edukace o psychózách. Zajímalo nás, o jaký druh informací mají respondenti zájem, z jakých zdroj nejrad ji erpají a jakou formu edukace up ednost ují. Dotazovali jsme se, zda je pro pacienty d leflité, aby byli edukováni o psychózách i jejich p íbuzní.

P i mapování potřeb jsme zjistili, fl e pacienti by se rádi dov d li více informací o lé b , medikaci psychofarmak a prevenci. Nejrad ji se tyto informace dovídají od svého léka e, z internetu, letá k a informa ní broflury. Dv t etiny dotazovaných up ednost uje edukaci individuální formou. Pro víc jak polovinu nemocných je podstatné, aby byli edukováni i jejich nejbliflí.

Poslední **tematický celek D** je zam en na zji– t ní základních znalostí pacient o varovných p íznacích a prevenci relapsu psychotického onemocn ní. Ob tyto oblasti jsou d leflitými tématy poskytované edukace o psychózách.

Vyhodnocením poloflek jsme zjistili, fl e v t– í polovina respondent (57%) disponuje základními informacemi o varovných p íznacích. O zp sobu dodrflování lé ebného reffimu má p ehled 69% dotazovaných pacient .

5.7 Diskuze a doporu ení pro praxi

Ve výzkumné ásti jsme mapovali zku– enosti a postoje pacient s psychotickým onemocn ním k edukaci. Získané výsledky nám poskytují n kolik zajímavých nám t k zamy– lení.

Pacienti s psychózou se nejrad ji dovídají nové informace z úst svého o– et ujícího léka e, cofl je pochopitelné, protofl e se znají a je mezi nimi vytvo en jifl ur itý vztah. Za oblíbený zdroj informací považují také internet, letá ky a informa ní broflury. Tyto materiály vytvá í zpravidla farmaceutické firmy ve spolupráci s odborníky. V praxi máme ov eno, fl e existuje n kolik hodnotných broflur, ale je jich stále nedostatek. Bylo by vhodné, aby tyto zdroje informací byly pro nemocné a jejich p íbuzné daleko dostupn j– í, a to jak v l ífkových, tak i v ambulantních psychiatrických za ízeních.

Pouze 34% pacientů v dotazníkovém šetření uvedlo, že byli edukováni spolu s rodinou. Přitom pro 60% dotazovaných pacientů je podstatné, aby i jejich nejbližší byli seznámeni s potřebnými informacemi o jejich psychotickém onemocnění. Považujeme tedy za důležité nastavit jim oslovit rodiny a přizvat je tak v terapeutickém procesu k aktivní spolupráci. Prostřednictvím edukace se mohou dovést důležité informace, které jim pomohou porozumět a pochopit chování nemocného člena rodiny.

Ve výsledcích položek v dotazníku jsme se snažili zjistit, zda existují rozdíly mezi názory a požadavky dotazovaných mužů a dotazovaných žen. Většinou odpovědí jsme neshledali statisticky významné rozdíly. Domníváme se, že to může být způsobeno i tím, že byli osloveni pouze pacienti hospitalizovaní v lůžkovém psychiatrickém zdravotnickém zařízení, kde jsou podmínky na jednotlivých odděleních podobné.

Z analýzy dat v bakalářské práci vyplývá, že pro 80% dotazovaných (z toho 47% mužů a 33% žen) jsou informace o nemoci přínosem do života, což považujeme za pozitivní. Naše zjištění korespondují s výsledky dotazníkového šetření Bankovské (2010), které proběhlo od ledna 2008 do června 2009. Výzkumu se účastnilo 430 absolventů edukačního programu PREDUKA. 94,1% pacientů a 73,8% příbuzných odpovědělo, že se během PREDUKY dovedli nové informace, které jim pomáhají žít s psychózou.

Bankovská Motlová (2013, s. 122) uvádí, že výzkumy provedené v zahraničí potvrzují, že zařazení psychoedukace do léčebného procesu vede k významnému snížení návratu psychotického onemocnění, rehospitalizací, a tím i nákladů na psychiatrickou péči. V České republice existuje 550 zařízení, která poskytují lůžkovou, ambulantní a komunitní psychiatrickou péči. Pouze 16 pracovišť v Psychiatrické nemocnici v Kroměříži nabízí psychoedukaci.

Domníváme se, že je nutné, aby v našich ústavních i ambulantních podmínkách přibývala zařízení, která by poskytovala nezbytnou edukaci pacientům s psychotickým onemocněním i jejich příbuzným a tím přispívala ke zlepšení kvality jejich života.

ZÁV R

Psychotické onemocnění velmi výrazným způsobem zasahuje do života nemocných i jejich nejbližších osob. Díky moderním lékařským postupům a dalším neméně důležitým psychosociálním intervencím je toto onemocnění v dnešní době velmi dobře léčitelné. Nezbytnou součástí komplexní léčby psychóz je i edukace, která je ústředním tématem celé bakalářské práce.

Teoretickou část jsme rozdělili do tří kapitol. V úvodu popisujeme psychózy jako závažná duševní onemocnění, jejich rozdělení, příčiny, průběh a dostupné léčebné postupy. Psychotická onemocnění redukuje sociální vazby, a tak se často stává, že rodina je jediným okruhem osob, který nemocnému zbývá. Proto jsme v této části práce nemohli opomenout její nezastupitelnou roli. Zmínili jsme se o změnách, které s psychózou přichází, o komunikaci, jejím efektivním zvládnutí a možnostech podpory. Rodina a nemocný zpočátku netuší, jak s psychózou žít, jak spolu komunikovat, a proto potřebují informace a rady. Potřebují však také povzbuzení a naději, kterou jim můžeme poskytnout psychoedukací. Jejimi formami a popisem konkrétních edukačních programů jsme teoretickou část bakalářské práce uzavřeli.

V empirické části jsme se zabývali edukací osob s psychotickým onemocněním. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak edukaci vnímají samotní pacienti. Zajímalo nás, jakým způsobem jsou edukováni, jak jsou spokojeni se získanými informacemi, jaké jsou jejich požadavky a jaká je úroveň jejich základních znalostí o svém psychotickém onemocnění. Dotazníkovým způsobem jsme shromáždili potřebná data a jejich analýzou se nám podařilo odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

Výzkum v této oblasti edukace nás obohatil jak po stránce profesní, tak po stránce osobní. Získali jsme spoustu nových statistických dat i nových poznání. Shromážděné informace od respondentů byly velmi inspirativní. O výsledky výzkumu projeví zájem kolegové, kteří vedou edukační program pro pacienty s psychotickým onemocněním.

Doufáme, že získané informace přinesou odborníkům nové poznatky, které využijí při poskytování edukace, je-li to dalším krokem k tomu, aby se nemocný přesunul z role pasivního příjemce léčby do role člověka, který je do terapeutického procesu aktivně zapojený.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie et al., 2013. Psychoedukace u schizofrenie o imá pacient . Pr zkum názor pacient na psychoedukaci v eské republice v roce 2009. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, ro . 17, . 3. ISSN 1211-7579.
2. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip TPANIEL, 2013. *Schizofrenie: jak p edejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Vyd. 2. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80- 204-2993-3.
3. DOUBEK, Pavel et al., 2010. *Psychóza v flivot - flivot v psychóze*. Vyd. 2. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-231-5.
4. DÖRNER, Klaus et al., 1999. *Osvobozující rozhovor: Psychicky nemocný v rodin* . Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-892-X.
5. DUŠEK, Karel a Alena VE E OVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2005. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0197-9.
6. FERJEN ÍK, Ján, 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou du-i*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-815-9.
7. GAVORA, Peter, 2010. *Úvod do pedagogického výzkumu*, Vyd. 2. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
8. GAY, Christian, 2010. *Bipolární porucha*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-668-1.
9. HORÁ EK, Ji í, 2003. *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis-Amepa. ISBN 80-866-9401-1.
10. CHRÁSKA, Miroslav, 2003. *Úvod do výzkumu v pedagogice: základy kvantitativn orientovaného výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 8024407655.
11. KALINA, Kamil, 2001. *Jak flít s psychózou*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-563-6.
12. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁ OVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s du-evním onemocn ním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
13. MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ, 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-700-0.

14. MALÁ, Karolína a Hana NAVRÁTILOVÁ, 2006. Edukace p i onemocn ní psychózou. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: Triton, . 3. ISSN 1213-0508.
15. MAT J EK, Zden k, 2013. *Co, kdy a jak ve výchov d tí*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0519-7.
16. MATOUŠEK, Old ich, Hana Pazlarová a kol., 2014. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha, Portál. ISBN 978-80-262-0697-2.
17. MOFÍNÝ, Petr, 1999. *Kdyflse ekne psychóza*. Praha: Galén.
18. PETR, Tomá– a Eva MARKOVÁ a kol., 2014. *O-et ovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6.
19. P , Ond ej, 2009. Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: Triton, ro . 10, . 2. ISSN 1213-0508.
20. P , Ond ej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní pé e*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
21. PIDRMAN, Vladimír a Ji í MASOPUST, 2002. Psychoeduka ní program Pre-lapse. *Psychiatrie pro praxi*. Praha: Triton, ro . 4. ISSN 1213-0508.
22. PRAŤKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární pé i*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2798-4.
23. PR CHA, Jan, 2009. *P ehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-567-7.
24. PR CHA, Jan, 2013. *Moderní pedagogika*. 5. aktualizované a dopln né vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0456-5.
25. RABOCH, Ji í a Petr ZVOLSKÝ, 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén. ISBN 80-7262-140-8.
26. SEIFERTOVÁ, D., J. PRAŤKO a C. HÖSCHL, 2004. *Postupy v lé b psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis. ISBN 80-86694-06-2.
27. SAVENJE, Anke, 2009. Rodina a psychiatrické onemocn ní. In: P , Ond ej a Václava PROBSTOVÁ, eds. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní pé e*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
28. SLOWÍK, Josef, 2010. *Komunikace s lidmi s postifením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.

29. SOBOTKOVÁ, Irena, 2007. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-250-8.
30. STYX, Petr, 2003, *O psychiatrii: Jak říít a jednat s du-ěvn nemocnými. Kdo je zdravý a kdo nemocný?* Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-828-7.
31. SVOBODA, M., E. ETKOVÁ a H. KUEROVÁ, 2006. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-154-9.
32. VÁGNEROVÁ, Marie, 2014. *Souasná psychopatologie pro pomáhající profesu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
33. WANEKOVÁ, Veronika, 2013. *Psychologická pé e o rodinu, jejíř len nemocn l psychózu*. Bakalá ská práce. Univerzita Palackého v Olomouci

Internetové zdroje:

1. WEIMEROVÁ, Monika, ©2010. Co jsou to psychózy? In: *Dobra psychiatrie* [online].[cit. 2015-01-08]. Dostupné z:
<http://www.dobrapsychiatrie.cz/psychozy/co-to-jsou-psychozy>
2. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie et al., ©2010. O psychózách. *Psychosy.cz* [online].[cit. 2015-01-08]. Dostupné z:
http://psychosy.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=50&Itemid=2

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

MKN 10 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí

R česká republika

SEZNAM GRAF

Graf . 1 - V k respondent	39
Graf . 2 - Pohlaví respondent	39
Graf . 3 - dosažené vzdělání	40
Graf . 4 - poskytnutí prvotních informací	41
Graf . 5 - kdo podal informace o nemoci	42
Graf . 6 - forma edukace	43
Graf . 7 - opakování edukace	44
Graf . 8 - obsah poskytnutých informací	45
Graf . 9 - přínos edukace	46
Graf . 10 - přínos edukace	46
Graf . 11 - rozsah edukace	47
Graf . 12 - rozsah edukace M/fi	48
Graf . 13 - srozumitelnost edukace	48
Graf . 14 - možnost zeptat se	49
Graf . 15 - přístup k informacím	49
Graf . 16 - zájem o informace	51
Graf . 17 - zdroj získání informací	52
Graf . 18 - požadavek na formu edukace	53
Graf . 19 - požadavek na formu edukace M/fi	53
Graf . 20 - informovanost příbuzných	54
Graf . 21 - informovanost příbuzných M/fi	54
Graf . 22 - varovné příznaky	55
Graf . 23 - prevence	56

SEZNAM P ÍLOH

P íloha P I: Dotazník

P íloha P II: Tabulky etností analyzovaných poloflek dotazníku

P ÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník k výzkumnému –et ení edukace pacient s psychotickým onemocn ním

Dobrý den,

*jsm studentkou kombinovaného bakalá ského studia oboru Sociální pedagogika na Univerzit Tomá-e Bati ve Zlín . V rámci sb ru dat pro svoji bakalá skou práci, ve kte-
ré se zabývám edukací pacient s psychotickým onemocn ním, vás prosím o vypln ní do-
tazníku. Odpov di jsou anonymní a slouží výhradn ke statistickému zpracování. P edem
d kuji za ochotu a vá- as.*

*í í í í í í í í í í
Pavla Grygová*

E D U K A C E je cílené a zám rné p sobení odborníků tak, aby vám pomohli zorientovat se v problematice psychóz, motivovali vás k dodrřování lé ebného režimu, rozvíjeli va-e postoje, pot eby, zájmy a pozitivn ovliv ovali va-e chování.

1) Prosím uve te vá-v k:

2) Pohlaví:

- a) žena
- b) muž

3) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání je:

- a) bez ukončeného základního vzdělání
- b) základní vzdělání
- c) středoškolské bez maturity
- d) středoškolské s maturitou
- e) vyšší odborné
- f) vysokoškolské

4) Kde vám byly poskytnuty prvotní informace o vašem duševním onemocnění:

/lze zakroužkovat více možností/

- a) v psychiatrické ambulanci
- b) v době hospitalizace na psychiatrii
- c) v jiném zdravotnickém zařízení, uveďte ve kterém
- d) ve stacionáři pro duševně nemocné
- e) v zařízení poskytující sociální službu pro duševně nemocné
- f) už si nepamatuji

5) Pokud jste uvedli u předchozí otázky více variant, uveďte prosím, kde jste byl s poskytnutými informacemi více spokojen a proč. Jinak nevypisujte.

.....

6) Kým jste byl informován o onemocnění?

- a) praktickým lékařem
- b) psychiatrem
- c) psychologem
- d) zdravotní sestrou
- e) jiným pracovníkem, prosím uveďte

7) Jakou formou jste byl informován?

- a) individuálně (byl jste sám)
- b) v přítomnosti rodiny
- c) ve skupině (spolu s dalšími nemocnými)

8) Byly vám informace o vašem onemocnění poskytnuty opakovaně?

- a) ano
- b) ne
- c) nepamatuji si

9) Jaké informace o nemoci vám byly poskytnuty: /lze zakroužkovat více možností/

- a) obecné informace
- b) o varovných příznacích
- c) o léčbě
- d) o příčinách
- e) o průběhu
- f) o medikaci a vedlejších účincích léků
- g) o prevenci
- h) jiné, prosím uveďte

10) Jsou pro vás nové informace přínosem do života?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

11) Jste spokojen s rozsahem poskytnutých informací?

- a) velmi spokojen
- b) spokojen
- c) méně spokojen
- d) nespokojen

12) Byly pro vás poskytnuté informace srozumitelné?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

13) Měl jste možnost zeptat se na to, co vás zajímalo?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně

14) Máte přístup k novým informacím o vašem onemocnění?

- a) ano
- b) ne
- c) nezajímám se

15) Rád byste se dozvěděl více informací o: (můžete zakroužkovat více možností)

- a) léčbě
- b) medikaci a účincích léků
- c) varovných příznacích
- d) průběhu
- e) prevenci
- f) jiné informace – prosím uveďte jaké
- g) nemám zájem

16) Odkud nejraději čerpáte informace o vaší nemoci: (můžete zakroužkovat více možností)

- a) z televize
- b) z časopisů a novin
- c) z rozhlasu
- d) z letáčků, informačních brožur
- e) z internetu
- f) na přednáškách
- g) od nemocného, který má stejnou diagnózu
- h) od lékaře
- i) od jiného pracovníka ve zdravotnictví
- j) z jiného zdroje, prosím uveďte
- k) nečerpám, nezajímám se

17) Nejlépe by vám vyhovovalo získávání informací:

- a) individuálně (samostatně)
- b) ve skupině (př. formou dnešního setkání)
- c) nevím

18) Je podle vás důležité, aby i vaše nejbližší rodina byla seznámena s potřebnými informacemi o vaší nemoci?

- a) ano
- b) ne
- c) částečně
- d) nevím

19) Vzpomenete si, jaké mohou být varovné příznaky psychózy?

.....

20) Co můžete udělat proto, aby se vám nemoc nevrátila?

.....

PRÍLOHA P II: TABULKY ETNOSTÍ ANALYZOVANÝCH POLOŽEK V DOTAZNÍKU

Tabulka . 1 - v k respondent

Věk respondentů		
18-24 let	25-39 let	40 a více let
11	41	44

Tabulka . 2 - pohlaví

Pohlaví respondentů	
ženy	muži
41	55

Tabulka . 3 - dosažené vzdělání

Vzdělání respondentů	Počet respondentů
bez ukončeného vzdělání	1
základní vzdělání	22
středoškolské bez maturity	35
středoškolské s maturitou	26
vyšší odborné	6
vysokoškolské	6

Tabulka . 4 - poskytnutí prvotních informací

Kde vám byly poskytnuty prvotní informace o vašem duševním onemocnění?	absolutní četnost	relativní četnost
v psychiatrické ambulanci	35	32 %
v době hospitalizace na psychiatrii	51	46 %
v jiném zdravotnickém zařízení	8	7 %
ve stacionáři pro duševně nemocné	5	5 %
v zařízení poskytující soc. službu pro duševně nemocné	4	4 %
už si nepamatuji	8	6 %

Tabulka . 5 - kdo podal informace o nemoci

Kým jste byl informován o onemocnění?	absolutní četnost	relativní četnost
praktickým lékařem	11	11 %
psychiatrem	73	77 %
psychologem	10	10 %
zdravotní sestrou	1	1 %
jiným pracovníkem	1	1 %

Tabulka . 6 - forma poskytnuté edukace

Jakou formou jste byl informován?	absolutní četnost	relativní četnost
individuálně	57	59 %
v přítomnosti rodiny	32	34 %
ve skupině	7	7 %

Tabulka . 7 - opakování edukace

Byly vám informace o vašem onemocnění poskytnuty opakovaně?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	74	78 %
ne	11	11 %
nepamatuji si	11	11 %

Tabulka . 8 - obsah poskytnutých informací

<i>Jaké informace o nemoci vám byly poskytnuty?</i>	absolutní četnost	relativní četnost
<i>obecné informace</i>	48	19 %
<i>o varovných příznacích</i>	34	13 %
<i>o léčbě</i>	55	21 %
<i>o příčinách</i>	33	13 %
<i>o průběhu</i>	30	12 %
<i>medikaci a vedlejších účincích léků</i>	30	12 %
<i>o prevenci</i>	23	9 %
<i>jiné</i>	2	1 %

Tabulka . 9 - p řínos edukace

Jsou pro vás nové informace přínosem do života?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	77	80 %
ne	5	5 %
nevím	14	15 %

Tabulka . 10 - p řínos edukace M/fi

Jsou pro vás nové informace přínosem do života?	ženy		muži	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	32	33 %	45	47 %
ne	2	2 %	3	3 %
nevím	7	7 %	7	8 %

Tabulka . 11 - rozsah informací

Jste spokojen s rozsahem poskytnutých informací?	absolutní četnost	relativní četnost
velmi spokojen	24	25%
spokojen	62	65%
méně spokojen	7	7%
nespokojen	3	3%

Tabulka . 12 - rozsah informací M/fi

Jste spokojen s rozsahem poskytnutých informací?	ženy		muži	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
velmi spokojen	9	9 %	15	16 %
spokojen	30	31 %	32	34 %
méně spokojen	2	2 %	5	5 %
nespokojen	0	0 %	3	3 %

Tabulka . 13 - srozumitelnost edukace

Byly pro vás poskytnuté infima ce srozumitelné?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	73	76 %
ne	2	2 %
částečně	21	22 %

Tabulka . 14 - mofnost zeptat se

Měl jste možnost zeptat se na to, co vás zajímalo?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	74	77 %
ne	3	3 %
částečně	19	20 %

Tabulka . 15 - p ístup k informacím

Máte přístup k novým informacím o vašem onemocnění?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	76	79 %
ne	6	6 %
nezajímám se	14	15 %

Tabulka . 16 - zájem o informace

Rád byste se dozvěděl více informací o:	absolutní četnost	relativní četnost
léčbě	37	24 %
medikaci a účincích léků	34	21 %
varovných příznacích	23	15 %
průběhu	15	10 %
prevenci	28	17 %
jiné informace	3	2 %
nemám zájem	17	11 %

Tabulka . 17 - zdroj erpání informací

Odkud nejraději čerpáte informace vaší nemoci?	absolutní četnost	relativní četnost
z televize	14	8 %
z časopisů a novin	9	5 %
z rozhlasu	9	5 %
z letáčků, informačních brožur	17	10 %
z internetu	22	14 %
na přednáškách	14	8 %
od nemocného, který má stejnou diagnózu	11	7 %
od lékaře	50	31 %
od jiného pracovníka ve zdravotnictví	8	5 %
z jiného zdroje	3	2 %
nečerpám, nezajímám se	9	5 %

Tabulka . 18 - forma erpání informací

Nejlépe by vám vyhovovalo získávání informací:	absolutní četnost	relativní četnost
individuálně	60	63 %
ve skupině	25	26 %
nevím	11	11 %

Tabulka . 19 - forma erpání informací M/fi

Nejlépe by vám vyhovovalo získávání informací:	ženy		muži	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
individuálně	27	28 %	33	35 %
ve skupině	11	11 %	14	15 %
nevím	3	3 %	8	8 %

Tabulka . 20 - informovanost p íbuzných

Je podle vás důležité, aby i vaše nejbližší rodina byla seznámena s potřebnými informacemi o vaší nemoci?	absolutní četnost	relativní četnost
ano	58	60 %
ne	14	15 %
částečně	22	23 %
nevím	2	2 %

Tabulka . 21 - informovanost p říbuzných M/fi

Je podle vás důležité, aby i vaše nejbližší rodina byla seznámena s potřebnými informacemi o vaší nemoci?	ženy		muži	
	absolutní četnost	relativní četnost	absolutní četnost	relativní četnost
ano	28	29 %	30	31 %
ne	5	5 %	9	10 %
částečně	7	7 %	15	16 %
nevím	1	1 %	1	1 %

Tabulka . 22 - varovné p řízny

Vzpomenete si, jaké mohou být varovné p řízny psychózy?	absolutní četnost	relativní četnost
správná odpověď	57	59 %
chybná odpověď	39	41 %

Tabulka . 23 - prevence

Co můžete udělat proto, aby se vám nemoc nevrátila?	absolutní četnost	relativní četnost
správná odpověď	66	69 %
chybná odpověď	30	31 %