

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce



Disertační práce

PhDr. Monika Dvořáková

*Subjektivní hodnocení uživatelů komunitních služeb v oblasti péče
o duševní zdraví*

Subjective evaluation by users of community-based services in the field of
mental health care

Vedoucí práce: prof. MUDr. Lucie Bankovská Motlová, Ph.D.

2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsala samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Turnově, dne 20.9.2023

PhDr. Monika Dvořáková

Poděkování

V první řadě s velkou pokorou děkuji prof. MUDr. Lucii Bankovské Motlové, Ph.D., za možnost psát tuto kvalifikační práci pod jejím vedením, za její vstřícné jednání, odborné připomínky, cenné diskuse, lidskou a profesní podporu. Dále děkuji PhDr. Evě Dragomirecké, Ph.D., Mgr. Milanu Soutorovi, Ph.D., a Mgr. Kateřině Cidlinské, Ph.D., za cenné rady týkající se metodologického a analytického přístupu k výzkumu. Děkuji také kamarádkám a kolegyním Lence a Veronice za roky společného úsilí a přátelství.

Velmi děkuji pracovníkům CDZ III, kteří pomohli oslovit respondenty a zkoordinovat rozhovory s nimi. A hlavně srdečně děkuji všem zapojeným klientům CDZ III a jejich rodinám, bez jejichž ochoty sdílet své zkušenosti, životní příběhy, potřeby a přání by nemohl tento výzkum vůbec vzniknout. Budu se snažit dělat pro naplnění vašich očekávání a potřeb, co zmůžu.

V neposlední řadě děkuji své rodině, manželovi a synovi, že to spolu zvládli, když jsem od rodinných povinností odjížděla sbírat data a v každé volné chvíli disertaci sepisovala.

Abstrakt

Předkládaná disertační práce se zaměřuje na hodnocení efektivity komunitních služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví. Její teoretický rámec přináší popis tuzemských a zahraničních studií a konceptů, které slouží jako hlavní teoretická východiska pro práci. Práce se věnuje konceptualizaci závažných duševních onemocnění, včetně jejich popisu, epidemiologického přehledu, diagnostiky, terapie a konceptu zotavení, jakožto stěžejního přístupu v péči o osoby se závažným duševním onemocněním. Dále je zde popsán systém psychiatrické péče, psychiatrické a psychosociální rehabilitace, fungování Center duševního zdraví a způsoby hodnocení poskytované psychiatrické péče v ČR.

Pro získání odpovědí na výzkumné otázky byla využita kvalitativní longitudinální studie zahrnující dva sběry dat. Pro zpracování dat byla využita reflexivní tematická analýza. Výzkum vychází z rozhovorů s klienty Center duševního zdraví III a jejich rodinnými příslušníky, jejichž výpovědi mapovaly jejich očekávání a naplnění těchto očekávání. Empirická část dále mapuje představy respondentů o individuálním zotavení a předkládá reflexi způsobu naplňování cílů definovaných Strategii reformy psychiatrické péče perspektivou jejich zkušeností.

Závěry naznačují, že komplexní péče poskytovaná v Centrech duševního zdraví III nabízí účinnou a kontinuální psychiatrickou péči, která odpovídá potřebám jejich uživatelů ve všech rovinách bio-psycho-sociálního modelu. Tato péče nabízí efektivní způsob monitorování zdravotního stavu nemocného, napomáhá udržet nebo zlepšit jeho pocíťovanou kvalitu života, redukovat příznaky onemocnění, předcházet relapsu, zlepšit jeho fungování v činnostech každodenního života a vést ho k individuálnímu zotavení podpůrnými intervencemi. Výzkum ukazuje, že takto organizovaná péče je v souladu s očekáváními klientů a jejich rodinných příslušníků.

Klíčová slova

komunitní psychiatrické služby, Centra duševního zdraví, závažná duševní onemocnění

Abstract

The present dissertation focuses on the evaluation of the effectiveness of community services provided in Mental Health Centres. Its theoretical framework provides a description of domestic and international studies and concepts that serve as the main theoretical underpinnings for the thesis. The thesis explores the conceptualization of serious mental illness, including its description, epidemiological overview, diagnosis, treatment, and the concept of recovery as a central approach in the care of persons with serious mental illness. It also describes the system of psychiatric care, psychiatric and psychosocial rehabilitation, the functioning of the Mental Health Centres and the methods of evaluating the provision of psychiatric care in the Czech Republic.

A qualitative longitudinal study involving two data collections was used to answer the research questions. Reflective thematic analysis was used to process the data. The research was based on interviews with clients of Mental Health Centers III and their family members, whose statements mapped their expectations and the fulfillment of these expectations. The empirical part further maps the respondents' perceptions of individual recovery and presents a reflection on how the goals defined by the Mental Health Care Reform Strategy are met through the perspective of their experiences.

The findings suggest that the comprehensive care provided in Mental Health Centres III provides effective and continuous psychiatric care that meets the needs of their users at all levels of the bio-psycho-social model. This care offers an effective way of monitoring the patient's health status, helping to maintain or improve his/her perceived quality of life, reducing symptoms, preventing relapse, improving his/her functioning in activities of daily living and guiding him/her towards individual recovery through supportive interventions. Research shows that care organised in this way is in line with the expectations of clients and their families.

Key words

community psychiatric services, Mental Health Centers, severe mental illness

Obsah

<i>Úvod</i>	9
<i>Teoretická východiska disertační práce</i>	11
1 Závažná duševní onemocnění	12
1.1 Problematika vymezení závažných duševních onemocnění	12
1.2 Konceptualizace závažného duševního onemocnění v kontextu české psychiatrické péče	13
1.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F2).....	14
1.2.2 Afektivní poruchy (F3)	15
1.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42).....	17
1.2.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F6).....	17
1.3 Epidemiologický přehled SMI	19
1.3.1 Prevalence a incidence závažných duševních onemocnění.....	20
2 Dopady onemocnění a přístupy k léčbě závažných duševních poruch	22
2.1 Diagnostika a terapie závažných duševních onemocnění	22
2.1.1 Včasný záchyt a skrytá nemocnost	22
2.1.2 Terapeutická aliance a adherence k léčbě	23
2.1.3 Bio-psycho-sociální přístup v léčbě závažných duševních onemocnění.....	24
2.2 Dopady spojené se závažným duševním onemocněním	26
2.2.1 Změny v rodinném systému	26
2.2.2 Sociální vztahy a samota.....	28
2.2.3 Stigmatizace a internalizace stigmatu	29
2.2.4 Socioekonomické dopady	30
2.2.5 Zhoršené somatické zdraví.....	31
2.2.6 Suicidialita	32
2.3 Koncept zotavení	34
2.3.1 Způsoby nahlížení na zotavení v léčbě závažného duševního onemocnění.....	34
3 Systém péče o duševní zdraví se zaměřením na komunitní péči	36
3.1 Systém psychiatrické péče	36
3.2 Komunitní psychiatrie a její vývoj v ČR	37
3.2.1 Transformace psychiatrické péče a reformní změny.....	37
3.3 Psychiatrická a psychosociální rehabilitace	38

3.4	Deinstitucionalizace psychiatrické péče.....	39
3.4.1	Rizika spojená s deinstitucionalizací	40
3.4.2	Přínosy procesu deinstitucionalizace	41
3.5	Centra duševního zdraví	42
3.5.1	Organizace péče a poskytované služby	43
3.5.2	Principy poskytované péče a nároky související s fungováním CDZ	46
4	<i>Hodnocení psychiatrické péče</i>	49
4.1	Principy hodnocení péče o duševně nemocné.....	49
4.2	Evaluace poskytování psychiatrické péče v ČR.....	51
4.2.1	Hodnocení pilotních Center duševního zdraví III	54
4.3	Koncept očekávání.....	57
5	<i>Metodologická část.....</i>	60
5.1	Výzkumný cíl.....	60
5.2	Výzkumné otázky	60
5.3	Metodika výzkumu	61
5.3.1	Kvalitativní strategie	61
5.3.2	Longitudinální studie v kontextu kvalitativního výzkumu.....	62
5.3.3	Koncept očekávání.....	62
5.3.4	Triangulace	62
5.4	Filozofická východiska výzkumu.....	63
5.4.1	Výzkumný soubor	64
5.5	Metody sběru a analýzy dat	67
5.5.1	Sběr dat	67
5.5.2	Analýza dat	70
5.6	Tematická analýza	71
5.7	Etika výzkumu	72
6	<i>Výsledky.....</i>	73
6.1	Klienti	73
6.1.1	Pomoc v různých fázích onemocnění	74
6.1.2	Komplexnost a návaznost služeb	83
6.1.3	Somatické zdraví a management léků.....	92
6.1.4	Činnosti každodenního života.....	99
6.1.5	Psychosociální péče a podpora.....	115
6.1.6	Finance.....	123

6.2	Rodinní příslušníci.....	126
6.2.1	Komplexnost péče.....	126
6.2.2	Služby poskytované rodinným příslušníkům	131
6.2.3	Jistota zajištění péče do budoucna	136
6.2.4	Stabilizace zdravotního stavu.....	137
6.2.5	Dodržování režimu léčby	140
6.2.6	Zlepšení somatického stavu nemocného	142
6.2.7	Vliv samoty a potřeba socializace.....	145
6.2.8	Každodenní fungování	148
6.2.9	Nedostatečná informovanost.....	153
6.3	Představa klientů CDZ III o svém individuálním zotavení	154
6.3.1	Celkové zlepšení a stabilizace zdravotního stavu	154
6.3.2	Smysluplné fungování v každodenním životě	157
6.3.3	Destigmatizace a společenská angažovanost	159
6.4	Představy rodinných příslušníků klientů CDZ III o jejich individuálním zotavení	162
6.4.1	Zlepšení zdravotního stavu	162
6.4.2	Socializace a fungování v každodenním životě	163
6.4.3	Vnímané překážky procesu zotavení	164
6.5	Reflexe ke specifickým cílům Strategie reformy psychiatrické péče	168
<i>Diskuse</i>	<i>174</i>
	Konceptualizace zotavení perspektivou závažně duševně nemocných a jejich rodin...	182
	Strategie reformy psychiatrické péče perspektivou respondentů	183
	Limity výzkumu	185
<i>Závěr</i>	<i>187</i>
<i>Reference</i>	<i>190</i>
<i>Přílohy</i>	<i>218</i>

Úvod

Závažná duševní onemocnění představují významnou část globálního zatížení nemocemi a mají významný dopad nejen na životy jedince, ale také celou populaci. Tato onemocnění jsou spojena s trvalými a komplexními dopady na celkové zdraví jedince a společnosti jako celku. Neadekvátně rozvinutá péče, stigma duševního onemocnění a sociální marginalizace osob se závažnými duševními nemocemi jsou jen některé z bariér, se kterými se osoby s těmito nemocemi potýkají.

Vývoj psychiatrické péče podpořený reformními změnami v České republice umožnil za posledních deset let rozvoj komunitně orientovaného pilíře psychiatrické péče, který přemostňuje péči z tradičně orientované péče v institucionálních zařízeních k péči integrované v komunitním prostředí. Motivem těchto změn byla nejen potřeba zlepšit dostupnost psychiatrických služeb, ale také důležitost zapojení osob s duševním onemocněním a jejich nejbližšího okolí do procesu léčby. K těmto změnám také přispěla na výzkumech založená evidence, důraz na lidská práva a potřeba humanizovat a zkvalitnit psychiatrickou péči změnou jejího poskytování. Komunitní pilíř psychiatrické péče, zejména pak rozvoj Center duševního zdraví, se tak stal významným atributem v úsilí při poskytování komplexní zdravotně-sociální péče o osoby se závažným duševním onemocněním. Přestože celosvětově přibývá lidí, kteří zažívají duševní potíže či se u nich rozvine nějaká psychická porucha, sociálně-politický systém na tento trend nereaguje adekvátně.

Zahraniční výzkumy ukazují, že komunitní psychiatrické služby umožňují lidem se závažným duševním onemocněním žít plnohodnotný život v prostředí, které si pro svůj život vybrali. Tím se zvyšuje jejich pocíťovaná kvalita života skrze dostupnou podporu, léčbu a služby v komunitních podmínkách, které umožňují eliminovat dopady těchto onemocnění. Komunitní péče představuje alternativu k tradičnímu institucionálnímu modelu, který se vyznačuje často dlouhodobými hospitalizacemi v psychiatrických nemocnicích. Absence návazných komunitních služeb jsou rizikovými faktory ztráty autonomie nemocných jedinců, jejich sociálních vztahů a je významným rizikovým faktorem suicidálního chování nemocného.

Osoby se závažným duševním onemocněním a jejich rodinní příslušníci jsou klíčovým zdrojem informací o potřebách této skupiny, které jsou nezbytné pro dosažení jejich

zotavení a začlenění do běžného společenského fungování. Bez těchto informací není možné poskytnout vysoce kvalitní a individuálně přizpůsobené služby, které by účinně předcházely rizikům souvisejícím s životem s duševním onemocněním.

Cílem této disertační práce je zhodnotit efektivnost komunitních služeb z perspektivy osob se závažným duševním onemocněním využívajících služby Center duševního zdraví a jejich rodinných příslušníků a zjistit, jaké mají představy o individuálním zotavení. Tato zjištění jsou dále navázána na cíle definované Strategií reformy psychiatrické péče, která přináší reflexi naplňování těchto cílů pohledem zkušeností dotazovaných respondentů.

Teoretická východiska disertační práce

Zvolená teoretická východiska formulována v následujících čtyřech kapitolách utváří teoretický rámec disertační práce. První kapitola přináší vymezení cílové skupiny osob se závažným duševním onemocněním, které je zapotřebí v systému psychiatrické péče věnovat zvláštní pozornost. Na samotné definování této skupiny navazuje přehled diagnóz, které náleží osobám se závažným duševním onemocněním, včetně uvedení příslušných epidemiologických údajů. Dopady projevů těchto nemocí jsou popsány v druhé kapitole. Potenciál mírnit tyto dopady má léčba, která adekvátním způsobem zohlední všechny oblasti bio-psycho-sociálního modelu. Významným atributem v naplnění tohoto záměru je koncept zotavení, který je esenciální v přístupu k této cílové skupině a při práci s ní. Třetí kapitola popisuje komunitní psychiatrii, její vývoj a místo v systému psychiatrické péče, a představuje přístupy k rehabilitaci v těchto podmínkách. Služby poskytované v komunitním prostředí, tedy v přirozeném prostředí jedince s duševním onemocněním, jsou v řadě případů vhodnou alternativou ke službám institucionálním. Závěrečná teoretická kapitola přináší obecný přehled způsobů hodnocení psychiatrické péče a zaměřuje se blíže na hodnocení služeb duševního zdraví jejich uživateli, jelikož právě tyto osoby jsou nejvíce ohroženy nedodržením lidských práv a jsou to právě ony, na koho je cílena péče nového pilíře komunitních služeb. Hodnocení na úrovni jednotlivce může přinést poznatky o očekáváních, potřebách a způsobech jejich (ne)naplňování v průběhu individuální cesty k zotavení. Způsob, který má potenciál tyto informace zajistit, je longitudinální kvalitativní přístup využitý v empirické části práce. Ten pohledem uživatelů služeb a rodinných příslušníků, kteří o ně pečují, hodnotí efektivnost komunitních služeb vzniklých v rámci transformačních změn psychiatrické péče v České republice, tzv. Centra duševního zdraví, s ohledem na individuální zotavení jedince se závažným duševním onemocněním.

1 Závažná duševní onemocnění

1.1 Problematika vymezení závažných duševních onemocnění

Duševní onemocnění stejně jako ostatní vážné nemoci zasahují do života jedince a jeho blízkého okolí významným způsobem. V České republice se s duševním onemocněním potýká více než pětina obyvatel (Formánek et al., 2019). Celosvětově zažívá obtíže spojené s duševním onemocněním až čtvrtina populace (Wittchen a Jacobi, 2005), přičemž tento počet stále roste. Většina osob s duševním onemocněním však nedostává potřebnou pomoc v celé šíři existujících možností. Roli hraje řada faktorů, kterými jsou absence vhodných služeb, nedostatečný přístup k nim nebo stigmatizace psychických onemocnění (Demyttenaere et al., 2004; Raboch a Wenigová, 2012). Nepříznivý zdravotní stav je současně významnou sociální událostí, které je zapotřebí se věnovat na rovině sociální politiky státu ve všech dimenzích její působnosti. K tomu se pojí nutnost zajistit potřebnou provázanost napříč různými resorty, primárně z oblasti zdravotní a sociální, které poskytují potřebnou péči osobám s duševními potížemi. Dostupnost služeb pro osoby se závažným duševním onemocněním dle dokumentu Světové zdravotnické organizace Mental Health Atlas je i ve vysokopříjmových zemích stále malá a pokrytí v řadě případů nedosahuje ani poloviny potřebné kapacity (Jaeschke et al., 2021).

Lidé, kteří se potýkají s tzv. závažným duševním onemocněním, musí překonávat řadu překážek vyplývajících z projevů onemocnění a jsou tak ohroženi vyloučením ze společnosti. Změny v prožívání, přemýšlení a chování způsobené duševním onemocněním jsou velkou zátěží nejen pro jedince samotného. Projevy závažného duševního onemocnění narušují běžné fungování, ať už se jedná o rodinné a přátelské vztahy, zaměstnání, vzdělání a péči o sebe, což v důsledku vede k sociálnímu stažení a poklesu schopnosti participovat na společenském životě. Tento stav však nemusí být neměnný a lidé se závažným duševním onemocněním mohou žít produktivní a naplněný život. Toho nelze dosáhnout bez dostupné a vhodně nastavené komplexní péče.

1.2 Konceptualizace závažného duševního onemocnění v kontextu české psychiatrické péče

Označení *závažná duševní onemocnění* vychází z anglického *severe/serious mental illness*, zažitého pod zkratkou SMI. Celosvětově byla definice SMI nejpodrobněji zkoumána v anglosaských zemích (srovnej např. Schinar et al., 1990; Slade et al., 1997; Zumstein a Riese, 2020). Jedná se o rozšířené označení pro kategorii onemocnění, která při nesprávně nastavené léčbě mohou vést k dlouhodobému průběhu nemoci, k častým hospitalizacím, vážnému funkčnímu narušení, které může vést až k sociálnímu vyloučení (Fiala et al., 2014).

V souvislosti s duševním onemocněním se dnes používá termín „závažné“ namísto zastaralého „chronické“, neboť koncept chronického duševního onemocnění v sobě nese představu nevyléčitelné nemoci (Parabiaghi et al., 2006). Skupina osob potýkající se se závažným duševním onemocněním je značně heterogenní. V této skupině se objevují různé psychiatrické poruchy, věkové kategorie od mladší dospělosti do stáří, stejně tak jako osoby například z etnických menšin. Liší se potřebou formální či neformální péče a podpory, intenzitou a průběhem svých obtíží, životními podmínkami i sociálními dopady samotného onemocnění (van Weeghel, 2009).

K diagnostice duševních nemocí jsou využívány diagnostické manuály, v nichž jsou definovány kategorie a subkategorie jednotlivých onemocnění. Ve světě i v tuzemských podmínkách je využívána publikace Světové zdravotnické organizace (WHO) Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (*International Classification of Diseases, 10th Revision*, zkr. ICD-10), v současné 10. revizi (dále jen MKN-10). Zde je skupina duševních nemocí uvedena v 5. kapitole pod písmenem F. Z této klasifikace vycházejí popisy jednotlivých duševních poruch, které v tuzemském kontextu spadají do skupiny závažných duševních onemocnění. V USA je využíván Diagnostický a statistický manuál ve své 5. revizi (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*, zkr. DMS-5) vydaný Americkou psychiatrickou společností (APA).

Závažnost bývá definována na základě modifikace tří kritérií zahrnujících délku trvání onemocnění, diagnózu a funkční narušení. V zahraniční literatuře se lze setkat také s definováním závažnosti duševní poruchy pouze v kontextu délky trvání a funkčního narušení, bez ohledu na diagnózu duševního onemocnění (Stordal et al., 2005).

V tuzemském socio-kulturním kontextu jsou závažná duševní onemocnění klasifikována na základě následujících tří kritérií:

a) **diagnostické okruhy** F2 (schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy), F3 (afektivní poruchy), eventuálně F42 (obsedantně kompulzivní porucha) a F6 (specifické poruchy osobnosti, konkrétně F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62);

b) **délka trvání onemocnění** alespoň 2 roky;

c) **funkční stav** určený dle hodnoticího nástroje GAF (skóre $\leq 60^1$) (MZ ČR, 2021).

Níže uvedené podkapitoly přinášejí stručné charakteristiky jednotlivých poruch spadajících pod výše klasifikovaná závažná duševní onemocnění. Uveden je i jejich výskyt v populaci.

1.2.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F2)

Onemocnění schizofrenního spektra jsou definována ztrátou kontaktu s realitou a absencí náhledu na onemocnění. Jedná se o závažná chronická onemocnění, jejichž prognóza se v posledních dekádách zlepšuje, v souvislosti s pokrokem ve farmakoterapii a zavádění multidisciplinárního přístupu.

Schizofrenie (F20) je definována příznaky prvního řádu, k nimž patří ozvučování myšlenek, vkládání nebo odebrání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání, bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity vztahující se k pohybům těla, sluchové halucinace, které se týkají pacienta a diskutují o něm ve třetí osobě. Mezi příznaky druhého řádu patří emoční nepřiměřenost nebo oploštělost, apatie a ochuzení řeči (Palčová, 2006).

Prognóza schizofrenie je rozdělena na pomyslné třetiny: jedna třetina nemocných se po jedné či dvou psychotických atakách plně zotaví, druhá třetina ataky onemocnění prožívá

¹ Dle revidovaného Standardu služeb poskytovaných v CDZ byla hodnota z původní hranice 70 snížena na 60.

v průběhu života opakovaně a poslední třetina osob se potýká s nepříznivým průběhem, trvalými a významnými omezeními v životě (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Kromě schizofrenie se do okruhu schizofrenních poruch skupiny F2 řadí následující méně často se vyskytující onemocnění:

- **schizotypní porucha (F21)** vyznačující se pozvolným nástupem, kdy se po dobu alespoň dvou let rozvíjejí příznaky, jako jsou citový chlad, vztahovačnost, depersonalizace a derealizace, přechodné psychotické epizody a sociální stažení. Nemoc je také charakterizována výrazným a podivínským chováním, poruchami myšlení s tendencí k bizarním a paranoidním nápadům.
- **trvalá porucha s bludy (F22)** charakterizovaná jedním či více souvisejícími a přetrvávajícími bludy s obsahem paranoidních představ (žárlivost, pronásledování, hypochondrie, pocity křivdy).
- **akutní a přechodné psychotické poruchy (F23)** se vyznačují akutním začátkem onemocnění (do dvou týdnů), s charakteristickými symptomy schizofrenie, s převahou bludů, často související s prožitou stresovou situací.
- **indukovaná porucha s bludy (F24)**, kterou trpí dvě a více osob, jež jsou v úzké emoční vazbě, avšak pouze jedna z nich má pravou psychotickou poruchu. U druhé osoby jsou bludy indukovány a po oddělení těchto osob bludné představy obvykle zmizí.
- **schizoafektivní poruchy (F25)** je skupina onemocnění vyznačující se souběhem příznaků schizofrenie a afektivních poruch, zejména mánie či deprese. Průběh je charakterizovaný atakami s remisemi. Dle manifestace příznaků se dělí na depresivní, manický nebo smíšený typ (Mohr, 2012; ÚZIS, 2022).

Schizofrenními poruchami onemocní stejně často muži jako ženy. Rozvoj onemocnění je nejčastěji v době adolescence a mladší dospělosti. Prevalence těchto onemocnění je udávána 0,3–1,5 %, (Mohr, 2012; Rahn a Mahnkopf, 2000; Vanasse et al., 2012; WHO, 2022), přičemž v České republice je prevalence onemocnění udávána 1,5 % (Formánek et al., 2019).

1.2.2 Afektivní poruchy (F3)

Základním příznakem afektivních poruch jsou výrazné změny nálad, které se mohou pohybovat na spektru polarit deprese (současně s úzkostí nebo bez ní) a mánie. MKN-10

kategorizuje poruchy nálad do základních okruhů, které jsou dále rozčleněny dle závažnosti (na mírnou, střední, těžkou) a dle přítomnosti psychotických příznaků (bez příznaků nebo s příznaky):

- **manická fáze (F30)** se vyznačuje zvýšením nálady, energie a nárůstem aktivity. Jedinec se subjektivně cítí velmi dobře, má dobrou fyzickou i psychickou výkonnost. Zřejmá je sociální náklonnost, výrazná mluva, familiárnost a snížená potřeba spánku (ÚZIS, 2022).
- **bipolární afektivní poruchy (F31)** se vyznačují alespoň dvěma fázemi, kdy dochází k významnému narušení aktivity a nálady jedince. Charakteristickým znakem je změna nálady vlivem určitých okolností směrem k fázi hypomanie či manie, vyznačující se zvýšenou energií, aktivitou, náladou. Posléze dochází ke zhoršení nálady, poklesu aktivity a energie, což je charakteristické pro depresivní fázi.
- **depresivní fáze (F32)** se vyznačuje zhoršenou náladou, poklesem energie a aktivity. Dochází k narušení spánku, zhoršené chuti k jídlu, hubnutí, ke snížení sebedůvěry a sebehodnocení, ztrátě libida. Depresivní fáze je doprovázena pocitem viny, beznaděje. Deprese bývá také spojena s psychomotorickým zpomalením a agitovaností. Fáze trvá týdny až měsíce.
- **periodická depresivní porucha (F33)** je definována opakováním depresivních fází, mezi nimiž zpravidla nastávají remise příznaků. První fáze se může objevit v jakémkoli věku.
- **perzistentní (trvalé) afektivní poruchy (F34)** charakterizované kolísajícími poruchami nálady, u kterých nedochází k hypomanickým ani k lehce depresivním fázím. Trvají obvykle řadu let, po většinu dospělého života a vedou k různým potížím v životě jedince.
- dále jsou do skupiny F3 řazeny **jiné afektivní poruchy (F38)** a **neurčená afektivní porucha (F39)** (ÚZIS, 2022).

Depresivní poruchy patří k nejčastěji se vyskytujícím onemocněním v populaci a celosvětově se deprese vyskytuje zhruba u 5 % obyvatel (280 milionů lidí) (WHO, 2021a), přičemž u žen, u kterých je výskyt dvakrát častější, se prevalence depresivního onemocnění udává až 20 % (Raboch a Červený, 2018). Data za Českou republiku ukazují prevalenci afektivních poruch 5,5 % a separátně prevalenci depresivní poruchy 4 %

(Formánek et al., 2019). Prevalence bipolární poruchy je u obou pohlaví stejná (Palčová, 2006).

1.2.3 Obsedantně-kompulzivní porucha (F42)

Obsedantně-kompulzivní porucha spadá do skupiny onemocnění F4 neurotické, stresové a somatoformní poruchy. Charakteristickým rysem této poruchy jsou opakující se vtíravé myšlenky, představy, nápady či popudy, které vstupují do mysli jedince. Tyto myšlenky jsou mimovolní, jedinec je považuje za vlastní, i když se jim snaží klást odpor. Na tyto vtíravé myšlenky nasedají nutkavé aktivity či rituály, které jsou stereotypní a stále se opakují. Účelem těchto kompulzí je snaha zbavit se silných úzkostí, které tyto nutkavé myšlenky vyvolávají (ÚZIS, 2022).

Častým jevem je chronifikace onemocnění, zejména z toho důvodu, že první setkání s odbornou pomocí přichází až po 8 letech trvajících obtíží a až 40 % osob s touto poruchou nedostává vhodnou léčbu. Současně méně než 10 % nemocných dostává adekvátní péči (Stopková, 2017). Dále se ukazuje, že až u dvou třetin nemocných došlo zhruba šest měsíců před nástupem onemocnění k zatěžující životní události. Samotné projevy onemocnění jsou významně ovlivněny trvalou či dlouhodobě se vyskytující stresovou zátěží (Rahn a Mahnkopf, 2000).

Prevalence u obsedantně kompulzivní poruchy se pohybuje v rozmezí 1–3 %, s prvním výskytem obvykle v dětství nebo rané dospělosti. Stejně často se vyskytuje u žen jako u mužů (Rahn a Mahnkopf, 2000; Stein, 2002; Stopková, 2017) Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize, 2006).

1.2.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F6)

Obecná klasifikace pro rozlišení poruch osobnosti se odvíjí od jednotlivých rysů osobnosti. Ty jsou hluboce zakotvené, s přetrvávajícími vzorci chování, které se projevují jako konstantní reakce na různé osobní a sociální situace. Jednotlivé diagnózy v této skupině bývají zařazeny do kategorie na základě dominantních projevů chování, avšak současná klasifikace se v této oblasti omezuje na popis různých typů a subtypů, které se navzájem nevylučují a často sdílejí určité charakteristiky. Poruchy osobnosti jsou tedy klasifikovány dle uskupení vlastností, které se u jedince vyskytují nejčastěji nebo jsou nejnápadnějším projevem chování, níže jsou popsány specifické poruchy osobnosti (Palčová, 2006):

- **paranoidní porucha osobnosti (F60.0)** vyznačující se extrémní přecitlivělostí k odmítnutí, nedůvěřivostí, s tendencí mylné interpretace běžných společenských aktivit jako nepřátelských. Jedinec s touto poruchou může mít sklon k přikládání přemrštěné důležitosti vlastní osobě.
- **schizoidní porucha osobnosti (F60.1)** se vyznačuje neschopností vyjádření vlastních citů, distancováním se od sociálních a citových vztahů, s preferencí fantazie a činnosti v samotě.
- **disociální porucha osobnosti (F60.2)**, pro tuto poruchu osobnosti je charakteristická zřetelná nerovnováha mezi společenskými normami a chováním dané osoby. Jedinec s touto poruchou je bezohledný v mezilidských závazcích, nemá citění pro druhé. Má nízkou frustrační toleranci, snadno u něj propukne agrese a má tendenci oklamávat druhé.
- **emočně nestabilní porucha osobnosti (F60.3)** je charakterizována nepředvídatelnou náladou a emočními výbuchy, které se těžko ovládají. U nemocného dochází k unáhlenému jednání bez rozmyslu následků. Charakteristický je sklon k hašteřivému a provokativnímu chování. Lze rozlišovat dva typy, a to impulzivní a hraniční.
- **anankastická porucha osobnosti (F60.5)**, u této poruchy se mohou vyskytnout vtíravé myšlenky, avšak nedosahující vážnosti obsedantně-kompulzivní poruchy. Anankastická osobnost zažívá pocity nejistoty a pochyb, má sklon zaměřovat se detaily s nadměrnou svědomitostí, opatrností a rigiditou.
- **anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti (F60.6)** je charakterizována trvalou potřebou jedince být přijímán a milován, jinak zažívá pocity obav, napětí a nejistoty. Je přecitlivělý k odmítnutí a kritice, s tendencí vyhýbat se některým činnostem z pocíťovaného možného nebezpečí v běžných situacích.
- **smíšené a jiné poruchy osobnosti (F61)** u této skupiny poruch jsou přítomné povahové rysy z předchozích diagnostických kategorií, přesto se neprojevuje specifický vzorec symptomů charakteristických pro diagnózy spadající pod jinou diagnózu z kategorie F6.
- **přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku (F62)** jsou následkem vystavení se katastrofickému nebo extenzivnímu a přetrvávajícímu stresu nebo těžké psychické poruše. Diagnóza bývá stanovena na základě přesvědčivého důkazu nebo trvalé změny osobnostního vzorce

vnímání, vztahu k prostředí či přemýšlení o prostředí, změny ve vztahu k sobě či přemýšlení o sobě.

Prevalence poruch osobnosti, nehledě na konkrétní typ poruchy, se v zahraniční i tuzemské literatuře značně liší, zejména z důvodu vysoké heterogenity jejího diagnostikování. Celosvětově je udávána prevalence zhruba 8 %, přičemž výskyt je větší ve vysokopříjmových zemích oproti středně a nízkopříjmovým (Winsper et al., 2020).

1.3 Epidemiologický přehled SMI

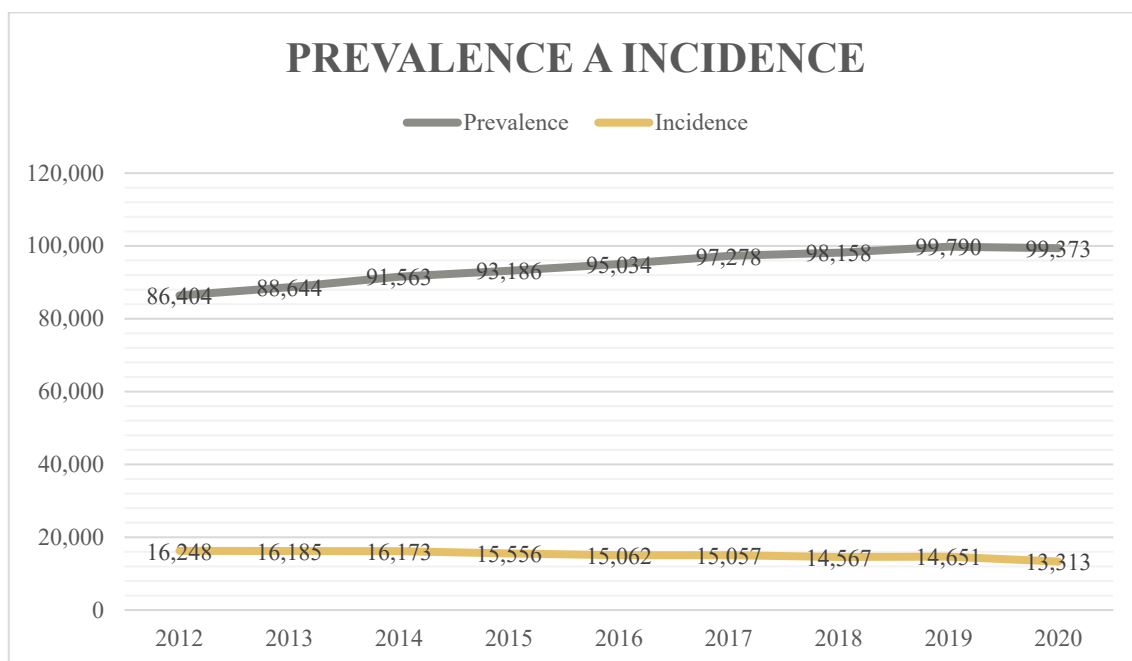
Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS) eviduje informace o počtech nemocných a proměnách jejich počtu v rámci jednotlivých onemocnění. Prevalence a incidence jsou epidemiologické ukazatele, které nabízejí důležitou informaci o struktuře a počtu nemocných v populaci a slouží jako přibližný ukazatel vývoje duševního onemocnění v populaci. Tyto údaje lze současně považovat za směrodatné pro plánování a rozvoj potřebných služeb pro skupinu lidí se závažným duševním onemocněním.

V předchozím oddíle byl uveden epidemiologický přehled pro každé onemocnění zvlášť. Níže uvedené informace přinášejí souhrnný přehled k vývoji závažných duševních onemocnění v České republice v letech 2012–2020. Data vycházejí z Analytické zprávy projektu Data pro psychiatrii², přičemž definice skupiny SMI byla pro účely této zprávy formulována v souladu s mezinárodními kritérii užívanými pro tuto cílovou skupinu a pro potřeby širší psychiatrické společnosti v ČR. Změny jsou zejména v definici sledovaných okruhů diagnóz (Melicharová et al., 2021). Definovaná skupina SMI analytické zprávy zahrnuje diagnózy F20-F29, F31, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 a F42. Pro potřeby této práce byla navíc doplněna o diagnózy F60.3 a F61.

Níže uvedený epidemiologický přehled výskytu vybraných závažných duševních nemocí v ČR je ilustrativní, jelikož zahrnuje neúplný výčet diagnóz definovaných dle kritérií uvedených v kapitole 1.1.

² Analytická zpráva: indikátory psychiatrické péče. Projekt: Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR (Data pro psychiatrii).

1.3.1 Prevalence a incidence závažných duševních onemocnění



Tabulka č. 1: Prevalence a incidence závažných duševních onemocnění³ v ČR (Melicharová et al., 2021) (upraveno autorkou práce)

Prevalence SMI

Prevalence je statistickým ukazatelem počtu jedinců, který vyjadřuje míru výskytu určitého onemocnění ve sledované populaci v určitém časovém období.

Od roku 2012 došlo k nárůstu počtu závažných duševních onemocnění zhruba o 12,5 %, přičemž až v polovině případů se jedná o obsedantně kompulsivní poruchy (kdy je nárůst větší než 50 %). K významnému nárůstu došlo také u bipolárních afektivních poruch a depresí, a to o necelých 40 %. I přes přetrvávající nárůst řady duševních onemocnění dochází k mírnému poklesu některých z nich, jako je například trvalá porucha s bludy (F22), u níž došlo k poklesu o více než 10 % či schizoafektivní poruchy (F25), u kterých je zaznamenán pokles od roku 2010 o téměř 7 % (Melicharová et al., 2021).

³ F20-F29, F31, F32.2, F32.3, F33.2, F33.3, F42, F60.3 a F61.

Incidence SMI

Incidence poskytuje údaj o nárůstu onemocnění za daný časový úsek. V tomto případě se jedná o počet jednotlivých diagnóz, které jsou nově zachyceny a diagnostikovány za dobu jednoho roku.

Přestože prevalence většiny duševních onemocnění v České republice má rostoucí trend, počty nově diagnostikovaných duševních poruch od roku 2017 (s výjimkou demence a poruch způsobených užíváním jiných psychoaktivních látek – nespádajících do definované skupiny SMI) má spíše sestupný charakter. Narůstá však počet nově diagnostikovaných obsedantně kompulzivních onemocnění. Pokles incidence je od roku 2018 zřejmý i u trvalých poruch s bludy (F22) a schizoafektivních poruch (F25) (Melicharová et al., 2021).

2 Dopady onemocnění a přístupy k léčbě závažných duševních poruch

2.1 Diagnostika a terapie závažných duševních onemocnění

2.1.1 Včasný záchyt a skrytá nemocnost

Rozvoj až poloviny duševních onemocnění začíná v adolescentním období. Tomu obvykle předchází nespecifické psychosociální poruchy, které se mohou rozvinout do závažného duševního onemocnění (Colizzi, Lasalvia a Ruggeri, 2020). Až tři čtvrtiny duševních nemocí propuká před dosažením 25. roku, což může významně ovlivnit celý následující produktivní věk. Navzdory tomu mají dospívající a mladí dospělí nejhorší přístup k psychiatrickým a psychosociálním službám (MZ ČR, 2020a). Včasné intervence, tedy intervence směřující k zachycení prvních příznaků onemocnění či intervence v raném stadiu onemocnění, jsou základním principem zdravotní péče. Do oblasti péče o duševní zdraví jsou však zaváděny oproti jiným medicínským oborům se značným zpožděním (McGorry a Mei, 2018).

Pro závažná duševní onemocnění, zejména z okruhu psychotických poruch, je včasný záchyt příznaků nemoci stěžejní. Má významný vliv na její rozvoj, včetně její léčby a míry zotavení. Jedná se o tzv. dobu neléčené psychózy (z angl. *duration of untreated psychosis*, zkr. DUP), tedy doby od prvních příznaků psychózy do doby zahájení léčby. Obecně lze konstatovat, že čím déle je nemoc neléčená, tím horší je její prognóza, včetně dopadů na fungování jedince (Penttilä et al., 2014).

Včasný záchyt blížícího se relapsu onemocnění je významným faktorem pro zahájení léčby a následně rychlejšího zlepšení stavu. K tomu v posledních dvou desetiletích přispělo poznání mechanismů a průběhu psychotických onemocnění. Samotnému rozvoji těchto onemocnění předchází tzv. prodromální fáze, tedy období, ve kterém jedinec zažívá nepohodu, rozrušení, sníženou emotivitu a jiné prodromální příznaky. Dochází u něj ke změnám ve vnímání, zájmech, náladě, dochází k sociálním změnám a změnám v jeho osobnosti. Tento stav je v zahraniční literatuře označován jako *At risk mental state* (zkr. ARMS) a označuje stav vysokého rizika rozvoje psychotického onemocnění, tedy období před propuknutím psychotické ataky (Krupčík et al., 2022). Pro tuto skupinu osob (ARMS) jsou v zahraničí zavedené programy včasné detekce a včasné intervence, které napomáhají předcházet rozvoji psychotického onemocnění a jsou efektivním nástrojem

pro snížení rizika hospitalizace, relapsu či sebevraždy, přičemž napomáhají udržet se v běžných sociálních rolích, zaměstnání či vzdělávání (Lloyd-Evans et al., 2011; Marshall a Rathbone, 2011; Bird et al., 2010).

Je však nasnadě říci, že řada lidí s duševními potížemi se vyhýbá návštěvě specialisty z oblasti psychiatrie. Jedním z důvodů je stigmatem zatížená psychiatrická péče a s tím související negramotnost v oblasti péče o duševní zdraví, ale také nerovnoměrně rozložená lůžková péče, nedostatečně rozvinutá síť dostupných psychiatrických služeb nebo nedostupnost terénní krizové pomoci (Raboch a Wenigová, 2012).

2.1.2 Terapeutická aliance a adherence k léčbě

Stěžejním pro zahájení vhodné léčby je navázání dobrého terapeutického vztahu či tzv. aliance, která ovlivňuje celkový léčebný výsledek. U řady závažných duševních onemocnění chybí náhled na onemocnění. Nemocný si nepřipouští, že by s ním mělo být něco v nepořádku, a snahy rodiny, lékařů či jiných profesionálů tak mohou selhávat. Takto nemocní potřebují velmi spolehlivé osoby blízké, které mají schopnost uzpůsobit terapeutické jednání dle aktuálního stavu onemocnění. Terapeutická aliance současně klade velké nároky na profesionála, který musí být nejen vysoce erudovaný a profesionální, ale také musí disponovat značnou dávkou trpělivosti a schopnosti přizpůsobovat se aktuálnímu stavu nemocného (Harris a Panozzo, 2019; Rahn a Mahnkopf, 2000). Navázaný terapeutický vztah profesionála s nemocným je klíčovým faktorem adherence k léčbě (Misdrahi et al., 2012). Problematickou oblastí je tzv. nonadherence k léčbě, tedy nedodržování předepsané medikace a léčebných opatření, které doporučil ošetřující lékař či zdravotnický personál. Faktorů ovlivňujících nonadherentní chování je řada (srov. např. Ustohal a Vrzalová, 2012; Mert et al., 2015).

Značná část nemocných přestane medikaci užívat, což může vést ke stále zhoršujícímu se stavu nemoci či k relapsu onemocnění (Bidargaddi et al., 2021). Dle expertních názorů se nonadherence k léčbě vyskytuje až u 70 % osob se schizofrenií a bipolárně afektivní poruchou, a to zejména z důvodu nedostatečného náhledu na onemocnění, pocíťované nepotřebnosti medikace, obav z nedostatečné účinnosti, obav z vedlejších účinků antipsychotik a s tím souvisejícím přibýváním na váze. K lepší adherenci k léčbě by vedle dobře navázaného vztahu nebo poskytnutí informací o účincích medikace pomohly intervence směřující k rodině a k ostatním pečujícím či objektivnější opatření, jako je management léků, speciální obaly na léky nebo záznamy v lékárně (Velligan et al., 2010).

Významným faktorem zlepšení adherence k léčbě je sdílené rozhodování zainteresovaných osob o způsobu léčby (Fiorillo et al., 2020).

Vzhledem k multifaktoriální podmíněnosti závažných duševních onemocnění je zapotřebí intervenovat ve všech dimenzích lidského života. Léčba závažných duševních onemocnění vyžaduje víceúrovňovou léčbu, která nespolehlá pouze na podání psychofarmak. Současně bez zahájení farmakologické léčby v součinnosti podpůrnými psychosociálními intervencemi, jako je například psychoedukace, socioterapie nebo psychoterapie, není možné dosáhnout vhodného stavu zotavení. Vhodně nastavené léčebné intervence by měly věnovat pozornost biologické, psychologické a sociální stránce onemocnění a spoluvytvářet komplexní léčebné postupy, jež se opírají o biomedicínský a psychosociální model (Tripathi, Das a Kar, 2019).

2.1.3 Bio-psycho-sociální přístup v léčbě závažných duševních onemocnění

Poslední čtyři dekády posunuly přístup k léčbě duševních nemocí od biologicky zaměřené medicíny ke komplexní péči, která intervenuje ve všech dimenzích fungování jedince. Holistický přístup byl prosazován od 80. let, kdy započalo systematické nahlížení na psychické onemocnění v kontextu biologickém, psychologickém a sociálním. Tento biopsychosociální přístup k nemocnému nabízí empatictější nahlížení na osobnost jedince, prostředí, ve kterém žije, a na další sociální faktory, které ovlivňují projevy onemocnění (Tripathi, Das a Kar, 2019). Léčebný výsledek ovlivňuje řada faktorů, které se spolupodílejí na průběhu samotné léčby. Komplexnost biopsychosociálního přístupu může přispět k lepšímu porozumění zdravotnímu a psychickému stavu jedince a má potenciál přispět ke zlepšení ve všech potřebných oblastech života.

Přední odborníci z řad psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů vytvořili pod záštitou Psychiatrické společnosti ČLS JEP Doporučené postupy psychiatrické péče⁴, které se opírají o tuzemskou a zahraniční medicínu založenou na vědecké evidenci (*evidence-based medicine*) a slouží jako vodítka pro léčbu v klinické praxi. U závažných duševních onemocnění je doporučována psychofarmakoterapie, psychoterapie či jejich kombinace, včetně psychoedukace nemocného a rodinných příslušníků poskytující informace o onemocnění, o možnostech či výhodách a nevýhodách jednotlivých léčebných postupů.

⁴ K dispozici na <https://postupy-pece.psychiatrie.cz>.

Nemoc a její léčba je dynamickým procesem, přičemž léčba v akutní fázi vyžaduje jiný přístup než ve fázi udržovací. Lékaři, ale také profesionálové setkávající se ve službách duševního zdraví s člověkem s duševním onemocněním musí být vybaveni znalostmi o projevech duševních poruch i o jejich léčbě. Do zahájení léčby vstupuje řada proměnných na straně nemocného, kterými jsou například reakce na předchozí léčbu, náchylnost k vedlejším účinkům, somatická onemocnění, terapeutická aliance či rodinná anamnéza, preference nemocného, jeho zkušenosti, postoje, sociální a finanční možnosti (Češková, 2008). Všechny tyto proměnné kladou velké nároky na lékaře při stanovení diagnózy a volbě vhodné léčby. Avšak pokud je léčba zahájena, včetně zmírnění příznaků onemocnění za pomoci psychofarmak, následně je možné lépe zajistit spolupráci odborníků z psychosociální péče a rehabilitace k zajištění adekvátní pomoci a podpory.

Biologickou rovinu léčby tvoří psychofarmakoterapie. Příkladem mohou být antipsychotika (například u schizofrenie), antidepresiva (například u depresivního syndromu, obsedantně-kompulzivní poruchy), která zmírňují či regulují symptomy onemocnění, slouží k uklidnění a ke zvýšení odolnosti ve snaze dosáhnout remise onemocnění. Nejzávažnějším problémem léčby je však její nezahájení či přerušování (více viz 2.1.2). Somatickými léčebnými metodami závažných duševních onemocnění jsou například elektrokonvulzivní terapie (EKT), která je využívána například u některých afektivních poruch při nedostatečném účinku či resistenci na psychofarmaka (Köhler, 2014), dále repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS) při léčbě deprese (Ustohal, 2010) a jiné, zřídka užívané metody, jako je spánková deprivace, fototerapie, stimulace nervus vagus či neurochirurgické výkony (Běhounek, 2014).

Bez tradiční biologicky orientované medicíny by v řadě případů nemohlo dojít k zahájení léčby a ke komplexní péči o nemocného jedince. Za podmínek dobře nastaveného psychoterapeutického vztahu a ve většině případů také zahájení psychofarmakologické léčby je prostor pro ošetření ostatních dimenzí lidského života. Závažná duševní onemocnění mají významné dopady na psychosociální fungování jedince vyznačující se potížemi se zapojením do běžného či pracovního života. Do těchto oblastí cílí psychosociální intervence, které v sobě propojují uplatnění psychologických postupů v sociálním kontextu. Na tyto intervence lze nahlížet jako na předem promyšlené zásahy do osobní situace jedince, které cílí na zmírnění tíživé situace jedince (Hartl a Hartlová, 2000). Pod spojením „psychosociální“ lze současně hledat souvislost mezi psychickými

aspekty, jako jsou myšlení, chování či prožívání, a širším sociálním kontextem, kam spadají vztahy či kulturní zázemí.

Podstatou všech poskytovaných intervencí je emocionální podpora. Tyto intervence cílí na změnu v psychice jedince, potažmo jeho rodiny, a na zlepšení psychologických a sociálních kompetencí. K nastolení změn v praktických otázkách života, jako je bydlení, vzdělávání, zaměstnávání či rozvoj běžných schopností, využívá škálu strategií dle potřeb konkrétního jedince (Hoskovcová, 2009). Péče o osoby se závažným duševním onemocněním se bez psychosociální podpory neobejde. Celosvětově je nastolen konsenzus založený na důkazech, že psychosociální intervence v léčbě závažných duševních onemocnění je esenciální, avšak pro většinu lidí s vážným duševním onemocněním je tato podpora nedostupná. Otázkou v současné době tedy není, zda mají psychosociální intervence své místo v léčbě duševních nemocí, ale to, jakým způsobem zajistit, aby tyto služby byly dostupnější a přístupné všem, kteří je potřebují. Psychosociální intervence by měly zahrnovat také kroky vedoucí k včasné detekci duševního onemocnění, usilovat o zapojení rodiny do léčebného procesu, a to za průběžné evaluace těchto služeb (Dixon et al., 2010; Lehman et al., 2003; Semisa et al., 2008; West et al., 2005). Výčet psychosociálních intervencí je obsáhlý. V praxi se poskytované intervence mohou překrývat, doplňovat a v mnoha případech je náročné jednotlivé intervenční aktivity od sebe oddělit.

2.2 Dopady spojené se závažným duševním onemocněním

Rozvoj samotného duševního onemocnění má stěžejní vliv na integritu jedince, zasahuje do interpersonálních vztahů, omezuje schopnost zapojit se do denních aktivit a do značné míry narušuje běžné fungování ve společnosti. Jakékoliv závažné onemocnění v sobě nese životní změnu, změny hodnot vlastních i hodnoty rodiny, změny prožívání a proměnu některých vlastností. Každé závažné onemocnění či postižení přináší psychickou a životní zátěž jak nemocnému, tak jeho okolí. Dlouhodobost onemocnění s sebou nese riziko větší zranitelnosti jedince, který se stává závislejší na pomoci blízkého okolí, velmi často na pomoci rodinných příslušníků.

2.2.1 Změny v rodinném systému

Některé příznaky onemocnění zprvu nevypadají jako počáteční příznak závažného duševního onemocnění, zejména proto, že se mohou běžně projevovat v různých

situacích. Prvotních projevů závažných duševních nemocí si ve většině případů všimne rodina. Reakce jedince a rodiny na zjištěné onemocnění se mohou lišit a mohou se projevovat celou škálou emocí. Změny související s propuknutím onemocnění se mohou zdát jako nepřiměřené, narušují běžnou komunikaci a očekávání toho, jakým způsobem bude vzájemná interakce probíhat. Řada blízkých si ani nepřipouští, že by se mohlo jednat o příznaky závažného duševního onemocnění, a příčiny změněného chování a jednání hledá jinde. Přesto jsou rodinní příslušníci v řadě případů primárním zprostředkovatelem odborné pomoci (Lohman et al., 2017).

Samotný vznik a pozdější rozvoj onemocnění má vliv na fungování a dochází ke změnám rolí v rodinném systému. Rodina nemocného může zpočátku změny u nemocného negovat, bagatelizovat je či je jinak přehlížet. Tyto důvody mohou vést k prodlevám v návštěvě odborníka na duševní zdraví, a tedy k opoždění v zahájení léčby. Rodinní příslušníci však bývají hlavním, v prvopočátku jediným a nejdůležitějším zdrojem podpory nemocného (Savenje, 2009).

Rodiny pečující o člena domácnosti se závažným duševním onemocněním mají zhoršené sociální vazby a zažívají zátěž a stres spojené s péčí. Mají větší obavy o své vlastní zdraví, častěji trpí bolestí hlavy, únavou a častěji navštěvují praktické lékaře či specialisty z oblasti duševního zdraví (Fekadu et al., 2019; van Wijngaarden, Schene a Koeter, 2004). Velkou zátěží může být čas, který věnují péči o svého rodinného příslušníka s duševním onemocněním, jenž není schopen řady běžných činností. Roli pečovatele v rodině zastávají až v 80 % ženy, přičemž činnostmi souvisejícími s péčí o nemocného stráví v průměru téměř 9 hodin denně (Magliano et al., 1998).

Řada studií z tuzemska i zahraničí poukazuje na důležitost rodinných intervencí. Ty spočívají v psychoedukaci rodinných příslušníků a zahrnují například edukaci o způsobu, jak hovořit s nemocným v akutním stavu nemoci. Kromě poskytnutí potřebných informací psychoedukace rodinným příslušníkům rovněž napomáhá porozumět tomu, jak se vyrovnat s rušivým chováním nemocného, napomáhá se změnami ve vztahu k nemocnému či v naslouchání svým vlastním potřebám, které je vhodné sdílet ve svépomocných skupinách (Awad a Voruganti, 2008; Wirsén et al., 2020; Motlova et al., 2006).

V případě rozvoje duševního onemocnění do takového stavu, který vyžaduje hospitalizaci, je rodina významným faktorem při nedobrovolném přijetí na psychiatrii

(Kališová et al., 2008). Sami rodinní příslušníci pak zažívají v této krizové době emoční zátěž, pocity nejistoty, sebeobviňování a zmatku ohledně toho, zda jejich nátlak na hospitalizaci nemocného byl adekvátní i přes to, že jejich snahou je nemocnému zajistit potřebnou pomoc a léčbu (Lauber et al., 2003; Kališová et al., 2010).

2.2.2 Sociální vztahy a samota

Projevy onemocnění omezují fungování jedince v běžných sociálních rolích a v řadě případů vedou ke stažení nemocného do ústraní a následné samotě. I přesto, že se projevy jednotlivých nemocí různí, negativní dopady na fungování jedince ve společnosti jsou v tomto kontextu velmi podobné.

Sociální vztahy, do kterých člověk vstupuje, by měly poskytovat zdroj podpory a pomoci v tíživých situacích. Jejich existence a kontinuita v sociální síti jedince představují významný faktor podporující redukci nepříznivého stresu. Avšak duševně nemocní jedinci zažívají obtíže v partnerských vztazích, které jsou spojené s nižší sňatkovostí a vyšší rozvodovostí (Fekadu et al., 2019). Zátěž spojená s dopady závažných duševních onemocnění se netýká pouze pečujících členů domácnosti, ale také dětí narozených rodičům s duševním onemocněním, u kterých je vyšší riziko rozvoje těchto onemocnění (van Wijngaarden, Schene a Koeter, 2004).

U lidí se závažným duševním onemocněním se vyskytuje ve vyšší míře samota a jsou významně více ohroženi sociálním vyloučením než osoby bez duševního onemocnění či s mírným duševním onemocněním (Richter a Hoffmann, 2019). Současně z výzkumů vyplývá, že u těchto osob tvoří nejvíce sociálních kontaktů členové rodiny a pečující profesionálové. Samota a vyloučení ze společenského života jsou připisovány malé sociální síti, ve které nemocný jedinec žije, a sociálnímu stigmatu, které se váže k závažnému duševnímu onemocnění. Takto nemocní jedinci se mohou izolovat také z důvodu projevů onemocnění, jako je paranoia, smutná nálada, nebo kvůli potřebě požívat návykové látky. Tyto osoby se méně účastní společenských akcí, a pokud se v běžném společenském životě angažují, zpravidla nejsou v sociálních interakcích tak úspěšné, aby se jim dařilo prohlubovat sociální vazby. Jelikož mají tendenci internalizovat sociální stigma, je u nich pravděpodobnější, že přeruší existující sociální vazby. Tito jedinci navíc často nemají na udržování společenského života dostatek finančních zdrojů (Prince et al., 2018).

2.2.3 Stigmatizace a internalizace stigmatu

Stigma představuje soubor předsudků, negativních postojů a s tím spojených emocionálních reakcí a diskriminačního chování vůči určité skupině (Mak et al., 2007). Stigma a s ním spojená diskriminace vedou k vyčlenění z trhu práce, omezení životních příležitostí a následně k sociální exkluzi (Winkler et al., 2014). Stigmatem jsou zatíženi také rodinní příslušníci pečující o osoby se závažným duševním onemocněním. Ti se potýkají s nedostatkem porozumění, mylnými představami o závažném duševním onemocnění, zažívají zátěž „neustálé a neomezené“ péče a další důsledky nenaplněné schopnosti samostatného života nemocného. Současně se setkávají se strukturální diskriminací a nedostatkem veřejné a vládní podpory (Krupchanka et al., 2018).

Samotné označení „psychiatrický pacient“ a sociálně nastavené stigma tohoto sousloví má za následek prodlevu ve vyhledání odborníka z oblasti duševního zdraví a upřednostňování odborníků na somatické zdraví (Ocisková a Praško, 2015). To je potvrzeno také zjištěním, že až 73 % osob, které zažívají psychické a emocionální obtíže, se obrací nejprve na svého praktického lékaře namísto na psychiatra či psychologa (Höschl, Winkler a Pěč, 2012). Tyto negativní předsudky a postoje vedou k sebestigmatizaci jedince, který tyto postoje internalizuje natolik, že u něj dochází k negativním, zraňujícím emočním reakcím a postojům vůči sobě (Catalano et al., 2021).

K internalizaci stigmatu, tedy k zvnitřnění předsudků, může docházet už v době, kdy jedinec zaznamená odlišné chování druhých a domýšlí si souvislosti, které k takovému jednání vedou. Dochází tak ke zvnitřnění postojů a názorů společnosti vůči duševním onemocněním jako k opodstatněným a nemocný poté jedná v souladu s nimi. Stigma a internalizované stigma nezasahuje nejen nemocného jedince, ale také jeho rodinné příslušníky. Ti jsou si v mnoha případech vědomi předsudků společnosti, což v důsledku může vést k odrazování nemocného člena rodiny od vyhledání odborné psychiatrické pomoci (Ocisková et al., 2014).

Světová zdravotnická organizace poukazuje na fakt, že stigma duševního onemocnění je významnou bariérou v léčbě duševních onemocnění (WHO, 2001). Negativní dopady stigmatu netvoří pouze překážku v samotné léčbě, ale zasahují i do fungování v běžném životě. Dopady stigmatu u lidí se závažným duševním onemocněním zahrnují pocity nepochopení a studu, nízké sebevědomí či deprese. Stigma může vést k nedodržování předepsané medikace, ke snížení počtu sociálních kontaktů, k menšímu zájmu vyhledat

pomoc, ke zhoršené kvalitě života, nižšímu počtu pracovních příležitostí a příležitostí k pronájmu bytů a celkově ke zhoršenému procesu zotavování (Chronister, Chou a Liao, 2013). Stigma je spojováno nejen s onemocněním, ale také s celým oborem psychiatrie. Stigmatizující postoje negativně ovlivňují volbu psychiatrie jako oboru mezi studenty medicíny (Bankovská Motlová et al., 2020). Stigmatizace související s duševním onemocněním je vysoká nejen v české populaci (Winkler et al., 2015b), ale stále přetrvává také mezi lékaři (Winkler et al., 2016).

Zahraniční i tuzemské studie ukazují, že edukace společnosti o duševním zdraví, vládní a společenská podpora osob se závažným duševním onemocněním a vzdělávání profesionálů jsou vhodným způsobem, jak předcházet celé škále rizik spojených se zátěží stigmatu závažného duševního onemocnění (Peris, Teachman a Nosek, 2008; Chronister, Chou a Liao, 2013; Mak et al., 2007; Krupchanka et al., 2018; Henderson et al., 2014; Janoušková et al., 2017).

2.2.4 Socioekonomické dopady

Významný dopad má závažné onemocnění na socioekonomickou situaci jedince a jeho rodiny. Zpravidla dochází k narušení běžného (rodinného) fungování způsobeným například dlouhodobými hospitalizacemi, výpadkem příjmů, potížemi s bydlením, zadlužením či chudobou. Výzkumy ukazují, že tato skupina osob čelí sociální exkluzi, jsou často nuceni bydlet ve spolubydlení s jinými osobami (rodiči, sourozenci nebo známými), přičemž je pro ně náročné dosáhnout samostatného bydlení (Kondrátová et al., 2018) a současně jsou významně ohroženi chudobou (Saraceno a Barbui, 1997).

Socioekonomické faktory hrají významnou roli také při hospitalizaci nemocných v psychiatrických nemocnicích. Nemocní bývají v řadě případů přijímáni do hospitalizace ze sociálních důvodů, nikoliv primárně za účelem zlepšení psychického stavu. Z dostupných dat sledujících tuzemskou psychiatrickou péči vyplývá, že pro čtvrtinu osob v psychiatrických zařízeních je pro propuštění z hospitalizace bariérou sociální problematika, zejména absence bydlení a potřebných návazných služeb. Počet nemocných potýkajících se se sociálními problémy, kteří nenachází v komunitních podmínkách vhodné řešení své situace, je ještě vyšší (MZ ČR, 2020a).

Dlouhodobé a opakované hospitalizace významně ovlivňují samotný návrat do společnosti a znesnadňují sociální integraci týkající se zejména oblasti zaměstnanosti

a bydlení (Smith et al., 2020). Rehospitalizace je jasným ukazatelem toho, že je nutné cíleně podporovat služby case managementu. Ty mohou pomoci zabránit sociálním krizím, které opakovaně vedou nemocného do lůžkové psychiatrické péče namísto zvládnutí krizové situace ve vlastním prostředí (Kent a Yellowlees, 1994).

Nezaměstnanost mezi lidmi se závažným duševním onemocněním v České republice dle dostupných dat dosahuje zhruba 75 % (Kondrátová a Winkler, 2017). Až 82 % dosahuje nezaměstnanost u osob s psychotickým onemocněním propuštěných z lůžkové psychiatrické péče v České republice. Téměř všechny tyto osoby (90 %) čerpají dávky invalidního důchodu, který tvoří jejich nejvyšší příjem (Kondrátová et al., 2018). V ČR představuje duševní onemocnění jeden z nejčastějších důvodů přiznání invalidních důchodů a současně lze pozorovat vzrůstající tendenci. V roce 2021 byla zaznamenána pracovní neschopnost z důvodu duševního onemocnění ve více než 50 tisících případech. Závažná duševní onemocnění, zejména pak depresivní onemocnění a schizofrenie, patří k významným příčinám pracovní neschopnosti (ÚZIS, 2021). Za poslední dekádu lze pozorovat trend narůstajícího podílu přiznaných dávek sociálního zabezpečení (nemocenských a invalidních dávek), který je patrný napříč některými státy Evropy, kde tvoří až polovinu nově uznaných dávek (Janoušková, Winkler a Kázmér, 2014).

Měřítko socioekonomické situace jsou však širší a zahrnují nejen ekonomický status, který je odvozen od příjmu, zaměstnání, či sociální status, který úzce souvisí s dosaženým vzděláním. Náklady vzniklé ztrátou produktivity a náklady na zajištění ambulantní a lůžkové péče o osoby s duševním onemocněním způsobují ekonomickou zátěž také pro stát (Knapp, Mangalore a Simon, 2004; Evensen et al., 2016).

2.2.5 Zhoršené somatické zdraví

U osob potýkajících se s dlouhodobým duševním onemocněním se oproti běžné populaci vyskytuje zhoršené fyzické zdraví a vysoká míra komorbidit somatických nemocí (Fekadu et al., 2015; Mojtabai et al., 2015; Haussleiter et al., 2021). Lidé se závažným duševním onemocněním se zpravidla dožívají o několik let méně v porovnání s běžnou populací. Doba dožití je průměrně o 10 let (Schneider et al., 2019) až 25 let kratší (Viron a Stern, 2010). Významný vliv na zkrácení délky života má nezdravý životní styl, kouření cigaret, málo aktivní a sedavý způsob trávení volného času, přičemž důsledky tohoto způsobu života mohou být například obezita, diabetes, hypertenze a s tím související kardiovaskulární onemocnění (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Je zřejmé, že celkový stav zdraví duševně nemocných je podmíněn spoluprací odborníků na somatické a psychické zdraví, včasnou identifikaci tělesných obtíží, jejich prevencí a aktivním přístupem ke zdravému životnímu stylu. Jako efektivní pro zlepšení zdravotního stavu osob se závažným duševním onemocněním se ukazuje spolupráce s praktickými lékaři. Ti by pravidla měli mít přehled o zdravotním stavu jedince a měli by zajistit preventivní a primární péči. Dalším vhodným nástrojem v prevenci zdravotních rizik u osob se závažným duševním onemocněním je vzdělávání odborníků z oblasti péče o duševní zdraví. Tato spolupráce také umožní vyšší provázanost mezioborových služeb a rychlejší přijetí klienta do psychiatrických a psychosociálních služeb (van Hasselt, Oud a Loonen, 2015; Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Je také nutné zmínit, že vztah mezi duševním a somatickým onemocněním je oboustranný. Tedy nejen že se u osob s duševním onemocněním vyskytuje vyšší míra fyzických komorbidit, ale také somaticky nemocní jedinci jsou ve vyšším riziku vzniku a rozvoje psychiatrických komorbidit, jako je například deprese (Jeong et al., 2014; Fydrich a Ülsmann, 2011).

Oboustrannost lze pozorovat také u závislostí. Příkladem může být závislost na tabáku, zejména na cigaretách, které jsou mezi lidmi s duševním onemocněním značně rozšířené. V dospělé populaci kouří zhruba 25 % osob, (Csémy et al., 2022). Kouření je mnohonásobně vyšší u osob s depresí, kterých kouří až 60 %, a u osob se schizofrenií, kterých kouří až 80 %. Naproti tomu se kuřáci potýkají s vysokou psychiatrickou komorbiditou, přičemž kouření je rizikovým faktorem rozvoje psychiatrických nemocí, jako je například deprese, bipolární porucha a další. Samotné kouření zhoršuje prognózu onemocnění a významně narušuje účinnost řady psychofarmak (Králíková, Štěpánková a Hellerová, 2010). Kouření cigaret také zvyšuje riziko sebevražedných myšlenek a sebevražedného jednání (Poshor, Kališová a Králíková, 2023). Závislost, ať už jí duševní onemocnění předchází či ne, je významným faktorem pro rozvoj komorbidit dalších duševních obtíží. Souběh závislosti a další duševní nemoci, tedy alespoň dvou duševních poruch, je klasifikován jako duální diagnóza. Až v polovině případů se u osob s duševním onemocněním objevují závislostní poruchy (Kalina a Vácha, 2013).

2.2.6 Suicidialita

Suicidium neboli sebevražda je činem úmyslného a vědomého ukončení vlastního života a u psychických poruch, zejména ze skupiny závažných duševních onemocnění,

představuje jedno z nejzávažnějších rizik. Světová zdravotnická organizace uvádí, že každý rok si na celém světě vezme život více než 700 tisíc lidí (WHO, 2021b). V ČR si každý rok vezme život zhruba 1 300 lidí, což znamená, že si v průměru každý den vezmou život 3 až 4 osoby. Až čtyřikrát častěji páchají sebevraždu muži oproti ženám. Suicidii přibývá s věkem (ČSÚ, 2023) a celosvětově se sebevraždy řadí mezi 3 hlavní příčiny úmrtí osob ve věku 15–44 let (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015).

U osob se schizofrenií je sebevražedné chování a dokonaná sebevražda nejzávažnějším rizikem onemocnění, jelikož je jednou z hlavních příčin úmrtí u těchto osob. Z této skupiny onemocnění sebevraždu dokoná až 13 % nemocných. Zhruba polovina nemocných se potýká se sebevražednými myšlenkami, z nichž se polovina o sebevraždu alespoň jednou pokusí (Bankovská Motlová a Španiel, 2017). U diagnózy deprese tento akt dokoná 10–15 % nemocných (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015).

Predikce rizikových faktorů je základní strategií, jak předejít sebevražedným pokusům a dokonané sebevraždě (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015). Největším rizikovým faktorem sebevražedných pokusů na celém světě je psychiatrická komorbidita (Gili et al., 2019). Retrospektivní analýza 174 tisíc dokonaných suicidií osob starších 18 let za období 2003–2017 ukázala, že se závažné duševní onemocnění vyskytovalo u necelých 9 % osob a zhruba 33 % mělo jiné duševní onemocnění. Ve srovnání se skupinou osob s ostatními duševními nemocemi byly zesnulé osoby se závažným duševním onemocněním mladší, pravděpodobně již měly za sebou sebevražedný pokus a souběžně užívaly návykové látky. Rizikovými faktory, které následně vedly k dokonání sebevraždy, bylo zhoršené fyzické zdraví, život bez partnera a nedávné propuštění z institucionální péče. Ačkoliv tři čtvrtiny ze skupiny osob se závažným duševním onemocněním byly v době sebevražedného činu v léčbě, řada z nich neužívala předepsaná antipsychotika či antidepressiva (Schmutte et al., 2021).

Zachycení signálů blížícího se pokusu o sebevraždu nastává v řadě případů prostřednictvím některé ze služeb pracujících s osobami v riziku spáchání sebevraždy. Česká republika se však potýká s nedostatečnou dostupností služeb pro tyto osoby, jako jsou krizová centra, služby ambulantní péče nebo např. denní stacionáře (MZ ČR, 2020d). Stejně tak je nedostatečná návaznost služeb pro osoby po psychiatrické hospitalizaci,

u kterých je doba krátce po propuštění (zpravidla do 2 měsíců) spojena s nejvyšším rizikem spáchání sebevraždy (Winkler et al., 2015b).

2.3 Koncept zotavení

Současným přístupem, který se stal stěžejním paradigmatem v léčbě a rehabilitaci duševních onemocnění, je **zotavení** (z angl. *recovery*). Tento přístup se mezinárodně prosazuje v psychiatrických službách, včetně jeho ukotvení v politických dokumentech a strategiích. Zotavení je deklarovaným přístupem Světové zdravotnické organizace implementovaným v Akčním plánu pro duševní zdraví 2013–2030 (WHO, 2013) a v tuzemském Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030 (MZ ČR, 2020a). Odklon od prosazování tradičního medicínského přístupu k holistickému nahlížení na jedince otevřel možnost prosazovat zcela individuální přístup k zotavení. Ten se neomezuje pouze na nastolení premorbidního stavu, jako tomu je u somatických nemocí, ale nahlíží na proces zotavení jako na zcela jedinečnou a hluboce osobní cestu (znovu)budování schopností, postojů a způsobů, jak žít nadějný, uspokojující a přínosný život i přes omezení, která vyplývají z onemocnění (Anthony, 1993; Kourgiantakis et al., 2022).

2.3.1 Způsoby nahlížení na zotavení v léčbě závažného duševního onemocnění

Zotavení stojí na principech, jako je naděje, sebeurčení, autonomie, zaměření se na silné stránky jedince a osobní odpovědnost, a dotýká se také témat, jako je sociální inkluze a boj proti stigmatu a diskriminaci (Mental Health Commission of Canada, 2015; Kourgiantakis et al., 2022). Tento pojem je však značně široký a v literatuře absentuje jeho jednotná definice. Rozšiřující pohled na proces zotavení přináší Hollander a Wilken (2016), kteří rozlišují dva přístupy k zotavení. Tím prvním je zotavení **osobní**, při kterém se člověk učí vypořádat se s událostmi souvisejícími s onemocněním, hledá opěrné body v přítomnosti a v budoucnosti a učí se nakládat s vlastní zranitelností. Druhým je zotavení **sociální**, které představuje návrat k plnohodnotné participaci na společnosti, a s tím související reintegraci do ní. Sociální zotavení v sobě zahrnuje také úsilí společnosti, které spočívá v empatickém přístupu k nemocnému a v ochotě ho přijmout.

K zotavení lze přistupovat také z pohledu **klinického** a **rehabilitačního**. Klinické pojetí zotavení představuje objektivní remisi symptomů onemocnění s prokazatelným obnovením kognitivních, pracovních a sociálních funkcí. Zotavení rehabilitační

představuje úspěšnou adaptaci na život s nemocí, včetně budování subjektivně plnohodnotného života (Pěč, 2014).

Další perspektivou, která prohlubuje pochopení zotavení, je pohled lidí žijících se závažným duševním onemocněním. Jejich rétorika hovoří o zotavení jako o cestě, na které musí udělat spousty malých kroků doprovázených svobodou jednání. Zotavení v jejich perspektivě znamená fungovat v každodenních aktivitách, rutinách a normativních životních procesech, jako je zaměstnání a vzdělání. Současně upozorňují na potřebu humánního a podporujícího systému, který upevňuje jejich autonomii a vlastní volbu (Drake a Whitley, 2014).

Významnou roli v procesu zotavování hraje rodina nemocného. Rodinní příslušníci nejsou pouze těmi, kdo zpravidla jako první zaznamená počáteční projevy onemocnění, zároveň následně zajišťují potřebnou péči a podporu. Duševní onemocnění člena domácnosti ovlivňuje i rodinný systém, proto by proces zotavení měl zahrnovat i rodinné příslušníky – v zahraničí je tato praxe označována jako zaměřená na rodinu (či *family-sensitive*) a poskytující rodinné intervence směřující k zotavení (*family-focused recovery interventions*). Role rodinného příslušníka se v různých fázích proměňuje, stejně jako se proměňuje intenzita potřebné pomoci, při které dochází k proměně od pečovatele (v době akutních stavů) k člověku, který poskytuje podporu (v době zotavování) (Ward et al., 2017).

Celý systém služeb duševního zdraví by měl podporovat vizi zotavení nejen v kontextu toho, co osoby s duševními potížemi zvládly, ale především by měl vytvářet základ pro organizaci péče o duševní zdraví (Pěč a Probstová, 2009).

3 Systém péče o duševní zdraví se zaměřením na komunitní péči

3.1 Systém psychiatrické péče

Systém psychiatrické péče se kontinuálně vyvíjí paralelně s přístupem k osobám s duševním onemocněním. K tomu přispívají nové poznatky o samotných onemocněních, na důkazech založená praxe a milníky, jako je objev psychofarmak, vznik komunitních služeb a deinstitucionalizace s přesunem těžiště péče do komunitních podmínek.

Psychiatrická péče by měla spočívat v propojeném systému sítě ambulantní, komunitní a lůžkové péče. Tyto služby jsou v ČR realizovány následovně:

- **Ambulantní péče:** jedná se o základní pilíř psychiatrické péče, ve které je realizována péče o osoby s duševním onemocněním, včetně diagnostiky, léčby, rehabilitace a prevence. Ambulantní péče zahrnuje psychiatrické ambulance, specializované ambulance (adiktologická, dětská a dorostová, gerontopsychiatrická, prevence a léčba závislostí neboli AT-poradny, psychiatrická sexuologie) a ambulance klinické psychologie.
- **Komunitní/intermediární péče:** zajišťuje propojení zdravotních a sociálních služeb, přičemž rozsahem zahrnuje oblast mezi ambulantní a lůžkovou péčí. Intermediární péče zahrnuje zařízení, jako jsou denní stacionáře, chráněná pracoviště, chráněná bydlení, domy na půl cesty, terapeutické kluby, svépomocné skupiny a krizová centra. Nově také Centra duševního zdraví propojují lůžkovou a ambulantní péči. Dlouhodobou péči osobám s duševním onemocněním, které tuto podporu potřebují, zajišťují v těchto centrech asistenti případového vedení (case manageři).
- **Lůžková péče:** v rámci níž se zajišťuje akutní a následná léčebná péče poskytovaná v psychiatrických nemocnicích či na psychiatrických odděleních všeobecných a fakultních nemocnic. Pro některé osoby s duševním onemocněním zajišťuje tento pilíř péče dlouhodobé pobyty (Malá a Pavlovský, 2010).

Současná psychiatrická péče stále není dostatečně provázaná a netvoří ucelenou síť propojených služeb. Např. chybí ambulantní, pobytové, terénní služby v komunitě, ale také adekvátně zajištěná péče o děti a dorost na všech třech úrovních. Komunitní péče vytváří průnik zdravotních a sociálních služeb, do kterého cílí aktivity spojené

s reformními změnami. V této souvislosti jsou v systémech zdravotních a sociálních služeb prováděny změny a opatření pro jejich úspěšnou implementaci a udržitelnost.

3.2 Komunitní psychiatrie a její vývoj v ČR

Komunitní péče představuje úzké propojení zdravotní a sociální oblasti, tedy služeb, programů a zařízení, s cílem zajistit lidem s duševním onemocněním uspokojivý život v podmínkách běžného života. Všechny tyto různorodé a komplexní služby by měly pomoci žít lidem s duševním onemocněním takovým způsobem, aby byly co nejvíce naplněny jejich subjektivní zdravotní, psychické a sociální potřeby (Pěč, 2012). Popisovaný pojem komunitní péče vychází z mezinárodní definice a spočívá v poskytování péče ve vlastním sociálním prostředí jedince. Nejedná se pouze o výčet služeb vyskytujících se na určitém území (MZ ČR, 2020a).

3.2.1 Transformace psychiatrické péče a reformní změny

Uplatňování komunitní péče a zavádění nových alternativních přístupů bylo zapotřebí podpořit systematickou změnou, která směřovala k deinstitucionalizaci tradičních psychiatrických nemocnic. Tato změna v sobě zahrnuje aktivní kroky vedoucí k reintegraci lidí s duševním onemocněním do společnosti, destigmatizaci, popularizaci a humanizaci psychiatrie, a to včetně edukace celé společnosti (Höschl, Winkler a Pěč, 2012). Transformace psychiatrické péče byla legislativně podpořena až v roce 2013, kdy započala reforma péče o duševní zdraví, jejíž konkrétní cíle jsou stanoveny ve Strategii reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2013). Záměrem definování strategických cílů je naplňování lidských práv osob s duševním onemocněním v co nejširším možném výkladu a zvýšení jejich kvality života.

Specifické cíle reformních změn jsou směřovány na:

- zvýšení kvality psychiatrické péče pomocí změny jejího poskytování;
- zvýšení spokojenosti jejích uživatelů;
- zvýšení efektivity péče díky včasné diagnostice a zlepšením provázanosti zdravotních, sociálních a návazných služeb;
- humanizaci psychiatrie;
- omezení stigmatizace a
- zapojení osob s duševním onemocněním do společnosti v co největší šíři, zejména skrze zlepšení podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení (MZ ČR, 2013).

K této transformaci přispěla evidence o efektivitě služeb propojující komunitní a institucionální služby. Takto organizovaná péče je založena na modelu tzv. **vyvážené péče** (*the balanced care model*), který se opírá o spolupráci komunitních a institucionálních služeb a je postaven na principu zotavení (Thornicroft a Tansella, 2004).

Péče opírající se o model vyvážené péče vytváří systém zahrnující:

- primární zdravotní péči;
- specializované ambulance;
- krizové služby;
- multidisciplinární a terénní týmy;
- denní stacionáře;
- centra denních služeb;
- akutní lůžka na odděleních všeobecných nemocnic;
- služby psychiatrické rehabilitace;
- komunitní týmy;
- akutní lůžkovou péči;
- terapeutické komunity;
- dostupné bydlení s různou mírou podpory;
- různé formy zaměstnávání a vzdělávání;
- svépomoc;
- podporu pečujících rodin (Thornicroft a Tansella, 2004; Pěč, 2012; MZ ČR, 2020a).

3.3 Psychiatrická a psychosociální rehabilitace

Posun, který zažívá psychiatrická péče v posledních dekáдах, je zřejmý v psychiatrické rehabilitaci duševních onemocnění a s ní související posun ke konceptu zotavení. Za základní principy psychiatrické rehabilitace je považován respekt k autonomii jedince, dobře nastavené terapeutické vztahy, sdílené rozhodování, zvyšování příležitostí, poskytování podpory a zlepšování prostředí s cílem snižovat diskriminaci a stigma související s duševním onemocněním (Rössler a Drake, 2017).

Obecně lze psychiatrickou rehabilitaci členit na rehabilitaci poskytovanou v lůžkových zařízeních psychiatrické péče (lůžková rehabilitace) a rehabilitaci v komunitních podmínkách (psychosociální rehabilitace). Ze zahraniční zkušenosti je patrné, že bez péče

na akutních lůžkách nelze poskytovat psychiatrickou péči a řada pacientů by nebyla schopna služeb v komunitních podmínkách využít (např. lidé dlouhodobě neléčení, v ochranné léčbě či se sociálně problematickým chováním) (Killaspy, 2006). To klade na péči v lůžkových zařízeních řadu požadavků. Tato oddělení navazují na akutní lůžka s cílem napojit nemocného do komunitní péče, včetně zahájení hodnocení individuálních potřeb, mapování silných stránek, zdrojů, přání a spoluvytváření plánu psychosociální rehabilitace (osobního/individuálního plánu). Dalším nárokem na psychiatrickou rehabilitaci v lůžkové péči je zplnomocňování nemocného, podpora jeho sebedůvěry, motivace k naději a pozitivnímu nastavení s cílem překonat obtíže vyplývající z onemocnění a stigmatu s nemocí souvisejícím. K tomu by v lůžkových zařízeních měla sloužit režimová léčba, různé psychoterapeutické modalitty a další činnosti dostupné v daných zařízeních (Páv, Pluhaříková Pomajzlová a Štátná, 2017).

Psychosociální rehabilitace, která má širší uplatnění v komunitních podmínkách, cílí na dosažení optimální úrovně nezávislého fungování jedince ve společnosti. Opírá se nejen o zlepšování schopností jedince, ale úzce souvisí s potřebou změn v okolním prostředí, aby došlo k zajištění co nejoptimálnější úrovně fungování nemocného v běžném prostředí (WHO, 1996). Proces psychosociální rehabilitace potencuje dosahování co nejlepší kvality života na osobní i sociální úrovni, aby nemocný jedinec mohl uspokojivě fungovat ve všech dimenzích, ve kterých si fungovat přeje (např. v domácím prostředí či v zaměstnání) (Hollander a Wilken, 2016).

Rehabilitace v psychiatrii se tedy neobejde bez víceúrovňových intervencí zahrnujících péči na akutních lůžkách a následné psychiatrické péče v podmínkách komunitních. To klade vysoké nároky na zajištění a budování zdravotně-sociálních služeb v komunitních podmínkách, jejichž cílem je propojit všechny formy psychiatrické péče a zajistit kontinuitu služeb ve prospěch člověka s duševním onemocněním. Tato změna v poskytování péče by nebyla možná bez systémových změn.

3.4 Deinstitutionalizace psychiatrické péče

Vzhledem k historickému vývoji v druhé polovině minulého století země východního bloku byly odkázané na striktně danou politiku poskytování psychiatrické péče. Ta byla v tomto regionu postavena převážně na velkých lůžkových institucích (Winkler et al., 2017). Současné reformní změny vytváří podmínky pro budování komunitně orientované péče, která tvoří jeden ze čtyř pomyslných pilířů psychiatrické péče. Dalšími pilíři, na

kterých je psychiatrická péče postavena, je ambulantní psychiatrie, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic a psychiatrické nemocnice.

Zavádění nových přístupů v léčbě a rehabilitaci duševních onemocnění je souběžně doprovázeno procesem deinstitucionalizace. Tato transformace je podmíněná několika faktory:

- zavedením, zajištěním a udržením systému komunitní péče o duševní zdraví;
- prosazováním adekvátních komunitních služeb;
- propouštěním do komunitních podmínek dlouhodobě hospitalizovaných, kteří jsou na tuto tranzici připraveni (Dvořáková a Kondrátová, 2020a).

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (dále NAPDZ) vytyčil cíle a opatření, které se zaměřují na deinstitucionalizaci a proces zavádění komunitní péče a služeb v komunitě, které mají pokrýt všechny potřeby osob s duševním onemocněním. Dostupnost akutní péče v komunitě pro osoby se závažným duševním onemocněním je extrémně nízká. Do roku 2030 je plánována realizace řady kroků v procesu deinstitucionalizace ošetřující tuto skutečnost, včetně rozvoje širokého spektra služeb v komunitě či rozšíření kapacit akutních lůžek v psychiatrických a pediatrických odděleních všeobecných nemocnic rovnoměrně rozmístěných po celé republice (MZ ČR, 2020a).

Některé západní země, které prosazovaly proces deinstitucionalizace od 20. let minulého století, získaly řadu zkušeností. Některé byly méně úspěšné, zatímco v jiných se podařilo tento model prosadit a následně zakotvit legislativně. Dvořáková a Kondrátová (2020a) na příkladu Velké Británie, USA a Itálie představují modalitu tohoto procesu, včetně rizik a přínosů, které deinstitucionalizace představuje.

3.4.1 Rizika spojená s deinstitucionalizací

Syndrom otáčivých dveří

Bez adekvátního zajištění návazných služeb při propouštění z hospitalizace se zvyšuje riziko zhoršení zdravotního stavu a rehospitalizace. Tento fenomén je spojen s negativním dopadem na mezilidské vztahy a sociální dovednosti (Machado et al., 2012). Opětovné hospitalizace zhoršují celkovou prognózu onemocnění a představují v porovnání s péčí v komunitních podmínkách vyšší náklady na zajištění psychiatrické

péče (Winkler et al., 2018a). K rehospitalizacím duševně nemocných přispívají faktory, jako je nedodržování předepsané medikace, nedostatečná podpůrná síť nemocného, ale zejména absence potřebných komunitních služeb (Garrido a Saraiva, 2012; Machado et al., 2012).

Transinstitucionalizace

Při rušení lůžek v psychiatrických nemocnicích a propouštění jejich pacientů bez adekvátně zajištěných služeb v komunitních podmínkách může dojít k tzv. transinstitucionalizaci (v zahraniční literatuře někdy označované jako reinstitucionalizaci), kdy dochází k přesunu nemocného z jednoho zařízení do jiného, například do pečovatelských domů, všeobecných nemocnic či věznic. S tímto fenoménem jsou spojené vyšší náklady na zajištění vhodné léčby a následně s vyšším rizikem marginalizace a bezdomovectví (Sisti, Segal a Emanuel, 2015).

3.4.2 Přínosy procesu deinstitucionalizace

Humanizace a destigmatizace psychiatrické péče

Zásadní příležitostí, kterou tento proces nabízí, je humanizace psychiatrické péče zahrnující destigmatizaci a navrácení důstojnosti lidem s duševním onemocněním (Carta, Angermeyer a Holzinger, 2020). Konec segregace a pomyslné otevření dveří do komunitních služeb různého typu a běžné společnosti by nebylo možné bez vývoje v oblasti psychofarmakologie. Od 50. let minulého století, kdy došlo k syntetizování chlorpromazinu, bylo ústavní prostředí centrálním místem psychiatrické léčby za pomoci psychofarmak. Vývoj psychofarmak a vhodně nastavené služby umožňují efektivní léčbu duševních onemocnění mimo ústavní péči, která přispívá k humanizaci péče a snížení stigmatu souvisejícího s duševním onemocněním (Dvořáková a Kondrátová, 2020a).

Snížení symptomů onemocnění a zvýšení kvality života

Studie sledující osoby propuštěné v rámci deinstitucionalizačních opatření poukazují na fakt, že sami nemocní chtějí žít a čerpat služby v komunitních podmínkách (Okin et al., 1995; Okin a Pearsall, 1993). Systematické rešerše přispívají svými zjištěními k tomu, že přesun některých dlouhodobě hospitalizovaných do komunitních podmínek přispívá ke stabilizaci jejich stavu, snížení symptomů nemoci při stejném či nižším dávkování medikace za současného snížení spotřeby služeb (Kunitoh, 2013). Efektivita této tranzice přetrvala i po řadě let, kdy bylo u sledovaných jedinců možné

pozorovat zlepšení v oblasti autonomie, socializace, vyjadřování svých přání a současně u nich bylo možné pozorovat snížení symptomů spojených s depresí a úzkostí (Furlan et al., 2009).

Zapojení zainteresovaných subjektů

Transformace psychiatrické péče z institucí do komunity klade velké požadavky na zapojení různých zainteresovaných zdrojů, a to nejenom profesionálů ze zdravotních a sociální služeb, ale také nejbližšího okolí nemocného (Rowe, 2012). Tato změna paradigmatu si žádá také zapojení rodinných příslušníků, pečujících a stávajících pracovníků takovým způsobem, aby měli možnost se na těchto změnách podílet. Právě tyto osoby jsou klíčové pro rozvoj a udržitelnost vyváženého modelu péče, za předpokladu prosazování jejich potřeb a práv osob s duševním onemocněním (Dvořáková a Kondrátová, 2020a). To se však neobejde bez odborného personálu, který bude adekvátně vzdělaný pro poskytování služeb v komunitních podmínkách.

3.5 Centra duševního zdraví

Česká reforma psychiatrické péče podporující rozvoj péče v komunitních podmínkách stanovila jako jeden z prioritních cílů vznik nového nízkoprahového pilíře psychiatrické péče. Tím jsou tzv. Centra duševního zdraví (dále CDZ), která zajišťují zdravotně-sociální služby v jasně definované spádové oblasti mimo psychiatrické instituce. Takto organizované služby mají zajistit plynulý přechod mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Hlavním cílem CDZ je poskytnout komplexní psychiatrickou péči a rehabilitaci lidem se závažným duševním onemocněním co nejbližší jejich přirozenému prostředí. Cílem komunitního přístupu je to, aby ti, kteří jsou toho schopni, měli možnost se co nejrychleji navrátit do společnosti a aby do ní zůstali trvale začlenění.

Do roku 2018, kdy začala vznikat první CDZ v pilotním provozu, fungovaly v komunitních podmínkách organizace (např. Fokus, Ledovec, Péče o duševní zdraví) poskytující lidem s duševním onemocněním zejména sociální služby, relativně separátně od poskytovaných psychiatrických ambulantních a lůžkových služeb. Skrze realizaci projektů podpořených dotačními programy Evropské unie z Operačního programu Zaměstnanost⁵ vzniklo do roku 2022 celkem 29 Center duševního zdraví ve třech

⁵ CDZ I: Podpora vzniku Center duševního zdraví I, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0004672

CDI II: Podpora vzniku Center duševního zdraví II, reg. číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0007037

projektových obdobích. Na základě zhodnocení fungování vzniklých pilotních CDZ by mělo vzniknout až 100 CDZ rovnoměrně rozmístěných po celé České republice (MZ ČR, 2020a), s regionální spádovou oblastí každého CDZ zhruba 60 000 až 140 000 obyvatel (MZ ČR, 2020b).

3.5.1 Organizace péče a poskytované služby

Cílová skupina

Cílovou populací jsou:

1. lidé se závažným duševním onemocněním (dle kritérií definovaných v kap. 1.1);
2. lidé v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění, tedy osoby s potřebou včasné intervence (*Early Intervention*), případně
3. lidé v krizových situacích, kteří mají akutní psychické obtíže a současně nepotřebují hospitalizaci (MZ ČR, 2020b).

Síť sta CDZ do roku 2030 počítá s kapacitou 7 500 osob se závažným duševním onemocněním (MZ ČR, 2020a).

Cíle služby

CDZ jsou pilířem komunitní péče, jejichž cílem je snižovat sociální vyloučení lidí s duševním onemocněním. Konkrétní aktivity, o které se CDZ zasazují, jsou:

- včasná diagnostika onemocnění a započetí léčby;
- prevence hospitalizací;
- podpora nemocného na jeho cestě k zotavení a
- podpora zapojení osob v dlouhodobé hospitalizaci do komunitních podmínek (MZ ČR, 2020b).

Multidisciplinární spolupráce

Jádrem poskytovaných služeb CDZ jsou zdravotně-sociální multidisciplinární týmy. Ty jsou zdrojem multiprofesní pomoci, pečují o osoby s duševním onemocněním v jejich vlastním prostředí a dbají na zajištění jejich práv a potřeb.

V pilotních provozech byly požadavky na zajištění multidisciplinarity v těchto týmech následující:

- psychiatr;
- sestry pro péči v psychiatrii (psychiatrické sestry) / všeobecné sestry;
- sociální pracovníci/pracovníci v sociálních službách;
- klinický psycholog a
- peer pracovník.

Přičemž alespoň jeden pracovník z týmu musí mít specializaci v systematické psychoterapii.

Standard péče poskytované v CDZ (MZ ČR, 2016) uvádí další doplňující profesionály, kterými jsou:

- IPS specialista/pracovní konzultant;
- specialista pro práci s lidmi s duální diagnózou.

Pro pilotní provozy byla jasně formulována kritéria pro zajištění výše uvedených úvazků daných profesí. Nejpočetnější skupinu tvoří sociální pracovníci a zdravotní sestry. Tyto dvě nejvíce zastoupené profese zastávají roli klíčových pracovníků (case managerů) pro klienty.

Služby poskytované v CDZ

Pilotní provozy fungovaly alespoň z poloviny v přirozeném prostředí klienta. Kromě samotných poskytovaných služeb by měla CDZ pro návaznost péče aktivně spolupracovat s ambulantními a lůžkovými zařízeními v regionu.

Služby, které multidisciplinární tým poskytuje v souladu se Strategií reformy psychiatrické péče, jsou:

- **Terénní služby:** tyto služby jsou poskytované v přirozeném prostředí klienta na základě jeho individuálního plánu a dle jeho aktuálního stavu. Terénní služby poskytované jednotlivcem či týmem zahrnují také práci s rodinou a okolím klienta

(sousedé, úřady apod.). Mají podobu dlouhodobé psychiatrické a sociální rehabilitace, krizové intervence poskytované v domácnosti klienta či včasné intervence u nediodagnostikovaných nebo aktuálně neléčených osob.

- **Služby denní péče:** CDZ provozuje centrum denních aktivit poskytující sociální rehabilitaci. Obsahem jsou nízkoprahové psychoterapeutické služby, psychiatrická rehabilitace a psychoedukace. Služby denní péče zahrnují nácvik praktických dovedností běžného života a nabízejí prostor pro trávení volného času.
- **Krizové služby:** cílem těchto služeb je podpora při zvládnutí přicházející krize a prevence hospitalizace. Krizová situace je indikována buď na základě pravidelného monitorování klienta multidisciplinárním týmem či rodinou, anebo klientem samotným. Zhodnocení stavu provádí klíčový pracovník klienta spolu s psychiatrem týmu. Tyto služby mají podobu ambulantní, telefonické či terénní.
- **Psychiatrické služby:** tyto služby jsou poskytovány psychiatrem a středním zdravotnickým personálem, kteří jsou součástí multidisciplinárního týmu. Služby mají podobu psychiatrické rehabilitace, zajišťují podpůrnou edukaci klienta a jeho rodiny, poskytují ošetrovatelskou péči, například podání depotních injekcí, zajišťují preventivní a screeningová vyšetření apod.
- **Služby klinického psychologa:** základními poskytovanými službami jsou zejména diagnostika a vedení systematické psychoterapie. Ostatním členům týmu je klinický psycholog k dispozici pro konzultace a intervize.
- **Psychoterapeutické služby:** na základě indikace je klientovi vytvořen psychoterapeutický plán (ten je součástí individuálního plánu a plánu zotavení). Psychoterapii poskytují pracovníci týmu s úplnou psychoterapeutickou kvalifikací.
- **Podpora svépomocných aktivit:** cílem těchto aktivit je podpořit klienty do takové míry, aby v terapii nemoci pokračovali svépomocně. Do této oblasti jsou zahrnuty činnosti peer konzultanta, podpůrné programy pro klienty a jejich rodinné příslušníky, dále se jedná o edukaci či sdílení zkušeností. Tým je k dispozici pouze pro konzultace, podporu či poskytování informací. Svépomocné aktivity neorganizuje ani neřídí (MZ ČR, 2019; 2016).
- **Služby včasné intervence:** tyto služby jsou cílené na skupinu osob v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění. Součástí služeb by měla být

spolupráce s organizacemi a školami a v regionu, ve kterých by měly probíhat preventivně-detekční programy (MZ ČR, 2021).

3.5.2 Principy poskytované péče a nároky související s fungováním CDZ

Základní principy poskytované péče

Vytvoření sítě dobře ukotvených CDZ v komunitních podmínkách napomáhá zajistit širokou síť adekvátních služeb. Takto organizovaná péče představuje systémovou změnu vedoucí k naplnění dalších cílů reformy péče o duševní zdraví. Významný podíl na dosahování těchto cílů mají právě CDZ, která realizují své služby na základě těchto principů (MZ ČR, 2019) :

- **Prioritní skupina:** osoby se závažným duševním onemocněním jsou nejvíce ohroženou skupinou v rámci celé psychiatrie. Důsledky spojené s nemocí a dopady na jejich život jsou tak významné, že jsou ohroženi tím, že jejich lidská práva nebudou uplatňována ani v komunitě. Pomoc by v tomto měla CDZ, jejichž primární cílovou skupinou jsou právě tyto osoby.
- **Podpora na cestě k zotavení:** zotavení je prvotním principem zahrnujícím v sobě řadu stěžejních přístupů, kterými je vedena individualizovaná psychiatrická péče.
- **Multidisciplinarita:** jedná se o úzkou spolupráci různých profesí v týmu. Každý odborník přináší jiné znalosti a dovednosti, které zajišťují širokou nabídku služeb a pomoci.
- **Spádovost:** každé CDZ působí v jasně definované spádové oblasti, ve které je zodpovědné za zajištění péče.
- **Případové vedení (case management):** každý klient má svého případového pracovníka, který mu poskytuje potřebnou péči a organizuje ji pro něj. Podstatou case managementu je zapojení různých profesionálů z týmu a dalších služeb dle aktuálních potřeb klienta.
- **Naplňování lidských práv:** na základě Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením vytváří CDZ takové podmínky, aby byla respektována a naplňována základní lidská práva klientů a jejich důstojnost.
- **Asertivní kontaktování:** CDZ aktivně podporují a vyhledávají osoby spadající do cílové skupiny, které samy o služby nejeví zájem, či je dokonce odmítají, přičemž je zjevné, že se jejich situace bez podpory stále zhoršuje. Tato podpora zahrnuje také informování relevantních subjektů a úzkou spolupráci s nimi (např.

rodinní příslušníci, místní samospráva, sociální služby, psychiatrická oddělení, policie aj.). Veškeré kroky jsou vedeny asertivním a partnerským způsobem, nikoliv proti vůli daných osob.

- **Nepřetržitá služba bez čekací doby:** adekvátní podpora by měla být cílové skupině poskytnuta v co nejkratším čase. Dalším požadavkem je zajištění nepřetržité péče, zejména co se týká dostupnosti krizové pomoci.
- **Práce s rodinou:** významnou činností CDZ je podpora rodiny a spolupráce s ní. Rodinní příslušníci jsou důležitým prvkem v péči o klienta. Rodina bývá primárním zdrojem podpory a pomoci a významným atributem při začleňování osob s vážným duševním onemocněním do běžné komunity.
- **Využívání zdrojů komunity:** snahou CDZ je zajistit co nejvíce aktivit podporujících kvalitu života v co nejběžnějších podmínkách. Nabízené programy v rámci CDZ jsou minimální a cílí na individuální potřeby klienta.
- **Peer podpora:** peer pracovníci jsou osoby s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Jejich zkušenosti s procesem zotavení jsou základním prvkem poskytované podpory. Jako členové týmu jsou také významným prvkem přístupu zaměřeného na zotavení.
- **Spolupráce s dalšími relevantními a návaznými službami:** intenzivní a aktivní spolupráce se zainteresovanými subjekty nabízí příležitost asertivně kontaktovat možné zájemce o služby CDZ ve spádovém regionu. To napomáhá zajistit kontinuitu práce a umožňuje bezpečné předání do jiných relevantních služeb. Tuto síť tvoří například ambulantní psychiatři, praktiční lékaři, opatrovníci, ale také jiné zdravotní a sociální služby, služby podpory bydlení, programy zaměstnávání či volnočasové aktivity.

Problematika poskytování komplexních komunitních služeb

Celý systém péče o osoby se závažným duševním onemocněním se potýká s nedostatkem specializovaných odborníků, za kterým stojí systém vzdělávání specializovaných profesionálů či neadekvátní financování a struktura poskytované péče. Poskytování vysoce odborné péče v komunitních podmínkách také vyžaduje specializované (společné) vzdělávání jak zdravotních, tak sociálních pracovníků, které není v rámci současného vzdělávacího systému dostatečné (MZ ČR, 2020a).

Obdobně zdravotní sestry a sociální pracovníci přicházející do komunitních multidisciplinárních týmů zažívají momenty vyjasňování profesních kompetencí. Jejich

předchozí zkušenosti, se kterými do komunitních služeb přicházejí, se značně liší od požadavků současné praxe. Střet různých pohledů – zdravotního a sociálního – přináší velké nároky na komunikaci v týmu, organizaci týmu a nároky vyplývající z případového vedení (case managementu) a komunitní práce. Problematickou oblastí je také prosazování role CDZ v systému psychiatrické péče, která stále není dostatečně ukotvena (Dudová, 2017). Nově vznikající centra se mohou setkávat s dalšími obtížemi, jako je nemožnost zajištění multidisciplinárního týmu z důvodu nedostatku potřebných odborníků na trhu práce nebo nedostatek finančních prostředků na zajištění zdravotně-sociálních služeb a lidských zdrojů (MZ ČR, 2022).

Nové uspořádání psychiatrické péče a vznik nového pilíře klade na CDZ vysoké nároky plynoucí z propojení zdravotní a sociální oblasti. Zpočátku se CDZ musela vypořádat s odlišným nehierarchickým uspořádáním týmu či organizačními požadavky na společnou práci. V České republice není toto uspořádání ukotvené legislativně. Pracovníci se potýkají s takovými situacemi kombinování zaměstnavatelů, aby vyhověli požadavkům pro samotné zajištění spolupráce: „...*poskytovatel zdravotních služeb, který je současně oprávněn poskytovat i sociální služby dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, nebo poskytovatel sociálních služeb, který je současně oprávněn poskytovat i zdravotní služby dle zákona o zdravotních službách⁶ anebo poskytovatel zdravotních služeb a poskytovatel sociálních služeb, kteří za účelem na základě smlouvy spolupracují při poskytování těchto služeb*“ (MZ ČR, 2016, str. 44).

Komunitní psychiatrická péče zajišťovaná komunitními multidisciplinárními týmy se kvalitativně liší oproti péči poskytované v rovině ambulantní a lůžkové péče. Tyto zdravotně-sociální týmy mají přesah mimo zdravotní péči a sociální služby. Problematickou oblastí stále zůstává ukotvení služeb multidisciplinárních týmů v relevantních zákonech, a to především v zákonech č. 372/2011 Sb., č. 48/1997 Sb., č. 108/2006 Sb., č. 95/2004 Sb., č. 96/2004 Sb., které budou ošetřovat sdílení informací o klientech služeb CDZ, podmínky vstupu, poskytování péče a celkově podmínky plynoucí z propojení zdravotní péče a registrovaných sociálních služeb (MZ ČR, 2020a).

⁶ Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

4 Hodnocení psychiatrické péče

Poskytování psychiatrických služeb, probíhající transformační procesy a zavádění nových forem zdravotně-sociálních služeb se neobjede bez průběžné evaluace za současného hodnocení dopadů těchto změn na systém psychiatrické péče a její uživatele. Těchto měření nelze dosáhnout bez indikátorů kvality péče, které umožňují sledovat cestu nemocného od počátku vstupu do služeb duševního zdraví a během celého léčebného procesu (Samartzis a Talias, 2019).

4.1 Principy hodnocení péče o duševně nemocné

Hodnocení psychiatrických intervencí je o to náročnější, jelikož oproti jiným medicínským oborům neexistuje v psychiatrii tolik měřitelných biologických indikátorů (biomarkerů), které by umožnily kvantifikaci změn během hospitalizace, při užívání psychofarmak a psychoterapeutických intervencí (Samartzis a Talias, 2019).

ÚZIS eviduje řadu indikátorů psychiatrické péče, které hodnotí psychiatrickou péči z hlediska a) rozhodování o systému péče, kam spadá politika a legislativa oblasti duševního zdraví, monitorování, organizace a financování systému psychiatrické péče, b) struktura systému péče o duševní zdraví, kam se řadí lidské zdroje, dostupnost péče, destigmatizace a vzdělávání v primární péči (NÚDZ, 2019). Tato hodnocení však nelze považovat za kompletní hodnocení stavu psychiatrické péče, aniž by byl zahrnut pohled těch, pro které jsou určeny.

Kvalita života

V souvislosti s poskytovanými službami a životem s disabilitou je často skloňováno sousloví „kvalita života“. Ani v tomto případě není k dispozici jednotná definice. Pod pojmem kvality života si představuje každý něco jiného, avšak současná evaluační praxe tento koncept váže na určité standardizované postupy, čímž tento termín formalizuje a činí z něj referenční rámec reformních změn, který je založen na multifaktoriálním chápání celkové úrovně života. V rámci zdravotnických zařízení bývá hodnocena kvalita života spolu s délkou dožití neboli kvalitou naplněný rok života (QALY – *quality-adjusted life year*). Tento koncept je využíván při měření zdravotně-ekonomické nákladovosti služeb, má potenciál vyjádřit jasně definované kritérium QALY srozumitelné pro řadu zainteresovaných aktérů, ale bývá kritizován pro etickou lhostejnost či nedostatečně citlivou metriku (Rogalewicz a Barták, 2017).

Kvalita života v kontextu služeb duševního zdraví zahrnuje domény, jako je zdraví a zdravotní péče; zaměstnání a pracovní podmínky; ekonomické zdroje; vzdělání; rodina a domácnost; život v komunitě a sociální zapojení; bydlení; lokální životní prostředí; doprava; bezpečnost a kriminalita; rekreace a volnočasové aktivity; kultura, identita, lidská práva, politické zdroje (MZ ČR, 2020c). Pro hodnocení existuje řada nástrojů měřící objektivní či subjektivní kvalitu života. Příkladem mohou být dotazníky WHOQOL-BREF, WHOQOL-100 (WHO, 2012) nebo v psychiatrii využívané dotazníky měřící EQ-5D či SF-6D, které jsou však kritizovány za jejich významné zaměření na fyzické zdraví (Connell, O’Cathain a Brazier, 2014) či neadekvátně nastavený skór pro českou populaci (Rogalewicz a Barták, 2017) a nemusí tak být adekvátní pro využití u osob s duševními poruchami.

Lidskoprávní hledisko

Vedle kvality života je stěžejním aspektem při hodnocení kvality péče naplňování lidských práv. Evidence o obtížnosti jejich naplňování v psychiatrických nemocnicích byla významným hybatelem pro spuštění procesu deinstitucionalizace (Winkler et al., 2020). Lidská práva se také stala hlavním cílem reformních změn. Klíčovým dokumentem je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále Úmluva⁷), která definuje práva osob s disabilitou, kam spadají i osoby s duševním onemocněním.

Základní principy definované v Úmluvě jsou:

- respekt k lidské důstojnosti, nezávislosti, svobodě volby a samostatnosti;
- zákaz diskriminace;
- plné zapojení do společnosti;
- respekt k odlišnosti;
- rovnost příležitostí;
- přístupnost;
- rovnost žen a mužů;
- respekt k vyvíjejícím se schopnostem dětí s disabilitou a jejich právu na zachování identity (OSN, 2020).

⁷ Úmluva o právech lidí se zdravotním postižením vstoupila v ČR v platnost v roce 2009.

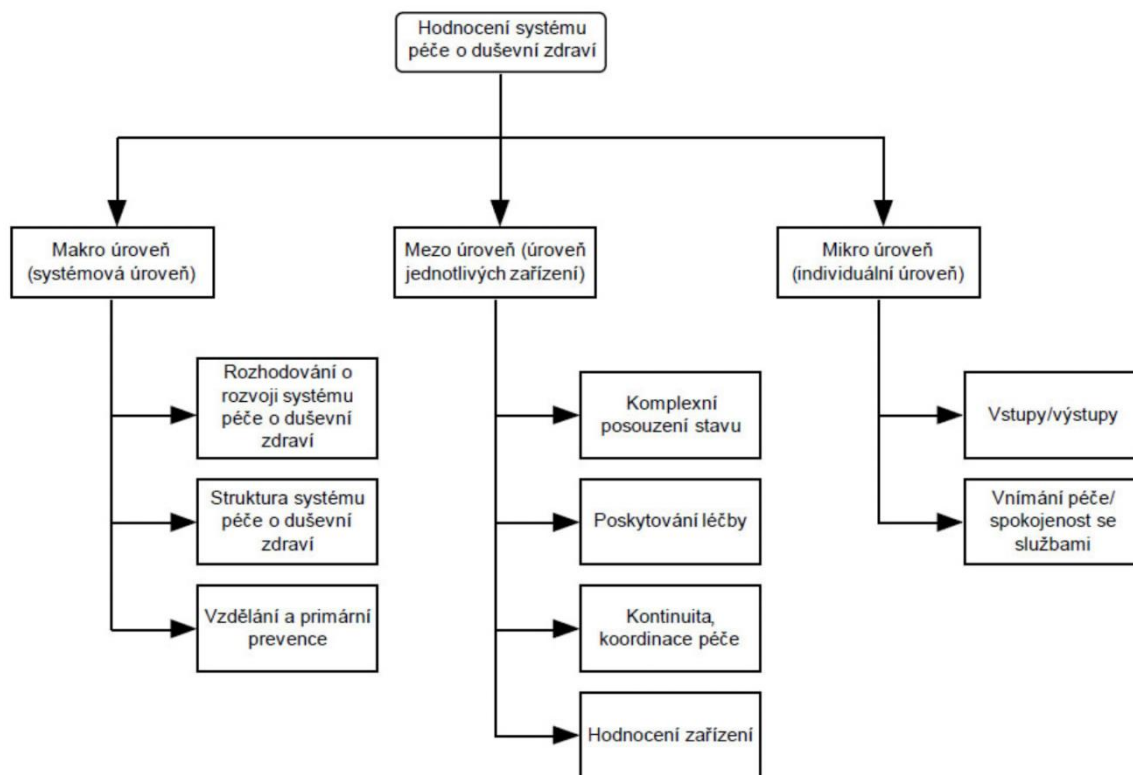
Česká republika se podpisem této Úmluvy zavázala k podpoře, ochraně a zajištění práv osob se zdravotním postižením jakožto rovnocenných a plnohodnotných členů společnosti. Dlouhodobé hospitalizace lidí s duševním onemocněním však vedou k nenaplnění principů ratifikovaných touto úmluvou (WHO, 2021c) a reformní úsilí vede ke změně poskytované péče s cílem naplnit tato práva v co nejširším možném výkladu.

4.2 Evaluace poskytování psychiatrické péče v ČR

Celosvětově je zjevná snaha standardizovat měření kvality psychiatrické péče, které v současnosti není jednotné. Důvodů, které brání jednotnému a standardizovanému měření, je řada. Příkladem lze uvést různorodost v organizaci a poskytování péče v jednotlivých zemích, nekonzistentní výsledky z měření a absence vhodných nástrojů zabudovaných do informačních systémů, které by umožnily rutinní sběr dat (Kilbourne et al., 2018). S těmito problematickými oblastmi v hodnocení psychiatrické péče se v procesu její transformace potýká také český systém péče. Dalším problémem je skutečnost, že hodnocení zdravotní a sociální oblasti probíhala doposud separátně. Národní akční plán pro duševní zdraví stanovuje, že do roku 2030 bude zdravotně-sociální oblast legislativně ošetřena a s tím bude zavedeno jednotné hodnocení těchto služeb. Měření by mělo zahrnovat průběžný sběr indikátorů, včetně vyhodnocování nákladové efektivity poskytovaných služeb, díky kterému lze předcházet zavedení nepřesných či zavádějících politických rozhodnutí a doporučení (Broulíková et al., 2020; MZ ČR, 2020b).

System a způsob hodnocení psychiatrické péče v ČR je uveden v Postupech psychiatrické péče⁸. Uvedený postup hodnocení odráží zahraniční zkušenost z hodnocení systémů psychiatrické péče střední a východní Evropy a respektuje doporučení pro hodnocení kvality vytyčené v dokumentu WHO Mental Health Atlas (Winkler et al., 2018b). Obecně však platí, že měření kvality probíhá v několika úrovních, a to na úrovni systému psychiatrické péče/politiky péče o duševní zdraví, institucí poskytujících péči o duševní zdraví a na úrovni příjemců/uživatelů psychiatrické péče. Pro získání komplexních informací o kvalitě poskytované péče je zapotřebí sledovat tyto tři vzájemně provázané úrovně:

⁸ Více informací k dispozici na: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/obecna-psychiatrie/kvalita-pece>.



Tabulka č. 2: Hodnocení systému péče o duševní zdraví⁹

Takto strukturovaný systém evaluace se neobejde bez jasně definovaných a měřitelných ukazatelů (indikátorů), které definují zkoumaný aspekt péče. Sledování těchto indikátorů umožní identifikovat problematické oblasti péče a odhalit nenaplněné potřeby osob s duševním onemocněním.

V každé úrovni lze uvést výčet oblastí, ve kterých probíhá hodnocení stanovenými specifickými indikátory. Systémová úroveň a úroveň jednotlivých zařízení je hodnocena školenými experty. Pro hodnocení individuální úrovně byla zavedena řada hodnotících nástrojů, z nichž některé jsou sebezposuzovací. Hodnotící nástroje jsou v textu uvedeny v závorce (Winkler et al., 2018b):

- **MAKRO** úroveň: politika a legislativa týkající se duševního zdraví, zahrnutí uživatelů a jejich rodin do rozhodovacích procesů, financování systému, technické, personální a procesní standardy zařízení, dostupnost, návaznost, destigmatizační a osvětové programy aj.

⁹ Staženo z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/diagram-1>.

- **MEZO** úroveň: nákladovost poskytovaných služeb, orientace na *Evidence-Based Medicine*, práva lidí s disabilitou, orientace na proces zotavení, hodnocení fidelity, kvalita péče, kontinuita péče, komplexní posouzení stavu (vyšetření) aj.
- **MIKRO** úroveň:
 - o **Základní:** čerpání služeb (SKPS), zlepšení globálního a sociálního fungování a redukce disability (GAF, HoNOS, příp. doplňkové WHODAS, PSP), kvalita života související se zdravím/QALY (AQoL-8D, příp. doplňkové EQ-5D a SF-36);
 - o **Doplňkové:** redukce a stabilizace symptomů (CGI, SCAN, BPRS, PANSS), zotavení (RAS, MHMR), sebestigmatizace (ISMI, DISC), adherence a postoj k léčbě (SWN, DAI);
 - o **Vnímání péče:** pacientem (VSSS, CAT) a rodinným příslušníkem (IEQ, ECI).

Nástroje popsané v závorce jsou využívány k monitorování stavu jedince v konkrétní sledované oblasti. Tyto nástroje jsou ověřené, dokáží snadno detekovat změny a jsou využitelné pro mezinárodní srovnání. Avšak jejich administrace a vyhodnocování dat souvisí s vyšší zátěží pro personál, a to jak časovou, tak administrativní (Winkler et al., 2018b).

V ČR se v rámci reformních změn daří realizovat projekty zaměřené na monitorování kvality psychiatrické péče. Specificky projekt Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb (MERRPS) realizovaný Národním ústavem duševního zdraví umožnil vytvořit a zavést komplexní hodnocení a monitorování kvality poskytování služeb na všech třech úrovních (MZ ČR, 2020a). Cílem projektu bylo zefektivnit rozvoj služeb duševního zdraví a podpořit pracovníky služeb při plánování individuálních služeb a také klienty, kteří by měli mít možnost hodnotit přínos poskytované péče.

I přes to, že pro zajištění kvalitní péče je její průběžné vyhodnocování esenciální, nemusí zde jednoznačně platit, že kvalitní zdravotní péče je pro osobu se závažným duševním onemocněním jediná vhodná cesta vedoucí k zotavení. Tedy jde o to, že i přes poskytování vysoce profesionální péče může dojít ke zhoršení stavu (Žaludek, 2016). Za pozitivní výsledek nemusí být považováno pouze významné zlepšení zdravotního stavu jedince, ale zejména v případě dlouhodobého a závažného duševního onemocnění lze za

pozitivní označit také udržení srovnatelné úrovně kvality života nebo mírnění negativních dopadů onemocnění (Krupčík, Říčan a Soukupová, 2022).

4.2.1 Hodnocení pilotních Center duševního zdraví III

Od spuštění pilotních projektů rozvoje komunitních služeb probíhalo kvalitativní a kvantitativní hodnocení CDZ. Tak tomu bylo i v rámci třetí vlny vzniku CDZ¹⁰, kterých bylo otevřeno 8. Kvantitativní měření navazovalo na zjištění v projektu MERRPS a spočívalo v kontinuálním sběru dat za pomoci baterie nástrojů a dat z NRHVS. Zajištění komplexních dat bylo z důvodu technického přenosu z různých systémů ztlačně obtížné a data byla fragmentovaná. I přes veškeré problematické oblasti lze data považovat za validní a výsledky z hodnocení CDZ III za relevantní (Krupčík, Říčan a Soukupová, 2022).

Sada využitých nástrojů vycházela z MERRPS, přičemž byly využity tři standardizované nástroje:

- **GAF** (*Global Assessment of Functioning*) sleduje celkové fungování jedince. Mezi sledované oblasti patří závažnost symptomů, obtíže při vykonávání sociálních rolí, obtíže v každodenních činnostech nebo pozorovatelné chování. V CDZ byla využita verze mGAF umožňující určení přesnějšího skóre.
- **HoNOS** (*Health of the National Outcome Scale*) slouží k měření sociálního fungování a zdraví lidí se závažným duševním onemocněním. Hodnocení je zdravotní stav uživatele a výsledky léčby, potažmo změny v symptomech onemocnění a v sociálním fungování uživatele.
- **AQoL** (*Assessment of Quality of Life*) je určený k měření kvality života a používá se k měření různých aspektů života, vč. psychického stavu, fyzického zdraví, sociálního fungování a životní spokojenosti. Dotazník je sebeposuzovací a v CDZ byl využit ve dvou verzích, a to AQoL-8D pro posouzení 8 dimenzí s 35 otázkami, nebo ve zkrácené verzi AQoL-6D obsahující 6 dimenzí, kde není zahrnuta oblast vnímání vlastní hodnoty a štěstí.

Účelem bylo sledovat jedince při procházení systémem psychiatrické péče, se zhodnocením zdravotního a sociálního stavu během využívání služeb CDZ. Do této

¹⁰ Podpořených v rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III, reg. číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009646. Realizátorem projektu je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

dopadové kvantitativní prospektivní kohortové evaluace bylo zapojeno 935 klientů ze všech osmi CDZ III.

Charakteristika cílové skupiny CDZ III

Vzhledem k definovaným kritériím pilotních provozů jsou klienti CDZ III převážně v produktivním věku (18–64 let), obě pohlaví jsou zastoupena stejně. Nejčastěji dosáhli vzdělání na úrovni odborného učiliště (38 %) nebo střední či vyšší odborné školy (30 %). Z oblasti diagnóz je nejvíce zastoupena skupina F2 (57 %) a F3 (22 %). Velká část klientů (42 %) je léčena déle než 10 let.

V době evaluace CDZ III zhruba čtvrtina klientů pracovala nebo vykonávala dobrovolnickou činnost. Zhruba 65 % uživatelů služeb pobíralo jednu z forem invalidního důchodu a skoro 90 % klientů bydlelo v pronajatém, vlastním bytě či u příbuzných. Uživateli služeb CDZ jsou také osoby bez přístřeší. Tento fakt poukazuje na nízkoprahovost poskytovaných služeb a schopnost CDZ této cílové skupině poskytovat potřebné služby. Žádnou předchozí hospitalizaci za sebou nemá pouze 14 % klientů CDZ.

Kvantitativní hodnocení služeb CDZ

Evaluace stanovila čtyři evaluační okruhy. Sběr dat probíhal po dobu pilotního provozu, který trval 18 měsíců a hodnotil 4 klíčové hypotézy:

1. Poskytování služeb CDZ povede u uživatelů služeb CDZ ke snížení počtu dnů strávených v hospitalizaci.
2. CDZ podpoří u jejich uživatelů kvalitu života.
3. Služby CDZ podpoří bezpečí klientů i veřejnosti.
4. Zavedením služeb CDZ dojde ke zlepšení návaznosti služeb pro osoby se závažným duševním onemocněním.

Pro okruhy 1 a 4 byla hodnocena data od příjemců služeb ze zařízení ze všech třech vln – CDZ I-III z let 2018–2020. Pro okruhy 2 a 3 byly zařazeni pouze klienti z CDZ III. Pro porovnání byla na základě exaktního matchingu sestavena kontrolní skupina. Výsledky evaluace pro sledované okruhy jsou následující:

1. U klientů CDZ se v porovnání s rokem před zahájením využívání služeb zkrátila hospitalizační doba o 67 %. Tato doba byla v porovnání s kontrolní skupinou,

kteřá nedostávala pomoc služeb CDZ, nižší o 5,7 dne. U osob propuštěných z hospitalizace, které začaly čerpat služby CDZ, došlo ke snížení doby strávené v lůžkovém zařízení a současně došlo k nárůstu čerpání ambulantních služeb.

2. V době po 6 měsících využívání služby došlo k významnému zlepšení ve sledovaných oblastech, zejména pak v oblasti bydlení a problémy se zapojením se do společnosti a dalšími činnostmi, zlepšení duševního zdraví nebo uplatnění se na otevřeném trhu práce. Po 12 měsících došlo k významnému zlepšení pouze v doméně problémů se zapojením se do společnosti a dalšími činnostmi.
3. Četnost sebevražedných pokusů se v době spolupráce s CDZ výrazně snížila.
4. CDZ pomohla lepšímu provázání zdravotních, sociálních služeb spolu s dalšími relevantními službami. Došlo k úbytku hospitalizačních dní a došlo k vyššímu využívání ambulantních služeb. Zhruba ve stejné míře jsou klienti navázáni do CDZ z vlastní iniciativy, skrze rodinné příslušníky či blízké sociální okolí a z hospitalizace (Krupčík, Říčan a Soukupová, 2022).

Kvalitativní hodnocení poskytovaných služeb CDZ III

Kvalitativní část měla za cíl zhodnotit pilotní projekt vzniku CDZ III, zejména procesní a dopadové výstupy z projektu. Pro zhodnocení těchto procesů byla využita sekundární analýza dat (*desk research*) dostupných evaluačních zpráv, dokumentů a metodik, polostrukturované rozhovory se zainteresovanými aktéry (např. realizační tým, evaluátoři, manažeři zdravotních pojišťoven, klienti a rodiny klientů) a *Critical Incident Report* zachycující hlavní milníky projektu. Klíčovými otázkami projektu bylo:

1. Jak hodnotí zavedení služeb příjemci péče a jejich blízcí?
2. Jak v CDZ fungují vnitřní procesy?
3. Jaké má CDZ místo v systému služeb a jaká je jeho udržitelnost?

Vzhledem k zaměření této disertační práce budou níže popsána především zjištění týkající se otázky č. 1. S klienty a blízkými osobami byly realizované polostrukturované rozhovory po půl roce od zahájení projektu. Hlavními zjištěními bylo:

- **Klienti CDZ III (n= 24):** u tohoto vzorku respondentů zajišťovalo CDZ komplexní služby, které považovali za vysoce kvalitní a dostupnější, a to zejména služby psychiatrické/psychologické, zvláště v některých regionech; tento vzorek respondentů pozitivně hodnotil terénní služby (v případě omezené hybnosti)

a ambulantní služby (v případě, že nechtěli, aby je pracovníci navštěvovali doma). Dále měli možnost získat informace, budovat náhled na své vlastní duševní onemocnění; došlo u nich ke zlepšení vztahů s blízkými osobami. Za pozitivní považovali respondenti možnost sdílení s ostatními klienty a vědomí toho, že se jim dostane pomoci v krizové situaci.

- **Osoby blízké (n=14):** těmto respondentům byla dostupnější odborná péče, která napomohla ke zmenšení obav o osobu s duševním onemocněním; došlo u nich k porozumění projevům duševního onemocnění a ke zlepšení vztahů s blízkými s duševním onemocněním; měli možnost sdílet své zkušenosti s lidmi v podobné situaci (SocioFaktor s.r.o., 2022).

4.3 Koncept očekávání

Tento koncept vychází z teoretických východisek interpretace pojmu očekávání na poli sociálních věd, zejména psychologie, sociologie, sociální politiky, ale také zdravotnických služeb. Systematické rešerše ukazují, že k adekvátnímu hodnocení poskytovaných služeb nestačí pouze zjišťovat spokojenost jejich uživatelů, ale také to, do jaké míry jsou naplňována jejich očekávání (srov. např. Hopkins, Loeb a Fick, 2009; Thompson a Sunol, 1995). Konceptem očekávání se v českém prostředí zabýval Mgr. Karel Řezáč, Ph.D. Metodou interpretativní analýzy provedl teoretickou studii, která poukazuje na paralelu mezi sledovanými obory při zkoumání procesu očekávání v různých dimenzích fungování člověka ve společnosti (Řezáč, 2020). Tento autor současně poukázal na to, že ačkoli tento koncept dokáže nabídnout vhodný způsob zkoumání sociální reality, stále není běžně využívaným kvalitativním nástrojem.

V konstrukci očekávání jako evaluačního nástroje vychází Řezáč (2020) z podstaty výzkumu v sociálních vědách, tedy zaměření se na zkoumání sociálních vztahů a lidské společnosti; zkoumání společnosti, která je definována jako soubor lidí žijící ve společné komunitě složené z jednotlivých lidí. Tento teoretický základ společenských věd ve velmi obecné rovině spočívá ve zkoumání člověka, společnosti a sociálních vztahů. Specificky pak na tyto dimenze nahlíží vybrané disciplíny sociálních věd:

- **psychologie:** zkoumá souvislosti lidského chování, psychických procesů a souvislost s tělesným děním;
- **sociologie:** sleduje struktury, funkce a souvislosti vývoje jednotlivce, skupin a společnosti;
- **sociální práce:** zaměřuje se na jedinečné životní situace jedince, skupin, které se odehrávají ve vztahu ke společnosti, zejména v interakci sociálního fungování jedince, a nároky vycházející ze sociálního prostředí, ve kterém žije (Řezáč, 2020).

Podstatou koncepce očekávání je také způsob, jakým na samotné očekávání nahlíží výzkumník. Jedním z významů běžně používaného slova „očekávání“ je naděje, že se naplní určitá představa: *„Očekávání pomáhá k porozumění pravidlům našeho světa a je činitelem lidského poznání, jelikož bychom se bez něj nemohli poučovat z vlastních chyb. Po chybě totiž v důsledku očekávaného selhání při opakování stejného postupu máme tendence zkoušet nové inovativní alternativy, které nás vedou dál.“* (Řezáč, 2020, str. 26). Samotný termín očekávání lze definovat přímo, avšak pro výzkumné účely je vhodné jeho podstatu naplnit v daném kontextu. Řezáč (2020) popisuje rovinu očekávání vycházející z interpretativní perspektivy očekávání v sociální práci. Kontextem je v tomto případě prostředí, které na jedince klade řadu požadavků a s tím související očekávání. Ten se musí učit v tomto sociálním prostředí fungovat. Pokud se mu však nedaří tato očekávání sociálního prostředí naplňovat, začne v této rovině selhávat a dochází k vytvoření sociálního problému, který lze považovat za prostor pro intervence sociální práce. Ta cílí na zlepšování podmínek a zvyšování kvality života lidí. Úzkou souvislost má také očekávání s kvalitou. Kvalita, ať už je hodnocena v kontextu zdravotních, či sociálních služeb, je výsledkem mezi očekáváním příjemce a jeho naplněním skrze poskytovanou službu. Nutné je tedy podotknout, že koncepty a metody přistupující k hodnocení kvality poskytovaných služeb by měly odpovídat očekáváním jejich uživatelů (Baštecká, 2009).

Samotný proces evaluace lze považovat za historicky běžnou lidskou aktivitu, kdy dochází k identifikaci problému, hledání přístupů k jeho řešení, zhodnocení těchto postupů, které nejlépe naléhají na řešení a vedou ke zmírnění problému (Shadish a Luellen, 2005).

Hodnocení skrze očekávání lze využít v sociálním prostředí jako standardní evaluační nástroj, který má potenciál hodnotit tento proces ze dvou pohledů. Prvním je *sumativní*, který cílí na zhodnocení efektivity určitého programu (skutečný stav), druhým je *normativní*, který si klade za cíl zhodnotit, jakým způsobem lze stávající program vylepšit (ideální stav) (Hendl, 2005). Při využití koncepce očekávání jakožto evaluačního nástroje, který v sobě propojuje oba tyto procesy hodnocení, je zapotřebí nejprve stanovit skutečný a ideální stav, a to skrze teoretické a empirické očekávání (Řezáč, 2020).

Limitujícím faktorem v procesu zjišťování skutečného stavu sociální reality je na straně jedné velké množství identifikovaných zkušeností (například z řad respondentů) a na straně druhé široké spektrum požadavků, které mají být zajištěny (například službou). Současně řada očekávání ze strany respondentů může zůstat skrytá. Komparace skutečné interpretované reality a očekávání ideálního stavu otevírá možnost kvalitativně zhodnotit sociální realitu v určitém kontextu (Řezáč, 2020).

5 Metodologická část

5.1 Výzkumný cíl

Cílem předkládaného výzkumu je zhodnocení efektivnosti komunitních služeb skrze očekávání a naplnění těchto očekávání z pohledu osob se závažným duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků. Vedlejšími cíli předkládaného výzkumu je zjistit, jaké mají klienti CDZ III představy o svém individuálním zotavení a jakým způsobem si představují jejich zotavení jejich rodinní příslušníci. Další vedlejší cíl má zmapovat naplňování cílů definovaných Strategií reformy psychiatrické péče perspektivou zkušeností klientů CDZ III.

Výzkumný projekt se zaměřuje na nově vzniklý nízkoprahový pilíř psychiatrické péče, konkrétně na Centra duševního zdraví, a čerpá z pohledu samotných klientů těchto center a jejich rodinných příslušníků. Design výzkumu, který je podrobněji představen níže, umožnil sledovat osoby se závažným duševním onemocněním, které jsou primární cílovou skupinou nově vzniklých CDZ, od vstupu do těchto služeb po dobu, kdy nabízené služby využívají naplno. Tento postup umožnil zachytit trajektorii jejich očekávání v průběhu času a poukázat na okolnosti, které přispívají k naplnění těchto očekávání v čase, včetně jednotlivých intervencí, které tyto změny způsobily.

5.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky byly strukturované tak, aby odpovídaly zvolenému designu výzkumu, který je kvalitativní. Naplnění hlavního cíle výzkumného projektu odpovídá zodpovězení následujících dvou výzkumných otázek (VO):

VO1: Jaká mají respondenti očekávání od nově vznikajících CDZ?

VO2: Jakým způsobem byla podle nich jejich očekávání naplněna?

Tyto otázky byly doplněny vedlejšími výzkumnými otázkami (VVO), které umožňují zkoumat téma v kontextu zotavení a stanovených cílů CDZ v rámci reformy psychiatrické péče.

VVO3.1: Jak si klienti CDZ III představují své individuálnímu zotavení?

VVO3.2: Jak podle rodinných příslušníků vypadá zotavení jejich nemocných rodinných příslušníků, kteří dochází do CDZ III?

VVO4: Jakým způsobem jsou na základě zkušenosti klientů CDZ III naplňovány cíle definované v dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče?

5.3 Metodika výzkumu

V rámci pilotního zavedení služeb CDZ III do systému péče o duševní zdraví byla provedena evaluace, která u klientů služeb hodnotila kvalitu života související se zdravím, funkční stav a jejich sociální a globální fungování. Klienti a jejich blízcí byli okrajově také cílovou populací hodnocení kvalitativního. Výsledky sbíraných informací u zapojených klientů z jednotlivých CDZ jsou popsány v Kap. 4.2. Tyto výsledky však nenabízejí hlubší vhled do intervencí poskytované péče a jejich vlivu na zotavení jedince. Prezentovaný kvalitativní výzkum navazuje na zjištění interní kvalitativní evaluace u klientů CDZ III a jejich rodinných příslušníků v rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III (reg. Číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009646)¹¹.

5.3.1 Kvalitativní strategie

Vzhledem k definovaným výzkumným cílům byla zvolena kvalitativní metodologie. Kvalitativní výzkumná strategie umožňuje zkoumání sociální reality, včetně popisu dílčích částí sociálního života, které v určitém kontextu člověk zažívá, přikládá jim význam a vnímá je jako důležité. Kvalitativní metodologie nabízí možnost porozumět lidskému prožívání v kontextu specifické sociální reality, ve které se jedinec nachází. Současně umožňuje popsat podstatu jednotlivých sdělení, tedy porozumění do hloubky tomu, proč tomu tak je. Cílem je identifikace detailů jednotlivých jevů, které lze společně porovnávat, nacházet mezi nimi odlišnosti a podobnosti. Důraz je přitom kladen na co největší otevřenost kontextu, který se zásadním způsobem na charakteru jevu podílí (Dudová, 2010; Novotná, 2019a).

Díky systémovým změnám, které v posledních několika letech daly vzniknout novým zdravotně-sociálním službám duševního zdraví, se v tuzemských podmínkách otevírá

¹¹ Více informací na odkaze: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Zaverecna-zprava_ocekavani-CDZ.pdf.

zcela nový prostor pro zkoumání tématu do hloubky. Z tohoto důvodu byla zvolena kvalitativní strategie, která umožňuje zkoumat souvislosti poskytované péče a vlivu na zotavení jedince v celé jeho šíři.

5.3.2 Longitudinální studie v kontextu kvalitativního výzkumu

Pro účely předkládaného výzkumu byla zvolena kvalitativní longitudinální studie se dvěma sběry, které probíhaly v období mezi prosincem 2020 a prosincem 2021 v odstupu zhruba 9 měsíců. Tento výzkumný design umožnil sledovat cílovou populaci a změny, které se u zkoumaného fenoménu očekávání udály v průběhu času.

Podoba kvalitativní longitudinální studie se liší dle teoretického a metodologického zaměření napříč společenskovědními obory. Charakteristickým rysem kvalitativní longitudinální studie v oblasti výzkumu specifických skupin je sledování cílového vzorku po dobu několika měsíců či let až po dobu celého života. Samotný kvalitativní longitudinální výzkum by měl zahrnovat 2 až 3 sběry dat v průběhu jednoho roku (Holland et al., 2006). Tento typ výzkumu je obvyklý pro oblasti psychologie, sociologie, vzdělávání, politiky nebo ve výzkumech ve zdravotnictví. Ve všech oblastech se uplatňují kvalitativní, kvantitativní i smíšené metody sběru dat, přičemž kvalitativní longitudinální výzkum představuje jednu z vhodných perspektiv v interdisciplinárním výzkumu napříč společenskovědními obory. Současně se jedná o koherentní přístup, který umožňuje zkoumat změny v čase a změny v individuálních i skupinových trajektoriích (Balmer et al., 2021; Holland et al., 2006).

5.3.3 Koncept očekávání

Zvoleným teoretickým východiskem pro dosažení výzkumných cílů této práce je koncept očekávání (představený v kapitole 4.1.2.), který nabízí způsob hodnocení efektivity sociální intervence a života jedince v různých dimenzích (Řezáč, 2020).

5.3.4 Triangulace

I přes své etablované místo v oblasti výzkumu se kvalitativní metodologie setkává s výtkami k zajištění validity získaných dat, kterou nelze tak jasně a zřetelně demonstrovat, jako je tomu v případě kvantitativních metod. Na poli kvalitativního výzkumu lze však validitu ověřovat různými způsoby. Za nejrelevantnější kritérium lze považovat ekologickou validitu dat, která představuje výzkum „skutečného“ světa

a možnosti využití výsledků pro reálný život (Braun a Clarke, 2013). Za validní výzkum je považován ten, který zkoumaný jev pravdivě zkoumá a přesvědčivě dokládá výsledky o daném jevu (Čermák a Štěpaníková, 1997). Současně je třeba na reliabilitu a validitu kvalitativního výzkumu pohlížet z perspektivy důvěryhodnosti, kvality a důslednosti (Golafshani, 2003).

Odstranění slabin, které jsou kvalitativnímu přístupu vyčítány, lze dosáhnout triangulací přístupů při řešení výzkumného problému. Pro zajištění validity kvalitativního výzkumu je vhodné zvolit následující triangulaci:

- datovou/zdrojů (data zajištěná z různých zdrojů);
- výzkumníků (kteří nahlíží na data z různých perspektiv);
- teorií/perspektiv (nahlížením na stejný jev skrze více teoretických východisek) či
- metod (stejný jev zkoumán jinými metodami, smíšený výzkum) (Bloomberg a Volpe, 2019; Braun a Clarke, 2013).

Validitu nasbíraných dat lze zajistit také triangulací dat sebraných:

- v různých časech (např. longitudinální sběr),
- na různých místech či
- od různých skupin respondentů (např. klientů a rodinných příslušníků) (Fenech Adami a Kiger, 2005).

Kombinace různých přístupů a triangulace v kvalitativním výzkumu napomáhá k zajištění širokého porozumění zkoumaného jevu, které jsou důvěryhodným obrazem popisované reality. Pro tento výzkum byla zvolena datová triangulace, kdy byla zajištěna data od dvou různých skupin respondentů ve dvou časových obdobích.

5.4 Filozofická východiska výzkumu

Braun a Clarke (2006) uvádí, že tematickou analýzu lze provádět v rámci výzkumů, které jsou zasazeny do různých ontologických a epistemologických paradigmat. Tento výzkum se opírá o paradigma přímého realismu.

Z hlediska ontologie výzkum předpokládá jednak přímý kauzální vztah mezi respondenty a sociálním prostředím, v němž je jim poskytována psychiatrická péče, a jednak realitu jejich subjektivního prožívání tohoto působení, která zahrnuje procesy, jako je uspokojování určitých potřeb či očekávání, ale také určité postoje, jako je postoj

k možnostem vlastního zotavení. Výzkum je postavený na realistickém východisku existence objektivní reality, která je nezávislá na subjektivních představách výzkumníka. Takto orientovaní výzkumníci kladou důraz na to, že tuto realitu lze skrze systematickou aplikaci výzkumných metod, včetně těch validizačních, efektivně poznávat (Braun a Clarke, 2013).

Podle Braun a Clarke (2006) můžeme v realistickém epistemologickém rámci vysvětlovat motivace, význam a zkušenost přímočaře, neboť je zde jednoduchý, převážně jednosměrný vztah mezi jazykem a prezentovanou zkušeností. Naopak v konstruktivismu je realita ze své podstaty produkována sociálními a kulturními kontexty a tematická analýza prováděná v tomto rámci se nemůže zaměřovat na individuální motivace a prožívání.

Paradigma přímého realismu předpokládá, že existuje relativně jednoduchý a přímý vztah mezi tím, k čemu má výzkumník bezprostřední přístup (data), a tím, co se skutečně děje (realita, kterou zkoumáme). Jinými slovy, předpokládá se, že data reprezentují určitou realitu, kterou prostřednictvím nich lze více či méně přesně zachytit. Podle Willig (2021) je tento přístup opodstatněný v případech, kdy je cílem výzkumníka „poskytnout hlas“ marginalizovaným jedincům či komunitám, jejichž zkušenosti odráží zkoumanou sociální realitu. Úkolem výzkumníka je v takovém případě zajistit, aby se účastníci cítili dostatečně bezpečně a pohodlně, neboť jedině takto mu mohou poskytnout důvěryhodné informace. V případě tohoto výzkumu byla klíčová i předchozí profesní zkušenost autorky s osobami se závažným duševním onemocněním. Pro vedení rozhovoru s těmito jedinci byla nápomocná znalost technik terapeutického rozhovoru.

5.4.1 Výzkumný soubor

Vzhledem k výzkumnému designu byla pro konstrukci výzkumného souboru zvolena metoda záměrného, tedy účelového výběru, na jehož základě byli vybráni respondenti dle předem daných kritérií (Novotná, 2019b; Miovský, 2006).

Studovanou populaci tvořily dvě skupiny respondentů – **klienti a rodinní příslušníci**. Kritéria pro skupinu klientů podléhá kritériím přijetí do služeb CDZ III, a to:

- 1) Osoby se závažným duševním onemocněním

- Diagnostické okruhy F2, F3 (eventuálně F42 a F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61, F62)
 - Trvání onemocnění po dobu delší než 2 roky
 - Funkční narušení dle škály GAF ≤ 60
- 2) Osoby v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění
 - 3) Věk 18–65 let

Kritériem pro skupinu respondentů z řad rodinných příslušníků byl příbuzenský vztah k respondentovi z řad klientů zařazených do výzkumu.

Dalším kritériem pro obě skupiny byla ochota zapojit se do výzkumu, a to do obou sběrů dat, a jejich poskytnutí informovaného souhlasu.

Centra vzniklá v předchozích dvou vlnách, tedy v rámci dříve uskutečněných projektů pod záštitou MZ Podpora vzniku CDZ I a Podpora vzniku CDZ II v době sběru dat již fungovala, a proto nebyla do výzkumu zahrnuta. Specifikem při sledování populace z CDZ bylo při prvním sběru zachycení jejich představ a očekávání, které měli při vstupu do služeb do CDZ, a následné zhodnocení naplnění očekávání a jejich představ, včetně intervencí, které vedly k jejich naplnění, při sběru druhém.

Do výzkumu byla vybrána Centra duševního zdraví z tzv. třetí vlny, vzniklá v rámci projektu Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ) Podpora vzniku CDZ III, a to:

<i>Název CDZ III</i>	<i>Datum zahájení</i>	<i>Datum ukončení</i>
<i>CDZ Frýdek-Místek</i>	01.07.2020	31.12.2021
<i>CDZ Ostrava</i>	01.08.2020	31.01.2022
<i>CDZ Olomouc</i>	01.09.2020	28.02.2022
<i>CDZ Ústí nad Labem</i>	01.10.2020	31.03.2022
<i>CDZ Brandýsko</i>	01.11.2020	30.04.2022
<i>CDZ Chrudim</i>	01.11.2020	30.04.2022
<i>CDZ Kyjov</i>	01.11.2020	30.04.2022
<i>CDZ Klatovy</i>	01.01.2021	30.06.2022

Tabulka č. 3: Přehled pilotního provozu CDZ III (zpracování: autorka práce)

Klienti a rodinní příslušníci z těchto CDZ byli osloveni s nabídkou účasti ve výzkumu. Z každého nově vzniklého CDZ bylo zapojeno 5–9 respondentů, z nichž alespoň jeden neměl během prvního sběru dat zkušenost se sociálními službami duševního zdraví a alespoň jeden byl rodinný příslušník. Zajistit rodinného příslušníka se nepodařilo u CDZ Klatovy.

Předem byl stanoven pouze teoretický počet respondentů – minimálně 5 respondentů z řad klientů a alespoň 1 z řad rodinných příslušníků z každého CDZ III. Tento minimální počet se ve většině případů podařilo zajistit. V první vlně sběru dat bylo provedeno celkem 60 rozhovorů, z nichž 48 bylo z řad klientů a 12 z řad rodinných příslušníků. V rámci druhé vlny byli všichni tito respondenti znovu osloveni pro účast v druhé vlně, avšak 2 klienti se odmítli znovu účastnit, 1 klient nebyl nakonec přijat do služeb CDZ, s 1 klientem se nepodařilo se spojit. Jeden respondent z řad rodinných příslušníků už neměl zájem se znovu do výzkumu zapojit. Z tohoto důvodu byly rozhovory z první vlny sběru dat s těmito respondenty vyřazeny z následné analýzy.

Charakteristika výzkumného vzorku

1) Klienti CDZ III (n=44)

Celkový počet klientů, kteří se do výzkumu zapojili, byl 44, z nichž 23 bylo žen a 21 mužů. Charakteristika respondentů odpovídá požadavkům pro vstup do pilotního projektu CDZ. Specifické informace od respondentů nebyly pro zachování co největší anonymity zjišťovány.

Tuto skupinu respondentů tvoří klienti, kteří přecházejí z transformujících se služeb a lidé v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění. Zahrnutí respondentů, kteří vstoupili do služby CDZ nově, tudíž bez předchozí zkušenosti z transformujících se sociálních služeb, koresponduje s charakteristikou cílové populace CDZ III (z nichž část tvořila osoby bez předchozí zkušenosti s psychiatrickými či psychosociálními službami). Klienti vstupující bez předchozí zkušenosti se službami rozšiřují výčet očekávání od nově vznikajících služeb. Současně splňují kritéria pro přijetí do služby jakožto osoby v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění.

2) Rodinní příslušníci klientů CDZ III (n=11)

Skupinu respondentů z řad rodinných příslušníků tvořilo 11 žen. Věk respondentů nebyl zjišťován. Žádný respondent ze skupiny rodinných příslušníků sám neměl duševní onemocnění, se kterým by se psychiatricky léčil.

5.5 Metody sběru a analýzy dat

5.5.1 Sběr dat

Polostrukturovaný rozhovor, společný a skupinový rozhovor

Vzhledem k výzkumnému cíli a zvolení kvalitativní metodologie, bylo pro sběr dat využito individuálních, společných a skupinových polostrukturovaných rozhovorů. Předem byly stanoveny tematické okruhy včetně jednotlivých otázek vztahujících se k jednotlivým oblastem zkoumání. Odhlédnutí od jasně dané struktury otázek umožňovalo přizpůsobit položení otázky jednotlivým respondentům, což v důsledku vedlo k lepšímu porozumění otázce. Polostrukturovaný scénář rozhovorů (viz Příloha č. 1 a Příloha č. 2) současně umožnil zkoumat nová témata, která se během rozhovoru s jednotlivými respondenty objevila (Zandlová, 2019). Scénáře rozhovorů a dílčí otázky pro oba sběry byly vytvořeny pro každou skupinu respondentů zvlášť, přičemž témata obsažená v rozhovorech byla stejná. Pořadí otázek bylo přizpůsobeno dle potřeby rozhovoru. Část rozhovorů byla zejména z důvodu protiepidemických opatření provedena telefonicky či prostřednictvím online platformy Google Meet. Někteří klienti také nevychází či velmi sporadicky vychází ze svých bytů a účast v rozhovoru jim byla nabídnuta v rámci asertivního kontaktování pracovníky CDZ.

Společný rozhovor spočíval v rozhovoru 2 zúčastněných. Skupina dvou respondentů není klasifikována jako skupinový rozhovor (*focus group*), jelikož pro zajištění skupinového rozhovoru je stanoven počet alespoň čtyř respondentů (Zandlová, 2019). Kritéria pro uspořádání skupinového rozhovoru se velmi různí, a proto jej lze považovat za diskutabilní¹². Rozhovor dvou osob najednou proběhl zejména z důvodu zájmu o tento formát ze strany respondentů.

¹² https://www.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/24056_Chapter4.pdf.

Dva sběry dat

Sběr dat probíhal ve dvou vlnách. První vlna sběru dat probíhala v období od prosince 2020 do února 2021, druhá vlna sběru dat probíhala v období od října 2021 do prosince 2021. Časové rozmezí 9 měsíců mezi jednotlivými sběry dat bylo zvoleno na základě doby, kdy CDZ fungovala v plném provozu, tedy bez omezení vyplývajících z protiepidemiologických nařízení. V první vlně bylo s respondenty z řad klientů realizováno 30 individuálních rozhovorů, 1 společný rozhovor a 4 skupinové rozhovory. V druhé vlně bylo realizováno 26 individuálních rozhovorů, 1 společný rozhovor a 4 skupinové rozhovory (více viz tabulky níže). Se všemi rodinnými příslušníky byl veden individuální rozhovor.

V době plánovaného druhého sběru dat již CDZ fungovala několik týdnů v takovém provozu, který odpovídal běžnému fungování. Respondenti měli tudíž možnost plně využívat služby s ohledem na panující nařízení a CDZ se snažila zajistit co nejširší možné fungování poskytovaných služeb. Současně toto časové rozmezí nebylo tak dlouhé, aby oslovení respondenti, kteří se zapojili do sběru dat, již služby nevyužívali (za předpokladu využívání služeb po dobu jednoho roku).

Nejprve byli osloveni specialisté jednotlivých CDZ s prosbou o zapojení se do výzkumu. Pracovníci CDZ poté kontaktovali potenciální respondenty, kteří by byli ochotni se do sběru dat zapojit dle předem daných kritérií. Respondenti, kteří projeví zájem účastnit se výzkumu, byli dopředu specialisty CDZ dotázáni, zda preferují rozhovor individuální, či skupinový. Respondentům byla nabídnuta za každý uskutečněný rozhovor odměna 200,- Kč (podpořeno grantem SVV-ADAKIN¹³).

Rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány na diktafon, a to i v případě rozhovoru přes telefon či online platformu. Nahrávky byly doslovně přepsány a po přepsání rozhovorů byly smazány. Délka rozhovorů se pohybovala od 18 do 98 minut.

¹³ Projekt s názvem Hodnocení CDZ III realizovaný v letech 2019-2021 v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu „Adaptace aktérů a institucí na vývoj současné společnosti“ (SVV-ADAKIN).

<i>Název CDZ III</i>	<i>Celkový počet</i>	<i>Ženy</i>	<i>Muži</i>	<i>Způsob sběru dat</i>
<i>CDZ Frýdek-Místek</i>	6	4	2	FG (4) + IR (2)
<i>CDZ Ostrava</i>	6	3	3	FG (3) + IR (3)
<i>CDZ Olomouc</i>	6	3	3	SPOL. (2) + IR (4)
<i>CDZ Ústí nad Labem</i>	5	3	2	IR (5)
<i>CDZ Brandýsko</i>	6	4	2	FG (4) + IR (2)
<i>CDZ Chrudim</i>	7	3	4	FG (5) + IR (2)
<i>CDZ Kyjov</i>	6	4	2	IR (6)
<i>CDZ Klatovy</i>	6	1	5	IR (6)
<i>Celkem</i>	48	25	23	

IR – individuální rozhovor; SPOL – společný rozhovor; FG – skupinový rozhovor

Tabulka č. 4: První sběr dat – klienti CDZ III (zpracování: autorka práce)

<i>Název CDZ III</i>	<i>Celkový počet</i>	<i>Ženy</i>	<i>Muži</i>	<i>Způsob sběru dat</i>
<i>CDZ Frýdek-Místek</i>	5	3	2	FG (3) + IR (2)
<i>CDZ Ostrava</i>	6	3	3	FG (3) + IR (3)
<i>CDZ Olomouc</i>	6	3	3	SPOL. (2) + IR (4)
<i>CDZ Ústí nad Labem</i>	5	3	2	IR (5)
<i>CDZ Brandýsko</i>	5	3	2	FG (4) + IR (1)
<i>CDZ Chrudim</i>	6	3	3	FG (5) + IR (1)
<i>CDZ Kyjov</i>	5	4	1	IR (6)
<i>CDZ Klatovy</i>	6	1	5	IR (6)
<i>Celkem</i>	44	23	21	

IR – individuální rozhovor; SPOL – společný rozhovor; FG – skupinový rozhovor

Tabulka č. 5: Druhý sběr dat – klienti CDZ III (zpracování: autorka práce)

<i>Název CDZ III</i>	<i>1. sběr dat</i>	<i>2. sběr dat</i>	<i>Pohlaví</i>	<i>Příbuzenský vztah</i>
<i>CDZ Frýdek-Místek</i>	1	1	žena	matka
<i>CDZ Ostrava</i>	2	2	žena	dcera, matka
<i>CDZ Olomouc</i>	3	3	žena	matky
<i>CDZ Ústí nad Labem</i>	2	1	žena	sestra
<i>CDZ Brandýsko</i>	1	1	žena	matka
<i>CDZ Chrudim</i>	2	2	žena	matka
<i>CDZ Kyjov</i>	1	1	žena	matka
<i>CDZ Klatovy</i>	0	0		
<i>Celkem</i>	12	11		

Tabulka č. 6: Oba sběry dat – rodinní příslušníci (zpracování: autorka práce)

5.5.2 Analýza dat

Sebrané rozhovory byly doslovně přepsány a anonymizovány. Analýza dat byla provedena za pomoci softwaru Atlas.ti. Jednotlivé výroky respondentů byly okódovány a řazeny do tematických kategorií, které byly zpracovány za pomoci induktivní tematické analýzy, tak jak ji definují Braun a Clarke (2006). Následně byla využita selekce jednotlivých kódů pro účely zodpovězení výzkumných otázek. Selekce jednotlivých kódů podléhala zvolenému přístupu očekávání, která v rámci kvalitativní longitudinální studie umožní osvětlit zkoumanou problematiku. Vzhledem k relativně vysokému počtu respondentů z řad klientů služeb CDZ lze konstatovat, že byla dosažena teoretická saturace vzorku (Hendl, 2005).

Sebraná analyzovaná data byla využita ve dvou fázích, které na sebe vzájemně navazují. Pro první fázi práce s daty byla zvolena induktivní tematická analýza, která umožnila zpracování kvalitativních dat za pomoci otevřeného kódování a následně selektivního kódování. Základním přístupem bylo souhrnně data okódovat, údaje studovat a porovnávat jednotlivé společné a rozdílné znaky. To dále umožnilo jejich kategorizaci (Strauss a Corbinová, 1999).

Pro druhou fázi analýzy dat bylo využito kategorií, které umožnily sledovat osu očekávání, tedy vstupních podmínek, intervencí a následků. Díky selektivním kódům bylo možné sledovat bližší podstatu kategorie. Pro selektivní způsob využití kódů bylo využito otevřených kódů, které nabídly celou škálu kódů. Tento přístup v analýze kvalitativních dat se neobejde bez teoretického rámce, který umožní smysluplně sledovat propojení různých fenoménů v rámci jednoho tématu (Hendl, 2005; Bloomberg a Volpe, 2019). Vzhledem ke zvolenému konceptu očekávání, jakožto způsobu přístupu k dané problematice, bylo nejvhodnějším způsobem vyhledávat takové kódy, které úzce souvisí s konceptem očekávání. Selektivní kódování bylo využito vždy vzhledem k výzkumné otázce. Na základě potřeby zodpovědět výzkumné otázky byly sestaveny kategorie kódů, které byly v rámci konceptualizace očekávání využity.

Pro lepší přehlednost textu je v celé předkládané analýze využíváno generické maskulinum, ačkoliv většinu respondentů z celkového počtu výzkumného souboru tvoří ženy.

5.6 Tematická analýza

Coby vhodná metoda v přístupu k datům byla zvolena reflexivní tematická analýza, jak ji definují Virginia Braun a Victoria Clarke. Ta umožňuje identifikovat vzorce napříč datovým souborem. Tematická analýza napomáhá získat hlubší porozumění obsahu textu, umožňuje kategorizovat informace a hledat vztahy mezi nimi. Při analýze dochází prostřednictvím kódování k reorganizaci dat, přičemž podstatou je systém témat, která vystihují informační blízkost a vzdálenost kódovaných informací. Analýza je postavena induktivně, tedy není formována předem stanovenou teorií (avšak do jisté míry je formována disciplinární znalostí, stanoviskem a epistemologií výzkumníka) a umožňuje tak odhalit nové skutečnosti a vzorce napříč celým datovým setem (Braun a Clarke, 2022; 2006; 2013). Jelikož je zvolena induktivní varianta, vlastní analytický text zahrnuje množství přímých citací z výpovědí respondentů.

Identifikované vzorce by měly mít úzké provázání k výzkumné otázce, tedy představovat určitý význam vztahující se k odpovědi na tuto otázku. Nejprve jsou identifikovány počáteční kódy (*initial codes*), které do značné míry odpovídají otevřeným kódům zakotvené teorie. Ty jsou následně zahrnuty pod nadřazené kódy čili témata. V procesu kódování bychom měli konstruovat témata, která se opakují napříč datovým setem tak,

že jejich počet je spíše v jednotkách. Přitom vyšší prevalence tématu nemusí nutně znamenat, že se jedná o důležitější téma, což je přístup, který byl zvolen v této práci. V některých datových položkách může být tématu věnována větší diskuse, v jiných se nemusí objevit vůbec. V tomto případě záleží na úsudku výzkumníka, který vymezuje to, co je tématem kongruentním s jeho výzkumem (Braun a Clarke, 2006).

5.7 Etika výzkumu

Zapojení respondentů do výzkumu bylo plně dobrovolné. Pro zachování co největší anonymity, z důvodu navození bezpečného prostředí pro sdílení informací a osobních zkušeností, nebyla po respondentech vyžadována žádná identifikace. Důvod rozhovoru, okruhy témat, způsob nakládání s informacemi ze záznamu, jejich uchování a zdroj finanční odměny byl všem respondentům vysvětlen předem. Před spuštěním nahrávání na diktafon byli požádáni o svolení s nahráváním. Toto svolení bylo taktéž znovu vysloveno na nahrávku. Respondentům bylo zdůrazněno, že mají vždy možnost rozhovor ukončit, neodpovědět na položenou otázku a v rozhovoru nepokračovat či zpětně vyslovit přání, aby jejich záznam nebyl použit. Každý respondent byl před zahájením rozhovoru ujistěn, že nikde nebude uvedeno jeho jméno ani nebude identifikovatelné, kterého CDZ služby využívají. V případě rozhovorů, jež se odehrávaly v rámci osobního setkání, byl pro realizaci rozhovoru zajištěn privátní prostor místně příslušného CDZ. Etické aspekty výzkumu byly plně v souladu s Opatřením děkana č. 20/2020¹⁴. Aby byla zachována co největší anonymita respondentů, nebyl po nich vyžadován žádný písemný souhlas, ve kterém by museli vyplňovat informace zahrnující jejich osobní údaje. Souhlas zúčastněných byl potvrzen ústně. Anonymizace dat posléze spočívala v nahrazení identifikovatelného oslovení/místa působení, zejména pro případ dalšího zpracování dat.

¹⁴ Opatření děkana 20/2020 Etika vědecké práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy, dostupné na: <https://www.ff.cuni.cz/wp-content/uploads/2020/12/OD-20-2020-etika-vedecké-práce.pdf>.

6 Výsledky

Předložená výsledková část odpovídá na hlavní výzkumné otázky předložením analýzy dvou součástí datového setu. Nejprve je představena analýza výpovědí klientů CDZ III, následně analýza výpovědí jejich rodinných příslušníků, kteří o ně pečují. V rámci první analýzy bylo identifikováno 6 hlavních tematických oblastí: pomoc v různých fázích onemocnění; komplexnost a návaznost péče; somatické zdraví a management léků; činnosti každodenního života; psychosociální péče; podpora a finance. Druhá analýza identifikuje 4 hlavní témata: komplexnost péče; jistota zajištění péče do budoucna; stabilizace zdravotního stavu; dodržování léčebného plánu.

Rozhovory s klienty CDZ III byly dále analyzovány vzhledem k vedlejší výzkumné otázce, která tematizuje jejich pojetí svého individuálního zotavení, a byla identifikována tato 4 témata: celkové zlepšení a stabilizace stavu; smysluplné fungování v každodenním životě; destigmatizace a společenská angažovanost. Obdobným způsobem byly zpracovány rovněž rozhovory rodinných příslušníků, přičemž v tomto případě byla identifikována 3 témata představ o zotavení: zlepšení zdravotního stavu; socializace a fungování v každodenním životě; vnímané překážky v procesu zotavení.

Poslední část analytického textu odpovídá na třetí vedlejší výzkumnou otázku tím, že shrnuje zjištění prvních dvou analýz na základě jejich příslušnosti k jednotlivým cílům Strategie reformy psychiatrické péče.

6.1 Klienti

Níže předložená analýza odpovídá na VO1: Jaká mají respondenti očekávání od nově vznikajících CDZ? a VO2: Jakým způsobem byla podle nich jejich očekávání naplněna? Jedná se o syntézu obou sběrů.

Pomoc v různých fázích onemocnění
Monitorování zdravotního stavu
Včasné intervence při relapsu onemocnění
Potřebnost hospitalizace
Komplexnost a návaznost služeb
Komplexnost poskytovaných služeb
Case management a předávání informací v systému psychiatrické péče

Návaznost služeb
Dostupnost informací o službách CDZ
Somatické zdraví a management léků
Péče o somatické zdraví
Management léků
Zlepšení kognitivních funkcí
Činnosti každodenního života
Podpora samostatnosti
Nácvik denních aktivit a nastavení režimu dne
Pomoc s uplatněním na trhu práce
Zajištění bydlení
Vzdělávání
Psychosociální péče a podpora
Suportivní přístup
Samota a mezilidské vztahy
Socializace a budování sociální sítě
Finance
Zvýšení finanční gramotnosti
Dluhové poradenství

Tabulka č. 7: Souhrn témat – klienti CDZ III (zpracování: autorka práce)

„Byl bych rád, kdyby se to moje nahrávání, co tady je, aby se o tom dozvěděli i jiní nemocní lidé, že by jim to mohlo pomoci v jejich nemoci, že na to nejsou sami.“

6.1.1 Pomoc v různých fázích onemocnění

Monitorování zdravotního stavu

Během prvních hovorů respondenti z řad klientů referovali, že by si přáli, aby stabilita jejich stavu byla taková, že nebude potřebná hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Způsobem, jak se vyhnout hospitalizaci, je zvládnutí zhoršeného psychického stavu ambulantně. K tomu patří podpůrné intervence napomáhající překonat krizové situace v domácím prostředí. Aby klient zvládl zhoršený psychický stav ambulantně, je potřeba sledovat jeho aktuální psychický stav. Respondenti předpokládají, že jejich stav nemonitoruje pouze psychiatr, ale podílí se na něm všichni z týmu, kteří jsou v kontaktu s klientem. Tato očekávání mají podle výpovědí obecnější charakter spočívající v intenzivnějším kontaktu s lékařem či pracovníkem CDZ, který by poskytl podpůrnou intervenci.

Očekávaná je různá míra podpory v jednotlivých fázích onemocnění. Stav remise onemocnění, tedy doby bez výrazných projevů onemocnění, vyžaduje dle jejich názoru menší frekvenci kontaktu se službou.

„Ono je to složité, protože my sem přicházíme do toho centra v různém druhu postižení, ti lidé mají to duševno na jiném stupni narušení, je rozdíl, když sem dojde člověk, který už zažil léčebnu, teď nějaký čas se nastavují léky od psychiatrů. To je taky období, kdy ten člověk prožívá vše jinak, než dojde k tomu nastavení. Potom sem může jít na nějaký test třeba kognitivních funkcí, jak si na tom stojí s krátkodobou pamětí, dlouhodobou a takové věci. Takže on sem přichází, že nečeká, že by potřeboval tu pomoc, ale přijde za lidma, kterým věří, může se svěřit a nemusí se bát, že se to obrátí proti němu.“

Výpovědi mapující období po několika měsících fungování respondenta ve službě potvrzovaly naplnění jejich očekávání. Respondenti si v souvislosti se vstupem do CDZ především přáli stabilizaci svého stavu. Tato očekávání jsou naplňována zejména díky zajištění komplexních služeb (viz Kap. 6.1.2) a předcházení relapsu onemocnění, příp. intenzivní pomoci v době ataky onemocnění, která před vznikem CDZ často končila dlouhodobým pobytem v psychiatrické nemocnici. Stabilizace stavu je popisována respondenty v různých intencích, jako je např. zlepšení nálady, zmírnění příznaků onemocnění, zlepšení celkového psychického a fyzického stavu.

„Mám radost z toho, jak paní doktorce D. sděluju stále lepší zprávy. Jak mi zabrala, jak se mi daří,(...) aj zeslabení těch hlasů a toho zvuku. Mám z toho obrovskou radost. Když se ráno vzbudím a už to třeba nemám, nebo že se dobře vyspím, že mě to nebudí v noci nebo tak. Mám obrovskou radost.“

Respondenti potvrdili, že období, ve kterém je onemocnění stabilní, vyžaduje nižší míru péče ze strany CDZ. Zazněly různé výpovědi ohledně potřebné frekvence kontaktu s CDZ. Někteří respondenti si tento kontakt více řídí dle svých vlastních potřeb, jiní důvěřují odborným znalostem pracovníků a jejich názoru na frekvenci kontaktu. Také zmínili, že vnímají individuální zájem o vlastní osobu. Tyto aspekty dotvářejí takové prostředí, ve kterém se cítí respondenti bezpečně a pocítují jistotu, že v případě zhoršujícího se stavu jim bude potřebná pomoc zajištěna.

„Ono se říká, že někomu stačí jenom léky, někomu stačí jenom terapie, ale já jsem zrovna člověk, kterej potřebuje léky i terapie. Teda aspoň nějaký čas. Terapie končí v době, kdy si člověk najde zdroje pro to, aby si své problémy řešil sám, ale to já momentálně ještě na tom tak nejsem. Ale určitě to nebude tak, že k tý psychologce budu chodit do konce života.“

„A hlavně jako pro mě, protože ta věc je taková, že vlastně já mám poruchu nálady a sama mám docela velký problém si všimnout nějakých zásadnějších změn v té mé náladě. Opravdu mi to dělá problém všimnout si začínajících nějakých těch depresí, nebo těch hypománií a takhle. A proto jsem strašně ráda, protože jsme se dohodli vlastně v CDZku, že právě se budeme pravidelně vídat. A oni se pak budou radit a všechno a budeme sledovat zpětnou vazbu, že si prostě všimnou, že prostě něco. Na základě toho třeba usoudí, že něco vzniká, a jestli bysme nechtěli, aby vznikalo. A oni vlastně můžou hnedka zakročit a na základě toho jednat a hodně se tomu předchází potom, nějakým těm horším problémům.“

Dle respondentů má individuální přístup, který zahrnuje hlubší poznání klienta a dobře navázanou terapeutickou alianci, významný potenciál pro zachycení zhoršujícího se stavu, čímž se předchází relapsu onemocnění, mírní se ataky onemocnění, ale také je díky tomu možné lépe rozpoznat rozdíl mezi projevy duševního a somatického onemocnění.

Respondenti uvádějí, že v případě zhoršení psychického stavu, nemožnosti dostavit se do prostor CDZ, při aktivizaci nebo v době běžného fungování respondenta, se návštěvy uskutečňují v jeho domácím prostředí. Monitorování zdravotního stavu probíhá také formou terénní péče, např. formou návštěvy u klienta v domácnosti. Tu zajišťují profesionálové týmu dle potřeby specifické intervence. Tuto službu respondenti frekventovaně oceňují. Terénní péče napomáhá k zajištění alespoň minimálního kontaktu v období remise onemocnění, dle jejich názoru přispívá k jejich aktivizaci a je zajišťována v případě, že klient nemá potřebu využívat ostatní služby CDZ.

„... a ty terénní služby jsou dobrý, že taky občas přijedou ke mně do města, a jdeme se projít po městě. Protože já moc nechodím ven sám, takže vlastně i tahle ta služba je dobrá pro mě.“

Včasné intervence při relapsu onemocnění

V první vlně rozhovorů od respondentů zaznělo, že očekávají pomoc v případě, že se začne zhoršovat jejich psychický stav, který by při absenci CDZ končil hospitalizací.

„Já doufám v to, že se budu moct vyhnout nějakým hospitalizacím, protože jsem byla už několikrát, a teď se mi poprvé podařilo tomu vyhnout při akutní epizodě, což je velký úspěch, a tohle očekávám, že by se mohlo snížit množství hospitalizací a abych na ně nemusela už chodit a dalo se řešit vše ambulantně.“

„Po té zdravotní stránce, já jsem měla takovou myšlenku, že si těch výkyvů nálad nedokážu všimnout včas, a proto kdybych se častěji vídala s tím týmem, tak by byli schopni jako odborníci mi dát adekvátní zpětnou vazbu. Mohli by začátek epizody zachytit včas, že by nemuselo dojít k tomu vybuchnutí.“

Kromě monitorování klientova stavu ze strany CDZ existují i další prostředky k včasnému zachycení přicházející akutní epizody onemocnění. Jedním ze způsobů je vypracování krizového plánu, který jasně detekuje pomocí škály přicházející zhoršení stavu jedince. Dalším podstatným aspektem je dobře navázaná terapeutická aliance s některým z pracovníků, který vhodně detekuje zhoršující se psychický stav. Eliminace počtu hospitalizací v psychiatrické nemocnici či jejich nepotřebnost díky včasnému záchytu blížící se akutní epizody onemocnění je dle respondentů způsobem, jak zvyšovat úspěšnost zotavení (více viz VO2).

„Všímat si těch výkyvů včas, tak by se mohlo radikálně snížit to množství hospitalizací, je to o kontaktu a důvěře, nebo vypracovávání těch materiálů.“

Psychický stav respondentů se proměňuje nejen v průběhu dlouhodobého vývoje jejich stavu, ale také během dne. V případě zhoršení je možné využít krizovou linku CDZ, která ne ve všech CDZ funguje nepřetržitě. Respondenti očekávali rozšíření dostupnosti krizové služby na 24/7. Dostupnost služby nebyla v době prvního sběru dat taková, aby pokryla každou situaci v souladu s tím, kdy dochází ke zhoršení psychického stavu klientů CDZ. Mít možnost využít krizovou pomoc v době zhoršeného stavu znamená pro respondenty určitou jistotu v tom, že se mají na koho obrátit a že se jim dostane nepřetržitá potřebná pomoc. Tomu by případně pomohla větší informovanost o jiných dostupných

krizových linkách/službách, která by vznikla tím, že CDZ poskytnou klientům kontakty na ně. Respondenti si s dostupností linek rovněž spojují jistotu, že se jim v případě zhoršeného psychického stavu bude nějaký odborník intenzivně věnovat.

„Centrum duševního zdraví je na telefonu každý den do 20 hodin, jenže většina pacientů má depresi večer, takže aby měli službu 24 hodin denně na zavolání.“

Krizová situace se neomezuje pouze na zhoršený zdravotní stav. Situace, které primárně nevypadají jako přicházející ataka onemocnění, mohou následně vést ke zhoršení psychického stavu. Tyto situace mohou mít podobu různých životních krizí, potíží ve vztahu či v jiných osobních záležitostech. Detekování těchto situací a možnost intenzivnější podpory při řešení běžných, avšak zátěžových situací má dle výpovědí potenciál předcházet zhoršení celkové situace jedince.

„Teď bych řekla v krizových situacích, byla jsem ve fázi rozchodu, tak mi nabídli, že to můžu probrat s psychologem. Takže jsem měla myslím tři nebo čtyři schůzky co týden s ním, takže to mi hodně pomohlo...“

V druhém sběru respondenti popisovali, jakým způsobem jsou používány krizové plány k detekování zhoršení jejich psychického stavu a tento nástroj hodnotili jako efektivní. Krizový plán má podobu klasifikace jednotlivých fází onemocnění od té, která vyznačuje remisi onemocnění, po fázi označující zvýšený výskyt rizikového chování či projevy přicházející ataky onemocnění. Krizový plán má podobu tzv. semaforu, tedy tři barevně rozlišených stavů, které jasně mapují, ve které fázi onemocnění se jedinec nachází. Tento plán slouží klientům, kteří sami dokáží detekovat svůj aktuální stav, pracovníkům, kteří díky tomuto plánu mají přehled o průběhu onemocnění svých klientů. Pokud jsou rodinní příslušníci klientů edukováni, slouží i jim. Na základě jednotlivých popisů pak dokáží rozpoznat příznaky ataky onemocnění.

„A hlavně jako pro mě, protože ta věc je taková, že vlastně já mám poruchu nálady a sama mám docela velký problém si všimnout nějakých zásadnějších změn v té mé náladě. Opravdu mi to dělá problém všimnout si začínajících nějakých těch depresí, nebo těch hypománií a takhle. A proto jsem strašně ráda, protože jsme se dohodli vlastně v CDZku, že právě se budeme pravidelně vidat, a oni se pak budou radit

a všechno, a budeme sledovat zpětnou vazbu, že si prostě všimnou, že prostě něco jo, a na základě toho třeba usoudí, že něco vzniká. A oni vlastně můžou hnedka zakročit a na základě toho jednat. Hodně se tomu jako předchází potom, nějakým těm blbějším problémům.“

Respondenti referují o tom, že jsou edukováni o projevech svých onemocnění, především jsou vybaveni informacemi, jak sami na sobě rozpoznají zhoršující se psychický stav.

„Mně se můj osobní život pozitivně zlepšil strašně moc, protože když jsem tu začala chodit, tak já jsem si prošla rozvodem a začala jsem žít sama. A musela jsem se naučit žít sama s tou nemocí. Takže v tom mi CDZ hodně pomohlo v tom, že jsem zkvalitnila ten život a naučila se žít sama a došli jsme až tak daleko. Protože já jsem maniodepresivní, tak mi pomohlo CDZ v tom, že jsme udělali krizový plán v případě začínající mánie nebo deprese, abych se sama doma naučila rozpoznat akutní příznaky té nemoci. Takže osobní život mi to hodně zlepšil, a i ten život prostě tady, ty aktivity, že mám kde jít.“

Ve druhé vlně sběru dat respondenti popsali, že v krizových situacích mohou využít krizový telefon příslušného CDZ, který je k dispozici vždy v určitý čas. V řadě případů tuto možnost využívají. Pomoc v krizové situaci spočívá v tom, že jsou klientovi ve zvýšené míře poskytovány potřebné intervence, např. pravidelný osobní kontakt, společné plánování nadcházejícího času a aktivit, navýšení dávek medikace, intenzivnější telefonická podpora, případně kontaktování dalších zainteresovaných osob, zejména rodinných příslušníků.

„Bez CDZka už bych dávno spáchal sebevraždu. Dokonce jsem se před měsícem o ní pokusil... oni mě chtěli hospitalizovat, ale nebylo místo na psychiatrii. Tak se mnou udělali krizovej plán a dělali ho každej týden. Každý týden sepsali, co budu dělat tady, co budu dělat doma, s tím že si každý den, pracovní den večer v 6 zavoláme, jestli se mi dařilo a o víkendu jsme si volali dokonce 4x. V 11, ve 2, v 6 a potom před osmou, kdy krizový telefon končí. Opravdu jsem poprvé v životě pocítil, že někomu nejsem lhostejný. A dostal jsem se z toho.“

„V první řadě je tady hodně lidí, kteří se mi věnují, a když to bylo akutní, tak se mi věnovali každý den. Měla jsem každý den třeba nějaký rozhovor, lékařku, chodili jsme na procházku každý den, takže i ty procházky tomu pomohly. A vlastně ta paní doktorka to řešila ze dne na den. A tím že byli se mnou, tak jsem to prostě nějak ustála. Ale byla to každodenní pomoc různých, buď je to Jirka, sestřička, sociální pracovnice, paní doktorka, psycholog. Takže pokaždé se někdo našel, kdo se mi ten den věnoval, a ustála jsem to díky mé práci a jejich práci, společné práci.“

Očekávání, které zaznělo během prvního sběru dat, a to rozšíření dostupnosti krizové pomoci na 24/7, zatím nebylo naplněno. Avšak v případě nedostupnosti krizové pomoci ze strany příslušného CDZ jsou dle výpovědí klienti odkázáni na krizové linky, které jsou dostupné nepřetržitě. Tyto linky někteří respondenti v době nedostupnosti krizového telefonu CDZ využívají. To se ukazuje jako relevantní způsob zajištění potřebné péče. Důvodů, proč v CDZ nebyla zřízená krizová linka 24/7, je mnoho. Jeden respondent uvedl jako důvod zprostředkovanou informaci o nedostatku pracovníků, kteří by tuto službu zajišťovali.

„Mě často přepadaly ty deprese po 8. hodině. Tak mi (zdravotní sestra) odpověděla, že ono se uvažuje, že ta linka bude třeba až do půlnoci. Jenomže pak mi řekla svůj vlastní názor: já bych proti tomu nic neměla, ale problém je, že já bych do půlnoci byla na krizovém telefonu a potom musela v 6 ráno vstávat do práce, což bych se pořádně nevyspala. Takže tady je takovejhle problém, no.“

Z několika výpovědí zaznělo, že i přes absenci celodenní krizové linky se jim podařilo krizový stav zvládnout, přičemž jim bylo pomoheno službou CDZ následující den.

Potřebnost hospitalizace

Respondenti během prvních rozhovorů zmiňovali očekávání „vyhnout se hospitalizací“, „zvládnout krizi ambulantně“ nebo také „už se nikdy nemuset dostat do nemocnice“. Veškeré tyto výpovědi vedou k jednomu cíli, a to zvládnutí ataky onemocnění takovým způsobem, že jejich zdravotní stav nebude vyžadovat hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Důvody, proč se chtějí vyhnout pobytu v nemocnici, respondenti uváděli jen okrajově. Primární je jejich preference zvládnout ataku onemocnění v domácím prostředí,

které staví proti pravidly svázanému kontextu hospitalizace. Pokud akutní epizodu zvládají doma, zažívají v řadě ohledů více autonomie v porovnání s nemocničním prostředím, což posiluje jejich sebehodnotu a důstojnost.

„V psychiatrické nemocnici byli přísní a pořád vyžadovali ty psychiatry, já jsem tam chodil x roků s přestávkama. A potom jak jsem chodil tady k paní primárce, tak jsem jí říkal, že to domácí léčení mi vyhovuje víc, můžu se vyspat, jak chci. Akorát si musím plnit ty povinnosti, které mi určil soud, musím chodit na sociálku, ale ani jednou jsem nevynechal.“

Během druhého rozhovoru s respondenty zaznívala otázka, zda se četnost hospitalizací proměnila, případně jak a díky čemu. Respondenti, kteří před vstupem do CDZ byli hospitalizováni, odpověděli, že díky krizové péči CDZ nebyla hospitalizace potřeba, jejich počet se snížil, případně se snížil počet dní strávených v hospitalizaci.

„Tak já jsem se vlastně mluvila o tom, že za ten rok, co tady chodím, jsem si ušetřila nejméně dvě až tři hospitalizace, které vím stoprocentně, že bych skončila v nemocnici. A díky té péči tady, nebo i té každodenní péči jsem se tomu jako vyhla. Takže takhle mi to prospívá, že nepotřebuju být tak často hospitalizovaná.“

„... a to centrum jsem ocenila hlavně proto, protože jsem jednou nohou v léčebně. A právě teď, když mi paní doktorka dala týden dva, kdy se rozhodne, jestli budu hospitalizovaná nebo ne, tak se mi tady to centrum věnovalo každý den. Strídaly se u mě sociální pracovnice i sestřičky a děláme to i takovou formou, protože zdravotní sestřička chodí každý týden v pondělí mi chystat léky, protože já to pletu. Předtím to musela být rodina, takže je fajn, že přijde ke mně domů a nachystá mi ty léky. Hodně spolupracuji se zdravotní sestřičkou a vymyslely jsme procházky, protože člověk se léčí nejenom tou psychoterapií, ale i procházkou si člověk vyčistí hlavu. Takže dvakrát týdně se mi věnuje, chodíme na procházky. A teď, když ta situace byla u mě zhoršená a propukla mánie, manický stav, tak se mi věnovaly denně. Denně mi pomáhají tento stav zvládnout, což jsem ráda, protože jsem sama, manžel se se mnou rozvedl, takže se s tou nemocí člověku těžko žije v bytě. Takže jsem ráda, že tady mám více lidí, kteří mi pomohli. Protože jsem ze začátku měla strach, jak tu mánií zvládnou, protože když člověk žije sám, tak to ti druzí

nezpozorují. Zatímco když jsem žila v rodině se třemi dětmi, tak mě upozorňovali, že jsem manická. Takže to došlo dost daleko, než jsem na to přišla sama, nebo než mě dcera přes videohovor upozornila, že nejsem v pořádku. Takže já tady mám teď momentálně každý den nějakou službu a toho si vážím a cením, že se všichni nasadili proto, abych do té nemocnice nemusela.“

Někteří respondenti referovali o tom, že před vstupem do CDZ byli hospitalizováni i několik let, případně zmiňovali počet hospitalizací. Z některých výpovědí vyplývá, že nejenže se podařilo tuto situaci změnit, ale že nadále očekávají, že se podaří tento stav udržet nebo ho stále zlepšovat. Toho lze dosáhnout například díky zajištění potřebné a komplexní péče, pravidelné kontrole u lékaře-psychiatra, péči o somatické zdraví, aktivizaci a lidské podpoře ze strany CDZ.

„Já se léčím 26 let a za dobu 25 let jsem byla 45x hospitalizovaná, to znamená, že velice často a na dlouhou dobu. Co jsem tady, ten rok, tak jsem nebyla hospitalizovaná ani jednou. A je to i tím, že jsem změnila lékaře, to znamená, začala jsem chodit k paní doktorce D., a tady vidím velkou změnu, protože když jsem předtím chodila k psychiatrovi, tak to bylo: dobrý den, jak se máte odpověď, jedna dvě odpovědi, a to bylo všecko. Takže za pět za deset minut jsem byla venku z ordinace. Tady paní doktorka nejen že řeší léky, ale ona si vyslechne, a je to i takové, jak kdyby terapie. Že udělá si na mě čas, třeba půl hodiny, a rozebíráme všecko, dopodrobna rozebíráme, co mi může pomoci, co mám dělat. Všichni ti pracovníci třeba mají ranní poradu, kde si řeknou: tak V. je teď zle a je s ní to a to, je potřeba s ní udělat to a to, a ví to všichni. A potom mi každý zvlášť může pomoci v tom svém směru. Každý má ty své možnosti, a takže i to vlastně, ta komunikace, také všichni ví, o co se jedná, a každý pomůže, jak může.“

„Tu chronickou psychózu jsem zvládla ambulantně, byla jsem na 20 pobytech, ale od té doby už ne. Už od roku 2020 nejsem hospitalizovaná nijak. Díky tomu právě Centru tu docházím skoro každý den.“

„Podporu prostě jsem měl, dívejte se, já jsem třeba kolikrát skončil v nemocnici jenom proto, že jsem měl depresi sám doma. Jo a takhle když jsem měl někoho, kdo za mnou přijde, jo, a tohle, tak jsem to ustál no. Poradili mně s indikací léků,

pan doktor, a prostě jsem to ustál, možná je to věkem, možná že jsem se naučil už s tou nemocí pracovat, nevím, prostě jsem to ustál.“

V tomto kontextu je nutné podotknout, že někteří respondenti referují o potřebnosti hospitalizace, a to i přes kvalitní péči poskytovanou CDZ. Ta může mít podobu respitního pobytu, změny prostředí a v případě jedné zkušenosti také oproštění se od samoty.

„Jakože se prostě tam o člověka postarají, že si nemusí vařit a tak dále no. Jakoby řekněme, za určitých okolností jako pro někoho může být přínosem, jako že člověk si třeba odpočine a dá se dohromady a tak dále. Já úplně jako hospitalizaci nezavrhnu.“

„Jako samozřejmě jsou situace, kdy aj já jsem teďka byla v nemocnici, že jsem potřebovala odbornou pomoc (...) ale prostě když to zajde do toho okamžiku, kdy už je to nezbytné, tak samozřejmě jako je na místě jít do nemocnice. Ta změna prostředí kolikrát může být terapeutická. Ale zase v některých případech, to že jste najednou zavření v takové nudli prostě 10 x 2 metry. To je jako chodba a prostě mně to fakt vadilo, že jsem se cítila jako uvězněná. Ted' to zvládám prostě bez toho, protože mám tu podporu tady.“

6.1.2 Komplexnost a návaznost služeb

Komplexnost poskytovaných služeb

Respondenti, kteří přecházeli z transformujících se služeb, měli v řadě případů určitou představu o tom, jakým způsobem bude CDZ fungovat. Očekávali, že služby budou komplexnější, tedy že se budou skládat z více odborných služeb poskytovaných různými profesionály. S kombinací různých profesionálů nabízejících různé služby, zejména pak se sociálními pracovníky a zdravotními sestrami, se v některých využívaných službách setkávali již dříve. Řada respondentů očekávala, že tím, že bude více profesionálů na jednom místě, dojde k zajištění všech potřebných služeb v rámci jednoho multidisciplinárního týmu, případně jednoho pracoviště. Poskytované intervence budou kvalitnější a s kratší čekací dobou, přičemž v nabídce budou služby zcela nové nebo takové, které z různých důvodů zatím nevyužili.

Dle výpovědi jedné respondentky dojde díky péči poskytované jedním týmem k lepší informovanosti mezi pracovníky, neboť ti získají více informací o průběhu onemocnění. Před vznikem CDZ musela opakovaně procházet anamnestickým pohovorem u různých profesionálů, kteří měli jen částečné a nepřesné informace o průběhu jejího onemocnění. S tím souvisí i očekávání respondentů, že informace o jejich současné situaci a zdravotním stavu budou předávány rychleji. Pracovníci CDZ tak budou mít lepší představu o tom, co každý z respondentů potřebuje vzhledem ke stavu svého onemocnění.

„Dřív ta moje sociální pracovnice nebyla v kontaktu s mým doktorem a teď si ty informace sdílí a tím pádem mi můžou více pomoci.“

V souvislosti s komplexností služeb jedna respondentka zmínila, že by služby odborníků v CDZ věnujících se duševnímu zdraví měly být rozšířeny o odborníka na somatické zdraví. Koncept CDZ se zapojením praktického lékaře do týmu nepočítá, avšak některé záležitosti týkající se somatického zdraví lze konzultovat se zdravotníky z týmu.

Rozhovory po měsících fungování CDZ prokázaly, že zajištěním komplexních služeb, které mají podobu dostupných zdravotních a sociálních služeb, došlo k naplnění očekávání respondentů. Kladně vnímaným rozdílem bylo zejména to, že oproti transformujícím se službám CDZ zahrnovala ve svých týmech i zdravotnickou část, zejména zdravotní sestry a psychiatra. Komplexnost je v mnoha výpovědích doplněna také očekávanou psychologickou pomocí, kterou klienti v CDZ dostávají. Ta v sobě nese nejen služby psychoterapeutické, ale také rozhovory podpůrné (suportivní) (viz Kap. 6.1.5).

„Je dobrý, že se rozšířilo o to zdravotnictví, o ty zdravotní sestry a psychiatricku. To jako hodně pomůže těm lidem tam docházet a jako třeba na pohovor s psychiatrickou, kdyby na tom byli špatně, že jim pomůžou, i ty zdravotní sestry. Jak říkala tady I., že jí píchá injekce, si myslím, že je to jako dobrý no.“

Komplexnost zajištění služeb spočívá také v pomoci v různých doménách běžného lidského života. Respondenti si obecně přáli zajištění takových podmínek, ve kterých budou naplňovány jejich individuální potřeby, a byli tak schopni dosáhnout co největší míry zotavení. Pracovníci reagují velmi individuálně na potřeby jednotlivých klientů

a poskytované komplexní intervence přizpůsobují jejich specifickým potřebám. To lze demonstrovat na příkladu výpovědi respondenta:

„Já jsem byl na začátku hrozně zmatenej, utápěl jsem se v tý své nemoci, byl to jen můj pokoj nebo hospitalizace. A oni, ty pracovníci, mě fakt dokázali namotivovat, jednali se mnou jako s člověkem. Chodili jsme na procházky, pak jsem začal chodit i na nějaký skupiny do CDZ a tam jsem si našel i kamarády. S nima se i domlouváme mimo, že třeba někam zajdeme. Teď jsme i obcházel nějaký byty, že bych se odstěhoval od našich, že by měli taky už konečně klid. A já vlastně taky.“

Zásadní součástí komplexní péče CDZ je dle respondentů to, že jsou klienti vedeni v různých oblastech života k aktivizaci. To zahrnuje rovněž posílení jejich schopnosti provádět pozitivní změny ve svých životech. Míra, s níž potřebují klienti v jednotlivých doménách pomoci, se liší. Někteří již fungují do značné míry běžným způsobem, např. bydlí v samostatné domácnosti a dochází do práce, jiní klienti potřebují větší podporu, např. výpomoc při péči o domácnost, doprovodit na úřad či k lékaři, pomoci s hospodařením s financemi.

Respondenti od CDZ neočekávali pouze větší komplexnost služeb, ale také to, že služby budou oproti tomu, s čím se setkávali v psychiatrických službách, poskytované jiným způsobem. CDZ tato očekávání naplňují.

„Když půjdete na psychoterapeutický oddělení, tak vám řeknou, tak a budou expozice a máte na to z programu vyhrazené dvě hodiny času, tak sami běžte do města a dělejte si je. To sám nikdo jako nejde, nebo jako já nevím, já jsem tady z Olomouce, to mě sami nepustí z blázince jo takzvaně, ale nikdy se mnou nikdo nesměl dělat expozice, ne. A to mám aj psychologa, a ten taky, jo prostě ten je v kanclu a prostě ten má svoje že. Takže tady to je prostě jinak.“

„No, možná že si vážím víc týchle pomoci než prostě jenom pomoci, nebo řekl bych, že tohle je pro mě aspoň, nebo jako ono je to individuální hrozně. Protože už jenom kvůli tomu, jako mám já zkušenost s lékama, tak to vnímám jako důležitější, spíš fakt věc řešit konkrétně, než jenom jako tady – máš léky a konec. Všechno bude

najednou spravený... A takhle jsem si to i jako malej, nebo menší, nebo prostě mladší dřív představoval jako pomoc, kde se řeší fakt, jakoby ta situace, a ne jenom to, co to dělá ta situace s tím člověkem.“

Case management a předávání informací v systému psychiatrické péče

Během první vlny sběru dat zaznělo, že bude klientům přidělen jeden klíčový pracovník, který bude nejen poskytovat potřebnou podporu a specifické služby, ale bude koordinovat péči týmu v případě zvýšené potřeby. Samotný case management má potenciál naplnit očekávání respondentů ohledně zajištění dobře informovaného odborného týmu lidí, kteří se věnují jejich zdraví. Tento systém péče vede k tomu, že klientům jsou poskytovány intervence, které skutečně v daný moment potřebují. Účelnost intervencí šetří členům týmu čas, díky čemuž mají na klienty více času a služby CDZ se stávají dostupnějšími.

„No, já myslím, že tady je víc pracovníků a že je možná větší dostupnost, že nám pomůžou, že je jich tady víc. Jednám s jednou klíčovou pracovnící, ale třeba kdyby se mohly mezi sebou poradit.“

V souvislosti s očekávaným navázáním úzkého kontaktu s klíčovým pracovníkem respondenti předpokládají, že bude docházet k zastupování klíčových pracovníků v případě, kdy by primární klíčový pracovník nemohl, například z důvodu nemoci. To vede k ujištění, že se mohou v případě potřeby obrátit na dalšího zastupujícího pracovníka, který mu bude k dispozici.

Zajištění komplexních a dostupných služeb by se neobešlo bez zabezpečení jejich plynulého chodu. To dle výpovědí uvedených v druhých rozhovorech spočívá v dobré informovanosti různých profesionálů z týmu o potřebách jednotlivých klientů a jejich schopnosti na ně reagovat. Klíčový pracovník má do značné míry ucelený přehled o stavu svého klienta díky tomu, že kromě samotného kontaktu s klientem v rámci poskytování služeb, které mu zajišťuje on sám, získává další informace o něm od svých kolegů, kteří se na péči o daného klienta podílí. Zároveň očekávání, které v tomto kontextu zaznělo, tedy že v případě absence klíčového pracovníka bude tento pracovník zastoupen jiným, je naplněno sdílením role klíčového pracovníka dvěma profesionály z týmu. V případě absence prvního klíčového pracovníka se může klient obrátit na zastupujícího klíčového pracovníka.

„A mám pocit, že tady je víc zaměstnanců, takže tím pádem je víc času na klienty. Že třeba je dobrý, že když nemůže klíčová terapeutka, tak je tu ještě jedna nebo dvě, kterým se dá ozvat, a nestane se to, že třeba člověk se nedovolá, že není odkázaný jenom na jednoho.“

Pracovníci jsou klientům k dispozici i pro náhlé konzultace, což přispívá k vzájemnému poznání klientů s pracovníky CDZ. Dobrá informovanost o případu napříč odborníky v CDZ může vést u klienta k pocitu, že se mu dostává kvalitnější péče.

„No je to spojení té psychologické a psychiatrické péče a sociální péče. Docházím k panu doktorovi a ten je v kontaktu s tím sociálním pracovníkem a sestrou a pociťuji tam více péče. Je lepší a efektivnější. Vyhovuje mi to víc.“

K předávání informací nedochází pouze mezi pracovníky týmu, ale také v případě předávání klienta mezi různými pilíři péče. Například probíhají konzultace mezi ambulantním psychiatrem a pracovníkem CDZ či ošetřujícím lékařem v psychiatrické nemocnici a pracovníkem CDZ. Dle respondentů sdílení informací mezi profesionály znamená v důsledku pro klienty menší zátěž, pokud jde o vysvětlování jejich stavu a potřeb. Zároveň nabývají pocitu jistoty, že o jejich zdravotním stavu mají ošetřující odborníci z různých pilířů péče přehled.

„Ze začátku, když jsem byl s tím psychiatrem, když jsem se vrátil z těch Kosmonos před tím měsícem a něco, tak tam každý týden za tím psychiatrem chodili z CDZka vždycky někdo. A taky se tam ptali na různé věci ohledně mě.“

„Takhle vám to řeknu. Ono to je užitečné jako celek, jo, a mně se prostě strašně líbí, je to opravdu propojené. Protože dřív, než bylo CDzko, tak já jsem třeba měla jako psychiatra že, a ten prostě věděl nějaký moje informace. A řešil se mnou léky. A pak jsem měla psychologa, kterej se mnou řešil terapii. Ale ty lidi dva se absolutně neznali jako mezi sebou, jo, ani mezi sebou prostě nekomunikovali. Spolupracovala jsem s charitou, tam byla zase sociální pracovnice a zase jo, ta prostě mě taky nějak znala, ale oni prostě vůbec spolu nijak nespolupracovali. (...) A teďka to řeknete tomu sociálnímu pracovníkovi a ten se druhý den na poradě bude bavit s vaším

doktorem a ten bude vědět, jakou jsem měla náladu den předtím. Což je naprosto úžasný, že ti lidi mají přehled a že jsou tak jako navzájem propojení, informují se. A vlastně i dokážou takhle pomoci, že.“

Individualizovaná a dostupná péče

První vlna sběru dat přinesla očekávání respondentů, že vznikem CDZ dojde k zajištění služeb duševního zdraví v kratším čase, než tomu bývalo doposud, a že potřebné služby budou frekventovanější a odborníci v CDZ jim nabídnou individualizovanou péči. Někteří z nich mají různé představy o tom, s jakou intenzitou by se jim měli odborníci věnovat. To se odvíjí od aktuálního zdravotního stavu či míry potřebné podpory pro běžné fungování. Dále očekávají, že v případě potřeby dokáží pracovníci CDZ zastoupit odborníky, se kterými klienti běžně spolupracují.

„Tak je to pro mě takové intenzivnější, častěji tady docházím, každý týden, takže řeším aktuální problémy, hlavně s psychologkou se scházím jednou za měsíc, mělo by to být možná častěji, ale takhle to mám nastavené.“

Druhý sběr dat poukázal na to, že dostupnost péče je vyžadována respondenty v rámci uspokojování a pokrytí širšího spektra potřeb, biologických, psychologických i sociálních, a to zejména, jedná-li se o potřeby akutní. Hodnocení kvality služeb je patrné ve všech výrocích ohledně spokojenosti s poskytovanou péčí, případně v označeních konkrétních intervencí, které vedou k naplnění individuálních očekávání. To může mít podobu zajištění potřeb, jako je např. bydlení, zdraví, zaměstnání, osobní pohoda nebo sociální vztahy. Jakkoli mají tato očekávání klientů CDZ velmi obecný charakter, k jejich naplnění dochází individuálním způsobem. To se ukazuje v mnohých výpovědích respondentů napříč všemi rozhovory.

„Já si myslím, že tady je lidštější přístup. Je tady doktor a psychologka, takže mám vše při jednom, mám všechno hned, nemusím dlouho čekat na objednání a mám to hned. Zavolám, jak mi není dobře, slíbili, že hned přijedou, takže jsem taková víc chráněná, nejsem na to sama.“

Dostupnost služeb byla očekávána v souvislosti s jejich rychlejším zajištěním. To lze demonstrovat na výpovědích týkajících se zajištění intenzivní péče v době zhoršujícího

se zdravotního stavu (viz Kap. 6.1.1) nebo na příkladu v následující výpovědi jednoho respondenta, který nabídku dostupnějších služeb v CDZ exemplárně popsal:

„No asi když mě vezme ta psychologka vlastně co nejdřív. Jo že vlastně když chodíme k psychologce někam, tak prostě čekáte měsíc dva a ten problém se neřeší. A pak až prostě dojdete na řadu, až pak jste objednaná za dva měsíce, a to máte jinej problém. No a už je to prostě stresující a tam prostě do týdne mě vezme, že budu v pohodě.“

Návaznost služeb

V prvních rozhovorech byla v případě hospitalizací očekávaná návazná péče CDZ, která klienta rychleji navrátí k fungování před hospitalizací. Tento proces zahrnuje i kontaktování klientů během hospitalizace, které již několik respondentů zažilo v počátku fungování CDZ. Pro jednoho z nich, který byl v hospitalizaci poprvé a nemá předchozí zkušenosti se službami duševního zdraví, byla hospitalizace v psychiatrické nemocnici výraznou životní změnou. Znamenalo to významný zásah do jeho běžného fungování i způsobu přemýšlení. Pracovníci CDZ ho během hospitalizace navštívili, vyslechli ho a poskytli mu informace ohledně služeb systému psychiatrické péče a nároků vyplývajících z onemocnění, což vedlo u něj k lepšímu náhledu na jeho situaci. Následně očekával, že díky návaznosti do služeb CDZ dojde k rychlejšímu navrácení k běžnému fungování.

„Nějakou pomoc ve smyslu toho, že mě teď podrží v tom. Už jak jsem byl hospitalizovaný, tak mi tam pomáhali, a teď jak jsem vyšel z té nemocnice, tak mi nějak pomůžou se vzpamatovat“

Kontakt pracovníkem CDZ v případě hospitalizace klienta v psychiatrické nemocnici je dle respondentů skutečně běžnou praxí. Poskytované intervence spočívají zejména v zajištění plynulého přechodu z hospitalizace do komunitních služeb, monitorování stavu onemocnění a následných intervencí v různých oblastech bio-psycho-sociálního modelu, např. pomoc s vyřízením potřebných dokumentů, zajištění chodu domácnosti či psychická podpora.

„No, protože tu péči, kterou vy máte v té léčebně, tak oni vám jí poskytnou, ale vy spíte doma. Chápete. Vy se furt s někým vidíte, a když jste v léčebně, tak co tam jako je. Co tam máte jako za program. Já nevím, jak si to někteří představují, ale prostě z pohledu pacienta, tak já prostě půjdu do léčebny. Ale hlavní problémy tam jsou léky a jídlo žejlo. Jo prostě to jsou milníky, kdy vám prostě třikrát denně cpou tablety, a třikrát denně máte krmení. A když jste třeba na uzavřeném oddělení, tak opravdu to je vše. Nic jiného se tam neděje.“

Vedle návaznosti, např. během výše zmíněné hospitalizace v psychiatrické nemocnici, na služby CDZ respondenti vyslovovali zájem rovněž o návaznost opačným směrem, kdy se jedná o zajištění jiné péče, než kterou může nabídnout CDZ, např. o služby lékařů specialistů či ostatních psychoterapeutů.

„Ano, taky, já jsem chodila tady k paní psychoterapeutce do nemocnice a ta psychoterapie se liší, že tady můžou pomoci ti pracovníci ve více věcech, než třeba když je to jen ta psychoterapie.“

Po měsících fungování CDZ se ukazuje, že pracovníci dokáží navázat klienty také na specialisty v různých oborech. Přitom jsou jim i nadále k dispozici pro případ, kdy potřebují doprovod při návštěvě specializovaného zařízení, které by klienti bez podpory CDZ nenavštívili.

„Já jsem takový zmatkař a líná, byl pro mě problém jít na mamograf nebo k zubaři, teď se mnou chodí sestřičky, tak to neodkládám, protože třeba k zubaři se hrozně bojím, tak jsem ráda, že se mnou někdo jde.“

Dle výpovědí respondentů pracovníci CDZ zprostředkovávají návaznost mezi jednotlivými pilíři psychiatrické péče – psychiatrické nemocnice na služby CDZ, CDZ na ambulance psychiatrů a dále na volnočasové, zájmové aktivity a služby. V případě vnímané potřebnosti navázání na služby mimo CDZ mají dle výpovědí respondentů pracovníci snahu zajistit vhodnou službu. To může mít podobu ozdravného pobytu, psychoterapeutické péče nebo denního stacionáře v blízkosti bydliště. Z výpovědí zaznělo, že v případě čerpání pouze jedné služby CDZ, kterou lze vhodně zajistit mimo CDZ, jsou klienti na tyto služby navázáni, a tím je spolupráce s CDZ ukončena.

„Oni mě směřovali do toho stacionáře, že tam ráda vyšívám a prostě jsou to ty aktivity, který tam jsou, jo, že člověk pokecá s lidma, vyšívá u toho, nebo si čte časopis, jo, cokoliv jako jo. A ten čas tam prostě tráví podle svého a je to strašně fajn, protože jsou tam lidi, kteří opravdu jako... Jednou mi bylo zle, brečela jsem, oni mi pustili písničky, který mám ráda, prostě snažili se to se mnou řešit takhle jo prostě. Takže si myslím, že ten stacionář včetně toho CDZka, že jim vděčím za hodně jako.“

Dostupnost informací o službách CDZ

Z prvních rozhovorů vyplynulo, že ne všichni respondenti mají dostatečný přehled o nabídce služeb CDZ. Od toho se odvíjí, že nevědí, co očekávat, nebo že očekávají zajištění služeb totožných s těmi, které využívali doposud. Konkrétnější představy mají respondenti z řad klientů transformujících se služeb, jelikož díky této své zkušenosti již mají určitý přehled.

„Ono člověk jakoby neví, jaké jsou možnosti, teď během krátkého rozhovoru, co jsme se bavili, tak říkala, že tady bude možnost vzdělávání, nebo třeba ta péče, když bude vše pod jednou střechou, sestřičky, doktoři, psychologové, psychiatři, já to vnímám tak, že to je krok správným směrem.“

Při první vlně sběru zaznělo, že nabídka dostupných služeb není dobře tlumočená, neboť respondentům chyběl přehled o budoucích, a někdy dokonce i stávajících službách CDZ. Tento názor zazněl i v rámci druhého sběru dat, kdy služby již fungovaly běžným způsobem. Z výpovědí je zřejmé, že neznalost nabídky služeb může znamenat nemožnost rozhodnout se o jejich využívání nebo nemožnost naplnění nevyslovených potřeb. Každé CDZ je však velmi specifické a nabídku služeb sděluje jiným způsobem.

„Já právě nevím, co může být za novými možnostmi. Já vím, že se jako rozšiřovala péče o duševní zdraví o ten CDZ, o ty zdravotní, že tam je paní doktorka, zdravotní sestra a že vlastně lidi ty služby využívají, jo. Ale jako co může být nového na těch službách, to bohužel nevím.“

6.1.3 Somatické zdraví a management léků

Péče o somatické zdraví

Respondenti měli na začátku fungování CDZ očekávání, že vznikem CDZ dojde ke zlepšení jejich somatického zdraví. Za hlavní překážku zhoršeného somatického zdraví označovali zejména špatně nastavenou medikaci. V některých případech zaznělo, že pozornost při kontaktu s pracovníky zejména ve zdravotnictví byla věnována hlavně psychickému zdraví a péče o to somatické byla druhořadá. To mělo za následek, že popisované somatické obtíže byly zaměněny za projevy duševního onemocnění.

„Já jsem se tam bál jít znovu. Oni viděli v papírech bipolární porucha. A tak si to hned spojili a řekli mi, že to mám psychickou, tu bolest zad. Takže jsem s těma žádama skončil takhle špatně, protože mi to nikdo nevěřil, no.“

Významnou podporu očekávají respondenti při zlepšení svého somatického stavu. Zazněly názory, že zlepšení fyzického stavu bude mít přímý vliv na zlepšení psychického stavu. Kroky ke zlepšení fyzického stavu mohou spočívat v pravidelném pohybu, k čemuž pracovníci přispívají aktivizací jedince ke společným procházkám v rámci terénních služeb. Jedna respondentka uvedla, že k aktivizaci a následnému zlepšení fyzického zdraví by mohlo přispět pořízení psa:

„... abych se zlepšila trochu fyzicky. Sháním si teď pejska, tak bych chtěla s ním chodit na ty procházky a měla bych zase pro co žít, to je takový můj cíl.“

Pouze omezeně zaznívalo, že ke zlepšení fyzického zdraví by také mohlo přispět vedení ke zdravému životnímu stylu.

„Ty zdravotní obtíže a ty strachy zvládat, v tom životnímu stylu mi pomoci, navést k tomu, jak to mají ti zdraví.“

„... jo, teda ještě jsme se domluvili na procházky, ale to se teď nedá, teď je sníh, tak potom, říkala paní třeba jen na dvacet minut, protože po těch pokusech mám problémy s dýcháním, tak mám špatnou fyzičku.“

Zlepšení a následná stabilizace zdravotního stavu (myšleno fyzického i psychického) by dle respondentů mělo mít přímý vliv na schopnost pracovat. Klienti očekávají, že díky pomoci při udržování stabilního zdravotního stavu lze předejít neschopnosti nastoupit do zaměstnání či si zaměstnání udržet.

„Tak v tom, abych ten zdravotní stav udržoval stabilizovaný a mohl pracovat, že beru ty léky. Kdyby se to zhoršilo, tak abych neztratil zaměstnání, že mi pomůžou v tom, aby na mě třeba počkali, kdybych byl hospitalizovaný. Zajistí mi tu lékařskou službu a psychiatrii. Já jsem moc rád, že jsem tady v jejich péči.“

Po několika měsících fungování CDZ byl přístup k somatickému zdraví opět předmětem diskuzí. Skutečnost, že byl omezený, byla v řadě případů překážkou v procesu zlepšení celkového zdraví, dosažení očekávaného zotavení, včetně zlepšení pocíťované nálady a spokojenosti. Během rozhovorů v době otevření CDZ zazněla představa o nutričním klubu, který byl posléze v některých CDZ zřízen. Respektive probíhalo setkání, tzv. nutriční klub/skupina, kde jsou klienti edukováni a vedeni ke zdravému životnímu stylu. U respondentů, kteří měli požadavek zlepšit kondici, je vedení ke zdravému životnímu stylu, případně nastavení jídelníčku v rámci daných CDZ naplněným očekáváním.

„Máme nutriční skupinu, to je kvůli dietě, jsem přibrala trošku, 10 kilo, no, a jsou fakt hodný.“

„Ted'ka tam máme druhej, nebo třetí, ted'ka se snažím zhubnout, i když to je plán na delší dobu, ale vlastně i s tím mi pomohli.“

V druhé sérii rozhovorů se respondenti vrátili k tématu vlivu medikace na somatické zdraví. Změna medikace podle nich může být žádoucí za účelem snížení výrazných vedlejších účinků, např. přibírání na váze, zvýšená únava nebo zpomalení metabolismu. Zvýšená hmotnost pak vede ke zhoršení fyziologických funkcí, nepříznivým dopadům na pohybový aparát nebo je kontraindikací pro operaci.

„Ona mi ted' paní doktorka napsala novej lék, jmenuje se Latuda. Beru půlku v poledne a řekla bych, že po něm nejsem tak unavená, jak jsem byla předtím, jo. Já jsem šla třeba na nákup a mě to tak úplně ten nákup prostě sebral, nebo prostě,

já jsem přišla domů, hodila jsem nákup na postel a ležela jsem, třeba půl hodiny, někdy až hodinu. Pak jsem teprve vstala a šla to vybalit jo, byla jsem strašně unavená jenom z toho, že jsem byla na nákupu.“

„No, myslím si, že to bude dobrý, ten prášek, a paní doktorka mi ještě vysadila Amílii, to беру 3x denně dvě, a právě že teď mám ty kyčle pořád, a tak potřebuju zhubnout, protože mi pan doktor napsal redukovat váhu, kvůli těm kyčlím a tý páteři. Takže bych jako do budoucna taky chtěla zhubnout jo jako. A aby mě ty záda nebolely a ty kyčle.“

Zvýšenou hmotnost v některých CDZ řeší zajištěním nutričního poradenství či pomocí se sestavením jídelníčku. Vedle úpravy medikace je aktivizace a motivace ke zdravému životnímu stylu očekáváním, které dokázalo CDZ v řadě případů naplnit. Někteří respondenti do budoucna očekávají pomoc se sestavením adekvátního jídelníčku.

„To právě mi pomohli najít obecnou dietu a vlastně už jím zdravěji a vlastně už jsem i trochu shodil, takže jako jo, ale ještě nejsem na té váze, kde bych chtěl být.“

„No, to bych potřebovala, asi napsat jídelníček, nebo něco takovýho, protože nevím jako já. Ale prej po tý Amílii se tloustne, ona mi paní doktorka jeden prášek vysadila, Amílii, a řekla bych, že jsem malinko zhubla jako, co mně vysadila jenom ten jeden. Když mně vysadí všechny, tak třeba zhubnu. Prý to způsobuje tady ten prášek.“

Pozitivně jsou hodnoceny intervence zdravotní části týmu, zejména zdravotních sester a bratrů, kteří mohou v rámci kompetencí ošetřovatelů do určité míry somatická onemocnění konzultovat. Odborné poradenství ze strany zdravotníků vede k tomu, že jedinec neexperimentuje s léky, příp. si nevezme nadměrné množství nebo takovou kombinaci léků, které by vzájemně negovaly účinky. Některé zdravotnické úkony jsou řešeny přímo v CDZ, příp. zdravotníci doprovodí na odborné pracoviště k lékaři specialistovi.

„Mně teďka přijde užitečný docela, že jsou ti noví bratři a sestry, protože oni, jakoby to CDZko, řeší jiný věci a tenhle ten bratr mi třeba pomohl s rukou no. Že se mnou došel na neurologii a tak.“

„No, takže tam můžu zavolat, aj když jsem třeba taková jako sama hodně, že se tam celkem tak můžu obrátit. A i se zdravotníma jako problémama, jako když jsem nějaká nachlazená, nebo nějaké léky řeším, tak mi taky pomáhají, aj s lékama.“

Aktivizace jedince vede ke zvýšení energie a má pozitivní vliv na redukci váhy. Zároveň pravidelný kontakt a podpora jsou způsobem, jak každodenní aktivity natrénovat do takové míry, že je bude klient zvládat sám. Důvěrný vztah s klíčovým pracovníkem CDZ také podporuje pocit jistoty, že se má klient na koho obrátit v případě potřeby.

„Že jsou furt aktivní, a pomůžou mi, že mě nenechají ve štychu, dělají se mnou něco. Třeba, když jsem byl a tom psychicky špatně s mámou, že na mě svedly ty peníze, tak první pomoc byla. Začali to se mnou řešit, šli se mnou na azylák.“

„Do toho prostě mě vytáhli ven jo, já prostě byla zavřená doma, zatažený žaluzie, stažený záclony jo prostě tma, ale minimálně jednou týdně prostě mě vytáhli ven a úplně mě nastartovali, že já jsem aj sama začala chodit na procházky a teďka mě to baví a chodím prostě aj ven. A je skvělý prostě, že mě vytáhnou. A všelijak, víte co, já si myslím, že teďka já jsem se vracela domů po těch tikách, tak já jsem se třeba bála prostě do autobusu si sednout jo, protože když jsem jela MHD, tak prostě mi tam začali ty tiky, já jsem měla strašný strach, že vlezu do autobusu, že to znovu začne. Jsme chodili prostě s tím sociálním pracovníkem a prostě jsme to trénovali že, abych já mohla tím MHD jezdit. Ale co to s váma udělá právě víte co.“

Management léků

Respondenti na začátku fungování CDZ referovali o tom, že zlepšit jejich somatický stav by mohla změna medikace, jejíž lepší nastavení od lékařů v CDZ očekávají. Jejich současně nastavená medikace má dle výpovědí některých respondentů vliv na zvýšení únavy, celkový pokles aktivity a s tím související nárůst hmotnosti a zhoršení některých

psychických a fyziologických funkcí. Pravidelná medikace by v případě výpovědi jednoho respondenta mohla pomoci ke zlepšení jeho celkového stavu.

„V té schizofrenii mi už víc nemůžou pomoci, to už se nezlepší, tak že se aspoň nějak dá trochu normálně žít, pomohla by mi medikace pravidelná.“

Někteří respondenti mají zkušenost se sebevražednými pokusy medikamenty užívanými na své onemocnění. Tyto situace řeší zdravotničtí pracovníci CDZ pravidelným dávkováním léků. Z výpovědi je zřejmé, že touto intervencí se předchází nejen tomu, že u sebe mají klienti jen určitý počet léků, kterým se nelze předávkovat, ale současně je toto dávkování a pravidelná kontrola jejich užívání způsobem, jak klienta vést k jejich pravidelnému užití.

„... mají moje léky, protože jsem měla sebevražedné pokusy, tak mi nosí 3x týdně léky, tak je lepší, když ty léky nemám u sebe. Jsem skončila na JIPce tehdy dvakrát.“

Medikace byla v době prvního sběru dat v řadě případů důvodem pocíťovaného zhoršeného somatického zdraví, přičemž ve druhém sběru dat došlo její změnou k celkovému zlepšení vnímaného stavu respondentů. V několika výpovědích zaznělo, že vstupem do CDZ došlo ke změně medikace hned při vstupní kontrole u psychiatra CDZ. Tato změna spočívala zejména ve snížení počtu léků, které jedinec bral. To je však dle výpovědí v řadě případů podmíněno pravidelným monitorováním vlivu snížení doporučené medikace.

„Ono, já jsem bral venku, když jsem byl před tou hospitalizací, tak sem bral jako asi 15 psychiatrických léků. Ted'ka беру 3. Nebo respektive jeden a minimum. Prostě že mně to pomáhá v tom, že prostě mi dali malý léky a počkali, co to udělá, a bylo to v pohodě.“

„Co se změnilo, co se změnilo, zdraví. Zdraví se změnilo, že se cítím zdravější, protože já jsem s těma lékama maximálně spokojený, já si nemám na co stěžovat. Mně se stala taková věc, že já jsem si koupil, teda zapomněl vzít léky ráno, to se mi stalo poprvé za 9 roků.“

Respondenti uvedli, že management léků tedy může znamenat také změnu medikace a s ní související revize léků, které jedinec bere, případně snížení jejich dávky, je-li to žádoucí. Dále uváděli, že důvodem, který může po zvážení lékařem-psychiatrem vést ke změně léků, případně jejich kombinace, je tzv. polypragmázie, tedy souběh několika léků, které mohou mít vzájemné kontraindikace, kvůli kterým nedochází k plnému léčebnému účinku. Správně nastavená medikace, včetně předcházení rizika vzájemné kontraindikace, má potenciál zlepšit celkový zdravotní stav jedince. Lékař-psychiatr, který revizi medikace udělá, může díky úzké spolupráci s klíčovým pracovníkem jedince (popřípadě multidisciplinárním týmem) a vzájemnému předávání informací sledovat případné žádoucí/nežádoucí změny nastalé změnou medikace.

„Já jsem brala 14–16 léků denně, a teď beru 5. No, jsem bral moc prášků a oni se jako by přebíjeli.“

„Mi to hodně pomáhá, když to mám takové nabitě, dřív jsem bral strašně moc prášků, asi 22, teď beru asi 14. Jsem to řešil tak, že jsem vstal, pojedl jsem, dal jsem si kávu, vzal jsem si prášek a šel jsem si lehnout. Tak to bylo tak do oběda a po obědě to samé až do večera, takže jsem celé dny strávil vlastně v posteli a prostě nevím no, jednoho dne jsem si říkal, že si to začnu pomalu snižovat ty léky, po konzultaci s psychiatrickou, a potom jsem se začal postupně víc zapojovat než předtím. Vím, že prostě mi aktivity pomáhají.“

Velké množství léků, které často klient bere, případně má k dispozici, může být potenciálním nástrojem jejich zneužití. Dostupnost léků byla v jednom případě důvodem předávkování se a následné otravy stabilizátory nálady: *„To ne, já jsem věděl, jak to mám brát, a pak se to nějak zvrtilo.“* Respondent vypověděl, že důvodem jejich užití nebyla vidina sebevraždy. Vzápětí o této situaci informoval CDZ, které tuto situaci krizovým zásahem vyřešilo: *„Jo, já jsem jim zavolaal a oni tam hned přijeli.“*

Management léků má v řadě případů podobu pravidelného dávkování zdravotnickým personálem, případně kontroly chystaných léků na omezené období. To je způsobem kontroly adherentního chování klienta a předcházení tomu, že léky ze dne na den nemocnému dojdou. Dle výpovědí může mít dávkování léků podobu depotní injekce,

kterou aplikuje zdravotnický personál. Intervence nejčastěji probíhají u klienta doma formou terénní služby, případně v prostorách CDZ.

„No, tak jako jednak ty léky, že mi jako nosí, že jsem měla problém s těma sebevražďama, tak jako ty léky a to, že jako prostě nemusím třeba.“

„No a pak je teda taky dobrý to, že se tam vždycky dovolám, když mně dojdou prášky, tak to sestra hned zařídí a přijde mně smska s tím, a nemusím nikde zkoušet stokrát dovolávat nějakýmu doktorovi, kterej to třeba nemůže vzít, protože má hodně pacientů.“

Adherence k léčbě za současného monitorování zdravotního stavu má potenciál detekovat zhoršující se stavu. Následné odborné navýšení dávky léků v případě ataky onemocnění je způsobem, jak předcházet hospitalizaci. Pro zvýšení adherence k léčbě se v jednom případě ukázalo jako užitečné spolurozhodování nemocného o doporučené medikaci.

„Teď jsem ji zvládnul no, předtím s tím to taky vypadalo špatně. Já jsem sám experimentoval s lékama, protože se mi nezdály dobrý. Ale teďka mám tak výborný léky. Zrovna dneska jsem byl na kontrole u pana psychiatra, to mezi sebou máme tak dobrý, že už s nima nechci nikdy nic dělat. A on mi před týdnem navrhol, že by je chtěl postupně snižovat, já říkám ne, já nechci a on řekl dobře, necháme to tak, ale důležitý je, abyste ty léky bral. Což já rozhodně jsem rozhodnutej je brát.“

„Tomu pomohla, a dokonce jsem už i cítil, že se kvůli tomu nechci zasebevraždit. Ale pak jsem se vrátil a začal jsem si myslet, že mě nenávidí celý Ústí. Jako já tenkrát jsem měl sebevražedný myšlenky, kvůli tomu bludu.“

Je však nutno podotknout, že i přes zajištění komplexních služeb, které v případě výpovědi jednoho dotazovaného byly adekvátní, začal respondent experimentovat s léky. Neadherentní chování vedlo ke zhoršení psychického stavu a potřebě hospitalizace:

„No já jsem byl loni v půlce roce 2x hospitalizovanej. Pak jsem přešel k týhle klíčový pracovníci Z., k psychologce I., od 1. července až do 30. června tohohle roku. Od 1. července loňskýho roku jsem prostě vydržel celej rok bez hospitalizace,

hlavně díky ní. Ono právě koncem tohoto období jsem začal experimentovat s těma lékama a skončilo to tak... šlo to do kytek.“

Zlepšení kognitivních funkcí

Komplementární intervencí, kterou by měli respondenti zájem využít, je pomoc s pamětí neboli kognitivní remediací. Dle výpovědí byla tato služba hned v začátcích provozu nabízena v některých CDZ jako trénink kognitivních funkcí. Některá CDZ tuto službu nenabízí, ale jejich respondenti mají očekávání, že by CDZ mohlo nabízet službu pro zlepšení paměti, což by dle jejich výpovědí mělo následně vliv na celkové fungování.

„Že budu jako s pamětí něco dělat. To by pak mi pak v běžném životě dost pomohlo.“

„Nenapadá mě teď nic, teď budu chtít tu psychologku využít na to trénování té paměti, ještě nevím, jestli to půjde, ale chci to zkusit, tak doufám, že to půjde, protože od těch elektrošoků jsem nic nedělal, jen ležel, to je asi dvacet let...“

Pokud v CDZ možnost tréninku kognitivních funkcí byla, respondenti tuto službu využívali. U CDZ, která tuto službu zařazenou neměla, přičemž jejich klienti očekávali pomoc s pamětí, došlo k individuálnímu zařazení aktivit na trénování paměti, pozornosti a soustředění.

6.1.4 Činnosti každodenního života

Podpora samostatnosti

Očekávání, na které při vstupu do služeb CDZ respondenti kladli značný důraz, bylo zlepšení jejich soběstačnosti, zvýšení míry samostatnosti a zkompetentnění v činnostech běžného života. Respondenti akcentovali svou potřebu podpory v oblasti sociálního poradenství, zejména si pak přáli, aby díky této podpoře dokázali úspěšně zvládat vyřizování záležitostí na úřadech. Očekávaná pomoc se nevyčerpává samotným poradenstvím, klíčová je zde i psychická podpora. Na úřadech se totiž setkávali s nevstřícnou komunikací ze strany úředníků, což u nich vedlo k neochotě úřady znovu navštívit a vyřídit si potřebné záležitosti. Jejich očekávání v této oblasti byla vyjadřována v termínech, jako jsou „pomoc se zařizováním věcí na úřadech“, „pomoc s vyplňováním žádostí o dávky“ či „doprovody na úřady“. Sem dále patří i očekávání, že se jim

prostřednictvím CDZ dostane také právní poradenství, zejména to, které souvisí s pracovně-právní a sociálně-právní problematikou.

„Třeba že můžu chodit na pohovory a dát mi cenný rady, anebo vyřizovat se mnou nějaký sociální dávky a takové věci. Jsem rád, že na to nejsem sám.“

„No hlavně aby mi pomohli vyřizovat na úřadech, aby mě neposílali do oněch míst, to jejich jednání na úřadech je hrozný.“

Zvýšení míry samostatnosti dle respondentů spočívá v nácviku aktivit každodenního života, jako je vaření, nákup potravin, úklid a starost o domácnost (včetně pomoci s vybavením bytu), jízda MHD. Cílem nácviku těchto aktivit je vybudovat u klienta takové kompetence, aby byl schopen tyto činnosti dělat bez podpory další osoby.

„Já očekávám, že mě dovedou k takové samostatnosti, že je jednou ani nebudu potřebovat.“

„Třeba k vám přijdou, pomůžou vám, tak s tou pomocí, aby mi pomáhali, třeba jet autobusem, aby mě naučili, třeba vaření a takhle, práci mi najít a tak.“

„Bych taky potřebovala pomoci s nákupem, vždycky vejdu do krámu a popadnu všechno možný a pak platím zbytečně hrůzu peněz.“

Někteří respondenti očekávali zajištění těchto aktivit někým z personálu CDZ. Tedy doufali, že se na nich nebudou muset podílet, např. že jim někdo z CDZ přijde uklidit, nakoupí jim, případně jim doveze oběd.

„Pomoci zařídit byt. U mě ten úklid. Já bych taky potřebovala uklidit, bydlím v Čelákovicích ve dva plus jedna, jsem tam na všechno sama, potřebovala bych pomoci se záchodem, s koupelnou, vyčistit to a nejsem toho schopna. Ještě si musím nakoupit ty prostředky.“

Konkrétní aktivity každodenního života, u nichž respondenti očekávali ze strany CDZ nějakou formu podpory, se značně lišily. Nicméně lze říci, že společným znakem

očekávání, která se k nim vážou, bylo přání fungovat samostatně, jak jen to respondentům jejich onemocnění dovolí. Očekávané zvýšení míry samostatnosti bylo naplněno díky nácviku aktivit každodenního života, zejména pak péče o domácnost, úklid, vaření, nákup potravin, fungování mimo domácnost, např. využívání MHD.

Někteří respondenti potřebovali pomoc pouze v rámci nácviku výše uvedených aktivit, které tedy dnes zvládají vykonávat samostatně. Jiní potřebují v zajištění každodenních činností dlouhodobou podporu. Někteří respondenti referovali, že jim jsou určité aktivity (nákup, úklid, aj.) přímo či nepřímo zajištěny ze strany CDZ. V řadě případů jim tyto služby poskytují terénní pečovatelé sociálních služeb, s jejichž zajištěním pomohli pracovníci CDZ.

„Jeden čas to bylo tak, že ta klíčová pracovnice jezdila za mnou domů. Dali jsme si tam kafe, učili mě vařit, to nejlepší, co mě naučili, je buřt guláš. Já jsem to neuměl. Já jako fakt, jestli si vždycky něco umím udělat, tak je to buřt guláš. A pak takový hodně jednoduchý jídla, který jsem uměl, jako jsou míchaný vajíčka, špagety. Klíčová pracovnice mě naučila třeba i rajskou.“

„... mně zařídila spoustu věcí, který jsem potřebovala třeba v domácnosti nebo takhle, sama bych si s tím třeba nevěděla rady. Když je člověk sám, tak těžko...No, třeba jsem potřebovala vyměnit vodovodní baterii, takže mně to zařídila, nebo prostě sehnala mi toho opraváře po telefonu a takovýhle věci no třeba.“

Součástí maximalizace samostatnosti klientů zdravotnické péče je uplatňování partnerského přístupu vůči nim. V prvních rozhovorech od respondentů zaznělo, že partnerský přístup ze strany pracovníků CDZ očekávají. Někteří z nich mají zkušenosti z hospitalizace v psychiatrické nemocnici, kde tento přístup absentoval. Oni tak neměli možnost spolurozhodovat o způsobu léčby a takto se na léčbě podílet. Ani jim nebyla v řadě případů zajištěna potřebná psychosociální péče, včetně zajištění potřebné návazné služby. Předmětem očekávání respondentů ohledně služeb CDZ v tomto kontextu je to, že bude respektováno jejich právo na výběr služeb, včetně možnosti určovat podobu péče o ně.

„Já očekávám podporu a pomoc, ale ne takovou, kde mě někdo povede za ručičku, ale jako partáci. Že prostě to budu já, která si řeknu, co chci...“

Z výpovědí získaných během druhého sběru dat je zřejmé, že k partnerské komunikaci mezi klienty a pracovníky CDZ dochází.

„V tom je ale to skvělé, že ten dohled mám jenom, když chci já. To není, že oni nade mnou vládnu a řeknou mi, bude to tak a tak, ale že to spolu řešíme a hledáme řešení, jak na to. Takže všechno vychází z mé dobrovolnosti a oni podle toho jednají, takže to nejsou příkazy, ale je to pomoc a rada, všechno je na mně.“

Se samostatným fungováním má souvislost také převzetí zodpovědnosti za vykonávané aktivity, případně nabytí kompetencí pro zajištění si vlastních potřeb. Zkompetentňování klientů ze strany pracovníků CDZ došlo například v případě rozhodování o změně bydlení, o aktivitách, se kterými potřebují pomoci. To lze demonstrovat na výpovědi jednoho respondenta, který na otázku, v čem nejvíce pomohlo CDZ, odpověděl: *„No, asi nejvíce v tom, že jsem se staral sám o sebe.“*

„Určitě ano, právě že v tom, že nás posouvá dál a dál, že jsme soběstačnější, že jsme měli třeba možnost i toho bytu se rozhodovat, takže pokračuje to dál, jsme spokojeni, jak to tady funguje.“

„No, změnilo se to, že teď jsme si mohli víc rozhodnout ty aktivity, které vlastně máme v reálném životě, že se snažíme je rozvíjet dál.“

Nácvik samostatnosti, běžného fungování nebo možná spíše převzetí zodpovědnosti za činnosti ve vlastním životě jsou doprovázeny motivací ze strany CDZ.

„A to mě naučilo CDZko, že já jsem nechtěla telefonovat jo, a paní A. mě naučila, abych se nebála říct o pomoc, abych se nebála zavolat, abych neměla strach, abych sama sobě dokázala, že můžu dělat víc, než sedět doma a brečet nad rozlitým mlíkem. A mě nejvíce těší, že to CDZko opravdu pomáhá lidem tak, aby to bylo účinně vidět.“

Nácvik denních aktivit a nastavení režimu dne

Při prvním sběru dat respondenti vyjadřovali očekávání, že si díky těmto službám dokáží nastolit určitý režim dne. Ten by měl přispět k tomu, aby jedinec fungoval způsobem, který lze považovat za běžný. Respondenti hovořili o tom, že jejich každodenní život nezahrnuje dostatek běžných aktivit, např. že se omezuje na činnosti, jako je oběd nebo setkání s kamarádem. Nastavení určitého řádu a zapojení se do každodenních aktivit by dle jejich názoru mělo být způsobem postupného začlenění se do sociálního a pracovního života.

„Že budu moci fungovat bez toho, aniž bych měl nějaký prostě (...), protože aktuálně nemám režim žádný. Nevím jako co dál, jsem jenom doma, nebo se vidím s jedním kamarádem, ale to je všechno.“

„... nikdy jsem nepracoval, takže s tím nemám zkušenosti, i když bych rád něco dělal, protože mě užívá ta nuda. A to nicnedělání a pocit zmatenosti ze všeho. Kdybych měl ten režim, tak to tak není.“

Pokud jde o každodenní aktivity, respondenti potřebují pomoci s jejich koordinací a vedle toho i se zvládnutím denního režimu, představuje-li pro ně výzvu. Vhodnou intervencí zde může být třeba připomenutí návštěvy lékaře formou SMS či telefonátu od klíčového pracovníka, aniž by byla potřeba doprovod. V této souvislosti hovořil jeden respondent o motivování ze strany pracovníků CDZ, kteří podpůrnými intervencemi dokáží klienta povzbudit k docházení do práce, přičemž úspěšnou docházku do práce vidí respondent jako součást „práce na sobě“.

„Kdybych něco potřeboval, tak se obrátím na CDZ. Třeba ta zdravotní sestra nová, že mi zavolá nebo pošle esemesku, že mám zítra zubaře nebo schůzku u doktora, nebo kdybych potřeboval psychiatricku, tak sem můžu zajít, nebo teď tu psychologku chci využít, na tu paměť trénovat...“

Respondenti během prvních rozhovorů vyslovovali různá přání na téma trávení volného času, která zahrnovala aktivity, u nichž doufali, že jim je zajistí CDZ. Ty často korespondují s jejich osobními zájmy či zkušenostmi z předchozích služeb, např. denního

stacionáře. Avšak zazněly také názory, že o denní a volnočasové aktivity zájem nemají. Z hlediska očekávání lze tyto aktivity klasifikovat následovně:

- Ergoterapie: práce s počítačem, práce s internetem, malování, tvořivé činnosti (např. lepení modelů, výroba svícnů, tematicky zaměřené činnosti);
- Volnočasové aktivity: výlety (např. do přírody, na zámky, do zoo), sportovní aktivity (např. tenis, fotbal, rybaření, plavání);
- Terapeutické činnosti: muzikoterapie, arteterapie, psychogymnastika, canisterapie.

Očekávané aktivity nemohly být klientům při vstupu do služeb nabídnuty v takové míře, ve které je očekávali, jelikož bylo jejich fungování omezeno protiepidemickými opatřeními. Od jednoho respondenta zaznělo, že by rád využil možnost zúčastnit se výletů, ale dle své předchozí zkušenosti ze sociálních služeb ví, že by pro něj tato aktivita mohla být finančně náročná.

Společné aktivity klientů z CDZ mají význam pro jejich socializaci, navazování sociálních kontaktů a osvojování si způsobů společenského života. Budují si díky nim určitou sociální síť, v jejímž rámci získávají nové role.

„No právě začít malovat, začít s nimi. Ted' mi to nevyšlo, protože jsem v tom, ten stromek, jak zdobili, bylo mi to líto, že jsem nemohla tam být a s nimi pracovat, s těma lidma.“

Respondentům, kteří si během prvních rozhovorů přáli, aby jim CDZ zajistilo denní a volnočasové aktivity, se tato přání částečně naplnila. Každé CDZ realizuje určité aktivity, které mají možnost klienti navštívit. Překážkou pro některé respondenty zůstává to, že se jedná o takové aktivity, o které nemají zájem nebo které nenaplnují jejich očekávání. Další překážkou je nenaplnění kapacity nabízené volnočasové či zájmové aktivity, která není následně zahájena. Z výpovědí je patrné, že se pracovníci CDZ snaží zjišťovat, o které společné aktivity by měli klienti zájem, a podle toho se rozhodují, které aktivity realizovat.

„Oni jakoby mají problém s tím jako naplnit to, že to třeba udělají, ale pak je to problém jakoby s docházkou. Ono taky, že jo, vy máte tady tu specifickou třeba zálibu, a ne třeba všichni by se připojili, to chápu.“

Očekávaných aktivit, které by dle představ respondentů mělo CDZ nabízet, byla řada, od ergoterapie, výletů po psychogymnastiku a arteterapii. Po několika měsících fungování se ukazuje, že CDZ vytváří prostor pro realizaci různých aktivit, skupinových a individuálních. Například nabízené ergoterapeutické aktivity naplňují podstatu toho, co očekávali – jsou to tematicky zaměřené tvořivé činnosti, jako je malování či práce s počítačem. Volnočasové aktivity, do kterých se respondenti chtěli zapojit v rámci péče poskytované CDZ (fotbal, tenis, rybaření, výlet do zoo), byly realizovány v omezeném množství či v jiné modalitě, příp. byli klienti motivováni a vedeni k zajištění si těchto aktivit mimo CDZ.

„No, tak tu pracovní činnost třeba plus teda nějaký ty skupiny. Ještě takový ty jako ty, jak se to jmenuje, ty setkání různý. V těch skupinách, nebo v tom, no, nebo mají, že jezdíme třeba na vandr.“

„Ted'ka budeme vytvářet třeba vánoční ozdoby, budeme dělat, takže je to takové, jako že jsem ráda mezi nima, moc.“

Vnímanou překážkou, která byla zmíněna i v první sérii rozhovorů, je nedostatek financí na volnočasové aktivity, jako jsou výlety.

„Já bych ocenila, kdyby třeba jezdili na hory, ale oni na to nemají dotace a peníze.“

Z oblasti terapeutických aktivit byl podle respondentů nabízen např. nácvik relaxace. K tomu je ale potřeba dodat, že tuto možnost nemusí nabízet každé CDZ. Dále pak to, jak upozorňují respondenti, že tyto žádané aktivity nemusí být vždy přístupné, neboť mají omezenou kapacitu. Současně v CDZ probíhají skupinová psychoterapeutická sezení, která naplňují podstatu očekávaných aktivit.

„Ano, takové skupinkové setkávání, tam máme s panem psychologem, takže se tam vždycky setkáme, vypijeme si kafičko, povykládáme. Druzí třeba mají ještě relaxace a takové ty věci, co tam mají jako s paní psycholožkou. Já tam nejsem, já tam nejsem napsaná na relaxace, pro mě už tam nebylo místo, takže by se to muselo asi zase rozvíjet jako trošku ve velkém no.“

Z výpovědí některých respondentů je patrné, že lze velmi jednoduše zaměňovat volnočasové a zájmové aktivity s ergoterapií. Jakkoli by tyto dvě sekce služeb měly být oddělené, ve výpovědích respondentů je jednoznačně oddělit nelze.

„Já bych chtěla říct, že za ten rok se toho změnilo celkem hodně. Když jsem tu začala chodit, tak vlastně to začínalo, takže to bylo v plenkách a mně chyběly aktivity. A ty aktivity se postupně nabalovaly, nabalovaly, a teď jich je opravdu hodně. Takže si můžu vybrat, kde chci chodit a kde ne, a jsem z toho nadšená, protože jsou tu takové aktivity, po kterých jsem tak nějak tajně toužila. Třeba muzikoterapie, malování na sklo, celkově malování, je tu nějaký tělocvik, taichi se tu začalo cvičit. Takže hodně se to změnilo a pořád ty aktivity přibývají a přibývají. Dokonce už se začalo chodit i na výlety, takže přibývá to a je to pestré. A já v tom vidím ten pokrok, že jako vlastně takhle trávím svůj volný čas a mám ho jak trávím. Takže to mi hodně pomáhá, právě ty aktivity.“

Nabídka aktivit realizovaných CDZ není dle výpovědi jednoho respondenta adekvátní k potřebám klientů, případně ne všichni se do nich chtějí zapojovat. Tuto kritiku doplňuje názorem, že ergoterapie by měla zahrnovat aktivity využitelné pro běžný život, jako je práce s telefonem, počítačem. Toto by podle něj mělo mít podobu vzájemného sdílení zkušeností, podpory seberozvoje a nácviku aktivit v rovině peer to peer.

„To totiž ono zas, to je totiž ten problém, že třeba zrovna ty volnočasové aktivity úplně nejsou takový jakoby pro každého příliš zajímavý. Že prostě, jo, že je to jenom takový, buďto je to jenom takový povídání, a to si můžem popovídat, anebo to jsou různý takový, řekl bych jednoduchý hry, který každého taky nebaví, a který někdo může považovat dokonce jako ztrátu času a tak. Jako zrovna ty volnočasové aktivity, totiž oni ty volnočasové aktivity nejsou příliš vypracovaný ani v těch CDZkách, ani v těch nemocnicích. To jako jsem si všiml, že je to jedna

z nejslabších článků, jo. Že tam se vlastně nenabízí příliš věcí, který by třeba ty pacienty příliš zaujaly, a spíš je to třeba takový řekl bych zatloukání času. Protože když třeba se nějaký řekněme inženýr ocitne na psychiatrii, tak jako Člověče, nezlob se, ho zrovna jako nenaplní. Ale spíš by ho naplnilo třeba jako, když by mohl, já nevím, třeba probírat něco, jak jako uplatnit svoje vlastní dovednosti jo. Jakože třeba v těch nemocnicích by se mohlo vyučovat, jak ovládat mobilní telefony, ty ovládání jsou čím dál tím složitější, jo, nebo různý jiný přístroje a různý takový praktický věci, který by člověk uplatnil a vlastně ty praktický věci se tam moc jakoby nedělají...“

To, že je personál vede k zodpovědnosti a poskytuje jim podporu při zajištění náplně dne, hodnotí respondenti jako významnou motivaci k tomu, aby činili změny ve svém dosavadním životě. Cílem je zde ustavení do jisté míry pevného režimu dne a jeho naplnění dostatkem aktivit. To se týká nejen běžných činností, jako je vstávání, péče o domácnost a zajištění základních potřeb, ale také práce a dalších podobných činností, které klientům napomáhají navrátit se do společnosti.

„No, chcu být zodpovědná za všechno, co dělám. Jsem prostě jako, chci prostě, já jsem teď přes léto tam do toho obchůdku moc nechodila. Teďkon už mám napsaný směny a pravidelně tam docházím. Jo, takže to pravidelně prostě chci, aby to fungovalo. Abych prostě ráno vstala, byla schopná vstát, prostě nachystat se, odjet, přijet, jo, udělat práci, co tam mám, a tak, no. Takže to je pro mě vlastně bod, že chci získat nějaký návyk, co prostě jako jsem neměla, chápete mě?“

Veškeré pravidelné aktivity přispívající k plnému fungování jsou podmíněny určitým režimem dne. Ten může mít podobu vstávání a přípravy na spánek ve stejný čas. Takto nastavený režim má dle některých výpovědí přímý vliv na schopnost pravidelně docházet do zaměstnání.

„No, mistr řekl, že to je, abych si zvyknul na vstávání, abych si zvyknul na tu práci, abych třeba za ty tři roky mohl nastoupit do práce třeba jako skladník nebo něco takového. Ve skladu. Například takovou práci, jednoduchou, ve skladu, kde jsem pracoval taky, to ovládám.“

Pomoc s uplatněním na trhu práce

Zaměstnání by dle výpovědí respondentů mohlo zavést do jejich života určitý řád, režim. To má vztah i opačný, totiž nastolený režim dne má potenciál vést jedince k začlenění se do pracovního procesu a udržet ho v něm.

„Myslím si, že jak nastoupím do té práce, že by se to mohlo ještě zlepšit.“

Někteří respondenti byli zaměstnání v rámci chráněného či otevřeného pracovním trhu již před vznikem CDZ. Pomoc s hledáním práce bylo často skloňované očekávání dotazovaných, kteří nemají práci zajištěnou, příp. mají, ale chtěli by ji změnit. Tato pomoc se nevztahovala pouze na hledání či zajištění zaměstnání, ale také zahrnovala podporu během pracovního procesu. V případě zajištění zaměstnání by CDZ dle představ jednoho respondenta mohlo znamenat určitou jistotu pro zaměstnavatele.

„Neočekávám nic, jak je ta karanténa. Jinak mi slíbili, že mi pomůžou s prací. Jsem seděl třikrát, tak mě málokdo vezme do práce, tak v tomhle.“

„Tak vlastně já si myslím, že ta M., to je moje klíčová pracovnice, tak kdybych třeba šel někam na ten pohovor, tak mě bude doprovázet, to je dobré, tak že mě budou doprovázet, když si s něčím nebudu vědět rady, tak jednak přítomnost toho člověka, že bychom šli společně na to místo.“

Předpokladem pro udržení se v pracovním procesu je dle respondentů dobrý zdravotní stav. Ze strany CDZ očekávají péči, která jim pomůže udržet jejich zdravotní stav natolik stabilizovaný, aby nedošlo ke ztrátě zaměstnání. Tato očekávaná podpora se pochopitelně týká především situací, kdy je stav respondentů horší a riziko ztráty pracovního místa vyšší.

„Tak v tom, aby ten zdravotní stav se udržoval stabilizovaný a mohl pracovat, že беру ty léky, kdyby se to zhoršilo, tak abych neztratil zaměstnání, že mi pomůžou v tom, aby na mě třeba počkali, kdybych byl hospitalizovaný, zajistí mi tu lékařskou službu a psychiatrii. Já jsem moc rád, že jsem tady v jejich péči.“

Jeden respondent vyjádřil názor, že nemůže být zaměstnán, neboť by pak přišel o pobírané sociální dávky. Avšak k tomu dodal, že pokud by to bylo možné, rád by se do pracovního procesu zapojil.

„No, já nemůžu chodit ani na brigády, protože kdybych chodil na brigády, tak mi seberou úplně všechno, co mi dává sociálka. A to by mě práce fakt bavila. Je to špatný ten systém, no.“

Míra, se kterou by se zvládli respondenti začlenit do pracovního procesu, se různí. Někteří vyjádřili pouze obecnou potřebu pracovat, jiní mají jasnější představu o tom, kolik hodin by zvládli pracovat, příp. na jaké pozici by si přáli pracovat.

„Já bych se chtěla posunout dál. Co bych si přála, je práce, rodina a zázemí. Zázemí a rodinu už skoro mám, a to ostatní bych chtěla probrat s paní psychologkou. Když mám chmurné myšlenky, tak mi z toho pomůže. Ona mi sice našla práci, ale já se zatím neodvažuju. Mi stačí ty letáky, ale časem bych s pomocí centra chtěla najít práci v kuchyni.“

Jeden respondent uvedl, že změna zaměstnání a související vyšší finanční zisk by pro něj byly prostředkem k řešení jeho dluhové situace.

„Nevím, já jsem pracovníě dost vytižená, pořád hledám brigády a taky mám ty letáky, ale myslím, že by to nebylo špatné. Ted' ale s paní sociální pracovníci řešíme práci, protože tam jsem nešťastná, tak bych chtěla pak pomoci s hledáním nové práce, až to bude možné, protože ted' mám ještě dluhy.“

Respondenti nechodí do práce pouze kvůli finančnímu výdělku. Práce je pro ně rovněž socializačním faktorem a nástup do ní může pro klienta psychiatrické péče představovat vítanou životní změnu. Zajištění zaměstnání a pravidelná docházka do něj má úzkou souvislost s režimem dne, jak uvedli někteří respondenti během prvního rozhovoru. Někteří respondenti fungovali na chráněném či otevřeném trhu práce již před vznikem CDZ, v čemž jim byly nápomocné sociální služby. Od nepracujících respondentů zaznívala očekávání, že jim CDZ pomůže zajistit zaměstnání, příp. že je následně podpoří

v docházce do něj. Druhý sběr naznačuje, že v některých případech tato očekávání byla naplněna.

„No, tak pomohli mi tam najít práci, že vlastně bez toho CDZka a sociálního pracovníka bych si tuhle práci asi nenašel, která mi úplně vyhovuje. Že vlastně v předchozích pracech jsem úplně nebyl, nebo nevyhovovaly mi, takže teďka tohle je mnohem lepší. A bylo to právě přes nějaký ty konvenční weby, který se doporučují na pracáku, nebo tak, takže na pracáku vám jako jenom dají nějakou stránku a ‚najděte si tam, co potřebujete‘. Ale tady fakt ten sociální pracovník aktivně hledal ty nabídky a konzultoval to se mnou. Že jsme našli právě tu ideální práci. Takže to asi bych chtěl vyzdvihnout a jako ten způsob těch plánů, nebo jak se to jmenuje, že si vlastně vypůjčíte nějaký ten plán, kterej se snažíte splnit, že právě ten plán můj první bylo vlastně najít si tu práci, takže ten jsme splnili.“

„I ta práce mi pomáhá. I jsem trochu zesílel, já jsem byl chudokrevný, jsem byl hodně, a už se mi trochu zesílilo, a ta práce mi pomáhá. A já mám z toho uspokojivý pocit prostě, z té práce. Že se vracím z práce a vím, že se mi podařila dobře, že já to poznám sám, kdy se mi podaří dobře, a mi se to vždycky nakonec zkontroluje, takže já mám uspokojení, jak se vracím autobusem, tramvají, tak mám příjemné pocity z té práce, že se mi práce podařila.“

Dle výpovědí je hledání zaměstnání pro mnohé klienty CDZ klíčový krok na cestě k jejich zotavení v širším slova smyslu a pochopitelně jej zvažují v momentě, kdy mají pocit, že jim to jejich zdravotní stav dovoluje. Proto není překvapením, že očekávání na téma hledání práce a pomoci s docházkou zaznívala i při druhém sběru dat. Tento fakt podtrhuje důležitost těchto očekávání a zároveň nepřímo poukazuje na to, že daným respondentům byla poskytnuta taková péče, která vedla ke zlepšení jejich zdravotního stavu.

Současně od respondentů zaznívá, že jsou si vědomi omezení, která jim neumožňují vykonávat zaměstnání na plný úvazek. Důležitým faktorem zaměstnávání klientů CDZ je tedy velikost nabízených úvazků. Dalším faktorem je typ nabízené práce. Dle výpovědí překážkou v naplnění očekávání zajištění práce může být nemožnost nalézt vhodné pracovní místo, tj. takové, které by odpovídalo možnostem a preferencím nemocného.

„... abych si přivydělal trošku... Oni ví, kde jsou tady ty jakoby ty místa, kde prostě berou no, takový lidi jako já, no. No, já bych to třeba nezvládal na celej tejděn v kuse.“

„No, bud' ta práce, my jsme měli 2x pohovor a vůbec se neozvali, tak je to docela těžký něco sehnat.“

Jelikož možnost nástupu do zaměstnání závisí na zdravotním stavu klienta, není tato možnost pro každého. Jeden respondent uvádí, že mu odborník nedoporučil docházku do zaměstnání, jelikož by v důsledku toho mohlo dojít ke zhoršení jeho stavu.

„To mně paní doktorka zakázala chodit do práce, říkala: ‚To zakazuju, ‘ [prý] že by se mi to zase zhoršilo, že nesmím bejt ve stresu a že můj zdravotní stav, taky dokonce řekla, že jsem, když bude manžel doma po té operaci, tak asi bude potřebovat péči nějakou, že jo, a ona mě řekla, že nejsem způsobilá se o někoho starat, jo. Takže k nám bude chodit charita pomáhat s ním takhle prostě. Tak jako se mu to asi nebude moc líbit, jako že se o něj nestarám já, jo.“

Respondenti by si mnohdy přáli něco alespoň minimálního dělat, ale z výpovědí je patrné, že jim v tom často brání jejich zdravotní stav, který neumožňuje práci na více než pár hodin. Nicméně v souhrnu lze říci, že přání a očekávání týkající se možnosti pracovat mají určitý společný atribut. Tím je potřeba pravidelně se věnovat nějaké smysluplné činnosti, přičemž naplnění této potřeby se může pozitivně odrazit na způsobu života klientů.

Někteří respondenti vyslovují přání, že by se rádi stali peer pracovníkem, který by pomáhal ostatním klientům na jejich cestě k zotavení. Tato pozice však vyžaduje nejen absolvování specializovaného kurzu, ale je také podmíněna např. určitou minimální dobou strávenou bez hospitalizace.

„Jenomže to člověk musí vydržet 5 let bez hospitalizace. 5 let bez hospitalizace. No, a já když jsem se dostal do těch Kosmonos, tak jsem z toho byl tak nešťastnej, já jsem si říkal s prominutím: ‚Jeden rok je v hajzlu. ‘ S prominutím.“
„No možná bych dělal peera.“

Obstarání výdělků sice není jediným důvodem, proč respondenti touží po zaměstnání, nicméně pro některé se jedná o důvod pro ně velmi důležitý. Pro řadu klientů psychiatrické péče je přirozeným místem zaměstnání chráněný trh práce, ten však dle výpovědí neodpovídá finančním potřebám respondentů, kteří si současně uvědomují nutnost řešit svoji finanční situaci. V jednom případě respondent uvedl, že více než zaměstnání vnímá svou práci jako součást rehabilitace, a to zejména z toho důvodu, že není podle svého názoru adekvátně finančně ohodnocen.

„Já jsem pracovala v restauraci Adostrá, jenomže tam se končilo v 9 a bála jsem se jezdit do Čelákovic vlakem, tak tam mi to ukončili. A finančně ty chráněný dílny nejsou moc jako to, no.“

„Dobře se tam mám. Jako chodí sem lékaři, zařizují mi lékaře. Jo, vlastně díky nim chodím do stacionáře, chodím do obchůdku taky díky nim, takže mi to vlastně dohodili. No ale jenom na dvě hodinky chodím a za 50 Kč na hodinu, takže to je spíš taková rehabilitace, to беру.“

Práce na chráněném trhu práce má však v řadě případů podobu standardního zaměstnání na otevřeném trhu práce.

„Teď jdu do už placené práce. Spadá to taky pod Fokus, je to restaurace Chaloupka u městského stadionu... Číšníka. Buďto za barem, nebo runnera, co roznáší a odnáší, a někdy i vrchního, kterej kasíruje a objednává.“

Zajištění bydlení

Další doménou, ve které očekávají respondenti pomoc, je oblast bydlení. V řadě výpovědí zaznělo, že předchozí služby, které někteří respondenti využívali, jim zprostředkovaly bydlení v různých modalitách – v samostatném bytě, sociálním bytě, chráněném či podporovaném bydlení. Ti, kteří ještě neměli „vlastní“ bydlení zajištěné či byli v situaci, kdy jim stávající bydlení nevyhovovalo, či již stávající byt nadále nemohli využívat, očekávali, že jim pracovníci CDZ pomůžou zajistit nové vhodné bydlení. To nespočívá jen v pomoci s hledáním bydlení, ale také v občůzkách po nabízených bytech, dále v pomoci při zabydlování a pravidelné podpoře během samostatného bydlení. Oblast

bydlení je důležitou součástí oblastí podpory samostatnosti, kam patří rovněž nácvik každodenních činností nebo podpora klientů ve věci jejich zaměstnání.

*„To bydlení a věci do budoucna anebo třeba ta psychoterapie nebo psychologie.“
„Tak buď možnosti té práce, to je taky důležité, no a třeba i to bydlení sehnat někde, i s pár lidmi.“*

Očekávanou pomoc se zajištěním „vlastního“ bydlení se v řadě případů během prvních měsíců fungování CDZ podařilo naplnit. Respondenti ale zmiňují obtíže spojené s jeho zajištěním, příp. takové, které mohou podle nich vyvstat do budoucna. Problematickou je zejména vysoká finanční náročnost poptávaných bytů či pokojů. V případě bydlení na otevřeném trhu je za nájem a poplatky požadována taková suma peněz, kterou respondent zpravidla nedisponuje. V řadě případů samostatného bydlení není možné dosáhnout, zejména v případě invalidity či dosažení důchodového věku nemocného. Variantou představující menší nároky bylo pro některé respondenty zajištění sociálního bytu, který je finančně dostupnější. Překážkou však může být jejich nedostatek a s tím související dlouhá čekací doba k jejich získání trvajících řádově i několik let. Jinou obtíž, kterou respondenti zmiňovali, je nevhodnost lokality nabízeného bydlení.

„Oni mi nabízeli, že třeba když bude prohlídka, že můžou jít se mnou, abych měl druhý pohled na tu prohlídku, a vlastně to nevyšlo, protože ty prohlídky nebyly, protože ty byty nebo pokoje jsou strašně jakoby nedostupný. Kvůli ceně.“

„No, a teďka dokonce nově bydlím v městském bytě od města v sociálním bydlení. Tak jsem tam spokojenej. Je to nová budova, nebo novější, 16 let starěj dům, ale je to zachovalý. Doufám, že vydrží, takže tam můžu třeba dobydlet. Mám tam nízký nájem.“

Zároveň nastávají situace, kdy musí klient opustit např. tréninkový byt, který využíval po maximální možnou dobu. *„Bylo to super, akorát pak holky prostě už řekli, že musím si najít bydlení, že už prostě jsem jakoby vytrénovanéj.“* To ale může vést k tomu, že další dostupný byt bude mimo spádovou oblast využívaného CDZ, a je tedy důvodem k opuštění těchto služeb.

Respondenti mají díky zajištěnému bydlení možnost budovat si svůj samostatný život, vést vlastní domácnost a v běžném režimu fungovat při plnění všech povinností, které samostatné bydlení obnáší. V rámci podpory samostatného bydlení napomáhají pracovníci CDZ se zajištěním chodu domácnosti nebo při nácviku každodenních aktivit. V jednom případě nabídlo CDZ pomoc s vybavením bytu základními věcmi z vlastních zdrojů.

„Tak já jsem, já jsem žádal, prosil jsem o ten byt, takže v pondělí bych se mohl tady dostavit, a že by mi pomohli, víte s tím bytem, abych si to mohl zařídit nějak. Nebo říkali, že mi aj dají nějaké hrnce, hrníčky, takové sociální zařízení, že. Nebo že mají sklad někde tady v Přívoze, že tam je aj nábytek. To by bylo velmi dobré, to by mně pomohlo.“

„Tak u mě se změnilo, že mám svůj klid, prostor v bytě, že prostě jsem tam strašně šťastná i s pejskem Roxinkou. A vždycky přijdou taky ke mně na návštěvu, ráda je vidím a prostě se to hodně změnilo, manžel mě má rád a pochopil všechno. A podporuje mě i moje děti kromě jedné. Rodinné vztahy, že to všichni pochopili a asi upřímně.“

Bydlení v samostatné domácnosti je způsobem, jak lze budovat takovou míru samostatnosti, která je shodná s fungováním běžné populace a je důležitým podnětem v procesu přebírání zodpovědnosti za vlastní život. Jedná se o důležitý milník na cestě k zotavení.

„Jako si říkám, no, já si na jednu stranu říkám, že ještě, že bydlím sama, že prostě mám nějaký impulzy k tomu víc se snažit. Že by to bylo asi jako trochu, jak to říct, kdybych bydlela s někým, kdo se o mě stará, vyloženě jako o nemocnýho, tak že by to bylo, já nevím, jaký říct slovo. Kontraproduktivní, zneschopňující prostě. Jak to říct, invalidizující, jo, ještě víc.“

„Já jsem tam (tréninkový byt) bydlel skoro rok a půl, a už mi to neprodloužili a v podstatě jsem byl až v takovém bezpečí, že jsem nemusel na hospitalizaci.“

Vzdělávání

Ačkoli se nejedná o kód s vyšší mírou prevalence, určitě stojí za zmínku, že v prvním sběru dat někteří respondenti vyslovili očekávání nabídky dalších možností vzdělávání či zprostředkování nějakého dalšího vzdělávání. Na to ostatně mohou navazovat respondenty často tematizovaná očekávání ohledně zaměstnání. V této oblasti byla vyslovena přání na této úrovni vzdělávání:

„Nějaké vyšší vzdělání. Státnice.“

„Dodělat si maturitu.“

V druhém sběru dat se objevilo tvrzení, že CDZ zprostředkovalo rekvalifikaci jednomu z respondentů.

„Rekvalifikace. Na administrativní pracovníci a masérství.“

Podle jiné výpovědi CDZ pomohlo respondentovi zprostředkovat online vzdělávání.

„Ještě se mi podařilo získat školení online, VOŠ a VŠ z třetího věku náboženství. Semináře.“

Zprostředkovaně klientka uvedla, že její manžel se závažným onemocněním díky podpoře pracovníků dostudoval vysokou školu:

„Můj manžel je schizofrenik a vystudoval vysokou školu. A to všechno, co je fakticky spojuje i s tím PDZ nebo teda CDZkem, protože kdyby předtím s nima nebyl, tak by neměl tu odvahu to udělat. Jít znova do školy a zlepšit svoje znalosti a stát se někým, kým chce být.“

6.1.5 Psychosociální péče a podpora

Suportivní přístup

Respondenti v první řadě očekávali, že budou moci využít psychologickou podporu či službu psychoterapie. Psychoterapii si spojují s pravidelnými schůzkami s jedním psychoterapeutem, další psychologickou podporu třeba s běžným rozhovorem s různými

pracovníky CDZ. Přitom zároveň měli určité představy o tom, co by chtěli v rozhovorech sdílet. Referovali o potřebě „probrat svůj život“, „vypovídat se“, „možnost bavit se o něčem jiném než o pocitech“, „zjistit příčinu, co je špatně“, „probírat různá odvětví života – tělo, duše, spiritualita“ aj. S tím si spojovali očekávání, že se probráním témat, se kterými přijdou do rozhovoru s pracovníky CDZ,lepší jejich situace.

„Že když to třeba ta psychoterapie je jen to mluvení o pocitech a tady se můžu bavit i o něčem jiném než o pocitech. Řešit třeba vztahy různé nebo takhle.“

„My jsme začali probírat různé odvětví života, tělo, duše, spiritualita, tak očekávám, že se v tomhle tolepší. Já jsem teda pro individuální formu psychoterapie, protože nechtěla bych někoho potkat, cítím se tak líp.“

Zaznělo také, že možnost „popovídat si“ s někým z personálu by vedlo k nácvi ku komunikace. Toto očekávání bylo jedním respondentem rozšířeno o potřebu naučit se být asertivní (či nacvičit si asertivní komunikaci) při jednání s lidmi:

„V jednání s lidmi chci být asertivní. Nesmím chodit do práce, začínala jsem jako šička, potom jsem onemocněla, pak jsem překládala články z angličtiny, pak jsem zase onemocněla a zase jsem skončila v nemocnici, takže nepracuji teď.“

Tuto skupinu očekávání, která je charakterizována potřebou pohovořit s psychologickým či jiným pracovníkem CDZ, by bylo možné rozšířit o skupinové aktivity, ať už formální, např. skupinové terapie, ergoterapie, nebo neformální, jako jsou volnočasové a zájmové aktivity.

V druhém sběru dat se ukázalo, že základem v rozhovorech klientů s pracovníky CDZ je suportivní přístup. Suportivní přístup spočívá v aktivním nasloucháním ze strany pracovníka CDZ a následném hovoru s klientem o jeho potřebách ohledně toho, co potřebuje. To může mít na jednu stranu podobu sdílení emocí s pracovníkem CDZ, který nabízí klientovi pochopení, na druhou stranu podobu řešení každodenních starostí a problémů plynoucích ze života s onemocněním.

Druhá vlna rozhovorů prokázala naplnění výše uvedených očekávání ohledně způsobu rozhovorů s pracovníky CDZ. Ukázalo se, že suportivní přístup vede k aktivizaci a zvýšené motivaci nemocného. Předpokladem zde je komunikace, která nabízí pochopení a podporu v tématech, které jedinec aktuálně prožívá.

„Překvapilo mě, že, já jsem vyrůstal v době, kdy se člověk styděl, že chodil k psychiatrovi, a tady je prostě taková osvěta, destigmatizace těch nemocí, a nikdo se tady za to nestydí. Naopak opravdu vám ty lidi pomáhají. Jakože člověk se musí nejdřív sám snažit aspoň trochu a že oni vás podpořej. Ale já tomu říkám pomoc, já tomu říkám pomoc, mně opravdu pomáhají.“

Dle výpovědí respondentů tento přístup není terapií v pravém slova smyslu, jelikož neprobíhá v předem určený čas, dle určitých postupů, ale je způsobem běžné komunikace s pracovníkem CDZ. Respondenti referují, že tento způsob komunikace nabízí možnost svěřit se a nalézt vhodné řešení jejich situace. Současně ho hodnotí jako více osobní oproti komunikaci např. v nemocnici, neboť jim přináší pocity pochopení a subjektivně vnímané podpory a jistoty, že se mají při řešení svých obtíží na koho obrátit.

„Oni tam za mnou chodili prostě a povídali si se mnou o všem možným. A to bylo takový fajn. Já to беру spíš jako takovou psychologickou pomoc, že já je беру jako napůl i jako psychology, no. Oni po tý psychický stránce poradí jako a to.“

„To my jako hodně chodíme na ty procházky, což je skvělý, že to máte aj takový podpůrný rozhovor, takový psychoterapeutický taky a už jenom to, že někoho takovýho máte, s kým se můžete bavit a on vás nesoudí, tak to je vzácné jo. Se současným stavem těma lidma ve společnosti a tak dále, takže už jenom, že se máte s kým o tom bavit, je výborný.“

Suportivní přístup a tomu uzpůsobená komunikace je prostředkem, jak pracovníci monitorují zdravotní stav klientů a nabízejí jim odborné poradenství skrze psychoedukaci.

„... pomáhali mi tady s tím hlasovým a zvukovým peklem. To jsem oznámila paní doktorce, a snažili se to tady nějak řešit. Už to nemám tak silné to zvukové a hlasové peklo.“

„No, když přijdu, a jsem úplně jakože vystrašená zase a panikařím a třeba pláču, nebo něco, tak si se mnou sednou, rozumně to se mnou proberou a pak se hledá východisko. A uklidnění.“

Samota a mezilidské vztahy

Respondenti vyjadřovali potřebu zbavit se samoty. Řada z nich referovala o tom, že se cítí být sami a že možnost navštěvovat CDZ pro ně představuje příležitost jejich samotu zmírnit. Samota a s tím spojená izolace představuje pro řadu respondentů významný faktor vedoucí ke zhoršení jejich psychického stavu.

„Že nebudu v izolaci. To mě vždycky hrozně zhorší všechny myšlenky a zesílí hlasy.“

„No, teď si připadám tak ztraceně a vůbec nevím co se životem a připadám si hodně sám, takže jsem rád, že sem můžu chodit a promluvit si o tom aspoň.“

Jeden respondent uvedl, že socializační roli pro něho měl pobyt v psychiatrické nemocnici, tedy že samotná hospitalizace byla faktorem ve zmírnění pocitu osamocení.

„Už jsem všechno řekl, napsat tu knihu, dostat se do přírody a dostat se mezi lidi, já bych tyto problémy neměl, kdybych nebyl sám jenom s manželkou. Mi se udělá na psychiatrii dobře jen proto, že je tam plno lidí.“

Také kontakt s pracovníky s CDZ je způsobem zmírnění pocitu osamocení, přičemž klíčovou roli v tomto hraje suportivní přístup. To může mít zpočátku podobu doprovodu na úřad, k lékaři-specialistovi nebo do zaměstnání.

„No teď si připadám tak ztraceně a vůbec nevím co se životem a připadám si hodně sám, takže jsem rád, že sem můžu chodit a promluvit si o tom aspoň...“

Dalším očekáváním, které respondenti zmiňovali, je nápomoc ve věci zlepšení rodinných a přátelských vztahů. Způsob, jakým by CDZ mohlo v tomto pomoci nespécifikovali. Nicméně je zřejmé, že by ocenili pomoc při řešení problémů ve vztazích, zejména pak těch, které vyplynou ze společného soužití s někým z rodiny či obecně z rodinných vztahů. Jeden respondent uvedl, že problémy ve vztazích již začal řešit se sociální pracovníci: „*No v těch vztazích, mám dost složité vztahy v rodině i s partnerem, s přáteli taky, takže v těch vztazích. Se sociální pracovníci to řešíme.*“ Jiný respondent komplikace ve společném soužití popsal blíže následovně:

„No právě ta aktivita a je to kvůli tomu, to se zeptejte, nebo mě to bolí, víte, já jako jsem se dostala do špatné situace, já jsem bydlela na baráku a co manžel přepsal na dceru barák, tak začaly mě urážet, shazovat a zeť si tam dovedl nějakou přítelkyni, já jsem ji vyhodila, protože tam neměla co dělat a dcera nebyla doma a došlo to tak daleko, že začal po mně jet ještě víc, nelíbilo se mi, že on chodil za dcerou v 8 hodin a dcera dostala výpověď z práce, ale nevím z jakého důvodu a prostě příklad, já jsem spadla a byla jsem strašně unavená, přišla jsem domů, udělala jsem řízky a brambory a byla tam jedna známá z vodárny a vykládala si s Luckou...“

Pracovníci CDZ pomáhají i při plnění rodičovských záležitostí:

„Očekávám, ale nevím ani co, chodí ke mně domů, sociální pracovnice i zdravotní sestra. Jsem ráda vždycky, když přijdou, mám doma ještě i mladší dceru, takže musím fungovat, ona je samostatná, ale musím dohlížet na učení, tak v tom mi taky hodně pomáhají.“

Druhý sběr ukázal, že CDZ přispělo svým klientům ke snížení samoty a pocitů osamocení prostřednictvím jejich navázání do svých služeb. CDZ v této souvislosti nabízí prostředí pro socializaci a aktivizaci. Může jít o zapojení klienta do dílčích aktivit. Zejména klíčový pracovník je hybatelem, který ho motivuje k fyzické aktivitě nebo získání dovedností ke zvládnutí aktivit každodenního života. Při těchto činnostech vzniká důvěrný vztah, který redukuje pocit osamocení. Respondenti kontakt s pracovníky CDZ hodnotí jako velmi přínosný, navíc dodávají, že bez něho by se některé aktivity nedonutili dělat.

„Určitě jo. Určitě, protože jako říkám, já bych spoustu věcí nedělala a neřešila. Prostě kašlala bych na to jo a prostě oni mě motivujou, prostě k tomu, abych něco dělala se sebou jo, že ta nemoc jako je kolikrát nezvladatelná, když je zimní počasí, nebo když prostě je zase třeba moc horko jo, tak jsem unavená, nechci se hejbat a nechce se mi nic. Prostě oni mě namotivujou k tomu, abych něco dělala no.“

„Když třeba přijde terapeutka ke mně domů, tak mi pomáhá uklidit a vždycky to uklidíme, protože já se k tomu nemůžu odhodlat. Já prostě si řeknu ve dvě, pak v pět a pak to končí a...“

V souvislosti s očekávanou pomocí při zlepšení rodinných a přátelských vztahů ve druhém sběru dat tuto oblast respondenti nekomentovali. K naplnění těchto očekávání mohly přispět některé intervence, o kterých respondenti hovoří, např. suportivní rozhovory, ačkoliv tyto intervence s řešením problémů v rodině explicitně nespojují.

Socializace a budování sociální sítě

Respondenti měli očekávání, že se vznikem CDZ pro ně bude více příležitostí se socializovat. To může mít podobu setkání jak neformálních v prostorách CDZ, např. u kávy či čaje, tak i formálních, jako je např. skupinová terapie nebo ergoterapie. Součástí může být vzájemné setkání s lidmi, kteří mají podobné potíže. O nich spolu mohou hovořit a vyměňovat si zkušenosti ze života s onemocněním. V prvních rozhovorech také zaznívalo očekávání, že společné setkávání povede k nácvičku sociálních dovedností, vzájemné podpoře nebo zmírnění strachu ze setkávání s lidmi.

„Ano, taky. Ted' by měli nějak otevírat tu skupinovou terapii, tak se na to docela těším, jak tam budu docházet, že tam poznám lidi se stejnou nemocí nebo podobnou nemocí, vyměníme si zkušenosti a takhle no.“

„V psychice. Abych zase se vrátila zpátky mezi lidi, abych se nebála a abych zase začala chodit ven.“

Dle respondentů by vznikem CDZ nemělo dojít k omezení již probíhajících společenských aktivit, tedy mělo by zde dojít ke kontinuitě. Naplnění tohoto očekávání ovšem zkomplikovala situace v době prvního sběru dat, kdy bylo fungování služeb

omezeno či přerušeno opatřeními proti šíření onemocnění covidu-19. Řada respondentů byla z tohoto důvodu izolována ve vlastní domácnosti. To dle nich vedlo nejen ke zhoršení jejich psychického stavu, ale zejména k prohloubení jejich celkové sociální izolace. Absence sociálních kontaktů je dle jejich výpovědí rizikovým faktorem zhoršení psychického stavu, které následně ještě více prohlubuje izolaci a osamocení.

„... v době covidu, kdy nebyl moc sociální kontakt, tak to taky bylo přínosem. Ted' to je hodně krizové celkově, když ten sociální kontakt není.“

„Hlavně to, že nás tam bude víc pohromadě a můžeme to společně řešit, buď už moji nemoc, nebo dostat se společně do toho dění kolem nás.“

Někteří respondenti by také ocenili, kdyby se společenská setkávání neomezovala pouze na setkání nemocných s nemocnými, případně s pracovníky týmu, ale aby se v CDZ propojovali i s lidmi z komunitního běžného prostředí, kteří nemají závažné duševní onemocnění.

Navázání terapeutické aliance s personálem a budování důvěrného vztahu je dle respondentů způsobem socializace. V některých případech došlo k navázání terapeutické aliance rychleji, neboť daní respondenti měli důvěrný vztah s některými z pracovníků CDZ již z předchozích služeb.

„No my jsme v kontaktu pár měsíců, takže jsme se zatím ještě k ničemu nedostali, možná že bych rád navštěvoval nějaké ty terapie nebo skupiny, nebo nějaký program, třeba v Plzni byl program Cesta k zotavení nebo takhle, tak ten jsem navštěvoval a myslím si, že kdyby nebyl ten covid i v Klatovech.“

Míra potřebnosti setkávat se a společensky se angažovat, například v rámci setkávání se s dalšími uživateli služeb, se u respondentů lišila. Avšak pokud o socializaci zájem měli, chtěli budovat sociální vztahy, které vznikají postupně. Respondenti v prvních rozhovorech očekávali, že jim CDZ nabídne společné aktivity s ostatními lidmi, zejména v rámci formálních a neformálních skupin, v nichž mohou navzájem sdílet zkušenosti ze života a podporovat se. Po několika měsících fungování již každé CDZ realizovalo různá skupinová setkání, skupinové terapie nebo aktivity. Při nich docházelo

k socializaci klientů, vzájemnému sdílení a vzájemné motivaci při zvládání obtíží vyplývajících ze života se závažným duševním onemocněním.

Vedle socializace a naplnění dne sociálními kontakty bylo očekávaným dopadem socializace zbavení se samoty. Samota a pocit osamocení se dařily eliminovat nejen díky setkávání se v různých formách skupin v CDZ, ale také díky pravidelnému kontaktu pracovníkem v domácím prostředí klienta. U řady respondentů bylo zbavení se samoty či pocitu osamělosti označováno jako nejvýznamnější přínos CDZ.

„Já jsem rád, že mám kolem sebe lidi, ke kterým mám důvěru. A opravdu po tom, já jsem se 2x v životě pokusil o sebevraždu. Poprvé lékama, a to ta dávka nebyla smrtelná, byla jen toxická. A předtím měsícem a něco jsem si hodil do vany fén, a prostě to začalo brnět po celém těle, najednou to začalo bejt neúnosný, tak jsem to s pudem sebezáchovy vyhodil, ten fén. No, a když se tohle dozvěděli, tak jako opravdu, já jsem neměl dobrej vztah s rodiči, nějaký harmonický dětství, ale tady jsem prostě pocítil silnej pocit, že opravdu nejsem někomu lhostejnej. Jak se mnou sepisovali ty krizový plány, já kdybych tu měl batůžek, tak vám je klidně všechny ukážu.“

Podle respondentů společné setkávání plní další očekávanou funkci, a to nácvik komunikace, který probíhá v rámci edukace ze strany pracovníků. Komunikaci mohou aktivně procvičovat v bezpečném prostředí CDZ jak s ostatními klienty, tak pracovníky.

„No naučit ne, zlepšit, že třeba teď kon s váma se nestydím mluvit a nezasekávám se.“

„Co se mi zlepšilo, komunikace, jako konzultovat, jako že se tady tak už nestydím něco říct.“

Naplněným očekáváním byla socializace se populací v komunitním prostředí, a to mimo prostory CDZ.

„Změnilo se no, že jsem takovej jako lepší, si připadám. Bejt před těma lidma, co jsou zdraví no (...) cítím se líp jako jak člověk než nějaký pacient.“

6.1.6 Finance

Zvýšení finanční gramotnosti

Během prvních rozhovorů respondenti vyslovovali očekávání pomoci s financemi. V této souvislosti očekávají i edukaci v oblasti finanční gramotnosti. Specificky očekávali vytvoření finančního plánu, rozvržení financí tak, aby respondentům finanční obnos vystačil na požadovanou dobu. Dále očekávali poskytnutí poradenství ohledně toho, v jakých oblastech mohou ušetřit.

„Taky peníze, naučit se vycházet. Naučit se s tou kartou, nekupovat si furt cigára, aby tam něco zbylo.“

„Nakoupit si zvládnou sám, akorát mi pomáhají třeba, jak ušetřit a nekupovat zbytečnosti, vedu si hospodaření tak, abych nebyl v mínusu, takže musím zvažovat, co nakoupit.“

Jeden respondent očekával, že díky sociálnímu poradenství, respektive poskytnutí pomoci se zajištěním všech sociálních dávek, na které má nárok, by se v případě jejich čerpání mohla zlepšit jeho finanční situace.

„Abych pobíral to, co bych měl. Důchod pobírám. Teď se o mě stará rodina. Máma říkala, že něco беру, ale nevím, kolik to je. A třeba mám ještě nárok na něco dalšího, že bych si mohl tím přilepšit, než jak to je teď.“

V druhém sběru dat se ukázalo, že během prvních měsíců fungování jedno z CDZ reagovalo zajištěním tzv. finančního programu, který pomáhá klientům lépe hospodařit s financemi. Taková edukace má dle výpovědí respondentů ten efekt, že zapojený klient vyjde s finančním obnosem celý měsíc namísto toho, aby ho neuváženě utratil. Současně probíhá edukace ve finanční gramotnosti a pomoc se zajištěním lepší finanční situace.

Z výpovědí je patrné, že v případě potřeby respondenta byla finanční situace řešena individuálně. Kromě CDZ, kde probíhá finanční program, nemají CDZ vybudovanou službu pro řešení finanční problematiky. Tu zajišťují pracovníci individuálně, zejména pak sociální pracovníci, kteří poskytují odborné poradenství vztahující se také na zajištění

dávek ze systému sociálního zabezpečení a sociální péče. Očekávání pomoci s financemi mají někteří respondenti i do budoucna.

Možnost zvýšit své kompetence v zacházení s financemi může naplnit očekávaná pomoc od CDZ se zajištěním zaměstnání. Druhý sběr dat ukázal, že se v řadě případů podařilo toto očekávání naplnit (viz. Kap. 4.3.).

„(finanční program) Je to určitě dobrý, pro ty, co to neuměj. Mně moje klíčová pracovnice říkala, že by měli udělat nějaký kurzy, a já bych to tady všechny ty klienty, co to sami neuměj, naučil. Protože tady je opravdu spousta klientů, který si musej chodit každej den pro peníze, pro svou dávku peněz, protože by je, kdyby dostali celou částku najednou, tak by ji rozfofrovali během chvílky.“

V řadě výpovědí zaznělo, že významný podíl z finančního obnosu utratí respondenti za cigarety. Pro zlepšení jejich finanční situace jim bylo doporučeno přestat kouřit či množství vykouřených cigaret omezit. Kouření cigaret má navíc zásadní vliv na zdraví. To bylo v jednom případě v této souvislosti zmiňováno jako primární důvod, který vedl ke zlepšení finanční situace respondenta.

„Já jsem měl problémy totiž, těžkosti s tím, že jsem nevyházet s penězi, a to bylo všechno kvůli těm cigaretám. Já jsem vykouřil dvacku denně, a teď si vemte, dostanu 300 Kč a za dva dny to bylo 250 Kč. A 50 Kč mi zůstalo na snídani, na večeře. A to z toho jakoby nic.“

„Co je pro mě v životě nejdůležitější? Že jsem začal vycházet s penězma. Protože já jsem byl kuřákem. Já jsem kouřil cigarety a já dostanu 300 v pondělí, v pondělí chodím pro peníze ráno, ve středu a ve čtvrtek. Dostanu 300, já jsem si koupil cigarety a cigarety stály 126 Kč. Takže já jsem přestal kouřit, a to se změnilo, že vycházím s penězma, že peněz už mám dost. Že už je neutratím všechny, že něco ušetřím a něco mám doma. Něco mám na kontě v té sociální službě a něco mám doma ušetřeného.“

„... protože sestřička mi řekla, abych nekouřil. Protože já jsem měl propíchnutou plíci, jak začal ten covid, já jsem dostal zápal plic, tak mi propíchlí plíci.“

A sestřička mi řekla, abych nekouřil. K tomu pomohla taky. A já jsem měl takovou, jsem jí tak věřil pevně, že jsem přestal kouřit a změnilo se to, že vycházím s penězma. Nestane se to, že bych neměl peníze nebo něco, že mám pořád dostatek peněz.“

Dluhové poradenství

Jako další zmiňované očekávání týkající se financí respondenti zmiňovali to, že bude CDZ nápomocné při řešení jejich náročné finanční situace. Jednalo se o poradenství v záležitosti vyřizování administrativy spojené s jejich dluhem, zejména šlo o pomoc při vyřízení insolvence.

„No tak určitě, je to pro mě tady důležitý, než se trochu pohnu s těma dluhama a než se začnu cítit líp.“

„Nevím. Bych se chtěla zbavit toho dluhu, ale to by asi nešlo.“

Druhý sběr dat ukázal, že v řadě případů respondenti žádanou pomoc s vyřizováním záležitostí spojených s dluhem v CDZ dostali.

„Jo, ještě co jsem vám zapomněl říct, že mi pomohli vyběhat si insolvenční. Jo, já jsem z toho byl rok celej špatnej, trvalo to přes rok, než se to vyběhalo, dokonce jsem chtěl prodat byt, abych splatil ty své dluhy. A oni mi to zakázali, abych prodal, že už se nikdy k žádnému nedostanu a pak budu bydlet po podnájmech, kde budou velký...“

„I jsem měl teďka finanční problém, protože mi vznikl dluh na pojišťovně, tak mi ho pomohla paní taky jako zařídit, splátkovej kalendář na to, takže jsem fakt jako spokojenej.“

6.2 Rodinní příslušníci

Níže předložená analýza odpovídá na VO1: Jaká mají respondenti očekávání od nově vznikajících CDZ? a VO2: Jakým způsobem byla podle nich jejich očekávání naplněna? Jedná se o syntézu obou sběrů a přináší pohled rodinných příslušníků týkající se očekávané péče o jejich nemocného člena domácnosti.

Komplexnost péče
Rozšířená nabídka služeb a podpora při jejich využívání
Služby poskytované rodinným příslušníkům
Psychoedukace, skupinová setkání a podpůrné konzultace
Jistota zajištění péče do budoucna
Stabilizace zdravotního stavu
Podpora běžného fungování a samostatnosti
Dodržování léčebného plánu
Adherence k léčbě
Management léků
Zlepšení somatického stavu nemocného
Vliv samoty a potřeba socializace
Každodenní fungování
Samostatnost a nácvik aktivit každodenního života
Zapojení se na trh práce
Bydlení
Primární pečovatel nezná nabídku služeb

Tabulka č. 8: Souhrn témat – rodinní příslušníci (zpracování: autorka práce)

„Ta jistota je nejdůležitější. I když to nebudete nikdy potřebovat nebo využívat, tak za sebou máte tu pevnou zed’. Jenom to vědomí, že to tam je, tak hodně pomáhá.“

6.2.1 Komplexnost péče

Rozšířená nabídka služeb a podpora při jejich využívání

Respondenti z řad rodinných příslušníků očekávali, že nově vzniklá CDZ nabídnou v porovnání s předchozími službami širší paletu zdravotně-sociálních služeb. CDZ by podle nich mělo poskytovat intervence, které pokrývají celkový zdravotní stav klienta a budou ho podporovat na jeho cestě k samostatnosti. Tato komplexní péče by měla

spočívat v péči o psychické zdraví, somatické zdraví, dále v nácviu samostatnosti a podpoře v rámci aktivit každodenního života včetně socializace jedince. Součástí služeb by mohla být nabídka ergoterapeutických aktivit. Rodiny dále očekávaly, že pracovníci budou jejich nemocného člena motivovat k tomu, aby byl aktivnější, a to prostřednictvím suportivních rozhovorů či aktivizací k pohybu.

„No, to je právě, že ona má pořád nějaké problémy, furt se to nějak nedá, ji třeba baví háčkování, křížovky, a když nebude chodit do toho centra, tak jak jí můžou jinak pomoci, ona by potřebovala chodit mezi ty lidi a navazovat kontakty, kamarádství, to jí strašně schází, ona vždycky byla kamarádká.“

Respondenti uvedli, že se setkali s potížemi při hledání podpůrné psychologické péče pro svého nemocného člena rodiny. Toto očekávání by mělo CDZ naplnit, jelikož v něm je dle jejich informací psychologická péče dostupná.

„No jednak ten psychiatr, že je k dispozici, a taky ten psycholog, protože člověk s jeho diagnózou těžko hledá psychologa. A tady už se s psychologkou sešel zatím jednou a zdá se, že mu to vyhovuje, to on postrádal tady tu pomoc psychologa, takže budu ráda, pokud to bude fungovat.“

Jedna respondentka uvedla, že nemocného člena rodiny musí motivovat k tomu, aby do služeb CDZ začal docházet. V této souvislosti vnímá, že škála služeb, kterou CDZ zajišťuje, má nejen potenciál zlepšit celkové zdraví nemocného, ale také přináší do jeho života určitý socializační prvek.

Ve druhé vlně sběru dat zaznává, že došlo k naplnění očekávání ohledně zajištění komplexních zdravotně-sociálních služeb, které zahrnují psychologickou podporu, péči o somatické zdraví, pomoc se zajištěním práce a bytu a s tím související podporu při osamostatňování. Navíc byly saturovány i potřeby, které v předchozích rozhovorech nezaznívaly, jako je např. potřeba tréninku paměti.

„A chodili teda i na paměť, nějak z jara, myslím, že chodili. Jako ta pani, nějaká doktorka myslím, že to byla, takže chodili jako na paměť, jako cvičili paměť.“

„A oni ví, jako znají jako ty nemoci těch lidí, takže mu rozumí jako jo, takže to jako já jsem ráda, že tam jede třeba jednou za ten měsíc, že teda si popovídají, že mají tu schůzku, i když je to třeba na půl hodiny, na hodinu. Ale jako pro něj to je takový, že má o něj někdo zájem. Jako když něco potřeboval by poradit, nebo něco, nebo to, tak se na ně jako obrátí a jo, já jsem spokojená jako s ním. A on teda taky.“

Míra potřebné podpory nemocného se dle rodin liší. Dle respondentů pracovníci CDZ poskytují tuto podporu v podobě suportivního rozhovoru, doprovodů na úřady, k lékaři či prostřednictvím pomoci s aktivitami každodenního života, jako je vaření, nákup potravin nebo péče o domácnost. Dle respondentů se konkrétní skladba intervencí odvíjí od stadia funkčního narušení nemocného, fáze onemocnění a v neposlední řadě i od zájmu jedince o nabízené činnosti. Pracovníci velmi individuálně reagují na potřeby klientů s tím, že suportivním a partnerským přístupem nabízejí adekvátní intervence. Tento přístup je dle výpovědí uplatňován také vůči rodinným příslušníkům.

„Já si myslím, ona byla zpočátku taková nedůvěřivá, oni zas pomáhají spíš po té sociální stránce, oni tam za ní zajdou, povykládají si o problémech, nebo když je třeba něco udělat, tak řeknou, jdeme vařit, a ona jde, oni jí řeknou, co má udělat, nebo když potom uklízeli, tak si převlékala postel, tak jí pomohla natáhnout prostěradlo. Takže už tady po té stránce oni jí pomůžou.“

Z výpovědí zaznívalo, že díky komplexnosti zajištěných služeb na sebe CDZ převzala řadu úkonů spojených se zajištěním péče, které do té doby museli vykonávat rodinní příslušníci nemocných. Mezi nimi je například dávkování léků, doprovody, pomoc při každodenních aktivitách, aktivizace ke společným procházkám. Rodiny se tak v řadě případů dle jejich výpovědí stávají až sekundárním zdrojem podpory a pomoci.

„Takhle šla jsem stranou, jsem tady, ale víme o sobě, jak já, tak ty holky, já vím, z toho CDZ, takže to je úplně v pohodě, řeší to syn s nimi, nebo mezi sebou.“

„... tak opravdu díky tomu mi ubyla starost, třeba i že nemám doma takové léky, třeba když na ni přijdou špatné dny, že by se to mohlo tak lehce opakovat. V tom je ta největší pomoc, co pro mě můžou udělat.“

Péče zajišťovaná CDZ se liší v různých fázích onemocnění. Respondenti referovali o tom, že kromě zajištění různých rehabilitačních aktivit a péče v době remise onemocnění poskytují pracovníci péči i v jeho akutní fázi. Akutní stav totiž podle respondentů nebyl v domácím prostředí zvládnutelný, neboť vyžaduje individualizovanou péči odborníků. Bez podpory CDZ byli respondenti nuceni zajistit hospitalizaci, která však nebyla vždy ihned dostupná. Zajišťování péče v době nedostupnosti hospitalizace rodiny vyčerpávalo, narušovalo to jejich běžný chod a jejich členům to přinášelo pocity strachu. Pracovníci CDZ dokáží při akutním stavu nemocného zajistit komplexní péči a v případě potřeby fungují jako prostředník ve zprostředkování ostatních psychiatrických služeb, např. hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Tím ve významné míře pomáhají nejen svým klientům, ale rovněž jejich rodinám, které tak mohou být více stabilní.

„To je velice důležité, ano, že to prostě tak poklidně plyne. A když nastane takové nějaké zhoršení, nebo něco, tak hned se s nima spojím, zatelefonuju, nebo já zavolám, a už se domluvíme, oni přijedou a už nastane hned nějaká záchrana, dalo by se říct v uvozovkách a zas je to pak dobré.“

„... a když vlastně mamka souhlasila s hospitalizací, tak jsme museli ještě jakoby čekat, než zjistí stav, jestli do Havířova, do Poruby nebo do té Opavy. Jenže s Opavou mamka nesouhlasila, nevím, z jakého důvodu, ale prostě nechtěla tam. Jenže ta sestra nás nechala čekat. Potom přišla s papírkem, že až do 25. října máme čekat. A já slušnou formou jsem se té sestry ptala, co mám dělat, když ten stav mamky se horší? Ta prostě byla tak arogantní a nepříjemná, že mi řekla, no, prostě ji musíte držet, anebo běžte na pohotovost.“

Služby CDZ jsou komplexní i díky výjezdům terénních týmů za klienty. Zajištění služeb terénní formou nebylo v rámci prvních rozhovorů očekáváno. Druhý sběr dat však ukázal, že je tato služba velmi oceňována, neboť naplňuje různá očekávání od služeb CDZ v momentě, kdy tato očekávání nelze naplnit jinak než terénní službou. Sem náleží např. změna medikace, sociální kontakt, psychologická pomoc, zejména kvůli zvýšené míře funkčního narušení nemocného rodinného příslušníka.

„No, tak jako to je splněné, to, že nemusíme vlastně jezdit teda do toho Olomouce, my jsme teď v Olomouci, no tak vlastně, co to jsme šli normálně, tak jako jsme

chodili k tomu panu doktorovi K., akorát že už nebyl na domovině, ale už byl teda zase kousíček dál, že. No a když jsme teda se přestěhovali do toho Prostějova, tak je to teda opravdu výborné, že nemusíme jezdit do toho Olomouce, protože to by bylo složité, to bychom vůbec nezvládli. “

„Ano určitě, protože třeba tam přišel za ní i pan doktor domů, přišel si za ní popovídat, když je třeba, tak oni tam za ní zajdou, nebo oni dělali i testy na ty látky, co ona užívá, zjistili, že jí to nesedí, tak to mění teď ty léky, ale prostě nevím, já už bych tohle nemohla, na tohle je to opravdu úžasné, že se o to starají. “

Při druhém sběru dat zaznělo, že by respondenti z řad rodin ocenili intenzivnější kontakt pracovníků CDZ s klientem, a to buď osobní, či telefonický. To zejména z toho důvodu, že klienti jsou často sami a rodiny by si pro ně přály více sociálního kontaktu. V případě, že CDZ nemohou toto očekávání zcela naplnit s využitím vlastních zdrojů, klienti jsou navázáni na služby mimo CDZ. Kontaktování klientů v jejich domácnosti v některých případech zajišťují sjednaní dobrovolníci, na které je dokáží pracovníci CDZ navázat. Dále jsou klienti navázáni např. na služby denních stacionářů. Vnímanou překážkou je však dostupnost adekvátních služeb ve spádové oblasti. Čili ani v součinnosti CDZ s jinými službami se ne vždy podaří požadovaný sociální kontakt klientům zajistit.

„No, tak já jako si myslím, oni tam chodí 1x za týden, na 1 hodinu, že jo. No jo, teďka teda dostala nějakou dobrovolnici. Tak ta paní se jí snaží věnovat, no, a mně se to zdá málo, no. “

„Mně by jako velmi pomohlo, ano, kdybychom měli prostě nějakého asistenta, který by s ním třeba jednou, nebo dvakrát do týdne prostě odpoledne, já nevím, věnoval, tak dvě hodiny, že. Jít ven, nebo to nějak tak prostě probírají ty jeho zájmy. To by bylo ideální, no. A tady jsme v tom Prostějově žádali, tady jsou takový nějaký Podaná ruka, nebo Pomocné ruce, nebo něco takovýho, ale tam prostě zatím jako není nikdo k dispozici. Všechno jako mají obsazené a nemají žádné jiné, placené a dobrovolníky už vůbec ne, jo. Maltézská pomoc je tu, to jsme měli v Olomouci maltézskou pomoc, tady je jako také, nebo pobočka, nebo něco. No, ale tady taky nemají žádného do té maltézské pomoci. “

Jedna respondentka referovala o tom, že se její očekávání zajištění komplexních služeb o nemocného člena rodiny nenaplnilo. Tento případ je však specifický tím, že klient byl navázán v době, kdy po pár týdnech fungování CDZ přestal splňovat věkové kritérium cílové skupiny pilotního provozu CDZ. Služby mu tedy nemohly být zajištěny v takové šíři jako ostatním klientům CDZ, přičemž poskytována mu je pouze terénní zdravotnická péče. Pracovníci CDZ se snaží tomuto klientovi zajistit alternativy ke službám CDZ, tedy saturovat jeho potřebu nebýt sám zajištěním dobrovolníka, který by nahradil sociální kontakt zprostředkovaný CDZ.

„No, vůbec, když ona tam přijde jenom sestřička, nachystat mu léky, a to je konec. K doktorovi s tím chodím já, finance mu zařizuju, placení obědů, placení, to mu všechno zařizuju já. Já nevím, platí aj sociální sestřičku, která mu chodí dělat večere. Já mu tam chodím uklízet, oni mu jenom chystají léky... No, protože oni mi řekli, oni mi řekli, sestřička toto. Že oni mají do 65 let, že nemocnice jim ho vnutila na zkoušku a konec, no... Oni mi teďkon slíbili, že tam budou chodit nějakí dobrovolníci.“

6.2.2 Služby poskytované rodinným příslušníkům

Psychoedukace, skupinová setkání a podpůrné konzultace

Z výpovědí respondentů z řad rodin opakovaně zaznívalo, že by si přáli získat informace o onemocnění, se kterým se potýká jejich člen rodiny, včetně toho, že s nimi bude konzultován vývoj onemocnění a způsoby léčby. Naplnění těchto očekávání lze řadit do kategorie psychoedukační aktivity, které by podle nich měly zahrnovat také nácvik komunikace a toho, jak přistupovat k nemocnému, zejména ve fázi zhoršeného zdravotního stavu.

„Možná bych uvítala konzultaci s odborníkem, jak se já jako matka a jeho opatrovník, jak se zachovat v některých těch situacích, kdy se psychóza projeví navenek, odborně. Já jsem byla zvyklá se obrátit na pražskou lékařku a konzultovat to s ní, tak kdyby něco takového bylo tady, ta situace je nestabilní, zatím teda k něčemu extrémnímu nedošlo, ale kdyby ano, tak bych byla ráda, kdybych to měla s kým konzultovat.“

„Konzultovat asi to, jak na to dál, jak se to bude vyvíjet, protože oni, když přijedou na návštěvu, tak se něco nového zase dozví, je to jiné, než když mu to řeknu já, třeba tím, že ho znají, tak si s ním povídají, oni ho vidí jinak než já, jako máma.“

Respondenti by dále uvítali vytvoření podpůrných skupin, které by pro ně a ostatní osoby v pozici primárních pečovatelů klientů CDZ sloužily jako platforma pro vzájemné sdílení zkušeností a informací ohledně léčby.

„A rodičovské setkání, kde si řeknem, co můžeme udělat nebo jaké máme zkušenosti. Klidně taky ano, byla bych pro.“

Někteří respondenti referovali o tom, že pokud jde o ně samotné, potřebu, aby jim CDZ poskytovalo nějaké služby či formu pomoci, nemají. Případně zatím tuto potřebu nevnímají.

„Zatím asi to není nutné, mně ne, on ví, v čem by mu mohlo pomoci, takže bude na něm, jestli využije nějaké rady. Mně zatím ne.“

Ve druhém sběru dat respondenti popisovali, jak je naplňováno jejich očekávání ohledně získávání informací o závažném duševním onemocnění člena rodiny. Psychoedukace probíhá zejména během rodičovských setkání, kde dochází k edukaci o projevech onemocnění a nových způsobech léčby. Tato setkání byla v době protiepidemických opatření realizována také online. Rodičovská psychoedukační setkání vede s důrazem na suportivní přístup některý z pracovníků CDZ.

„Jdeme si tam pro informace k nemoci, a zrovna tak ona nám bude o tý nemoci povídat, že jo, což jako pořád se něco objevuje nového, nějaký nový léčby a to, a přiznám se, že nemám čas už. Ze začátku jsem to, když tu nemoc dostal v těch 18, tak jsem jako opravdu to študovala docela, protože jste jako vyděšená, co se děje, co to. Ted' už člověk je takovej ukolíbanej a spíš otrávenej z toho něco si někde hledat. Protože víte, že to je pořád stejný, jo, že prostě ty remise jsou, jednou je větší, jednou je menší, ale prostě pořád je to dokola, jo.“

„... má o ty pečující, a hlavně o ty rodiče, jo, protože pro ně je to především, tak o ně má velkej zájem a opravdu se jim snaží všelijak jakoby ne zpříjemnit, ale všelijak jim vlastně pomoci z toho, aby nebyli, že jo, pořád tak vlastně jakoby nešťastný, že je to zrovna potkalo, jo, takovýhle neštěstí velký, jo.“

„Ano, jsme ve skupině paní K., pořádáme výlety, pořádáme sezení, teď budeme mít v pátek sezení s paní doktorkou psychologkou, nebo psychiatrickou, tak. Takže docela se i na to těším, protože se jí chci na spoustu věcí zeptat.“

Psychoedukační aktivity probíhají také individuálně. V těchto rozhovorech se pečující osoby dozvídají informace o vývoji onemocnění jejich nemocného člena rodiny, o individuální nabídce vhodných služeb či o případné změně léčby.

„... konzultujeme to spolu, ať udělají, co udělají oni, nebo jako co chceme udělat my, takže to spolu tak jako konzultujeme, a jaká strana by byla lepší, a jak to líp provést, aby, opravdu fakt jsou perfektní v tomhle tom.“

Skupinová rodičovská setkání nabízí vedle psychoedukace také vzájemnou podporu a sdílení zkušeností ze života s nemocným členem domácnosti. Zároveň mají socializační roli, neboť při nich dochází ke společnému neformálnímu trávení volného času.

„Oni se i scházej mimo, dělají si různý jako takový výlety, minivýlety, dokonce teď se setkávali různě i u svých, jakoby ti klienti navzájem, vlastně se zvali, a jakoby že jo, na chalupu, na chatu, a dělali si tam takový vlastně takový, takovej den rekreační, asi takhle bych to řekla.“

„No, my si dáme to, že si vždycky, vybereme si výlet nějaký, někam se podíváme, uděláme si tam piknik, popovídáme si navzájem, že jo, protože zase má každej jiný zkušenosti s tím, jo a jiný trápení. Anebo třeba teď, minule jsme se ani o těch nemocech nebavili, bavili jsme se, to jo. A to bylo takový, víte co, takový prostě odlehčující odpoledne, nebo dopoledne odpoledne, že jo.“

V rámci psychoedukace jsou rodinným příslušníkům nabízeny další možnosti péče a návazné či doplňkové služby. Tyto konzultace s rodinou a klientem se nesou v duchu

partnerského přístupu, přičemž se pracovníci snaží předat co nejvíce personalizované a adekvátní informace.

„Jo, to si myslím, že jo, to právě syn přišel nějaký takový smutný, tak jsem se o tom bavila s nimi, máme na to úplně stejný náhled, a to, ona říkala, že ještě něco budou zkoušet.“

„... konzultujeme to spolu, ať udělají, co udělají oni, nebo jako co chceme udělat my, takže to spolu tak jako konzultujeme, a jaká strana by byla lepší, a jak to líp provést, aby, opravdu fakt jsou perfektní v tomhle tom.“

Dle výpovědí je rodina aktivně vybízena, aby se v koordinaci s příslušným CDZ podílela na péči o nemocného člena rodiny. Setkání pracovníka CDZ s pečující osobou se v řadě případů účastní také klient sám. Tomu přechází buď vzájemná domluva tohoto setkání, nebo náhodné setkání v domácnosti rodiny. V případě, že mají rodiny zájem sdílet informace o stavu klienta s pracovníky z CDZ, činí tak mimo jiné i telefonicky. Tato koordinace posiluje schopnost CDZ monitorovat stav jejich klienta.

„To třeba to je, když jako oni přijdou, a sedneme si u nás teda jako a povídáme si, když jako nechtějí jít ven. Ale on většinou, on chce jít ven, asi se těší s ní jít, protože se mnou chodit nechce, ale jinak my si také samozřejmě, není to při každý schůzce, to ne, ale jako takhle občas jednou třeba za měsíc, nebo tak, tak si sedneme, a povídáme si jako, co jako bychom třeba ještě potřebovali, a nebo co se nám třeba nelíbí, jo, co třeba, myslím jako v tý léčbě jakoby, tam já to směřuju, protože když teda pan doktor mu začal snižovat ty léky, a ten kluk se začal vracet zase do těch stavů, tak to teda jako jsem hned kontaktovala sestřičku, a když přišla, tak jsme si to všechno vypovídali. A ona mi to všechno vysvětlila. To je právě ten přínos víte, že nemusíte obtěžovat toho doktora, protože on toho tam má taky samozřejmě dost, ale ona přijde a ona vám to všechno řekne, jak to je, jo, a že se nemusím bát jo.“

„... chci jen říct, že co se týče těch Bohnic, tak jsem si říkala, aby si odpočinul, aby mu dali nějaký prášek na zklidnění, on není divoký, prostě je přetížený, aby si chvíli odpočinul. No a s tou K. jsme se to tom bavily, ona říkala ted'ka zaprvé,

ta situace je teď taková, spousta pavilonů je zavřených, tak by mohl jít na nějaký nehezký pavilon. Což vůbec nechci, protože já to mám vyhlídnuté, třeba dvacítku, protože on, jak dělá v té páté koloně, že by tam mohl i odtamtud, nicméně je spousta jich zavřených, a proto by bylo lepší, kdyby ty prášky zkusil brát sám.“

Během druhých rozhovorů zaznívá, že respondenti dostávají od pracovníků CDZ suportivní konzultace, příp. že jim byly konzultace aktivně nabízeny. Ty se mimo jiné zaměřují na poskytnutí informací ohledně akutního stavu člena rodiny, zklidnění celkové situace v domácnosti, podporu v souvislosti s péčí o nemocného člena domácnosti nebo podporu při zhoršeném psychickém rozpoložení pečující osoby. I přes to, že v prvních rozhovorech zaznívalo, že sami respondenti podpůrné intervence nepotřebují, v druhých rozhovorech sdělují, že je oceňují.

„Tak, tak. Sejdou se, nebo klidně i přijedou za náma, nebo si dáme schůzku prostě na CDZku, že jo, nebo i po telefonu, když potřebujeme, oni se nás sami ptají, volají, jak se cítíme, jak se máme, jo, co bysme potřebovali a tak dále no. Takže opravdu fakt perfektní.“

„Třeba, jak bych to měla rozvést, když moje mamka zrovna v říjnu dělala určité věci, a fakt se toho naskládalo opravdu hodně, a když už i mě to vzalo, tak jsem mohla té paní tam zavolat a snažila se i mě uklidnit a podpořit, což jsem nečekala. A hodně mi to pomohlo, protože jsem zrovna byla v práci, tam jsem se trošičku sesypala, když jsem se dozvěděla, že moje mamka udělala určité věci.“

„... když už daná situace jakoby nastala, tak jsem to jakoby řešila s tou paní a bylo mi to takhle i řečeno, že to nemám brát tak, jako by si maminka chtěla ublížit, že spíš na sebe chtěla upozornit, protože mamka předtím zkoušela si podřezat žíly, jenže to udělala jenom povrchově, což mně bylo oznámeno přes jejího manžela, že ji našel někde v kaluži krve, takže taky jsem měla potom šok v práci, a když se mě snažili uklidnit, tak jsme to taky rozebírali, abych se uklidnila aspoň trošku, což za to jim hrozně moc děkuju, protože jsem se potřebovala soustředit na práci a vím, že tam hned jeli.“

6.2.3 Jistota zajištění péče do budoucna

Důležitou komponentou očekávání vyjádřených respondenty při prvním sběru byla představa, že díky CDZ budou mít pocit jistoty, že bude o nemocného člena jejich domácnosti postaráno, zejména nebudou-li se o něj moct postarat sami. Respondenti od CDZ očekávali pokrytí celé šíře aktivit, které rodiny doposud zajišťovaly samy. Někteří hovořili o tom, že vzhledem k jejich věku představuje CDZ jistotu i do budoucna, kdy nebudou schopni potřebnou péči zajišťovat, příp. že CDZ poskytne dlouhodobou podporu nemocného i v případě úmrtí pečujícího rodinného příslušníka.

„Třeba když nemůžeme my, tak to centrum za ním může přijet a pomoci mu, kdykoliv může zatelefonovat, povykládat si a tak.“

„Já nevím, jak bych vám to řekla. Tak oni mají určitě hodně těch klientů, já jsem ráda, že vůbec s někým začala komunikovat, takže převzali nějakou tu starost, tak jsem ráda. Jako já ji mám strašně ráda, ale mám už 79 roků, takže taky už nemůže se spoléhat jenom na mě, že jo, bojím se, aby až já odejdu, aby si něco neudělala, tak by potřebovala třeba občas zavolat.“

Ve druhé vlně sběru dat respondenti popsali, že díky službám CDZ mají jistotu, že bude o nemocného člena rodiny adekvátně postaráno v celé šíři oblastí potřeb, jejichž naplnění rodiny dříve zajišťovaly samy. To snižuje nároky na péči ze strany rodiny, která tak má větší svobodu. Některým služby CDZ dodávají i očekávanou jistotu do budoucna, kdy nebudou vzhledem k vyššímu věku schopni zajistit jakoukoli péči. CDZ podle nich bude dlouhodobě a adekvátně saturovat potřeby nemocného, který „nebude na nemoc sám“.

„No tak jako pro mě to znamenalo vlastně jakoby větší svobodu, že jo. Tak já si můžu odjet, dokonce můžu být i přes noc už pryč, což se vůbec předtím nedalo, prostě jako nešlo. Takže v tomhle směru jakoby já mám tu svobodu větší, že můžu si sama prostě někam odejít, aniž bych měla ten strašný pocit strachu, nebo jak bych to nazvala, že se tam něco stane, a že přijdu a že prostě bude zase hroznej problém, jo. Takže v tomhle směru jako mi bylo velice pomoheno.“

„Protože my jsme na něj byli de facto sami, kdežto teď kon oni, že jo, za ním jezděj, teď se ještě stavěj za náma. Takže jako člověk si nepřipadá, že je takovej jako na

tý cestě sám. Jo, že je na to všechno sám, což nám velice pomohlo. Tohle bych řekla, že se změnilo. Jo, že prostě máte oporu, víte, že máte někde oporu.“

„No, víte co, že dokážou vlastně jakoby z toho člověka, z toho pečujícího, jako jsem byla, sejmout tu strašnou jakoby tíhu, tu bolest. Já když jsem jako to prožívala, teď je to přece jenom o něčem jiném, ale když si na to vzpomenu, na ty chvíle prostě beznaděje, zoufalství. A vlastně oni vás jako pomalinku a jistě dokázali, že život se dá žít dál a že prostě jakoby, ne že to není neštěstí, ale že prostě i s takovouhle věcí, která se stane v rodině, se musí žít dál. A že prostě se všechno může zlepšit, no prostě tohleto vidím jako přínos, že dokázali nejenom pro toho samotného jako klienta, ale i pro toho člověka, kterej jakoby je vlastně s ním 24 hodin denně, přinést to, že ten člověk taky chce žít. Protože já už jsem si říkala kolikrát, že už snad si taky něco udělám, jo, že prostě už jsem byla úplně beznadějná. Takže v tomhle vidím ten velikej přínos, že oni do těch lidí vlastně jakoby nalejou nový optimismus, nový životní elán.“

Z výpovědí je zřejmé, že budování důvěrného vztahu s rodinou prohlubuje zažívané pocity jistoty, přičemž pracovník uplatňuje partnerský a lidský přístup. Ten se podle respondentů vyznačuje sdílením každodenního života nesouvisejícího s duševním onemocněním, suportivním rozhovorem na téma života pečující osoby, sdílení pozitivních zkušeností v souvislosti se závažným duševním onemocněním nebo společné budování pozitivní a realistické vize zotavení nemocného člena rodiny.

6.2.4 Stabilizace zdravotního stavu

Podpora běžného fungování a samostatnosti

V prvních rozhovorech často zaznívalo, že je třeba zajistit co nejstabilnější zdravotní stav nemocného. Stabilita stavu představuje v očích respondentů optimální stav, neboť umožňuje u nemocného běžné fungování naplňující různé sociální role, např. roli prarodiče, kterému lze svěřit vnuče na hlídání, nebo roli rodiče, který zvládá péči o své nezletilé dítě. Stabilizace stavu zde znamenala získání kompetencí této sociální role.

„To samé teď, já jsem jí totiž nedávala ani hlídat malou, ale teď bohužel nastala taková situace, kdy v práci bohužel neberou ohledy na to, jestli jsem sama, nebo ne, že mi dávají o víkendu směny, tak jsem se mamky několikrát ptala, jestli to

zvládne. A ujišťovala mě, že ano, že všechno bude v pořádku. Tak zvládla hlídání, sice jsem ji kontrolovala, vyzváněla jsem jí, ale ne nějak zas často, aby si nemyslela, že jí nevěřím. Ale zvládla to bez problému, tak jsem byla ráda, že jsem ji musela vyloženě i donutit, což ji přivedlo na jiné myšlenky, ona mamka zase je lepší, když se snaží takhle fungovat sama, že musí, než aby byla vyloženě doma schovaná a vedlo ji to k černým myšlenkám.“

„Ano, protože ona má vlastně navíc ještě dceru jedenáctiletou, takže to musí kvůli ní takhle fungovat, musí se s ní učit a kontrolovat veškeré věci, což není jednoduché, protože sestra má taky svoje určité postižení, takže kdoví, jestli tohle na ní se nějak nepodepsalo, takže těžko říct.“

Stabilizace vede u klienta k větší samostatnosti. Předpokladem pro ni by dle respondentů mohla být pravidelná medikace, pravidelné monitorování klienta ze strany CDZ, ale také podpora jeho motivace tento stav udržet a aktivně na něm pracovat. V očích některých respondentů by zlepšení a následná stabilizace stavu umožnily socializaci nemocného člena rodiny. To může mít zprvu podobu setkání s některým z pracovníků CDZ, který ho navštíví v domácnosti, aby ho aktivizoval ke společné procházce.

„... on, jak začal brát ty léky, tak začal fungovat jakoby, on se i snaží třeba něco uvařit, tak přímo konkrétně pomoc neočekávám, spíš aby byl připravený na život, tak aby nezůstal do konce života sám, přece jen je mladý. Ono se to v něm musí probudit, ten zájem o život, musí chtít sám, v tom, aby mu pomohli.“

„Tak moje maminka byla v takovém stadiu, že nebyla schopná fungovat. To znamená, že ona měla jakoby stavy takové, že nebyla schopná ani dojít do jakékoliv péče, takže jsem s ní jako doprovod, abych ji podpořila a dodala nějakou tu motivaci, a když tam udělali ten první krok, tak už to bylo o něco lepší.“

Představa o fungování, kterého je jedinec se závažným duševním onemocněním schopen dosáhnout, se u respondentů různí. Míru stability stavu lze odhadnout dle činností, které nemocný jedinec zvládne. Ilustrativní příklad je uveden ve výpovědi níže. Za znak stabilního stavu lze považovat to, že se nemocný věnuje ručním pracím, četbě nebo luštění osmisměrek. Od toho se odvíjí očekávání zapojení nemocného člena rodiny do dílen

v rámci chráněného prostoru. Pravidelné docházení do nich by přispělo k nastavení režimu dne, k socializaci a aktivizaci k docházení do služeb. To vše má potenciál zlepšit celkový stav a přispět tak ke stabilitě zdravotního stavu. Tuto očekávanou trajektorii, tedy stabilizaci stavu, na kterou následně navazuje větší samostatnost, zapojení se do aktivit v domácnosti nebo v rámci chráněného prostoru, popsala ve výpovědích řada respondentů.

„Tak to je celkem na zamyšlení, protože někdy to má komplikovanější, někdy dokáže uháčkovat třeba šálu, protože je tak jakoby až stabilizovaná, takže na ní člověk vidí to zlepšení, že už háčkuje, snaží se i nějaké osmisměrky, romány číst, nevím no teď úplně. Spíš vyloženě, opravdu nevím, jak odpovědět, bylo by lepší, kdyby fakt fungovala jako předtím a třeba kdyby nějaké ty dílničky byly, aby mohla třeba něco tvořit, protože kolikrát sestra třeba jde ven na celý den a ona je tam sama zavřená, tak aby měla i jinací motivaci, než jen spát a dívat se na televizi. Nějakou tu aktivitu, teď teda si stěžuje, že hodně přibrala, ale to dělají ty hormony, protože je teď v přechodu, nevím no, jak na to odpovědět, protože sama jsem si někdy tuhle otázku kladla, ale neznám na ni odpověď. Ono by asi bylo nejlepší, kdyby fungovala v rámci možností.“

Druhé rozhovory s rodinnými příslušníky ukázaly, že dochází k postupné stabilizaci stavu. K tomu vedly intervence CDZ směřující k adekvátnímu nastavení medikace, pomoci při činnostech každodenního života, aktivizaci a pomoci při zhoršeném psychickém stavu. Tyto intervence umožňují zvládání sociálních rolí, ve kterých jedinec si přeje fungovat.

„... zlepšení tam je to, že nemá už až tolik léků, že vysadil nějaké. Ze začátku to byl úplně, to prospal celé dny. Ale tak to on si řeší s doktorkou, se svojí psychiatrickou, ty svoje léky. Ona ví, jestli mu je může snížit, nebo ne, a on to zkouší, aby mohl fungovat, protože on ze začátku vůbec nefungoval celé dny. To teďka už něco uvaří, pouklízí, povysává, utírá prach, v létě třeba poseče trávu, jede dvakrát týdně do těch dílen.“

Vnímanou změnou, dle které vnímají respondenti vyšší míru stabilizace, je nepotřebnost hospitalizace či snížení její frekvence. K tomu vedly intervence ze strany CDZ, zejména

v době zhoršeného psychického stavu, který nemocný jedinec zvládl v domácím prostředí. To vede k rychlejšímu návratu k jeho původnímu fungování.

„No právě že, on tam býval třeba i třikrát do roka, potom třeba dvakrát do roka a teď to bylo naposledy myslím po roku, jsme si říkali, tak teď tam už rok nebyl, to je fajn a kolikrát říkal, a už tam nepůjdeš, já říkám ne, už tam nepůjdeš, tak vždycky říkal, ne, už tam nepůjdu, no, jenže pak zase dostal ty svoje hlasy a deprese a to nezvládne, tak už tam zase jede, ale to byla nejdelší pauza teď ten rok.“

„Změnilo se hodně. Zvládají to s ním mnohem líp, když se zhorší, takže nemusí do nemocnice. Předtím bychom to nezvládli. Teď má už jen horší období, kdy jsou s ním často v kontaktu, ale jinak se nic nemění. Žádné velké rozvraty, jako když ho pustili z nemocnice. To nevěděl, kolikátého je...“

6.2.5 Dodržování režimu léčby

Adherence k léčbě

Stabilita stavu dle výpovědí předpokládá adherenci k léčbě. V případě, že klient dodržuje předepsanou medikaci, jeho celkový stav je stabilnější, a tím pádem není potřeba tak intenzivní péče ze strany rodinných příslušníků. Při nízké adherenci je nutno nemocného frekventovaně kontrolovat, zejména zda dodržuje předepsanou medikaci.

„Určitě. Když je v pohodě, tak si ty léky bez problému vezme a nikdo ji nemusí kontrolovat. To je základ, aby byla v pohodě, protože když je v pohodě, tak ji ani bratr nemusí kontrolovat.“

V prvních rozhovorech zazněly špatné zkušenosti respondentů se snadnou dostupností většího množství medikamentů v domácnosti, které se staly v několika případech prostředkem pokusu o sebevraždu. Dostupnost velkého množství léků může také vést např. k otravě organismu. V této souvislosti respondenti očekávali, že CDZ správným managementem léků zajistí, že nemocní členové rodiny u sebe nebudou mít jejich velké množství, jestliže je u nich zvýšené riziko pokusu o sebevraždu.

„Ona měla tři těžké otravy lékem, je schizofrenní, ale jinak je soběstačná. Ale po tom posledním pokusu byla buď v Opavě. Teď jí nabídl lékař tady tu službu CDZ.“

Ona nemůže mít doma léky, aby toho nemohla zneužít. Ty otravy ji dost postihly už zdravotně, takže musí chodit na vyšetření.“

„... oni ty léky vyzvedávají místo ní, mají to tam u sebe a dávají jí to. To je taková velká pomoc v tomhle, protože ona ty léky mít doma nesmí.“

Nonadherence k léčbě je jednou z příčin zhoršení zdravotního stavu a často také následné hospitalizace v psychiatrické nemocnici. V této souvislosti respondenti očekávají, že CDZ zajistí, aby nemocný člen rodiny dodržoval předepsanou medikaci a takto byl adherentní k léčbě.

„Tak to bych byla moc ráda, kdyby se zlepšilo, teď je v nemocnici, protože nebral léky a dělal takové jako... Takhle on teď od dubna nebral léky, když se dostal do té nemocnice. Takže si myslím, že tam neudělal nikdo nic, takže teď pokud se zaléčí, tak by se to mohlo pomoci ze strany CDZ.“

Management léků

Již při prvních rozhovorech se ukázalo, že mezi prvními intervencemi při spolupráci klienta s CDZ bylo navržení managementu léků. To spočívalo a nadále spočívá v donáše léků, jejich pravidelném dávkování na dalších několik dní, změna podávání léku z tablet na depotní injekce, příp. kontrola jejich přichystání pracovníkem CDZ nebo rodinným příslušníkem. Takto zavedený management léků podle výpovědí přispívá k jejich pravidelnému užívání a k celkové stabilizaci zdravotního stavu, a tedy je jedním z preventivních opatření omezujících hospitalizace v psychiatrické nemocnici.

„Ona se pokusila třikrát po sobě o těžký odchod ze života... Oni dávají léky na dva, max. tři dny, víc ne, a pak na ni dohlížejí, zajdou s ní k doktorovi, nebo to, opravdu, teď měla nějaké problémy s léky, protože jí to už nějak nesesedělo, tak jí to celé doktoři přeměnili, takže je teď ve fázi, kdy se střídají léky, tak je to teď takové rozkolísané, ale díky tomu, že se o ni starají, tak já můžu teď tak nějak tohle, protože já už bych na to opravdu neměla.“

„Jo, proměnilo, je to CDZ a je to i injekcemi, na které chodí, je kontrolovaný ne mnou, ale jimi. Chodí na kontrolu k paní doktorce, že opravdu to má dané jako

povinnosti, to si myslím, že je hrozně důležité. On je nemocný osm let asi, než se to ted' usadilo, tak tam byl asi co půl roku v těch Bohnicích.“

„Toho stavu, no, tak to je v každém případě ta medikace, protože on, když to nebral, ty léky, tak to prostě byly strašný stavy. To prostě furt měl záchvaty zuřivosti, no prostě, bylo to strašný. Takže ted' jako je to po těch lécích daleko lepší. Ale říkám, má to tu druhou stránku, že se jako on spravuje.“

6.2.6 Zlepšení somatického stavu nemocného

Od péče CDZ si při prvních rozhovorech rodiny slibovaly především zlepšení somatického zdraví svých nemocných členů. To považovaly za významný faktor pro zlepšení psychického zdraví. Přispět by mohla aktivizace, pravidelné procházky či vedení k redukci váhy. Také by pomohlo zlepšení životních návyků a vedení ke zdravému životnímu stylu. Zařazení prvků zdravého životního stylu má dle respondentů potenciál mírnit vedlejší účinky psychofarmak.

„... jen je třeba, aby se víc zaměřili na ten zdravotní stav a s tím se paklepší i ta psychika, to je ten základ, se kterým se všechno pohne dopředu.“

„Samozřejmě že očekávám, protože on se strašně bál toho, že asi s ním budou vést ty rozhovory, aby měl ty zdravé životní návyky, to už se teda děje, ale jde to strašně pomalinku. Oni, jak berou ty léky, tak jsou takové ospalejší, pomalejší, tak aby mu s tím pomohli, on ted' chce být pořád doma, tak aby chodil mezi lidi a měl z něčeho radost.“

„Až se trochulepší zdravotní stav, tak by potřebovala nějaký ten pohyb, měli to v úmyslu, ale ted' vzhledem k tomu stavu a i jejímu stavu to ted' moc nejde, ale až se oteplí alepší se to, tak říkali, že ji budou brát na takové ty procházky a tak.“

Jedna respondentka uvedla, že pokud dojde u nemocného příslušníka její rodiny ke zlepšení fyzické kondice, bude možné, aby podstoupil operaci kolene, která kvůli jeho nadváze není v současnosti možná.

„To že ona nemá k nikomu důvěru, to bych potřebovala, aby lidem víc důvěřovala, to ona nikdy tak neměla, nevím, čím to je způsobené, možná je to i její povahou, tak kdyby měla větší důvěru, ona je silná tělesně, ale potřebovala by pomoci, aby třeba i zhubla, potřebovala by i na operaci s kolenem, ale kvůli její tloušťce ji nevezmou.“

Zhoršené somatické zdraví je dle respondentů překážkou socializace nemocného. To je způsobeno únavou či nadváhou a s ní souvisejícími fyziologickými komorbiditami, které mu brání v docházení mezi lidmi, třeba tím, že ho omezují v chůzi.

„No já si myslím, že jak bude v létě chodit mezi lidmi, na nějaké zájezdy nebo tak, tak se dostane více mezi lidmi, nebude jenom doma. Že získá nějaké kontakty. Kdysi chodil na procházku, prošel celý les, teď se mu nějak nechce a ztloustnul.“

Druhé rozhovory prokázaly, že zavedení podpůrných intervencí, mezi které lze řadit aktivizaci k pravidelnému pohybu, je naplněným očekáváním. Pracovníci CDZ klienty motivují ke společným procházkám či jim mění medikaci v případě vedlejších účinků, které výrazně negativně ovlivňují somatické zdraví.

„Ty pečovatelky jako za ním, prostě jako celkově, když to vezmu, tak to hodnotit jako velice pozitivně, protože on už se vlastně na ty návštěvy těší, že jo, a teď s nima děvčata chodí, nebo s ním děvčata chodí ven, a se mnou on nechce chodit, že jo, já už jsem stará paní, já už jsem jeho babička vlastně, tak on se mnou ani tak moc nechce chodit jako do přírody, ale tohleto prostě on s děvčaty chodí.“

Respondenti dále referovali o tom, že kvůli špatnému somatickému zdraví se jejich nemocní rodinní příslušníci nemohou celkově zotavit. Zde je třeba říci, že úsek mezi sběry dat je příliš krátký na to, aby bylo možné zachytit výrazné změny na úrovni somatického zdraví. Zlepšení somatického stavu nemocného člena rodiny proto zůstává i nadále očekáváním, které by se mělo naplnit i díky službám CDZ. V souvislosti s tím zaznělo přání, že CDZ zajistí rehabilitační cvičení.

„Ona by možná potřebovala nějaké ty rehabilitace, nějakou tu pohybovou aktivitu, ale ona není schopná docházet někam do toho rehabilitačního centra, protože

ona, některý den je jí špatně, pak zas ne a ona není schopná někam docházet. Ale ona by potřebovala nějaký pohyb.“

„Jo, takové nějaké lehké cvičení, protože ona má tak ochablé to svalstvo, nevím, no, já jsem už říkala, že se na to zeptám sestry nebo paní K., ale ještě na to nedošlo, ale tohle to, aby aspoň jednou týdně, aby měla takový nějaký pohyb, aby to tělo se nějak procvičilo, ale to záleží, jestli oni mají takovou možnost. Oni asi tam nemají nějaké rehabilitační sestry.“

Ke zlepšení somatického zdraví u nemocných, kteří kouří tabák, by přispělo snížení konzumace cigaret. To si v prvních rozhovorech s možnostmi CDZ respondenti nespojovali, ovšem v těch druhých hojně uvádí, že se CDZ podařilo u nemocných členů jejich rodin kouření cigaret omezit či ho zcela eliminovat. Intervence vedly k motivaci nemocného přestat kouřit, zlepšilo se mu somatické zdraví a také finanční situace. Respondenti očekávají, že podpora v odvykání kouření přetrvá i do budoucna. V jednom případě by omezení vykouřených cigaret či ukončení kouření vedlo k lepšímu soužití nemocného a rodinného příslušníka v jedné domácnosti.

„Ten můj vnuk, přesně tak, a já už jsem říkala několikrát jako děvčatům, jestli by mu nedokázaly prostě jaksí, nějak ho namotivovat, aby se snažil jako umírnit to kuřivo, protože to je samozřejmě jako zdraví škodlivý... To znamená, že by to stejně chtělo, jako v tomhle směru pořád si myslím, že mi pomůžou, že prostě jako, že ho namotivujou, aby on sám se snažil jakoby zmírnit, nebo snížit to kouření, protože on opravdu kouří dvě a někdy i tři krabičky denně, tak víte, to je prostě síla. A teď se mnou bydlí v garsoniére, a já jsem nekuřačka, takže to teda vám řeknu, musím zatínat zuby, abych se jako s ním furt nedohadovala, protože to teda jako mi vadí. A to je jediná věc, která mi vadí, jinak prostě jako jsme spolu v pohodě a to všechno, ale tohle mi jako vadí, a hlavně v zimě že jo, když mrzne, a musíte furt větrat, protože to se nedá no. Takže to je taky ještě jako, co doufám, že s ním nějak jakoby víc proberou a že mu to vysvětlí, že to je nejen zdraví škodlivý teda, ale především, že vlastně poškozuje i mě, když tam s ním to musí dýchat. Jo, ano, to vůbec, jako to vůbec ani už neřeším, to jsem se kvůli tomu, to já říkám, tak vlastně téměř celý důchod praskne na kuřivo jo, vždyť to je prostě strašný.“

„A tak vlastně z toho sešlo, ale šel tam, a byl posun, to musím jako přiznat, protože on na to konto už si nekupuje tolika krabiček, a kupuje si jako ten tabák a balí si to. Jo. Takže jakoby, a on říká, teď jsem ušetřil. Já říkám, no je to fajn, ale tady už nejde ani o to ušetření, tady jde o tvoje zdraví, no ale to ještě pořád jsme se k tomu nedokopali, aby to pochopil, že to je prostě především na zdraví, no.“

6.2.7 Vliv samoty a potřeba socializace

Samotu a izolaci, kterou respondenti v prvních rozhovorech označují jako jednu z příčin zhoršujícího se zdraví osob, o něž pečují, by dle nich šlo omezit vyšší mírou socializace. Ta je v očích rodinných příslušníků dalším ze způsobů, jak by se nemocný jedinec mohl přiblížit běžnému fungování. Většina respondentů očekávala, že CDZ nabídne prostor, v němž si nemocný člen rodiny bude moci získat nové přátele a budovat sociální kontakty. Tato setkání se mohou odehrávat v rámci aktivit organizovaných v CDZ.

Dle výpovědí respondentů jsou to často právě oni, kdo jsou jediným zdrojem sociálního kontaktu. Bez kontaktu s rodinou by nemocný mnohdy neměl žádné mezilidské vztahy, a byl by tedy ohrožen samotou a životem bez podpůrné sítě. Navázání potřebných vztahů s druhými by dle respondentů vedlo k tomu, že by nemocný nebyl sám, vytvořil by si určitý režim dne, a tím by si začal budovat „normální život“.

„Tak určitě, přišla by zase na jiné myšlenky, seznámila by se zase s jinými lidmi, dokázala by se třeba pak i s někým sejít na kafe, to by bylo zase fajn, kdyby se dostala do nějakého normálního života než jenom sama pořád.“

„Já bych hlavně ráda, aby měl nové kontakty, protože my s manželkou stárneme, tak aby měl svoje kontakty. Ale prvotní impulz byl ten, že jsme se přestěhovali z Prahy i se synem, on je v péči pražské psychiatricky, která ho léčí depotně, a za celý rok jsme v Olomouci nenašli lékaře, který by ho chtěl takto léčit, až tady v centru. Zatím tam byl jednou a asi mu to bude vyhovovat.“

Sociální kontakt byl na začátku fungování CDZ zprostředkován návštěvami pracovníka CDZ v domácnosti nemocného. Avšak rodiny předpokládají různou míru zapojení člena domácnosti do služeb CDZ. Zazněly názory, že se nemocní sociálním kontaktům spíše vyhýbají. Respondentky i přes to očekávají, že skrze asertivní práci a postupné budování

důvěry s pracovníky, se bude jejich člen rodiny více zapojovat do aktivit mimo vlastní domácnost.

„Nemám vyloženě představu, ale kvůli nemoci nemá žádné kamarády, nás jako rodiče moc nebere, takže aspoň, když se za ním přijede někdo podívat, tak to je dobrý pro nás. Myslím tím pracovníky, protože mezi klienty on nejde, to nechce... on je takový spokojený sám v té své uličce, tak nevím, jak by mohl reagovat, jak na to jít, jak by to vzal.“

„Tak já bych byla ráda, kdyby někde docházela, ale je pořád doma, dojde si akorát nakoupit a jinak je pořád zavřená doma. Byla bych ráda, kdyby tam chodila a se svými vrstevníky se scházela a popovídala si. No tak oni ti sociální pracovníci k ní chodí jednou za týden. Ale potřebovala by tak více kontaktu s těmi lidmi.“

Způsobem, jak klienta asertivně zapojit do každodenních činností a motivovat ho k docházení do CDZ, by dle respondentů bylo navázání důvěrného vztahu (terapeutické aliance) s pracovníky CDZ. To ale dle respondentů vyžaduje delší čas, po který se budou člen rodiny a pracovníci CDZ vzájemně seznamovat.

„Ona je tam s nimi teprve krátce, taky jí to chvíli trvá, než naváže ty kontakty, ale myslím si, že s nimi vychází dobře.“

„To že ona nemá k nikomu důvěru, to bych potřebovala, aby lidem víc důvěřovala, to ona nikdy tak neměla, nevím, čím to je způsobené, možná je to i její povahou, tak kdyby měla větší důvěru.“

Důvěrný vztah umožní komunikaci klienta a pracovníka CDZ na partnerské úrovni. Z této pozice by mohl pracovník CDZ napomoci lepší komunikaci uvnitř rodiny. Zaznělo totiž, že nemocní mnohdy domlouvání ze strany pečovatele neberou vážně a že selhávající komunikace s nemocným je překážkou společného soužití a oboustranně přijatelného fungování ve sdílené domácnosti.

„No, minimálně třeba z jejich strany nějaký nezaujatý přístup, protože když mu já řeknu cokoliv, tak to nebere, protože jsem máma, tak když mu to někdo řekne,

někdo cizí, tak to třeba bude brát různé věci jinak než ode mě, protože to jsou věci, které umí, rozumí tak třeba bude reagovat víc než na mě.“

„Toho by asi bylo hodně, teď jsme se dostali do takové situace, že nás vůbec nebere, rezolutně nás odmítá a odmítá cokoliv sdílet.“

Druhý sběr dat ukazuje, že navázání nemocného rodinného příslušníka do služeb CDZ představuje významný socializační faktor. Klienti získávají nové kontakty v rámci skupinových aktivit v CDZ i při samotném kontaktu s pracovníky CDZ. Dle výpovědí respondentů je pravidelný kontakt s pracovníkem CDZ způsobem, jak předcházet izolaci nemocného v domácnosti. Klienti jsou pracovníkem vybízeni ke společným procházkám a podporováni k docházení do služeb CDZ, v jejichž rámci navazují mezilidské vztahy. Socializace má pak pozitivní vliv na psychický stav nemocného.

„Co se změnilo. Určitě má nový kamarády, to určitě. Protože zase veškerý kamarády, co měl, tak se od něj odtáhli, protože jo jako nehodlají chvíli poslouchat a ty jeho nálady jako. Takže mu zbyl jeden jedinej kamarád, kterej teda už to vzdával taky. Takže jsem ráda, že vlastně tihle ti kluci a i ta slečna za ním jezděj, že si může s někým popovídat, protože pak byl úplně odříznutý od normálního světa, od normálních těch, protože si žil jedinej v těch svých bludech, jo. A v těch se ještě víc utvrzoval.“

„No, on je bere jako kamarády, že jo, jako přátele, který za ním jezděj si s ním popovídat, jo, on to takhle bere. Jo, že prostě to jsou, jo, že si s nima popovídá. Oni ho vyslechnou, oni mu to nevyvracej, oni ho prostě jenom tak nasměrujou, řeknou, jo, to je dobrý, nebo takhle bys mohl. Je poslechne zatím, tak vám to řeknu. No.“

Rodiny vnímají, že si klienti s některými pracovníky vybudovali terapeutickou alianci, na jejímž základě nemocní členové rodiny respektují názor pracovníka, se kterým mají tento důvěrný vztah. Toto je faktor, který zvyšuje pravděpodobnost pozitivní změny, neboť pracovník CDZ nemocného dokáže přesvědčit tam, kde by domlouvání rodinným příslušníkem selhalo. Pokud je nějaká služba klientovi nabízena pracovníkem CDZ, spíše ji bude ochoten přijmout.

„To určitě, určitě, to vám řeknou asi všichni, jakmile, když mu jako tomu člověku věří. A on jim právě věří, těm děvčatům, co za ním chodí. Tak vlastně, co oni mu řeknou, tak pro něj je jakoby svatý, jo. Takže je to přínos, já jsem opravdu velice ráda, že to centrum vlastně existuje, a doufám, že bude existovat i do budoucna, protože i když třeba my už ho nebudeme potřebovat, ale je teda spousta jiných lidí, který to určitě budou potřebovat.“

„Já to neumím popsat, ale vy mi rozumíte, tak jak to беру já, jsem spokojená, a když mám nějaký problém, kterému prostě nerozumím, tak jim třeba napíšu, ale já furt mám snad tu hlavu zdravou v tomhle smyslu, nevím, jestli syn jim volá, ale rozhodně volají ony jemu, takže to si myslím, že je pro něj jistota, takový ten základ, nevím.“

„No, víme, ale jsou pro něj říkám takový ten přístav, jo. Že takový to, kdyby něco, tak má na koho se obrátit, jako jo. Že nezůstane jakoby sám, nebo že jako ho nechají všichni, jak se řekne ve štychu, a ty si zase dělej, co chceš. Že ví, že tam to centrum je, a když by něco, byl problém nějaký, tak že on se s nima spojí. To já jsem ráda, jako jo, že tam dojíždí, a ani bych to nechtěla jako nějak zrušit, nebo něco jako.“

6.2.8 Každodenní fungování

Samostatnost a nácvik aktivit každodenního života

Nácvik aktivit běžného života by dle respondentů omezil míru, s níž se musí zapojit do péče o nemocného ostatní lidé v domácnosti. Vzhledem k jedné z výpovědí níže by to dokonce zamezilo obtěžování sousedů, které podle respondentky nemocný zatěžuje nevyžádanými prosbami o nákup. Větší samostatnost má také potenciál zmírnit rodinné neshody, které vycházejí ze spolužití, v němž nedochází k respektování potřeb jednotlivých členů domácnosti. Potřebný nácvik samostatnosti by měl spočívat v nácviku aktivit běžného života, jako je zapnutí pračky, příprava jídla nebo nákup potravin.

„To ona zvládne, jenomže když jenom trochu, ona zvoní i na sousedy, ať jí zajdou nakoupit, to je už obtěžování, aby jí chodili nakoupit, my nakupujeme, syn taky a už tak toho má dost.“

„Určitě, každý den je celý den dennodenně v tom pokoji. Jenom co tam přinesou oběd, nachystat léky a uklidit, jinak je tam pořád zavřená. A vůbec nechce chodit nakupovat.“

„Aby ho spíš motivovali chodit ven a učili ho té samostatnosti. Oni tam třeba přijdou ohledně léků, pan doktor mu dá léky, on řekne, že má depresi, a oni tam s ním chvíli posedí.“

Navzdory počáteční skepsi některých respondentů výpovědi ve druhém sběru ukazují, že díky intervencím CDZ se míra samostatnosti u některých nemocných rodinných příslušníků zvýšila. Významným ukazatelem je přechod nemocného do vlastní domácnosti, ve které musí fungovat více méně nezávisle na své rodině. To v řadě výpovědí zaznívalo jako stěžejní atribut zlepšení vztahů v rodině.

„Jo, jako ulevilo se, ulevilo se v tom smyslu, že ten syn je sám za sebe, nějakým způsobem se snaží, je to ve vlnách taky. Volá mi jednou za týden, přijede, přespí, zase jede, takže pro mě je tohle hodně uvolňující. Tohle mi hodně pomáhá, že tady nejsme v tom baráku, on prostě jsme furt tady, tak to bylo náročný.“

„Ale můžu vám říct, že opravdu jsem šťastná, že se dostala do toho tréninkovýho bytu, že ona se dostala do té Chrudimi, protože my jsme bydleli na vesnici, a ona sama říká: „Mami, já kdybych zůstala na té staré, na té vesnici, tak ze mě by vůbec nic nebylo.“ Takže opravdu můžu říct, že ona se hodně naučila, hodně té samostatnosti. Ona byla hodně závislá na mně a nechtěla mě poslechnout, třeba aby šla tohle, aby šla mezi ty lidi a tak. A teď jako musí, víte.“

„Jakoby, na místo mě, jako nezajišťují jakoby v tomhle směru nic, protože jakoby návštěva lékaře a tohle to všechno jako zvládáme sami. Ze začátku samozřejmě nám byli velice nápomocni, protože ten kluk nechtěl ani k doktorovi jít, prostě nic jo, takže to opravdu nám byli velice nápomocni, jo. Chodili s námi, pomáhali v tomhle směru, ale teď kon vlastně už ani já s ním přímo k tomu lékaři nejdu, jenom ho dovezu jakoby před ten dům a on si tam jde sám, už si to zařizuje sám, takže jakoby, je posun jako k lepšímu, velice, takže už jako tohle nepotřebuje.“

Příčinou, která řadě klientů brání v osamostatnění, je nedostupnost adekvátních sociálních a tréninkových bytů nebo nemožnost finančně si zajistit vlastní bydlení v rámci běžného realitního trhu.

„A vlastně oni dělají 4 hodiny, jo, dělají od těch 8 do 12, on, a mají teda těch 6 000, třeba, což je úplně jo, sice jako je to dost, jo, říkám, ale sice není to na to, aby se osamostatnil, protože 6 000 plus důchod, nelze se osamostatnit.“

Zapojení se na trh práce

V prvních rozhovorech rodiny předpokládaly, že CDZ pomůže nemocnému členu domácnosti s hledáním zaměstnání, zároveň si ale uvědomovaly překážku v podobě mála příležitostí pro osoby se závažným duševním onemocněním. Zajištění zaměstnání, ať už na chráněném, či otevřeném trhu práce, má podle výpovědí respondentů socializační potenciál a povede k získání větší míry samostatnosti a k následné nezávislosti nemocného na rodině. Výkon práce by měl být v souladu s preferencemi a možnostmi nemocného.

„Zatím asi málo příležitostí pro práci pro lidi s takovou diagnózou, tak kdyby mohl pravidelně pracovat, nějaká chráněná práce, která by mu vyhovovala. Aby se dostal mezi lidi, aby mohl získat pocit větší nezávislosti na nás s manželem. My jsme se taky přestěhovali kvůli němu, aby se dostal z velkoměsta do klidnějšího prostředí.“

Při druhých rozhovorech zaznívalo, že se u řady rodinných příslušníků podařilo zajistit práci a tím naplnit očekávání rodin. Ukázalo se však, že problémem zůstává nedostatek pracovních příležitostí, které by nemocnému jedinci vyhovovaly, např. práce je dostupná příliš daleko od místa bydliště. Další diskutovanou překážkou bylo neadekvátní finanční ohodnocení na chráněném trhu práce, které v řadě případů nestačí ani na pokrytí nákladů na dopravu do zaměstnání.

„Protože když chodil do toho XX, ještě vám řeknu, tak my jsme ještě museli platit měsíčně 800 Kč cestu jo, a tam nebral vůbec nic, dělal tam, dělali tam třeba takovou pěknou ruční práci. Vůbec ani korunu nedostali, jestli na Vánoce dostali

400, nebo tohleto. Jinak ještě my jsme museli hradit peníze, jo. Což teda já jsem jako byla, já jsem říkala, no já snad tady půjdu senátorem ČSSD a zeptám se na to, jak je to možný, že ti lidi tam dělají a nedostanou ani korunu. Oni ty lidi využívali vysloveně.“

„Tyhle ty dílny, kde by ty lidi ale dostávali nějaký ten plat, nějakou tu odměnu, aby teda taky měli nějakou tu radost, že teda něco udělají a že za to jsou odměněni. Je toho strašně málo tady, strašně málo, nevím, jo, třeba jestli v Plzni je toho víc, nebo to, ale tady, jak se řekne na tom okrese, to je katastrofa.“

Jedna respondentka uvedla, že její nemocný rodinný příslušník nastoupil do zaměstnání, kde je adekvátně finančně ohodnocen, je k němu v maximální míře přistupováno jako ke zdravému jedinci, přičemž jsou brány ohledy na individuální potřeby vyplývající z jeho onemocnění.

„Ono u nich jako furt nejde, jako, ten jejich mozek to nebere, a takže oni dělají za normální peníze, jako kdyby dělali normální lidi, a tak i je berou, jo. Jako úplně mají jiný sebevědomí ti lidi. Že vlastně oni je berou jako, by se dalo říct zdravý lidi. Oni nedělají takový, že jo ty normy a tolik, ale dělají si v klidu, pomalu, bez honění, bez nějakýho, úplně jako jinej systém, a tu to se začíná tomu trochu podobat jako bych řekla. Aspoň trochu.“

„No tak zaplať pánbůh, naplnilo, no. Má práci, doufám, že u toho vydrží a že ta práce, že to nezruší zase, tak nevím, kdyby to zrušili, to asi bychom byli asi hodně smutní, aby byl jenom doma zase. Ale nic tady, ono tady na tom Domažlicku je to takový, ono tady nic jako neseženete, nějakou práci jo. Takže jsem ráda, jo, že to takhle funguje, jak to funguje. Hlavně aby to fungovalo.“

Bydlení

Bydlení bylo stejně jako zaměstnání v prvních rozhovorech označováno za klíčový prvek samostatného života. Někteří nemocní členové rodiny již mají zkušenost s tím, že jim některá ze dříve čerpaných služeb pomohla zajistit chráněný či tréninkový byt. Podle respondentů je nedostatek bytů, které by byly alespoň částečně finančně podporované, vnímanou překážkou, jelikož jsou vysoké nájemní ceny za bydlení. Respondenti dále

očekávají, že v případě samostatného bydlení CDZ svému klientovi pomůže se správou jeho domácnosti.

„Nápady nemám, kdyby tak bylo v moci CDZ udělat pro tyhle lidi nějaké to bydlení, kdyby byli zabezpečení a pod dohledem, že by se měli na koho obrátit, protože pro ty rodiny je to hodně náročné, a taky tu práci, zaměstnat tu hlavu i něčím jiným.“

„Ted' bych chtěla, kdyby jí pomohli sehnat ten byt jiný, protože odešla z toho tréninkového, tak oni nemohli sehnat, tak jsme sháněly a sehnaly jsme a líbil se nám, ale ted' se nám nelíbí, protože stojí dost peněz, tak kdyby nám pomohli v tomhle.“

Zajištění samostatného bydlení by mnohdy napomohlo k vyřešení rodinných sporů, které plynou z nefunkčního společného soužití. Podpořilo by vzájemný respekt, jehož absence zasahuje do každodenních činností rodiny a do celkové atmosféry vztahů.

„Ted' asi nevím, ted' jsem ráda, že s ním vůbec někdo komunikuje, protože s námi nechce vůbec mluvit... ale s tím bydlením, to by asi bylo fajn, protože my jsme jakoby narovinu jeho nájemníci. On vůbec nic neuznává, třeba jít v deset spát, neuznává, že se jde ráno do práce a tak.“

Druhý sběr dat ukazuje, že bydlení pro nemocného člena rodiny bylo v řadě případů zajištěno. V jednom případě došlo k tomu, že nemocný člen domácnosti neměl zájem jít bydlet do samostatného bytu. Asertivní intervence pracovníků CDZ však tento přesun zajistily, což vedlo k vyřešení nepříjemné situace ve společném soužití.

„Vlastně ze začátku tohoto roku jsem s nimi byla hodně ve styku, protože jsem nevěděla, co mám dělat, to jsou věci, ve kterých se necítím úplně nejkomfortněji, každopádně ty holky mi pomohly, vlastně tam byla K. a ještě jedna, nevím, jak se jmenovala, tak mi říkaly, že se uvolnilo v Čelákovících to bydlení, že to zkusí, on teda odmítal, tak jsme to zkoušeli, že se mu tam bude líbit, že teda aspoň na chvíli, nakonec to teda klaplo. Je aspoň inteligentní, že pochopil, že prostě je to

asi opravdu to nejlepší, tam ty holky zabraly opravdu hodně, sehnaly to, já jsem v tom byla úplně bezradná, to musely ony, no.“

Někteří respondenti uvedli, že i přes to, že se nepodařilo pro nemocného zajistit vhodné bydlení v období mezi našimi rozhovory, pomoc se zajištěním bytu očekávají od CDZ i nadále. Přání rodin se ovšem v některých případech střetávají s nepříjemnou realitou aktuálního zdravotního stavu jejich nemocného člena, který do vlastního bydlení jít nemůže, neboť podle pracovníků CDZ by takového fungování zatím nebyl schopen.

„Ted'kon ještě ke všemu to došlo tak daleko, že jak prostě na nás je zlej, tak že z toho CDZka, že mu shánějí sociální bydlení, jako jo. Což jsem úplně šťastná, protože opravdu jo už to vrcholilo do takovýho toho, že se s ním nedalo vůbec jako z hlediska našeho bejt. Protože on je na nás úplně alergickéj.“

„Jo, ale on by to nezvládl sám, on by nechtěl, nebo třeba by řekl, byl bych tam sám, on ví jak to funguje, když jsme mu to řekli, tak on byl úplně hotový, on by to nezvládl.“

6.2.9 Nedostatečná informovanost

Někteří rodinní příslušníci, ostatně stejně jako někteří respondenti z řad klientů, v prvních rozhovorech nerozlišovali mezi předchozí službou a novou službou CDZ. Zejména tito rodinní příslušníci neznali nabídku nově rozšířených služeb, které měly být v následujícím období nabízeny jejich nemocným členům rodiny. Z jedné výpovědi je také patrné, že respondentka neměla představu, po jakou dobu bude moci nemocný člen rodiny nové služby CDZ využívat.

„Tak asi jak dlouho ta služba bude probíhat nebo fungovat, jak dlouho za ní můžou docházet?“

„On už teda byl v péči duševního zdraví, takže to je takový plynulý přechod do centra, já teda nevím, co to centrum bude moct dělat pro ty své klienty, ale já teda doufám, že mu pomůžou najít si nějaké to vyžití. Oni říkají, že je možnost nějakých dílen chráněných, ale vlastně nám nikdo nic nenabídl, že bychom se mohli jít

podívat, jak to vypadá, aby mohl získat zase ty pracovní návyky, to, co měl zažité, aby to neztratil.“

6.3 Představa klientů CDZ III o svém individuálním zotavení

Představy o zotavení – perspektiva klientů
Celkové zlepšení a stabilizace zdravotního stavu
Smysluplné fungování v každodenním životě
Destigmatizace a společenská angažovanost

Tabulka č. 9: Představy o zotavení perspektivou klientů CDZ III (zpracování: autorka práce)

To, jak by měl vypadalo jejich zotavení, si představují respondenti velmi individuálně, včetně dosažitelné míry zotavení. Někteří z dotazovaných nevědí, co si pod pojmem zotavení představit, a někteří k zotavení přistupují bez specifických představ. Tato kapitola představuje odpověď na třetí výzkumnou otázku VVO3.1: Jak si klienti CDZ III představují své individuálnímu zotavení?

„Já nevím, jak na to odpovědět. Opravdu nevím.“

„Mě napadá to zotavení, to si myslím, že je skvělý. Terapeutka mi říkala, že to poznám, a to je skvělý, když to přijde.“

„Když člověk vidí, že se mu daří dobře.“

Všem respondentům, kteří nevěděli, co si pod pojmem zotavení představit, byl tento koncept představen. Přesto se vyskytly případy, že respondent nevěděl, jak si tento stav v souvislosti s vlastním životem představit. Ve výpovědích respondentů, kteří měli určité představy o zotavení, lze shledat společná témata o tom, co přispívá k zotavení či jak by mělo vypadat.

6.3.1 Celkové zlepšení a stabilizace zdravotního stavu

Z některých výpovědí je zřejmé, že se představa respondentů blíží klinickému zotavení, tedy že dojde k vyléčení nemoci. To je však popisováno v intencích ne zcela

dosažitelných představ, což si někteří uvědomovali. Přesto tito respondenti definovali, jak by zotavení vypadalo i v případě života s onemocněním.

Respondenti uváděli, že nepočítají s trvalým vyléčením duševního onemocnění. V procesu zotavení je pro řadu z nich důležitým cílem dosáhnout stabilizace zdravotního stavu, která umožňuje více se zapojovat do zájmových a jiných činností. Přitom na stabilitu nahlíží tak, že se jejich zdravotní stav nezhoršuje ani nezlepšuje. Samotná stabilizace stavu může být stále doprovázena různými projevy duševního onemocnění. Ovšem tyto projevy jsou díky stabilizačním opatřením, jako je monitorování stavu spojené s včasnými intervencemi, více pod kontrolou, což vede k celkovému zlepšení života nemocného. Nedílnou součástí těchto výpovědí je informace, že tento stav předpokládá péči lékařů a jiných odborníků na duševní zdraví, např. psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů.

„Tak být něčím naplněný, mít rád rodinu nebo přítelkyni, brát injekce, chodit na kontroly a tak, abych měl pro co žít. Abych to dělal všechno líp.“

„Samozřejmě nejlepší by bylo, kdybych ty hlasy neměl vůbec, no, ale to už asi nepůjde, no, podle doktorů.“

„No, fungovat i s lékama, zvládnout práci a být samostatný.“

„Že budu stabilizovaná, že když mám nějakou nemoc, že se mi to nebude zhoršovat. Ne, že budu úplně zdravá, to ani nejde, ale že se to nebude zhoršovat.“

Představy o zotavení jsou specifické jak z hlediska jeho procesu, tak i z hlediska jeho cíle. Zda se přibližují ke kýženému stavu, poznají respondenti různými způsoby. Někteří referovali o zaměstnání, které jim do života přinese určitý řád a s tím i stabilitu zdravotního stavu. To by mělo vést k postupnému osamostatňování, což předpokládá, že se budou přibližovat k fungování běžné populace. Mezi znaky, které poukazují na to, že je člověk v tomto procesu na preferované cestě, patří třeba tyto:

„Že bych se zase začala smát.“

„Poznám to v mozku, v hlavě, fyzicky a psychicky se budu cítit dobře, to se pomalu spravuje, já se cítím teď dobře.“

Někteří respondenti hovořili o stavu zotavení jako o tom, ve kterém nepotřebují hospitalizaci v psychiatrické nemocnici. Hospitalizacím předchází zhoršující se psychický stav, který by bez podpory CDZ v řadě případů hospitalizací skončil. Součástí zotavení je schopnost zvládnout akutní fázi onemocnění bez potřeby hospitalizace. Společným atributem výpovědí v tomto směru je zlepšení psychického stavu, stabilizace duševního onemocnění nebo zmírnění příznaků duševního onemocnění. Hospitalizace je uváděna jako překážka v běžném fungování a souvisí se ztrátou naděje na dosažení určité míry zotavení.

„Méně těch fází, kdyby už nějaká byla, tak že to zvládnou bez hospitalizace, a kdyby nebyla žádná, to by bylo ideální, ale nemyslím si, že by to byla reálná myšlenka, takže zatím mám cíl vyhybat se těm hospitalizacím.“

„Že neslyším hlasy, no. Chodím k doktorovi na injekce a prášky. A hlavně abych neskončil v blázinci, jak jsem tam jednou byl...“

„Já se bojím Bohnic, no. Mám z toho takový divný pocit... No asi jo, já to zotavení asi jinak nevidím, ono se nedá asi srovnat, to uzdravení, asi to, když člověk přestane mít rýmu. Ale u těch duševních problémů je to úplně jinak. Člověk má pocit, že je v pořádku a najednou zase přestane úplně fungovat, to se dá asi těžko takhle.“

Zotavení, jak ho někteří popisují, je zcela individuální a míra zotavení se dá rozpoznat na základě činností, které zvládají, a jejich přístupu k onemocnění.

„Mi to zotavení přijde, že hodně se dá vypořádat, že třeba člověk má práci nějakou, chodí pravidelně za doktorem, chodí na psychoterapii a nemusí a že už jenom neleží na posteli a nelituje se.“

Stabilizace stavu také otevírá možnost aktivně participovat v pracovním a sociálním životě (viz Kap. 6.3.2).

„Setkávám se s vnoučaty, ty mě nejvíc naplňují. Nebo kdyby se ten můj zdravotní stav zlepšil natolik, abych mohla chodit do práce, nebo nakoupit třeba. U mě hodně ty vnoučata pomáhají. Zatím jsem se nedostala do takového stadia, abych mohla chodit do práce, to bych nevydržela.“

Překážkou v dosažení stability zdravotního stavu je obava z nesprávně stanovené diagnózy a s tím spojené nesprávné medikace. Za problematické jeden respondent označil to, že jeho psychiatr nevěnoval dostatek času zkoumání jeho aktuálního stavu, během kterého by zhodnotil okolnosti rozvoje jeho onemocnění:

„Mě napadlo, že by ten pacient měl prodělat nějaké ty vstupní testy, já jsem je dělal, ale bohužel až pozdě, ale měly by se udělat, aby se zjistilo, co mu vlastně je, jestli je ta deprese způsobena třeba z práce nebo v osobním životě nebo takhle. Ono se to prostě někdy odbyde, že má depresi, a předepíší se mu nějaké léky. Ale to tady nevyřešíme, to jen takový nedostatek, že by se mělo objektivně asi, protože oni třeba ti psychiatři mají na toho pacienta těch deset minut, a to se často odbude jen předepsáním těch léků.“

6.3.2 Smysluplné fungování v každodenním životě

Zotavení s sebou podle respondentů přináší možnost začlenit se do společnosti a prožívat běžné každodenní radosti a starosti, které život přináší. Jejich touha navrátit se zpět k premorbidnímu stavu je konkretizována tím, že se budou schopni vrátit k aktivitám a činnostem, které pro ně byly před propuknutím onemocnění běžnou součástí každodenního života. V případě, že nefungovali běžným způsobem, jejich představa i tak tento způsob života zahrnovala.

„Já nevím, jak to bude vypadat, já bych chtěla, aby to bylo jako předtím, než jsem byla nemocná. Takže fungovala normálně.“

„Podle toho, že bych se zase dokázala, jak bych to řekla, dokázala zase žít, jak jsem žila.“

„Ale jakoby to zotavení, já to úplně nechápu nebo neumím to říct, ale dá se to poznat, že je člověk zdravý.“

Ve většině výpovědí o představě zotavení je život jedince naplněn prací, rodinnými a jinými vztahy, aktivně stráveným volným časem vyznačujícím se výlety a užíváním si zájmových aktivit. Tento způsob nahlížení na zotavení je charakterizovaný naplněním života smysluplnou činností.

„To úplné zotavení by bylo asi docházet do práce. Ted' jsem někde na 5/10, tak to by bylo 10/10, ted' mám úvazek 2 hodiny denně, ale to jsou spíše úkoly, potom ten společenský život více rozvinout, nezabývat se negativními věcmi, ale mít radost ze života, co nejvíc umět pracovat s tou nemocí.“

„Že bych chodil do práce, do té kavárny, na různé výlety, starat se o svého pejska dobře a své koníčky využívat a tak, nebo třeba nějaký koncert.“

„Nebo nějakou činností, aby člověk neseseděl doma, chodil do práce, třeba ty čtyři hodinky.“

„Vrátit se do práce, zvládat práci, samozřejmě ta práce může být smyslem života, co se týče naplnění osobního, a samozřejmě rodina, tu preferuji ještě před tu práci a věci, které běžně vyplývají z toho života.“

Proces zotavení je postupný. Podstatná je zde naděje, že onemocnění je měnné, může být stabilizováno, a že jejich stav bude jiný – lepší, než je nyní. Tento stav se neomezuje pouze na pocity psychické pohody, ale také zlepšujícího se fyzického zdraví. Příkladem může být zbavení se únavy či získání energie pro další činnosti.

„Já věřím, že bude lépe, snažím se, ale to se tak hned nedá. Mám problémy se ráno dostat z lůžka, ta zodpovědnost, to taky je potřeba, chtěla bych vstát ráno čiperná. Já jsem po operaci štítné žlázy, tak jsem doufala, že se to pak nějak zlepší, ale teda zatím je to asi zpátky k horšímu. A nechci jít do nemocnice.“

To, co respondentům dodává pocit jistoty, je spolupráce s odborníky na duševní zdraví, která pro ně znamená rychlejší rehabilitaci v případě zhoršení psychického stavu.

„Nebo zotavení znamená nebát se, třeba když si jdu odpočinout, tak to není žádná prohra, a to zotavení s tím souvisí, že to uzdravení jakoby, člověk se může cítit líp a že když se vrátí člověk do Bohnic, tak to zase naváže.“

„Nějaká motivace, co by mě učinilo stabilnějším, abych byl psychicky odolnější. Ta služba toho terénního týmu v tom pomáhá, to je super. Třeba lékař nemá tolik toho času a díky tomu týmu to můžu všechno konzultovat. Pak třeba různé testy, pohovory, všeobecně. Ode všeho něco, co mě bude posouvat dál. Třeba i v tom bydlení, abych se v tom udržel.“

Naopak bariérou v procesu zotavování může být ztráta naděje, ke které dochází vlivem dlouhodobé zkušenosti s duševním onemocněním, kdy se jejich funkční stav nemění ani v řádu několika let. Avšak i tito klienti mohou mít určitý cíl v tom, že chtějí dosáhnout psychické a fyzické stability, jakkoli by to nenazvali zotavením.

„Já nevím, jak na to odpovědět. De facto já už s tím, co mám za sebou, tak s nějakým zotavením nepočítám, maximálně že budu na tom duševně v pořádku a pak tím pádem i fyzicky. Protože mívám hrozný stavy únavy, deprese, výkyvy, беру stabilizátory nálady.“

Jedna respondentka nepřímou formou uvedla, že pozná stav zotavení tak, že získá náhled na onemocnění a bude o něm zjišťovat další informace.

„Že se cítím lépe, že třeba čtu články o té naší nemoci.“

6.3.3 Destigmatizace a společenská angažovanost

K zotavení může podle respondentů do jisté míry přispět také okolí nemocného tím, že je ve svých reakcích nestigmatizuje, což vnímají jako znak toho, že jsou zotavení. Nemocného tedy lze v procesu zotavení podpořit tím, že s ním bude zacházeno jako s člověkem fungujícím v běžné společnosti. To se může projevat tak, že duševní onemocnění nebude významnou bariérou v mezilidském fungování.

„Dostat se mezi normální lidi, nějak začít fungovat, bylo by to pozvolný, ale bylo by to ideální. Takže pomalu se začlenit, fungovat, někam si zajet a pak se vrátit domů.“

„Pro mě zotavení je vnímání toho člověka druhého, že já se cítím dobře, že člověk mě vnímá, že jsem v pohodě, že tam nejsou známky nemoci, okolí mě vnímá jako zdravého člověka. Otázka je, jestli to není takový zpětný efekt, když se člověk dostane do krize a podle toho se zachová, jakoby ale to nikdo neví, co bude za dva za pět let, to nikdo neví, ale teď se cítím dobře, ráno vstanu a cítím se dobře.“

Respondenti by rádi měli možnost participovat na běžném společenském životě, tedy mimo jiné možnost zažívat běžnou komunikaci bez bariér vyplývajících ze stigmatu ohledně jejich duševního onemocnění. To by jim pomohlo zažívat pocit zotavení a zároveň by to bylo znakem jejich úspěšného začlenění do společnosti. Dle respondentů by okolí mělo umět naslouchat potřebám nemocného, tím lépe pochopit jeho situaci a přizpůsobit tomu vzájemné fungování. Zastřešujícím atributem těchto výpovědí je respekt k jedinci s onemocněním a k jeho snaze fungovat ve společnosti i přes nároky, které přináší závažné duševní onemocnění.

„Ano, a čekám, že to bude vnímat i to okolí, kam člověk přijde, samozřejmě nechci říct, aby toho člověka litovali, ale vyslechli ten příběh, jak to začalo, jak to probíhalo a jak se ten člověk snaží zase normálně fungovat.“

„Tak mně osobně stačí, když mě to okolí vnímá a pochopí, jaký jsem, a zjistí, že to duševní onemocnění není nic špatného nebo že ten člověk, že není jiný než ostatní, to je pro mě důležité, samozřejmě profesionálové, ale s velkým srdcem.“

„Protože když se s tím člověk narodí, to zdraví je křehké, může se to stát komukoliv. Tak jak lidi respektují, když člověk ráno vyjede autem, může se stát cokoliv, tak se to může stát i v tom duševním zdraví. To by mělo to okolí vnímat.“

„No, ono totiž s tou nemocí je problém, protože u těch typů deprese se nedá změřit jako třeba rýma, jestli je to nemoc nebo třeba nějaká jenom nálada, v tom případě

se spíš o žádnou nemoc moc nejedná. Takže ono je otázka, to závisí na činnostech a okolí, jak jedná a funguje s tím člověkem, v některých případech je asi na místě mluvit o nemoci.“

Z výpovědí respondentů je zřejmé, že navazování vztahů s druhými nezužují pouze na běžné společenské prostředí, ale mají na mysli i vztahy s osobami, které využívají a poskytují služby péče o duševní zdraví, tedy s ostatními klienty a s pečujícími profesionály.

„Znamená to pro mě dokázat fungovat ve společnosti, i když ta společnost teď není, já nevím, buď budu teď chodit do toho stacionáře.“

Významnou bariérou v procesu začlenění se do společnosti je sociální stigma, které zažívají respondenti při jednání s lidmi. Dle výpovědi jednoho respondenta je toto stigma pozůstatek z dob minulých, kdy lidé byli stigmatizováni za pobyt v psychiatrické nemocnici.

„Já bych chtěl zmínit ještě, než na to zapomenou, tady jsou takové ty stigmata, asi ještě z dob totality, třeba když někdo skončil v psychiatrické nemocnici, třeba jako já, tak je automaticky někam zařazený. Nemyslím v této době, ale dřív se to tak bralo. To žije v těch generacích těch lidí a předává se to dál, děti to slyší ve škole třeba. Člověk je někam zaškatulkovaný a ten člověk se třeba snaží dostat z té škatulky do normálního života. To mi připadá, že ještě nevytizelo a je k tomu takový zápornější přístup.“

Toto stigma, které plyne z neznalosti fungování osob se závažným duševním onemocněním, tvoří významnou bariéru také při uplatňování se na trhu práce. Podle některých respondentů bylo dokonce nutné zatajovat, že mají duševní onemocnění, aby zvýšili šanci na získání zaměstnání.

„Když si hledám práci a řeknu, že jsem nemocná, tak většinou řeknou, že ne.“

„Říkám, že mám invalidní důchod, no, a to je všechno.“

6.4 Představy rodinných příslušníků klientů CDZ III o jejich individuálním zotavení

Představy o zotavení nemocného člena rodiny – perspektiva rodinných příslušníků
Zlepšení zdravotního stavu
Socializace a fungování v každodenních činnostech
Vnímané překážky v procesu zotavení

Tabulka č. 10: Představy rodinných příslušníků klientů CDZ III o jejich zotavení (zpracování: autorka práce)

Představy o zotavení nemocného člena rodiny jsou u respondentů z řad rodinných příslušníků heterogenní. Více než jasné představy o tom, jak by vypadalo zotavení u nemocného člena rodiny, respondenti popisovali překážky, kterým v tomto procesu nemocní čelí. Tato kapitola představuje odpověď na třetí výzkumnou otázku VVO3.2: Jak podle rodinných příslušníků vypadá zotavení jejich nemocných rodinných příslušníků, kteří docházejí do CDZ III?

6.4.1 Zlepšení zdravotního stavu

V očích respondentů z řad rodinných příslušníků spočívá stav zotavení nemocného člena rodiny ve snížení symptomů onemocnění či stabilizaci stavu, který bude bez výrazných projevů onemocnění. Zazněly názory, že ke zlepšení zdravotního stavu by mělo přispět adekvátní nastavení medikace, její pravidelné užívání a kognitivní zlepšení. Zda se jejich nemocný člen rodiny zotavuje, respondenti poznají různým způsobem, např. skrze zvýšení aktivity, zlepšení nálady, aktivnější komunikaci, zapojení člena do péče o domácnost, zájem o aktivity, jako je luštění, čtení, a vlastní iniciativa k aktivitám, o které má nemocný zájem.

„To asi ještě ne, ale jak pan doktor nasadil léky, tak bylo velké zlepšení, to se začal hodně spravovat. Pan doktor mu chtěl pak změnit medikaci, když mu zmenšil tu medikaci, tak se začal zase vracet zpátky, tak jsem ho přesvědčila, aby to sám panu doktorovi řekl, tak mu to nasadil zase zpátky a zlepšilo se to. Nevím, jestli bych mu to měla sama říct, panu doktorovi, protože on se hodně bojí hospitalizace

a musí mu sám říct všechno, co mu to dělá. On se mu totiž bojí říct i to, že se zlepšuje, protože pan doktor mu řekl, že když tak nasadí i ty injekce a on se na to upnul. Takže jakoby to zotavení, které jsme si mysleli, že už začíná, tak se začalo zase ztrácet. Ted', když dostává tu vyšší dávku, tak se to zase zlepšuje. Ted', když je na tom už lépe, tak má zase nějaký ten zájem, třeba vynést koš nebo tak něco, ale pořád nemá zájem se setkat se svými vrstevníky, to prostě pořád ještě ne, a to právě si myslím, že na tom to zotavení bude nejvíc vidět. "

„Když s ním mluvím. Ted' jak je v té nemocnici a pomohla nějaká ta určitá dávka těch prášků, tak už se s ním dá mluvit normálně, to byla doba, kdy jsem řekla voda a už všechno bylo špatně, tak to poznám podle toho, jak reaguje, ale je to na dlouhou trať a doufám, že to půjde dobře, on je chytrý kluk, což není někdy dobře, protože ho napadají někdy takové věci, které kdyby byl hloupý, tak si nemůže tak moc představit, ale ted' uvažuje úplně normálně, já jsem se bála cokoliv říct, aby se toho nechytil, tak to bych takhle poznala určitě, jak reaguje a chová se. "

„Že je aktivní, že si sám vymyslí aktivitu, nejen to, že já mu něco nabídnu a potom některé psychotické projevy související s tou diagnózou, kdyby se zlepšily. "

„Aby zabraly ty prášky, aby se mu ulevilo z těch jeho bludů. Neumím si to představit, to musí být strašně náročné. Tak aby byl v tomhle směru v pořádku, no. "

6.4.2 Socializace a fungování v každodenním životě

Zda dochází u nemocného k zotavení, lze poznat i podle míry, s níž rozvíjí svůj sociální život mimo domácnost. Určujícím kritériem je zde míra socializace a samostatnosti. Pokrok v zotavení může mít podobu takového fungování, v jehož rámci se snížila míra potřebné pomoci ze strany rodiny. Mezi znaky zotavení patří rovněž fungování v rámci domácnosti, které se svojí podobou co nejvíce blíží interakcím u běžné populace. To může spočívat v aktivní interakci s návštěvou, přípravě kávy a pohoštění pro ni.

„O tom to zotavení je, si myslím, že nemůže být pořád jen doma a mluvit jen s rodiči, to právě očekávám, že ho připravíme na ten život, že téměř všechno zvládne sám bez cizí pomoci“

„Pro mě je to znamení třeba i to, že plete nebo něco uvaří. Nevím, jestli třeba by i pekla, ale když tam přijdu, tak se snaží udělat kafe a nějaké pohoštění, na to myslí. Takže to je pro mě znamení, že se zlepšuje, protože byla doba, kdy by ji to třeba ne, že nenapadlo, ale až za nějakou dobu. Pro mě je důležité to, že to zvládla a musela, donutila se.“

6.4.3 Vnímané překážky procesu zotavení

Neochota nemocného něco měnit

Vnímanou překážkou je neochota ze strany nemocného svůj stav měnit. Respondenti hovoří o nezájmu, který se vyznačuje absencí režimu dne, „vysedáváním“, přičemž změna takto nastaveného životního stylu je dle jejich výpovědí náročná.

„Já nevím, jak bych to řekla, mi vadí ten jakoby nezájem, že si tady jen vysedává, a než ho dostaneme tady z toho stavu, tak to taky trvá, teď mě ale nic moc nenapadá.“

Samota

Další překážkou je samota a absence sociálních kontaktů. Někteří respondenti samotu neoznačili přímo jako překážku zotavení, z jejich výpovědí je však patrné, že socializace by k jejich zotavení přispěla.

„Ne úplně překážku, ale samotu, to je asi ta největší překážka, když je doma sama, tak na ni tak všechno padá a o všem moc přemýšlí. Takže tohle asi tak je ten problém.“

„Já bych řekla největší překážkou je on sám, nechce z té své ulity vystoupit, cokoli bere jako útok na svou osobu a vysloveně nechce nic, všechno odmítá, to, co my řekneme, tak to on nebere, dává nám svoji nemoc za vinu, a i když si myslíme, že ho někam to posune, tak on opravdu nechce.“

Nonadherence k léčbě

Za významnou překážku považují respondenti nonadherenci k léčbě. Předepsaná medikace dle jejich zkušeností nebývá i přes apel lékařů a rodinných příslušníků dodržována. Nonadherence vede ke zhoršení stavu nemocného, popř. až k následné hospitalizaci v psychiatrické nemocnici.

„Nebere léky, odmítá léky, paní primárka, když ji pouštěli z léčebny, mi říkala: „Podívejte se, to je alfa a omega všeho, jestli B. bere léky.“ A už se kolikrát stalo, že když přijela z Opavy, že pár dní odmítala všechno, a už to zase hrozilo. To je největší problém.“

„On si to našel sám i kvůli bytu, protože my dva v bytě, to nejde, protože i kdyby neměl tu nemoc, tak máme oba takovou tu ponorku, a k tomu ta nemoc, takže to nikdy nevíme, co je ta nemoc a co vztah. On to má devět let, tuhle nemoc, co mu to zjistili. Bral prášky a chodil na injekce. Až teď na jaře, on si udělal kurz toho peer konzultanta a měl jít někdy od dubna, nastoupit v Bohnicích, ale pak přišla korona, takže všechno šlo do háje. Takže on odmítl prášky brát a že nic nemá cenu. A tak to šlo, a tak to začalo, a to si myslím, že pak s ním už by neudělali nic a už neudělají. Mu nejvíc pomohlo, když měl tady ty svoje mluvení, tak jsem se bavila se sestrou, jestli když by zase mluvil hodně ty hlouposti. Někdy se to nedá vydržet, tak jsem jí napsala zprávu, jestli by mu mohla zavolat a přerušit to jakoby, tak mu opravdu zavolala a začal se bavit úplně normálně s ní, on má někdy ten svůj afekt, tak to přerušila a dokázala ty jeho myšlenky nasměrovat jakoby jinde, tak to mi pomáhá.“

Zhoršený somatický stav

Proces zotavení může být podpořen zlepšením somatického stavu. Naopak absence pohybu a demotivace k fyzické aktivitě tento proces brzdí, nebo ho dokonce zastaví a zdravotní stav zhoršuje. Z některých výpovědí vyplývá, že proces psychického zotavování by měl být současně podporován aktivitami zlepšujícími somatický stav. Zhoršený fyzický stav a s tím související nízká fyzická kondice neumožňují vykonávat aktivity běžného dne, např. nákup, návštěvu lékaře. Motivací k aktivitě byla dle jedné z výpovědí u členky rodiny povinnost venčit její psy. Jejich ztrátou však pravidelný pohyb přestal, přičemž následovalo zhoršení fyzického zdraví.

„Ona měla pejska, dva, ale bohužel už nejsou, ona by si přála mít znova pejska, ale muselo by se první upravit trochu ten její stav, zatím má ty dechové potíže, takže až ona bude na tom zdravotně lépe, tak může mít pejska, ale to nebude hned. To tělo dostalo hodně zabrat.“

„Momentálně asi ten její fyzický zdravotní stav, strašně rychle se unaví a nemůže to udýchat, nemůže si teď dovolit nějak hodně chodit ven, jediné nakoupit, a to je tak všechno.“

Absencí pravidelného, alespoň minimálního pohybu kvůli dlouhodobé hospitalizaci v psychiatrické nemocnici dochází v řadě případů k významnému fyzickému úpadku. Navíc nemocný ztrácí schopnost samostatně fungovat, kterou ovšem před hospitalizací disponoval. Zhoršený zdravotní stav a ztrátu kompetencí samostatného fungování považují respondenti za největší překážku v procesu zotavení.

„... protože on byl dva roky v nemocnici a předtím byl úplně samostatný. Všechno si vyřídil sám, a když mu bylo špatně, tak sám šel k lékaři, maximálně se mnou a pan doktor zkonstatoval, že to je na léčení. A teď po dvou letech se mu zhoršil zdravotní stav a po dvou letech ho pustili a on je z toho splašený, tam nechodil vůbec ven.“

Užívání alkoholu a neuvážené nakládání s penězi

Za další překážku v procesu zotavení je považováno užívání alkoholu. Abúzus alkoholu vede k tomu, že nemocný člen rodiny žije nestandardním způsobem života, nakupuje nepotřebné věci a dochází k finanční závislosti nemocného na rodině. Kvůli nadměrnému užívání alkoholu nelze nemocnému svěřit peníze např. na nákup potravin pro rodinu. To je popisováno jako preventivní opatření před nákupem alkoholu a následným rizikovým chováním.

„No hlavně ten alkohol, že přestal, přestal se toulat, protože jinak utíkal z domova. Tři i více dní ho nebylo, utrácel, nejhorší to bylo, jak byl na léčení v těch Holčovicích. Tam ho na tu schizofrenii zřejmě neléčili a on dělal hrozné zmatky. Jezdil, utrácel, co chvíli jsem musela posílat peníze, přitom mu chodil důchod, bylo to hrozné období. Vrátil se, vnuk pro něho jel a přivezl obrovské množství

nepotřebných věcí. To vše šlo do sběrného dvora. To byl úplně někdo jiný, byl to šok pro nás doma. No, a potom se začal toulat, popíjet, toulat se s bezdomovci, kde přespával. No, a já mu říkám: „T., taková doba, vždyť nás tady nakazíš.“ Tak vždycky přišel hned do koupelny, všechno oprat, nějakou dobu dobrý a za chvíli zas. Bylo to hrozné, až to došlo do takového stadia, že jsme ho museli odvézt do nemocnice a tam ho vlastně pan doktor zachránil. Nasadili mu nějaké léky, protože jak byl v Třinci, tam to nevydržel, že slyšel ty narkomany křičet a že pojedou domů, odmítl tam být. No, a prostě doma se dostal do úplných křečí a bylo to hrozné. Myslela jsem si, že nám umře.“

„Do obchodu ho moc nepouštím, mám obavy, aby si někde něco nekoupil. Ale jak si šel pro léky, tak si nakoupil spodky. On kdysi hrozně utrácel, opravdu moc to bylo, drahé mobily ztratil, občanky ztrácel, cestoval, jednu dobu nechtěl chodit nikde a pak se toulal, zajel si do Prahy, do Luhačovic, vybíral z bankomatu, zase občanku ztratil, tašky někde nechal, furt zařizování na magistrátu, na policii, šoky s ním.“

Stigmatizující reakce okolí

Označovanými překážkami, se kterými se setkávají osoby se závažným duševním onemocněním, jsou nepříjemné či stigmatizující reakce okolí. V této souvislosti jedna respondentka uvedla, že má obavu, jak budou reagovat sousedi na nemocného člena rodiny, pokud by se jeho zdravotní stav zhoršil a došlo z jeho strany k nějakému nestandardnímu chování. Jiná respondentka uvedla, že reakce okolí na projevy onemocnění člena rodiny byly příčinou zhoršení psychického rozpoložení nemocného, které vyústilo v nedobrovolnou hospitalizaci.

„Například reakce okolí. Bydlí teď sám, tak třeba reakce sousedů, kdyby si něčeho všimli, kdyby se začal chovat nestandardně. Zatím ale o ničem negativním nevíme, ale nejvíc se obávám, že sklouzne k nějakému stavu, kterého si okolí všimne, a bude reagovat negativně, a to pak graduje. Ale zatím k tomu nedošlo, ale takové obavy nepochopení okolí mám.“

„Řekla bych, že ano, ale moc to neprezentuje, ale vidím na něm, že mu na tom záleží, jak na to okolí reaguje. Dokonce byl jednou i v Praze hospitalizován,

protože se mu zdálo, že se k němu lidé chovají nepříjemně, tak si postěžoval policajtovi, ten ho poslal na stanici a tam zavolali sanitku, možná si od té doby na to dává pozor, protože má takovou zkušenost, ale je na to citlivý, jak se k němu lidé chovají.“

6.5 Reflexe ke specifickým cílům Strategie reformy psychiatrické péče

Níže uvedená část analýzy přináší odpověď na VVO4: Jakým způsobem jsou na základě klientů CDZ III naplňovány cíle definované v dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče? Analýza se vztahuje k cílům vytyčeným v dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče (MZ ČR, 2013). Tyto cíle poskytují vodítka pro restrukturalizaci a zlepšování systému péče o duševní zdraví, jehož záměrem je zlepšit péči, vhodně podpořit nemocné jedince, snížit stigma a zajistit osobám s duševním onemocněním kvalitnější a důstojnější život. Níže uvedený text přináší reflexi způsobu naplňování těchto cílů, které se opírají o perspektivu výpovědí respondentů tohoto výzkumu.

1. Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování

Systémová změna organizace poskytování psychiatrické péče by měla zahrnovat opatření zvyšující dostupnost služeb a zajištění kontinuity péče. Způsobem, jak lze tohoto dosáhnout, je např. snížení čekací doby, zajištění preferovaných služeb, které by měly být klientům maximálně dostupné, a rozšíření nabídky služeb o alternativní formy péče (např. v komunitních podmínkách). Ke zvýšení kvality péče může přispět také lepší provázanost mezi jednotlivými pilíři péče a dobře nastavené předávání klienta v rámci nich. Podle respondentů v CDZ dochází k efektivnímu předávání informací jak interně, tak ve vztahu k ostatním pilířům péče. Díky tomu mohou odborníci rychleji reagovat na potřeby klientů a zároveň to s sebou nese nižší zátěž klientů, kteří díky tomu nemusí odborníkům své potřeby a zdravotní stav vysvětlovat opakovaně.

2. Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně

Předložený výzkum se otázkou, jakým způsobem lze snížit stigmatizaci a diskriminaci osob se závažným duševním onemocněním, přímo nezabývá, a tedy na ni ani neodpovídá. Podtrhuje ovšem její závažnost, neboť podle klientů CDZ by destigmatizace pomohla v procesu jejich zotavení. Výzkum zároveň nepřímo potvrzuje existenci nežádoucího jevu diskriminace a stigmatu. Z některých výpovědí výzkumu je patrné, že se klienti CDZ

obávají uvádět omezení vyplývající z jejich duševního onemocnění, jelikož mají s diskriminací kvůli duševnímu onemocnění osobní zkušenost a obávají se, že ztratí šanci uplatnit se na trhu práce.

Klíčovou intervencí v tomto kontextu je snaha zapojit nemocného jedince do společnosti, např. do pracovního trhu, při jednání s úřady. Zdraví jedinci tak mají možnost poznat osoby se závažným duševním onemocněním a lépe pochopit jejich kompetence k běžným každodenním aktivitám a fungování ve společnosti.

3. Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté nemoci

Rozšíření psychiatrické péče o nízkoprahový pilíř, tedy CDZ, má potenciál tento bod podpořit. Vzhledem k zacílení CDZ na péči o osoby v riziku rozvoje závažných duševních onemocnění by měli být pracovníci CDZ odborně školeni tak, aby byli schopni rozpoznat počínající duševní onemocnění, příp. rizikové faktory ovlivňující rozvoj závažného duševního onemocnění u osob ve spádové oblasti.

Sama CDZ mohou hrát důležitou roli při odhalování skryté nemoci a s ní spojené včasné diagnostice duševních nemocí. Multidisciplinární tým poskytuje odborné zdravotně-sociální služby dostupné všem ohroženým osobám v komunitě. Díky terénním výjezdům mohou být jejich služby poskytovány u osoby se zhoršeným psychickým zdravím v její vlastní domácnosti. Vzhledem k zatíženosti oboru psychiatrie stigmatem se jedná o způsob, jak zajistit včasnou pomoc „blíže klientovi“, a to bez nutnosti návštěvy odborného pracoviště, kterému by se jinak vyhýbal.

4. Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí

Respondenti výzkumu často oceňují skutečnost, že díky poskytovaným službám CDZ u nich dochází k naplňování širokého spektra jejich potřeb, a tedy je plausibilní se domnívat, že se u nich vlivem intervencí CDZ zvyšuje pocíťovaná kvalita života. Humanizovaná péče založená na přístupu, který je ve vztahu ke klientům suportivní a individuální a který klade důraz na jejich zapojení do rozhodování o léčbě, posiluje autonomii a předchází sebestigmatizaci. Personalizovaná léčba, jež zahrnuje systém monitorování s účastí samotných klientů a těch, kteří o ně pečují, a včasná intenzivní pomoc v době zhoršeného zdravotního stavu podle respondentů omezují potřebu

hospitalizací v psychiatrické nemocnici. Z dat je zřejmé, že klienti CDZ chtějí zvládat akutní stavy bez nutnosti hospitalizace, kterou si spojují s neúspěchem na své cestě k zotavení. Omezení hospitalizací a vyšší stabilitu stavu vnímají jako stěžejní při dosahování individuálního zotavení samotní klienti i osoby, které o ně primárně pečují. K tomu je ale dobré dodat, že z těchto závěrů v žádném případě neplyne, že klienti CDZ považují hospitalizace jako takové za zbytečné. Někteří z nich naopak explicitně potvrzují, že se jedná o užitečnou a potřebnou součást systému psychiatrické péče.

Míru potřebných hospitalizací snižuje také kontinuita péče mezi jednotlivými pilíři zajišťovaná ze strany CDZ. Díky tomu, že CDZ dokáže navázat své klienty ve zhoršeném zdravotním stavu na odborníky v ostatních pilířích péče, nemocný jedinec nepropadne v systému psychiatrické péče. Kontinuita péče v tomto smyslu také minimalizuje riziko, že se nemocnému zhroutí sociální život, ztratí schopnost fungovat ve společnosti a ocitne se bez potřebné a adekvátní pomoci.

Dalším faktorem zvyšujícím pocíťovanou spokojenost klientů CDZ je skutečnost, jakým způsobem jsou jim služby nabízeny a jak jsou o nich informováni. Očekávanou změnou, kterou jim přineslo navázání na CDZ, je dostupnost péče pokrývající bio-psycho-sociální oblasti jejich života. Ke spokojenosti přispívá již zmíněný suportivní přístup, který se vyznačuje srozumitelnou, efektivní partnerskou komunikací během procesu dosahování vytyčených cílů, vč. předávání informací o možnostech a způsobu léčby. Intervence poskytované pracovníky CDZ jsou hodnoceny jako respektující individuální potřeby a preference.

Nedílnou součástí zvýšení spokojenosti uživatelů je způsob předávání informací o jejich zdravotním stavu. Ty jsou klientům a jejich rodinným příslušníkům předávány prostřednictvím psychoedukačních aktivit. Klienti CDZ i jejich rodiny tak mají lepší vhled do celkové problematiky týkající se života s duševním onemocněním.

5. Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělání a bydlení aj.)

Výzkum ukázal, že v řadě případů došlo k naplnění očekávané pomoci při hledání zaměstnání, vzdělání i bydlení. Intervence poskytované CDZ mají potenciál zvýšit úspěšnost při začleňování osob vyžadujících přizpůsobené pracovní podmínky na trh práce. Ty spočívají v odborném poradenství, pomoci při hledání pracovních míst a následné podpoře při zaučování se na pracovním místě. Důležitá je zde rovněž aktivizace, která pomáhá klientům CDZ, aby proces hledání pracovního uplatnění nevzdávali. Obdobné intervence pomohly mnoha respondentům z řad klientů k zajištění dostupného bydlení. Ty zahrnují podporu při hledání adekvátního bydlení, podporu při zabydlování, příp. nácvik aktivit každodenního života. Výzkum ukázal, že intervence CDZ přispívají k začleňování osob se závažným duševním onemocněním do společnosti, zejména skrze intervence podporující plnohodnotný a samostatný život.

Bariérou v získání adekvátního zaměstnání a adekvátního bytu je jejich nedostupnost. Lidé se závažným duševním onemocněním vyžadují uzpůsobené podmínky pro zaměstnání, což se v řadě případů neslučuje s nabídkou trhu práce. Obdobná situace je u nabídky dostupných bytů. Ačkoliv sociální a tréninkové byty existují, mnohdy jsou nedostupné, jelikož poptávka po nich převyšuje nabídku. To může mít za následek dlouhou čekací dobu a omezený přístup k nim. Současně je získání adekvátního bydlení (v sociálním i tréninkovém bytě) spojeno s vyššími finančními nároky, což pro řadu jedinců může být nedosažitelné.

Jedinci spolupracující s CDZ nacházejí pomoc při vyřizování administrativy spojené se zajištěním vhodného pracovního místa či dostupného bydlení. Absence této pomoci může být u ostatních jedinců s vážným duševním onemocněním, kteří nečerpají služby CDZ, významnou překážkou zajištění zaměstnání i bydlení.

Podpora začleňování do společnosti spočívá také v socializaci a budování sociální sítě, příp. navázání jedince na aktivity v komunitním prostředí. CDZ se snaží zajistit potřebný prostor pro formální i neformální skupinová setkávání, v jejichž rámci dochází k vzájemnému sdílení, nácviku komunikace a k běžným neformálním interakcím. Skrze psychiatrickou a sociální rehabilitaci dochází k upevňování vlastního místa ve společnosti

a následnému budování samostatného života, který se maximálně přibližuje životu běžné populace.

6. Zlepšit provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb

Samotný vznik CDZ podporuje strategický bod cílený na provázanost služeb, jelikož služby v něm jsou organizovány multidisciplinárně. V rámci multidisciplinárního týmu dochází díky způsobu organizace péče, zejména díky case managementu, k efektivní koordinaci péče. Vzájemná spolupráce členů týmu je podpořena efektivním předáváním informací o aktuálním stavu nemocného jedince, přičemž výsledkem je pak adekvátnější plánování komplexní a integrované péče.

V širším měřítku dochází díky CDZ k lepšímu propojení klienta v rámci celého systému psychiatrické péče. Monitorování zdravotního stavu jedince navázaného na služby CDZ má potenciál včasně reagovat na jeho potřeby mimo jiné i tím, že v případě nemožnosti zajištění potřebných služeb samotným CDZ dochází k plynulému předání klienta do příslušných služeb v rámci systému psychiatrické péče. Stejně tak dochází k zajištění návaznosti péče z jiných pilířů psychiatrie do služeb CDZ. Nemocný jedinec tedy nemusí setrvávat ve službách, ve kterých mu nebude nabídnuta potřebná pomoc (viz bod 1).

Zlepšení provázanosti služeb má v CDZ dvě roviny. Především se jedná o výše zmiňovanou integraci různých služeb v rámci samotných CDZ, která zakládají své fungování na multidisciplinaritě. Z výpovědí respondentů je zřejmé, že tento aspekt poskytované péče oceňují, a že by zde dokonce stáli o další rozvoj, který by směřoval k ještě širšímu spektru nabízených služeb. Druhou rovinou je navazování klientů pracovníky CDZ do služeb mimo CDZ. Sem náleží i navazování klientů na další potřebné služby v rámci komunitních podmínek tak, aby jim byla poskytnuta nejen komplexní péče o jejich zdravotní stav, ale také podpora, která jejich fungování v komunitních podmínkách maximálně přiblíží životu běžné populace.

7. Humanizovat psychiatrickou péči

Tento strategický cíl je zaměřen na zlepšení kvality péče a života osob s duševním onemocněním. Fungování CDZ přispívá k naplnění tohoto cíle zejména posílením vztahu mezi profesionály a klienty. To spočívá mimo jiné v tom, že prostředí CDZ a způsob poskytování služeb v něm cílí na vytvoření dobré terapeutické aliance. Klienti mají

možnost porozumět svým potížím do větší hloubky, aniž by se cítili stigmatizováni. To je podporováno suportivním přístupem a dostatečnou časovou dotací věnovanou klientovi.

Důležitým prvkem humanizace je individualizovaná péče zahrnující veškeré bio-psycho-sociální aspekty lidského fungování. CDZ má potenciál na jednom místě integrovat péči o duševní a fyzické zdraví a řadu dalších podpůrných služeb, které zlepšují kvalitu života jedince. Tomu napomáhá vytváření individuálních plánů, které dokáží jasně definovat potřeby konkrétního klienta a způsoby, jak tyto potřeby za pomoci dostupných služeb saturovat. Case management, který je v CDZ založený na dlouhodobé příslušnosti klientů ke klíčovým pracovníkům, zajišťuje kontinuitu a větší flexibilitu individualizované péče. Humanizujícím aspektem fungování CDZ je podpora autonomie klientů tím, že se posilují jejich kompetence v rámci rozhodování o vlastní léčbě. Klienti CDZ a jejich rodinní příslušníci jsou aktivně do tohoto procesu zváni.

Z dostupných dat se jednoznačně ukazuje, že si klienti CDZ přejí využívat jejich služeb. Preferují zvládnutí akutních stavů onemocnění v komunitních podmínkách oproti pobytu v psychiatrické nemocnici. Humanizace psychiatrie cílí na to, aby lidé s duševním onemocněním měli rovné příležitosti a byli chráněni před nedodržováním jejich práv. Rovná práva v tomto kontextu zahrnují např. možnost rozhodnout se o vlastní léčbě, dosáhnout zlepšení přístupu k zaměstnání, bydlení, ale i další předpoklady naplnění potřeb spjatých s touhou žít důstojným způsobem.

Nedílnou součástí humanizace psychiatrické péče je zlepšení prostředí, ve kterém je odborná péče o duševní zdraví poskytována. K tomu pomáhá situovanost CDZ, které je mimo nemocniční prostředí, je menší, méně formální a je v něm podporována důstojnost klientů. Dále k tomu přispívá práce terénních týmů, kteří se věnují klientům mimo prostory CDZ.

Diskuse

Hlavním cílem výzkumu předloženého v této disertační práci je zhodnotit efektivnost komunitních služeb poskytovaných v CDZ III prostřednictvím zkoumání očekávání a naplnění očekávání klientů těchto center a jejich rodinných příslušníků. Příslušné výstupy byly získány analýzou dat ze dvou vln rozhovorů. Pro lepší vln do perspektiv obou skupin respondentů byly dále zmapovány jejich představy o podobě individuálního zotavení. Poslední výzkumná část práce přináší poznatky o tom, jakým způsobem jsou na základě zkušeností klientů CDZ III naplňovány cíle definované Strategií reformy psychiatrické péče. Bylo dosaženo naplnění všech výzkumných cílů, a tedy byly zodpovězeny všechny hlavní i vedlejší výzkumné otázky.

Efektivnost komunitních služeb CDZ III je nejprve hodnocena v rámci odlišných tematických oblastí na základě výpovědí respondentů z řad klientů těchto center a také z řad jejich rodinných příslušníků. Později v práci jsou tato zjištění vztažena k cílům Strategie reformy psychiatrické péče. Hlavním zjištěním výzkumu je, že CDZ III poskytují účinnou a kontinuální psychiatrickou péči v různých fázích závažných duševních onemocnění. Tato péče je pro jedince s těmito onemocněními prospěšná i tím, že formou svého fungování a širokým spektrem poskytovaných služeb cílí na saturování potřeb ve všech rovinách bio-psycho-sociálního modelu. Zjištění získaná na vzorku 55 respondentů dokládají, že až na některé výjimky, které budou později uvedeny, tato komplexní péče v CDZ III probíhá v souladu s očekáváními klientů těchto center, a v tomto smyslu tedy probíhá efektivně.

Výzkumná zjištění poukazují na to, že CDZ III naplňují očekávání dotazovaných tím, že zajišťují na základě monitorování zdravotního stavu nemocného pomoc v různých fázích onemocnění. Při relapsu dochází k včasným intervencím, které navazují na předem vypracovaný krizový plán a mimo jiné spočívají v častějším osobním a telefonickém kontaktu, ve zvýšení dávek léků nebo také v zapojení dalších zainteresovaných osob. U některých klientů však nebylo naplněno očekávání, že CDZ III poskytne krizovou službu s nepřetržitou dostupností.

Intervence poskytované v CDZ III přispívají ke zvládnutí ataky onemocnění v ambulantní rovině. Náklady na ně jsou vyvažovány eliminací nákladů, které by bylo třeba vynaložit na lůžkovou péči, což také naznačují studie provedené v tuzemském prostředí

(Říčan et al., 2021; Winkler et al., 2018a). Avšak i přes potenciální úsporu, vzniklou např. právě úbytkem hospitalizačních dní uživatelů CDZ, nelze očekávat rychlé úspory za vynaloženou psychiatrickou péči (Říčan et al., 2021). V každém případě je zde ale nutné dodat, že zvládnutí ataky onemocnění v domácím prostředí bývá samotnými nemocnými preferovanou variantou.

Další výzkumná zjištění poukazují na to, že naplňovat očekávání klientů center se daří díky systému case managementu, který v rámci komplexní, multidisciplinární péče o ně koordinuje odborníky zajišťující pomoc v různých oblastech potřeb jedince. Péče organizovaná prostřednictvím case managementu umožňuje efektivní sdílení informací o stavu klienta jak se členy týmu, tak i s dalšími odborníky z různých pilířů péče. Klientům jsou tak poskytovány intervence, které v daný moment skutečně potřebují. Péče je více individuální a dostupná v kratším čase. Case management je, jak to dokládá Dieterich et al. (2017), i v zahraničních komunitních programech využívaným systémem organizace péče pro osoby se závažným duševním onemocněním. Etablovaným modelem při poskytování komplexní a individualizované péče v komunitních podmínkách je intenzivní case management vyvinutý z komunitních modelů asertivní komunitní léčby. Tento přístup cílí zejména na populaci osob se závažným duševním onemocněním s historií opakovaných hospitalizací, u kterých má potenciál snižovat hospitalizační dny a zlepšit jejich sociální fungování (Dieterich et al., 2017). Ačkoliv díky péči poskytované v CDZ III dochází ke snížení četnosti či nepotřebnosti hospitalizací v psychiatrické nemocnici, což koresponduje se zjištěními v rámci kvantitativní evaluace CDZ III (Krupčík, Říčan a Soukupová, 2022) a se zahraničními studii (Murphy et al., 2015), je nutné podotknout, že možnost hospitalizace v psychiatrické nemocnici vnímají respondenti výzkumu této práce jako další způsob zajištění potřebné péče. Z výsledků předkládaného výzkumu lze odvodit, že CDZ III využívá intenzivní case management u svých uživatelů zejména v případě jejich zhoršeného zdravotního stavu, přičemž jim zprostředkovávají ostatní psychiatrické služby v případě potřeby, například zmíněnou hospitalizaci v psychiatrické nemocnici.

Další hlavní zjištění výzkumu poukazují na to, že zhoršený somatický stav nemocného má negativní dopady na jeho psychický stav. Oproti běžné populaci jedinci s dlouhodobým duševním onemocněním trpí ve větší míře zhoršeným somatickým zdravím a vysokou komorbiditou somatických nemocí (Fekadu et al., 2015;

Mojtabai et al., 2015; Haussleiter et al., 2021). Výzkum ukazuje, že intervence CDZ III přispívají ke změnám v této oblasti aktivizací nemocného k pravidelnému pohybu, zavedením nutričního klubu, pomocí se sestavením vhodného jídelníčku nebo individuální úpravou medikace. Některým respondentům ovšem v CDZ III, do kterých dochází, chybí odborník na somatické zdraví. Řešením by mohla být užší spolupráce CDZ III s praktickými lékaři klientů, neboť spolupráce odborníků na duševní zdraví s praktickými lékaři se ukazuje jako efektivní pro zlepšení zdravotního stavu osob se závažným duševním onemocněním (Bankovská Motlová a Španiel, 2017; van Hasselt, Oud a Loonen, 2015). Řada zahraničních studií se zaměřuje na intervence podpory zdravého životního stylu jakožto způsobu zlepšení somatického zdraví (např. Naslund et al., 2017; Blomqvist et al., 2019; Firth et al., 2015; Speyer et al., 2019). Avšak jen sporadicky se věnují tématu změn organizace péče, které by reflektovaly kolaborativní modely služeb sledující klinicky relevantní indikátory (Reilly et al., 2013). Syntéza zahraničních studií zaměřující se na poskytování integrované zdravotní péče u osob se závažným duševním onemocněním v komunitních centrech duševního zdraví ukazuje, že tento přístup má pozitivní vliv nejen na zdravotní stav uživatelů takto poskytované péče, včetně jejich somatického zdraví, ale také na jejich spokojenost a na kvalitu života (Martens, Destoop a Dom, 2021). Jako příklad modelu integrované primární péče v komunitních podmínkách lze uvést systém zavedený ve Velké Británii, který zahrnuje pravidelné roční zdravotní prohlídky a zajištění potřebné následné zdravotní péče v rámci komunitních služeb. Péče o somatické zdraví je zde součástí nabídky komplexní komunitní péče (NHS, 2019). Dosažení zlepšení somatického zdraví zůstává navzdory existující podpoře CDZ III v této oblasti i nadále zásadním očekáváním obou skupin respondentů, které by bylo možné saturovat zahrnutím pravidelných preventivních zdravotních kontrol odborníkem na somatické zdraví v rámci služeb CDZ a integrací programů na podporu zdravého životního stylu.

V kontextu této diskuse je nutno dodat, že klíčovým nástrojem k dosažení účinné koordinace a zajištění komplexní péče, jejíž součástí by byla i spolupráce se specialisty z oblasti somatické medicíny, je v rámci CDZ III výše uvedený case management.

Předkládaný výzkum prokázal, že intervencí přispívající ke zlepšení zdravotního stavu respondentů je management léků. Zdravotníci CDZ III provádí dávkování medikamentů, nebo na dávkování dohlíží. Lékový management se v zahraničních studiích ukazuje jako

jeden ze způsobů zvýšení adherence k léčbě, zejména pokud mají nemocní podporu v rámci rodinného systému (Marrero et al., 2020) a mají dobře navázaný terapeutický vztah s ošetřujícím personálem (Thompson a McCabe, 2012). Několik respondentů hovořilo o tom, že se u nich díky managementu léků snížilo riziko opětovného sebevražedného pokusu předávkováním se medikamenty. Tato zjištění jsou v souladu s mezinárodní literaturou (Hawton et al., 2005).

Vedle chybějící podpory v oblasti somatického zdraví někteří respondenti referovali o tom, že by měli zájem o intervence cílené na zlepšení jejich kognitivních schopností, které ovšem nejsou v příslušných CDZ III zavedené. Zavedení kognitivní remediacce do psychiatrické rehabilitace v komunitních podmínkách u lidí se závažným duševním onemocněním zlepšuje jejich psychosociální fungování a pracovní schopnosti (McGurk et al., 2007; Chan, Hirai a Tsoi, 2015; Wykes et al., 2011). Začlenění kognitivní remediacce do nabízených služeb CDZ má tedy potenciál zlepšit celkové fungování jejich uživatelů.

O komplexnosti péče svědčí mimo jiné to, že CDZ III přebírá řadu úkonů, které by jinak museli v rámci péče o nemocného člena své domácnosti vykonávat rodinní příslušníci, např. dávkování léků, doprovody na úřady, pomoc při každodenních aktivitách nebo aktivizace ke společným procházkám. Důležitou komponentou očekávání dotazovaných rodinných příslušníků je představa, že díky zajištění komplexní péče nabydou pocitu jistoty, že o nemocného bude postaráno v celé šíři jeho potřeb. Tato pocit'ovaná jistota, ale i fakt, že se rodiny v řadě ohledů stávají až sekundárním zdrojem podpory a pomoci, snižuje zátěž, se kterou na ně situace nemocného dopadá. To může vést také k tomu, že nemusí docházet k situacím, kdy rodinní příslušníci musí vyvíjet nátlak na hospitalizaci, s čímž se někdy pojí následné negativní pocity (Kališová et al., 2010; Lauber et al., 2003).

Komplexnost komunitních služeb v zahraničí je dána také realizací preventivních nástrojů proti zneužívání návykových látek u adolescentů. Sem náleží zejména školní programy a intenzivní rodinné intervence zaměřené na zdravé fungování rodiny (Das et al., 2016), advokacie a právní poradenství, potravinová pomoc, vzdělávací nebo školicí programy (Duncan et al., 2021), specifické formy terapie jako např. reminiscence, progresivní svalová terapie, terapie smíchem nebo cvičební aktivity zahrnující aerobní cvičení, jógu a cvičení na posílení svalů (Giebel et al., 2022). Zde je nutné zmínit, že

některé intervence, jako je advokacie nebo právní poradenství, vyžadují vyšší náklady na jejich zajištění oproti jiným, v tuzemských podmínkách dostupným intervencím, jako jsou např. suportivní konzultace. Tento fakt je nutné promítnout do celkové nabídky poskytovaných psychosociálních služeb.

Další výstupy výzkumu poukazují na to, že pracovníci vůči klientům CDZ III vystupují v partnerské roli a využívají suportivní přístup. Ten spočívá v aktivním naslouchání a podporující komunikaci zahrnující řešení každodenních starostí plynoucích ze života zatíženého závažným duševním onemocněním. Ačkoliv dostupné studie zatím neposkytují dostatečné údaje pro identifikaci rozdílu mezi suportivní terapií a standardní péčí (Buckley et al., 2015) a neexistuje jednotná definice termínu „suportivní terapie“ (z angl. *supportive therapy*), je takto označován terapeutický přístup, který je často využíván v péči o osoby se závažným duševním onemocněním. Vyznačuje se nasloucháním nebo poskytováním podpory při řešení každodenních starostí. Z výpovědí respondentů je patrné, že se jedná o žádaný přístup ze strany pečujícího personálu, který se v CDZ III daří naplňovat.

Samotě a izolaci, kterou respondenti vnímají jako jednu z příčin zhoršujícího se zdravotního stavu nemocného a která je u lidí se závažným duševním onemocněním oproti běžné populaci častější (Richter a Hoffmann, 2019), předchází zvýšená míra sociálního kontaktu. Skupina rodinných příslušníků referovala o tom, že byly často jediným zdrojem sociálního kontaktu s nemocným, což odpovídá mezinárodním zjištěním (Prince et al., 2018). Ukazuje se, že ke snižování samoty přispívá už i kontakt pracovníka CDZ III s nemocným v jeho domácnosti, který asertivním přístupem a budováním důvěrného vztahu postupně motivuje nemocného k zapojení se do každodenních činností a k návštěvě služeb v prostorách CDZ III. Významným socializačním prvkem jsou jak formální skupinová setkání, např. v podobě skupinové terapie nebo ergoterapie, tak i neformální setkání v prostorách CDZ III. Respondenti mají během těchto aktivit možnost setkat se s lidmi s obdobnými potížemi, sdílet s nimi zkušenosti ze života s onemocněním, vzájemně se podpořit či si společně nacvičit sociální dovednosti. Tím si budují potřebnou sociální síť.

Důležitá zjištění výzkumu poukazují na to, že uplatnění se na trhu práce významně zvyšuje míru samostatnosti nemocného. Současně zapojení se do pracovního procesu

vede ke zmírnění pocitu samoty a izolace toho, kdo těmito pocity trpí (Kolets et al., 2009). CDZ III napomáhá nejen s hledáním zaměstnání, ale také s fungováním klientů v rámci pracovního procesu. Snaha nechat se zaměstnat ovšem může narážet na nedostatek pracovních příležitostí, které by nemocnému jedinci vyhovovaly, a na nízké finanční ohodnocení na chráněném trhu práce. Získání adekvátního zaměstnání je přitom pro mnohé klienty klíčovým krokem na jejich cestě k zotavení. To potvrzují zahraniční studie, které poukazují na význam zaměstnání u osob se závažným duševním onemocněním, kteří díky němu získávají novou identitu (Kennedy-Jones, Cooper a Fossey, 2005). Zaměstnání se zároveň ukazuje jako důležitý atribut zlepšení jejich finanční situace, společenského uplatnění, zvýšení sebevědomí nebo zlepšení symptomů onemocnění (Kolets et al., 2009). Stále však přetrvává, že duševní onemocnění je rozhodujícím faktorem při odmítnutí uchazeče o zaměstnání (Dolce a Bates, 2019). Jako nejvhodnější způsob uplatňování osob se závažným duševním onemocněním na trhu práce je zaměstnávání metodou IPS, která se oproti chráněným způsobům zaměstnávání ukazuje jako efektivnější (Kondrátová a Winkler, 2017) a je doporučovaným přístupem pro tuzemská CDZ (MZ ČR, 2021).

Respondenti očekávali, že díky péči CDZ III bude nemocný samostatnější a že dokáže lépe zvládat činnosti každodenního života. Do aktivit, které tato očekávání naplňují, lze řadit doprovody na úřady či k lékaři, pracovně-právní či sociálně-právní poradenství, pomoc s vařením, nákupem potravin, s úklidem a péčí o domácnost nebo nácvik jízdy MHD. Nácvik aktivit běžného dne vedený pracovníkem CDZ III je vnímán jako způsob postupného začlenění nemocného do sociálního a pracovního života.

Navzdory počáteční skepsi některých respondentů výzkum prokázal, že díky intervencím CDZ III se míra samostatnosti u některých nemocných zvýšila. Významným ukazatelem je zde přechod nemocného do vlastního bydlení, ve kterém musí fungovat nezávisle na své rodině. To v řadě případů vedlo ke zlepšení vztahů v rodině, přičemž tato zjištění korespondují se zahraniční literaturou (Hansson et al., 2002). Někdy se ovšem přání rodin střetávají s nepříjemnou realitou aktuálního zdravotního stavu jejich nemocného člena, který žádoucího osamostatnění zatím není schopen. Navíc překážkou k dosažení vlastního bydlení je vysoká finanční náročnost dostupných bytů či pokojů; v případě finančně přívětivějších sociálních bytů je překážkou jejich nedostupnost či dlouhá čekací doba, případně nevhodnost lokality nabízeného bydlení. Vhodným řešením by mohlo být

budování dostupných tréninkových a sociálních bytů určených pro osoby s duševním onemocněním v rámci jednotlivých samospráv. Nemocní mohou být podpořeni také programem Housing First, který se v ČR (MPSV ČR, 2022) i zahraničí (Loubière et al., 2022; Aubry, Nelson a Tsemberis, 2015) ukázal jako vhodný nástroj při budování stabilního bydlení. Změnu v dostupnosti sociálních bytů a bydlení pro osoby v bytové nouzi by v ČR měl přinést připravovaný zákon o podpoře v bydlení. Ten však sám o sobě nezaručí této cílové skupině dostupnou formu sociální pobytové služby, která by adekvátně odpovídala jejich potřebám.

Další zjištění výzkumu poukazují na to, že CDZ III poskytují očekávanou psychoedukaci, v jejímž rámci získávají respondenti, zejména z řad rodinných příslušníků, informace o onemocnění člena rodiny, vývoji onemocnění a o možných způsobech léčby. Rodiny jsou ze strany CDZ III zvány, aby se aktivně zapojovaly do procesu léčby. Tato praxe je zásadní, neboť se jedná o významný faktor, který zvyšuje adherenci nemocných k léčbě (Fiorillo et al., 2020), zlepšuje průběh a prognózu řady závažných duševních onemocnění (Bankovská Motlová, 2019) a je doporučovanou intervencí Psychiatrické společnosti ČLS JEP¹⁵. CDZ III také realizují skupinová setkání rodinných příslušníků nemocných a nabízejí rodinám podpůrné konzultace. Rodinné psychosociální intervence zahrnující edukaci a podporu mají potenciál snížit frekvenci relapsů, počet hospitalizací a také mohou zlepšit schopnost patřičně reagovat na emoce nemocného (Pharoah et al., 2010).

Výzkum ukazuje, že si někteří nemocní uvědomují důležitost správného zacházení s financemi a že CDZ III se této problematice věnují. Vedle poradenství v otázkách řešení individuální finanční situace klientů dochází v centrech i k edukaci, jejímž cílem je zvyšovat jejich finanční gramotnost. V případě jednoho CDZ III byl zmíněn program na podporu správného hospodaření s financemi. Jelikož si lidé se závažným duševním onemocněním zpravidla musí vystačit se značně omezenými prostředky, z nichž většinu tvoří invalidní důchod (Kondrátová et al., 2018), je u nich vyšší riziko ohrožení chudobou a následnou sociální izolací (Wilton, 2003; Topor et al., 2014). Navíc přitěžujícím faktorem je v některých případech i povaha samotného onemocnění (viz Kapitola 1). Přestože je finanční gramotnost a schopnost zacházet s financemi potřebným atributem pro úspěšné fungování ve společnosti, existuje pouze omezené množství

¹⁵ K dispozici na <https://postupy-pece.psychiatrie.cz>.

psychosociálních modelů zaměřených na zacházení s financemi pro uživatele komunitních psychiatrických služeb. Ty však mohou vést ke zvýšení informovanosti o dostupných dávkách, ke zlepšení finanční gramotnosti nebo mohou také zabránit finančnímu zneužívání (Elbogen et al., 2011; Brandow, Swarbrick a Nemeč, 2020). Jedinec se závažným duševním onemocněním je zranitelnější nejen vzhledem k povaze svého onemocnění, ale také je častěji vystaven významnému existenciálnímu stresu, který souvisí s jeho socioekonomickou situací. Zmíněné intervence CDZ III mohou předcházet problémům souvisejícím se špatnou finanční situací nemocného, mohou tuto situaci napravit a současně tím zvýšit pocíťovanou kvalitu života. Implementace programu zaměřeného na zvýšení finanční gramotnosti nebo zacházení s penězi do nabídky služeb CDZ může mít významný vliv na celkovou socioekonomickou situaci nemocného, zejména pokud bude doprovázen dalšími službami, které vedou k posílení jeho sociálního a ekonomického fungování ve společnosti.

Vedle samotné nabídky různých služeb je pro efektivitu poskytované péče důležité klienty o nabízených službách dostatečně informovat. Ačkoliv je zpravidla očekáváno informování zainteresovaných subjektů, jak uvádí implementační projekty CDZ (např. MZ ČR, 2019), výzkum ukazuje, že koncoví uživatelé služeb a jejich rodinní příslušníci nemají dostatečně relevantní informace ohledně služeb, které CDZ III nabízí k saturování jejich individuálních potřeb. U obou skupin respondentů zaznělo, že v této oblasti vnímají nedostatky. Opatřeními, která by mohla tuto situaci zlepšit, se mohou stát například individuální nebo skupinové informační schůzky, online nabídka poskytovaných služeb a programů nebo dotazníky zpětné vazby. Zavádění dalších specializovaných informačních opatření má také potenciál přispět ke včasné detekci osob, které se nacházejí v riziku rozvoje závažného duševního onemocnění (Costello, 2016; Krupčík et al., 2022; Arango et al., 2018; Dvořáková a Kondrátová, 2020b). Tito jedinci představují další cílovou skupinu služeb CDZ, které je zapotřebí věnovat zvýšenou pozornost.

Pro klienty CDZ III je důležitým očekáváním kvalitní péče ze strany sociálních pracovníků (případně pracovníků v sociálních službách), kteří tvoří podstatnou část multidisciplinárního týmu těchto center. Výpovědi respondentů poukazují na efektivnost odborných intervencí spadajících do kompetencí těchto pracovníků, bez kterých by nebylo možné naplnit jejich psychosociální potřeby, a tedy zajistit komplexní individualizovanou péči. Vzhledem ke zvláštní povaze práce v komunitních podmínkách

je zapotřebí vhodně reagovat zavedením speciálních sylabů do vzdělávacích programů pro sociální pracovníky. Pokryty by v nich měly být zejména teoretické znalosti týkající se závažných duševních onemocnění, jejich příznaků a průběhu, dále poznatky o způsobech léčby těchto onemocnění, o systému dostupné psychiatrické péče, psychoedukačních a destigmatizačních aktivitách, o praktickém nácviku zvládnání krizových situací, deeskalačních technikách, suportivní komunikaci, o terapeutických dovednostech, intervencích zaměřených na rodinu a dalších.

Konceptualizace zotavení perspektivou závažně duševně nemocných a jejich rodin

Vedlejší výzkumné otázky této práce se orientují na zkoumání představ o zotavení respondentů výzkumu. Na proces zotavení v této práci není nahlíženo prismatem teorií, naopak bylo záměrem zkoumat metodou induktivní analýzy, jak tento proces konceptualizují samotní respondenti. Ukázalo se, že trajektorii, kterou má vývoj jejich stavu sledovat, aby šlo hovořit o zotavení, si navzdory shodám v určitých bodech představují různě. Konceptualizace individuálního zotavení v zahraniční literatuře je také do značné míry rozmanitá a obdobně, jako je tomu u respondentů, odkazuje spíše na proces než na jednotný, definitivní cíl (van Weeghel et al., 2019).

Ústředním tématem představ o zotavení obou skupin je stabilizace zdravotního stavu nemocného. Respondenti jsou si vědomi nároků vyplývajících z onemocnění a tyto nároky do svých představ o zotavení promítají. Uvědomují si, že i stabilizovaný stav doprovází určité projevy duševního onemocnění. Ovšem ty jsou díky opatřením ze strany CDZ III více pod kontrolou, což vede k celkovému zlepšení života nemocného. Někteří si zotavení spojují se získáním zaměstnání či se životem v samostatném bydlení, což chápou jako způsob, který je přiblíží fungování běžné populace. Podle dotazovaných klientů CDZ III je podstatným předpokladem zotavení nepotřebnost hospitalizace v psychiatrické nemocnici. Zde přitom nemusí jít nutně o absenci akutních fází onemocnění jako spíš o schopnost zvládnout tyto fáze v domácím prostředí. Hospitalizace je uváděna jako překážka pro běžné fungování a souvisí se ztrátou naděje na dosažení žádoucí míry zotavení. Uvážíme-li, že zotavení je v představách jedinců se závažným duševním onemocněním asociováno s lepší sociální integrací, s výše zmiňovaným nástupem do zaměstnání a samostatným bydlením, tento postoj je opodstatněný, neboť opakované hospitalizace tyto potenciality významně omezují (Smith et al., 2020).

Zotavení s sebou podle respondentů přináší možnost začlenit se do společnosti, navazovat smysluplné vztahy a prožívat běžné každodenní radosti a starosti. Bariérou v procesu zotavení je ztráta naděje, ke které dochází vlivem neměnnosti funkčního stavu nemocného a která u něj vede k neochotě s tímto stavem něco dělat. Pozitivnímu náhledu, a tedy ani vyhlídkám na zotavení nepřispívají stigmatizující reakce okolí, které jsou bohužel v české populaci časté (Winkler et al., 2015a). Naopak absence těchto reakcí je považována za znak nastávajícího zotavení. Nemocného lze tedy podpořit tím, že s ním bude v maximální možné míře zacházeno jako s každým jiným členem společnosti a jeho onemocnění nebude považováno za překážku pro komunikaci či navázání hodnotného mezilidského vztahu.

To, že se nemocný člen domácnosti zotavuje, poznají dotazovaní rodinní příslušníci např. podle jeho zvýšené aktivity, lepší nálady, aktivnější komunikace, toho, že se ochotně zapojuje do péče o domácnost, nebo dle zvýšeného zájmu o volnočasové aktivity. Jako překážku zotavení uvádí rodinní příslušníci v souladu s literaturou (Bidargaddi et al., 2021) zejména nonadherenci k léčbě. Další uváděnou bariérou zotavení je užívání alkoholu a s tím související neuvážené nakládání s penězi, které vede k vyšší finanční závislosti nemocného na rodině a narušuje rodinné fungování.

Strategie reformy psychiatrické péče perspektivou respondentů

Osobám s duševním onemocněním se mnohdy nedostává potřebná pomoc, což je mimo jiné dáno absencí vhodných služeb či jejich omezenou dostupností (Demyttenaere et al., 2004; Raboch a Wenigová, 2012). Z výpovědí respondentů lze vyvodit, že CDZ III pomáhají tento problém řešit tím, že v komunitních podmínkách nabízejí maximálně dostupnou a kontinuální formu psychiatrické péče. Díky efektivnímu předávání informací o aktuálním stavu klienta odborníkům z ostatních pilířů péče a zároveň díky schopnosti klienty na tyto odborníky navazovat CDZ III přispívají k lepší provázanosti mezi jednotlivými pilíři péče. To vede k rychlejší reakci odborníků na potřeby klientů, zajištění adekvátních služeb dle aktuálního stavu jedince a také ke snížení zátěže klientů, kteří takto např. nemusí opakovaně popisovat svůj zdravotní stav. Multidisciplinární systém organizace péče v CDZ III a schopnost pracovníků navázat klienta do ostatních pilířů péče či dalších návazných služeb naplňují i další strategický bod cílený na provázanost služeb. Monitorování stavu klienta a schopnost ho včas navázat na odborníky v ostatních pilířích psychiatrické péče v případě, že se jeho stav zhorší, mohou snižovat míru

hospitalizací. Také předchází tomu, že se nemocný ocitne bez adekvátní pomoci v systému psychiatrické péče.

Rozvoj komunitního pilíře budováním sítě CDZ III má potenciál zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou duševních onemocnění a identifikací skryté nemoci. Multidisciplinární týmy CDZ III cílí své intervence také na osoby v riziku rozvoje závažných duševních onemocnění. Díky terénním výjezdům mohou být jejich služby poskytovány u osob se zhoršeným psychickým zdravím v jejich vlastní domácnosti. Vzhledem k zatíženosti oboru psychiatrie stigmatem se jedná o způsob, jak zajistit včasnou pomoc „blíže klientovi“, a to bez nutnosti návštěvy odborného pracoviště, kterému by se jinak vyhýbal. Takové služby snižují riziko rozvoje duševního onemocnění a mírní tak dopady onemocnění na fungování jedince (Penttilä et al., 2014).

Služby CDZ III dokáží naplňováním širokého spektra potřeb klientů zvyšovat jejich spokojenost s poskytovanou psychiatrickou péčí. Humanizovaná péče založená na suportivním přístupu, který klade důraz na jejich zapojení do rozhodování o léčbě, posiluje autonomii a předchází sebestigmatizaci. Tato zjištění se shodují se zahraničními výzkumy, které prokazují zlepšení fungování v různých oblastech života nemocného po přesunu do komunitních služeb. Zároveň poukazují na to, že sami klienti si přejí žít a čerpat služby v komunitních podmínkách (Kunitoh, 2013; Okin et al., 1995; Okin a Pearsall, 1993).

Výzkum ukázal, že se zapojení respondenti setkali se stigmatizací související s duševním onemocněním, přičemž toto téma zaznívalo v souvislosti se zapojením se na trh práce nebo s překážkami v zotavení. To podtrhuje závažnost tohoto tématu, především jestliže chceme zvyšovat uplatnění osob se závažným duševním onemocněním ve společnosti. Jelikož jsou v tomto směru významně ohroženi, snadno může dojít k jejich marginalizaci (Winkler et al., 2014). CDZ III svými intervencemi podporují plnohodnotné začlenění osob se závažným duševním onemocněním do společnosti a aktivně se snaží tento nežádoucí jev eliminovat. Služby CDZ III mají potenciál zvýšit úspěšnost začlenění nemocných na trhu práce díky odbornému poradenství, pomoci při hledání pracovních míst a následné podpoře při zaučování se na pracovním místě. Obdobné intervence pomohly některým respondentům z řad klientů zajistit dostupné bydlení. V širší rovině ale platí, že pro tuto skupinu osob je dosažení samostatného bydlení velmi obtížné

(Kondrátová et al., 2018). Jejich plnohodnotné začlenění do společnosti by bylo vhodné podpořit zvýšením přizpůsobených pracovních podmínek na trhu práce, které by zahrnovalo uplatnění dříve zmíněné metody IPS, a lepší nabídkou adekvátních, finančně a místně dostupných bytů.

Limity výzkumu

Jelikož byl zvolen kvalitativní výzkumný design, zjištění této práce nelze zobecňovat způsobem typickým pro kvantitativní výzkum. Provedená evaluace se orientuje na detailní vylíčení zkušenosti omezeného vzorku respondentů, který nelze chápat jako reprezentativní. Přestože tato výzkumná studie přináší důležité poznatky o fungování komunitních psychiatrických služeb a výpovědi respondentů přibližují jejich potřeby a způsoby jejich saturování ve službách CDZ III, je důležité brát v úvahu limity, které mohou do výzkumných zjištění vnášet určitá zkreslení.

Mezi faktory, které ovlivňují relevantnost výsledků, jsou vlastnosti výzkumného vzorku. Část respondentů se potýká se závažnými duševními nemocemi, s nimiž souvisí řada významných dopadů. Jelikož jsou zkoumanými jevy očekávání a představy o zotavení, je vítaná skupina respondentů, která je spíše heterogenní, zejména pro zachycení co nejširšího rámce individuálních představ. Do výzkumného vzorku byli vybráni jedinci s různými diagnózami. Avšak u těch, kteří mají stejnou diagnózu, a mohou se tedy potýkat s obdobnými potížemi a překážkami, hrají významnou roli rozdíly v jejich sociálním kontextu, např. sociální role, pracovní uplatnění, způsob bydlení, samotný průběh onemocnění, počet hospitalizací či atak, které ovlivňují samotné prožívání života s onemocněním. Míra poškození či zneschopnění je u každého jedince odlišná. Tyto osoby, které se potýkají se závažným duševním onemocněním, přinášejí do hodnocení zejména zkušenosti s nemocí, která zasáhla jejich život zcela zásadním způsobem. To však může být zkresleno řadou proměnných, kterými může být působení užívaných léků, emoční oploštělost, kognitivní potíže, omezené sociální fungování či jednoduše úzkost, obava nebo neochota hovořit před cizím člověkem o vlastním prožívání života s nemocí. Všechny tyto aspekty se mohou promítat do rozhovorů i při snaze zajistit co nejbezpečnější prostředí pro sdílení důvěrných informací. Je tedy nutné si uvědomit tyto limity v interpretaci dat, která mohou být vlivem těchto faktorů zkreslena. Tedy i přes možnou plochost ve výpovědích respondentů je velký výzkumný vzorek vhodnou volbou pro zajištění co nejširšího spektra výpovědí.

Interpretace respondentů z řad klientů mohly být zkresleny snahou zavděčit se (výzkumníkovi či pracovníkům CDZ III), přičemž jistou roli v tomto mohla hrát i motivace finančního zisku za provedený rozhovor. Tento faktor mohl hrát roli v zapojení se do výzkumu, zejména z toho důvodu, že se osoby se závažným duševním onemocněním potýkají s nízkým příjmem vzhledem k povaze onemocnění a z toho vyplývajících omezení. Finanční odměna 200,- Kč současně představovala spíše symbolickou částku, která měla respondentům kompenzovat jejich čas věnovaný rozhovorům. Nelze ji tedy považovat za zdroj neadekvátní motivace k jejich účasti v rozhovoru (Zandlová a Šťovíčková Jantulová, 2019).

Dalším faktorem, který ovlivňuje podobu výsledků, je subjektivita výzkumníka, která se promítá do předkládaných interpretací dat a prezentací výsledků. Vzhledem k profesní zaměřenosti výzkumníka, který se dlouhodobě věnuje tématu transformace psychiatrické péče a rozvoje jejího komunitního pilíře, bylo potřeba při práci s daty důsledně reflektovat, zda do jejich interpretace nevstupují neadekvátním způsobem jeho osobní přesvědčení. Vyšší validita dále byla zajištěna triangulací dat, která byla získávána od dvou různých skupin respondentů a v rámci dvou sběrů.

Předložený výzkum vychází z předpokladu, že restrukturalizace psychiatrické péče a zavádění nových služeb se neobejde bez toho, aby se systematicky brala do úvahy zpětná vazba osob, pro které jsou tyto služby budovány. Vhodnou variantou je zvolená forma evaluace, která se zaměřuje na jejich očekávání a naplnění těchto očekávání (srov. např. Hopkins, Loeb a Fick, 2009; Thompson a Sunol, 1995; Řezáč, 2020). Hodnocení služeb jejich uživateli poskytují cenné informace, které pomáhají určit, jaké služby a podpůrné programy jsou pro tuto cílovou skupinu nejvhodnější. Tímto způsobem lze osoby se závažným duševním onemocněním a jejich rodinné příslušníky zapojit do procesu zřizování a poskytování komunitních služeb, zvýšit tak jejich participaci na společenském fungování a přispět k efektivnějšímu využívání těchto služeb a jejich spokojenosti s nimi.

Závěr

Výzkum předkládané disertační práce přináší zhodnocení efektivnosti komunitních služeb CDZ III na základě zkušeností jejich uživatelů, kteří popsali svá očekávání a hodnotili míru a způsob naplnění těchto očekávání. Výzkum dále zmapoval představy o individuálním zotavení klientů těchto služeb a zprostředkoval pohled na stav naplňování cílů definovaných Strategií reformy psychiatrické péče perspektivou jejich zkušeností. Výzkum takto do širší debaty o rozvoji komunitního pilíře psychiatrické péče přináší zkušenosti těch, kteří tuto péči čerpají a o nichž můžeme na základě výsledků říci, že tuto péči považují za zásadní.

Teoretická část disertační práce se opírá o rešerši tuzemských a zahraničních výzkumných studií a dalších relevantních zdrojů, představuje hlavní teoretická východiska a koncepty práce. První kapitoly vymezují závažná duševní onemocnění v kontextu české psychiatrické péče, přinášejí popis jednotlivých závažných duševních onemocnění a jejich epidemiologický přehled. Dále jsou předloženy informace o diagnostice a terapii závažných duševních onemocnění, o dopadech spojených s těmito nemocemi a jsou vymezeny způsoby nahlížení na zotavení v léčbě závažných duševních poruch. Návazná kapitola teoretické části přináší informace o systému psychiatrické péče, komunitní psychiatrii, psychiatrické a psychosociální rehabilitaci a nově budovaných nízkoprahových Centrech duševního zdraví. Závěr teoretické části práce tvoří popis hodnocení psychiatrické péče, včetně konceptualizace očekávání využívané jako prostředek evaluace studie předkládané v podobě této práce. Zvoleným výzkumným designem je kvalitativní longitudinální studie zahrnující dvě vlny sběru dat. V metodologické části je popsán způsob provedené triangulace a zpracování dat s využitím reflexivní tematické analýzy.

Výsledková část předkládané práce přináší odpovědi na výzkumné otázky ve dvou separátních datových setech. Hlavní zjištění poukazují na skutečnost, že CDZ III poskytují účinnou a kontinuální psychiatrickou a psychosociální péči v různých fázích závažného duševního onemocnění. To se daří díky etablovanému systému case managementu, jehož uplatňování vede k rychlému a efektivnímu zajištění potřebných služeb. Čerpání těchto služeb dává klientům CDZ III možnost zvládnutí ataky onemocnění v ambulantní rovině, zejména díky intenzivní péči, přičemž následné intervence cílí na navrácení nemocného jedince k předchozímu fungování a celkově ho

podporují na jeho cestě k zotavení. Koordinovaný a komplexní systém péče CDZ III vede ke snížení četnosti hospitalizací v psychiatrické nemocnici, přičemž v některých případech činí hospitalizace zcela nepotřebné. Dále vede k úspěšnějšímu uplatnění nemocného na trhu práce, zajištění adekvátního bydlení, zlepšení v oblasti každodenních činností, ke snížení pocitu samoty a izolace, lepší socializaci nebo ke snížení rizika sebevraždného jednání. Výzkum také poukazuje na to, že pracovníci CDZ III přebírají řadu úkonů, které byly zajišťovány rodinnými příslušníky, poskytují jim potřebnou psychoedukaci a aktivně je zapojují do procesu léčby. Takto organizovaná péče má významný potenciál zajistit nemocnému takovou péči, která je v souladu s jeho přáními a potřebami.

Překládaná zjištění poukazují na významnou souvislost mezi somatickým a psychickým stavem jedince. Na to reagují CDZ III zavedením intervencí podpory zdravého životního stylu, lékovým managementem a motivováním nemocného k pravidelnému pohybu. Bez zajištění intervencí zaměřených na zlepšení somatického zdraví nelze péči v CDZ považovat za dostatečně komplexní. Ty by bylo vhodné doplnit o integrovanou péči o somatické zdraví, případně o programy zdravotní prevence, jako jsou pravidelné zdravotní prohlídky, nebo o nástroje vedoucí k odvykání kouření.

Výsledky studie následně naznačují, že problematickou oblastí pro řadu respondentů je zacházení s financemi. Pomoc v této oblasti je řešena individuálně, zejména odborným poradenstvím. V jednom CDZ byl pro klienty zaveden program zaměřující se na zvýšení jejich finanční gramotnosti, s cílem pomoci jim lépe nakládat s financemi. Jelikož má takový program potenciál zlepšit socioekonomickou situaci jedinců s vážným duševním onemocněním, měl by být realizován ve všech CDZ. Kromě edukace o správném hospodaření s financemi a budování finanční gramotnosti by mohl nabízet například informace o dostupných sociálních dávkách.

Předkládaný výzkum potvrdil zjištění zahraničních studií, že lékový management, suportivní terapie, partnerský přístup, psychoedukace nemocných a jejich rodinných příslušníků nebo sdílené rozhodování o způsobu léčby představují klíčové komponenty zvyšující adherenci k léčbě. Tyto prvky péče zároveň vytvářejí takové prostředí, které nejenže vede k prevenci sebevraždného chování, ale také podporuje nemocného na jeho cestě k zotavení.

Práce přináší výsledky evaluace CDZ III v době jejich pilotního provozu. Ukázalo se, že v řadě oblastí jsou klientům poskytovány služby, které vnímají jako prospěšné, přejí si jejich zachování a mnohdy o nich hovoří jako o zcela dostatečných. Prospěšnost komunitních služeb psychiatrické péče je pádným argumentem nejen pro investice do jejich pokračujícího provozu, ale také do jejich dalšího rozvoje, zejména pokud jde o zvýšení regionální dostupnosti těchto služeb. Ukazuje se, že subjektivní hodnocení služeb jejich uživateli a rodinnými příslušníky těchto osob může poskytnout užitečnou zpětnou vazbu, která má potenciál přispět ke zlepšení poskytované péče. Ta v sobě kombinuje psychiatrické a psychosociální zaměření, propojuje pilíře lůžkové a ambulantní péče a klade důraz na psychosociální rehabilitaci nemocných. Péče poskytovaná v CDZ III až na výjimky komplexně pokrývá oblasti, ve kterých potřebují jedinci se závažným duševním onemocněním pomoc, a to způsobem, který naplňuje jejich lidská práva a důstojnost.

Další výzkumy v této oblasti by se mohly zaměřit na hodnocení účinnosti konkrétních typů intervencí poskytovaných v komunitních podmínkách, např. různých terapeutických intervencí či postupů cílených na zapojení klientů do trhu práce; dopady zavedení nepřetržité krizové péče v CDZ. Nedílnou součástí dalších výzkumů, které by se orientovaly na klienty komunitních služeb, by měla být identifikace překážek bránících úspěšnému zapojení osob se závažným duševním onemocněním do společenského života. Navazující výzkumy by se rovněž mohly zabývat významem metod a intervencí sociální práce při péči o osoby se závažným duševním onemocněním nebo identifikací kompetencí sociálních pracovníků potřebných v péči o tuto cílovou skupinu a způsobu jejich zavedení do odborných kurikul pro přípravu budoucích profesionálů. To lze rozšířit o sociálně-politická témata, např. mohlo by být zjišťováno, zda jsou naplňována různá práva této skupiny a jaké překážky tomu zabraňují, pokud naplňována nejsou.

Předkládaná disertační práce identifikuje řadu pozitivních aspektů péče poskytované v CDZ III, které jakožto příklady dobré praxe dokládají nezbytnost udržení a posilování sítě komunitních Center duševního zdraví. Jedná se o efektivní pilíř zajišťující komplexní psychiatrické a psychosociální služby pro osoby se závažným duševním onemocněním a jejich rodiny. Psychiatrická péče v ČR se díky této síti stává moderní a posouvá se na úroveň péče poskytované ve vyspělých zemích světa.

Reference

- ANTHONY, William A., 1993. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. 16(4), 11–23 [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- ARANGO, Celso et al., 2018. Preventive strategies for mental health. *The Lancet Psychiatry* [online]. 5(7), 591–604 [cit. 2023-08-13]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30057-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30057-9)
- AUBRY, Tim, NELSON, Geoffrey a TSEMBERIS, Sam, 2015. Housing First for People with Severe Mental Illness Who are Homeless: A Review of the Research and Findings from the at Home—Chez soi Demonstration Project. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 60(11), 467–474 [cit. 2023-08-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/070674371506001102>
- AWAD, George A. a VORUGANTI, Lakshmi N. P., 2008. The Burden of Schizophrenia on Caregivers. *Pharmacoeconomics* [online]. 26(2), 149–162 [cit. 2022-12-18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2165/00019053-200826020-00005>
- BALMER, Dorene F. et al., 2021. Longitudinal qualitative research in medical education: Time to conceptualise time. *Medical Education* [online]. 55(11), 1253–1260 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/medu.14542>
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, 2019. Rodinná psychoedukace v léčbě závažných duševních onemocnění. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 20(3), 111–113 [cit. 2022-09-28]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2019/03/03.pdf>
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip, 2017. *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4287-1.
- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie et al., 2020. Medical Students' Career Choice and Attitudes Toward Psychiatry: Case of the Czech Republic. *Academic Psychiatry* [online]. 44(6), 751–755 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40596-020-01311-z>
- BAŠTECKÁ, Bohumila, 2009. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-470-0.

- BĚHOUNEK, Jan, 2014. Léčba v psychiatrii. In: PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva (ed.), *Ošetřovatelství v psychiatrii*, 93–115. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4236-6.
- BIDARGADDI, Niranjan et al., 2021. Demonstration of automated non-adherence and service disengagement risk monitoring with active follow-up for severe mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* [online]. 55(10), 976–982 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0004867421998800>
- BIRD, Victoria et al., 2010. Early intervention services, cognitive–behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry* [online]. 197(5), 350–356 [cit. 2023-06-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074526>
- BLOMQUIST, Marjut et al., 2019. Health Effects of an Individualized Lifestyle Intervention for People with Psychotic Disorders in Psychiatric Outpatient Services: A Two Year Follow-up. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. 40(10), 839–850 [cit. 2023-08-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1642425>
- BLOOMBERG, Linda Dale a VOLPE, Marie, 2019. *Completing your Qualitative Dissertation: a road map from beginning to end*. California: Sage Publications Ltd. ISBN 978-15-443-3652-7.
- BRANDOW, Crystal L., SWARBRICK, Margaret a NEMEC, Patricia B., 2020. Rethinking the Causes and Consequences of Financial Wellness for People With Serious Mental Illnesses. *Psychiatric Services* [online]. 71(1), 89–91 [cit. 2023-07-29]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900323>
- BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria, 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* [online]. 3(2), 77–101 [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria, 2013. *Successful Qualitative Research: A Practical Guide for Beginners*. London: Sage Publications Ltd. ISBN 978-18-478-7581-5.
- BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria, 2022. *Thematic analysis: a practical guide*. London: Sage Publications Ltd. ISBN 978-1-4739-5323-9.

- BROULÍKOVÁ, Hana M. et al., 2020. Costs of Mental Health Services in Czechia: Facilitating an Evidence-Based Reform of Psychiatric Care. *Applied Health Economics and Health Policy* [online]. 18(2), 287–298 [cit. 2022-11-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s40258-019-00501-7>
- BUCKLEY, Lucy A. et al., 2015. Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 4 [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004716.pub4>
- CARTA, Mauro G., ANGERMEYER, Matthias C. a HOLZINGER, Anita, 2020. Mental health care in Italy: Basaglia's ashes in the wind of the crisis of the last decade. *International Journal of Social Psychiatry* [online]. 66(4), 321–330 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0020764020908620>
- CATALANO, Lauren T. et al., 2021. Support for the social-cognitive model of internalized stigma in serious mental illness. *Journal of Psychiatric Research* [online]. 137, 41–47 [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.02.014>
- COLIZZI, Marco, LASALVIA, Antonio a RUGGERI, Mirella, 2020. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International Journal of Mental Health Systems* [online]. 14(1), 23 [cit. 2023-07-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>
- CONNELL, Janice, O'CATHAIN, Alicia a BRAZIER, John, 2014. Measuring quality of life in mental health: Are we asking the right questions? *Social Science & Medicine* [online]. 120, 12–20 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.08.026>
- COSTELLO, Jane E., 2016. Early Detection and Prevention of Mental Health Problems: Developmental Epidemiology and Systems of Support. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* [online]. 45(6), 710–717 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1236728>
- CSÉMY, Ladislav et al., 2022. *Národní výzkum užívání tabáku a alkoholu v České republice 2021* [online]. Státní zdravotní ústav [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: https://archiv.szu.cz/uploads/documents/szu/aktual/NAUTA_2021.pdf

- ČERMÁK, Ivo a ŠTĚPANÍKOVÁ, Irena, 1997. Validita v kvalitativním psychologickém výzkumu. *Československá psychologie* [online]. 6, 503–512 [cit. 2022-10-23]. Dostupné z: <http://cspych.psu.cas.cz/result.php?id=93>
- ČEŠKOVÁ, Eva, 2008. Aktuální trendy v léčbě závažných psychických poruch. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 9(2), 60–64 [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2008/02/02.pdf>
- ČSÚ, 2023. *Sebevraždy* [online]. Český statistický úřad [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/sebevrazdy_zaj
- DAS, Jai K. et al., 2016. Interventions for Adolescent Substance Abuse: An Overview of Systematic Reviews. *Journal of Adolescent Health* [online]. 59(4), 61–75 [cit. 2023-04-13]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2016.06.021>
- DEMYTTENAERE, Koen et al., 2004. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)* [online]. 291(21), 2581 [cit. 2023-01-29]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>
- DIETERICH, Marina et al., 2017. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 1 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
- DIXON, Lisa B. et al., 2010. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 36(1), 48–70 [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbp115>
- DOLCE, Joni N. a BATES, Francine M., 2019. Hiring and employing individuals with psychiatric disabilities: Focus groups with human resource professionals. *Journal of Vocational Rehabilitation* [online]. 50(1), 85–93 [cit. 2023-08-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3233/JVR-180990>
- DRAKE, Robert E. a WHITLEY, Rob, 2014. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 59(5), 236–242 [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- DUDOVÁ, Monika, 2017. *Kompetence pracovníků v multidisciplinárním týmu v oblasti péče o duševně nemocné* [online]. Rigorózní práce. Praha: Univerzita Karlova. Vedoucí práce: Eva Dragomirecká. [cit. 2023-02-18]. Dostupné

z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/94352/150037792.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

DUDOVÁ, Radka, 2010. Kvalitativní metodologie sociologického výzkumu: konstruktivistická grounded theory a „rozumějící rozhovor“. In: ŠUBRT, Jiří (ed.), *Soudobá sociologie IV. Aktuální a každodenní*, 364–384. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1789-3.

DUNCAN, Fiona et al., 2021. Community interventions for improving adult mental health: mapping local policy and practice in England. *BioMed Central (BMC) Public Health* [online]. 21(1), 1691 [cit. 2023-07-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11741-5>

DVOŘÁKOVÁ, Monika a KONDRÁTOVÁ, Lucie, 2020a. Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 116(1), 30–37 [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2020_1_30_37.pdf

DVOŘÁKOVÁ, Monika a KONDRÁTOVÁ, Lucie, 2020b. Časná detekce a časná intervence u osob v rané fázi rozvoje psychotického onemocnění - úvod do problematiky. *Psychiatrie* [online]. 24(3), 132–137 [cit. 2023-08-26]. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/Psychiatrie_2020/Psychiatrie_3_2020/Psychiatrie_3_2020_CME.pdf

ELBOGEN, Eric B. et al., 2011. Money management, mental health, and psychiatric disability: A recovery-oriented model for improving financial skills. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 34(3), 223–231 [cit. 2023-03-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2975/34.3.2011.223.231>

EVENSEN, Stig et al., 2016. Prevalence, Employment Rate, and Cost of Schizophrenia in a High-Income Welfare Society: A Population-Based Study Using Comprehensive Health and Welfare Registers. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 42(2), 476–483 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv141>

FEKADU, Abebaw et al., 2015. Excess mortality in severe mental illness: 10-year population-based cohort study in rural Ethiopia. *British Journal of Psychiatry* [online]. 206(4), 289–296 [cit. 2022-10-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.149112>

- FEKADU, Wubalem et al., 2019. Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *British Medical Journal (BMJ) Open* [online]. 9(12), e032391 [cit. 2023-01-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032391>
- FENECH ADAMI, Maria a KIGER, Alice, 2005. The use of triangulation for completeness purposes. *Nurse Researcher* [online]. 12(4), 19–29 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://doi.org/10.7748/nr2005.04.12.4.19.c5956>
- FIALA, Marek et al., 2014. *Odborné podkladové materiály ke standardům péče v Centrech duševního zdraví (CDZ)* [online]. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví [cit. 2023-01-12]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/cmhcd/media/media/ke%20stazeni/standard-cdz_final_leden2015.pdf
- FIORILLO, Andrea et al., 2020. The role of shared decision-making in improving adherence to pharmacological treatments in patients with schizophrenia: a clinical review. *Annals of General Psychiatry* [online]. 19(1), 43 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00293-4>
- FIRTH, Joseph et al., 2015. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychological Medicine* [online]. 45(7), 1343–1361 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0033291714003110>
- FORMÁNEK, Tomáš et al., 2019. Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry* [online]. 60, 1–6 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>
- FURLAN, Pier Maria et al., 2009. Four-Year Follow-Up of Long-Stay Patients Settled in the Community After Closure of Italy's Psychiatric Hospitals. *Psychiatric Services* [online]. 60(9), 1198–1202 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.9.1198>
- FYDRICH, Thomas a ÜLSMANN, Dominik, 2011. Komorbidität chronischer somatischer Erkrankung und psychischer Störungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* [online]. 54(1), 108–119 [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1189-6>

- GARRIDO, Pilar a SARAIVA, Carlos B., 2012. Understanding the revolving door syndrome. *European Psychiatry* [online]. 27(s1) [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74768-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74768-5)
- GIEBEL, Clarissa et al., 2022. Community-based mental health and well-being interventions for older adults in low – and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Central (BMC) Geriatrics* [online]. 22(1), 773 [cit. 2023-06-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03453-1>
- GILI, Margalida et al., 2019. Mental disorders as risk factors for suicidal behavior in young people: A meta-analysis and systematic review of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* [online]. 245, 152–162 [cit. 2023-02-18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.115>
- GOLAFSHANI, Nahid, 2003. Understanding Reliability and Validity in Qualitative Research. *The Qualitative Report* [online]. 8(4), 597–607 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2003.1870>
- HANSSON, Lars et al., 2002. Living situation, subjective quality of life and social network among individuals with schizophrenia living in community settings. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 106(5), 343–350 [cit. 2023-08-13]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.02346.x>
- HARRIS, Barbara A. a PANOZZO, Gina, 2019. Therapeutic alliance, relationship building, and communication strategies-for the schizophrenia population: An integrative review. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 33(1), 104–111 [cit. 2023-06-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.003>
- HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena, 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
- HAUSSLEITER, Ida et al., 2021. The somatic care situation of people with mental illness. *Health Science Reports* [online]. 4(1), e226 [cit. 2023-07-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/hsr2.226>
- HAWTON, Keith et al., 2005. Schizophrenia and suicide: Systematic review of risk factors. *British Journal of Psychiatry* [online]. 187(1), 9–20 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.9>

- HENDERSON, Claire et al., 2014. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *The Lancet Psychiatry* [online]. 1(6), 467–482 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)00023-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)00023-6)
- HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál. ISBN 80-736-70-402.
- HOLLAND, Janet et al., 2006. *Qualitative longitudinal research: a discussion paper*. London: South Bank University. ISBN 1 874418-62-4.
- HOLLANDER, den Dirk a WILKEN, Jean Pierre, 2016. *Podpora zotavení a začlenění*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-260-9945-1.
- HOPKINS, Jane E., LOEB, Susan J. a FICK, Donna M., 2009. Beyond satisfaction, what service users expect of inpatient mental health care: a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 16(10), 927–937 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2009.01501.x>
- HÖSCHL, Cyril, WINKLER, Petr a PĚČ, Ondřej, 2012. The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry* [online]. 24(4), 278–285 [cit. 2022-12-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09540261.2012.688730>
- HOSKOVCOVÁ, Simona, 2009. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1626-1.
- CHAN, Joyce Y. C., HIRAI, Hoyee W. a TSOI, Kelvin K. F., 2015. Can computer-assisted cognitive remediation improve employment and productivity outcomes of patients with severe mental illness? A meta-analysis of prospective controlled trials. *Journal of Psychiatric Research* [online]. 68, 293–300 [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2015.05.010>
- CHRONISTER, Julie, CHOU, Chih-Chin a LIAO, Hsin-Ya, 2013. The role of stigma coping and social support in mediating the effect of societal stigma on internalized stigma, mental health recovery, and quality of life among the people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology* [online]. 41(5), 582–600 [cit. 2023-01-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/jcop.21558>
- JAESCHKE, Kara et al., 2021. Global estimates of service coverage for severe mental disorders: findings from the WHO Mental Health Atlas 2017. *Global Mental Health* [online]. 8, e27 [cit. 2022-12-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/gmh.2021.19>

JANOŠKOVÁ, Miroslava, WINKLER, Petr a KÁŽMÉR, Ladislav, 2014. Vývoj nově přiznaných invalidních důchodů z důvodu duševních a fyzických onemocnění v ČR v letech 2001-2011. *Psychiatrie* [online]. 18(4), 161–165 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://adoc.pub/vyvoj-novi-piznanych-invalidnich-duchodu-z-duvodu-duevnych-a.html>

JANOŠKOVÁ, Miroslava et al., 2017. Can video interventions be used to effectively destigmatize mental illness among young people? A systematic review. *European Psychiatry* [online]. 41(1), 1–9 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.09.008>

JEONG, Hyun-Ghang et al., 2014. Influence of the number and severity of somatic symptoms on the severity of depression and suicidality in community-dwelling elders. *Asia-Pacific Psychiatry* [online]. 6(3), 274–283 [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/appy.12138>

KALINA, Kamil a VÁCHA, Petr, 2013. Duální diagnózy v terapeutických komunitách pro závislé – možnosti a meze integrované léčby. *Adiktologie* [online]. 13(2), 144–164 [cit. 2022-11-23]. Dostupné z: https://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2013_02_Kalina_Dualni-diagnozy-1.pdf

KALIŠOVÁ, Lucie et al., 2008. Monitorování použití omezovačích prostředků během hospitalizace – projekt EUNOMIA. Konečné výsledky v České republice. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 104(2), 52–58 [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2010_5_278_282.pdf

KALIŠOVÁ, Lucie et al., 2010. Pohled příbuzných na hospitalizaci s akutní duševní poruchou na psychiatrii: projekt EUNOMIA – konečné výsledky v ČR. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 106(5), 278–282 [cit. 2022-10-13]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2010_5_278_282.pdf

KENNEDY-JONES, Mary, COOPER, Joanne a FOSSEY, Ellie, 2005. Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 52(2), 116–126 [cit. 2023-07-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2005.00475.x>

KENT, Suzanne a YELLOWLEES, Peter, 1994. Psychiatric and Social Reasons for Frequent Rehospitalization. *Psychiatric Services* [online]. 45(4), 347–350 [cit. 2023-03-09]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ps.45.4.347>

- KILBOURNE, Amy M. et al., 2018. Measuring and improving the quality of mental health care: a global perspective. *World Psychiatry* [online]. 17(1), 30–38 [cit. 2023-02-15]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/wps.20482>
- KILLASPY, Helen, 2006. From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin* [online]. 79–80(1), 245–258 [cit. 2023-01-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/bmb/ldl017>
- KNAPP, Martin, MANGALORE, Roshni a SIMON, Judith, 2004. The Global Costs of Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 30(2), 279–293 [cit. 2023-02-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a007078>
- KÖHLER, Richard, 2014. Elektrokonvulzivní terapie. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 15(1), 19–22 [cit. 2022-12-01]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/05.pdf>
- KOLETSI, Marsha et al., 2009. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 44(11), 961–970 [cit. 2023-08-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0017-5>
- KONDRÁTOVÁ, Lucie a WINKLER, Petr, 2017. Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním – zahraniční a česká zkušenost: narativní syntéza. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 113(3), 132–139 [cit. 2022-11-28]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_3_132_139.pdf
- KONDRÁTOVÁ, Lucie et al., 2018. Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České republice. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 114(4), 151–158 [cit. 2022-11-29]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_4_151_158.pdf
- KOURGIANTAKIS, Toulia et al., 2022. Social work's approach to recovery in mental health and addiction policies: a scoping review. *Social Work in Mental Health* [online]. 20(4), 377–399 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/15332985.2021.2019169>
- KRÁLÍKOVÁ, Eva, ŠTĚPÁNKOVÁ, Lenka a HELLEROVÁ, Pavla, 2010. Syndrom závislosti na tabáku. In: *PSYCHIATRIE: Doporučené postupy psychiatrické péče III.*, 101–110. Česká psychiatrická společnost ČLS JEP. ISBN 978-80-7399-984-1.

- KRUPČÍK, Ondřej et al., 2022. *Včasná intervence u osob se závažným duševním onemocněním. Metodika práce terénních týmů* [online]. VIZDOM [cit. 2022-11-14]. Dostupné z: https://vizdom.cz/wp-content/uploads/2022/11/METODIKA_VIZDOM_pro_online.pdf
- KRUPČÍK, Ondřej, ŘÍČAN, Pavel a SOUKUPOVÁ, Jitka, 2022. *Zpráva z dopadové kvantitativní evaluace projektu* [online]. Reforma psychiatrie [cit. 2023-01-26]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-03/CDZ%20II%20-%20Intern%C3%AD%20evalua%C3%AD%20zpráva.pdf>
- KRUPCHANKA, Dzmitry et al., 2018. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine* [online]. 212, 129–135 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.015>
- KUNITOH, Namino, 2013. From hospital to the community: The influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [online]. 67(6), 384–396 [cit. 2022-11-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/pcn.12071>
- LÁTALOVÁ, Klára, KAMARÁDOVÁ, Dana a PRAŠKO, Ján, 2015. *Suicidalita u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-9049-7.
- LAUBER, Christoph et al., 2003. Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry* [online]. 18(6), 285–289 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.06.004>
- LEHMAN, Anthony F. et al., 2003. Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* [online]. 26(4), 939–954 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(03\)00070-4](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(03)00070-4)
- LLOYD-EVANS, Brynmor et al., 2011. Initiatives to shorten duration of untreated psychosis: systematic review. *British Journal of Psychiatry* [online]. 198(4), 256–263 [cit. 2022-11-18]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075622>
- LOHMAN, Matthew C. et al., 2017. Qualitative Analysis of Resources and Barriers Related to Treatment of Borderline Personality Disorder in the United States. *Psychiatric Services* [online]. 68(2), 167–172 [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600108>

- LOUBIÈRE, Sandrine et al., 2022. Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized Un Chez Soi d'Abord trial. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [online]. 31, e14 [cit. 2023-07-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S2045796022000026>
- MAGLIANO, Lorenza et al., 1998. Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 33(9), 405–412 [cit. 2023-01-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s001270050073>
- MACHADO, Vanessa et al., 2012. Psychiatric readmission: an integrative review of the literature. *International Nursing Review* [online]. 59(4), 447–457 [cit. 2023-06-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.01011.x>
- MAK, Winnie W. S. et al., 2007. Meta-analysis of stigma and mental health. *Social Science & Medicine* [online]. 65(2), 245–261 [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.015>
- MALÁ, Eva a PAVLOVSKÝ, Pavel, 2010. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0247-9.
- MARRERO, Rosario J. et al., 2020. Psychological factors involved in psychopharmacological medication adherence in mental health patients: A systematic review. *Patient Education and Counseling* [online]. 103(10), 2116–2131 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.04.030>
- MARSHALL, Max a RATHBONE, John, 2011. Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 37(6), 1111–1114 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004718.pub3>
- MARTENS, Nicolaas, DESTOOP, Marianne a DOM, Geert, 2021. Organization of Community Mental Health Services for Persons with a Severe Mental Illness and Comorbid Somatic Conditions: A Systematic Review on Somatic Outcomes and Health Related Quality of Life. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 18(2), 462 [cit. 2023-08-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020462>
- MCGORRY, Patrick D. a MEI, Cristina, 2018. Early intervention in youth mental health: progress and future directions. *Evidence Based Mental Health* [online]. 21(4), 182–184 [cit. 2023-02-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300060>

- MCGURK, Susan R. et al., 2007. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* [online]. 164(12), 1791–1802 [cit. 2023-08-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07060906>
- MELICHAROVÁ, Hana et al., 2021. *Analytická zpráva: Indikátory psychiatrické péče* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/psychiatricka-pece-cr/indikatory-analyticka-zprava.pdf>
- MENTAL HEALTH COMMISSION OF CANADA, 2015. *Guidelines for Recovery-Oriented Practise* [online]. Ottawa: Mental Health Commission of Canada [cit. 2022-11-14]. ISBN 978-0-9880506-3-1. Dostupné z: https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/MHCC_RecoveryGuidelines_ENG_0.pdf
- MERT, Derya Güliz et al., 2015. *Perspectives on reasons of medication nonadherence in psychiatric patients* [online]. Patient Preference and Adherence [cit. 2022-12-14]. Dostupné z: <https://doi.org/10.2147/PPA.S75013>
- MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4.
- MISDRAHI, David et al., 2012. The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry* [online]. 66(1), 49–54 [cit. 2023-06-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.598556>
- MOHR, Pavel, 2012. Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicina pro praxi* [online]. 9, 342–346 [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/07.pdf>
- MOJTABAI, Ramin et al., 2015. Long-term effects of mental disorders on educational attainment in the National Comorbidity Survey ten-year follow-up. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 50(10), 1577–1591 [cit. 2023-03-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1083-5>
- MOTLOVA, Lucie et al., 2006. Relapse prevention in schizophrenia: does group family psychoeducation matter? One-year prospective follow-up field study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* [online]. 10(1), 38–44 [cit. 2023-02-26]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13651500500305424>

- MPSV ČR, 2022. *Analytická zpráva výzkumu – ověření přínosů projektů Housing First pro zabydlené osoby – kvalitativní šetření* [online]. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR [cit. 2023-08-26]. Dostupné z: http://socialnibydleni.mpsv.cz/images/soubory/Analyzy/Oven_pnos_projekt_Housing_First_pro_zabydlen_osoby__kvalitativn_eten.pdf
- MURPHY, Suzanne M. et al., 2015. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 2015(12) [cit. 2023-08-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001087.pub5>
- MZ ČR, 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-10-26]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrické%20péče.pdf>
- MZ ČR, 2016. *Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ)* [online]. Věstník MZ ČR [cit. 2022-11-11]. Dostupné z: https://www.fokusvysocina.cz/Userfiles/standard_cdz_final.pdf
- MZ ČR, 2019. *Základní principy péče poskytované V CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/Př%3%ADloha_č._6_Metodiky_-_Základn%3%AD_principy_péče_poskytované_v_CDZ.pdf
- MZ ČR, 2020a. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-12-09]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/01/Národn%3%AD-akčn%3%AD-plán-pro-duševn%3%AD-zdrav%3%AD-2020-2030.pdf>
- MZ ČR, 2020b. *Malý průvodce Centry duševního zdraví* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/15623/38543/Maly_pruvodce_CDZ.pdf
- MZ ČR, 2020c. *Koncept kvality života* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-02-01]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota>

MZ ČR, 2020d. *Národní akční plán prevence sebevražd 2020-2030* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-03-19]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/Národn%C3%AD-akčn%C3%AD-plán-prevence-sebevražd-2020-2030.pdf>

MZ ČR, 2021. *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI)*. Věstník MZ ČR [online]. 2–17 [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf

MZ ČR, 2022. *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2022-12-04]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/DOPORUCENE-POSTUPY_final.pdf

NASLUND, John A. et al., 2017. Lifestyle interventions for weight loss among overweight and obese adults with serious mental illness: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry* [online]. 47, 83–102 [cit. 2023-08-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2017.04.003>

NHS, 2019. *NHS Mental Health Implementation Plan 2019/20–2023/24* [online]. National Health Service England [cit. 2023-08-20]. Dostupné z: <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/07/nhs-mental-health-implementation-plan-2019-20-2023-24.pdf>

NOVOTNÁ, Hedvika, 2019a. Kvalitativní strategie výzkumu. In: NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna (ed.), *Metody výzkumu ve společenských vědách*, 257–288. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7571-052-9.

NOVOTNÁ, Hedvika, 2019b. Výběr vzorku a prostředí výzkumu. In: NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna (ed.), *Metody výzkumu ve společenských vědách*, 291–314. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7571-052-9.

NÚDZ, 2019. *Péče o duševní zdraví v České republice: Metodická příručka pro evidenci respektující rozvoj psychiatrické péče* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/psychiatricka-pece-cr/metodika-merrps.pdf>

- OCISKOVÁ, Marie et al., 2014. Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská Psychiatrie* [online]. 110(5), 250–258 [cit. 2022-11-11]. Dostupné z: http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2013_02_Kalina_Dualni-diagnozy-1.pdf
- OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5199-3.
- OKIN, Robert L. a PEARSALL, Doris, 1993. Patients' Perceptions of Their Quality of Life 11 Years After Discharge From a State Hospital. *Psychiatric Services* [online]. 44(3), 236–240 [cit. 2023-02-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ps.44.3.236>
- OKIN, Robert L. et al., 1995. Long-term outcome of state hospital patients discharged into structured community residential settings. *Psychiatric Services* [online]. 46(1), 73–78 [cit. 2023-01-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ps.46.1.73>
- OSN, 2020. *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* [online]. Organizace spojených národů [cit. 2023-01-19]. Dostupné z: https://osn.cz/wp-content/uploads/2022/08/Umluva_o_pravech_osob_se_ZP.pdf
- PALČOVÁ, Alena, 2006. *Duševní poruchy a poruchy chování. Mezinárodní klasifikace nemocí - 10.revize: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-44-1.
- PARABIAGHI, Alberto et al., 2006. Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 41(6), 457–463 [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0048-0>
- PÁV, Marek, PLUHAŘÍKOVÁ POMAJZLOVÁ, Jana a ŠŤASTNÁ, Jana, 2017. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 18(2), 69–74 [cit. 2022-12-18]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/05.pdf>
- PĚČ, Ondřej, 2012. *Komunitní péče* [online]. In: RABOCH, Jiří a WENIGOVÁ, Barbora (ed.), *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování. souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*, 62–70 [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

PĚČ, Ondřej, 2014. *Komunitní péče v psychiatrii*. In: PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva (ed.), *Ošetřovatelství v psychiatrii*, 124–142. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava, 2009. *Psychózy*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

PENTTILÄ, Matti et al., 2014. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* [online]. 205(2), 88–94 [cit. 2022-10-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>

PERIS, Tara S., TEACHMAN, Bethany A. a NOSEK, Brian A., 2008. Implicit and Explicit Stigma of Mental Illness. *Journal of Nervous & Mental Disease* [online]. 196(10), 752–760 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181879dfd>

PHAROAH, Fiona et al., 2010. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 12 [cit. 2023-02-17]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub3>

POSHOR, Kateřina, KALIŠOVÁ, Lucie a KRÁLÍKOVÁ, Eva, 2023. Proč nemocní schizofrenií kouří? *Psychiatrie* [online]. 1, 19–24 [cit. 2023-03-23]. Dostupné z: https://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/Psychiatrie_2023/Psychiatrie_1_2023/poshor_Psychiatrie_1_2023.pdf

PRINCE, Jonathan D. et al., 2018. Loneliness Among Persons With Severe Mental Illness. *Journal of Nervous & Mental Disease* [online]. 206(2), 136–141 [cit. 2022-11-28]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000768>

RABOCH, Jiří a WENIGOVÁ, Barbora, 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)* [online]. Česká psychiatrická společnost [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

RABOCH, Jiří a ČERVENÝ, Rudolf, 2018. *Deprese. Doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. ISBN 978-80-88280-05-7.

RAHN, Ewald a MAHNKOPF, Angela, 2000. *Psychiatrie – učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-964-0.

- REILLY, Siobhan et al., 2013. Collaborative care approaches for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [online]. 11 [cit. 2023-07-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009531.pub2>
- RICHTER, Dirk a HOFFMANN, Holger, 2019. Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [online]. 28(4), 427–435 [cit. 2023-01-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- ROGALEWICZ, Vladimír a BARTÁK, Miroslav, 2017. Controversies around QALYs. *Vnitřní lékařství* [online]. 63(4), 242–248 [cit. 2023-01-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/vnl.2017.051>
- RÖSSLER, Wulf a DRAKE, Robert E., 2017. Psychiatric rehabilitation in Europe. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* [online]. 26(3), 216–222 [cit. 2022-09-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S2045796016000858>
- ROWE, John, 2012. Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 19(1), 70–82 [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01756.x>
- ŘEZÁČ, Karel, 2020. Koncepce očekávání jako komplexní evaluační nástroj v sociálních vědách. *Sociální práce* [online]. (20)6, 23–34 [cit. 2023-01-30]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/article/koncepce-ocekavani-jako-komplexni-evaluacni-nastroj-v-socialnich-vedach/>
- ŘÍČAN, Pavel et al., 2021. První vlna center duševního zdraví z pohledu kvantitativní evaluace i zkušenosti. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. 117(5), 230–243 [cit. 2023-07-07]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1421>
- SAMARTZIS, Lampros a TALIAS, Michael A., 2019. Assessing and Improving the Quality in Mental Health Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 17(1), 249. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17010249>
- SARACENO, Benedetto a BARBUI, Corrado, 1997. Poverty and Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 42(3), 285–290 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/070674379704200306>

SAVENJE, Anke, 2009. Rodina a psychiatrické onemocnění. In: PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava (ed.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

SEMISA, Domenico et al., 2008. The SIEP-DIRECT'S Project on the discrepancy between routine practice and evidence in the treatment of schizophrenia. The design, the indicators, and the methodology of the study. *Epidemiologia e psichiatria sociale* [online]. 17(4), 278–290 [cit. 2022-12-17] Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1121189X00000099>

SHADISH, William R. a LUELLEN, Jason K., 2005. History of Evaluation. In: MATHISON, Sandra (ed.), *Encyclopedia of Evaluation*, 183–186. California: Sage Publications Ltd. ISBN 978-0761926092.

SCHINNAR, Arie P. et al., 1990. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry* [online]. 147(12), 1602–1608 [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/ajp.147.12.1602>

SCHMUTTE, Timothy et al., 2021. Comparisons between suicide in persons with serious mental illness, other mental disorders, or no known mental illness: Results from 37 U.S. states, 2003–2017. *Schizophrenia Research* [online]. 228, 74–82 [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.058>

SCHNEIDER, Frank et al., 2019. Mortality and Medical Comorbidity in the Severely Mentally Ill. *Deutsches Ärzteblatt International* [online]. 116(23–24), 405 [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0405>

SISTI, Dominic A., SEGAL, Andrea G. a EMANUEL, Ezekiel J., 2015. Improving Long-term Psychiatric Care. *Journal of the American Medical Association (JAMA)* [online]. 313(3), 243 [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jama.2014.16088>

SLADE, Mike, POWELL, Robin a STRATHDEE, Geraldine, 1997. Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 32(4), 177–184 [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/BF00788236>

SMITH, Pierre et al., 2020. Use of psychiatric hospitals and social integration of patients with psychiatric disorders: a prospective cohort study in five European countries. *Social*

Psychiatry and Psychiatric Epidemiology [online]. 55(11), 1425–1438 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01881-1>

SOCIOFAKTOR S.R.O., 2022. *Závěrečná evaluační zpráva projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-01-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Final_Zaverecna-zprava.pdf

SPEYER, Helene et al., 2019. Lifestyle Interventions for Weight Management in People with Serious Mental Illness: A Systematic Review with Meta-Analysis, Trial Sequential Analysis, and Meta-Regression Analysis Exploring the Mediators and Moderators of Treatment Effects. *Psychotherapy and Psychosomatics* [online]. 88(6), 350–362 [cit. 2023-07-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1159/000502293>

STEIN, Dan J., 2002. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet* [online]. 360(9330), 397–405 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09620-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09620-4)

STOPKOVÁ, Pavla, 2017. Nové trendy v léčbě obsedantně kompulzivní poruchy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 18(3), 114–119 [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/03/04.pdf>

STORDAL, Kirsten. I. et al., 2005. Frequency and characteristics of recurrent major depressed patients with unimpaired executive functions. *World J. Biol. Psychiatry* [online]. 6(1), 36–44 [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/15622970510029894>

STRAUSS, Anselm a CORBINOVÁ, Juliet, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Albert Boskovic. ISBN 80-85834-60-X.

THOMPSON, Andrew G. H. a SUNOL, Rosa, 1995. Expectations as Determinants of Patient Satisfaction: Concepts, Theory and Evidence. *International Journal for Quality in Health Care* [online]. 7(2), 127–141 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1093/intqhc/7.2.127>

THOMPSON, Laura a MCCABE, Rose, 2012. The effect of clinician-patient alliance and communication on treatment adherence in mental health care: a systematic review. *BioMed Central (BMC) Psychiatry* [online]. 12(1), 87 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-87>

- THORNICROFT, Graham a TANSELLA, Michele, 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *British Journal of Psychiatry* [online]. 185(4), 283–290 [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.185.4.283>
- TOPOR, Alain et al., 2014. Psychosis and poverty: Coping with poverty and severe mental illness in everyday life. *Psychosis* [online]. 6(2), 117–127 [cit. 2022-11-12]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/17522439.2013.790070>
- TRIPATHI, Adarsh, DAS, Anamika a KAR, Sujita K., 2019. Biopsychosocial Model in Contemporary Psychiatry: Current Validity and Future Prospects. *Indian Journal of Psychological Medicine* [online]. 41(6), 582–585 [cit. 2022-10-11]. Dostupné z: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_314_19
- USTOHAL, Libor, 2010. Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 11(3), 117–121 [cit. 2022-11-22]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2010/03/08.pdf>
- USTOHAL, Libor a VRZALOVÁ, Michaela, 2012. Adherence k léčbě u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská neurologie a neurochirurgie* [online]. 75(3), 391–394 [cit. 2023-03-16]. Dostupné z: <https://www.csmn.eu/casopisy/ceska-slovenska-neurologie/2012-3-8/adherence-k-lecbe-u-pacientu-se-schizofrenii-38140/download?hl=cs>
- ÚZIS, 2021. *Psychiatrická ročenka 2021* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-11-11]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008415/psych2021.pdf>
- ÚZIS, 2022. *MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize* [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2023-01-03]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz>
- VAN HASSELT, Fenneke M., OUD, Marian J. T. a LOONEN, Anton J. M., 2015. Practical recommendations for improvement of the physical health care of patients with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 131(5), 387–396 [cit. 2023-07-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/acps.12372>

VAN WEEGHEL, Jaap, 2009. *Komunitní péče pro osoby s psychickými omezeními*. In: PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava (ed.), *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*, 14–29. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

VAN WEEGHEL, Jaap et al., 2019. Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 42(2), 169–181 [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/prj0000356>

VAN WIJNGAARDEN, Bob, SCHENE, Aart H. a KOETER, Maarten W. J., 2004. Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders* [online]. 81(3), 211–222 [cit. 2022-10-19]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(03\)00168-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(03)00168-X)

VANASSE, A et al., 2016. Comparative effectiveness and safety of antipsychotic drugs in schizophrenia treatment: a real-world observational study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. 134(5), 374–384 [cit. 2022-12-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/acps.12621>

VELLIGAN, Dawn I. et al., 2010. Assessment of Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness: Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *Journal of Psychiatric Practice* [online]. 16(1), 34–45 [cit. 2023-01-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000367776.96012.ca>

VIRON, Mark J. a STERN, Theodore A., 2010. The Impact of Serious Mental Illness on Health and Healthcare. *Psychosomatics* [online]. 51(6), 458–465 [cit. 2022-09-18]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(10\)70737-4](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70737-4)

WARD, Bernadette et al., 2017. Family-focused practice within a recovery framework: practitioners' qualitative perspectives. *BioMed Central (BMC) Health Services Research* [online]. 17(1), 234 [cit. 2023-02-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2146-y>

WEST, Joyce C. et al., 2005. Patterns and Quality of Treatment for Patients With Schizophrenia in Routine Psychiatric Practice. *Psychiatric Services* [online]. 56(3), 283–291 [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.3.283>

- WHO, 1996. *Psychosocial Rehabilitation – a consensus document*. [online]. World Health Organization [cit. 2023-01-28]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/60630>
- WHO, 2001. *Mental health: new understanding, new hope* [online]. World Health Organization [cit. 2022-11-07]. ISSN 1020-3311. Dostupné z: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHR_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- WHO, 2012. *WHOQoL User Manual* [online]. World Health Organization [cit. 2022-12-22]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HSI-Rev.2012-3>
- WHO, 2013. *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030* [online]. World Health Organization [cit. 2022-11-19]. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
- WHO, 2021a. *Depression*. [online]. World Health Organization [cit. 2022-12-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- WHO, 2021b. *Suicide* [online]. World Health Organization [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- WHO, 2021c. *Mental health, human rights and standards of care: Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region* [online]. World Health Organization [cit. 2022-10-21]. Dostupné z: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289053204>
- WHO, 2022. *Schizophrenia*. [online]. World Health Organization [cit. 2022-10-10]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- WILLIG, Carla, 2021. *Introducing Qualitative Research in Psychology*. London: Open University Press. ISBN 978-0335221158.
- WILTON, Robert D., 2003. Poverty and mental health: a qualitative study of residential care facility tenants. *Community Mental Health Journal* [online]. 39(2), 139–156 [cit. 2023-03-21]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1023/A:1022662704461>
- WINKLER, Petr et al., 2014. Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie* [online].

18(2), 54–59 [cit. 2023-03-05]. Dostupné z: http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2014/02/02_winkler_psych_2-14.pdf

WINKLER, Petr et al., 2015a. Reported and Intended Behaviour Towards Those With Mental Health Problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry* [online]. 30(6), 801–806 [cit. 2022-12-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>

WINKLER, Petr et al., 2015b. Suicides following inpatient psychiatric hospitalization: A nationwide case control study. *Journal of Affective Disorders* [online]. 184, 164–169 [cit. 2023-01-27]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.039>

WINKLER, Petr et al., 2016. Attitudes towards the people with mental illness: comparison between Czech medical doctors and general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 51(9), 1265–1273 [cit. 2022-09-02]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1263-y>

WINKLER, Petr et al., 2017. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry* [online]. 4(8), 634–642 [cit. 2022-10-09]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9)

WINKLER, Petr et al., 2018a. Cost-effectiveness of care for people with psychosis in the community and psychiatric hospitals in the Czech Republic: an economic analysis. *The Lancet Psychiatry* [online]. 5(12), 1023–1031 [cit. 2023-04-16]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30388-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30388-2)

WINKLER, Peter et al., 2018b. Kvalita péče v psychiatrii. In: Doporučené postupy psychiatrické péče 2018 [online]. *Psychiatrická společnost ČLS JEP* [cit. 2023-01-23]. Dostupné z: https://postupy-pece.psychiatrie.cz/images/pdf/KVALITA_PECE.pdf

WINKLER, Petr et al., 2020. Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech Psychiatric Hospitals: A Nationwide Evaluation Study. *Health and Human Rights Journal* [online]. 22(1), 21–34 [cit. 2022-12-12]. Dostupné z: <https://www.hhrjournal.org/2020/06/adherence-to-the-convention-on-the-rights-of-people-with-disabilities-in-czech-psychiatric-hospitals-a-nationwide-evaluation-study>

WINSPEER, Catherine et al., 2020. The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *The British Journal of*

Psychiatry [online]. 216(2), 69–78 [cit. 2022-10-04]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.166>

WIRSÉN, Erik et al., 2020. Burdens experienced and perceived needs of relatives of persons with SMI – a systematic meta-synthesis. *Journal of Mental Health* [online]. 29(6), 712–721 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370632>

WITTCHEN, Hans-Ulrich a JACOBI, Frank, 2005. Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology* [online]. 15(4), 357–376 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>

WYKES, Til et al., 2011. A Meta-Analysis of Cognitive Remediation for Schizophrenia: Methodology and Effect Sizes. *American Journal of Psychiatry* [online]. 168(5), 472–485 [cit. 2022-11-08]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855>

ZANDLOVÁ, Markéta, 2019. Rozhovor. In: NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna (ed.), *Metody výzkumu ve společenských vědách*, 315–352. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7571-052-9.

ZANDLOVÁ, Markéta a ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna, 2019. Etika výzkumu. In: NOVOTNÁ, Hedvika, ŠPAČEK, Ondřej a ŠTOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ, Magdaléna (ed.), *Metody výzkumu ve společenských vědách*, 315–352. Praha: Univerzita Karlova, Fakulta humanitních studií. ISBN 978-80-7571-052-9.

ZUMSTEIN, Naomi a RIESE, Florian, 2020. Defining Severe and Persistent Mental Illness-A Pragmatic Utility Concept Analysis. *Front Psychiatry* [online]. 11(648) [cit. 2022-10-24]. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00648>

ŽALUDEK, Adam, 2016. Indikátory kvality péče a jejich uplatnění v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 17(3e) [cit. 2023-01-02]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2016/90/02.pdf>

Seznam zkratek

ACT	Assertive Community Treatment
APA	Americká psychiatrická společnost
AQoL-6D	Assessment of Quality of Life (6 dimenzí)
AQoL-8D	Assessment of Quality of Life (8 dimenzí)
ARMS	At risk mental state
AT-poradny	poradna pro alkoholismus a toxikomanii
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale
CAT	Communication Assessment Tool
CDZ (I-III)	Centrum duševního zdraví (1.-3.vlna vzniku)
CGI	Clinical Global Impressions
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Pukyně
ČR	Česká republika
DAI	Drug Attitude Inventory
DBT	dialektická behaviorální terapie
DISC	Discrimination and Stigma Scale
DSM-V	Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders, Fifth Edition
DUP	duration of untreated psychosis
ECI	Experience of Caregiving Inventory
EKT	elektrokonvulzní terapie
EQ-5D	EuroQol five dimensions
FG	skupinový rozhovor (<i>focus group</i>)
GAF	Global Assessment of Functioning
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision
IEQ	Involvement Evaluation Questionnaire
IPS	Individual Placement and Support
IR	individuální rozhovor
ISMI	Internalized Stigma of Mental Illness
KBT	kognitivně behaviorální terapie
MERRPS	Metodika pro evidenci respektující rozvoj psychiatrických služeb
mGAF	modified Global Assessment of Functioning
MHMR	Mental Health Recovery Measure
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize)
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
NAPDZ	Národní akční plán pro duševní zdraví
NRHZZ	Národní registr hrazených zdravotních služeb

PANSS	Positive And Negative Syndrom Scale
PSP	Personal and Social Performance
QALY	Quality-Adjusted Life Year
QALY	Quality Adjusted Life Years
RAS	Recovery Assessment Scale
rTMS	repetitivní transkraniální magnetická stimulace
SCAN	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
SF-36	Short Form survey (36 položek)
SF-6D	Short Form survey (6 dimenzí)
SKPS	Soupis klientem přijatých služeb
SMI	Severe/Serious Mental Illness
SPOL	společný rozhovor
SWN	Subjective Well-Being under Neuroleptics Treatment
tDCS	transkraniální stimulace přímým proudem
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
VO	výzkumná otázka
VSSS	Verona Service Satisfaction Scale
VVO	vedlejší výzkumná otázka
WHO	World Health Organization
WHODAS	WHO Disability Assessment Schedule
WHOQOL-100	WHO Quality of Life (100 položek)
WHOQOL-BREF	WHO Quality of Life (<i>bref</i> version)

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1: Prevalence a incidence závažných duševních onemocnění v ČR
- Tabulka č. 2: Hodnocení systému péče o duševní zdraví
- Tabulka č. 3: Přehled pilotního provozu CDZ III
- Tabulka č. 4: První sběr dat – klienti CDZ III
- Tabulka č. 5: Druhý sběr dat – klienti CDZ III
- Tabulka č. 6: Oba sběry dat – rodinní příslušníci
- Tabulka č. 7: Souhrn témat – klienti CDZ III
- Tabulka č. 8: Souhrn témat – rodinní příslušníci klientů CDZ III
- Tabulka č. 9: Představy o zotavení perspektivou klientů CDZ III
- Tabulka č. 10: Představy rodinných příslušníků klientů CDZ III o jejich zotavení

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Scénář rozhovorů – 1. sběr dat
- Příloha č. 2: Scénář rozhovorů – 2. sběr dat
- Příloha č. 3: Informovaný souhlas

Přílohy

Příloha č. 1: Scénář rozhovorů – 1. sběr dat

A) Uživatelé z transformujících se služeb

1. V čem se liší služby, které nyní využíváte v novém CDZ od služeb, které jste využívali předtím?
2. Co od služeb v CDZ očekáváte?
3. V jakých oblastech chcete, aby Vám CDZ pomohlo?
4. V čem je pro vás osobně pomoc CDZ nejdůležitější/nejužitečnější? V čem Vám CDZ nejvíce pomáhá?
5. Potřebujete, aby Vám CDZ ještě v něčem pomohlo?
6. Co pro Vás znamená zotavení?
7. Jak mohou CDZ a jeho pracovníci přispět na Vaší cestě k zotavení?
8. Co byste uvítali, aby CDZ ještě poskytovalo navíc?

B) Uživatelé nově příchozí do CDZ III

1. Co od služeb v CDZ očekáváte?
2. Co očekáváte, že se se vstupem do CDZ pro Vás změní?
3. V čem konkrétně chcete/očekáváte od CDZ pomoc?
4. Co pro Vás znamená zotavení?
5. Jak mohou CDZ a jeho pracovníci přispět na Vaší cestě k zotavení?

C) Rodinní příslušníci

1. Co očekáváte, že se změní, když bude Vás XY (člen rodiny) v péči CDZ?
2. Jak Vám může CDZ pomoci v péči o XY (člena rodiny)?
3. V čem by mohlo být CDZ nejvíce nápomocné oproti přechodí službě?
4. Jak byste poznal/a, že se Váš XY (rodinný příslušník) zotavil?
5. Co považujete za největší překážky na cestě k zotavení Vašeho příbuzného?
6. Jak by mohlo CDZ pomoci Vám osobně?

Závěrečná otázka pro všechny skupiny:

Je ještě něco, na co jsem se nezeptala, nebo byste chtěli doplnit k CDZ nebo k psychiatrické péči?

A) Klienti CDZ III

1. Jak se v CDZ cítíte, jak se tady máte?
2. Jaké konkrétní služby hodnotíte jako užitečné?
 - a. A ještě něco dalšího Vám přijde dobré?
3. Do jaké míry splnilo CDZ Vaše očekávání?
4. Co se ve Vašem životě změnilo od té doby, co jste v CDZ?
 - a. Došlo během doby mezi dnešním a tím prvním rozhovorem k nějaké hospitalizaci? Jak dlouhé? Jakou roli pak hrálo CDZ?
5. Jak se Vám daří zapojit se/dělat běžné každodenní a volnočasové aktivit?
 - a. Jak tomu přispělo CDZ?
6. Co je teď do budoucna pro Vás nejdůležitější ve Vašem životě?
 - a. Jak tomu může pomoci CDZ a pracovníci CDZ?
7. Co Vám nejvíce chybělo během covidové doby?
 - a. Chyběli Vám nějaké služby CDZ?
8. Co Vám CDZ poskytovalo během covidových omezení?
9. Vnímáte, že má CDZ ještě nějaké rezervy/mezery?
 - a. V čem by se CDZ mohlo zlepšovat/rozvíjet?
10. Je ještě něco, na co jsem se nezeptala a Vy byste chtěli doplnit nebo dodat k CDZ či psychiatrické péči celkově?

B) Rodinní příslušníci

1. Jak hodnotíte (po čase) služby CDZ?
 - a. Jak CDZ pomáhá konkrétně Vám?
2. S čím konkrétně CDZ pomáhá Vašemu XY (člen rodiny)?
 - a. Jaké činnosti/aktivit teď zajišťují namísto Vás?
3. Do jaké míry splnilo CDZ splnilo Vaše očekávání?
4. Co se změnilo ve Vašem životě od té doby, co Váš XY (člen rodiny) využívá služby CDZ?
5. V čem je podle Vás CDZ nejvíce přínosné?
6. Jaký dopad mají podle Vás služby CDZ na Vašeho XY (člena rodiny)?
7. Co pro Vás bylo během covidu nejtěžší a pomohlo nějak CDZ?
8. Vnímáte, že má CDZ ještě nějaké rezervy/mezery?
 - a. V čem by se CDZ mohlo zlepšovat/rozvíjet?
9. Je ještě něco, na co jsem se nezeptala a Vy byste chtěli doplnit nebo dodat k CDZ či psychiatrické péči celkově?

Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Byl/a jste požádán/a o rozhovor v rámci sběru dat pro dizertační práci s názvem *Subjektivní hodnocení uživatelů komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví*, kterou vedu na Filozofické fakultě UK. Informace, které zazní v rozhovoru, budou využity také pro interní evaluaci CDZ III v rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III (reg. Číslo: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_039/0009646. Všem respondentům bude za uskutečněný rozhovor nabídnuta odměna 200,-Kč, která je podporou z grantu získaného v rámci Specifického vysokoškolského výzkumu „Adaptace aktérů a institucí na vývoj současné společnosti“ (SVV-ADAKIN).

Cílem výzkumu disertační práce je zhodnocení efektivnosti komunitních služeb z pohledu osob se závažným duševním onemocněním a jejich rodinných příslušníků. Dalšími cíli je zjistit, jaké mají klienti CDZ III představy o svém individuálním zotavení a jak si představují jejich zotavení jejich rodinní příslušníci. Budu se primárně ptát na Vaše očekávání od nově vznikajících CDZ III a na Vaše zkušenosti se službami duševního zdraví.

Důvěrnost informací

S Vaším svolením bude tento rozhovor nahráván na diktafon. Nahráný rozhovor bude přepsán a použit pro analýzu dat. Ani zvuková ani textová forma rozhovoru nebude uveřejněn jako celek a veškeré citace, které budou v rámci výstupů práce použity, nebudou obsahovat Vaše jméno ani název CDZ, které navštívíte/navštěvuje Váš rodinný příslušník.

Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná. Máte vždy právo změnit názor, rozhodnout se rozhovor ukončit a požádat o nezařazení Vašich odpovědí do výzkumu.

Vzhledem k plné anonymizaci informací o respondentech po Vás nebudu vyžadovat žádné identifikační údaje. Rodinné příslušníky pouze požádám o informaci týkající se rodinného vztahu. Z tohoto důvodu po Vás nebude vyžadován písemný souhlas, ale pouze ústní souhlas před zapnutím diktafonu a poté o zopakování na diktafon.

Prosím o Váš souhlas s provedením rozhovoru za výše uvedených podmínek.

Předem velmi děkuji za ochotu podílet se na výzkumu.
PhDr. Monika Dvořáková (monikadvorakovaa@gmail.com)