



**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**  
**3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA**

---



Psychiatrické centrum Praha, psychiatrická klinika

**Dana Petráňová**

**Význam denního stacionáře v prevenci relapsu  
psychotického onemocnění**

*Day treatment programme for psychotic disorders and  
relapse prevention*

*Diplomová práce*

Praha, 2010

Autor práce: Dana Petráňová

Studijní program: Všeobecné lékařství

Magisterský studijní obor: Všeobecné lékařství

Vedoucí práce: **MUDr. Lucie Bankovská - Motlová, Ph.D**

Pracoviště vedoucího práce:

**3. LF UK a Psychiatrické centrum Praha**

Rok obhajoby: 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že danou práci jsem zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 4.ledna 2010

Dana Petráňová

## **Poděkování**

S úctou bych velmi ráda poděkovala MUDr. Lucii Bankovské - Motlové, Ph.D za ochotu, rady, možnosti a spolupráci při psaní této diplomové práce.

# Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>6</b>
1. SCHIZOFRENIE A DENNÍ STACIONÁŘ .....	7
1.1 <i>Denní stacionář</i> .....	7
2. VLASTNÍ VÝZKUM .....	12
2.1 <i>Cíle</i> .....	12
2.2 <i>Cílová skupina</i> .....	12
2.3 <i>Intervence</i> .....	16
2.4 <i>Nástroj</i> .....	16
2.5 <i>Analýza dat</i> .....	16
3. VÝSLEDKY .....	17
3.1 <i>Odpovědi na obecné otázky o denním stacionáři</i> .....	17
3.2 <i>Odpovědi na otázky o organizaci denního stacionáře</i> .....	18
3.3 <i>Odpovědi na vědomostní otázky</i> .....	18
3.4 <i>Otázky o přínosu denního stacionáře</i> .....	19
4. DISKUZE .....	26
<b>Závěr</b> .....	<b>28</b>
<b>Souhrn</b> .....	<b>29</b>
<b>Summary</b> .....	<b>31</b>
<b>Seznam použité literatury</b> .....	<b>33</b>
<b>Seznam tabulek a grafů</b> .....	<b>35</b>
<b>Seznam příloh</b> .....	<b>36</b>

## Úvod

Svou diplomovou práci jsem si vybrala z několika důvodů. Psychiatriemě vždy velice zajímala. Díky zpracování tohoto tématu došlo nejen k prohloubení mých znalostí o této problematice, ale také jsem měla možnost přiblížit se k nemocným trpícím schizofrenií a proniknout tak blíže k jejich možnostem a omezením, jež tato nemoc a zároveň její léčba přinášejí.

Cílem mé práce bylo prostřednictvím dotazníků zasláných účastníkům denního stacionáře zjistit spokojenost absolventů a zároveň i úspěšnost v prevenci relapsu onemocnění při jeho absolvování.

Schizofrenie je psychotické onemocnění, které je velmi závažné. První zmínky v literatuře se objevily v roce 1911. Původně byla považována za předčasnou demenci.

V dnešní době patří mezi nejčastější příčiny hospitalizace na psychiatrickém oddělení v České republice. Vede ke změnám osobnosti, ovlivňuje lidské myšlení, cítění a jednání. Často dochází k odcizení od okolí a to i od blízkého okolí. Zhoršuje kvalitu lidského života a zvyšuje mortalitu pacientů.

Problémem tohoto onemocnění je sklon ke chronicitě a dlouhodobá léčba, která není jednoduchá jak pro pacienta, tak pro jeho okolí. Typické je střídání remisí a relapsů, kdy roční frekvence relapsů je 15-35% (Robinson,1999).

Spolupráce (compliance či adherence) bývá nedostatečná. Pacienti mívají nepravidelný denní režim, často jsou uživateli drog. Mezi další problémy patří nedostatek informací o nemoci, nepravidelné užívání antipsychotik, které může vést k relapsům, rehospitalizacím a někdy i k sebevraždám. Častá je přítomnost deprese a rodinná atmosféra, která bývá často velice nepříznivá. Všem těmto aspektům se snaží předcházet právě denní stacionář.

Denní stacionář je šestitýdenní skupinový stacionární program integrované terapie určený pacientům se schizofrenií ve stabilizační fázi léčby (Motlová, 2007). Součástí programu je psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, zdravý životní styl, rehabilitace kognitivních funkcí a program prevence relapsu s pomocí informačních technologií ITAREPS (Motlová,2007). Cílem je zlepšení kvality života, zamezení izolace, návrat do práce či ke studiím, osamostatnění se, ale třeba i nácvik běžné každodenní hygieny.

# 1. Schizofrenie a denní stacionář

## 1.1. Denní stacionář

Denní stacionář je šestitýdenní skupinový strukturovaný stacionární program integrované terapie určený pro lidi trpící schizofrenií, nejlépe v časných fázích (po první či druhé atace), následující bezprostředně po propuštění z hospitalizace. Program je veden psychiatrem a sestrou. Skupinu tvoří 7-9 pacientů. V psychiatrickém centru v Bohnicích začíná program v 9.00 a končí v 14.30. Zahajuje se zpíváním písničky, kterou si pacienti sami zvolí. Pak následuje program, který je popsán níže.

Snahou současné léčby není pouze odstranění symptomů, ale celkové uzdravení pacienta. Definice „úzdavy“ je u schizofrenie velmi subjektivní, za důležitou podmínku pacienti považují nejen absenci příznaků, ale hlavně schopnost obstát v životních rolích (Mueser et al., 2006). U nemocných se schizofrenií se vyskytuje řada problémů, které vedou k relapsům onemocnění. Hlavními z nich jsou ztráta náhledu nad nemocí, popírání nemoci, nedostatek informací a nekázeň v užívání antipsychotik. V období remise mívají pacienti pocit, že jsou zcela vyléčení a že tím pádem nemusejí již dále užívat léky, které jim často nevyhovují svými nežádoucími účinky. To ale není pravda. Při první atace by měly být antipsychotika užívána jeden, lépe dva roky, při dvou atakách pět let a u více atak neomezeně dlouho.

V posledních desetiletích se v zahraničí i v České republice začíná prosazovat jako nadějný způsob nefarmakologického přístupu ke zmírnění kognitivního deficitu tzv. trénink kognitivních funkcí (Twamley et al., 2003). Vedle pozitivního vlivu na kognitivní funkce má trénink pozitivní vliv na spolupráci pacientů s léčbou, pravděpodobnost relapsu, rodinnou komunikaci a sociální dovednosti (Motlová a Koukolík, 2004).

Cílem denního stacionáře je pochopení podstaty onemocnění, rozpoznání časných varovných příznaků, prevence relapsu onemocnění, docílení lepší spolupráce mezi pacientem a lékařem, psychologická podpora, pravidelnost užívání léků, zamezení izolace a celkové zlepšení kvality života jak pacientů, tak jejich blízkého okolí.

Součástí programu denního stacionáře je psychoterapie, individuální a rodinná psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, intervence podporující zdravý životní styl, rehabilitace kognitivních funkcí. Další součástí programu jsou ergoterapie, muzikoterapie, arteterapie a tělesné aktivity. Bylo prokázáno, že intervence jsou mnohem efektivnější provádě-li se kombinovaně.

### **1.1.1. Psychoterapie**

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby schizofrenie. Jedná se o verbální i nonverbální komunikační techniky vedoucí ke zvýšení duševního zdraví. Většinou je založena na rozhovoru, ale využívají se v ní i jiné techniky jako je například psaní, kreslení, poslech hudby.

Pacient je vystaven obrovskému stresu. Jde především o strach z okolí, vyhýbání se lidem, problémy v mezilidské komunikaci, nepravidelný denní režim, užívání návykových látek, deprese nebo časté myšlenky na sebevraždu. Suportivní psychoterapie umožňuje navázání terapeutického vztahu, pohovořit a porozumět prožitku a pokusit se o zpětné navázání kontaktu s realitou. Kognitivně-behaviorální psychoterapie se využívá a pacientů, u kterých přetrvávají psychotické příznaky. Spočívá v nahrazení patologických modelů modely, které jsou pro život přijatelnější. U pacientů rezistentních k farmakoterapii je kognitivně-behaviorální terapie účinným doplňkem a to především u chronicky přetrvávajících psychotických symptomů (Rathod et al., 2008). Spolupráci při kognitivně-behaviorální terapii může limitovat řada faktorů, především nedostatek náhledu, zjistilo se, že větší náhled predikuje lepší výsledek kognitivně-behaviorální terapie (Garety et al., 1997).

### **1.1.2. Psychoedukace a rodinná psychoedukace**

Psychoedukace je forma podávání informací nemocným a jejich blízkým o nemoci a způsobu její léčby. Nedostatečná informovanost mezi nemocnými a jejich blízkými je veliká. Klinické studie rodinných psychoedukačních programů prokazují u pacientů významné snížení frekvence relapsů a rehospitalizací během dvou i víceletého sledování, snížení symptomů, lepší zapojení v pracovní rehabilitaci a zvýšení zaměstnanosti, zlepšení sociální adaptace, snížení nákladů na péči, u příbuzných zmírnění zátěže a zlepšení kvality života a snížení nemocnosti a konzumace zdravotnické péče (Lincoln et al., 2007, Bauml et al., 2002, Motlová et al., 2006, Mueser et al., 2003, McFarlane et al., 2003, Dyck et al., 2002).

Léčba onemocnění klade značné nároky na pacientovu spolupráci. Noncompliance-nespolupráce při léčbě- je značná. Mezi příčiny patří samotná charakteristika nemoci, ale i nedostatečná podpora příbuzných. Cílem psychoedukační intervence je dodat pacientovi dostatečné informace a naučit ho zacházet s nemocí samotnou.

Dalším z hlavních témat psychoedukace je rozpoznání hrozícího relapsu a rozpoznání časných varovných příznaků. K tomu je opět potřebná spolupráce pacienta, rodiny a dostatečná informovanost, jak varovné příznaky, které ataku předcházejí, rozeznat. Často se jedná o



příznaky velice podobné až shodné s těmi, které provázely první ataku. Při správném rozpoznání příznaků lze zabránit plnému rozvoji relapsu.

Pacientům napomáhá program ITAREPS( Information Technology Aided Relapse Prevention Program). Jedná se o program na rozpoznání časných varovných příznaků pomocí mobilního telefonu a počítače.

Psychoedukační programy se liší délkou i strukturou uspořádání. Počet sezení je mezi 9-25. Mají předem pevně danou strukturu,kdy se vzájemně doplňují část výkladová a diskusní. Výhodná jsou skupinová sezení u rodinné psychoedukace,kdy mají pacienti a příbuzní možnost pohovořit o svých prožitcích. Ačkoliv je rodinná psychoedukace prokazatelně účinná, v praxi se provádí minimálně. Průzkum provedený v roce 2003 ve všech psychiatrických institucích v Německu, Rakousku a Švýcarsku odhalil, že pouze 2% příbuzných pacientů se schizofrenií absolvovalo psychoedukační program (Rummel-Kluge et al., 2006). Česká republika taková data sice nemá,ale situace zde bude asi velice podobná. Jedním z důvodů, které brání rozšiřování psychoedukačních programů je absence denních stacionářů (Motlová, 2008). Pacienti sami uvádějí, že psychoedukace má pro ně přínos pouze tehdy, jsou-li schopni se na ni soustředit, tedy rozhodně ne v období hospitalizace, kdy mají floridní příznaky (Sibitz et al., 2007).

Dalšími problémy zřejmě mohou být nezáživnost a nesrozumitelnost výkladu pro pacienty i pro jejich blízké. Na základě mnohaletých zkušeností s psychoedukačními programy proto vznikla PREDUKA (Preventivně edukační program proti relapsu psychózy)(Motlová et al., 2007). Jedná se o šestihodinový program pro pacienty a jejich blízké. Snahou je vysvětlit účastníkům názorně a srozumitelně teorie dopaminergní senzitivizace v mezolimbickém systému, složité neurobiologické vztahy vedoucí k příznakům relapsu psychózy a princip léčby. Pacienti dostávají prostor k aktivnímu zapojení se při léčbě, například při nácviku rozpoznání časných varovných příznaků.

### **1.1.3. Nácvik sociálních dovedností**

Nedílnou součástí je trénink kognitivních funkcí. Meta-analýza studií kognitivní rehabilitace u schizofrenie-jak počítačové tak nepočítačové- potvrdila, že kognitivní rehabilitace mírně kognitivní výkon zlepšuje, avšak je-li doplněna o další formy psychiatrické rehabilitace, pak je efekt významný (McGujrk et al., 2007). Nácvik sociálních dovedností je nejčastěji používaná rehabilitační metoda (Lieberman et al.,1993, Bellack et al., 1997).

Sociální dovednosti jsou nedílnou součástí v každodenní komunikaci a to jak verbální,tak nonverbální. Pro pacienty se schizofrenií mohou společenské interakce a zpracování mnoha interakcí představovat zátěž. Důsledkem bývají problémy v komunikaci a následné prohloubení sociální izolace. Návčik pomáhá pacientů v orientaci a schopnosti adekvátně reagovat na dané situace.

Pacienti mívají problémy s pamětí, učením, pozorností, plánováním. Při zlepšení kognitivních funkcí dochází i ke zlepšení osobního a sociálního fungování. Základním principem je umět si složité úlohy rozčlenit na úlohy a problémy dílčí.

Trénování probíhá ve skupinkách,kdy se pacienti mohou navzájem povzbuzovat, pomáhat si a doplňovat se. Procvičuje se zde jak verbální,tak nonverbální komunikace,která může řadě pacientů činit potíže.

#### **1.1.4. Zdravý životní styl**

Zdravá životospráva je rovněž součástí péče o pacienty. Vyšší výskyt oběhových chorob, anginy pectoris, diabetu, obezity a kuřáctví a současně prokazatelně ztížený přístup ke zdravotní péči představují rizikové faktory (Lambert et al., 2003). Jedním z hlavních cílů je prevence nárůstu hmotnosti eventuelně její redukce.

Program pro dobré zdraví je první program v České republice určený na podporu zdravého životního stylu pro pacienty trpící schizofrenií. Funguje od roku 2005, přináší pozitivní výsledky a je pacienty velice oblíben (Kitzlerová, Motlová, 2005). Jedná se o 10 hodinový skupinový edukační program, určený pacientům s psychotickým onemocněním v ambulantní péči, vedený převážně speciálně vyškolenými sestrami (Motlová, 2008). Setry pacienty nejen edukují, ale i motivují. Dalším pozitivem je boj s nadváhou ve skupině, kdy si pacienti mohou navzájem pomáhat, poradit si a podporovat se.

#### **1.1.5. Rehabilitacekognitivních funkcí**

U schizofrenie dochází velice často k poruše kognitivních funkcí. Odrazem toho jsou problémy v psychosociálním fungování a mezilidských interakcích. Pacienti mívají problémy s pamětí, učením, pozorností, plánováním. Při zlepšení kognitivních funkcí dochází i ke zlepšení osobního a sociálního fungování. Základním principem je umět si složité úlohy rozčlenit na úlohy a problémy dílčí. Příkladem komplexního programu,který kombinuje rehabilitaci základní kognice (paměť,pozornost,exekutivní složky) a kognice sociální,je Brennerův Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty IPT (Brenner et al., 1994). Sestává z pěti modulů a postupuje se od nejjednoduššího k nejtěžšímu.Trénování

probíhá ve skupinkách, kdy se pacienti mohou navzájem povzbuzovat, pomáhat si a doplňovat se. Procvičuje se zde jak verbální, tak nonverbální komunikace, která může řadě pacientů činit potíže.

Dalším příkladem je terapie zlepšující kognici (Cognitive Enhancement Therapy, CET) Hogartyho a Fleshera(1999). Principem je kombinace rehabilitace pomocí interaktivního softwaru a tréninku sociálních situací ve skupině.

## **2. Vlastní výzkum**

### **2.1. Cíle**

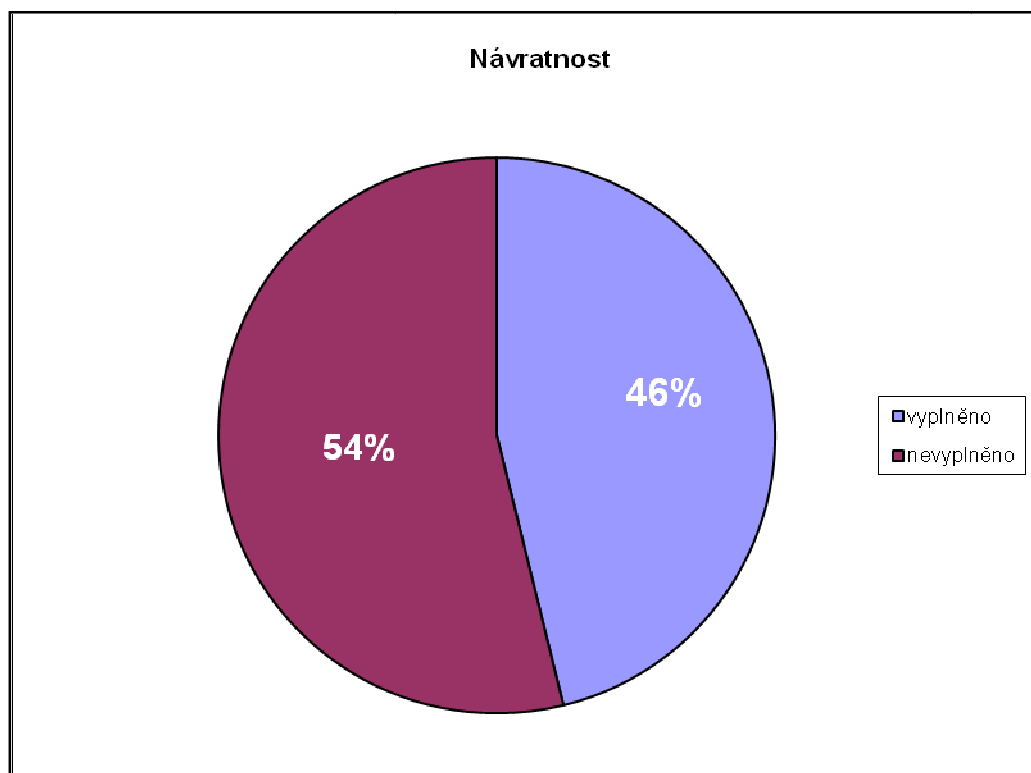
V naší studii jsme prostřednictvím dotazníku zjišťovali, jak jsou pacienti spokojeni s programem a průběhem denního stacionáře a jeho vliv v prevenci relapsu psychotických onemocnění. Zda-li jim denní stacionář zlepšil kvalitu života, usnadnil zapojení se do společnosti a návrat do běžného života. Význam psychoedukace v pochopení podstaty jejich onemocnění, vliv na užívání léků. Jak se měnily jejich pocity v průběhu programu. Dále jestli využívají nabízené programy a jak jsou s nimi spokojeni. Studie by měla sloužit ke zlepšení programu.

### **2.2. Cílová skupina**

Studovaná skupina byli pacienti účastníci se denního stacionáře v rozmezí let 2006-2009 v Psychiatrickém centru Praha. Respondentům byl v květnu-červenci 2009 zadán dotazník. Část pacientů odpovídala přímo v denním stacionáři, zbytku byl rozeslán dotazník na jejich e-mailovou adresu. Skupinu tvořilo 52 dotazovaných, odpovědělo 24 (46%), 28 (54%) neodpovědělo (viz Graf č. 1). Část dotazníků nebyla doručena kvůli nefunkční e-mailové adrese.

Na dotazník spíše odpovídaly ženy. Věkové rozmezí pacientů se pohybovalo mezi 20-29 let. Nejvyšší dokončené vzdělání bylo zastoupeno ve všech kategoriích, nejčastěji však středoškolské a vysokoškolské (viz. Tabulka č. 1).

**Graf č.1: Návratnost dotazníků**



**Tabulka č. 1: Základní demografické údaje**

Základní demografické údaje			
Věk			
	<20	0	0%
	20-29	14	58%
	30-39	6	25%
	40-49	4	17%
pohlaví	ženy	muži	
	17	7	
	70%	30%	
nejvyšší dokončené vzdělání			
ZŠ	2	8,0%	
Vyučen	4	17,0%	
SŠ	9	37,5%	
VŠ	9	37,5%	

V tabulce č. 2 je uvedeno, kolikrát byl pacient hospitalizován pro psychózu v Psychiatrickém centru v Praze. Nejvyšší četnost hospitalizací je jednou až dvakrát, třikrát a čtyřikrát je vzácné. Jeden pacient uvedl, že nebyl hospitalizován ani jednou.

**Tabulka č. 2: Četnost hospitalizací**

Hospitalizace		
0x	1	4,2%
1x	11	45,8%
2x	8	33,3%
3x	2	8,3%
4x	2	8,3%

V tabulce č. 3 je uvedeno, ve kterém období pacienti absolvovali denní stacionář. Absolventi jsou z let 2006-2009. Nejvyšší návratnost je z roku 2009.

**Tabulka č.3: Absolvování denního stacionáře**

Absolvování denního stacionáře		
02.,03. 2006	3	13%
10.,11. 2006	1	4, %
06.,07. 2007	3	4%
12./01. 2007	3	4%
09.,10. 2008	3	8%
12./01. 2008	3	12,5%
01.,02. 2009	3	12,5%
05.,06. 2009	3	25%
06.,07 2009	3	16,5%

### **2.3. Intervence**

Denní stacionář je šestitýdenní skupinový strukturovaný stacionární program integrované terapie určený pacientům trpícím schizofrenií. Detailněji je popsán výše viz. Kapitola 1.1.

### **2.4. Nástroj**

K naší studii byl použit dotazník, který obsahoval 38 otázek. Ptali jsme se naobecné věci, jako jsou základní demografické údaje, četnost hospitalizací či období, ve kterém pacienti absolvovali denní stacionář. V další části byly otázky zaměřeny na spokojenost s denním stacionářem, co pacientům v programu vyhovovalo, co naopak chybělo a co by rádi do programu zařadili. Součástí otázek byl také vědomostní test na zjištění významu psychoedukace pro pacienty. A nakonec, zda-li jim denní stacionář usnadnil návrat do běžného života a zda následně využili nabízené programy.

### **2.5. Analýza dat**

K vyhodnocení dat byl použit Microsoft Office Excel 2007. Podle odpovědí byla provedena procentuelní analýza.



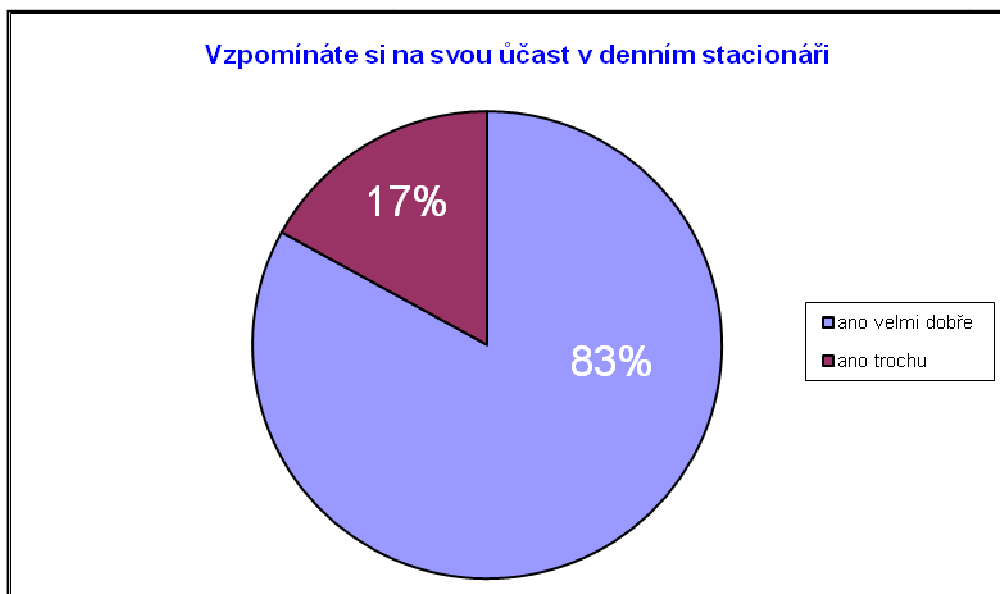
### 3. Výsledky

#### 3.1. Odpovědi na obecné otázky o denním stacionáři

Na svoji účast v denním stacionáři si velmi dobře vzpomíná 20(83%) dotazovaných, trochu 4(17%) pacienti, moc ne nebo vůbec v obou případech 0 (viz. Graf č. 2).

Jste rád/a, že jste navštěvoval/a denní stacionář? 22(92%) pacientů ano, velmi, 2(8%) pacienti ano, trochu a moc ne nebo je mi to jedno 0.

Graf č.2: Vzpomínáte si na svoji účast v denním stacionáři?



### **3.2.Odpovědi na otázky o organizaci denního stacionáře**

Nejvíce zbytečné přišlo v programu pacientům malování 19(79%),dále hry 4(17%),tělocvik 1(4%), psychoedukace a nácvik sociálních dovedností nepřišel zbytečný nikomu. Zpívání písničky na začátku programu uvolnilo 19(21%) pacientů,nebavilo 5(21%) pacientů a nestresovalo nikoho. Hraní her přišlo zábavné a sblížilo s ostatními 22(92%) pacientů,jedno to bylo 2(8%) pacientům,nebavilo nebo připadalo trapné 0. Nácvik sociálních dovedností pomohl zlepšit komunikaci s lidmi 20(84%) pacientům, v ničem nepomohl 2(8%) a nijak neovlivnil 2(8%). Psychoedukace je poučná pro 24(100%) pacientů.

Program od 9.00 do 14.30 vyhovoval 19(79%), 5(21%) dotazovaných odpovědělo, že jim přišel příliš dlouhý. 6 týdnů programu stejně tak vyhovuje 19(79%) pacientům,5(21%) ho považuje za dlouhý. Docházku však nikdo z nich předčasně neukončil.

Během 1. a 2. týdne se lehce unaveni cítili 4(17%) pacienti,velmi unaven nebyl nikdo a 21(83%) pacientů nebylo unaveno vůbec. V průběhu programu (3.-4. Týden) se únava u nikoho neměnila. Celých 6 týdnů všichni dotazovaní spali dobře,celou noc.

### **3.3.Odpovědi na vědomostní otázky**

Na otázku o četnosti psychóz nejvíce odpovědí bylo, že jeden člověk ze sta. Odpovědělo tak 20 lidí (84%), dva (8%) označili jeden z pěti set a stejné procento jeden z tisíce. Že ke vzniku

psychóz nepřispívají chyby ve výchově si myslí 17 (71%) respondentů, 4 (16,5 %) porodní komplikace a 3(12,5%) drogy.

Jaké je riziko rozvinutí nemoci u bratra dívky, která se léčí se schizofrenií? 20(84%) respondentů zaškrtno 10%,1% a 25% označili vždy po dvou (8%).

Na otázky o antipsychoticích odpovídali všichni naprosto shodně,tedy vždy všech 24(100%) označilo stejnou odpověď. Otázky a odpovědi jsou uvedeny v příloze č. 1.

Dále respondenti měli za úkol napsat dva pozitivní a dva negativní příznaky schizofrenie. Pozitivní příznaky:halucinace,bludy 22 pacientů, 1 člověk apatie,neklid a 1 dokonce,že schizofrenie nemá pozitivní příznaky.

Mezi negativní zařadili: nespavost, podrážděnost, apatie, snížená komunikace, deprese, ztráta zájmu,špatné chování,nesoustředěnost,útlum,lenost,únava,hubnutí,poruchy spánku,stihomam. 2 lidé napsali hlasy, bludy a halucinace a 3 lidé neodpověděli vůbec.

### **3.4.Otázky o přínosu denního stacionáře**

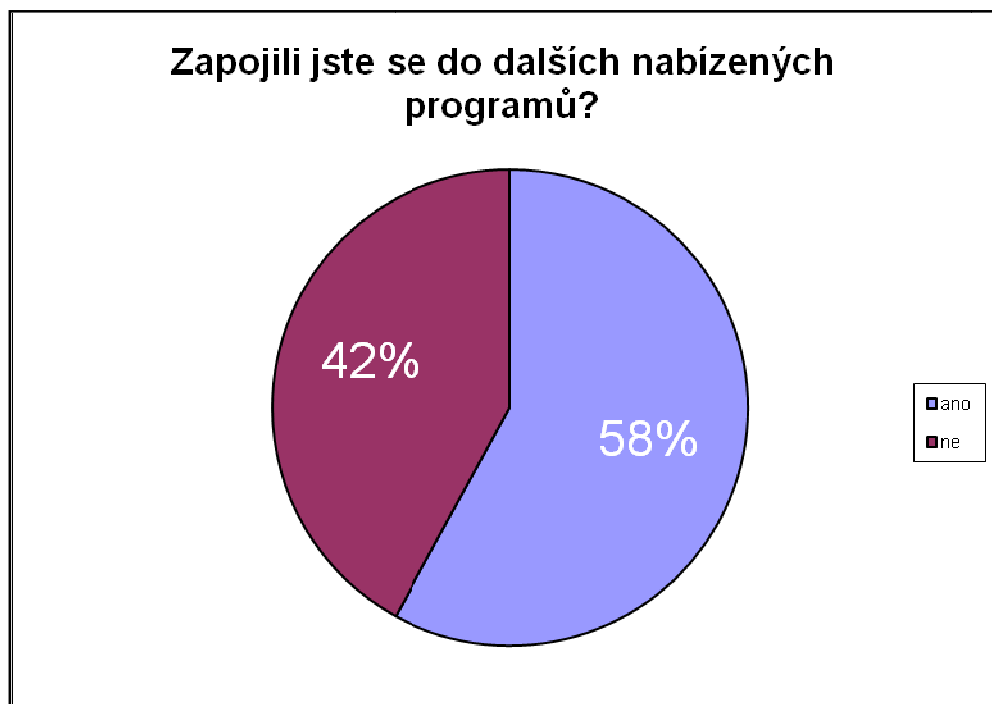
Kontakty získané v denním stacionáři(chráněné bydlení,výuka angličtiny apod.) využilo 21(87,5%) pacientů 3(12,5%) je nevyužili (viz. Graf č. 3).

Do dalších programů pomáhajících zvládnout psychózu se zapojilo 14 (58%) účastníků, 10(42%) se nezapojilo (viz Graf č. 4).

**Graf č.3 Využili jste kontakty získané v denním stacionáři?**

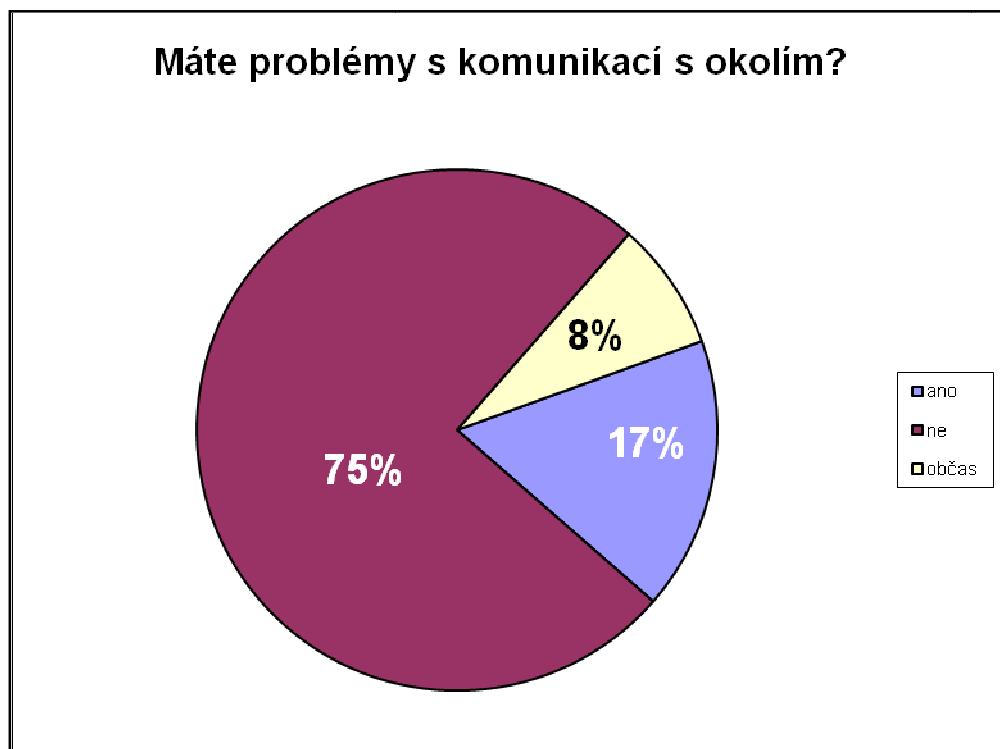


**Graf č.4 Zapoјili jste se do nabízených programů?**

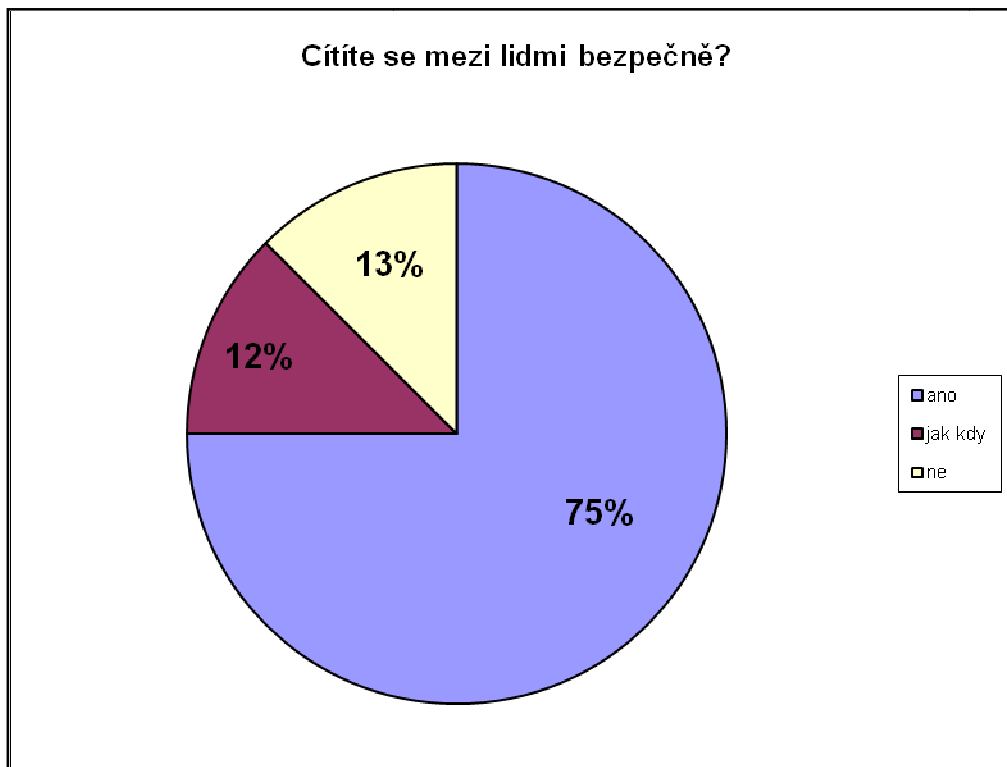


Problémy s komunikací s okolím nemá 18(75%) respondentů, 4(17%) má problémy a 2(8%) uvádí očasné problémy v komunikaci. Mezi lidmi se cítí bezpečně 18(75%) dotazovaných, 3(12,5%) se necítí bezpečně 3(12,5%) jak kdy.

**Graf č.5 Máte problémy s komunikací s okolím?**



**Graf č.6 Cítíte se mezi lidmi bezpečně?**



18(75%) pacientů sděluje lidem ve svém okolí, kteří nejsou ani blízká rodina ani blízcí kamarádi, že se léčí na psychiatrii, 6(25%) si to nechává pro sebe.

Onemocnění, pro které se léčí označují: schizofrenie, akutní psychóza, psychóza nebo schizoafektivní porucha.

Léky přesně podle doporučení svého psychiatra užívá 22(92%) pacientů, 2(8%) se snaží, ale občas zapomenou.

Varovné příznaky blížící se psychózy rozezná 21(87,5%), tuší 3(12,5%) a že by je nerozeznal, nevedl nikdo.

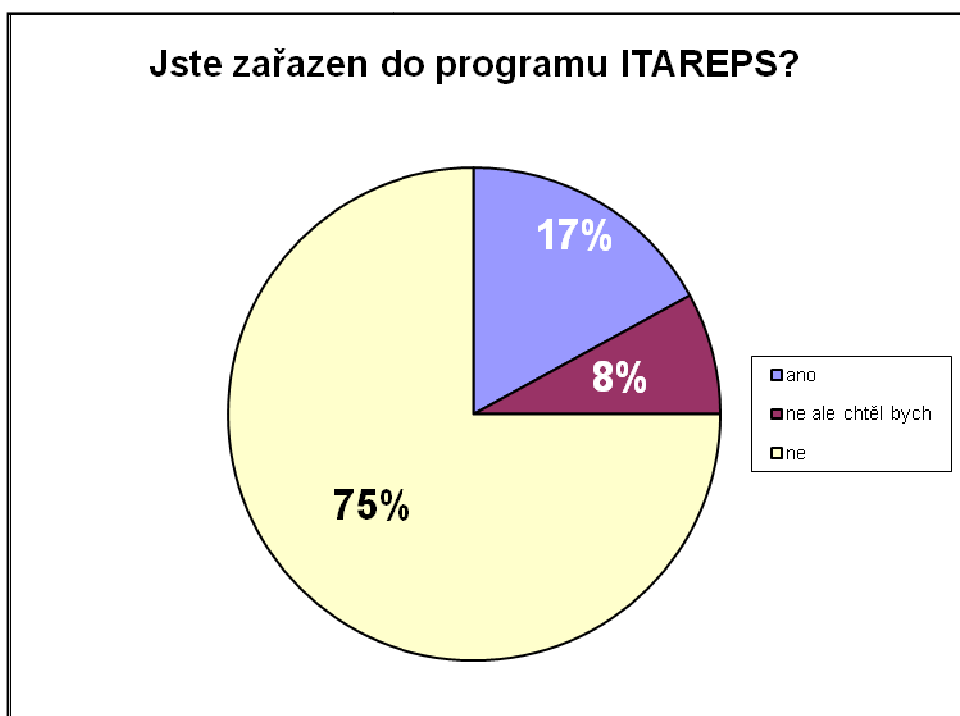
**Graf č.7 Poznáte nyní varovné příznaky blížící se psychózy?**



Do programu ITAREPS jsou zařazeni 4(17%), 2(8%) nejsou,ale chtěli by a 18(75%) pacientů uvedlo,že zařazeni nejsou.



**Graf č.8 Jste zařazení do programu ITAREPS?**



## 4. Diskuze

Snahou denního stacionáře je zlepšit kvalitu života lidí trpících schizofrenií, usnadnit návrat do společnosti, získat náhled nad nemocí, zvýšit spolupráci pacientů s lékaři, prohloubit znalosti o svém onemocnění, vysvětlit pacientům, proč je tak důležité, aby pravidelně užívali své léky a velkým cílem je prevence relapsu onemocnění.

V našem vzorku, i když poměrně malém, byly zastoupeny převážně ženy, mužů bylo podstatně méně. Věková kategorie se pohybovala nejčastěji mezi 20-29 let a vzdělání, jak je uvedeno na počátku studie, bylo hlavně středoškolské a vysokoškolské. Četnost hospitalizací byla jednou nebo dvakrát, zcela výjimečně bylo uvedeno více. Dotazníky zodpovědělo nejvíce pacientů hospitalizovaných v roce 2009, ale celkové rozmezí bylo mezi lety 2006-2009. Největší rozdíl mezi pacienty se projevil ve znalostním testu, kdy pacienti hospitalizovaní v roce 2009 měli vyšší procento správných odpovědí, než pacienti hospitalizovaní v letech 2006-2007.

Důležitým zjištěním bylo, že populaci respondentů tvoří pacienti, kteří absolvovali denní stacionář po první atace. Jeden z důvodů je, že pacienti po první atace častěji přijímají pozvání a účastní se programu. Program je důležité zahájit hned po první atace z několika důvodů. Je preventivní a ekonomicky nenáročný, může minimalizovat nežádoucí zdravotní a sociální dopady. Pacient potřebuje co nejdříve psychologickou podporu, aby se mohl vyrovnat s tím, že je nemocný a že bude muset užívat léky. Deset dní po propuštění z nemocnice si vysadí léky 25% pacientů, ačkoli by je měli užívat minimálně rok (Velligan et al., 2003). Přičemž medikace v léčbě je nepostradatelná, brání pacienty před relapsem.

Časový harmonogram je vyhovující. Pacienti uvádějí, že s délkou programu, jak celkového (šest týdnů), tak s denním počtem hodin (9.00-14.30) jsou spokojeni. Únavu nepocítují. V průběhu programu měli všichni kvalitní spánek, spali dobře celou noc.

Pacienti si na svou účast v denním stacionáři většinou dobře vzpomínají. S programem jsou téměř všichni spokojeni. Když už by měli něco vynechat, tak uvádí malování nebo tělesné aktivity. Zdůvodňují to tím, že neumějí malovat a cvičit se jim nechce. Hraní her či zpívání písniček vnímají pozitivně a uvádějí, že je uvolnilo a sblížilo s ostatními lidmi. Psychoedukaci a nácvik sociálních dovedností hodnotí velice kladně. Je pro ně poučná a usnadnila jim návrat do společnosti. Úspěšnost psychoedukace jsme ověřovali znalostním testem.

Ve vědomostním testu odpovídali respondenti velice často shodně a také správně. Ohledně antipsychotik mají přehled, jak vlastně fungují a chápou tedy, proč je mají užívat. Což se

zřejmě odrazilo i na tom, že většina dotázaných své léky pravidelně užívá podle doporučení psychiatra a pokud ne, tak se o to alespoň snaží. Což je dalším velmi důležitým zjištěním, jelikož pravidelné užívání léků je podstatné v prevenci relapsu onemocnění, jak již bylo zmíněno výše. Nikdo neuvedl, že by z jakéhokoliv důvodu léky neužíval. Jedním z problémů byla odpověď na negativní příznaky, kdy tři pacienti vůbec neodpověděli, což se u zbytku otázek nestalo a dva uvedli příznaky pozitivní. To jen dokládá klinickou zkušenost, že označovat tak nepříjemné příznaky jakou jsou bludy a halucinace za „pozitivní“, je problematické. Pacienti totiž slovo pozitivní chápou ve smyslu jako něco kladného dobrého a pak tedy logicky nepřijmou představu, že jejich psychotické příznaky by do této kategorie spadaly. Dále se ukazuje, že z praktického hlediska není nutné učit pacienty třídit příznaky, obzvláště když je psychiatrii třídí podle koncepce z 19. století, která tehdy jistě byla přínosná, ale přeci jen v dnešních dnech je poněkud zastaralá a nepraktická. Což dokládají i obtíže pacientů tento koncept pochopit.

Další otázkou, kde se rozcházeli v odpovědích bylo, co nepřispívá ke vzniku psychózy. Většina odpověděla chyby ve výchově, ale zastoupeny byly i drogy a porodní komplikace. Chybné odpovědi byly od pacientů, kteří absolvovali denní stacionář již dříve, tedy v letech 2006 -2007.

Z výzkumu dále vyplývá, že pacienti po absolvování denního stacionáře nemají problémy s komunikací s okolím, mezi lidmi se cítí relativně bezpečně a často sdělují, že se léčí na psychiatrii. To znamená, že nácvik sociálních dovedností, tak, jak je v programu zařazen, vede k žádoucímu efektu.

Nabízené kontakty využívají. Jediné, co zatím moc nevyužívají je program ITAREPS. Podstatná je zde neochota ambulantních psychiatrů tento program využívat. Mnohdy pacient o účast v programu stojí, ale jeho lékař jej odmítne zařadit.

V osobním rozhovoru s některými pacienty jsme se dozvěděli, že jsou v denním stacionáři spokojeni, protože jsou mezi lidmi, se kterými si o svém onemocnění, obavách a problémech mohou promluvit a oni je chápou. Mohou si hovořit otevřeně, což je v běžném životě docela velký problém, protože jakmile se zmíní, že se léčí na psychiatrii, lidé si od nich udržují „odstup“, jak to sami nazvali.

## Závěr

Denní stacionář je pro pacienty nepochybně velikým přínosem. Potvrdila to jednak celková spokojenost pacientů s programem. Důkazem je i ochota při spolupráci na výzkumu.

Při vyhodnocení znalostního testu jsme v naší studii došli k závěru, že úroveň znalostí pacientů je vysoká, bez ohledu na věk nebo vzdělání. Jediný rozdíl se projevil mezi pacienty, kteří denní stacionář absolvovali v letech 2006-2007, kde úroveň znalostí byla nižší.

Podle výsledků se také ukázalo, že pacienti pochopili podstatu onemocnění, mechanismus účinku antipsychotik, dobře rozumí tomu, proč musí léky pravidelně užívat, většina z nich léčbu dodržuje a také umí rozpoznat časné varovné příznaky relapsu onemocnění. Compliance pacientů našeho souboru je vysoká.

Kontakty a nabízené programy jsou využívány. Řídí se radami získanými v denním stacionáři. Délka a struktura programu většině pacientů vyhovuje.

75% absolventů programu udává, že po absolvování programu neměli problém komunikovat s okolím, cítili se ve společnosti bezpečně. Lidem ve svém okolí sdělují, že se léčí na psychiatrii. Program jim pomohl překlenout těžké období po návratu z hospitalizace, zamezil u nich sociální izolaci a usnadnil jim návrat do společnosti.

Jedná se o intervenci účinnou, s obrovským destigmatizačním potenciálem.

## Souhrn

Denní stacionář je šestitýdenní skupinový strukturovaný stacionární program integrované terapie určený pacientům trpícím schizofrenií, nejlépe po první atace, kdy pacienti potřebují co nejdříve psychologickou podporu, aby se vyrovnali s tím, že onemocněli a že budou muset užívat léky. Program vede psychiatr a sestra. Součástí programu je psychoterapie, individuální a rodinná psychoedukace, nácvik sociálních dovedností, rehabilitace kognitivních funkcí, intervence podporující zdravý životní styl a program prevence relapsu s pomocí informačních technologií ITAREPS.

Hlavním cílem denního stacionáře je poskytnout prostor pro psychiatrickou rehabilitaci a překlenout období křehké remise po propuštění z hospitalizace.

Pomocí jednotlivých intervencí, u nichž bylo prokázáno, že mnohem vyšší účinnost mají, provádí-li se kombinovaně, je snahou zlepšit kvalitu života pacientů a usnadnit jim návrat do společnosti. Další snahou je naučit pacienty a jejich příbuzné rozpoznat časné varovné příznaky a vyvarovat se tak úplnému rozvoji relapsu onemocnění.

Hlavními problémy u pacientů jsou rozpoznat vlastní nemoc, porucha zpracování informací, střídání atak a remisí, postoj společnosti k duševně nemocným a stigma spjaté s diagnózou schizofrenie, podpora v rodině.

Pacienti si musí uvědomit, že jsou nemocní. Pochopit, že budou-li pravidelně užívat léky, vyhnou se relapsu onemocnění. A léky budou užívat tehdy, pochopí-li, proč je to důležité. Relapsu se také mohou vyhnout, naučí-li se zvládat stres, zdravě žít, dodržovat pravidelný denní režim. Dále je důležité, aby získali podporu v rodině. Pacienti, kteří ji mají, prokazatelně lépe spolupracují. Zásadním problémem je nedostatek informací jak pro pacienty, tak pro příbuzné, což se programy v denním stacionáři snaží odbourat. Všechno toto jsou snahy vyhnout se relapsu onemocnění a to, jak se zdá, se v denním stacionáři úspěšně děje.

Studii jsme prováděli pomocí dotazníku, který byl rozeslán mezi 52 pacientů hospitalizovaných v letech 2006-2009. Návratnost činila 46%, 70% žen a 30% mužů.

V terénní dotazníkové studii jsme zmapovali základní demografické údaje a četnost hospitalizací. Dále jsme se ptali na spokojenost s programem denního stacionáře, součástí byl také znalostní test a nakonec přínos denního stacionáře pro pacienty.

Pacienti vyjádřili svou spokojenost s programem a zároveň projevili dobré znalosti ohledně svého onemocnění. Compliance pacientů v našem souboru je vysoká. Kontakty získané během programu pacientivyužívají. Denní stacionář je pro většinu z nich přínosem. Zlepšil jejich kvalitu života, umožnil pochopit podstatu onemocnění, zamezil sociální izolaci a usnadnil jim návrat do společnosti. Význam denního stacionáře v prevenci relapsu psychotických onemocnění je nepochybně vysoký.

## Summary

Day treatment programme is clinically-based 6-week structured integrated programme for out patients with schizophrenia, best after first attack, when patients need psychological support as soon as possible to cope with their illness and with reality, that they have to use drugs. The programme is led by psychiatrist and nurse-therapist. The group day treatment programme consists of individual and family psychoeducation, social skill training, life style improvement intervention, cognitive remediation and information aided relapse prevention programme ITAREPS.

The principal aim of day treatment programme is afford place for psychiatric rehabilitation and surmount stage after release from hospital.

Combination of all those interventions is more effective. And by this way doctors try to improve quality of patient's life and make easy return to society. Although they try to educate patients and their families to recognize early warning signs of relapse.

Main problems are: recognize illness, bad manipulation with informations, changing relapse and remissions, stigma of schizophrenia in society, support in family.

Patients have to know, that they are ill. They have to understand, that if they take pills every day, the relapse does not come. And they will take pills, if they will understand, why is it so important. They have to get stress under kontrol, healthy life style and fixed daily regime are important too. Support in family is although important. People with support have better compliance. Absence of informations for patients and their families are also problem and day treatment programme try to minimalized it.

All these interventions try to minimalized relapse of illness and day treatment programme is successfull in it.

We made the study by quastionnaire, sent out to 52 patients hospitalized during years 2006-2009. Returnability was 46%, 70% women and 30% men.

In a field questionnaire survey we mapped basic demographic data and frequency of hospitalizations. Satisfaction with day treatment programme, theoretical knowledge of participants and general benefit of programme.

Satisfaction of participants is high, knowledge about their illness is very good. Compliance of patients from our sample is high. They use the contacts from the programme. Day treatment programme is benefical for them. He improved quality of their lifes, made possible to understand their illness, lowered social isolation and made easier return back to life.

Day treatment programme for psychotic disorders and relapse prevention is really high.



## Seznam použité literatury

1. BRENNER HD, RODER V, HODEL B, et al: Integrated psychological therapy for schizophrenic patients. Seattle, Hogrefe a Huber, 1994.
2. CORRIGAN P.W., LIBERMAN, R.P., ENGEL, J.D. From non-compliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*. 1990, 41,1203-1211.
3. DYCK,D.G., HENDRYX, M.S., SHORT, R.A. Service use among patients with schizophrenia in psychoeducational multiple-family group treatment. *Psychiatric Services*. 2002, 53,749-754.
4. GARETY PA, FOWLER D, KUIPERS E, et al. London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis II:Predictors of outcome. *Br J Psychiatry* 1997,171: 420-426
5. HOGARTY GE, FLESHER S. Developmental theory for a cognitive enhancement therapy for schizofrenia. *Schizophr Bull* 1999,25(4):677-92
6. KITZLEROVÁ E., MOTLOVÁ L., DRAGOMIRECKÁ E. I pacienti se schizofrenií mohou být fit: Roční výsledky programu pro dobré zdraví v České republice. *Psychiatrie* 2008
7. LAMBERT TJ, VELAKOULIS D, PANTELIS C. Medical comorbidity in schizophrenia. *Med J Aust*.2003,5,178,Suppl:S67-70
8. LIBERMAN RP, WALLACE CJ, BLACKWELL G et al. Innovations in skills training for the seriously mentally ill. The UCLA social and independent living dillk modules. *Innovations and research* 1993,2:43-60
9. LINCOLN T.M., WILHELM, K., NESTORIUC, Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrneia Res*. 2007, 96, 232-245.
10. MC FARLANE W.R. et al. Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003, 29,223-245.
11. MOTLOVA, L. Rodinná psychoedukace u schizofrenie. *Psychiatrie*. 2005, vol. 9,221-226.
12. MOTLOVÁ L.; DRAGOMIRECKÁE. Schizofrenie a kvalita života. *Psychiatrie*. 2003, 7, 1,84-90.

13. MOTLOVA, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ČERMÁK, J., et al. Day treatment program for schizophrenia: the 6-week follow-up concerning psychopathology and quality of life. *Psychiatrie*. 2007, vol.11, suppl.3, 26-26.
14. MOTLOVA, L.; DRAGOMIRECKA, E; SPANIEL, F. et al. Relapse Prevention in Schizophrenia: Does Group Family Psychoeducation Matter? One-year Prospective Follow-up Field Study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. 2006, 10, 38-44.
15. MOTLOVA, L.; ŠPANIEL, F.; KITZLEROVÁ, E., et al. PREDUKA. Preventivě edukační program proti relapse psychózy. Evyan, s.r.o. 2007. ISBN: 978-80-968599-5-5.
16. MUESSER, K.T. et al. Implementing Evidence-Based Practices for People With Severe Mental Illness. *Behavioral Modification* 2003, 27, 387-411.
17. RATHOD S, KINGDON D, WEIDEN P, TURKINGTON D. Cognitive-behavioral therapy for medication-resistant schizophrenia: a review. *J Psychiatr Pract*. 2008, 14(1): 22-33
18. ROBINSON, D. et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1999, 56, 241-247.
19. RUMMEL-KLUGE CH., KISLING W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry* 2008, 21: 168-172
20. SIBITZ I, AMERING M, GOSSLER R et al. Patients perspective on what works in psycheducational groups for schizophrenia. *Soc. Psychiatr epidemil* 2007, 42: 909-915
21. ŠPANIEL, F.; VOHLÍDKA, P.; HRDLIČKA, J.; KOŽENÝ, J.; NOVÁK, T.; MOTLOVÁ L.; ČERMÁK, J.; BEDNAŘÍK, J.; NOVÁK, D.; HÖSCHL, C. ITAREPS: Information Technology Aided Relapse Prevention Programme in Schizophrenia. *Schizophrenia Research*. 2008, vol. 98, no 1, p. 312-317.

## **Seznam tabulek a grafů**

Tabulka č. 1 Základní demografické údaje

Tabulka č. 2 Četnost hospitalizací

Tabulka č. 3 Absolvování denního stacionáře

Graf č. 1 Návratnost dotazníků

Graf č. 2 Vzpomínáte si na svoji účast v denním stacionáři?

Graf č. 3 Využili jste kontakty získané v denním stacionáři?

Graf č. 4 Zapojili jste se do nabízených programů?

Graf č. 5 Máte problémy s komunikací s okolím?

Graf č. 6 Cítíte se mezi lidmi bezpečně?

Graf č. 7 Poznáte nyní varovné příznaky blížící se psychózy?

Graf č. 8 Jste zařazeni do programu ITAREPS?

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Odpovědi na otázky-antipsychotika

Příloha č. 2: Dotazník

## **PŘÍLOHA Č. 1**

Otázky a odpovědi zněly: Antipsychotika jsou léky, které...snižují působení dopaminu v limbickém systému. Antipsychotika nejrychleji zabírají na...pozitivní příznaky schizofrenie. Antipsychotika je nutno užívat... 1-2 roky po první atace, 5 let po druhé atace a do konce života po třetí atace. Dle obrázku (viz. Příloha) označili všichni shodně dopaminové receptory jako schránky, dopamin jako dopisy a antipsychotika jako náplasti. Na otázku, jak fungují antipsychotika odpovídali takto:zalepují neuroreceptory proti přemnoženému dopaminu, usměřňují dopamin, zalepují schránky, vážou se na dopaminergní receptory, zabraňují působení dopaminu v limbickém systému,omezují působení dopaminu,zabrání vložení dopisů do schránky a jejich přemnožení,zabraňují,aby dopamin byl v normě... Zbytek odpovědí byl shodný s předešlými.

## PŘÍLOHA Č. 2 - DOTAZNÍK

**Dobrý den,**

jmenuji se **Dana Petráňová** a jsem studentka 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Pod vedením MUDr. Lucie Bankovské-Motlové, PhD. zpracovávám diplomovou práci o významu denního stacionáře v prevenci relapsu psychotických onemocnění.

Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění následujícího dotazníku. Jeho součástí je i malý znalostní test.

Zajímají mě Vaše současné znalosti a neznalosti, nepoužívejte proto, prosím, internet, chytré knihy ani rady kamarádů.

U otázek s vypsánými variantami odpovědí vyberte prosím vždy jednu možnost. Jedním kliknutím myši odpověď označíte, druhým kliknutím ji opět zrušíte. U doplňovacích otázek prosím vpisujte své odpovědi do šedých políček.

Například:

**Kolik nohou má pes?**

- jednu
- dvě
- tři
- čtyři

Dotazník můžete vyplnit na počítači a odeslat na e-mail:

**[dana.petranova@seznam.cz](mailto:dana.petranova@seznam.cz)**

(nezapomeňte předtím, prosím, Váš dotazník uložit).

Nebo můžete dotazník vytisknout, psát do něj Vaše odpovědi rukou (křížkovat a vpisovat) a poslat jej na adresu:

*MUDr. Lucie Bankovská Motlová*  
*Psychiatrické centrum Praha, pavilon 23*  
*Ústavní 91*  
*181 03 Praha 8*

**Veškeré údaje o Vaší osobě podléhají lékařskému tajemství a budou zpracovány anonymně.**

**Za spolupráci Vám moc děkuji.**

**1. Vzpomínáte si na svoji účast v denním stacionáři?**

- ano, velmi dobře
- ano, trochu
- moc ne
- vůbec

**2. Kdy jste absolvovali denní stacionář? Uved'te, prosím,rok a měsíc konání.**

**3. Kolikrát jste byl/a dosud hospitalizován/a pro psychózu?**

**4. Napište, prosím, Váš:**

Věk:

Pohlaví:

- žena /  muž

Nejvyšší dokončené vzdělání:

- ZŠ /  vyučen /  SŠ /  VŠ

**5. Jste rád/a,že jste se navštěvoval/a denní stacionář?**

- ano, velmi
- ano, trochu
- moc ne
- ne
- je mi to jedno



**6. Využili jste kontakty, které jste získali v denním stacionáři (chráněné bydlení, výuka angličtinyapod.)?**

- ano
- ne
- žádné jsme nedostali

**7. Zapojil/a jste se ještě do nějakého dalšího programu pomáhajícímu zvládnout psychózu? Například skupina pro absolventy denního stacionáře, klub, chráněné bydlení, chráněné pracoviště, atd.**

- ano
- ne

**8. Co Vám přišlo v programu denního stacionáře zbytečné?**

- psychoedukace
- nácvik sociálních dovedností
- malování
- hry
- tělocvik

**9. Zpívání písničky na začátku programu**

- mě nebavilo
- mě uvolnilo
- mě stresovalo

**10. Hraní her**

- mně přišlo zábavné, sblížilo mě to s ostatními
- mě nebavilo

- bylo trapné
- je mi to jedno

### 11. Nácvik sociálních dovedností

- mi pomohl zlepšit komunikaci s lidmi
- mi v ničem nepomohl
- mě nijak neovlivnil

### 12. Psychoedukace mi přišla

- poučná
- zbytečná
- nudná
- nesrozumitelná

### 13. Jak časté jsou psychózy?

- jeden člověk z tisíce
- jeden člověk z pěti set
- jeden člověk ze sta

### 14. Ke vzniku psychózy nepřispívají:

- chyby ve výchově
- porodní komplikace
- drogy

### 15. Petra se léčí se schizofrenií. Jaké riziko vzniku této nemoci má Petřin bratr Jirka?

- 1%
- 10%
- 25%

**16. Napište, prosím, dva pozitivní příznaky schizofrenie**


**17. Napište, prosím, dva negativní příznaky schizofrenie**


**18. Antipsychotika jsou léky, které:**

- snižují působení dopaminu v limbickém systému
- zvyšují působení dopaminu v limbickém systému
- nemají s dopaminem nic společného

**19. Na které příznaky schizofrenie zabírají antipsychotika nejrychleji?**

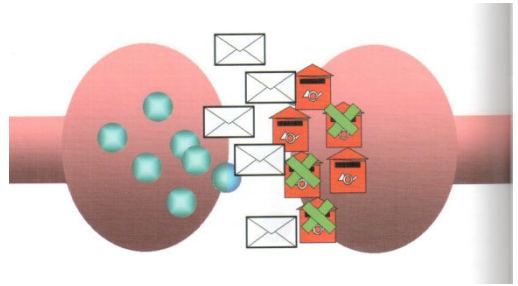
- na pozitivní
- na negativní
- na kognitivní

**20. Antipsychotika je obvykle nutno užívat:**

- 1 rok po každé atace
- dokud trvají příznaky psychózy
- 1-2 roky po první atace, 5 let po druhé atace a do konce života po třetí atace

21. Jak jsou na obrázku znázorněny dopaminové receptory?

- jako dopisy
- jako schránky
- jako náplasti



22. Jak je na obrázku znázorněn dopamin?

- jako dopisy
- jako schránky
- jako náplasti

23. Jak jsou na obrázku znázorněna antipsychotika?

- jako dopisy
- jako schránky
- jako náplasti

24. Popište podle předchozího obrázku, jak fungují antipsychotika:

25. Program od 9.00 do 14.30 mi přišel:

- dlouhý, nešlo to vydržet
- dlouhý, ale dalo se to vydržet
- krátký
- akorát

**26. 6 týdnů programu denního stacionáře mi přišlo**

- dlouhé
- krátké
- akorát
- ukončil/a jsem docházku předčasně

**27. Na začátku denního stacionáře (zhruba 1. a 2. týden) jsem se cítil/a po programu**

- velmi unavený/á
- lehce unavený/á
- nebyl/a jsem unavený/á

**28. V průběhu programu (3.-4. týden) se únava**

- snižovala
- zvyšovala
- neměnila, byl/a jsem stále stejně unavený/á
- neměnila,nebyl/a jsem unavený/á

**29. Prvních 14 dní denního stacionáře jsem spal/a**

- dobře, celou noc
- v noci jsem se budil/a
- nespál/a jsem

**30. Poslední týden denního stacionáře jsem spal/a**

- dobře, celou noc
- v noci jsem se budil/a
- nespál/a jsem

**31. Poznáte nyní časné varovné příznaky blížící se psychózy?**

- ano
- tuším
- ne

**32. Máte nyní problémy s komunikací s Vaším okolím?**

- ano
- ne
- občas

**33. Cítíte se mezi lidmi bezpečně?**

- ano
- jak kdy
- ne

**34. Sdělujete lidem ve svém okolí, kteří nejsou Vaše blízká rodina nebo blízcí kamarádi, že se léčíte na psychiatrii?**

- ano
- ne

**35. Pokud ano, jak označujete onemocnění, pro které se léčíte? (napište)**

**36. Užíváte Vaše léky přesně podle doporučení Vašeho psychiatra?**

- ano
- snažím se, ale občas zapomenu
- ne

**37. V denní stacionáři jste se dozvěděli o programu ITAREPS. Jste do něj zařazeni?**

- ano
- ne, ale chtěl/a bych
- ne
- nevím, co to je

**To je vše, děkuji za spolupráci!!**

**Pokud máte k tomuto dotazníku jakýkoli dotaz, napište, prosím, e-mail MUDr. Lucii Bankovské  
Motlové: [motlova@pcp.lf3.cuni.cz](mailto:motlova@pcp.lf3.cuni.cz)**