

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



# DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Miroslava Veselková

**Subjektivní vnímání léčby osobami se  
schizofrenním onemocněním**

**Subjective perception of treatment of people  
with schizophrenic disease**

Praha 2020

Vedoucí práce: PhDr. Katarína Loneková, Ph.D.

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat PhDr. Kataríně Lonekové, Ph.D. za odborné vedení mé práce. Děkuji za podnětné připomínky a také za vstřícný přístup a podporu. Chtěla bych také poděkovat vedení oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, kde výzkum probíhal. Děkuji nejen za to, že mi bylo umožněno výzkum realizovat, ale také že jsem ho na oddělení nemocnice mohla dokončit i přes omezení, která vyvstala v souvislosti se zabráněním šíření koronaviru (COVID-19). Další poděkování patří psychologům působícím na tomto oddělení, kteří vybírali a následně i oslovovali vhodné respondenty pro výzkum. Rovněž děkuji také všem zapojeným respondentům.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

*V Praze dne*

.....

*Bc. Miroslava Veselková*

## **Abstrakt**

Cílem této diplomové práce je představení současných trendů v léčbě schizofrenie a zprostředkování zkušenosti osob se schizofrenním onemocněním s léčbou během hospitalizace. Teoretická část se skládá ze dvou kapitol. První z nich stručně charakterizuje schizofrenii a popisuje, jakým způsobem může toto onemocnění ovlivnit kvalitu života. Druhá kapitola pojednává o formách léčby, které jsou v současné době pokládány za nevhodnější a prezentuje to, jak vnímá léčbu tato skupina nemocných.

Empirická část vychází z kvalitativní metodologie. Výzkumu se účastnilo 9 osob se schizofrenním onemocněním ve věku 19–43 let podstupujících stabilizační fázi léčby v rámci hospitalizace. Data byla získána pomocí polostrukturovaných hloubkových rozhovorů a následně byla analyzována metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Na základě analýzy byly identifikovány dvě tematické domény: zkušenost respondentů s léčbou během hospitalizace a zkušenost respondentů s intervencemi nabízenými v průběhu hospitalizace. Zjištěné výsledky jsou popsány a také diskutovány s výzkumy, které se zabývají podobnou tematikou.

## **Klíčová slova**

schizofrenie, léčba, vnímání léčby, psychosociální intervence, kvalita života

## **Abstract**

The aim of this thesis is to present current trends in the treatment of schizophrenia and to mediate the experience of people with schizophrenia that are treated during hospitalization. The theoretical part consists of two chapters. The first chapter briefly characterizes schizophrenia and describes how the disease can affect the quality of life. The second chapter deals with the forms of treatment that are currently considered the most appropriate and presents how this group of patients perceives the treatment.

The empirical part is based on a qualitative methodology. The study involved 9 people with the schizophrenic disease aged 19–43 years undergoing the stabilization phase of treatment during hospitalization. Data were obtained using semi-structured in-depth interviews and then analyzed by interpretive phenomenological analysis. Based on the analysis, two thematic domains were identified: the respondents' experience with treatment during hospitalization, and the respondents' experience with the interventions offered during hospitalization. The obtained results are described and also discussed with other researches dealing with similar topics.

## **Keywords**

schizophrenia, treatment, perception of treatment, psychosocial intervention, quality of life

## Obsah

Úvod .....	12
I. Teoretická část.....	14
1. Schizofrenie .....	14
1.1 Epidemiologie.....	14
1.2 Etiopatogeneze.....	15
1.3 Charakteristika onemocnění .....	15
1.3.1 Projevy.....	15
1.3.2 Typy.....	16
1.4 Průběh.....	17
1.5 Kvalita života.....	19
2. Léčba .....	22
2.1 Průběh léčby .....	22
2.1.1 Prevence .....	22
2.1.2 Akutní léčba.....	22
2.1.3 Stabilizační a udržovací léčba .....	23
2.2 Farmakoterapie .....	24
2.3 Psychoterapie.....	26
2.3.1 Kognitivně-behaviorální terapie .....	26
2.3.2 Intervence třetí vlny kognitivně-behaviorální terapie .....	28
2.4 Psychoedukace .....	29
2.5 Kognitivní remediace .....	32
2.6 Trénink sociálních dovedností.....	34
2.7 Umělecké terapie .....	36
2.7.1 Arteterapie .....	36
2.7.2 Muzikoterapie.....	38
2.8 Intervence zaměřené na rodinu pacienta .....	39

2.9 Subjektivní vnímání léčby osobami se schizofrenním onemocněním .....	41
II. Výzkumná část.....	43
3. Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek .....	43
4. Výzkumný soubor .....	44
5. Design výzkumného projektu.....	46
5.1 Typ výzkumu.....	46
5.2 Metody získávání dat.....	47
5.2.1 Sběr výzkumného materiálu .....	47
5.2.2 Struktura rozhovoru.....	48
5.3 Metody zpracování a analýzy dat .....	50
5.3.1 Zpracování za použití zvolených metod.....	51
5.4 Etické aspekty výzkumu.....	51
6. Výsledky.....	53
6.1 Popis výzkumného souboru.....	53
6.2 Výzkumná otázka č. 1 .....	57
6.3 Výzkumná otázka č. 2 .....	63
6.4 Shrnutí výsledků výzkumu .....	83
7. Diskuse .....	86
7.1 Výsledky.....	86
7.2 Zajištění kvality výzkumu .....	89
7.3 Limity výzkumu .....	91
7.4 Náměty pro další výzkum a doporučení .....	93
Závěr.....	95
Seznam použité literatury .....	97
Seznam obrázků.....	115
Seznam tabulek.....	116
Seznam zkratk.....	117

Seznam příloh.....	118
--------------------	-----

## Úvod

Se schizofrenním onemocněním se potýká ve světě více než 20 milionů osob (Global Burden of Disease [GBD], 2017). Jedná se tedy o duševní poruchu, která výrazně zasahuje do života mnoha lidí. Nejen že se pojí s touto nemocí nižší kvalita života (Dong et al., 2019), ale zároveň projevy schizofrenie provázejí větší část nemocných dlouhodobě (Harrow & Jobe, 2010). O to více je důležité snažit se zajistit pro tuto skupinu duševně nemocných dostupnou a kvalitní péči.

V současné době v České republice probíhá reformace psychiatrické péče, která si klade za cíl zlepšit úroveň léčby. Tato reformace usiluje o zajištění lepší dostupnosti a provázanosti zdravotních a sociálních služeb a také o zmírnění stigmatizace duševně nemocných ze strany společnosti. Postupně se napříč republikou zakládají centra duševního zdraví a nové ambulance (MZ ČR, 2013).

V rámci reformace už proběhlo také několik orientačních výzkumů. Jednalo se například o systematické šetření, které mapovalo to, jak se daří v psychiatrických nemocnicích naplňovat Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Ze získaných dat vyplynulo, že nejvíce nedostatků se objevovalo v oblasti zohledňování preferencí uživatelů ve volbě podoby léčby a v umožnění přístupu k edukačním příležitostem (Winkler, Kondrátová, Kučera & Palánová, 2019). Realizováno bylo také dotazníkové šetření zaměřené na to, jak vnímají kvalitu poskytované péče samotní uživatelé, jejich rodinní příslušníci či blízké osoby (Reforma péče o duševní zdraví, n. d.).

Tato diplomová práce se snaží ke zvýšení kvality péče o osoby s duševním onemocněním přispět a na získané poznatky navázat. V odborné literatuře sice nacházíme celou řadu studií sledujících účinnost jednotlivých psychofarmakologických a psychosociálních intervencí, nicméně podstatně méně pozornosti je věnováno tomu, jak léčbu hodnotí a prožívají samotní pacienti. Z tohoto důvodu si tato práce stanovila za cíl nejen prezentovat efekty současných forem léčby, ale také zprostředkování zkušenosti osob se schizofrenním onemocněním s léčbou během hospitalizace. Na vnímání není v této práci nahlíženo v klasickém pojetí kognitivní psychologie, ale tento pojem v sobě zahrnuje to, jakým způsobem respondent reflektuje svoji zkušenost s léčbou – jak participant léčbu prožívá či jaký postoj k ní zaujímá.

Tato práce se dělí na dvě části – teoretickou a empirickou. Teoretická část se skládá ze dvou kapitol. První z nich pojednává o schizofrenním onemocnění a s ohledem na cíl

práce se zaměřuje více na popsání průběhu nemoci a toho, jakým způsobem schizofrenie může ovlivňovat kvalitu života. Druhá kapitola se zabývá možnostmi léčby schizofrenie a popisuje to, jak by léčba měla probíhat. Tato kapitola také představuje intervence, které jsou považovány za nejvhodnější. Každá z uvedených intervencí je nejprve stručně charakterizována, a poté je věnována pozornost především tomu, jak se dané intervence ukazují v léčbě schizofrenie účinné. Záměr teoretické části nespočívá v detailním popisu onemocnění a jednotlivých intervencí, ale spíše v poskytnutí kontextu pro lepší porozumění výsledkům výzkumu. Zároveň prezentace výsledků současných studií může upozornit na ty oblasti léčby, kde by bylo užitečné realizovat další výzkumy.

Empirická část se zaměřuje na zkušenost osob se schizofrenním onemocněním s léčbou, kterou podstoupili během hospitalizace. Je zkoumáno nejen to, jakým způsobem pacienti léčbu vnímají, ale také to, jak hodnotí intervence, se kterými měli v průběhu hospitalizace zkušenost. Období hospitalizace bylo vybráno především proto, že se mnohdy jedná o první zkušenost nemocného s léčbou, a navíc právě toto období může ovlivnit, do jaké míry bude nemocný ochoten při navazující léčbě spolupracovat.

Přínos této práce lze spatřovat ve zprostředkování pohledu několika ( $N = 9$ ) osob se schizofrenním onemocněním na to, jaký význam léčbě připisují a jak ji hodnotí ze svého pohledu. Navíc tato práce může poskytnout odborníkům určitou zpětnou vazbu a upozornit na to, co v léčbě považují za důležité samotní pacienti.

# I. Teoretická část

## 1. Schizofrenie

Tato kapitola představuje čtenáři schizofrenní onemocnění. Pojednává o epidemiologii, etiopatogenezi a průběhu schizofrenie a také obsahuje charakteristiku této nemoci. Vzhledem k tomu, že obsáhlý popis onemocnění lze najít ve značném počtu odborných publikací, jsou projevy a formy schizofrenie představeny pouze okrajově. V poslední části kapitoly je pozornost věnována také kvalitě života osob se schizofrenním onemocněním.

### 1.1 Epidemiologie

V rámci zhodnocení výskytu schizofrenie se lze zaměřit na bodovou prevalenci, celoživotní prevalenci a incidenci. Na základě analýzy hodnot **bodové prevalence** ve 195 zemích světa dospěli výzkumníci k závěru, že v roce 2016 se v celosvětové populaci potýkalo se schizofrenií **0,28 % populace** (Charlson et al., 2018). Údaje z roku 2017 pak hovoří přibližně o 20 milionech osob postižených tímto onemocněním (GBD, 2017). V České republice pocházejí nejnovější informace o prevalenci z roku 2013. V tomto roce podstupovalo léčbu v ambulantních zařízeních celkem 48 603 osob, což představuje **0,46 % české populace** (Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [ÚZIS ČR], 2014).

U **celoživotní prevalence** řada autorů udává **tradičně 1 %** (Češková, 2012; Libiger, 2001). Nicméně metaanalýzy studií z posledních let tento předpoklad nepotvrzují a naznačují, že se jedná o hodnotu nižší. Například McGrath, Saha, Chant a Wellham (2008) zjistili na základě analýzy 188 studií realizovaných mezi lety 1965–2002 hodnotu prevalence **0,4 %**. Výzkumníci také objevili, že vyšší prevalence schizofrenie se objevovala ve vyspělých státech spíše než v rozvojových. Dále byly hodnoty prevalence vyšší u skupiny imigrantů v porovnání s rodilými obyvateli (McGrath et al., 2008). K podobné hodnotě (**0,48 %**) dospěli také Simeone, Wardl, Rotellal, Collins a Windisch (2015). Ti zkoumali 61 výzkumů, které proběhly mezi lety 2003–2013. Nejnižší prevalence byla zaznamenána v Asii a v Evropě (v rozmezí 0,07 – 0,27 %). Naopak pět nejvyšších hodnot pocházelo z Afriky (hodnoty prevalence od 2,72 – 5,70 %). *Tyto rozdíly podle autorů reflektují odlišnosti v uvědomělosti nemoci a v použitých diagnostických kritériích* (Simeone et al., 2015).

**Incidenci** uvádí Libiger (2002) mezi 7–42 osobami na 10 000 obyvatel za rok. Češková (2012) zmiňuje hodnoty nižší – a to mezi 2–4 případy. Ještě menší číslo (**1,52**) popisují ve své studii McGrath et al. (2008). Výsledky výzkumů (Aleman, Kahn, & Selten, 2003; McGrath et al., 2008) také naznačují, že incidence je mezi muži v porovnání s ženami vyšší, a to v poměru 1 žena : 1,4 muži. Co se týká informací ohledně incidence v České republice, podle ÚZIS ČR (2014) se v roce 2013 jednalo o 4,9 případů na 10 000 obyvatel.

## 1.2 Etiopatogeneze

Pozorování čtenější incidence schizofrenního onemocnění v rámci rodiny naznačuje, že zde existuje určitá **genetická predispozice** pro tuto poruchu. Tento předpoklad potvrzují studie dvojčat (Hilker et al., 2017) nebo potomků osob se schizofrenním onemocněním (Lichtenstein et al., 2009; Wray & Gottesman, 2012).

Nicméně od konceptu hledání spojitosti mezi konkrétním genem a rizikem vzniku schizofrenního onemocnění se již upustilo. Spíše se ukazuje, že toto riziko se pojí s kombinací velkého počtu alel, které se však jednotlivě na vzniku onemocnění podílejí jen v malé míře. Navíc tyto získané informace umožňují vysvětlit vulnerabilitu ve vztahu k onemocnění jen částečně (Johnson et al., 2017; Loh et al., 2015).

Studie také odhalily celou řadu rizikových faktorů vztahujících se k **vlivům prostředí**. Jedná se například o spojitost mezi schizofrenií a urbanizací (Kelly et al., 2010), zeměpisnou polohou (Kadasah, Arfin, & Tariq, 2011; Kinney et al., 2009), migrací (Saha, Chant, Welham, & McGrath., 2005), socioekonomickým statusem (Saha et al., 2005), stravovacími návyky (Akter et al., 2012), užíváním cannabisu (Arseneault, Cannon, Witton, & Murray, 2004), malnutricí v těhotenství (Brown & Susser, 2008), komplikacemi v těhotenství (Cannon, Jones, & Murray, 2002) a celou řadou infekčních onemocnění (Niebuhr et al., 2008; Yolken, Dickerson, Fuller, & Torrey, 2009). Jiní autoři (Severance & Yolken, 2020; Schwarz et al., 2018) hovoří i o dalším potencionálním faktoru – skladbě lidského mikrobiomu.

## 1.3 Charakteristika onemocnění

### 1.3.1 Projevy

Schizofrenie patří mezi závažná duševní onemocnění. Projevuje se narušením celé řady psychických funkcí – myšlení, vnímání, emotivity a celkové integrity osobnosti.

Symptomy nemoci lze rozdělit na pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Mezi **pozitivní** (psychotické) **příznaky** se řadí bludy, halucinace, ozvučování, vkládání a odnímání myšlenek a také dezorganizace řeči, formální poruchy myšlení a poruchy motoriky. **Bludy** vznikají postupně v důsledku mylné interpretace toho, co jedinec vnímá a prožívá (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Nejprve nemocný vnímá sám sebe jako střed veškerého dění a zaměřuje se v situaci na nepodstatné detaily. Postupně začíná věřit tomu, že konkrétní situace má určitý (zpravidla hrozivý) význam směřovaný přímo k němu, až se vytvoří mylné a nevyvratné přesvědčení – blud. Nemocný je například přesvědčen o tom, že ho někdo pronásleduje či ohrožuje na životě (Vágnerová, 2014).

**Halucinace** se objevují z důvodu poruchy aktivace určitých částí mozkové kůry nebo nedochází-li ke správné koordinaci inhibičních a stimulačních funkcí. Nejčastěji se jedná o halucinace sluchové. Poruchy myšlení se odrážejí i v **dezorganizaci řeči**, která se vyznačuje neologismy, paralogiemi, poruchami asociací a syntaktickými poruchami (Vágnerová, 2014). Objevit se mohou také **katatonní projevy** – bezcílná motorická aktivita, stupor, mutismus, nástavy, negativismus či povelový automatismus (Libiger, 2002; Vágnerová, 2014).

Do skupiny **negativních symptomů** patří apatie, anhedonie, chudost řečového projevu, nepřiléhající nebo oploštěné emoce a asocialita (Kring, Johnson, & Davidson, 2012). Zatímco v počátečních fázích onemocnění se setkáváme s emoční labilitou, v pozdějších stádiích spíše s citovou otupělostí a apatií. Objevují se také poruchy iniciativy a motivace (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Dále dochází k narušení **kognitivních funkcí** – ať už se jedná o pozornost, paměť či uvažování. Pozornost je narušena v oblasti tenacity, koncentrace, distribuce, rozsahu i přepojování. Postižena bývá také deklarativní paměť, což se nejvýrazněji projevuje při volném vybavení. Deficit byl také zjištěn v oblasti exekutivních funkcí a psychomotorického tempa (Obereignerů, Obereignerů, Diveký, & Praško, 2011).

### 1.3.2 Typy

Mezi formami schizofrenie rozlišujeme na základě dominujících symptomů. Nejběžnějším typem je **paranoidní schizofrenie**. Ta je charakterizována bludy s paranoidním obsahem, které často doprovází halucinace. **Hebefrenní forma schizofrenie**

začíná v období dospívání (časné dospělosti) a vyznačuje se především změnami emocí (nejprve proměnlivé, pak oploštěné) a chování (bezúčelové, nepředvídatelné, bez sociálních zábran). Příznačné je také pseudofilosofování. O **simplexní schizofrenii** se jedná, pokud se jedinec postupně uzavírá sám do sebe, pozorujeme u něj ztrátu zájmu o sociální okolí či dřívější záliby a přestává zvládat požadavky společnosti. Pro **katatonní schizofrenii** jsou příznačné poruchy motoriky – ať už v podobě zvýšené až bezcílné motorické aktivity nebo naopak útlumu (Vágnerová, 2014).

V případě, že klinický obraz neodpovídá jednoznačně žádnému z výše zmíněných typů, hovoříme o **nediferencované schizofrenii**. Pokud má jedinec zkušenost alespoň s jednou či více psychotickými epizodami a po odeznění pozitivních příznaků negativní symptomy stále přetrvávají ještě po dobu alespoň jednoho roku, jedná se o **reziduální schizofrenii**. Někdy se po psychotické atace může objevit také **postpsychotická deprese** (Vágnerová, 2014). Nicméně v DSM-5 toto rozdělení již není a nebude ani v MKN-11 (Mohr, 2017).

#### 1.4 Průběh

Příznaky onemocnění se začínají projevovat přibližně mezi 15–35 lety. Podle Českové (2012) se schizofrenie objevuje u žen zpravidla mezi 25.–35. rokem, zatímco u mužů už ve věku 15–25 let. Průběh onemocnění lze rozdělit do následujících fází (Libiger, 2001, 2002):

- **Premorbidní stádium** – v této fázi se neobjevují klinické projevy, nicméně můžeme pozorovat latentní poruchy kognitivních funkcí (pozornosti, výkonu v neuropsychologických testech) či povahové změny (sociální stažení).
- **Prodromální stádium** – tato fáze se vyznačuje mírným poklesem funkční zdatnosti jedince a dalšími povahovými změnami. Mezi tyto změny patří ozvláštňené vnímání, depresivní ladění, emoční zploštění, pocity úzkosti, hloubavost, sklon ke vztahovačnosti či nemluvnost.
- **Progredientní (akutní) stádium** – pro tuto fázi jsou typické ataky aktivní psychopatologie, které se střídají s ústupem příznaků. Jedinec přestává být sociálně a pracovně kompetentní.
- **Stabilizace psychopatologie** – nastává fáze bez symptomů, nicméně negativní příznaky mohou zůstat v podobě reziduí. Přetrvává také vulnerabilita vůči zátěži či zhoršená schopnost přijímat a následně zpracovávat informace.

V odborné literatuře zpravidla nacházíme informaci, že třetina pacientů se uzdraví zcela, u další třetiny se ataky opakují a reziduální psychopatologie zůstává. Poslední třetina pacientů se dlouhodobě potýká s progredujícím průběhem a reziduální psychopatologie u nich kolísá (Libiger, 2001).

K podobným závěrům dospěli i Harrow a Jobe (2010). Autoři ve své longitudinální studii sledovali, jak často u osob se schizofrenním onemocněním nastává chronický průběh. Výzkumníci sledovali po dobu dvaceti let celkem 43 respondentů. Zjistili, že u **31 %** participantů se **bludné vnímání** objevovalo **opakovaně** a **26 %** z nich se s ním potýkalo **po celou dobu** realizace výzkumu. Nicméně 29 % respondentů neprovázely ve sledovaném období tyto obtíže vůbec. Pokud se u participanta bludné vnímání vyskytovalo i po akutní fázi, byla zde menší pravděpodobnost celkové údravy. Toto celkové zhodnocení vypovídalo o 86 % účastníků studie. Výzkumníci (Jobe a Harrow, 2010) se domnívají, že díky současné léčbě se u **více než 40 %** nemocných dříve či později objeví jedno nebo více **období úplné údravy**. Úzdravu vymezili jako období, kdy po dobu alespoň jednoho roku nebyly pozorovány pozitivní ani negativní příznaky, nedošlo k žádné hospitalizaci a nemocnému se podařilo pracovat alespoň na poloviční pracovní úvazek (Jobe & Harrow, 2010).

Najdeme také celou řadu studií, které se snaží odhalit **faktory** spojené s **příznivějším průběhem onemocnění**. Rozbor mnoha výzkumů poukázal na možné protektivní působení práce (jejího významu a role v životě), vztahů, sebeúcty, vnímané sebeúčinnosti a přístupu k léčbě (Silverstein & Bellack, 2008).

Zajímavé poznatky v této oblasti přinesla také práce poskytující informace o průběhu onemocnění u pacientů, kteří vysadili léky poté, co vykazovali znaky částečné nebo úplné údravy. V rámci této studie výzkumníci sledovali 64 pacientů po dobu 15 let a zjistili, že 20–35 % pacientů přestalo užívat antipsychotika. Ukázalo se, že mnoho z těchto pacientů dokázalo dobře fungovat několik let i bez léčby. Tito pacienti se vyznačovali tím, že měli **vyšší sebeúctu** a více u nich převažovalo **interní „locus of control“**. Navíc před propuknutím nemoci už **dosáhli v životě nějakých úspěchů** v oblasti vzdělání, práce či uzavřeli manželství (Harrow & Jobe, 2007).

Pozornost výzkumníků se zaměřuje i na možné **rizikové faktory**. Na straně nemocného mezi ně patří nižší úroveň kognitivních dovedností, vyšší vulnerabilita vůči prožívání úzkosti či užívání návykových látek. Z pohledu léčby se jako významný

faktor ukazuje delší průběh neléčené psychózy a také nekontinuální léčba. Rodina, ve které se vyjadřují ve vyšší míře emoce (především hostilita a kritika), může také zvyšovat riziko horšího průběhu onemocnění (Harrow, Jobe, & Astrachan-Fletcher, 2008; Walker, McMillan, & Mittal, 2009).

To, jakým způsobem mohou rizikové faktory ovlivnit průběh onemocnění lze nastínit pomocí následující studie. V rámci ní se výzkumníci snažili zjistit, zda pacienti se zkušeností **užívání kanabinoidů** budou mít odlišnou prognózu ve srovnání s pacienty bez této zkušenosti. Této studii se účastnilo celkem 357 mužů se schizofrenním onemocněním, kteří uvedli informace o své zkušenosti s kanabinoidy v období, kdy jim bylo mezi 18–20 lety. Výsledky dospěly k závěru, že u uživatelů kanabinoidů v porovnání s neuživateli trvala **první hospitalizace déle** (59 x 30 dnů), **nemoc** se u nich opakovala **častěji** (10krát x 4krát) a celková doba **hospitalizace** probíhala **po delší dobu** – 547 dnů v porovnání se 184 dny (Manrique-Garcial et al., 2014).

## 1.5 Kvalita života

Najdeme celou řadu výzkumů poukazujících na to, jakým způsobem může schizofrenie nepříznivě ovlivňovat kvalitu života. Studie opakovaně dospívají k závěrům, že osoby se schizofrenním onemocněním mají **nižší kvalitu života** než běžná populace. Podle metaanalýzy Dong et al. (2019) se schizofrenie pojí s nižší kvalitou života v doménách **fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a prostředí**. Ke stejným výsledkům dospěla i jiná metaanalýza posuzující situaci u čínské populace (Lu et al., 2018). Také v českém prostředí vnímaly osoby s psychotickým onemocněním (N = 33) kvalitu života v oblasti blízkých vztahů a zdraví jako nižší v porovnání s běžnou populací (Alvado Blanco, 2018).

Úroveň kvality života se může v průběhu let v některých oblastech proměňovat. Cichocki et al. (2015) sledovali, jak se kvalita života měnila u 52 osob se schizofrenií v průběhu 20 let. Výzkumníci dále při vyhodnocování rozdělili participanty do dvou skupin – na ty, kteří dokázali požadavky života zvládat lépe a ty, kteří hůře. Zatímco úroveň celkové kvality života se nezměnila, v některých oblastech **došlo ke zhoršení**. Na základě objektivního posouzení se jednalo o **sociální vztahy, finance, zdraví a rodinný život**. Pokles úrovně v posledních dvou zmíněných oblastech byl vnímán i respondenty. Nicméně ukázalo se také, že úroveň kvality života se v některých doménách zlepšila. Lidé z první skupiny („lépe fungující“) dosahovali podle objektivních kritérií po 20 letech **vyššího skóre**

v doméně **volného času, rodinného života, zdraví, sociálních vztahů a finanční situace**. Druhá skupina pak subjektivně vnímala **zlepšení celkové kvality života** a také v doméně **zdraví, trávení volného času a přátelských vztahů** (Cichocki et al., 2015).

Výsledky výzkumů také poukazují na skutečnost, že některé negativní symptomy mohou kvalitu života ovlivňovat významněji než jiné. Například Savill et al. (2016) odhalili souvislost mezi **nižší kvalitou života, anhedonií a abulií**. Studie se účastnilo 275 participantů potýkajících se schizofrenním onemocněním mnoho let (4,5–22,7 let). Sběr údajů od každého z účastníku proběhl celkem třikrát v průběhu devíti měsíců (Savill et al., 2016).

Stejný vztah mezi kvalitou života a abulií byl pozorován i v další studii. Také v tomto případě byla data získána od jedinců (N = 149), které schizofrenie provázela dlouhou dobu. Psychické obtíže respondentů výzkumníci posuzovali jak objektivně (odborníkem), tak subjektivně (respondentem). Výsledky však potvrdily spojitost pouze mezi **kvalitou života a subjektivně vnímanou abulií** (DeRosse, Nitzburg, Blair, & Malhotra, 2018).

*Tomuto rozdílu lze lépe porozumět při vysvětlení toho, jak odlišně byly sledované proměnné ve studiích definovány. V prvním z uvedených výzkumů (Savill et al., 2016) byla motivace (abulie, apatie) respondenta posuzována na základě upravenosti vzhledu, schopnosti setrvat v práci (ve škole) a projevů chování. Výzkumníci své pozorování zaznamenali na škále, kde zaznačili, jak na ně pacient působil. Nicméně ve druhé studii (DeRosse et al., 2018) se abulie hodnotila pomocí strukturovaného rozhovoru zaměřeného na vztahy (s rodinnými příslušníky, přáteli), trávení volného času a zaměstnání. Výzkumníci se neptali jen na zkušenosti participanta, ale zajímali se také o jeho aspirace a zaujetí v jednotlivých oblastech (DeRosse et al., 2018).*

Na druhou stranu podle Marwaha et al. (2008) se vyšší míra negativních symptomů pojí s vyšší kvalitou života. Tento předpoklad autoři odvozují z analýzy dat získaných od 1208 osob se schizofrenním onemocněním podstupujících léčbu v Německu, Velké Británii a Francii (Marwaha et al., 2008).

*V tomto případě je důležité zdůraznit, že výzkumníci této studie při vyhodnocení nesledovali efekt jednotlivých negativních příznaků a tyto symptomy vymezili odlišným způsobem než předchozí dva výzkumy. Marwaha et al. (2008) vycházeli z konceptu, ve kterém není abulie považována za negativní symptom. Nicméně předchozí uvedené studie*

*(Derosse et al., 2018; Savill et al., 2018) právě abulii považují za zásadní faktor. Navíc pouze Marwaha et al. (2008) řadí mezi negativní symptomy i některé kognitivní funkce (abstraktní myšlení). Avšak z jiných studií (např. DeRosse et al., 2018) lze usuzovat, že zhoršené kognitivní funkce se u schizofrenie pojí se subjektivně vyšší kvalitou života. Jedná se pravděpodobně o to, že nižší úroveň těchto funkcí zhoršuje schopnost objektivně posoudit svou situaci (DeRosse et al., 2018).*

Pozornost byla věnována také hledání souvislostí mezi kvalitou života a celou řadou dalších faktorů – kognitivními funkcemi (Kurtz, Bronfeld, & Rose, 2012), vzděláním (Caron, Lecomte, Stip, & Renaud, 2005), zaměstnáním (Marwaha & Johnson, 2004) či sňatkem (Marwaha et al., 2008). Ocisková et al. (2014) také upozornili na to, že kvalita života souvisí se stigmatizací, která působí negativně na sebevědomí nemocných a také může přispívat k rozvoji sociální fobie.

## 2. Léčba

V této kapitole nachází čtenář informace týkající se současné podoby léčby schizofrenie. Pozornost je věnována průběhu léčby a doporučovaným formám intervencí.

### 2.1 Průběh léčby

Osoba se schizofrenním onemocněním prochází několika fázemi léčby, přičemž tyto fáze trvají různě dlouhou dobu a upřednostňují se v nich odlišné formy intervencí.

#### 2.1.1 Prevence

Pokud někdo z rodiny či přátel pozoruje u daného jedince některé z prodromálních příznaků, je vhodné **vyhledat odbornou pomoc**. Navázání vztahu s psychologem či psychiatrem umožňuje pravidelně monitorovat psychický stav ohroženého jedince a zvolit vhodná preventivní opatření. Setkání by měla probíhat nejlépe v rozmezí 2–4 týdnů. Dále lze v rámci prevence doporučit **kognitivně-behaviorální terapii a intervence zaměřené na strategie zvládnání stresu** (Galletly et al., 2016). Dále může pomoci psychoedukace seznamující s příznaky nemoci a s riziky rozvoje schizofrenie, a také dostupná krizová intervence (Haroun, Dunn, Haroun, & Cadenhead, 2006).

#### 2.1.2 Akutní léčba

Akutní fáze léčby si klade za cíl **zmírnit psychotické symptomy nemoci** a zajistit, aby pacient neohrozil sebe či lidi ve svém okolí. V této fázi léčby je také posouzen psychický a zdravotní stav pacienta, včetně jeho aktuální ekonomické, sociální a rodinné situace (Lehman et al., 2004). Léčba spočívá především v **nasazení účinných antipsychotik**, přičemž zpravidla se upřednostňují antipsychotika druhé generace (Galletly et al., 2016). Dále je důležité **zredukovat přemíru stimulace a zmírnit působení stresujících faktorů**. Tomu může napomoci jasná, srozumitelná komunikace ze strany personálu a předvídatelnost prostředí. Na pacienta také nejsou kladeny vysoké nároky a informace jsou mu sdělovány s ohledem na to, co dokáže v současné situaci pochopit a přijmout (Lehman et al., 2004).

Už v této fázi léčby se doporučuje **navázat kontakt s rodinou pacienta**. Rodinní příslušníci by měli získat jednak informace o nemoci a zároveň by jim mělo být umožněno sdílet to, co prožívají. Později mohou monitorovat zdravotní stav nemocného a rozeznat situace zvyšující riziko potencionálního relapsu (Lehman et al., 2004).

### 2.1.3 Stabilizační a udržovací léčba

Ve **stabilizační fázi léčby** se usiluje o **redukci** nebo **odstranění reziduálních pozitivních příznaků** nemoci a také o **zmírnění dalších symptomů**. Nemocný je také postupně připravován na návrat do svého sociálního prostředí a podporován ve zvládnání zátěžových situací. Cílem je tedy udržení a stabilizace remise, přičemž za zásadní lze považovat odstranění negativních příznaků. Na význam tohoto cíle léčby upozorňuje studie, kde byla zjištěna souvislost mezi závažností negativních symptomů a tím, jak je jedinec schopný opět fungovat ve společnosti (Hunter & Barry, 2012). Navíc právě schopnost zvládat každodenní nároky se ukazuje jako významnější prediktor dalšího průběhu onemocnění než pouhé zlepšení symptomů (Alvarez-Jimenez et al., 2012).

Toto období je vhodným pro **zahájení psychosociálních intervencí** zaměřených na sociální dovednosti, kognitivní deficit a negativní symptomy. Mezi doporučené psychosociální metody patří psychoedukace, kognitivní remediace, trénink sociálních dovedností (Norman, Lecomte, Addigton, & Anderson, 2017) a umělecké terapie (Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně, 2018). Z psychoterapeutických přístupů se jako nejúčinnější ukazuje kognitivně-behaviorální terapie a také intervence vycházející ze třetí vlny kognitivně-behaviorální terapie (Norman et al., 2017). Naopak mezi méně tradiční psychoterapeutické přístupy se řadí psychodynamická terapie, u které se zatím jednoznačně účinnost neprokázala (Hunter & Barry, 2012).

**Význam** zařazení **psychosociálních intervencí do léčby** ilustrují výsledky následující randomizované kontrolované studie. Výzkumníci rozdělili respondenty do dvou skupin – na ty, kteří užívali pouze antipsychotika (N = 51) a ty, kterým byla navíc poskytována rodinná psychoedukace a trénink sociálních dovedností (N = 68). Po šesti měsících výzkumníci zjistili, že 80 % respondentů splňovalo kritéria remise, přičemž se jednalo o 91 % účastníků z intervenované skupiny. Z těch, kteří užívali jen medikaci, tato kritéria splňovalo pouze 67 %. Ke signifikantnímu zlepšení fungování došlo jen u 34,5 % respondentů (N = 41) a 40 z nich pocházelo z intervenované skupiny. Jak vyšší úroveň fungování, tak i stav remise byl pak pozorován u 39 respondentů, přičemž 97,5 % účastníků bylo z intervenované skupiny (Valencia, Fresan, Juárez, Escamilla, & Saracco, 2013).

Cíl **udržovací fáze léčby** spočívá v zajištění toho, aby **symptomy zůstaly v remisi** a došlo k udržení nebo zlepšení schopností důležitých pro fungování ve společnosti (Lehman et al., 2004; Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně, 2018).

V tomto období nemocný potřebuje **větší podporu** v oblasti zdraví, zaměstnání, vzdělání, bydlení a v interpersonálních vztazích (Iyer, Mangala, Anitha, Thara, & Malla, 2011; Ramsay et al., 2011). Pozornost by měla být věnována i **fyzickému zdraví nemocných** s ohledem na skutečnost, že se osoby se schizofrenním onemocněním se později potýkají s řadou zdravotních obtíží (Galletly et al., 2012; Mitchell et al., 2013).

Léčba by měla trvat **po celou dobu kritického období** – tedy po dobu dvou až pěti let (Galletly et al., 2016). Toto doporučení vychází z několika výzkumů. Jedná se například o studii realizovanou v Dánsku a porovnávající účinnost dvou přístupů poskytované léčby – běžné a specializované. Po uplynutí dvou let od první psychotické epizody zjistili výzkumníci mezi těmito formami léčby signifikantní rozdíly v efektivitě ve prospěch specializované péče (Thorup et al., 2005). Následně byli účastníci, kteří podstupovali specializovanou péči zařazeni do běžné péče. Ukázalo se, že po pěti letech od nástupu nemoci, účinek specializované péče již nepřetrvával (Bertelsen et al., 2008). Avšak v případě, že specializovaná léčba trvala po dobu pěti let, byl efekt pozorován ještě i po deseti letech (Hegelstad et al., 2012).

Také Bird et al. (2010) považují za důležité poskytovat specializovanou péči v období kritické fáze, a to především v souvislosti s možným snížením počtu hospitalizací či zmírněním příznaků nemoci. Rinaldi et al. (2010) dále zjistili, že specializovaná intervence v tomto období usnadnila návrat do školy či zaměstnání dvěma třetinám participantů výzkumu a tento efekt přetrvával ještě dva roky.

## 2.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie představuje základní pilíř léčby schizofrenního onemocnění a spočívá hlavně ve volbě vhodných antipsychotik. Ta se dělí na antipsychotika I. a II. generace. Jejich průměrná účinnost je přibližně stejná, rozdíly mezi nimi nacházíme především ve výskytu a četnosti nežádoucích účinků (Leucht et al., 2009).

**Antipsychotika I. generace** (klasická AP) slouží k odstranění pozitivních příznaků nemoci. Podle svého klinického účinku se dělí na sedativní (*např. Chlorpromazin*) a incizivní (*např. Haloperidol*). Rozdíl mezi těmito antipsychotiky spočívá v síle blokady

D2 – receptorů a také v tom, do jaké míry blokují další receptory. Užívání antipsychotik této generace provází celá řada nežádoucích účinků. Jedná se například o extrapyramidové symptomy (*akatzie, akutní dystonie či tarditivní dyskineze*), zvýšenou tvorbu prolaktinu či nadměrnou sedaci (Kameníková, Pomykacz, & Farghali, 2015; Mohr, 2012).

**Antipsychotika II. generace** (atypická AP) ovlivňují kromě pozitivních symptomů také další příznaky nemoci (afektivní a negativní, kognitivní dysfunkce) a v léčbě bývají upřednostňovány. U této generace antipsychotik rozlišujeme čtyři podskupiny na základě rozdílné afinity k jednotlivým typům receptorů. Jedná se o antagonisty serotoninových a dopaminových receptorů (*např. Risperidon*), multireceptorové antagonisty (*např. Olanzapin*), selektivní antagonisty dopaminových D2/D3 receptorů (*např. Sulpirid*) a parciální antagonisty dopaminových receptorů (*např. Aripiprazol*). Atypická antipsychotika vedou k nižšímu výskytu extrapyramidových příznaků, nicméně častěji jsou provázena metabolickými nežádoucími účinky. Tyto účinky se mohou projevit přírůstkem hmotnosti či narušením glukózové tolerance (Kameníková et al., 2015; Mohr, 2012).

Antipsychotika **začínají účinkovat** zpravidla po 4–6 týdnech léčby. Najdeme však i výzkumy poukazující na nástup účinku antipsychotik dříve. V této souvislosti lze uvést výsledky dvou metaanalýz, ve kterých se ukázalo, že efekt antipsychotické léčby byl v prvních dvou týdnech léčby větší než během následujících dvou týdnů (Agid, Kapur, Arenovich, & Zipursky, 2003; Leucht, Busch, Hamann, Kissling, & Kane, 2005). Nicméně z dalších metaanalýz vyplývá, že u většiny nemocných dochází ke zlepšení pozvolně v průběhu 4–8 týdnů (Levine & Leucht, 2010; Stauffer et al., 2011).

Ačkoliv jsou antipsychotika pro léčbu schizofrenie zásadní, **přibližně 40 % nemocných neužívá léky** v prvním roce léčby **podle doporučení** (Chandra, Kumar, Reddy, & Reddy, 2014; Perkins, 2002). Tato neochota léky užívat se pojí pravděpodobně s negativním vztahem pacienta k medikaci (Löffler, Kilian, Toumi, & Angermeyer, 2003). V jednom z výzkumů respondenti, jako důvody nespolupráce při léčbě uváděli, že léky vnímali jako neúčinné nebo je považovali v léčbě za zbytečné (Chaudhari, Saldanha, Kadiani, & Shahani, 2017).

**Spolupracující pacienti** se vyznačují lepším náhledem na nemoc a méně závažnými projevy nemoci. Navíc nežádoucí účinky léků nemají takový dopad na jejich osobní pohodu (Chandra et al., 2014; Kao & Liu, 2010; Sendt, Tracy, & Bhattacharyya, 2015). V jiné studii respondenti (N = 307) zmiňovali, že byli ochotni léky užívat, protože jim pomáhaly. To,

**jaký význam** osoby se schizofrenním onemocněním lékům **přisuzují**, se ukázalo ve vztahu k ochotě léky užívat jako důležité i v dalších studiích (Chaudhari et al., 2017; Sendt et al., 2015).

Motlová a Holub (2005) považují pro **udržení dlouhodobé spolupráce** za důležité, aby se s nemocným podařilo navázat terapeutický vztah a bylo mu nabídnuto zapojení do psychoedukačního programu. Dostatečná pozornost by měla být také věnována volbě antipsychotik s co nejmenší mírou nežádoucích účinků. Pokud pacient zastává negativní postoj k lékům, je důležité se snažit tento pohled na léčbu ovlivňovat (Motlová & Holub, 2005).

## 2.3 Psychoterapie

V léčbě schizofrenie se v současné době preferuje kognitivně-behaviorální terapie a intervence vycházející ze třetí vlny kognitivně-behaviorální terapie. Nicméně nacházíme i způsoby, jak s touto skupinou pacientů pracovat i v rámci psychodynamicky orientovaných přístupů (Brus, Novakovic, & Friedberg, 2012).

### 2.3.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) patří mezi psychoterapeutické přístupy doporučené především pacientům, kteří v léčbě neodpovídají na medikaci a přetrvávají u nich psychotické symptomy (Norman et al., 2017). Vhodným obdobím pro zahájení KBT je podle Normana et al. (2017) akutní fáze nemoci či fáze stabilizace, přičemž pacient by se měl účastnit alespoň 16 setkání. Kreyenbuhl, Buchanan, Dickerson a Dixon (2010) považují za ideální, aby terapie probíhala alespoň 4–9 měsíců.

KBT vychází z kognitivního modelu založeném na předpokladu, že způsob interpretace události ovlivňuje to, jak jedinec přemýšlí, co cítí a jak se chová. Konkrétní **kognitivní modely** byly popsány také ve vztahu ke schizofrenii (Elis, Caponigro, & Kring, 2013).

Například Beck a Rector (2005) se domnívají, že **určitá přesvědčení a očekávání** mohou projevy **negativních symptomů zesilovat**. Patří zde přesvědčení o vlastních nedostačujících sociálních dovednostech, o neschopnosti dosáhnout úspěchu či prožitku potěšení. V tomto pojetí se očekávání pacienta „*Budu vypadat hloupě, divně*“ pojí s chudostí řečového projevu, zatímco myšlenky „*Proč se trápit, když selžu*“ mohou vést k poklesu motivace (Beck & Rector, 2005). Na druhou stranu Kingdon a Turkington (2004) vysvětlují

**negativní symptomy**, jako reakci na **vysokou zátěž** a sníženou schopnost se s touto zátěží vypořádat. Podle tohoto předpokladu může například asocialita napomáhat redukovat míru prožívaného stresu pomocí snížení nadměrné stimulace, kterou sociální kontakt představuje (Kingdon & Turlington, 2004).

**Terapie** se podle Normana et al. (2017) zaměřuje na **monitorování myšlenek, pocitů a chování klienta**. Klient se postupně učí přehodnocovat své vjemy a myšlenkové procesy spojené se symptomy prostřednictvím aktivního hledání důkazů, které jeho přesvědčení buď potvrzují, nebo vyvracejí (Norman et al., 2017). Shean (2013) upozorňuje také na význam nácviku adaptivních strategií zvládnání stresu. Dále za důležité považuje podporovat klienta v tom, aby se učil rozpoznávat projevy signalizující relaps (Shean, 2013).

Při hodnocení účinnosti Jones et al. (2018) dospěli k závěru, že KBT přidaná k běžné léčbě vedla k výraznějšímu **zlepšení celkového psychického stavu** nemocných než pouhá běžná léčba. Jednalo se o metaanalýzu 60 randomizovaných kontrolovaných studií pocházejících z Číny, Velké Británie a Austrálie s celkem 5 992 respondenty (Jones et al., 2018). Na druhou stranu při porovnání KBT s dalšími formami psychosociálních intervencí v rámci metaanalýzy (Jones et al., 2012) se nepotvrdilo, že by byla KBT jednoznačně efektivnější.

Nejčastěji se hovoří o přínosu **kognitivně-behaviorální terapie** ve vztahu ke **zlepšení pozitivních symptomů** (Durham et al., 2003; Gumley et al., 2003). Například Bighelli et al. (2018) zjistili, že se s KBT pojilo výraznější zmírnění pozitivních symptomů než se standartní péčí a s podporující terapií. Na druhou stranu při porovnání s běžnou péčí, lidé tuto terapii častěji nedokončili. Do své metaanalýzy výzkumníci zahrnuli celkem 27 randomizovaných studií v rámci kterých byla KBT srovnávána se sedmi formami intervencí. Celkem se do studie zapojilo 4 068 účastníků, kteří podstoupili psychosociální léčbu přidanou k antipsychotikům (Bighelli et al., 2018).

Výzkum, ve kterém se **KBT** ve srovnání s podporující terapií ukázala jako **účinnější**, realizovali Li et al. (2015). Této studii se účastnilo 192 respondentů, kteří byli rozděleni do dvou skupin. V první skupině účastníci docházeli na skupinovou KBT, zatímco v té druhé účastníci podstupovali skupinovou podporující terapii zaměřenou na emocionální podporu a porozumění duševní poruše. Terapie trvaly po dobu 24 týdnů, kdy v prvních 12 týdnech proběhlo 12 terapeutických sezení a v následujících 12 týdnech 3 sezení (Li et al., 2015).

Po ukončení intervence byli všichni participanti sledováni po dobu dalších 60 týdnů. U respondentů v obou skupinách došlo ke zlepšení jak negativních, tak pozitivních symptomů, společně se zlepšením sociálního fungování v období mezi 12–24 týdnem. Zlepšení psychického stavu přetrvávalo po celou dobu studie (84 týdnů). Nicméně po 36 týdnech od zahájení výzkumu se začaly objevovat rozdíly ve velikosti efektu intervencí v oblasti zmírnění pozitivních symptomů a sociálního fungování ve prospěch KBT. *Výzkumníci si tyto rozdíly vysvětlují specifickými dovednostmi, kterým se pacienti v KBT skupině během terapie naučili* (Li et al., 2015).

**Jak velké zmírnění pozitivních symptomů lze očekávat**, demonstrovali ve své metaanalýze Bighelli et al. (2018). Výzkumníci do metaanalýzy zařadili celkem 33 studií s celkem 1 142 účastníky, kteří absolvovali KBT. Zjistili, že ke zlepšení celkových symptomů alespoň o 20 % došlo u 44,5 % účastníků a 13,2 % účastníků dosáhlo zlepšení dokonce o 50 %. Výzkumníci dále pozorovali zlepšení pozitivních symptomů alespoň o 20 % u 52,9 % účastníků. Zlepšit pozitivní příznaky o 50 % se pak podařilo u 24,8 % participantů (Bighelli et al., 2018).

KBT se ukazuje také jako **účinnější** při porovnání s **běžnou péčí** ve vztahu ke **zlepšení negativních symptomů** (Elis et al., 2013). Při porovnání s dalšími psychosociálními intervencemi však tento závěr už tak jednoznačný není. V rámci metaanalýzy 21 studií výzkumníci zjistili, že KBT byla spojená se zlepšením negativních symptomů (N = 13), v některých případech pozorovatelných ještě i 6 měsíců po intervenci. Nicméně rozdíl ve velikosti účinku KBT a jiných aktivních forem psychosociálních intervencí se neprokázal (Elis et al., 2013).

### 2.3.2 Intervence třetí vlny kognitivně-behaviorální terapie

Intervence třetí vlny KBT si kladou za cíl především **zmírnit distres** vázaný na symptomy nemoci. Zaměřují se také na změnu sebekritického pohledu na sebe sama a na zmenšení dopadu takového postoje na život nemocného. Tyto intervence mohou pomoci především těm, kteří se potýkají se symptomy nemoci dlouhodobě (Louise, Fitzpatrick, Strauss, Rossell, & Thomas, 2018).

Intervence založené na **práci se všímavostí** vedou klienta k tomu, aby se učil vnímat přítomný okamžik, aniž by ho hodnotil. K osvojení této dovednosti slouží meditační cvičení a jejich nácvik probíhá ve skupině (Kabat-Zinn, 2009; Strauss, Thomas, & Hayward, 2015). V **terapii přijetím a odhodláním** se rozvíjí ochota přijímat i nepříjemné myšlenky a pocity.

Klient je také podporován v tom, aby dokázal žít život podle svých hodnot navzdory své náročné životní situaci (Luoma, Hayes, & Walser, 2017). **Terapie soucitem** svoji pozornost více obrací k rozvoji soucitu k sobě samému a také pracuje se sebekritikou (Gilbert, 2009).

Na efekt těchto intervencí ve vztahu k **celkovému zmírnění symptomů** upozorňuje několik současných metaanalýz. Louise et al. (2018) srovnávali tyto formy intervencí s běžnou léčbou a pozorovali celkové zlepšení pozitivních, negativních a depresivních symptomů v intervenované skupině. Na druhou stranu při samostatném posuzování pozitivních a negativních symptomů se signifikantní zlepšení neprokázalo. Jako účinnější se ukázaly intervence postavené na všímavosti než terapie smířením a odhodláním (Louise et al., 2018).

Do metaanalýzy výzkumníci zařadili celkem 10 randomizovaných kontrolovaných studií. Intervenci třetí vlny KBT (intervenci zaměřenou na všímavost, terapii přijetím a odhodláním, terapii soucitem) podstoupilo 284 účastníků, zatímco 340 participantů bylo zařazeno do kontrolní skupiny (Louise et al., 2018).

*Menší účinnost terapie přijetím a odhodláním Louise et al. (2018) vysvětlují jednak tím, že tato forma intervence byla ve studiích častěji porovnávána s jinými aktivními formami psychosociálních intervencí a také tím, že tento terapeutický přístup klade na účastníky vyšší kognitivní nároky. Navíc tato intervence probíhá individuálně, zatímco se všímavostí se pracuje ve skupině (Louise et al., 2018).*

Na **zlepšení pozitivních příznaků**, které přetrvávaly ještě i dva roky po intervenci, poukázali v metaanalýze 8 randomizovaných kontrolovaných studií Cramer, Lauche, Haller, Langhorst a Dobos (2016). Další metaanalýza 13 randomizovaných kontrolovaných studií upozornila na možný účinek intervencí zaměřených na všímavost i ve vztahu ke **zlepšení negativních symptomů**. V osmi z těchto studií se také ukázalo, že tyto intervence měly větší efekt na zlepšení kvality života a fungování. Jednalo se o srovnání kontrolní skupiny (čekací listiny, běžné léčby a dalších forem léčby) se skupinou, která absolvovala intervenci (Khoury, Lecomte, Gaudiano, & Paquin, 2013).

## 2.4 Psychoedukace

V současné době se začíná více podporovat předávání informací pacientům o jejich nemoci prostřednictvím edukace. Nemocný tak získává možnost se do léčby více zapojit nebo se naučit dovednosti, které mu mohou pomoci nemoc lépe zvládat a adaptovat se na ni.

Psychoedukace má individuální nebo skupinovou formu. Zatímco individuální přístup umožňuje uzpůsobit program potřebám konkrétního pacienta, skupinová psychoedukace nabízí příležitost ke sdílení zkušeností mezi pacienty navzájem (Motlová, 2007).

Psychoedukace by měla probíhat systematicky a strukturovaně v rozmezí 8–25 setkání (Motlová, 2007). **Obecné zásady** psychoedukace popisují Dixon, Adams a Luckted (2000). Autoři zmiňují následující principy (Dixon et al., 2000):

- schizofrenie je chápána jako nemoc
- psychoedukace je součástí komplexní léčby (včetně užívání medikace)
- psychoedukaci navrhuji a vedou profesionálové
- na rodinnou situaci (vztahy, chování členů rodiny k sobě navzájem) se nenahlíží jako na klíčovou pro vznik a rozvoj nemoci
- členové rodiny jsou považováni za ty, kteří se významně podílejí na účinnosti léčby
- je důležité vnímat nejen psychický stav pacientů, ale také jejich příbuzných

Motlová (2007) doporučuje **zahájit** edukaci již ve **fázi stabilizace** psychického stavu. Účastníkům jsou v rámci edukace prezentovány informace o nemoci a zároveň jednotlivá setkání poskytují prostor pro diskusi a nácvik specifických dovedností (Motlová, 2007). Mezi důležitá témata psychoedukace patří předání obecných informací o schizofrenním onemocnění, popis symptomů, užívání medikace, copingové strategie a podpora komunikačních dovedností (Hasan & Belkum, 2019).

Stále častěji se začíná objevovat snaha **předávat informace** o schizofrenním onemocnění také **rodinným příslušníkům** nemocného. Kromě informací o původu a časných projevech schizofrenie, se příbuzní seznamují s vhodnými způsoby komunikace s nemocným. Zároveň psychoedukace poskytuje členům rodiny prostor ke sdílení starostí či obav (Motlová, 2007).

Výsledky výzkumů opakovaně dospívají k závěru, že **léčba zahrnující psychoedukaci je efektivnější** než léčba poskytovaná bez ní. V této souvislosti lze zmínit metaanalýzu 44 randomizovaných kontrolovaných studií (N = 5 142) realizovaných mezi lety 1988–2009 (Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011). Z metaanalýzy vyplynulo, že psychoedukace měla lepší účinek na sociální a celkové fungování. Dále v intervenované skupině docházelo méně často k relapsům a byla větší pravděpodobnost, že pacienti budou spokojeni s poskytovanými zdravotními službami. V intervenované skupině se

také nacházelo méně nespolupracujících pacientů (Xia et al., 2011). V další metaanalýze pak bylo zařazení psychoedukace do léčby spojeno s větším efektem na zlepšení symptomů onemocnění. Navíc psychoedukace poskytovala účastníkům emocionální podporu a pomáhala jim snadněji rozpoznat rizikové faktory relapsu. V tomto případě se jednalo o metaanalýzu 28 studií z let 1999–2015 (Hasan & Belkum, 2019).

**Efekt psychoedukace lze pozorovat také bez ohledu na její formu.** V jedné ze studií byla větší ochota užívat léky po propuštění z nemocnice asociována jak s informacemi předanými ústně, tak i v psané podobě (Yalcin, Celiker, Gurel, Ak, & Yazici, 2018). V jiné studii výzkumníci dospěli k závěru, že účinnost tří různých forem psychoedukace se nelišila ve vztahu ke kvalitě života, a to ani po 12 měsících od ukončení intervence. Jednalo se o randomizovanou kontrolovanou studii probíhající ve Finsku mezi lety 2005–2007. Celkem se do tohoto výzkumu zapojilo 311 pacientů. Porovnáván byl přínos psychoedukace tří odlišných přístupů – v první skupině byly pacientům informace předány pomocí speciálně vytvořeného počítačového programu (N = 100), ve druhé skupině (N = 105) prostřednictvím letáček. Participanti z obou skupin se pak ještě pětkrát setkali se zdravotní sestrou a mohli se s ní o tom, co se dozvěděli, pobavit. Třetí skupina pacientů (N = 105) získala informace dle zvyklostí dané nemocnice (Pitkänen et al., 2012).

Nicméně ve **velikosti účinku různých forem psychoedukace nacházíme i rozdíly.** V jedné ze studií zařadili výzkumníci respondenty do jedné ze dvou skupin a poté porovnávali jejich psychický stav. První skupině (N = 25) bylo poskytováno individuální poradenství a běžná péče, zatímco druhá skupina (N = 25) absolvovala navíc psychosociální rodinnou intervenci. Běžná péče zahrnovala podporu, návštěvy pacienta doma, rehabilitaci a medikaci. Individuální poradenství spočívalo v řešení problémů a v zajišťování psychologické podpory zkušeným psychiatrem. Rodinná intervence byla postavena na několika klíčových pilířích. Jednalo se například o poskytování informací, objasňování potřeb nemocných či nácvik empatie. Pacienti a jejich příbuzní docházeli na setkání nejprve po dobu devíti měsíců každých 14 dní a poté dalších 15 měsíců jednou měsíčně. Na konci intervence (po dvou letech) byla rodinná psychoedukace spojena s nižším počtem relapsů, a také se zlepšením pozitivních a negativních symptomů. Nicméně mezi kontrolní a intervenovanou skupinou nebyl nalezen signifikantní rozdíl v počtu hospitalizací, délce pobytu v nemocnici a ve spolupráci pacienta při léčbě (Giron et al., 2010).

Dokonce i v rámci **různých podob rodinné psychoedukace** se mohou objevovat v **účinnosti rozdíly**. V této studii rozdělil výzkumník pacienty společně s jejich rodinami (N = 60) do dvou skupin. V první skupině byl důraz kladen na přizpůsobení podoby psychoedukace konkrétním potřebám účastníků, zatímco ve druhé skupině probíhala psychoedukace podle předepsaných doporučení. V obou případech se jednalo o 10 setkání se shodným obsahem, která probíhala po dobu 6 měsíců. Symptomy a počet relapsů byly měřeny před intervencí a 18 měsíců po intervenci. Ukázalo se, že efekt na zlepšení symptomů i počtu relapsů byl pozorován u obou skupin, nicméně v první skupině byl tento efekt větší. Rodinní příslušníci považovali za důležitá tato témata: sociální fungování, reakce na stres a budování vědomí o méně známých nemocech (Kheirabadi et al., 2014).

## 2.5 Kognitivní remediace

Mnoho osob se schizofrenním onemocněním se potýká s oslabenými kognitivními funkcemi. Z tohoto důvodu se doporučuje do léčby zařadit kognitivní remediaci. Ta cílí na **nápravu kognitivních funkcí** (pozornosti, paměti, exekutivních funkcí či sociální kognice) pomocí behaviorálního tréninku. K nápravě dochází rozvinutím nových dovedností, které umožňují deficitní procesy kompenzovat nebo nahradit (Rodriguez, 2017).

Většina programů se nejprve zaměřuje na nácvik jednotlivých kognitivních funkcí a teprve později přistupuje ke komplexnějším činnostem. Úkoly mají představovat zvládnutelnou výzvu a být řazeny **od nejjednodušších po složitější**. Jako efektivní se ukazuje individuální přístup zohledňující limity a schopnosti jedince. Z používaných technik lze zmínit například **bezchybné učení**. Tato technika má za cíl minimalizovat používání strategie pokus-omyl pomocí zpevnování účinných postupů. Dále je důležité účastníkům poskytovat srozumitelnou zpětnou vazbu o vhodnosti zvoleného postupu či o dosavadním výkonu (Kaneko & Keshavan, 2012).

Podle zvoleného přístupu můžeme rozlišovat **komplexní programy** zaměřené na obnovu a trénink kognitivních funkcí (*Integrated Psychosocial Therapy for Schizophrenia, Cognitive Remediation Therapy, Cognitive Enhancement Therapy*), **počítačové programy** (*PSS CogReHab, Neuropsychological Educational Approach to Cognitive remediation*) a **metakognitivní přístupy** (*Metacognitive Training for Schizophrenia Patients*), které cílí na porozumění vlastním myšlenkovým procesům a jejich řízení (Bažant & Šimáková, 2013; Rodriguez, 2017).

Efekt kognitivní remediace byl prokázán ve vztahu ke **zlepšení kognitivních funkcí, psychosociálního fungování a pozitivních symptomů** v celé řadě studií, přičemž tento účinek přetrvával ještě i rok od ukončení intervence (McGurk, Twamley, Sitzler, McHugo, & Mueser, 2007; Wykes, Huddy, Cellard, McGurk, & Czobor, 2011). Ačkoliv kognitivní remediace primárně necílí na **zmírnění negativních symptomů**, závěr metaanalýzy 45 studií (N = 2 511) naznačuje, že by mohla mít malý či střední efekt i na tuto skupinu příznaků (Cella, Preti, Edwards, Dow, & Wykes, 2017). Kognitivní remediace se ukazuje jako účinnější, pokud je poskytována s dalšími psychosociálními intervencemi (Cella et al., 2017; McGurk et al., 2007; Wykes et al., 2011).

Na základě metaanalýz lze také předpokládat, že **účinek jednotlivých intervencí** se ve vztahu ke zlepšení celkové úrovně kognitivních funkcí od sebe navzájem neliší. Nicméně intervence, které se zaměřovaly na nácvik kognitivních strategií měly větší efekt na funkcionalitu jedince (McGurk et al., 2007; Wykes et al., 2011). Dále byl větší účinek pozorován ve vztahu k negativním symptomům u intervencí nabízejících příležitost reflektovat to, jak mohou být nabyté dovednosti aplikovány v každodenním životě (Cella et al., 2017).

Délka intervence se neukázala jako významný faktor pro velikost efektu. Pouze v případě verbální paměti se vyšší počet hodin kognitivní remediace pojal s větším účinkem (McGurk et al., 2007). Nicméně jedna ze studií poukázala na to, že **udržení efektu** kognitivní remediace ve vztahu k úrovni fungování může souviset s délkou specializované péče. Do této studie se zapojilo 60 participantů, kteří po dobu 6 měsíců absolvovali psychosociální rehabilitaci. Ta probíhala třikrát v týdnu ve skupinách po 5–9 členech. Součástí této rehabilitace byl trénink sociálních dovedností, psychoedukace a podpora při hledání zaměstnání. Zároveň po dobu 3 měsíců absolvovali účastníci každý týden Cognitive Remediation Therapy. Po této intervenci byli respondenti rozděleni do dvou skupin – na ty, kteří v psychosociální rehabilitaci pokračovali ještě rok a na ty, kteří zůstávali v kontaktu pouze s psychiatrem. Výzkumníci zjistili, že po pěti letech zůstala úroveň kognitivních funkcí (verbální paměti, pracovní paměti, plynulosti řeči a exekutivních funkcí) v obou skupinách stabilní, nicméně úroveň fungování se výrazně snížila u participantů podstupujících specializovanou péči pouze 6 měsíců (Buonocore et al., 2018).

S velikostí efektu kognitivní remediace se také pojí i některé **faktory na straně jedince**. Reser, Slikboer a Rossell (2019) ve své metaanalýze 40 studií (N = 1 681)

identifikovali celkem 81 různých prediktorů odpovědi účastníků na léčbu, přičemž jako klíčové označili tři z nich. Jednalo se o původní úroveň kognice v oblasti usuzování, řešení problémů a pracovní paměti, dále o úroveň inteligence a progres jedince v průběhu intervence. Každý z těchto faktorů se nějakým způsobem vázal na individuální kapacitu nebo potenciál pro změnu (Reser et al., 2019).

## 2.6 Trénink sociálních dovedností

Trénink sociálních dovedností (TSD) představuje mezi psychosociálními intervencemi jednu z nejrozšířenějších metod. Zaměřuje se především na nácvik sociálních dovedností a sociální kognice. Tyto dovednosti umožňují jedinci snadněji získat zaměstnání, podporují jeho samostatnost a usnadňují mu navazování mezilidských vztahů (Rus-Calafell, Gutiérrez-Maldonado, Ribas-Sabaté, & Lemos-Giráldez, 2014).

TSD probíhá systematicky, strukturovaně a zpravidla se jedná o 10–22 setkání realizovaných ve skupině (Rus-Calafell et al., 2014). V rámci tréninku se využívá řada metod – hraní rolí, modelování jednotlivých situací, a také poskytování pozitivní a korektivní zpětné vazby. Dále se využívá nácviku formulování cílů a identifikování problémů či zadávání domácích úkolů umožňujících procvičit si získané dovednosti v reálném životě (Kopelowicz, Liberman, & Zarate, 2006; Norman et al., 2017).

Jeden z cílů tréninku sociálních dovedností spočívá v **osvojení klíčových sociálních kompetencí**: expresivních, receptivních a konverzačních. V rámci nácviku expresivních dovedností je pozornost věnována rozvoji složky jak verbální (slovní zásoby, struktury a délky vyjádření), tak neverbální (výrazu tváře, očního kontaktu či řeči těla). Důležitý je i trénink receptivních dovedností zahrnující naslouchání a rozpoznávání emocí druhého. Mezi klíčová témata také patří zahájení, udržení a vhodné ukončení konverzace. Dále se během tréninku pracuje s paralingvistickou složkou (intonací, tempem a hlasitostí řeči) a věnuje se prostor i dalším faktorům, které ovlivňují sociální interakce (Bellack, Muesser, Gingerich, & Agresta, 2004).

Mezi další cíle TSD patří **nácvik sociální kognice** neboli trénink mentálních operací spojených se sociálními interakcemi. Jedná se o dovednosti umožňující vnímat a správně interpretovat záměry nebo chování druhých osob, a také na ně vhodně zareagovat (Green et al., 2008).

Najdeme celou řadu specializovaných programů. Furmaníková (2011) uvádí intervence zaměřené na rozvoj dovedností potřebných k **samostatnému fungování** ve společnosti (*Re-entry program, Social and Independent Living Skills Program UCLA, Brief cognitive-behavioural SST for schizophrenia*) a ty více specializované, které cílí na rozvoj dovedností důležitých pro **získání a udržení pracovní pozice** (*Workplace Fundamental Skills Module a Social Skills for Finding and Keeping a Job*).

TSD se pojí s větším efektem na zlepšení **úrovně sociálního fungování** než běžná péče a některé další psychosociální intervence (Rus-Calafell et al., 2014). Méně často nacházíme účinek TSD ve spojitosti se zlepšením pozitivních symptomů, snížením počtu hospitalizací či relapsů (Norman et al., 2017).

Studie dále naznačují, že existuje souvislost mezi TSD a **zmírněním negativních symptomů** z krátkodobého hlediska. Elis et al. (2013) provedli analýzu sedmi randomizovaných kontrolovaných studií sledujících efekt nácviku sociálních dovedností na zlepšení negativních symptomů. Dvě ze zahrnutých studií porovnávaly tuto intervenci s běžnou péčí, ostatní studie pak s jinými formami aktivních psychosociálních intervencí. Pět ze studií dospělo k závěru, že nácvik sociálních dovedností měl účinek na zlepšení negativních symptomů po jeho ukončení. Čtyři ze studií pak sledovaly efekt dlouhodobě (Elis et al., 2013). Ve dvou z nich tento efekt přetrvával ještě i 6 měsíců od ukončení terapie (Rus-Calafell, Gutierrez-Maldonado, Ortega-Bravo, Ribas-Sabate, & Caqueo-Urizar 2013; Xiang et al., 2006), ve zbylých dvou však tento efekt už po 6 měsících pozorovatelný nebyl (Dobson, McDougall, Busheikin, & Aldous, 1995; Lecomte et al., 2008).

Nacházíme také studie hodnotící účinek tréninku sociální kognice. Signifikantní **zlepšení percepce emocí** bylo prokázáno ve dvou studiích. V těchto výzkumech intervence probíhala po dobu 12 týdnů individuálně a poté pokračovala 20 setkáními ve skupině. Každé ze studií se zúčastnilo 31 participantů (Horan et al., 2009; Roberts & Penn, 2009). V jiné kontrolované studii byl porovnáván účinek tréninku sociální kognice a programu zaměřeného pouze na posílení kognice. Větší efekt na **zvýšení úrovně sociálního fungování** a **zlepšení sociálních dovedností** se ukázal v intervenci zaměřené na nácvik sociální kognice. I v tomto případě tato intervence proběhla v rámci 12 setkání (Wölwer & Frommann, 2011).

## 2.7 Umělecké terapie

### 2.7.1 Arteterapie

Arteterapie je terapeutický přístup založený na práci s výtvarným projevem klienta. Důraz se klade spíše na proces tvorby než na samotný výsledek (Potměšilová & Sobková, 2012). V současné době bývá tento přístup do léčby zařazován jako podpůrný prostředek. Má se za to, že arteterapie může podpořit **sebevyjádření** a poskytnout **pohled** na sebe sama **z odlišné perspektivy**. Nabízí také příležitost k sociálnímu kontaktu a ke komunikaci (National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2009). Dále může arteterapie pomoci **vyjádřit** intenzivní a polarizované **emoce**, a také zvědomit prožitek **kontaktu s přítomným okamžikem** (Morgan, Knight, Bagwash, & Thompson, 2012).

Na tento **potenciální efekt** arteterapie upozorňují také některé kvalitativní výzkumy. Jeden z nich poukázal na to, že arteterapie zaměřená na sebevyjádření pomáhala účastníkům (N = 5) zůstat v přítomném okamžiku. Kontakt s přítomností respondentům usnadňoval oprostít se od úzkosti a paranoidních úvah. Prostřednictvím malby mohli vyjádřit své pocity a myšlenky těžko popsatelné slovy. Participanti zmiňovali, že vnímali sebe sama jako tvůrce určité hodnoty a arteterapie stimulovala jejich kreativitu. Dále také hodnotili pozitivně samotný průběh setkání, které charakterizovala určitá struktura. Čas strávený s druhými jim poskytoval příležitost poznat více sebe, ale i druhé (Teglbjaerg, 2011).

Na pozitivní **změnu náhledu na sebe sama** upozorňuje také další kvalitativní výzkum. V tomto případě se jednalo o hospitalizované pacienty mající zkušenost s první epizodou schizofrenního onemocnění (N = 8). Participanti hovořilo o tom, že během setkání prožívali pocit volnosti, získali příležitost reflektovat své prožitky a podívat se na sebe z jiného úhlu. Tato aktivita jim přinášela potěšení a necítili se pod žádným nátlakem. Participanti také nahlíželi na setkání jako příležitost ke komunikaci s druhými a uváděli, že vnímali určité spojení s ostatními. Účastníci se také domnívali, že arteterapie podporovala jejich úzdravu (Lynch, Holtum, & Huet, 2019).

Pozornost výzkumníků se také obrací k možnému přínosu arteterapie i v dalších oblastech. *Nicméně často v těchto výzkumech schází porovnání výsledků s kontrolní skupinou a interpretace závěrů se tak stává nejednoznačnou. Navíc se tyto studie zaměřují převážně na měření krátkodobého efektu.* Jako příklad takové studie lze uvést tu, kterou realizoval Krysthal (2018). Ten zjistil, že pacienti dosahovali po intervenci **vyšších hodnot** na škále sloužící k posouzení **sociálního fungování**, a to ve všech oblastech (práce a studia,

vztahů s příbuznými, péče o sebe, vztahů s dalšími lidmi). Intervence spočívala v tom, že participanti (N = 66) docházeli jednou v týdnu na arteterapii po dobu 1–1,5 měsíce. V rámci terapie, která trvala vždy 1,5–2 hodiny, byl prostor věnován uměleckému vyjádření a účastníci dostávali zpětnou vazbu (Krysthal, 2015).

Nicméně v jiné randomizované kontrolované studii dospěli výzkumníci k odlišnému závěru. Jednalo se o výzkum, ve kterém byli účastníci rozděleni do dvou skupin. Zástupci první skupiny absolvovali pouze běžnou léčbu, zatímco členové druhé skupiny navíc docházeli na 12 setkání arteterapie. Ukázalo se, že i po půl roce od absolvování intervence, dosahovali účastníci arteterapie v porovnání s první skupinou **signifikantně nižších hodnot** na škále posuzující míru **negativních symptomů**. Nicméně rozdíl v efektu na zlepšení sociálního fungování a zvýšení úrovně kvality života se mezi skupinami neprokázal (Richardson, Jones, Evans, Stevens, & Rowe, 2007).

*Na interpretaci výsledků této studie je nutné nahlížet obezřetně. Zaprvé, signifikantně vyšší míru negativních příznaků vykazovali participanti ve skupině absolvující běžnou péči již před zahájením intervence. Navíc údaje byly po ukončení arteterapie získány pouze od 82 % účastníků a pouze od 44 % byla data získána po 6 měsících. Dále je důležité si uvědomit, že účastníci se v průměru účastnili pouze 3,5 setkání arteterapie (Richardson, et al., 2007).*

Crawford et al. (2012) však **efekt** arteterapie na zlepšení **negativních symptomů** ve svém výzkumu **nepotvrdili**. Této studii se účastnilo celkem 417 osob starších 18 let využívajících služeb sekundární péče v 15 městech Velké Británie. Participanti byli rozděleni na ty, kteří po dobu jednoho roku podstupovali (Crawford et al., 2012):

- běžnou péči (N = 137)
- běžnou péči a skupinová setkání nabízející volnočasové aktivity – filmy, diskuse, hry (N = 140)
- běžnou péči a arteterapii využívající řadu výtvarných prostředků s prostorem pro sebevyjádření (N = 140)

Skupinová setkání a arteterapie trvaly vždy 90 minut a participanti na ně docházeli jednou týdně ve skupinách po osmi lidech. Po 12 (odpovědi od 87 % respondentů) a ani 24 měsících (odpovědi od 85 % respondentů) se mezi skupinami **neprokázal rozdíl ve velikosti efektu** na zlepšení globálního **fungování** či ve zmírnění pozitivních

a negativních **příznaků**. Ve skupinách účastníků podstupujících běžnou léčbu a těch, kteří byli zařazeni do skupiny arteterapie se velikost efektu nelišila ani v úrovni sociálního fungování nebo **spokojenosti s léčbou** (Crawford et al., 2012).

*Nicméně i tyto výsledky je nutné brát s rezervou, protože téměř 40 % osob zařazených do skupiny arteterapie se jí ani jednou nezúčastnilo a pouze několik z nich se jí účastnilo pravidelně* (Crawford et al., 2012).

Další sekundární analýza tohoto výzkumu neobjevila rozdíl v efektu arteterapie mezi účastníky s vyšší či nižší mírou negativních symptomů nebo mezi těmi, kteří vyjádřili nebo nevyjádřili preferenci podstupovat arteterapii (Leurent et al., 2014).

### 2.7.2 Muzikoterapie

Muzikoterapie je přístup, který využívá hudbu jako prostředek k interakci (Geretsegger et al., 2017). V rámci tohoto terapeutického směru se setkáváme se dvěma základními formami – **pasivní** (poslech hudby) a **aktivní** (zpěv a hra na hudební nástroje). Terapeutická setkání probíhají buďto individuálně, nebo ve skupině (Asano, 2013).

Účastníci mají příležitost se během setkání aktivně projevit. Pomocí hudby mohou snadněji vyjádřit své pocity a myšlenky bez požadavku na jazykové dovednosti. Hudba tak nabízí **nové způsoby, jak komunikovat** s druhými. Čas strávený ve skupině také představuje určitý předpoklad pro budování vztahů. Účastník se postupně učí lépe porozumět nejen svým vnitřním stavům, ale prohlubuje svůj zájem i o druhé (Costa & Negreiros-Vianna, 2011). Tyto znaky terapie představují příležitost k rozvoji a obnově emocionálních, a také vztahových dovedností (Gold, Dahle, Heldali, & Wigram, 2006).

Na možný **efekt muzikoterapie** upozorňují výsledky některých studií. Ukazuje se, že zařazení muzikoterapie mezi léčebné metody je pro osoby se schizofrenním onemocněním v některých oblastech prospěšnější než pouze léčba pomocí antipsychotik. S těmito závěry se setkáváme i v metaanalýze čtyř randomizovaných kontrolovaných studií realizovaných mezi lety 1998–2005. Intervence v těchto výzkumech se zakládaly buď na přístupu aktivní muzikoterapie, nebo kombinace této formy terapie s pasivní podobou terapie. Respondenti se napříč studii účastnili různého počtu (7–78) terapeutických setkání. U participantů zařazených do intervenované skupiny byl i po třech měsících zjištěn **větší efekt na zlepšení celkového psychického stavu i sociálního fungování** za podmínky,

že intervence zahrnovala více než 20 setkání. **Výraznější zmírnění negativních symptomů** bylo však pozorováno i v případě, že se jednalo o **méně než 20 setkání** (Gold et al., 2006). Toto zlepšení lze pozorovat jak u pacientů v akutní fázi schizofrenie, tak i u těch, kteří se potýkají s chronickým průběhem onemocnění (Asano, 2013).

Dlouhodobý efekt (3–6 měsíců od ukončení intervence) ve výše zmíněných oblastech potvrdila také metaanalýza 18 studií z let 2010–2015. Do této metaanalýzy bylo zařazeno celkem 1 215 pacientů majících zkušenost se 7–240 terapeutickými setkáními. **Největší efekt** byl pozorován u skupiny pacientů, u kterých intervence probíhala **po dlouhou dobu** a **často**. Výsledky analýzy poukázaly i na to, že muzikoterapie měla **větší efekt na zlepšení úrovně kvality života a depresivních symptomů**. Tento účinek však nebyl dlouhodobý a přetrvával méně než 3 měsíce. V oblasti zlepšení kognitivních funkcí se efekt muzikoterapie neprokázal (Geretsegger et al., 2017).

Muzikoterapie také představuje určitou alternativu, jak lidem se schizofrenním onemocněním **pomoci s nespavostí**. V jedné ze studií bylo sledováno 24 respondentů potýkajících se s obtížemi při usínání. Výzkumníci u nich sledovali, za jak dlouhou dobu dokážou tito lidé usnout a jak moc byl jejich spánek kvalitní poté, co poslouchali 40 minut relaxační hudbu. Ukázalo se, že po týdnu, co respondenti hudbu poslouchali, usínali rychleji a jejich spánek byl kvalitnější (Asano, 2013).

## 2.8 Intervence zaměřené na rodinu pacienta

V současné době se začínají více objevovat intervence zaměřené na rodinu pacienta. Pharoah, Mari, Rathbone a Wong (2010) rozdělují psychosociální intervence na ty, které se zaměřují na **psychoedukaci rodinných příslušníků** a ty, které více cílí na **nácvik praktických dovedností** pomáhajících zvládat nemoc. Mezi osvojované dovednosti patří například nácvik komunikačních dovedností či řešení problémů (Pharoah et al., 2010).

Shean (2013) doporučuje, aby rodinná intervence trvala po dobu alespoň 6–9 měsíců a zaměřila se na následující **oblasti**:

- předat rodinným příslušníkům informace o nemoci
- poskytovat rodinným příslušníkům emocionální podporu
- umožnit nácvik toho, jakým způsobem se chovat k nemocnému
- poskytovat krizovou intervenci

Tato doporučení reflektují, jaká očekávání mají rodinní příslušníci od zdravotních služeb. Nejčastěji se týkají toho, aby došlo k navázání vztahu s personálem, byly poskytnuty informace o nemoci a zlepšila se jejich dostupnost (De Haan et al., 2002; Schmidt, Spiessl, Vukovich, & Cording, 2003).

Zapojení rodiny do procesu léčby je důležité z mnoha důvodů. **Pomáhá rodinným příslušníkům** porozumět lépe nemoci a také zmírnit pocity izolace a zátěže, kterou péče o nemocného přináší (Chien, Leung, Yeung & Wong, 2013; Shean, 2013). Zároveň výsledky metaanalýz upozorňují na **přínos** těchto intervencí **i pro nemocného**. Účinnost rodinné intervence byla pozorována ve spojitosti se zlepšením pozitivních i negativních symptomů, nižším počtem hospitalizací a zlepšením funkčních schopností nemocného. Tento efekt byl pozorovatelný ještě i dva roky od ukončení intervence. Dále byla objevena spojitost mezi rodinnou intervencí a snížením prožívané míry stresu (Giron et al., 2010; Pfammater, Junghan, & Brenner, 2006; Pharoah et al., 2010; Pilling et al., 2002).

Jako příklad randomizované kontrolované studie lze uvést tu, kterou realizovali Mayoral et al. (2015). Ve své studii rozdělili 88 rodin do dvou skupin. První skupina osob se schizofrenním onemocněním docházela na rodinnou psychoedukaci po dobu jednoho roku, zatímco druhá skupina podstupovala běžnou péči. Skupiny byly mezi sebou porovnávány před zahájením léčby, po ukončení intervence a pak ještě po dalších 6 měsících. Výzkum dokončilo 71 respondentů, přičemž 34 z nich bylo začleněno do rodinné intervence a 37 do kontrolní skupiny. U participantů zařazených do intervenované skupiny bylo **riziko hospitalizace o 40 % nižší** a jejich **symptomy se** po ukončení intervence signifikantně **zlepšily**. Tento efekt však již po 18 měsících pozorovatelný nebyl (Mayoral et al., 2015).

Nedávná studie upozornila na **existující efekt** intervence (trvajících 9 měsíců) **i po 14 letech** od jejího ukončení. Jednalo se o randomizovanou kontrolovanou studii, ve které byli respondenti rozděleni do tří skupin. V první skupině byla participantům (N = 126) poskytnuta rodinná skupinová intervence a tito respondenti také užívali medikaci, v další skupině respondenti užívali pouze léky (N = 103) a ve třetí skupině byli participanté ponecháni bez intervence (N = 97). Z původního počtu všech respondentů se do studie později zapojilo 238 participantů (73 %) a byla u nich zjišťována míra (výskyt, intenzita) pozitivních a negativních symptomů a dále posuzována úroveň funkčních schopností. Výzkumníci mezi skupinami neodhalili větší efekt intervence na zlepšení symptomů

a celkové úrovně psychického zdraví. Nicméně výzkumníci zjistili, že členové intervenované skupiny častěji spolupracovali při farmakologické léčbě a dosahovali vyšší úrovně pracovní funkčnosti (poloviční a plný pracovní úvazek) než zbývající skupiny (Ran, Chan, Ng, Guo, & Xiang, 2015).

## 2.9 Subjektivní vnímání léčby osobami se schizofrenním onemocněním

Studie, které se touto problematikou zabývají, se zaměřují na to, jakým způsobem jsou osoby se schizofrenním onemocněním spokojené s léčbou a co v léčbě považují za důležité. V jednom z výzkumů se jako nejvýznamnější **prediktor spokojenosti s léčbou** ukázala prožívána **míra distresu** spojeného se symptomy nemoci (Schoemaker, Vingerhoets, & Emsley, 2019).

V další ze studií, do které se zapojilo 3 630 osob se schizofrenním onemocněním, se vyšší spokojenost s léčbou pojila s **užíváním antipsychotik II. generace** v porovnání s antipsychotiky I. generace. Dále výzkumníci zjistili, že při užívání antipsychotik II. generace (*Olanzapin, Risperidon, Klozapin a Amisulprid*) byla největší spokojenost s léčbou spojována s Klozapinem (Nordon, Rouillon, Barry, Gasques, & Falissard, 2012). Ke stejnému závěru dospěla také další studie. V tomto případě se výsledky týkaly 121 osob se schizofrenií podstupujících monoterapii a majících stabilizovanou dávku antipsychotik déle než 4 týdny (Fujikawa et al., 2008). Dále při srovnání výsledků participantů léčených antipsychotiky I. generace a těch, kteří žádná antipsychotika neužívali, se ukázala spokojenost s léčbou stejná bez ohledu na závažnost symptomů nebo úroveň autonomie participantů (Nordon et al., 2012).

Také v českém prostředí byla zkoumána spokojenost pacientů s léčbou a zjišťovány postoje osob se schizofrenním onemocněním (N = 75) k farmakologické léčbě. Výzkumníci zjistili, že **významně spokojenější** byli ti respondenti, kteří byli **v remisi**, užívali **pouze jeden lék** a byly jim předepisovány **nižší dávky** antipsychotik (Masopust, Libiger, Kohler, Urban, & Čermáková, 2009).

Z jednoho z výzkumů vyplynulo, že dalším prediktorem spokojenosti s léčbou by mohla být zkušenost respondenta s **psychosociálními intervencemi**. *Podle výzkumníků toto zjištění poukazuje na důležitost proaktivního zapojení pacienta do léčby* (Nordon et al., 2012). Tento předpoklad je ve shodě s výsledky výzkumu, ve kterém byla nespokojenost s léčbou spojována s nízkou mírou podílení se na plánování léčby a s nedostatkem poskytovaných informací (Chue, 2006).

Na význam spokojenosti pacienta s léčbou upozornila studie, které se účastnilo 117 osob se schizofrenním onemocněním. Účastníci tohoto výzkumu byli léčeni pomocí II. generace antipsychotik alespoň 4 týdny. Výzkumníci dospěli k závěru, že **spokojenost** s antipsychotiky byla významným **prediktorem spolupráce** participantů při léčbě (Jang, Shim, Choi, & Lee, 2014).

V hledání způsobů, jak nejlépe uzpůsobit léčbu pro osoby se schizofrenním onemocněním, nám může pomoci, když **porozumíme** jejich **potřebám**. Ty zjišťovali pomocí dotazníku od 194 respondentů ve svém výzkumu Tsang et al. (2013). Participantů považovali v léčbě za důležité, aby získali informace o své nemoci a dozvěděli se, jakým způsobem mohou příznaky nemoci lépe zvládat. Větší význam této potřebě přikládaly osoby s vyšším vzděláním a respondenti, kteří bydleli s přáteli v porovnání s těmi, kteří žili sami. Dále vnímali jako důležité, aby se naučili, jak lépe zvládat stres a získali podporu při hledání a udržení zaměstnání. V péči preferovali dlouhodobější spolupráci, stabilní vztah s pracovníky a pravidelný kontakt s psychiatrem. Významné pro tuto skupinu respondentů bylo také to, aby se mohli na léčbě aktivně spolupodílet a volit si formu léčby. V dotazníku se také mezi nejdůležitějšími potřebami objevilo předepsání vhodné medikace s co nejnižší mírou jejich nežádoucích účinků (Tsang et al., 2013).

K podobným závěrům dospěli výzkumníci také v další studii zaměřené na osoby se schizofrenním onemocněním (N = 100). Mezi významnými potřebami respondentů se objevovala **pomoc při zvládnání pozitivních symptomů a stresu**. Dále pro ně bylo důležité **získat informace** o svém psychickém stavu a možnostech léčby. Nejčastěji však respondenti uváděli potřebu **finanční podpory** (Kulhara et al., 2010). Naplnění těchto potřeb se ukázalo jako důležité i ve dříve realizovaných studiích (Ochoa et al., 2003; 2005), přičemž tyto studie upozornily i na potřebu asistence při zvládnání péče o domácnost a potřebu vhodné stravy (Ochoa et al., 2003; 2005). Foldemo a Borgen (2002) poukázali na obtíže nemocných ve schopnosti se zaměstnat během dne.

Na význam potřeby **léčit pozitivní symptomy** a **řešit finanční situaci** také u hospitalizovaných osob upozornila studie, kterou realizovaly Hosáková a Jarošová (2015). Výsledky tohoto výzkumu se týkaly 244 osob se schizofrenním onemocněním podstupujících následnou léčbu v rámci nemocnice (Hosáková & Jarošová, 2015).

## II. Výzkumná část

### 3. Cíl výzkumu a formulace výzkumných otázek

V odborné literatuře nacházíme celou řadu výzkumů zkoumajících efektivitu jednotlivých psychosociálních intervencí. Nicméně znatelně méně pozornosti je věnováno tomu, jak léčbu vnímají samotní pacienti. Z tohoto důvodu se tento výzkum zaměřuje právě na tuto problematiku a klade si za cíl **zmapovat zkušenost osob se schizofrenním onemocněním s léčbou** v období hospitalizace a také **zjistit, jaký postoj k poskytovaným intervencím osoby se schizofrenním onemocněním zaujímají a jak podle nich tyto intervence přispívají k léčbě**. K dosažení tohoto cíle byly zformulovány následující výzkumné otázky:

#### 1. výzkumná otázka

**Jaká je zkušenost osob, které onemocněly schizofrenním onemocněním, s léčbou v průběhu hospitalizace?**

Zodpovězení této výzkumné otázky zprostředkuje lepší porozumění tomu, jaké potřeby se u osob se schizofrenním onemocněním v průběhu hospitalizace objevují a jakým způsobem vnímají to, že se v nemocnici léčí. Pro porozumění kontextu, v jakém léčba probíhá, bude pozornost věnována také okolnostem současné hospitalizace a tomu, jakou úlohu v léčbě zastává personál a rodina.

#### 2. výzkumná otázka

**Jaká je zkušenost osob, které onemocněly schizofrenním onemocněním, s formami léčby poskytovanými během hospitalizace?**

Cílem této výzkumné otázky je zjistit, s jakými psychosociálními intervencemi se osoby se schizofrenním onemocněním setkávají v průběhu hospitalizace a jaký význam jednotlivým intervencím v léčbě připisují. Vzhledem k tomu, že léky mají v léčbě tohoto onemocnění zásadní úlohu, budeme se v rámci této otázky také zabývat tím, jak jsou vnímány osobami se schizofrenním onemocněním.

## 4. Výzkumný soubor

Výzkum této diplomové práce se zaměřuje na skupinu osob se schizofrenním onemocněním podstupujících léčbu v rámci hospitalizace. S ohledem na povahu fenomenologického výzkumu byl zvolen záměrný výběr. Ten umožňuje vybrat takové respondenty, kteří dobře reprezentují zkoumaný fenomén. Zároveň tento způsob výběru zajišťuje homogenitu vzorku. Kritéria pro zařazení respondenta do výzkumného souboru byla následující:

- muž či žena s diagnózou schizofrenie (F20) ve věku 18–65 let
- stabilizační fáze léčby
- kompenzovaní pacienti aktuálně bez psychotických fenoménů nebo alespoň s náhledem na ně
- pobyt na otevřeném oddělení lůžkového psychiatrického zařízení trvající po dobu alespoň jednoho měsíce, nejdéle však 6 měsíců

**Kritérium stabilizační fáze léčby** bylo zvoleno z několika důvodů. Vychází z předpokladu, že odpovědi respondentů budou v této fázi léčby více vypovídající a respondentům bude v rámci léčebného programu nabídnut větší počet psychosociálních intervencí. Zároveň by rozhovor v počátcích léčby mohl představovat pro respondenty nadměrnou psychickou zátěž. **Kritérium minimální délky pobytu** zajišťovalo, aby měl respondent s léčbou probíhající na otevřeném oddělení alespoň určitou zkušenost. **Kritérium maximální délky pobytu** vycházelo z obvyklé délky trvání této fáze léčby uvedené v doporučených postupech psychiatrické péče (Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2018). Vzhledem k cílům výzkumu byli do výzkumného souboru zařazeni i respondenti, kteří se s nemocí potýkali opakovaně, a naopak vyřazeni respondenti s duální diagnózou. Při výběru respondentů bylo také usilováno o **rovnoměrné zastoupení mužů a žen** ve výzkumném souboru.

V rámci **předvýzkumu** byli prostřednictvím psychologa získáni dva respondenti splňující uvedená kritéria. Jednalo se o pacienty hospitalizované na jednom z oddělení následné péče psychiatrické nemocnice Bohnice.

K **získání respondentů pro výzkum** byla vybrána lůžková psychiatrická zařízení poskytující osobám se schizofrenií léčbu na otevřeném oddělení a nacházející se v dostupné vzdálenosti od Prahy. Prostřednictvím e-mailové zprávy bylo v průběhu března roku 2019

osloveno celkem šest psychiatrických nemocnic (Kosmonosy, Havlíčkův Brod, Dobřany, Písek, Horní Beřkovice a Bohnice), tři psychiatrická oddělení (Klatovská nemocnice, Tábor a Ústí nad Labem) a jedna psychiatrická klinika (Plzeň). Obsahem nabídky k zapojení se do výzkumného šetření byl stručný popis výzkumu a jeho účelu a také základní kritéria výběru respondentů. Přesný obsah e-mailové zprávy je přiložen v přílohách (*příloha č.1*). Na možnost zapojit se do výzkumu zareagovala pouze tři zařízení, přičemž realizace výzkumu byla umožněna pouze v jednom z nich (Psychiatrická nemocnice Bohnice). Ve zbývajících dvou zařízeních se nepodařilo spolupráci navázat z důvodu nedostačujících časových možností zaměstnanců.

Výzkum následně probíhal v rámci jednoho oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice, přičemž vhodné respondenty vybíral na základě kritérií a následně i oslovoval psycholog na tomto oddělení. Tímto způsobem se podařilo získat do výzkumu celkem 9 respondentů.

## 5. Design výzkumného projektu

### 5.1 Typ výzkumu

K zodpovězení cílových otázek byla zvolena metoda Interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Jedná se o kvalitativní přístup, který v 90. letech začal rozvíjet A. Smith. Využívá se především v oblastech výzkumu týkajících se psychologie zdraví, klinické psychologie a psychoterapie. Cílem tohoto přístupu je snaha porozumět subjektivní zkušenosti člověka, který se nachází v určité životní zkušenosti. Zachycuje to, co daný jedinec prožívá, ale také jaký význam této zkušenosti připisuje. Vychází především z **fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu** (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

V pojetí **tradiční fenomenologie** se výzkumník snaží zachytit fenomén v deskriptivní podobě a zaměřuje se na hledání jedinečné zkušenosti člověka. Ve chvíli, kdy dochází k propojení **hermeneutiky a fenomenologie**, si výzkumník uvědomuje to, že na jedné straně prozkoumává zkušenost konkrétního člověka z jeho perspektivy, ale zároveň bere v potaz i svoji vlastní zkušenost. Vnímá také interakci, která probíhá mezi ním a respondentem. Výzkumník pracuje s **hermeneutickým kruhem** – respondent usiluje o porozumění své zkušenosti s daným fenoménem a zároveň se výzkumník snaží pochopit, jakým způsobem respondent k tomuto porozumění dospěl. Subjektivita je v tomto pojetí vnímána jako přednost a výsledek analýzy tak vychází ze společného úsilí výzkumníka a respondenta. Třetí pilíř – **idiografický přístup** – se zaměřuje na konkrétního jedince. Jeden případ je zkoumán až do té doby, dokud není dosaženo určitého stupně porozumění. Poté přechází výzkumník k analýze dalšího případu (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Samotnou analýzu lze rozdělit do několika kroků. Cíl spočívá ve zformulování témat, která dokážou zachytit esenci fenoménu, jež je předmětem výzkumu (Smith et al., 2009). Výzkumník nejprve **reflektuje své zkušenosti** s daným tématem. Uvažuje nad tím, jaký má k danému tématu vztah, jaká je jeho motivace a prekoncepce. Poté výzkumník **opakovaně pročítá** vybraný rozhovor a usiluje o to, aby se dokázal na svět dívat očima respondenta. V následující fázi si píše **poznámky a komentáře**, ve kterých se snaží zachytit vše podstatné, prostřednictvím volné analýzy textu. Zaměřit se můžeme na hledání podobností a rozdílů, sumarizování, parafrázování či vybavování asociací. Komentáře mohou být **deskriptivní** (slouží k zachycení struktury myšlenek), **lingvistické** (jakým způsobem

respondent užívá jazyk) a **konceptuální** (interpretativního rázu – například ve spojitosti s myšlenkami, které se nám vynořují při čtení textu). IPA umožňuje také zapojení kreativity – text můžeme rozstříhat na odstavce nebo je třeba číst pozpátku. V rámci seznámení se s textem si lze podtrhávat to, co pokládáme za významné a následně pro podtržený text hledat vhodný popis. Jako další způsob se nabízí, že výzkumník zaznamenává vše, co mu připadá důležité (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

V následující fázi dochází k **rozvíjení vznikajících témat**. Výzkumník pracuje více s vlastními poznámkami a komentáři než s původním prepisem textu. Usiluje o to, aby převedl poznámky do výstižných témat. Názvy témat se stávají abstraktnějšími, ale stále jsou zakotveny v textu. Jako názvy mohou být využity také citace a metafory respondentů, které více ukotvují analýzu v textu (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Poté výzkumník hledá **souvislosti napříč tématy** a vytváří podtémata, která rozřazuje podle interpretačního klíče. Kritériem pro důležitost témat není pouze četnost výskytu v datech, ale i jejich schopnost osvětlovat danou zkušenost. Jakmile výzkumník zanalyzuje jeden rozhovor, přechází na **analýzu dalšího**. V samotném závěru dochází k **hledání vzorců napříč případy**. Výzkumník hledá souvislosti mezi zkušenostmi respondentů a zjišťuje, která z témat vystupují jako nejvýraznější (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

## 5.2 Metody získávání dat

### 5.2.1 Sběr výzkumného materiálu

Data byla získána pomocí rozhovorů v průběhu listopadu v roce 2019 a července roku 2020. Nejprve psycholog na oddělení oslovil pacienta, který splňoval kritéria pro zařazení do výzkumného souboru. Pokud pacient s nabídkou souhlasil, domluvil s ním psycholog čas a místo setkání. Na schůzku dorazili v dohodnutý čas až na dvě výjimky všichni respondenti. V jednom případě jeden z respondentů na schůzku zapomněl, a proto byl domluven náhradní termín setkání, ve kterém se už rozhovor uskutečnil. Ve druhém případě se respondent nakonec rozhodl, že se výzkumu nezúčastní.

Všechny rozhovory proběhly v jedné z místností otevřeného oddělení psychiatrické nemocnice. Tato místnost poskytovala dostatek klidu a soukromí. Výzkumnice se nejprve každému účastníkovi výzkumu představila a pak ho seznámila s předmětem a účelem výzkumu. Respondenti poté získali informace o tom, jakým způsobem bude rozhovor

probíhat a byla jim dána možnost se na případné nejasnosti kdykoliv doptat. Dále byli participantů obeznámeni s tím, že v průběhu rozhovoru nemusí na všechny otázky odpovídat a kdykoliv si mohou říct o přestávku.

Následovalo vysvětlení jednotlivých bodů informovaného souhlasu<sup>1</sup> a byl dán prostor k tomu, aby si tyto body respondent přečetl. Po podepsání informovaného souhlasu bylo spuštěno nahrávání a zahájen výzkumný rozhovor. Nahrávání bylo ukončeno po poslední otázce spojené s výzkumem. Poté byl vyhrazen prostor pro to, aby mohl respondent sdílet své pocity a dojmy z rozhovoru. Na závěr bylo respondentovi poděkováno za jeho účast ve výzkumu. Jakmile respondent opustil místnost, byla psychologovi na oddělení u prvních pěti respondentů odeslána SMS zpráva obsahující informaci o tom, zda rozhovor proběhnul bez obtíží. U dalších čtyř participantů měla výzkumnice možnost oslovit psychologa na oddělení v případě, že by vnímala potřebu následného ošetření pocitů respondenta.

### 5.2.2 Struktura rozhovoru

Pro účely výzkumu se ukázal jako nejvhodnější **polostrukturovaný rozhovor**. Tato forma rozhovoru umožňuje jednak vymezení tematických okruhů a také zachycení jedinečné zkušenosti každého z respondentů. Účastníci odpovídali na stejný soubor otázek, přičemž na základě odpovědí byly položeny další doplňující otázky. Řada z těchto doplňujících otázek vycházela z předem připraveného seznamu. V případě, že respondent otázce neporozuměl, byla otázka formulována jinými slovy. Pokud si výzkumnice nebyla jistá, zda vyjádření respondenta pochopila, byly některé z odpovědí během rozhovoru parafrázovány či sumarizovány s dotazem na správnost porozumění sděleného. V rámci rozhovoru byly také použity papírové kartičky s formami léčby, se kterými se mohou osoby se schizofrenním onemocněním v průběhu hospitalizace setkat. Otázky rozhovoru i podobu kartiček lze najít v přílohách (*příloha č. 5 a příloha č. 6*).

Na začátku rozhovoru byly nejprve od respondentů získány demografické údaje (věk, vzdělání, zaměstnání a rodinný stav). Význam těchto informací spočívá v jejich důležitosti pro popis výzkumného souboru. Poté následovaly otázky zaměřené na **osobní zkušenost respondenta s nemocí**. Tyto otázky byly do výzkumu zařazeny především pro lepší porozumění osobnímu příběhu respondenta. Jednalo se o tyto otázky:

---

<sup>1</sup> Tato část je detailněji popsána v podkapitole Etika výzkumu.

- *S jakou náladou dnes přicházíte? Je jiná než jindy?*
- *S čím se léčíte? Víte, pod jakou diagnózu Vaše onemocnění spadá?*
- *Co si pod tímto onemocněním představujete?*
- *Můžete mi nyní stručně popsat Váš příběh (průběh nemoci) od chvíle, kdy se Vaše psychické obtíže poprvé objevily až do našeho rozhovoru?*
- *Jak si vysvětlujete, že se Vaše obtíže objevily?*
- *Jak vnímáte (prožíváte), že se potýkáte s tímto onemocněním?*

Dále byl prostor věnován **zmapování dosavadní zkušenosti respondenta s léčbou** a také tomu, jaký význam jí připisuje. V této části rozhovoru byly poprvé k získání informací použity kartičky s vybranými formami léčby (příloha č. 6). Volba těchto otázek sloužila k vytvoření představy o tom, v jakém kontextu léčba probíhá.

- *Co pro Vás znamená to, že se tady léčíte?*
- *Nyní před Vás položím kartičky s formami léčby, se kterými se lidé během hospitalizace mohou setkat. Chtěla bych Vás poprosit, jestli byste u nich vybral/a ty, se kterými máte nějakou zkušenost – ať už během Vašeho současného nebo dřívějšího pobytu v nemocnici. Také tady mám tyto prázdné kartičky. Na ty můžete dopsat ty způsoby léčby, které na kartičkách nejsou uvedeny, ale Vy s nimi zkušenost máte. Děkuji. A nyní Vás ještě poprosím, abyste z Vámi vybraných kartiček puntíkem označil/a ty formy léčby, které jste během tohoto pobytu podstoupil/a nebo je podstupujete.*

Následující část rozhovoru se zaměřovala na to, **jak lidé se schizofrenním onemocněním vnímají léčbu** a zda se pohled na ni v průběhu času měnil. Některé z otázek cílily na porozumění důležitým aspektům léčby a významu jednotlivých léčebných intervencí pro respondenta. Další otázky se více soustředily na prozkoumání toho, v čem by se mohla léčba potencionálně zlepšit. Položení těchto otázek bylo klíčové pro zodpovězení výzkumných otázek.

- *Ted' bych Vás poprosila, abyste vybral/a ty způsoby léčby, které Vám připadají v léčbě nejvíce důležité. Pokud si vzpomenete na něco, co ještě na kartičkách schází, můžete svůj nápad napsat na některou z prázdných kartiček.*
- *Mohl/a byste mi, prosím, shrnout, čím je pro vás důležité se v léčbě zabývat?*

- *Vyberte, prosím, nyní ty aktivity, které Vám připadají v léčbě nejméně důležité. Z jakého důvodu jste je vybral/a?*
- *Schází Vám v léčbě něco? Napadá Vás ještě něco, co byste potřeboval/a?*
- *Máte zkušenost, že by Vám v léčbě něco nějakým způsobem ublížilo?*

Rozhovor poté navázal otázkami, které se týkaly toho, jakým způsobem respondenti vnímají užívání medikace a jakou roli v léčbě má podle nich personál. Tyto otázky nabízely pohled na další aspekty léčby.

- *Jak vnímáte to, že léky užíváte?*
- *Jakou úlohu v léčbě má podle Vás personál?*

Po ukončení nahrávání byli respondenti dotázáni na to, jak hodnotí průběh rozhovoru a zda pro ně takto strávený čas měl nějaký osobní přínos. Jednalo se o určitou zpětnou vazbu a také o způsob, jak odhalit případnou potřebu ošetření pocitů respondentů.

## **5.3 Metody zpracování a analýzy dat**

### **5.3.1 Přepis rozhovorů a práce se záznamem**

Z každého z rozhovorů byl pořízen audio záznam, který byl po pořízení přepisu s ohledem na citlivost získaných dat, smazán. Přepis prvních pěti rozhovorů proběhl v období listopadu a prosince roku 2019, další čtyři rozhovory byly přepsány začátkem července roku 2020. Jednalo se o doslovný transkript rozhovorů prostřednictvím programu *Listen N Write*, který umožňuje pozastavování záznamu během přepisování a také nastavení rychlosti přehrávané zvukové stopy.

Odpovědi respondentů byly ponechány v nezměněné podobě, nicméně názvy nemocnic, oddělení a jména zmíněných osob nejsou z důvodu zachování anonymity uvedeny. V transkriptu také nejsou ponechány ty části rozhovoru, které si respondenti nepřáli zveřejnit nebo se jednalo o citlivé údaje, které nesouvisely s výzkumnou otázkou. Nicméně při realizaci analýzy byly i tyto výpovědi zohledněny. Ze záznamu byly také vynechány ty úryvky, kde respondent požádal o zopakování otázky nebo o to, aby výzkumnice formulovala otázku jinými slovy či částí, kde výzkumnice respondentovi kartičky psychosociálních intervencí popisovala. Přepisy rozhovorů také neobsahují poznámky o projevech probíhající neverbální komunikace.

### 5.3.1 Zpracování za použití zvolených metod

Výzkumnice si každý rozhovor nejprve **několikrát přečetla** a poté podtrhla části rozhovoru, které považovala za významné (*fáze čtení a opakovaného čtení*). Poté výzkumnice hledala pro podtržené části textu **vhodný popis** pomocí parafrázování a sumarizace a také si zapisovala asociace (*fáze počátečních poznámek a komentářů*). V dalším kroku byla z komentářů a poznámek vytvořena **předběžná témata**. Tato témata byla následně zanesena do tabulky v programu Microsoft Word společně s přiřazeným odpovídajícím úryvkem, příslušnými poznámkami a komentáři. Text byl poté opětovně přečten, tentokrát po jednotlivých tematických částech, aby bylo ověřeno, zda jednotlivé úryvky odpovídají vytvořeným tématům (*rozvíjení vznikajících témat*).

V následujícím dni výzkumnice znovu četla úryvky, které byly k tématům přiřazeny a zvýraznila v nich části textu, které se vztahovaly k danému tématu. Poté opět ověřila, zda jednotlivé úryvky a poznámky odpovídají danému tématu. V dalším kroku byla všechna témata vytisknuta a tabulka rozstříhána na části podle témat, aby mohla výzkumnice s tématy manipulovat a hledat mezi nimi snadněji spojitosti. Tímto způsobem byla vytvořena **témata a podtémata** u každého z respondentů a jejich grafická podoba znázorněna na papír (*hledání souvislostí napříč tématy*).

V poslední fázi hledala výzkumnice **spojitosti mezi případy**. K jejich nalezení sloužilo jednak grafické znázornění témat a podtémat u každého z respondentů, tak také možnost vyskládat si související témata u jednotlivých respondentů vedle sebe (*hledání vzorců napříč případy*).

### 5.4 Etické aspekty výzkumu

Při realizaci výzkumu bylo usilováno o dodržení etických zásad. **Princip beneficence** lze spatřovat ve snaze o to, aby výsledky výzkumu přispěly k lepšímu porozumění potřebám, které se u osob se schizofrenním onemocněním mohou v průběhu léčby objevit. Zároveň se může jednat i o určitou zpětnou vazbu pro odborníky pracujícími s touto skupinou osob.

V potaz byl také brán **princip nonmaleficence**. Do výzkumu byli dle uvážení psychologa a lékaře na oddělení zařazováni pacienti s ohledem na jejich aktuální psychický stav. Respondenti byli také po ukončení každého rozhovoru dotazováni na to, jakým způsobem vnímali průběh rozhovoru a zda takto strávený čas považovali za užitečný. Psychologovi na oddělení byla po realizaci prvních pěti rozhovorů odeslána vždy SMS

zpráva podávající informaci o tom, zda rozhovor proběhl v pořádku. Psycholog se pak ještě i osobně zeptal respondenta, jak setkání s výzkumníci vnímal. Takto získaná zpětná vazba mohla alespoň do určité míry pomoci zachytit a ošetřit případné nežádoucí důsledky, které mohly nastat v průběhu rozhovoru. U zbývajících čtyř respondentů mohla výzkumnice psychologa požádat o poskytnutí podpory participantům, kdyby zpozorovala zhoršení jejich psychického stavu.

Podpora **pocitu bezpečí a důvěry** byla zajištěna pomocí předání dostatečného množství informací o realizovaném výzkumu prostřednictvím seznámení s předmětem a účelem výzkumu. Před začátkem rozhovoru každý z respondentů podepsal informovaný souhlas obsahující ujištění o **zajištění anonymity**. Z tohoto důvodu byla při prezentaci výsledků výzkumu změněna jména respondentů a neuvedeno oddělení nemocnice, v rámci, kterého léčba probíhala. Informovaný souhlas dále obsahoval informaci o tom, že z rozhovoru **bude pro výzkumné účely pořízen záznam**. Ten byl nutný k tomu, aby byla analýza dat vůbec uskutečnitelná. Navíc bylo respondentům sděleno, kdo a za jakým účelem bude mít k získaným datům přístup. Další z bodů informovaného souhlasu zmiňoval **možnost z výzkumu kdykoliv odstoupit**. Informovaný souhlas použitý pro účely předvýzkumu a výzkumu lze najít v přílohách.

Na zvážení etických aspektů poukazuje také skutečnost, že výzkum bylo možné zahájit až poté, co etická komise PN Bohnice vyslovila souhlas k výzkumnému šetření. Žádost zasláná etické komisi je přiložena v příloze.

## 6. Výsledky

### 6.1 Popis výzkumného souboru

Tato kapitola popisuje výzkumný soubor. Prezentované údaje vycházejí z informací, které o sobě respondenti sdělili během rozhovorů. Informace o diagnóze a délce hospitalizace jednotlivých respondentů získala výzkumnice od psychologa na oddělení, kde výzkum probíhal. Popis výzkumného vzorku je pro větší přehlednost uveden také v narativní podobě. Z důvodu anonymizace vystupují respondenti pod změněnými jmény.

U každého z respondentů jsou uvedeny **demografické údaje** (*věk, vzdělání, zaměstnání a rodinný stav*) a také informace týkající se **onemocnění** (*diagnóza*) a **léčby** (*počet hospitalizací, délka současné hospitalizace a medikace*). Věkové rozložení souboru uvádí tabulka č. 1, zatímco tabulky č.2 (*muži*) a č. 4 (*ženy*) prezentují demografické údaje. Údaje o onemocnění a léčbě lze nalézt v tabulce č. 3 (*muži*) a č. 5 (*ženy*).

Výzkumný vzorek tvořilo 5 mužů a 4 ženy ve věku od 19 do 43 let. Pouze základního vzdělání dosáhl 1 respondent, střední školu studovala 1 respondentka a další 1 participant úspěšně ukončil středoškolské vzdělání, 4 respondenti ukončili střední školu s maturitou a 2 respondenti získali vysokoškolský titul. Před hospitalizací pracovalo alespoň na částečný úvazek 6 respondentů. V manželském svazku se nacházel pouze 1 respondent.

<b>Průměrný věk souboru</b>	30,4 let
<b>Průměrný věk žen</b>	28,5 let
<b>Průměrný věk mužů</b>	32 let
<b>Minimální věk</b>	19 let
<b>Maximální věk</b>	43 let

Tabulka č. 1 – Charakteristika souboru – Věkové rozložení

Respondent	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr
<b>Věk</b>	30	28	34	25	43
<b>Vzdělání</b>	VŠ	SŠ s maturitou	SŠ s maturitou	základní	SŠ
<b>Zaměstnání</b>	plný úvazek	plný úvazek	částečný úvazek invalidní důchod	částečný úvazek invalidní důchod	částečný úvazek invalidní důchod
<b>Rodinný stav</b>	svobodný	svobodný	ženatý	svobodný	svobodný

Tabulka č. 2 – Charakteristika souboru – Demografické údaje – Muži

Respondent	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr
Typ schizofrenie	paranoidní	paranoidní	paranoidní	paranoidní	paranoidní
Počet hospitalizací	1	1	5 a více	4	9
Délka současné hospitalizace	17 týdnů	17 týdnů	10 týdnů	9 týdnů	5 týdnů
Délka pobytu na oddělení následné péče	12 týdnů	12 týdnů	6 týdnů	7 týdnů	4 týdny

**Tabulka č. 3 – Charakteristika souboru – Diagnóza a léčba – Muži**

### **Ondřej**

Tomuto respondentovi je 30 let a vystudoval vysokou školu. Před hospitalizací měl zaměstnání na plný úvazek. V domácnosti žije s partnerkou, se kterou má i dítě. Jedná se o jeho první hospitalizaci, která v době rozhovoru trvala 17 týdnů. V rámci této hospitalizace mu byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. V době, kdy rozhovor probíhal se už respondent nepotýkal s žádnými pozitivními symptomy a v následujícím týdnu ho mělo čekat propuštění z nemocnice. Respondent uvedl, že užívá antipsychotikum Leponex a Xeplion. Dále mu bylo předepsáno také antidepresivum Asentra.

### **Tadeáš**

Jedná se o 28 letého muže, který má dokončené středoškolské vzdělání s maturitou. Před hospitalizací pracoval na plný pracovní úvazek. Respondent také uvedl, že je svobodný. Psychické obtíže se u něj objevily přibližně 4 měsíce před rozhovorem a v nemocnici, kde pobýval 17 týdnů, mu byla stanovena diagnóza paranoidní schizofrenie. Nejprve byl 5 týdnů na uzavřeném oddělení a potom byl přesunut na oddělení následné péče. Pozitivní symptomy se u něj už po většinu času neprojevují, pouze při vnímané zátěži se jedna z obtíží vrací v menší míře a respondent si jí je vědom. Respondent užívá tři druhy antipsychotik, vzpomněl si pouze na Leponex a Olanzapin.

### **Jiří**

Tento respondent je ve věku 34 let a dosáhl středoškolského vzdělání s maturitou, má manželku a děti. Před hospitalizací mu byl přiznán invalidní důchod a pracoval na částečný úvazek. Jedná se už o jeho několikátou hospitalizaci, na přesný počet si nevzpomněl (5 a více). Poprvé byl hospitalizovaný ve 21 letech a tentokrát přibližně před dvěma měsíci. V rámci tohoto pobytu je 6 týdnů na otevřeném oddělení. Přetrvávají u něj reziduální pozitivní symptomy, které dokáže pojmenovat a považuje je za projevy nemoci. Z antipsychotik užívá Xentralin, Leponex a Rivotril.

## Tomáš

Tomáš je 25 letý svobodný muž, který získal základní vzdělání. Ve své anamnéze má zkušenost s drogami, nicméně aktuálně návykové látky neužívá. Před hospitalizací byl nezaměstnaný a pobíral invalidní důchod. Jedná se o jeho čtvrtou hospitalizaci, přičemž poprvé byl hospitalizovaný před 6 lety. V nemocnici v době rozhovoru pobýval přibližně 9 týdnů. Na oddělení následné péče v době rozhovoru byl již 7 týdnů. Stále se potýká s reziduálními pozitivními symptomy, nicméně ví, co mu je pomáhá zmírňovat a má na tyto své obtíže náhled. Z medikace užívá pouze jedno antipsychotikum – Leponex.

## Petr

Tímto respondentem je 43 letý muž s ukončeným středoškolským vzděláním. Před nástupem do nemocnice pracoval na částečný pracovní úvazek a zároveň mu byl vyplácen invalidní důchod. Tento respondent je v současné době svobodný, z předchozího vztahu má dítě. Nemoc (paranoidní schizofrenie) se u něj objevila před 9 lety a aktuálně se jedná o jeho devátou hospitalizaci. Do nemocnice nastoupil před 5 týdny, přičemž na oddělení následné péče se léčí už 4 týdny. U tohoto respondenta stále přetrvávají reziduální pozitivní symptomy, nicméně respondent reflektuje, že se jedná o projevy nemoci. Tento participant také uvedl, že v minulosti nějakou dobu užíval drogy. V současné době respondent užívá několik léků, vzpomněl si však na název pouze jednoho z nich (Leponex).

Respondentka	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Věk	29	19	33	33
Vzdělání	SŠ s maturitou	nedokončená SŠ	SŠ s maturitou	VŠ
Zaměstnání	nezaměstnaná	studentka	částečný úvazek invalidní důchod	invalidní důchod
Rodinný stav	svobodná	svobodná	svobodná	svobodná

**Tabulka č. 4 – Charakteristika souboru – Demografické údaje – Ženy**

Respondentka	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Typ schizofrenie	paranoidní	paranoidní	paranoidní	jiná
Počet hospitalizací	1	2	12	3
Délka současné hospitalizace	8 týdnů	14 týdnů	20 týdnů	6 týdnů
Délka pobytu na oddělení následné péče	4 týdny	4 týdny	20 týdnů	3,5 týdne

**Tabulka č. 5 – Charakteristika souboru – Diagnóza a léčba – Ženy**

### **Marta**

Respondentka je 29 letá svobodná žena, která úspěšně ukončila studium na střední škole s maturitou a poté pracovala na plný pracovní úvazek. Před více než půl rokem ji však z práce propustili a před hospitalizací se jí ještě nepodařilo najít nové zaměstnání. Jedná se o její první hospitalizaci. V nemocnici je 8 týdnů s diagnózou paranoidní schizofrenie a následující den po rozhovoru nemocnici opouští. Na otevřené oddělení nastoupila po 4 týdnech pobytu v nemocnici. Respondentka uvedla, že poslední měsíc ji již žádné psychické obtíže neprovází. Z antipsychotik užívá Risperidon.

### **Lucie**

Tato respondentka je ve věku 19 let a studuje střední školu. Jedná se o její druhou hospitalizaci, nicméně paranoidní schizofrenie jí byla diagnostikována až během té současné. Do nemocnice nastoupila před 14 týdny a na otevřeném oddělení se léčí čtvrtým týdnem. Participantka se stále potýká s reziduálními pozitivními příznaky, nicméně má na ně náhled. V rámci farmakoterapie jí byla nasazena Zyprexa.

### **Jana**

Jedná se o 33 letou svobodnou ženu, která ukončila střední školu s maturitou a před hospitalizací pracovala na částečný pracovní úvazek. Tato respondentka nastoupila v nemocnici ihned na otevřené oddělení, kde v době rozhovoru podstupovala léčbu dvacátým týdnem v souvislosti s paranoidní schizofrenií. Respondentka uvedla, že v nemocnici byla hospitalizovaná už 12 krát, poprvé přibližně před 6 lety. Během rozhovoru se tato respondentka ke svým současným psychickým obtížím nevyjadřovala. Z medikace užívá Leponex a na názvy dalších dvou léků si nezpomněla.

### **Tereza**

Této respondentce je 33 let, je svobodná a získala vysokoškolský titul. Před nástupem do nemocnice kvůli psychickým obtížím několik let nepracovala a pobírala pouze invalidní důchod. V době rozhovoru její hospitalizace trvala celkově 6 týdnů, z toho 3,5 týdne byla na oddělení následné péče ve spojitosti s léčbou schizofrenie. Jednalo se o třetí hospitalizaci respondentky, nicméně psychické obtíže se u ní objevily už před 4 lety. Během této hospitalizace reflektovala participantka získání náhledu na své onemocnění. Respondentka uvedla, že užívá Zyprexu, Abilify a Akineton na zmírnění nežádoucích účinků medikace.

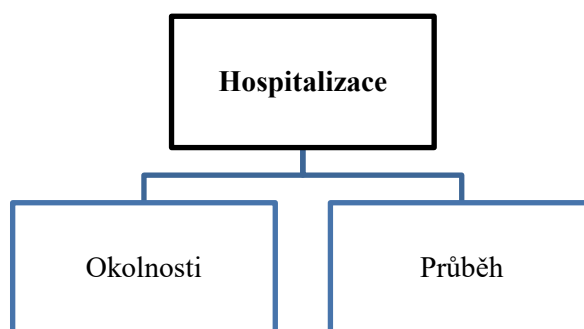
## 6.2 Výzkumná otázka č. 1

### Jaká je zkušenost osob se schizofrenním onemocněním s léčbou během hospitalizace?

Na základě analýzy byla ve vztahu k 1. výzkumné otázce identifikována celkem čtyři témata. Popis každého z nich, včetně jeho grafického zobrazení, se nachází na řádcích níže. Zastoupení témat u jednotlivých respondentů lze najít v přílohách (*příloha č. 10*).

#### Hospitalizace

Na základě otázek souvisejících s dosavadní léčbou, kterou respondenti podstoupili, se ve vztahu ke zkušenosti s hospitalizací vynořila dvě podtémata (obrázek č. 1).



Obrázek č. 1 – Schéma tématu Hospitalizace

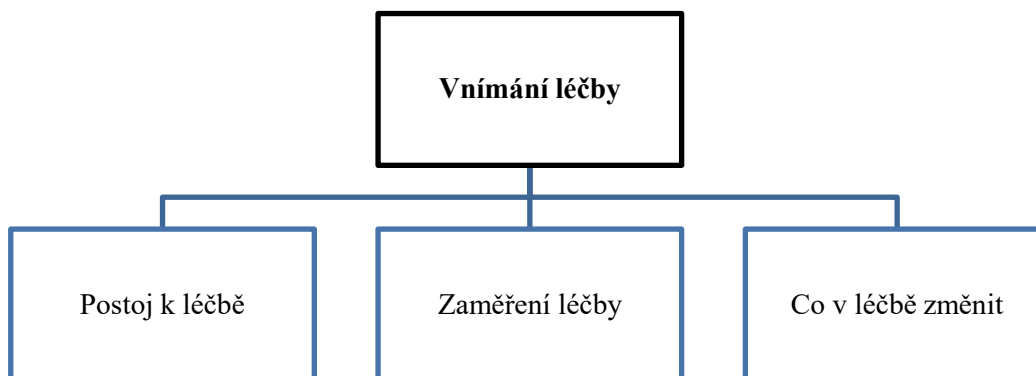
Do nemocnice **většina** z respondentů (7) **nastoupila dobrovolně** buď na základě vlastního uvážení, nebo po domluvě s ošetřujícím lékařem. Ve dvou případech souhlasily respondentky s hospitalizací v souvislosti s pokusem o sebevraždu nebo sebepoškozováním.

*„...když jsem se nechala hospitalizovat, tak jsem čtyři dny nespala bolestí a už jsem pak říkala, že už jsem jako zralá na to sem jít...“*  
(Tereza, 55)

Respondenti (7) **podstupovali léčbu** nejprve na uzavřeném **oddělení** poskytujícím **akutní léčbu** a až poté nastoupili na oddělení následné péče. Pouze dva z respondentů byli umístěni na současné oddělení okamžitě, a to buď z důvodu, že akutní léčbu absolvovali v jiném zařízení, nebo po domluvě s ošetřující lékařkou.

## Vnímání léčby

Výpovědi respondentů se při popisu toho, jak vnímají léčbu, týkaly čtyř dílčích podtémat znázorněných obrázkem č. 2.



Obrázek č. 2 – Schéma tématu Vnímání léčby

Léčba v nemocnici **měla** respondentům **pomoci s jejich psychickými obtížemi**, aby byli opět schopni fungovat v každodenním životě.

*„Takže [...] jsem došel sem. Abych se těch bludných myšlenek zbavil a dokázal nějak normálně fungovat, protože to bylo hodně obtěžující a nedokázal jsem si takhle představit vůbec žít.“*  
(Tadeáš, 48)

Začátek hospitalizace popisovalo několik respondentů v souvislosti s pobytem na uzavřeném oddělení jako náročné období, kdy **se cítili nepříjemně** a **chyběl jim pocit volnosti**. **Postoj k léčbě** se během pobytu v nemocnici v mnoha případech **proměňoval** od odmítavého (i reverzu) ke spolupracujícímu, ať už v rámci jedné hospitalizace či několika. Ochota spolupracovat se mohla pojit jak s přístupem personálu k respondentům, tak také s pocitem omezené svobody.

*„Teď jsem tady dobrovolně, [...]. Kdybych to měla porovnat, tak já jsem minule byla úplně...představa, že jsem tady jenom o jeden den déle, tak mě to úplně děsilo a byla jsem agresivní a nechtěla jsem tady být. Byla jsem proti všemu léčení, proti lékům, proti doktorům jsem šíleně byla. No a teď jsem si přišla vlastně skoro sama říct o pomoc a chtěla jsem, aby mi pomohli.“*  
(Lucie, 255)

Respondenti se také vyjádřili k tomu, **čím by se podle nich léčba měla zabývat**. Někteří (4) zmiňovali **intervence**, které považovali v léčbě za důležité (*pohybové aktivity, individuální psychoterapii, psychoterapeutickou skupinu, psychoedukaci, kognitivní aktivity a ergoterapii*). Ostatní (5) by se v léčbě zaměřili na to, aby měl pacient možnost **zjistit** svoji **diagnózu, řešit** své osobní **problémy** či **nastavit si režim dne**, který bude dodržovat i po propuštění z nemocnice.

*„Určitě (se zabývat) tou svou diagnózou, aby potom zjistil ten člověk, co nejvíc, aby věděl, co má dělat...třeba když slyší hlasy nebo když má nějaký bludy, tak aby věděl, co má prostě dělat.“*

*(Tomáš, 401)*

Většina z respondentů uvedla, že jsou **s léčbou spokojeni** a v souvislosti s psychosociálními intervencemi nevnímali nedostatky. Nicméně někteří by uvítali **častější individuální psychoterapii** a také by uvítali **navýšení počtu psychologů**, což by poskytovalo více času pro rozhovor nebo umožnilo volbu pohlaví psychologa. Volba pohlaví psychologa mohla souviset s větší ochotou se svěřit.

*„...individuální psychoterapie, kdyby jí bylo víc, tak si myslím, že by to bylo k užítku.“*

*(Ondřej, 583)*

*„Schází mi například počet psychologů [...] Myslím si, že by bylo dobré, kdyby těch psychologů bylo více. A například i jiného pohlaví, protože to může hrát také výraznou roli. Já sám jsem třeba raději, když psycholog je ženského pohlaví, někdo to může mít naopak třeba...Já sám se spíše svěřím jakoby ženě nežli muži.“*

*(Tadeáš, 294)*

Někteří by ocenili, kdyby byla **psychoedukace** zařazena **v ranější fázi léčby**. Dřívější zařazení psychoedukace do léčby se pojilo s přesvědčením rychlejšího získání náhledu na onemocnění.

*„...ocenila bych to daleko dřív teda tady tu edukaci. Že myslím, že bych i přijala to, že potom bych brala ty prášky, nesnažila bych se tomu vyhýbat.“*

*(Tereza, 232)*

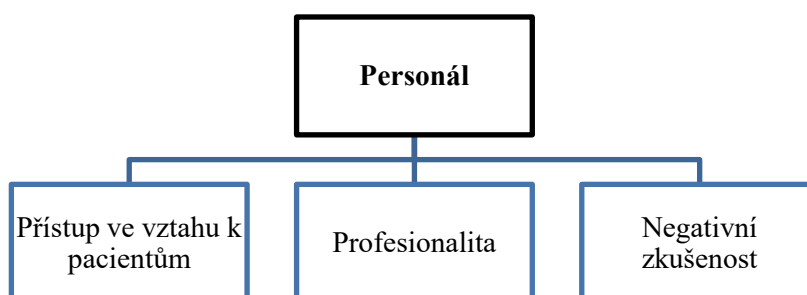
Další návrhy na změny se nevztahovaly k léčbě, ale týkaly se oblastí, které souvisely se zařazením **většího počtu pohybových aktivit** a naplněním **základních potřeb** (zlepšení kvality stravování a postelí).

*„Možná více těch pohybových aktivit, ale jinak jakože by mi scházelo... To se nedá až tak říct. Ale kdyby bylo vce jógy nebo nějakého cvičení, tak bych byla radši.“*  
(Marta, 350)

*„No, možná dobrý jídlo (smích). Tady to jídlo není úplně nejhorší, ale když se člověk dobře nenají, tak to je pro mě základ se dobře najíst. Tak se těším až výjdu ven, tak si bud' něco uvařím.“*  
(Tomáš, 349)

## Personál

Následující obrázek č. 3 prezentuje tři podtémata, která se vážou ke zkušenosti respondentů s personálem.



**Obrázek č. 3 – Schéma tématu Personál**

Každý z respondentů se vyjádřil k tomu, jakou úlohu v léčbě podle něj personál zastává. Zdravotnímu personálu připisovali všichni respondenti v léčbě **značný význam**, a to především v souvislosti s **přístupem, jaký k pacientům zaujímají**. Participanté považovali za důležité, aby byl personál příjemný, milý a ochotný pomoci, vyslechnout či usilovat o nalezení vhodné kombinace medikace. Mnozí respondenti vnímali, že naladění personálu může jejich psychický stav jak zlepšit, tak zhoršit či mít vliv na ochotu spolupracovat při léčbě.

*„...pakliže nejsou příjemní a [...], ted' vám to tady znepříjemněj a třeba dáte reverz, nebo nebudete spolupracovat, tak jak spolupracujete prostě.“*  
(Petr, 435)

*„...třeba když je mi špatně a jedná se mnou nějaká sestřička, která je milá, tak ten stav může jako hodně zlepšit, kdyžto když prostě sestřička na mě: „Ale prosím Vás, co si to vymýšlíte. Vám není dobře, běžte se projít“, tak to [...] může zhoršit ten stav ještě.“*  
(Jana, 803)

**Odbornost personálu** také může stanovovat úroveň léčby ve vztahu k volbě účinných metod v léčbě daného onemocnění. Personál by také měl **předávat informace** o psychickém stavu pacienta, způsobech léčby a **zaručit mlčenlivost**, která se může pojit s větší důvěrou.

*„...úroveň toho personálu stanovuje jakousi úroveň té léčby jako takové a z toho důvodu je to pro mě důležité.“*  
(Tadeáš, 322)

*„...tam jde o to, aby ten personál nějak vysvětlil tomu pacientovi, co se mu děje, proč se mu to děje, co má za prášky a jak se má chovat. Co má dělat, to je podle mě hodně důležitý.“*  
(Tomáš, 375)

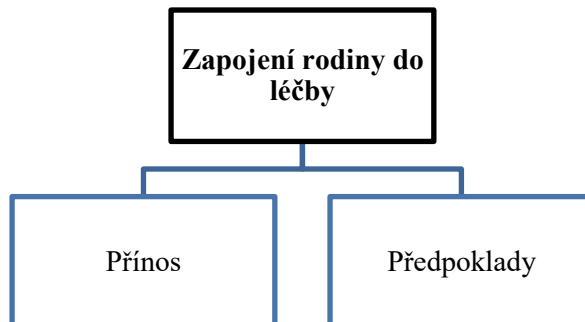
Mnoho respondentů také během některé z hospitalizací prožilo nějakou **negativní zkušenost** a u všech se **vázala** na nevhodný **přístup personálu**. Personál buď podle participantů nereagoval v některých situacích adekvátně (přikurtování, držení v izolaci či nesdělování informací) nebo se vůči nim choval nepříjemně a povýšeně. Na některé z respondentů také nepůsobilo dobře, když byli **zařazeni na oddělení**, kde podstupovali léčbu lidé s výrazně závažnějšími psychickými obtížemi.

*„...já jsem tam (na jednom oddělení) byla skoro půl roku a bylo to dost hrozný. Asi taky kvůli těm pacientům, protože na tom byli daleko hůř než já, že potřebovali jako zvýšenou péči a mě to trošku jako sráželo dolů, no. Mít kolem sebe takový lidi.“*  
(Jana, 793)

*„...doktoři, vždy jsem chtěl něco říct a oni mě odbyli. A ještě tak arogantním způsobem ...“*  
(Tomáš, 370)

## Zapojení rodiny do procesu léčby

Na základě výpovědí respondentů byla rozpoznána během analýzy dvě podtémata vztahující se k zapojení rodiny do léčby. Jedná se o podtéma přínos a předpoklady (obrázek č. 4).



Obrázek č. 4 – Schéma tématu Zapojení rodiny do léčby

Rodina se zapojovala do léčby u čtyř respondentů, přičemž v léčbě ji považovali za důležitou dva z nich, zatímco tři participanti zapojení rodiny nepřikládali velký význam (viz tabulka č. 6).

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	x		x				x	x	

Tabulka č. 6 – Zapojení rodiny do procesu léčby<sup>2</sup>

Pokud se rodina do léčby zapojila, mohla respondentovi **lépe porozumět, pomoci** a přispět k tomu, aby si nepřipadal na své problémy sám. Na druhou stranu to, **do jaké míry bylo možné začlenit rodinu léčby**, souviselo s fungujícími vztahy, ochotou rodinných příslušníků se do léčby zapojit, obavou ze zneužití současné situace respondenta proti němu nebo s přesvědčením o zbytečnosti zatěžování rodičů svými starostmi.

*„A to zapojení do rodiny, to je pro mě nejdůležitější. [...] Ve všem je to důležitý. Více to chápou, že v tom nejsem sám vlastně na všechno.“*  
(Jiří, 195)

*„Z mého pohledu ne, protože oni by to ještě převrátili proti mně jako tenkrát. Víte co, tam přijela sanitka a von (otec) řval ať mě znesvéprávněj a takovýhle prostě.“*  
(Petr, 368)

<sup>2</sup> Tabulka č. 6 – viz vysvětlivky na konci stránky 56

### 6.3 Výzkumná otázka č. 2

#### Jaká je zkušenost osob se schizofrenním onemocněním s formami léčby poskytovanými během hospitalizace?

Na následujících stránkách jsou prezentována témata, která vzešla z analýzy při hledání odpovědi na výše položenou výzkumnou otázku. Z důvodu snazší orientace jsou tato témata uspořádána ve stejném pořadí jako intervence popsané v teoretické části. Pro uvedení celkového přehledu zkušenosti respondentů s léčbou se níže nachází tabulka č. 7. Ta prezentuje, s jakými intervencemi měli respondenti během této nebo některé z předchozích hospitalizací zkušenost<sup>3</sup>, a také to jaký význam jednotlivým intervencím participanti v léčbě přisuzují<sup>4</sup>.

Zkušenost s intervencemi	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Farmakoterapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Individuální psychoterapie	x	x		x		1x	x	x	x
Psychoterapeutická skupina	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Psychoedukace	x	x	x	x			x		x
Kognitivní remediace	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Nácvik osamostatnění	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Arteterapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Ergoterapie	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Kontakt s peery	x		x		x	1x		x	
Další psychosociální intervence	x		x		x	x	x	x	
Muzikoterapie			x			x		x	
Biblioterapie			1x		x				
Hipoterapie						1x	x		
Relaxace							x		
Nácvik sociálních dovedností								x	
Pohybové aktivity	jóga	jóga	x		jóga cvičení	jóga cvičení	běh		jóga cvičení

Tabulka č. 7 – Zkušenost jednotlivých respondentů s léčbou

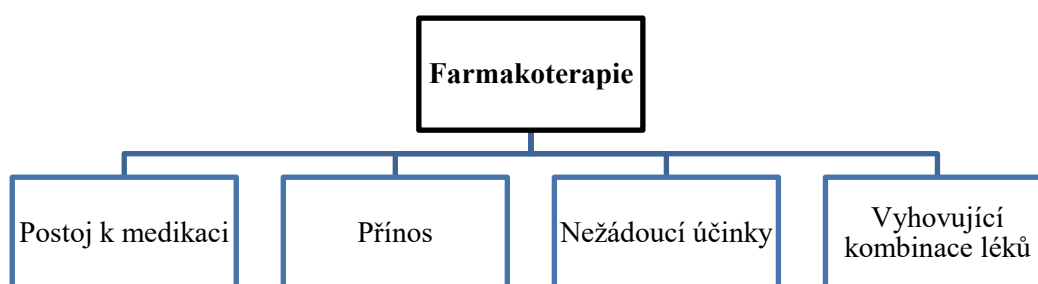
<sup>3</sup> V této tabulce a všech následujících tabulkách je zkušenost respondenta označena křížkem (x). Pokud se respondent intervence účastnil pouze jednou, je tato zkušenost označena 1x.

<sup>4</sup> Pokud je políčko zabarveno zeleně, respondent považuje tuto intervenci v léčbě za důležitou. V případě, že je toto pole šedé, zařadil respondent tuto intervenci mezi ty nejméně důležité.

Vysvětlivky k tabulce č. 7, a i těm následujícím, jsou uvedeny v poznámkách pod čarou na konci předchozí stránky. Přehled toho, jak jsou jednotlivá témata a podtémata zastoupena u každého z respondentů lze najít v přílohách (*příloha č. 11*).

## Farmakoterapie

V souvislosti s medikací se postupně během analýzy vynořila čtyři podtémata, která popisovala zkušenost respondentů s užíváním medikace (obrázek č. 5):



**Obrázek č. 5 – Schéma tématu Farmakoterapie**

Většina respondentů (6) denně užívá několik léků a někteří (3) pouze jeden. Kromě jednoho respondenta zařadili všichni farmakoterapii v léčbě mezi důležité intervence (tabulka č. 8). U téměř všech respondentů docházelo stále k úpravám medikace (typu léku a dávky) buď ve spojitosti s výskytem nežádoucích účinků, nebo přetrvávajících pozitivních symptomů. Hledání vhodné kombinace léků u mnohých respondentů trvala už po dobu několika let.

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Tabulka č. 8 – Zkušenost respondentů s léky**

Všichni respondenti uváděli, že jim léky pomáhají zlepšit jejich psychický stav. Téměř všichni participanti u sebe zaznamenali **zmírnění pozitivních příznaků** nemoci a někteří se v souvislosti s užíváním medikace cítili **psychicky uvolněnější**. Jeden z respondentů však vnímal efekt medikace v součinnosti s hospitalizací.

*„Otázka je, nakolik to bylo (zlepšení) hospitalizací, tím že jsem byl najednou pryč od těch starostí a nakolik to bylo čistě téma lékama, ale určitě ty léky nějaký svůj podíl měly.“*

*(Ondřej, 448)*

*„Mě medikace pomohla v tom, být mnohem klidnější, protože v okamžiku, kdy jste v obrovském stresu, ve kterém já jsem byl, tak cítíte určitý neklid a v tom vám ta medikace pomůže být mnohem klidnější.“*

*(Tadeáš, 226)*

Nejčastěji jako **nežádoucí účinky** respondenti zmiňovali **vyšší únavu, přibývání na váze a nadměrné slinění**. Dále participanti u sebe, ve spojitosti s užíváním medikace, pozorovali **syndrom neklidných nohou, nespavost, otupělost, okulogyrní krizi** („stropky“) a **zadýchávání se do schodů**. Únava se někdy pojila s obavou z neschopnosti skloubení pracovního života a s ospalostí a respondenti ji vnímali jako omezující. Participanti také spatřovali určité omezení spojené s medikací v souvislosti s těhotenstvím, konzumací alkoholu a nutností myslet na užívání medikace.

*„Jsem po nich trošku unavenej. To je všechno asi. Ráno vždycky když vstávám, tak jsem unavenej hodně po ránu.“*

*(Jiří, 157)*

*„...a určitě ta únava z toho je – to cejtím, že je něco, s čím třeba časem budu muset něco dělat, ale to ještě uvidím. Zatím tím, že jsem nebyl v práci znova, tak nedokážu říct, jak moc je to kompatibilní s tou prací. Jak moc to jde nebo nejde.“*

*(Ondřej, 471)*

*„Možná mám po nich maličko problém s řečí, kdy se jakoby zakoktávám, ale jinak žádný jiný nežádoucí účinek nevidím.“*

*(Tadeáš, 270)*

Pro **zvládnutí nežádoucích účinků** volili participanti různé strategie. Uváděli, že změnili své stravovací návyky a zařadili do svého dne větší počet pohybových aktivit, aby zmenšili přírůstek váhy. Únavu pomáhalo snížit pití kofeinových nápojů. Někteří z respondentů také užívali ke zmírnění vedlejších účinků medikací, nicméně toto řešení nemuseli považovat za vhodné. Jedna z respondentek se také snažila na nežádoucí účinky raději nemyslet.

*„...já prostě chci nějakým způsobem zhubnout, takže tady prostě ta paní dietoložka mi udělá nějaké jídelníček, kterej beru. Něco jsem zhubnul, něco jsem přibral, tak jsem spíš na svejch, ale pro mě je důležitéj pohyb.“*

*(Petr, 391)*

*„...ty stropky, to mě úplně paralyzuje a zatím jsem nevypátrala nic, co by na to pomáhalo kromě Rivotrilu.“*

*(Jana, 273)*

*„...se radši snažím nevnímat negativní účinky. Kdyby si člověk přečetl, že to má 20 negativních účinků...tak příští večer už bude mít těch 18 ze 20. Takže lepší nečíst.*

*Nevědomost je sladká. Někdy je to lepší.“*

*(Lucie, 451)*

Přestože většina respondentů vnímá **nutnost** užívání medikace, je jim tato nutnost **nepříjemná** a přáli by si **množství** užívaných léků **snížit**. K uvědomění nezbytnosti užívání medikace v některých případech přispěla psychoedukace.

*„Užívání medikace je samozřejmostí. To musím prostě.“*

*(Jiří, 142)*

*„I když teda já jsem proti lékům, já léky, čím méně, tím líp, nejsem moc práškový typ, ale když už dojde takhle, tak jako samozřejmě užívám léky.“*

*(Marta, 310)*

Několik z respondentů (4) také v minulosti léky **zkusilo vysadit**, ať už kvůli nežádoucím účinkům, jejich neúčinnosti nebo přesvědčení, že už je nepotřebují. V současné době však spatřují v jejich užívání pro léčbu význam, ačkoliv jeden z těchto respondentů s ohledem na omezující nežádoucí účinky zvažuje po propuštění z nemocnice upřednostnění jiných strategií, jak pozitivní příznaky nemoci zvládat.

*„...já asi sám prášky užívat nebudu, jestli mě pustěj a budu sám, tak je asi užívat nebudu.“*

*(Tomáš, 262)*

*„Mám už zkušenost, že jsem medikaci neužívala a to bylo, když jsem skončila napodruhé v nemocnici, pak jsem si v jednu dobu řekla, že už tu Zyprexu nepotřebuju, že fajn.“*

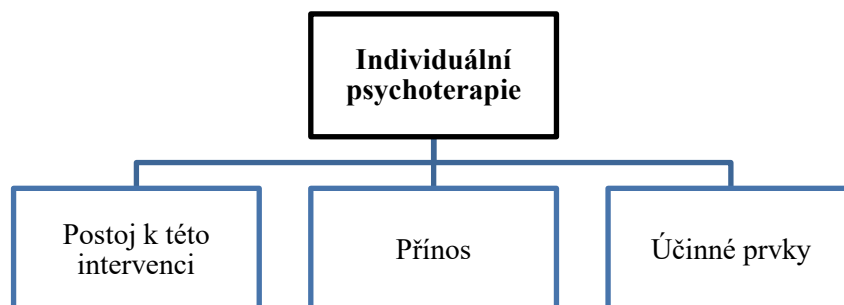
*(Lucie, 416)*

*„...tak to je ta nadváha. To je asi to nejhorší. S tím se nikdy nesmírím. Jako to je taky důvod, proč bych ty prášky nejradši vysadila.“*

*(Tereza, 426)*

## Individuální (podpůrná) psychoterapie

K individuální psychoterapii se vyjádřili všichni respondenti kromě jednoho a na základě analýzy se výpovědi respondentů týkaly následujících tří podtémat (obrázek č. 6):



Obrázek č. 6 – Schéma tématu Individuální psychoterapie

S individuální psychoterapií<sup>5</sup> mělo během hospitalizace zkušenost sedm respondentů a mezi nejdůležitější intervence ji zařadilo sedm participantů. Pouze jediná respondentka nepokládala tuto intervenci za významnou (tabulka č. 9).

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr <sup>6</sup>	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X		X		X	X	X	X

Tabulka č. 9 – Zkušenost respondentů s individuální psychoterapií

Význam individuální psychoterapie pro respondenty spočíval v **otevření a řešení problémů** daného člověka, které se nemusejí nutně týkat nemoci, ale mohou být spojeny i s obtížemi v osobním životě. V porovnání s psychoterapeutickou skupinou poskytovala individuální terapie **více času** ke sdílení a také **větší míru soukromí**. Jedna z respondentek však považovala psychology za **nedůvěryhodné** a nedozvěděla by se od nich o sobě **nic nového**.

*„...individuální psychoterapie, ta mi pomohla na ten konkrétní problém lépe zacílit, protože přece jenom u té individuální psychoterapie máte jakoby více času povídat sám o sobě, kdežto u té skupinové psychoterapie tolik toho času není...“*

*(Tadeáš, 151)*

<sup>5</sup> Individuální psychoterapie spočívala v poskytování podpory pacientům v podobě předávání informací, pomoci při hledání řešení osobních problémů a problémů spojených s nemocí

<sup>6</sup> Ačkoliv respondent nemá s touto intervencí zkušenost, považuje ji v léčbě za důležitou.

*„Psychoterapie s psychologem mi prostě nic nepřináší. Žádné rozřešení nebo tak. Přijde mi to takové jako věštění z karet, nebo něco.“*

*(Tereza, 459)*

Většinu respondentů pomohlo už jen to, že **se svěřili** se svým problémem. Z rozhovoru s odborníkem někdy vyplynula **užitečná rada, názor** či **řešení** pro danou situaci, což s sebou mohlo přinést **uklidnění** či **zmírnění napětí**.

*„U té individuální psychoterapie mi hodně pomohlo, že jsem mohl mluvit o tom problému.*

*To mi hodně pomohlo a občas z toho vyplynula nějaká rada nebo něco, jak se k tomu postavit.“*

*(Ondřej, 362)*

*„Tam mi pomůže, když se ta situace vyřeší. Tak se člověk uklidní.“*

*(Marta, 302)*

*„...ten psycholog na to řekne svůj názor a že to je hodně důležitý, pro ty, kteří si neví rady sami se sebou, když jsou někde v koutě, tak si najdou psychologa a ten jim hodně pomůže.“*

*(Tomáš, 185)*

Rozhovor s psychologem také mohl přispívat k tomu, aby respondenti na svoji situaci nahlíželi **z jiné perspektivy** a **více** o sobě a svých problémech **přemýšleli**. V této souvislosti respondentům mohl pomoci **nestranný pohled** odborníka **na jejich situaci** a **kladení podnětných otázek**. Tyto otázky, společně s poukazováním na **alternativní vysvětlení situace**, také mohly přispět k **získávání náhledu** prostřednictvím navádění respondenta k ověřování reálnosti jeho přesvědčení.

*„...vy dostanete takovou pomocnou berličku, abyste se nad tím zamyslela, ale všechno je to jenom o vás, ve vaší hlavě. Jestli si to vyřešíte nebo ne, prostě takovýhle otázky...“*

*(Petr, 224)*

*„...(individuální psychoterapie) je důležitá, protože pomáhá hodně. Rozebrat to s někým nestranným a pomáhá to dívat se na věci z jiný strany...“*

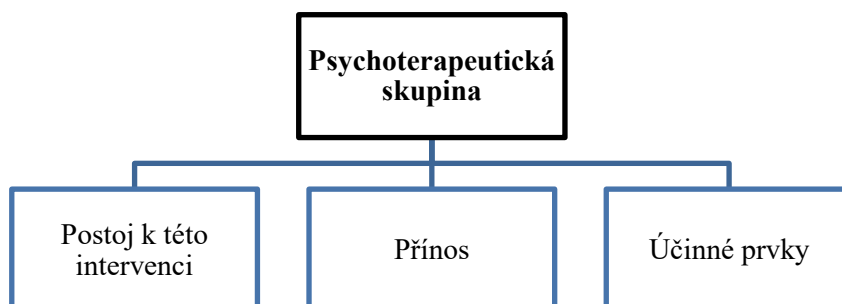
*(Jana, 585)*

*„Tak mi pomohlo si tam ujasnit jako spoustu věcí jenom téma otázkama, který mi psycholog jako podával...“*

*(Lucie, 545)*

## Psychoterapeutická skupina

V rozhovorech respondentů byla rozpoznána ve vztahu k psychoterapeutické skupině tři podtémata, která znázorňuje obrázek č. 7.



**Obrázek č. 7 – Schéma tématu Psychoterapeutická skupina**

Zkušenost s psychoterapeutickou<sup>7</sup> skupinou během hospitalizace měli (vzhledem k povinné účasti) všichni respondenti a názor na význam psychoterapeutické skupiny se mezi nimi lišil. Celkem čtyři z respondentů tuto intervenci považovali v léčbě za důležitou a tři participanti jí v léčbě připisovali nejmenší význam (tabulka č. 10). Mnoho z účastníků spíše upřednostňovalo individuální psychoterapii, protože pro ně bylo snazší svěřit se jednomu člověku než skupině.

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Tabulka č. 10 – Zkušenost respondentů s psychoterapeutickou skupinou**

Psychoterapeutická skupina představovala pro většinu respondentů příležitost si od ostatních pacientů vyslechnout jejich **osobní příběhy, zkušenosti a názory**. Respondenti se zásluhou psychoterapeutické skupiny mohli cítit **psychicky uvolněnější**, pociťovat **sounáležitost**, což mohlo souviset s tím, že si nepřipadali se svými problémy sami. Respondentům pomáhalo to, že se mohli ostatním **svěřit**. Sdělování názorů na popisované obtíže respondenta a také zkušeností ostatních pacientů (se stejnou nemocí) mohly přispívat k **získávání náhledu** na nemoc. Pro jednu z respondentek bylo také důležité, že ostatní **projevili soucit a povzbudili ji**.

*„...slyším jiný příběh, a tak si uvědomím, že na to nejsem sám.“*

*(Jiří, 179)*

<sup>7</sup> V rámci této intervence mají pacienti pod vedením psychologa možnost sdílet své pocity a problémy.

*„...když máte více lidí, tak máte více názorů a prostě najednou si řeknete: Tohle by mě vůbec nenapadlo, to je docela dobrý tohle to. Jo, takže z toho čerpáte.“*

*(Petr, 218)*

*„...jak jsem byl paranoidní, tak to mi pomohlo, když někdo jiný právě řekl, že trpěl stihomamem taky, tak v tu chvíli mi došlo, že to taky nebude takový zlý. Že tam možná to vyšetřování opravdu neprobíhá.“*

*(Ondřej, 128)*

Na druhou stranu dvě z respondentek zaujímaly k této intervenci negativní postoj, považovaly ji za **ztrátu času** a **necítily se po ní psychicky dobře**, což mohlo podle participantek souviset s horším psychickým stavem ostatních pacientů ve skupině. Respondentkám nevyhovovalo to, že **problémy ostatních slyšely opakovaně** v průběhu dne nebo **se týkaly nereálných situací**. Zkušenost jedné z respondentek poukazuje také na to, že postoj k psychoterapeutické skupině se může v rámci různých hospitalizací měnit od odmítavého ke spolupracujícímu.

*„...tyhleti lidi řeší na kuřárně pořád dokola a už se můžu přeposlouchat, když ještě na té psychoterapeutické skupině.“*

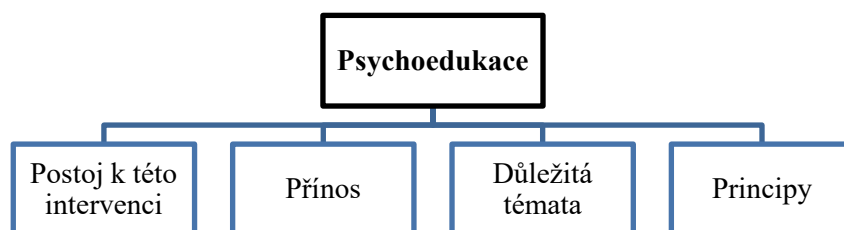
*(Tereza, 477)*

*„Tak tý jsem se na začátku šíleně bála. Bylo mi to hrozně nepříjemný, vztekala jsem se při té první hospitalizaci. Jak malý děcko, jsem si řekla – já nebudu, nebudu... Ale jinak si myslím, že jsem si k nim našla svou cestu.“*

*(Lucie, 307)*

## Psychoedukace

Na základě výpovědí respondentů byla identifikována čtyři podtémata související s psychoedukací (obrázek č. 8).



Obrázek č. 8 – Schéma tématu Psychoedukace

Psychoedukaci absolvovalo v rámci hospitalizace šest respondentů a pět z nich ji pokládalo v léčbě za důležitou (tabulka č. 11). Jedna z respondentek uvedla, že na psychoedukaci chtěla docházet, ale pro nedostatek volných míst se jí nemohla účastnit.

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X	X	X			X		X

Tabulka č. 11 – Zkušenost respondentů s psychoedukací

Tato intervence poskytovala respondentům (6) **informace** o nemoci a způsobech léčby. Pro některé z respondentů bylo důležité, aby byly tyto informace **sdělovány srozumitelně a jednoznačně** a také vyjádřili potřebu pro vyhrazení **prostoru na kladení otázek**. Zatímco jeden z respondentů považoval opakování sdělovaných informací za přínosné, další dva v opětovném probírání stejných témat nespätřovali smysl.

*„...a díky tomu jsem si nemusel googlit různé zdroje, protože co jsem zatím na nějakých diskusích zaznamenal, tak ty věci jsou tam hodně přeházený, je tam hodně subjektivních názorů, zatímco ten kurz to vykládá docela jednoznačně a jasně a zároveň je možnost se tam kdykoliv doptat.“*

*(Ondřej, 318)*

*„...ta edukace probíhá tak, že je to v podstatě jenom o tom berte prášky, tam sedíme hodinu a jen poslouchám berte prášky, jako já myslím, že tady tu informaci jsem slyšela milionkrát a chápu to...“*

*(Tereza, 243)*

Respondenti hodnotili jako přínosná témata, která se pojila se získáním **znalostí o nemoci**. Jednalo se o popis příčin nemoci, jejího průběhu a projevů a také způsobů zvládnání nejen psychických obtíží, ale i stresu. Prostřednictvím **popisu jednotlivých příznaků pomáhala** psychoedukace mnoha respondentům **poznat svoji nemoc**. Informace tohoto typu mohly usnadňovat rozlišení hranice mezi projevy onemocnění a osobností, vést k uvědomění toho, že některé fyzické obtíže mohou mít spojitost s duševní nemocí či přispět k získání náhledu na nemoc.

*„...člověk neví, jak pracovat se svojí nemocí, protože to sám často nezjistí. Tak pokud mi to nikdo neřekne, tak je strašně těžký s tím nějak pracovat, když člověk neví, co všechno je ta nemoc a kde je ta hranice mezi nemocí a osobností hlavně...“*  
(Lucie, 481)

*„Ta (psychoedukace) mi pomohla poznat tu nemoc jako takovou, protože do té chvíle, než jsem na tu edukační skupinu nechodil, tak jsem o té nemoci moc toho nevěděl a po absolvování několika sezení jsem dostal informace o té nemoci jako takové, což mi pomohlo.“*  
(Tadeáš, 126)

Za užitečné respondenti pokládali také **informace o lécích**, které se týkaly jejich rozdělení, účinků a zásad užívání. Díky těmto informacím se mnozí respondenti **v lécích více orientovali** a lépe **porozuměli** tomu, **proč dané léky užívají**.

*„Jaký prášky bysme měli užívat. Co nám ty prášky způsobují se dozvíme. Abysme se třeba nepředávkovávali nebo tak.“*  
(Tomáš, 201)

*„No, pro mě na začátku to byla taková chemie. Trošku jako neuchopitelná. S tímhle mi docela dost pomohla ta edukace právě tím, jak se tam zařadilo – co je tam za léky, proč jsou tam takové léky, tak to mi hodně pomohlo.“*  
(Ondřej, 431)

**Efektivita psychoedukace** se může lišit, ať už v souvislosti s odmítavým přístupem pacienta k léčbě nebo ve vztahu k jeho zhoršenému psychickému stavu (nedostatku energie, náhledu na nemoc či obtíž s kognitivními funkcemi), který znesnadňuje vnímání a zapamatování informací.

„Já jsem tehdy byla hrozně zarputilá, že já z toho nic nemám, takže si z toho nic nepamatuju.“

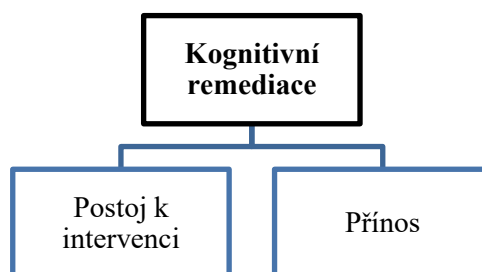
(Lucie, 366)

„Ta edukace, já jsem na ni začal chodit na začátku té hospitalizace, opravdu chvíli poté, ale nebyl jsem schopen ji úplně vnímat. Mi ještě nefungovala paměť a pozornost natolik, abych si z toho dokázal něco odnýt.“

(Ondřej, 489)

## Kognitivní remediace

Na základě vyhodnocení získaných dat dospěla výzkumnice ke dvěma podtématům, která se vztahovala ke kognitivní remediaci (obrázek č. 9).



Obrázek č. 9 – Schéma tématu Kognitivní remediace

S kognitivní remediací<sup>8</sup> měli zkušenost během hospitalizace všichni respondenti a za **důležitou pro léčbu** ji považovalo pět z nich. Pro dva respondenty neměla v léčbě velký význam (tabulka č. 12).

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Tabulka č. 12 – Zkušenost respondentů s kognitivní remediací

Význam této intervence spatřovala většina respondentů (7) v možnosti **procvičit si paměť**, **pozornost** (schopnost se soustředit) či **všeobecný přehled**. Nicméně jeden z respondentů považoval tuto intervenci vhodnou spíše pro osoby s degenerativním onemocněním mozku typu Alzheimerova demence. Několik respondentů také sdílelo, že soustředit se na tuto aktivitu vyžadovalo značné úsilí.

<sup>8</sup> Kognitivní remediace probíhala jednak ve skupině v podobě různých cvičení zaměřených na procvičování paměti, pozornosti a slovní zásoby, a také individuálně pomocí programu Happy neuron.

*„A kognitivní aktivity, procvičování paměti, pozornosti, slovní zásoby, jako určité jsou potřeba. Určitě bylo fajn na tom být.“*

*(Ondřej, 566)*

*„...se snažím soustředit, abych nebyla taková jako roztěkaná a prostě dávat pozor, to není úplně jednoduchý pro mě. A trénovat tu paměť, no. Se jako snažit se zapamatovat si, co se čte, nebo o čem se mluví ...“*

*(Jana, 563)*

Vnímaný přínos kognitivní remediacce se mezi jednotlivými respondenty lišil a nesoúvisel pouze se zlepšováním **kognitivních funkcí**, ale také s **prodlužováním výdrže u nějaké činnosti** nebo s **obnovou zájmu o dění ve světě**. Jedna z respondentek spatřovala v této intervenci určitou **přípravu na návrat do práce**.

*„...v průběhu toho mého zaměstnání jsem namáhal právě paměť, pozornost velmi a jak jsem se přepracoval, tak jsem ...mám pocit, že jsem si namohl mozek, a proto mi pomáhaly tydlety aktivity, procvičovat tu paměť, pozornost a de facto vrátit to do toho původního stavu, kdy jsem se cítil dobře.“*

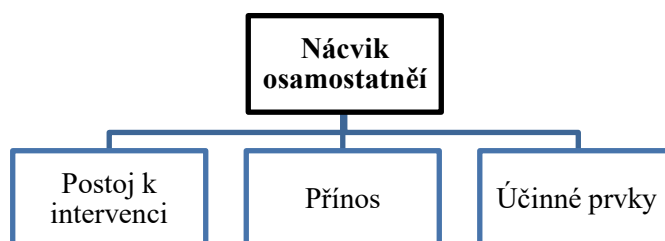
*(Tadeáš, 220)*

*„...když tak onemocníte, tak jako vás nezajímají zprávy a veřejné dění, nic, jako že se tímhle člověk i vrací do života, že trochu víc se začíná zajímat.“*

*(Tereza, 321)*

### Nácvik osamostatnění

Z analýzy vyplynula tři podtémata, která se týkala nácviku osamostatnění. Těmito podtématy jsou postoj k intervenci, přínos a účinné prvky (obrázek č. 10).



Obrázek č. 10 – Schéma tématu Nácvik osamostatnění

S nácvikem osamostatnění<sup>9</sup> měli v rámci pobytu v nemocnici zkušenost všichni respondenti a podle tří respondentů patřila v léčbě mezi ty nejméně důležité intervence. Na druhou stranu velký význam jí připisoval jeden z respondentů (tabulka č. 13).

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Tabulka č. 13 – Zkušenost respondentů s nácvikem osamostatnění**

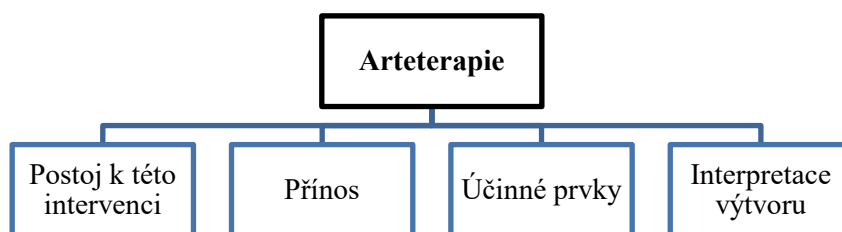
Pro dva z respondentů aktivity spojené s nácvikem osamostatnění neměly význam, protože tyto činnosti jim **nečinily obtíže**. Nicméně příležitost **plnit požadavky** vázané na fungování v každodenním životě jiní dva respondenti uvítali. Nácvik osamostatnění těmto participantům umožňoval navyknout si na určitý **denní režim** a **přijmout větší míru zodpovědnosti**, což mohlo napomoci tomu, aby respondent **užíval medikaci pravidelně**.

*„Asi to беру jako jakousi samozřejmost, a proto tomu nepřipisuji takovou váhu. Mě osobně nácvik osamostatnění tolik nepomohl, ten jsem bral jako takovou samozřejmost, takže neměl jsem s ním žádný problém.“*  
(Tadeáš, 284)

*„...tak samozřejmě v tom režimu je i braní léků, že musíte pravidelně chodit na léky. To je vlastně de facto celý a naučí vás vstávat v nějakou hodinu...“*  
(Petr, 190)

## Arteterapie

Během analýzy byla postupně objevena ve vztahu k arteterapii čtyři podtémata, která prezentuje obrázek č. 11.



**Obrázek č. 11 – Schéma tématu Arteterapie**

<sup>9</sup> Tato intervence spočívala v samostatném chystání léků a úklidu pokoje a také v nácviku vaření. Nácvik osamostatnění tak připravoval respondenty na zvládání starosti o domácnost a na návrat do běžného života.

S arteterapií, jako s povinnou intervencí, měli zkušenost během hospitalizace všichni respondenti. Značný význam v léčbě jí připisovali čtyři respondenti a tři z respondentů ji považovali za nejméně důležitou intervenci pro léčbu (tabulka č. 13).

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X	X	X	X	X	X	X	X

**Tabulka č. 14 – Zkušenost respondentů s arteterapií**

Postoj respondentů k této intervenci se nacházel na dvou odlišných protipólech. Pro část respondentů (5) arteterapie **odpovídala jejich zájmům a umožňovala jim něco tvořit**, zatímco další participantů (3) v této aktivitě **nepatřovali smysl, nebavila je a ani nerozvíjela**. Nicméně většina z respondentů nahlížela na arteterapii jako na činnost, během které se mohou psychicky uvolnit a odpočinout si.

*„Já jsem takovej – moc toho nenakreslím. Moc hezkýho, takže na nějaké...máme ji pravidelně, protože ji tu máme povinně, ale není to nic, co bych měl pocít, že mě někam posunulo.“*  
(Ondřej, 304)

*„...jsou prostě lidi, který kreslit a malovat neuměj, nebaví je to a pro mě je to teda utrpení.“*  
(Jana, 708)

Někteří respondenti reflektovali, že jim arteterapie pomáhá, protože **odvádí jejich myšlenky** od starostí a úvah spojených s nemocí. Také se jedná o aktivitu, která **vyžaduje soustředění**, což může upevňovat vytrvalost u činnosti. Jedna z respondentek se také cítila psychicky lépe, když viděla, jak se zlepšuje její **jemná motorika**.

*„Je to aktivita, u které člověk zapomene na ty běžné starosti, které má s tou nemocí jako takovou a zabývá se něčím jiným a tím nechá odpočinout té hlavě jako takové.“*  
(Tadeáš, 121)

*„Když takhle (člověk) kreslí třeba nebo když si něco vytvoří, tak se na to soustředí a nemyslí na nějaký hlasy nebo bludy.“*  
(Tomáš, 177)

Čtyři z respondentů se také vyjádřili k tomu, jak nahlíží na interpretování skrytého významu svých výtvorů. Podle dvou z těchto respondentů mohli odborníci z obrázků vyčíst

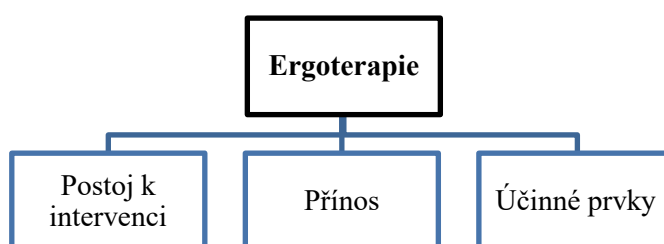
**informace o psychickém stavu** daného člověka. Nicméně další dvě respondentky považovaly tento způsob zjišťování informací za **nedůvěryhodný**.

*„Já jsem úplně nepochopila, k čemu to jako je, něco tím kreslením chápu, že zjistěj, ale nevím úplně, jak to funguje, takže jsem vůči tomu taková skeptická.“*

*(Lucie, 594)*

## Ergoterapie

Na základě analýzy dat dospěla výzkumnice k následujícím třem podtématům, která se vázala k ergoterapii (obrázek č. 12):



**Obrázek č. 12 – Schéma tématu Ergoterapie**

Některou z činností nabízených v rámci ergoterapie vyzkoušelo osm respondentů a šest z nich ji považovalo v léčbě za důležitou. Jeden z respondentů této intervenci nepřisouval velký význam (tabulka č. 15). Participanti vyráběli výrobky v rámci některé z dílen (keramické, textilní, šperkařské, knihařské, svíčkařské a tkalcovské) a někteří z nich měli také zkušenost s malováním na dřevo.

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X	X		X	X	X	X	X	X

**Tabulka č. 15 – Zkušenost respondentů s ergoterapií**

Ergoterapie nabízela pro mnoho z respondentů jednu z možností, **jak se zaměstnat** během dne, nicméně dva z participantů po nějaké době přestaly tyto aktivity bavit a zajímat. Někteří z respondentů spatřovali v ergoterapii také příležitost, jak si **procvičit kognitivní funkce** a **trénovat vytrvalost** u nějaké činnosti. Participanti uváděli, že jim tyto aktivity přinášejí **psychické uvolnění, radost** a při této činnosti se také **zklidní**.

*„Tam jsem hodně chodil navlékat korálky, tak nějak to zklidňovalo a pomáhalo...“*

*(Ondřej, 301)*

*„Centrální terapie. Ty jsou roztomilý nápad. Jako je to hezký, ale po dvou, třech týdnech mě to vždy přestane bavit.“*

*(Lucie, 340)*

*„Že se tam člověk trochu uvolní, jakože zapomene na nějaký starosti a tvoří tam něco.“*

*(Tomáš, 143)*

Většina z respondentů také popsala, co jim při realizaci aktivit tohoto typu pomáhá. Pro některé se jednalo o to, že měli příležitost **něco vytvářet a vidět výsledek své činnosti**, což se mohlo pojit i s **posílením sebevědomí**. Tato činnost také **odváděla pozornost** od problémů a starostí nebo umožňovala **procvičování jemné motoriky**. Pro jednu z respondentek se také jednalo o způsob, jak si mohla postupně **zvykat na kontakt s neznámými lidmi**.

*„No (pomůže) zvykat si na ten kontakt s jinýma lidma než tady z pavilonu, že tam jsou jako neznámý lidi. A ta činnost, no.“*

*(Jana, 518)*

*„... (pomůže) procvičování té jemné motoriky a té výdrže u těch... Že člověk fakt musí půl hodiny trčet, aby mu dali to razítko. Jakože to je fajn, že i na ostatních to pozoruju, že ti lidi, když nemají ty aktivity, tak se moc vrtaj v těch svých myšlenkách, a tak se do toho zamotají a udělá se jim ještě hůř.“*

*(Tereza, 336)*

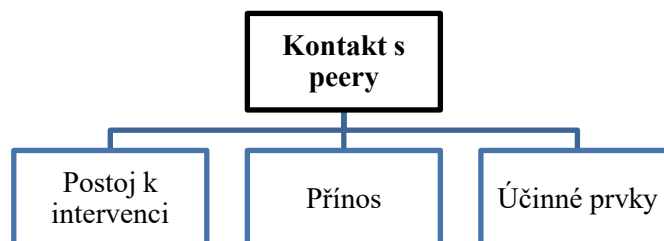
*„...tak tam (u centrální terapie) si myslím, že je důležitý dělat nějakou činnost. Postupně se jakoby dostávat do té práce a rozvíjet jakoby i manuálně...Nějaký rozvoj jakoby činnosti.*

*Něco dělat, aby člověk nezakrnl vyloženě, když to řeknu takhle na rovinu.“*

*(Marta, 274)*

## Kontakt s peery

Při popisu zkušenosti respondentů s peer konzultanty se vynořila během analýzy následující tři podtémata – postoj k intervenci, přínos a účinné prvky (obrázek č. 13):



Obrázek č. 13 – Schéma tématu Kontakt s peery

S peerem se v průběhu hospitalizace setkala **šest respondentů**. Jednalo se o intervenci, kterou tři z respondentů zařadili mezi ty nejméně důležité, zatímco pro jednu z respondentek měl kontakt s peery naopak velký význam (tabulka č. 16).

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
Význam	X		X		X	X		X	X

Tabulka č. 16 – Zkušenost respondentů s peer konzultanty

Respondenti (3) uváděli různé důvody, proč této intervenci nepřikládají v léčbě velkou váhu. Tyto důvody souvisely s tím, že peer konzultanti **nenaplňovali některé předpoklady pro navázání vztahu** – ať už z důvodu pocíťované nedůvěry, nesympatií vůči nim nebo nezájmu o jejich pomoc. Dále se v odpovědích respondentů objevovalo to, že **znali jiné intervence** (např. psychoedukaci), které jim ve srovnání s peery lépe pomohly s jejich aktuálními a individuálními problémy.

*„...já jsem slyšel, že ta dotyčná měla hlasy, i mdloby, ale teď už je nemá a já ohledně těch problémů sám co jsem řešil, tak to byly moje práce, nebo hlasy, které já sám slyším, ale s tím mi vlastně nebyla schopna pomoci, ani mi třeba poradit, co se týče léků, co je na to ideální a tak.“*  
(Ondřej, 552)

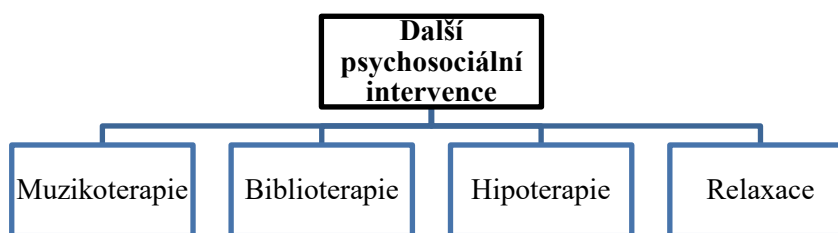
*„...jsou jako strašně aktivní a strašně by vám pomohli, ale mi to přijde takové... Já jsem uzavřený člověk a nepotřebuju prostě... Si řeším svoje věci sama. Toto je takové samaritánské.“*  
(Tereza, 453)

Na druhou stranu se jedna z respondentek domnívala, že peeri díky zkušenosti se stejnou nemocí **mohou lépe porozumět** jejím obtížím a **projevit větší pochopení** než personál. Navíc přetrvávající zlepšení psychického stavu u peerů jí **dotýkálo naději** na vlastní uzdravu.

„...ten peer vlastně, kdyby měl stejnou diagnózu jako já, tak mě líp pochopí a už je delší dobu v pohodě, takže mě to může jako povzbudit, že taky třeba můžu to dotáhnout do toho, že budu dva roky v pohodě bez hospitalizace...“  
(Jana, 541)

### Další psychosociální intervence

Většina z respondentů se vyjádřila k intervencím nabízeným v rámci areálu celé nemocnice. Během analýzy byla objevena tato čtyři podtémata (obrázek č. 14):



Obrázek č. 14 – Schéma tématu Psychosociální intervence

S některou z dalších psychosociálních intervencí mělo zkušenost šest respondentů. Jednalo se o muzikoterapii (2), biblioterapii (2), hipoterapii (2) a relaxace (2). Význam, jaký respondenti jednotlivých intervencí připisují, lze najít v tabulce č. 17.

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš <sup>10</sup>	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
<b>Muzikoterapie</b>			X			X			
<b>Biblioterapie</b>			X		X				
<b>Hipoterapie</b>						X		X	
<b>Relaxace</b>				X			X		

Tabulka č. 17 – Zkušenost respondentů s dalšími psychosociálními intervencemi

<sup>10</sup> Ačkoliv respondent nemá s touto intervencí zkušenost, nepovažuje ji v léčbě za důležitou.

**Muzikoterapii** zařadili mezi nejméně důležité intervence v léčbě dva respondenti, protože ji považovali pouze za **doplňk léčby** a bylo na ni nahlíženo jako na **jeden z mnoha způsobů relaxace**.

*„...relaxace pro mě znamená odpočinek, oproštění se od běžného života a úplně odpočinek těla i duše. A na to je dobrá ta muzikoterapie, ta mi pomáhá.“*  
(Marta, 285)

Přínos **biblioterapie** spatřovali respondenti (2) v možnosti procvičit si **kognitivní funkce** a **psychicky se uvolnit**. Zatímco jeden z respondentů ji považoval v léčbě za důležitou, druhý jí nepřikládal velký význam, protože na tuto intervenci nahlížel jen jako na způsob **vyplnění času**.

*„To je jakože čtení knih a to mi spíš přijde jako nějaká výplň času než... může tím člověk trénovat ty kognitivní funkce a slovní zásobu nebo tak.“*  
(Tomáš, 344)

**Hipoterapii** zařadila jedna z respondentek mezi důležité formy léčby. Tato intervence představovala pro respondentky (2) způsob, jak si **odpočinout** a **odreagovat**. Hipoterapie také jedné z respondentek pomáhala **zlepšovat náladu** a **aktivizovala** ji.

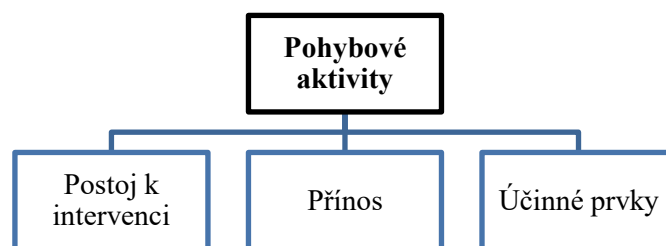
*„...(pomáhá) zvednout náladu, a tak jako celkově se odreagovat a relaxovat si tam a myslet na něco jiného.“*  
(Jana, 696)

O **relaxačních technikách** hovořila pouze jedna respondentka v souvislosti s tím, že jí autogenní trénink **spouští hlasy**.

*„...každý večer byl autogenní trénink a já jsem na něj nemohla, protože mi to vždy vyvolávalo hrozný hlasy, jak jsme tam leželi, byli tam ti lidi, dýchali každý jinak a prostě mi to vůbec nedělalo dobře...“*  
(Lucie, 334)

## **Pohybové aktivity**

Z analýzy rozhovorů vyplynula na základě výpovědí týkajících se pohybových aktivit nabízených v rámci léčby tři podtémata (obrázek č. 15).



**Obrázek č. 15 – Schéma tématu Pohybové aktivity**

Pohybových aktivit se během hospitalizace účastnilo šest respondentů, přičemž čtyři z nich tuto intervenci označili za důležitou a jeden z respondentů nahlížel na tyto intervence pouze jako na doplněk léčby (tabulka č. 18). Respondenti měli zkušenost s jógou, zdravotním cvičením, s během a organizovanými procházkami.

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
<b>Význam</b>	X	X	X			X	X		X

**Tabulka č. 18 – Zkušenost respondentů s pohybovými aktivitami**

Respondenti (8) nahlíželi na pohybové aktivity jako na intervenci **prospěšnou pro tělo**, která jim mohla **pomoci snížit nadváhu** spojenou s užíváním medikace. Pohybová aktivita přinášela většině respondentů **odpočinek**, **odreagování** a někteří z nich se po pohybové aktivitě cítili také **uvolněně** a **nabití energií**. V případě jedné respondentky náročná fyzická aktivita **zmírňovala i hlasy** tím, že ji zcela zaměstnala.

*„...jako s těma práškama člověk musí se pořád hýbat, abych nebyla úplná koule.“*  
(Tereza, 398)

*„Pohybové aktivity to je dobrý, že se člověk odreaguje a vypotí nějaký endorfiny“*  
(Jiří, 167)

Několik z respondentů (4) také pojmenovalo to, co jim v rámci pohybu pomáhá. Zmiňovali, že se **soustředí na své vlastní tělo** a **nepřemýšlí o starostech** týkajících se jejich nemoci a osobního života.

*„Prostě mi pomohlo, že jsem mohl vypnout a přestat řešit tu práci. Přestal jsem řešit, co se tam stalo... a vyloženě jsem se jenom mohl soustředit na ten pohyb a na to cvičení, a to mi hodně pomohlo.“*  
(Ondřej, 410)

*„Člověk myslí na něco jiného, třeba na to, jak nemůže dýchat, když obíhá blok. Perfektně to člověku vymaže nějaký hlasy z hlavy.“*

*(Lucie, 457)*

## **6.4 Shrnutí výsledků výzkumu**

### **1. výzkumná otázka**

**Jaká je zkušenost osob, které onemocněly schizofrenním onemocněním, s léčbou v průběhu hospitalizace?**

Respondenti ve většině případů nastoupili do nemocnice dobrovolně a nejprve podstupovali akutní léčbu na některém z uzavřených oddělení. Na léčbu v rámci hospitalizace nahlíželi, jako na způsob pomoci s jejich psychickými obtížemi, která jim měla pomoci s opětovným začleněním do běžného života. Postoj k léčbě se u respondentů mohl měnit od odmítavého ke spolupracujícímu a pobyt na uzavřeném oddělení často popisovali jako nepříjemný a omezující. Mnoho z respondentů také sdílelo nějakou negativní zkušenost s léčbou, která souvisela s nevhodným přístupem personálu.

Léčba by se podle participantů měla zabývat jednak řešením problémů spojených jak s nemocí, tak s osobním životem a také poskytovat vhodné psychosociální intervence. Respondenti vyjadřovali spokojenost s léčbou, nicméně uvítali by větší počet pohybových aktivit, zlepšení úrovně stravování a kvality postelí či navýšení počtu psychologů na oddělení. Z intervencí by někteří respondenti ocenili větší časovou dotaci pro individuální psychoterapii a dřívější zařazení psychoedukace do léčby.

Respondenti také připisovali personálu významnou úlohu v léčbě. Přístup personálu společně s jeho odbornou úrovní považovali za důležitý jednak ve vztahu ke kvalitě poskytované péče a také s působením na psychický stav participantů. Zapojení rodiny do léčby někteří respondenti vnímali jako důležité ve spojitosti s poskytovanou podporou, nicméně začlenění rodiny do léčby nebylo vždy možné nebo vítané.

### **2. výzkumná otázka**

**Jaká je zkušenost osob, které onemocněly schizofrenním onemocněním, s formami léčby poskytovanými během hospitalizace?**

**Respondenti se v průběhu léčby setkali s celou řadou intervencí a všichni z nich měli zkušenost s farmakoterapií (9), psychoterapeutickou skupinou (9), kognitivní remediací**

(9), nácvikem osamostatňování (9), arteterapií (9), ergoterapií (9) a většina také s individuální psychoterapií (7), pohybovými aktivitami (7), psychoedukací (6), kontaktem s peery (5) nebo některou z dalších psychosociálních intervencí (6).

Jako **důležitou pro léčbu** největší počet respondentů označil farmakoterapii (8). Většina z respondentů také připisovala v léčbě značný význam individuální psychoterapii (7), ergoterapii (6), psychoedukaci (5) a kognitivní remediaci (5). Naopak za **nejméně důležitou** intervenci respondenti považovali nácvik osamostatnění (3) a kontakt s peery (3). Nejvíce **rozporuplné názory** na přínos intervence se objevovaly u psychoterapeutické skupiny a arteterapie, které část participantů vnímala jako důležité (4) a další (3) jim nepřikládali v léčbě tak velkou váhu nebo k nim zaujímali negativní postoj.

Všichni respondenti uváděli, že **léky** přispívají ke zlepšení jejich psychického stavu, ať už ve spojitosti se zmírněním pozitivních příznaků nebo s psychickým uvolněním. Většina respondentů se potýkala s nežádoucími účinky a mezi těmi nejčastějšími se objevovala vyšší únava, přírůstek hmotnosti a nadměrné slinění. Respondenti se také snažili s negativními účinky vyrovnat jednak s pomocí medikace nebo změnou životního stylu. Ačkoliv respondenti považovali léky v léčbě za nezbytné, mnoho z nich je v minulosti zkusilo vysadit kvůli nežádoucím účinkům, jejich neúčinnosti či přesvědčení o jejich nepotřebnosti.

**Individuální psychoterapie** poskytovala prostor pro otevření a řešení individuálních problémů. Tato intervence pomáhala respondentům se uklidnit, snižovala psychické napětí, umožňovala nahlížet na problémy z jiné perspektivy a přispívala k získávání náhledu na nemoc. Tento přínos intervence se pojil s možností se svěřit, kladením podnětných otázek, nalezením řešení problému a s nezaujatými názory a radami od psychologa. Možnost se svěřit a získat názor na své problémy reflektovali respondenti také u **psychoterapeutické skupiny**, a i tato intervence mohla přispět k psychickému uvolnění a získávání náhledu. Navíc sdílení zkušeností ostatních pacientů se stejnou nemocí se mnohdy pojilo i s pocitem sounáležitosti. Na druhou stranu pro některé z respondentek nepředstavovala psychoterapeutická skupina žádný osobní přínos a někdy se po ní necítily psychicky dobře, což mohlo podle respondentek souviset s horším psychickým stavem dalších pacientů ve skupině.

V rámci **psychoedukace** bylo pro respondenty důležité, aby jim byly srozumitelným způsobem předány informace týkající se jejich nemoci a možností léčby, což jim pomáhalo jejich nemoci lépe rozumět a více se orientovat v medikaci. Efektivita psychoedukace mohla

být v souvislosti se zhoršeným psychickým stavem nižší. Význam **kognitivní remediace** spatřovali respondenti v možnosti procvičit si kognitivní funkce. Dále se pro ně jednalo o formu přípravy na návrat do běžného života ať už v souvislosti s procvičováním vytrvalosti nebo s obnovou zájmu o dění ve světě. Zatímco pro některé **nácvik osamostatnění** neměl vzhledem k jejich soběstačnosti význam, pro jiné se jednalo o příležitost, jak se naučit dodržovat určitý denní režim a přijmout vyšší míru zodpovědnosti.

**Ergoterapie** a **arteterapie** představovaly pro mnohé respondenty možnost něco vytvářet, způsob relaxace a psychického uvolnění prostřednictvím odklonu pozornosti od zatěžujících myšlenek a nutnosti se při těchto činnostech soustředit. Arteterapie patřila u části respondentů mezi jejich zájmy, zatímco jiné participanty tato činnost nebavila. Na interpretaci výtvorů nahlíželi respondenti buď jako na možnost, jak se dozvědět o psychickém stavu daného člověka více nebo ji považovali za nevěrohodnou. U ergoterapie se jednalo o jeden ze způsobů, jak se respondenti zaměstnávali během dne.

**Kontakt s peery** se mohl pojit s nadějí na vlastní uzdravu a s pocity většího pochopení respondentových obtíží v porovnání s personálem. Na druhou stranu, pro některé respondenty, peer konzultanti nenaplňovali některé z předpokladů (sympatie a důvěra) pro navázání vztahu a nepovažovali tuto intervenci při řešení svých problémů, v porovnání s dalšími intervencemi, jako tolik účinnou. Na další **psychosociální intervence** (muzikoterapii, biblioterapii a hipoterapii) a pohybové aktivity bylo nahlíženo jako na způsob relaxace, odreagování, aktivizace a psychického uvolnění. **Pohybové aktivity** se také pojily se zmírňováním hlasů, pocitem dodání energie a možností, jak snížit přírůstek hmotnosti. **Autogenní trénink** měl v jednom případě spojitost se spouštěním hlasů.

## 7. Diskuse

.Tato kapitola poskytuje čtenáři kritické zhodnocení realizovaného výzkumu v souvislosti s kvalitou výzkumu a zároveň nabízí příležitost porozumět výsledkům této práce ve vztahu k závěrům dalších studií zabývajících se touto problematikou.

### 7.1 Výsledky

Na léčbu v rámci hospitalizace nahlíželi respondenti jako na způsob pomoci s jejich psychickými obtížemi, což může souviset s tím, že v průběhu jedné či několika hospitalizací získali určitý **náhled na nutnost léčby**. Tuto změnu pohledu ve spojitosti s užíváním antipsychotik zaznamenali ve své studii Phahladira et al. (2019). Výzkumníci zjistili, že v průběhu prvních dvou let od první psychotické ataky respondenti (N = 105) postupně získávali náhled na potřebu léčby (Phahladira et al., 2019). Také v další nedávné studii bylo pozorováno ve vztahu s užíváním antipsychotik zlepšení vzhledu do nemoci. Tento efekt medikace byl nejméně výraznější v průběhu prvních tří měsíců léčby (Pijnenborg et al., 2015).

Pro respondenty bylo důležité, aby byli schopni opět **zvládat požadavky každodenního života** a léčba by podle nich měla přispívat ke **zmírnění příznaků nemoci**. Toto zjištění je ve shodě s výzkumem, který realizoval Brissos (2019). V tomto výzkumu byly identifikovány tyto léčebné cíle. Zatímco polovina osob se schizofrenním onemocněním kladla v léčbě větší důraz na zlepšení psychického stavu, druhá část respondentů považovala za důležité zvýšení funkčnosti (Brissos, 2019). Tyto potřeby se u této skupiny nemocných objevovaly i v dalších studiích (Hosáková & Jarošová, 2015; Kulhara et al., 2010; Ochoa et al., 2003; 2005).

Respondenti byli s **kvalitou poskytované péče** spokojeni, nicméně mezi návrhy na změny v léčbě se objevilo přání zařadit psychoedukaci do léčby dříve, což se pojilo s přesvědčením rychlejšího získání náhledu na nemoc. V odborné literatuře se však setkáváme s doporučením zahájit psychoedukaci až ve fázi stabilizace (Lehman et al., 2004; Motlová, 2007). Také jeden z respondentů reflektoval, že v počátcích léčby mu činilo obtíže informace vnímat a zapamatovat si je, a to ve spojitosti se zhoršenými kognitivními funkcemi, nízkou mírou náhledu na nemoc nebo nedostatkem energie.

Navíc **sdělování informací o nemoci** se nemusí jednoznačně pojit s lepším **vhledem** (Pijnenborg, van Donkersgoed, David, & Aleman, 2013). Například v jedné studii výzkumníci dospěli k závěru, že osoby se schizofrenním onemocněním (N = 30),

kteře docházely na psychoedukaci trvající 16 týdnů, po absolvování tohoto kurzu sice měly o schizofrenním onemocněním lepší znalosti, nicméně efekt na větší vřled do nemoci se neprokázal (Dondé et al., 2019). Na druhou stranu nacházíme i studie, které na tento možný efekt poukazují (Briki et al., 2014; Çetin & Aylaz, 2018) a také někteří z respondentů ve výzkumu této diplomové práce hovořili o přínosu psychoedukace pro získávání nářhledu na nemoc.

V rámci psychoedukace považovali participanti za důležité, aby získali informace o své nemoci a také o strategiích zvládnání stresu. Tyto potřeby participantů se shodují s doporučovanou **náplní psychoedukačních programů** (Hasan & Belkum, 2019). Respondenti považovali za přínosné také informace týkající se léků. Tyto informace jim pomohly uvědomit si, proč dané léky užívají. Porozumění důležitosti medikace v léčbě by mohlo přispět k ochotě respondentů dodržovat v budoucnosti předepsanou medikaci. Tento předpoklad vychází ze studií, které zjistily souvislost mezi vnímaným významem medikace, informovaností a spoluprací (Chaudhari et al., 2017; Sendt et al., 2015; Yalcin et al., 2018).

Ačkoliv respondenti **považovali medikaci v léčbě za důležitou**, v minulosti mnoho z nich léky neužívalo podle doporučení. Tato zkušenost odpovídá výsledkům studií, které upozorňují na to, že řada respondentů při užívání medikace nespoupracuje (Perkins, 2002; Chandra et al., 2014). Participanti v tomto výzkumu přestali léky užívat v souvislosti s jejich nežádoucími účinky, neúčinností nebo kvůli přesvědčení o jejich nepotřebnosti. Tyto důvody vysazení medikace nacházíme také v jiných studiích (Chaudhari et al., 2017; Kao & Liu, 2010; Sendt et al., 2015). Výsledky těchto výzkumů upozorňují na důležitost vhodné kombinace léků s co nejmenším množstvím negativních vedlejších účinků (Motlová & Holub, 2005).

Přínos **individuální (podpůrné) psychoterapie** zmiňovala většina respondentů. Někteří z nich uváděli, že jim během individuální terapie pomáhalo, když psycholog kladl podnětné otázky, přičemž tyto otázky jim umožňovaly nahlížet na problémy z jiné perspektivy a ověřovat reálnost svých přesvědčení, což se mohlo pojit se získáváním nářhledu na nemoc. S těmito principy přehodnocování vjemů a myšlenkových procesů se setkáváme také u kognitivně behaviorální terapie (Norman et al., 2017), která se v mnoha studiích ukázala jako účinná právě ve spojitosti se zmírněním pozitivních příznaků nemoci (Bighelli et al. 2018; Durham et al., 2003; Gumley et al., 2003).

Na druhou stranu **postoje k psychoterapeutické skupině** se mezi respondenty lišily a respondenti upřednostňovali spíše individuální formu terapie než skupinovou. Některé z respondentek uváděly, že se v souvislosti s psychoterapeutickou skupinou necítily dobře a zaujímaly vůči ní negativní postoj. Pocity úzkosti a „protiskupinové postoje“ ve vztahu k této intervenci zjistil ve své studii rovněž Bowden (2002). Také v tomto výzkumu participanti upřednostňovali individuální terapii před skupinovou (Bowden, 2002). *Nicméně je nutné vzít také v potaz, že v uvedeném výzkumu (Bowden, 2002) se nejednalo o osoby se schizofrenním onemocněním, ale o klienty využívající psychoterapeutických služeb.*

Na význam **arteterapie** pro léčbu nahlíželi respondenti také odlišně. Nicméně mnohým z respondentů pomáhala tato intervence se psychicky uvolnit, odklonit pozornost od problémů a dávala prostor pro tvorbu. Tento přínos arteterapie reflektovali respondenti i v jiné kvalitativní studii, kterou realizoval Teglbjaerg (2011). Podobný účinek intervence popisovali participanti také ve spojitosti s **ergoterapií**.

**Kognitivní remediaci** respondenti vnímali jako důležitou především ve vztahu k tréninku paměti, pozornosti či slovní zásoby a také ke zvýšení úrovně fungování. Tato očekávání odpovídají prokázanému efektu této intervence na zlepšení kognitivních funkcí a sociální funkcionality (McGurk et al., 2007; Wykes et al., 2011).

**Kontakt s peery** dodával jedné z respondentek naději na uzdravu a pocit emoční opory. Na tento benefit peer podpory společně s možností výměny informací a poskytnutí ujištění upozorňují Ahmed et al. (2012) a Dennis (2003).

Respondenti v souvislosti s **cvičením jógy** popisovali, že pociťují psychické uvolnění a jedné respondentce **běh** pomáhal zmírňovat sluchové halucinace. Podobný efekt pohybu byl pozorován v metaanalýze 10 randomizovaných kontrolovaných studií (Vancampfort et al., 2012). Výzkumníci zjistili, že aerobní, silová cvičení a jóga zlepšují psychický stav (pozitivní a negativní příznaky), snižují úzkost a zvyšují kvalitu života ve vztahu ke zdraví (Vancampfort et al., 2012).

Pro některé z respondentů byly **pohybové aktivity** důležité také v souvislosti se snahou snížit příbytek hmotnosti, který participanti spojovali s užíváním medikace. Dosáhnout výraznějšího úbytku hmotnosti v této populaci však nemusí být snadné (Faulkner, Soundy, & Lloyd, 2003). Někteří z respondentů by v léčbě uvítali více pohybových aktivit. Tento postoj lze vnímat pro zdravotní stav pacientů jako příznivý

s ohledem na skutečnost, že nízká míra fyzické aktivity patří u této skupiny nemocných mezi nejvýznamnější rizikové faktory kardiovaskulárních chorob (Ewers & Claussen, 2018).

## 7.2 Zajištění kvality výzkumu

Pro cíle této diplomové práce se ukázal jako nejvhodnější kvalitativní výzkum, a to především z důvodu, že v současné době lze najít pouze omezený počet výzkumů zaměřených na to, jakým způsobem vnímají (prožívají a hodnotí) léčbu samotní pacienti.

Interpretativní fenomenologická analýza pak umožňovala se tímto tématem zabývat do hloubky a dávala prostor k tomu, aby pacienti hovořili o těch aspektech léčby, které považují v léčbě za důležité. Navíc tento typ výzkumu dává prostor pro objevení dalších faktorů podílejících se na subjektivně vnímané účinnosti jednotlivých intervencí.

Při posouzení kvality výzkumu se setkáváme u kvalitativních studií s odlišnými měřítky než ve studiích kvantitativních. V tomto výzkumu byly pro zajištění kvality podniknuty kroky, které vycházejí z následujících kritérií validity (Lincoln & Guby, 1985 v Hendl, 2005):

- **Důvěryhodnost** (pravdivost, interní validita) – jedná se o dokázání toho, že předmět zkoumání byl přesně identifikován a popsán. Důvěryhodnost lze zvýšit pomocí dostatečného trvání studie, konzultace postupu výzkumu a analýzy negativních případů.
- **Přenositelnost** (zobecnitelnost, aplikovatelnost) – spočívá v možnosti využít závěry týkající se zkoumaného jevu i pro další podobné případy. U fenomenologické interpretativní analýzy se jedná o porozumění tomu, jak cílová skupina vnímá zkoumaný fenomén s ohledem na smysl, který mu přisuzuje.
- **Hodnověrnost** (spolehlivost, konzistence) – představuje základní předpoklad důvěryhodnosti. Dosáhnout jí lze pomocí triangulace a revize.
- **Potvrditelnost** (objektivita, neutralita) – poukazuje na objektivitu samotné studie. Objektivitu lze zaručit poskytnutím dostatečného množství informací jednak o procesu zkoumání, a také o získaných poznatcích.

O **naplnění kritéria důvěryhodnosti** bylo usilováno několika způsoby. Výzkum (včetně pilotní studie) probíhal po dobu 1,5 roku. Před zahájením samotného výzkumného šetření se výzkumnice blíže *seznámila s cílovou skupinou* respondentů v rámci přípravy a vedení aktivit zaměřených na procvičení kognitivních funkcí. Jednalo se o dobrovolnickou

aktivitu na jednom z otevřených oddělení psychiatrické nemocnice Bohnice. Tato dobrovolnická činnost trvalo po dobu půl roku.

Pro zvýšení důvěryhodnosti výzkumu byl také realizován *předvýzkum* (N = 2). Ten se ukázal jako užitečný především pro vhodnější vymezení cílů výzkumu a pro volbu okruhu otázek. Snaha zkoumaný problém co nejlépe uchopit se také ukázala při *následném vedení dalších 8 rozhovorů* trvajících v časovém rozmezí 35–90 minut na stejném oddělení. Tyto rozhovory byly uskutečněny v průběhu května 2019 a měly být původně součástí diplomové práce. Nicméně výzkumnice s odstupem času (tří měsíců) vyhodnotila, že k porozumění sledovaného fenoménu bude vhodnější zvolit odlišný způsob dotazování. Jako důležité se ukázalo, aby v pokládaných otázkách byl větší důraz na pochopení osobního příběhu každého z respondentů a otázky se zaměřovaly nejen na aspekty, které respondenti vnímají v léčbě jako důležité, ale také na porozumění kontextu, v jakém léčba probíhá. Kromě změny pohledu na zkoumaný problém tyto rozhovory poskytly výzkumnici prostor pro nacvik kladení otázek. Výzkumnice se během rozhovorů učila vyvarovat se pokládání doplňujících otázek, které by mohly působit sugestivně, a také trénovala, aby formulovala otázky srozumitelněji.

V průběhu výzkumu byly také *konzultovány cíle a metody výzkumu*. Jednalo se především o vhodnost vymezení výzkumných otázek, podobu rozhovoru (volba otázek a jejich uspořádání), a také vhodný způsob analýzy a prezentace dat.

**Kritérium přenositelnosti** bylo postaveno na výběru *homogenního výzkumného souboru*. Homogenitu vzorku zajišťoval výběr respondentů splňujících předem stanovená kritéria, přičemž vhodné respondenty vybíral psycholog na oddělení. K dosažení **kritéria hodnověrnosti** sloužila především *datová triangulace*. Ta spočívala v ověřování odpovědí pomocí kladení několika otázek zaměřených na jeden vybraný aspekt zkoumaného fenoménu. Dále byla zastoupena *metodologická triangulace*, kdy k získávání dat bylo využito pokládání otázek společně se zapojením vizuálního manipulačního podnětného materiálu – kartiček. Konkrétní podobu kartiček (*příloha č. 6*) i otázek (*příloha č. 5*) lze najít v přílohách. Jak se podařilo toto kritérium naplnit, lze ověřit také četbou rozhovorů přiložených na CD.

**Kritérium proveditelnosti** je možné zhodnotit pomocí informací uvedených o metodách výzkumu. V rámci popisu výzkumného souboru jsou vymezena *kritéria pro zařazení respondentů* do výzkumného vzorku a také je detailně popsán *způsob*,

*jakým byli respondenti získáni.* Dále je možné zjistit, jak probíhal samotný *sběr a zpracování dat.* V přílohách lze najít to, jakým způsobem výzkumnice hledala souvislosti napříč tématy (*příloha č. 7*) a následně i souvislosti napříč případy (*příloha č. 8*). S ohledem na citlivost dat je ukázka kódování 1. – 3. fáze přiložena pouze na CD (*příloha č. 12*). Posouzení možného zkreslení výsledků ze strany výzkumníka umožňuje reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu (*příloha č. 9*).

### 7.3 Limity výzkumu

Na výsledky této práce je nutné nahlížet s vědomím, že výzkum provází řada omezení. **Způsob výběru výzkumného souboru** byl s ohledem na možnosti výzkumnice, ať už ty časové nebo finanční, záměrný. Z tohoto důvodu byla oslovena pouze ta zařízení, která se nacházela v dojezdové vzdálenosti od Prahy a umožňovala realizovat v průběhu jednoho dne jak rozhovor, tak cestu do zařízení a zpět do Prahy. Dále je důležité vzít v potaz, že navázat spolupráci k výzkumu se podařilo pouze s jednou z nemocnic – ať už proto, že výzkumnice neobdržela od osloveného zařízení žádnou odpověď nebo realizace výzkumu nebyla možná z důvodu časové vytíženosti personálu.

**Výběr respondentů** na otevřeném oddělení Psychiatrické nemocnice Bohnice **provázela také řada komplikací.** Pět participantů splňující kritéria se podařilo získat v průběhu listopadu. Během prosince se na oddělení nenacházel žádný pacient vyhovující kritériím pro zařazení do výzkumu. Později bylo získávání respondentů znemožněno z důvodu vyhlášení nouzového stavu spojeného s celosvětovým šířením koronaviru (COVID-19). Výzkumnice v tomto období zvažovala úpravu výzkumného plánu a jako alternativní způsob sběru dat sestavila dotazník zaměřený na to, co v léčbě považují za důležité psychologové a psychiatři pracující s osobami se schizofrenním onemocněním. Nicméně možnost do nemocnice docházet, se obnovila, a tak se výzkumnice rozhodla původní design výzkumu neměnit. K tomu rozhodnutí také přispěla skutečnost, že na oddělení se nacházelo 12 pacientů splňujících kritéria.

Z potenciálních respondentů bylo osloveno pouze devět, protože u zbývajících pacientů došlo ke zhoršení psychického stavu. Ačkoliv spolupráci přislíbilo osm respondentů, dva z nich nebylo možné do výzkumu zařadit z důvodu užití návykové látky a jeden z respondentů se v den uskutečnění rozhovoru nakonec rozhodl do výzkumu nezapojit. Získat čtyři respondenty splňující kritéria se podařilo v průběhu první poloviny července, přičemž jedna z respondentek na oddělení následné péče pobývala pouze 3,5

týdne. Avšak jednalo se o její několikátou hospitalizaci, takže dřívější zkušenost s psychosociálními intervencemi už měla.

Výzkumnice si je vědoma, že **nouzový stav a následující omezení**, která z něj pro chod nemocnice vyplývala, se mohla výrazně podílet na tom, jakým způsobem pacienti léčbu v tomto období vnímali a prožívali. Po nějakou dobu byl program na oddělení omezen a v tomto období neprobíhala kognitivní remediace, psychoterapeutická skupina a psychoedukace. V průběhu realizace výzkumu také došlo na oddělení ke **změně psychologa**, což mohlo také vést k odlišné zkušenosti pacientů s některými formami léčby. Na druhou stranu respondenti tak mohli hodnotit přínos intervencí, a nikoliv práci konkrétního psychologa. Také samotné **roční období** mohlo zkušenost respondentů určitým způsobem ovlivnit. Zatímco první část rozhovorů byla vedena v zimě, druhá polovina respondentů byla dotazována v letním období. Nicméně právě tyto rozdíly mohou umožnit získat bohatější data.

Ačkoliv byla **snaha získat co nejhomogennější výzkumný vzorek** a všichni respondenti splňovali kritéria, můžeme mezi respondenty najít rozdíly týkající se délky pobytu na oddělení a v míře výskytu reziduálních pozitivních symptomů. Navíc i průběh dosavadní léčby se mezi jednotlivými pacienty lišil. Ať už se jednalo o počet hospitalizací, pobyt na odlišných odděleních či o různou délku hledání vhodné kombinace medikace. Avšak právě tyto odlišnosti dávají také příležitost poukázat na to, že vnímané potřeby pacientů a průběh léčby se mohou s ohledem na jejich psychický stav a historii léčby lišit. Získaná data se také týkají převážně respondentů ve věku mladé či střední dospělosti. I v tomto případě je důležité brát v potaz možnost, že potřeby respondentů se s ohledem na věk mohou lišit

Jako možný způsob **zvýšení homogenity vzorku** se nabízí to, aby byly rozhovory realizovány v den propuštění respondentů z nemocnice. Nicméně i mezi pacienty, kteří jsou z nemocnice propouštěni, nacházíme v míře reziduálních symptomů rozdíly, a to především tehdy, pokud se jedná o opakovanou hospitalizaci.

Také **způsob získávání dat** prostřednictvím rozhovoru s sebou přináší řadu omezení. Ačkoliv byla věnována značná pozornost volbě a formulaci otázek, odpověď na některé z nich vyžadovala vysokou míru sebereflexe, což mohlo být pro některé z respondentů náročné. Především pokud se jednalo o zhodnocení toho, čím jednotlivé intervence respondentům pomáhají a v čem konkrétně. Zatímco někteří z respondentů popisovali přínos

intervence obsáhleji, jiní svůj názor shrnuli do jediné věty. Navíc některé otázky mohli respondenti vnímat jako příliš osobní, a to mohlo ovlivnit míru toho, co budou ochotni sdělit.

Většina otázek byla kladena ve stejném pořadí, nicméně v několika případech došlo k jejich záměně. Například v situaci, kdy respondenti označili medikaci za důležitou intervencí, pokládala výzkumnice otázky týkající se farmakoterapie už v této části rozhovoru. Změna pořadí otázek se mohla do určité míry podílet na tom, co daný respondent odpověděl. Nicméně tuto flexibilitu polostrukturovaný rozhovor umožňuje. Výzkumnice také jednomu z respondentů nepoložila otázku vázanou na vnímané změny v léčbě, takže u jednoho z podtémat schází zahrnutí pohledu tohoto participanta.

Na mnohých respondentech byla také pozorovatelná **výrazná únava**, která se mohla projevit v podávání stručnějších odpovědí. Obsah odpovědí také spoluutvářela **vzájemná interakce** mezi výzkumníci a respondentem. V případě jiného výzkumníka by mohli respondenti odpovídat jinak a stejně tak jiný výzkumník by mohl volit jiné doplňující otázky, v jiných částech rozhovoru.

Limity práce také nacházíme při **hodnocení procesu interpretace dat**, a to především ve vztahu ke skutečnosti, že analýzu získaných dat prováděla pouze jedna osoba. Ačkoliv probíhala opakovaná kontrola vhodnosti zvolených kódů a témat, na výsledky je nutné nahlížet s vědomím subjektivního zkreslení ze strany výzkumnice. Na druhou stranu výzkumník v perspektivě IPA si je vědom, že způsob, jakým nahlíží na svět, se významně podílí na tom, jak na zkušenost konkrétního člověka vnímá (Smith, 2004). Nicméně ke zvýšení objektivity by přispělo, kdyby se do procesu analýzy dat zapojilo více osob a výzkumnice využila větší počet technik<sup>11</sup> umožňujících na získaná data nahlížet z různých perspektiv.

#### **7.4 Náměty pro další výzkum a doporučení**

Výsledky výzkumu této práce upozorňují na význam **individuálního přístupu**, který zohledňuje potřeby a preference daného pacienta. Mezi respondenty se totiž objevovaly rozdíly nejen v upřednostňovaných formách léčby, ale také v odlišném vnímání přínosu a účinných prvků jednotlivých intervencí. Z pohledu výzkumnice je také důležité se zamýšlet nad tím, zda jsou jednotlivé psychosociální intervence pro daného pacienta vhodné. Výpovědi respondentů poukazují na to, že některé z intervencí (psychoterapeutická

---

<sup>11</sup> *Například využití techniky v rámci které je text rozstříhán podle odstavců a ty jsou následně čteny jako oddělené jednotky.*

skupina a arteterapie) se mohou pojit jednak s odmítavým postojem, tak také s nepříjemnými pocity. V současné době se však v oblasti zohledňování preferencí uživatelů ve volbě podoby léčby setkáváme stále s nedostatky (Winkler et al., 2019).

Značná pozornost by také měla být věnována **hledání vhodné kombinace medikace** s ohledem na co nejnižší míru nežádoucích vedlejších účinků. Volba účinných a co nejméně život omezujících léků může přispět k ochotě pacienta dodržovat užívání předepsané medikace. Spolupráci při **dodržování doporučené léčby** lze také podpořit předáváním informací o lécích (dělení, účinky a zásady užívání medikace) a **lidským přístupem personálu**, který se projevuje v příjemném jednání a zájmu o potřeby pacientů.

Lepšímu porozumění tomu, co osoby se schizofrenním onemocněním v léčbě potřebují, by mohla přispět **realizace kvantitativního výzkumu**. Takový výzkum by mohl pomoci zmapovat, které z potřeb se v této skupině nemocných objevují nejčastěji. Zároveň by výsledky mohly upozornit na to, zda se v uvedených potřebách vyskytují rozdíly u osob, které mají zkušenost s opakovanou hospitalizací a těmi, u kterých se jedná o hospitalizaci první.

## Závěr

Tato diplomová práce se zabývala tématem subjektivního vnímání léčby osobami se schizofrenním onemocněním. **Teoretická část** pojednávala o schizofrenním onemocnění a současném přístupu k léčbě tohoto onemocnění. Čtenář se mohl seznámit s epidemiologií, etiologií a projevy schizofrenie a také s jejím průběhem. Pozornost byla věnována i kvalitě života osob potýkajících se s touto nemocí. Dále byla popsána představa o současné podobě léčby a také byly uvedeny intervence vhodné pro léčbu tohoto onemocnění.

**Empirická část** prezentovala výzkum vycházející z kvalitativní metodologie. Tento výzkum se zaměřoval na zkušenost osob, které onemocněly schizofrenním onemocněním, s léčbou v průběhu hospitalizace. Pozornost byla věnována tomu, jak tato skupina nemocných léčbu vnímá, a také přínosu poskytovaných intervencí. Na základě interpretace získaných dat bylo zjištěno, že léčba pro respondenty znamenala pomoc s jejich psychickými obtížemi. Ačkoliv participanti podstupovali léčbu dobrovolně, počáteční pobyt na uzavřeném oddělení pro mnohé z nich představoval psychickou zátěž. Respondenti byli s kvalitou poskytované péče spokojeni a uvedli pouze několik návrhů na změnu. Významnou úlohu v léčbě přikládali participanti personálu a někteří z respondentů také považovali za důležité zapojit do procesu léčby rodinu.

Všichni z respondentů v průběhu léčby alespoň jednou absolvovali psychoterapeutickou skupinu, kognitivní remediaci, arteterapii, ergoterapii a měli zkušenost s nácvikem osamostatnění. Nejčastěji participanti mezi důležitými intervencemi uváděli farmakoterapii, individuální psychoterapii a ergoterapii. V průběhu hospitalizace u sebe respondenti pozorovali zlepšení svého psychického stavu a ve spojitosti s psychosociálními intervencemi se cítili klidnější a uvolněnější. Mnohé z intervencí pro ně znamenaly způsob relaxace a umožňovaly jim oprostít se od zatěžujících myšlenek. V souvislosti s individuální psychoterapií, psychoterapeutickou skupinou a psychoedukací respondenti hovořili o prohlubování náhledu na nemoc.

Participantům pomáhalo, když se mohli někomu se svými problémy svěřit a společně hledat způsoby, jak danou situaci vyřešit. Sdělování informací o schizofrenním onemocnění a způsobech léčby pak přispívalo k lepšímu náhledu na nemoc a léčbu. Některé z intervencí představovaly pro respondenty způsob, jak zvýšit úroveň své funkcionality a mnoho z respondentů se také snažilo do svého programu zařazovat pohybové aktivity nabízené v rámci hospitalizace.

Tyto výsledky nám mohou zprostředkovat zkušenost osob se schizofrenním onemocněním s léčbou v období hospitalizace. K zobecnění těchto závěrů by však bylo nutné realizovat kvantitativní výzkum.

## Seznam použité literatury

- 1) Agid, O., Kapur, S., Arenovich, T., & Zipursky, R. B. (2003). Delayed-onset hypothesis of antipsychotic action: a hypothesis tested and rejected. *Archives of general psychiatry*, 60(12), 1228-1235. doi: 10.1001/archpsyc.60.12.1228
- 2) Ahmed, A. O., Doane, N. J., Mabe, P. A., Buckley, P. F., Birgenheir, D., & Goodrum, N. M. (2012). Peers and peer-led interventions for people with schizophrenia. *Psychiatric Clinics*, 35(3), 699-715. doi: /10.1016/j.psc.2012.06.009
- 3) Akter, K., Gallo, D. A., Martin, S. A., Myronyuk, N., Roberts, R. T., Stercula, K., & Raffa, R. B. (2012). A review of the possible role of the essential fatty acids and fish oils in the aetiology, prevention or pharmacotherapy of schizophrenia. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 37(2), 132-139. doi: 10.1111/j.1365-2710.2011.01265.x
- 4) Aleman A., Kahn R. S. , & Selten J. P. (2003). Sex differences in the risk of schizophrenia: Evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 60(6), 565–71. doi:10.1001/archpsyc.60.6.565
- 5) Alvado Blanco, L. (2018). *Kvalita života lidí s psychotickým onemocněním*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova. Dostupné z <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/151127/>
- 6) Alvarez-Jimenez, M., Gleeson, J. F., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Harris, M. G., Killackey, E., ... & Jackson, H. J. (2012). Road to full recovery: longitudinal relationship between symptomatic remission and psychosocial recovery in first-episode psychosis over 7.5 years. *Psychological medicine*, 42(3), 595-606. doi: 10.1017/S0033291711001504
- 7) Arseneault, L., Cannon, M., Witton, J., & Murray, R. M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 184(2), 110-117. doi: 10.1192/bjp.184.2.110
- 8) Asano, M. (2013). Current status of music therapy for schizophrenic patients. *Acoustical Science and Technology*, 34(1), 13-18. doi: 10.1250/ast.34.13
- 9) Bankovská Motlová, L. B., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. Mladá fronta.
- 10) Bažant, J. & Šimáková, R. (2013, 31. ledna). Důležitost metakognitivního tréninku pro pacienty se schizofrenií. *Medical Tribune*. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/29091-dulezitest-metakognitivniho-treninku-pro-pacienty-se-schizofrenii>

- 11) Beck, A. T., & Rector, N. A. (2005). Cognitive approaches to schizophrenia: Theory and therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 577–606. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144205
- 12) Bellack, A. S., Muesser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. New York, NY: Guilford Press.
- 13) Bighelli, I., Salanti, G., Huhn, M., Schneider-Thoma, J., Krause, M., Reitmeir, C., ... & Furukawa, T. A. (2018). Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry*, 17(3), 316-329. doi: 10.1002/wps.20577
- 14) Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 350-356. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526
- 15) Bowden, M. (2002). Anti-group attitudes at assessment for psychotherapy. *Psychanalytic Psychotherapy*, 16(3), 246-253. doi: 10.1080/14749730210163453
- 16) Briki, M., Monnin, J., Haffen, E., Sechter, D., Favrod, J., Netillard, C., ... & Bonin, B. (2014). Metacognitive training for schizophrenia: a multicentre randomised controlled trial. *Schizophrenia research*, 157(1-3), 99-106. doi: 10.1016/j.schres.2014.06.005
- 17) Brissos, S. (2019). Clinician and patient attitudes in the treatment of schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 29(1), 615-616. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.11.971
- 18) Brown, A. S., & Susser, E. S. (2008). Prenatal nutritional deficiency and risk of adult schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1054-1063. doi: 10.1093/schbul/sbn096
- 19) Brus, M., Novakovic, V., & Friedberg, A. (2012). Psychotherapy for schizophrenia: A review of modalities and their evidence base. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(4), 609-16. doi: 10.1521/pdps.2012.40.4.609
- 20) Buonocore, M., Spangaro, M., Bechi, M., Baraldi, M. A., Cocchi, F., Guglielmino, C., ... & Cavallaro, R. (2018). Integrated cognitive remediation and standard rehabilitation therapy in patients of schizophrenia: persistence after 5 years. *Schizophrenia research*, 192, 335-339. doi: 10.1016/j.schres.2017.05.022
- 21) Cannon, M., Jones, P. B., & Murray, R. M. (2002). Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1080-1092. doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1080

- 22) Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E., & Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Comm. Ment. Health J.*, 41, 399–417. doi: 10.1007/s10597-005-5077-8
- 23) Cella, M., Preti, A., Edwards, C., Dow, T., & Wykes, T. (2017). Cognitive remediation for negative symptoms of schizophrenia: a network meta-analysis. *Clinical psychology review*, 52, 43-51. doi: 10.1016/j.cpr.2016.11.009
- 24) Çetin, N., & Aylaz, R. (2018). The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(5), 737-744. doi: 10.1016/j.apnu.2018.04.011
- 25) Cichocki, Ł., Cechnicki, A., Franczyk-Glita, J., Błądziński, P., Kalisz, A., & Wroński, K. (2015). Quality of life in a 20-year follow-up study of people suffering from schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 133-140. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.09.017
- 26) Costa, C., & Negreiros-Vianna, M. (2011). Action / Relationship / Communication: A Music Therapy Method for Schizophrenia. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 11(3). doi: 10.15845/voices.v11i3.571
- 27) Cramer, H., Lauche, R., Haller, H., Langhorst, J., & Dobos, G. (2016). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Global advances in health and medicine*, 5(1), 30-43. doi: 10.7453/gahmj.2015.083
- 28) Crawford, M. J., Killaspy, H., Barnes, T. R., Barrett, F., Byford, S., Clayton, K., . . . & Waller, D. (2012). Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: A randomised controlled trial (MATISSE). *Health Technology Assessment*, 16(8), 1-76. doi:10.3310/hta16080
- 29) Češková, E. (2012). *SCHIZOFRENIE a její léčba*. Praha: Maxdorf.
- 30) De Haan, L., Kramer, L., Van Raay, B., Weir, M., Gardner, J., Akselson, S., ... & Wouters, L. (2002). Priorities and satisfaction on the help needed and provided in a first episode of psychosis. A survey in five European Family Associations. *European psychiatry*, 17(8), 425-433. doi: 10.1016/S0924-9338(02)00710-1
- 31) Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 40(3), 321-332. doi: 10.1016/S0020-7489(02)00092-5
- 32) DeRosse, P., Nitzburg, G. C., Blair, M., & Malhotra, A. K. (2018). Dimensional symptom severity and global cognitive function predict subjective quality of life in patients with schizophrenia and healthy adults. *Schizophrenia Research*, 195, 385-390. doi: 10.1016/j.schres.2017.10.018

- 33) Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 26(1), 5-20. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033446
- 34) Dobson, D. J. G., McDougall, G., Busheikin, J., & Aldous, J. (1995). Effects of social skills training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. *Psychiatric Services*, 46, 376–380. doi: 10.1176/ps.46.4.376
- 35) Dondé, C., Senn, M., Eche, J., Kallel, L., Saoud, M., & Brunelin, J. (2019). Well-informed but not aware: the PACT® psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness. *Asian journal of psychiatry*, 46, 15-18. doi: 10.1016/j.ajp.2019.09.034
- 36) Dong, M., Lu, L., Zhang, L., Zhang, Y., Ng, C., Ungvari, G., ... & Xiang, Y. (2019). Quality of life in schizophrenia: A meta-analysis of comparative studies. *Psychiatric Quarterly*, 90(3), 519-532. doi:10.1007/s11126-019-09633-4
- 37) Durham, R. C., Guthrie, M., Morton, R. V., Reid, D. A., Treliving, L. R., Fowler, D., & MacDonald, R. R. (2003). Tayside–Fife clinical trial of cognitive–behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms: results to 3-month follow-up. *The British journal of psychiatry*, 182(4), 303-311. doi: 10.1192/bjp.182.4.303
- 38) Elis, O., Caponigro, J. M., & Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: current practices and future directions. *Clinical psychology review*, 33(8), 914-928. doi: 10.1016/j.cpr.2013.07.001
- 39) Ewers, S. M., & Claussen, M. C. (2018). Sport als angewandte Therapie bei Patienten mit schizophrener Psychosen. *Ther Umsch*, 75(1), 77-80. doi: 10.1024/0040-5930/a000969.
- 40) Faulkner, G., Soundy, A. A., & Lloyd, K. (2003). Schizophrenia and weight management: a systematic review of interventions to control weight. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(5), 324-332. doi: 10.1034/j.1600-0447.2003.00218.xC
- 41) Foldemo, A., & Bogren, L. (2002). Need assessment and quality of life in outpatients with schizophrenia: a 5-year follow-up study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 393-398. doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00107.x
- 42) Fujikawa, M., Togo, T., Yoshimi, A., Fujita, J., Nomoto, M., Kamijo, A., ... & Sakura, Y. (2008). Evaluation of subjective treatment satisfaction with antipsychotics in schizophrenia patients. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 32(3), 755-760. doi: 10.1016/j.pnpbp.2007.12.002

- 43) Furmaníková, P. M. L. (2011). Rehabilitační metody zaměřené na rozvoj dovedností lidí s kognitivním deficitem v důsledku schizofrenie. *Psychiatr. praxe*, 12(1), 31-35. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/623c1ebabb0a4809b8862be612b496a3.pdf>
- 44) Galletly, C. A., Foley, D. L., Waterreus, A., Watts, G. F., Castle, D. J., McGrath, J. J., ... & Morgan, V. A. (2012). Cardiometabolic risk factors in people with psychotic disorders: the second Australian national survey of psychosis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(8), 753-761. doi: 10.1177/0004867412453089
- 45) Galletly, C., Castle, D., Dark, F., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., ... & Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50(5), 410-472. doi:10.1177/0004867416641195
- 46) Geretsegger, M., Mössler, K. A., Bieleninik, Ł., Chen, X. J., Heldal, T. O., & Gold, C. (2017). Music therapy for people with schizophrenia and schizophrenia-like disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5. doi: 10.1002/14651858.CD004025.pub4.
- 47) Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208. doi: 10.1192/apt.bp.107.005264
- 48) Giron, M., Fernandez-Yanez, A., Mana-Alvarenga, S., Molina-Habas, A., Nolasco, A., & Gomez-Beneyto, M. (2010). Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. *Psychological medicine*, 40(1), 73-84. doi: 10.1017/S0033291709006126
- 49) Global Burden of Disease. (2018). Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 393(10159), 789-1858. doi: 10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
- 50) Gold, C., Dahle, T., Heldal, T. O., & Wigram, T. (2006). Music therapy for people with schizophrenia or other psychoses: a systematic review and meta-analysis. *British journal of music therapy*, 20(2), 100-108. doi: 10.1177/135945750602000204
- 51) Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., ... & Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia bulletin*, 34(6), 1211-1220. doi: 10.1093/schbul/sbm145

- 52) Gumley, A., O'Grady, M., McNay, L., Reilly, J., Power, K., & Norrie, J. (2003). Early intervention for relapse in schizophrenia: results of a 12-month randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy. *Psychological Medicine*, 33(3), 419-431. doi: 10.1017/S0033291703007323
- 53) Haroun, N., Dunn, L., Haroun, A., & Cadenhead, K. S. (2006). Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1),166-178. doi: 10.1093/schbul/sbj007
- 54) Harrow, M., & Jobe, T. (2007). Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: A 15-year multi-followup study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 406-414. doi: 10.1097/01.nmd.0000253783.32338.6e
- 55) Harrow, M., Jobe, T., & Astrachan-Fletcher, E. (2008). Prognosis of persecutory delusions in schizophrenia: A 20-year longitudinal study. In D. Freeman, and P. Garety, & R. Bentall (Eds.), *Persecutory delusions: Assessment, theory and treatment* (s.73–90). Oxford, UK: Oxford University Press.
- 56) Harrow, M., & Jobe, T. (2010). How frequent is chronic multiyear delusional activity and recovery in schizophrenia: A 20-year multi-followup. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 192–204. doi: 10.1093/schbul/sbn074
- 57) Hasan, A. A. H., & Belkum, C. V. (2019). Psychoeducational Interventions for People with Schizophrenia: Findings from the Systematic Reviews. *Issues in mental health nursing*, 40(6), 518-534. doi: 10.1080/01612840.2018.1509405
- 58) Hegelstad, W. T. V., Larsen, T. K., Auestad, B., Evensen, J., Haahr, U., Joa, I., ... & Rossberg, J. I. (2012). Long-term follow-up of the TIPS early detection in psychosis study: effects on 10-year outcome. *American Journal of Psychiatry*, 169(4), 374-380. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11030459
- 59) Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum. Praha: Portál.
- 60) Hilker, R., Helenius, D., Fagerlund, B., Skytthe, A., Christensen, K., Werge, T. M., ... & Glenthøj, B. (2017). Heritability of Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Based on the Nationwide Danish Twin Register. *Biological Psychiatry*, 83(6), 492-498. doi: 10.1016/j.biopsych.2017.08.017
- 61) Horan, W. P., Kern, R. S., Shokat-Fadai, K., Sergi, M. J., Wynn, J. K., & Green, M. F. (2009). Social cognitive skills training in schizophrenia: an initial efficacy study of stabilized outpatients. *Schizophrenia research*, 107(1), 47-54. doi: 10.1016/j.schres.2008.09.006

- 62) Hosákova, J., & Jarošova, D. (2015). Quality of life and needs of hospitalized schizophrenic patients in the Czech Republic. *Neuroendocrinology Letters*, 36(3). Dostupné z: [https://www.researchgate.net/profile/Jirina\\_Hosakova/publication/281339969\\_Quality\\_of\\_life\\_and\\_needs\\_of\\_hospitalized\\_schizophrenic\\_patients\\_in\\_the\\_Czech\\_Republic/links/561f8c0508aea35f267de6e9.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Jirina_Hosakova/publication/281339969_Quality_of_life_and_needs_of_hospitalized_schizophrenic_patients_in_the_Czech_Republic/links/561f8c0508aea35f267de6e9.pdf)
- 63) Hunter, R., & Barry, S. (2012). Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: neglected but important targets for treatment. *European Psychiatry*, 27(6), 432-436. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.015
- 64) Chandra, I. S., Kumar, K. L., Reddy, M. P., & Reddy, C. M. (2014). Attitudes toward Medication and Reasons for Non-Compliance in Patients with Schizophrenia. *Indian journal of psychological medicine*, 36(3), 294–298. doi: 10.4103/0253-7176.135383
- 65) Charlson, F. J., Ferrari A. J., Santomauro, D. F., Diminic S., Stocking, E., Scott J. G., ... & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203. doi: 10.1093/schbul/sby058
- 66) Chaudhari, B., Saldanha, D., Kadiani, A., & Shahani, R. (2017). Evaluation of treatment adherence in outpatients with schizophrenia. *Industrial psychiatry journal*, 26(2), 215. doi: 10.4103/ipj.ipj\_24\_17
- 67) Chue, P. (2006). The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*, 20(6), 38-56. doi: 10.1177/1359786806071246
- 68) Iyer, S. N., Mangala, R., Anitha, J., Thara, R., & Malla, A. K. (2011). An examination of patient-identified goals for treatment in a first-episode programme in Chennai, India. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(4), 360-365. doi: 10.1111/j.1751-7893.2011.00289.x
- 69) Jang, Y. L., Shim, H. B., Choi, J. S., & Lee, H. W. (2014). Subjective satisfaction for medication affects treatment response and adherence in patients with schizophrenia. *Age*, 42, 13-17. Dostupné z: <https://www.ecnp.eu/presentationpdfs/68/P.3.d.030.pdf>
- 70) Jobe, T. H., & Harrow, M. (2010). Schizophrenia Course, Long-Term Outcome, Recovery, and Prognosis. *Current Directions in Psychological Science* 19(4) 220-225. doi: 10.1177/0963721410378034
- 71) Johnson, E. C., Border, R., Melroy-Greif, W. E., de Leeuw, C. A., Ehringer, M. A., & Keller, M. C. (2017). No evidence that schizophrenia candidate genes are more associated with schizophrenia than noncandidate genes. *Biological psychiatry*, 82(10), 702-708. doi: 10.1016/j.biopsych.2017.06.033

- 72) Jones, C., Hacker, D., Cormac, I., Meaden, A., & Irving, C. B. (2012). Cognitive behavior therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 38(5), 908-910. doi: 10.1093/schbul/sbs090
- 73) Jones, C., Hacker, D., Xia, J., Meaden, A., Irving, C. B., Zhao, S., ... & Shi, C. (2018). Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for people with schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12:CD007964. doi: 10.1002/14651858.CD007964.pub2
- 74) Kabat-Zinn, J. (2009). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hachette Books.
- 75) Kadasah, S., Arfin, M., & Tariq, M. (2011). HLA-DRB1 association with schizophrenia in Saudi Arabian patients. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 15(2), 112-117. doi: 10.3109/13651501.2010.533181
- 76) Kameníková, L., Pomykacz, J., & Farghali, H. (2015). Nežádoucí účinky antipsychotické léčby. *Psychiatrie pro praxi*, 16(2), 56-59. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2015/02/05.pdf>
- 77) Kaneko, Y., & Keshavan, M. (2012). Cognitive remediation in schizophrenia. *Clinical psychopharmacology and neuroscience: the official scientific journal of the Korean College of Neuropsychopharmacology*, 10(3), 125–135. doi: 10.9758/cpn.2012.10.3.125
- 78) Kao, Y. C., & Liu, Y. P. (2010). Compliance and schizophrenia: the predictive potential of insight into illness, symptoms, and side effects. *Comprehensive psychiatry*, 51(6), 557-565. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.03.007
- 79) Kelly, B. D., O'Callaghan, E., Waddington, J. L., Feeney, L., Browne, S., Scully, P. J., ... & Kinsella, A. (2010). Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophrenia research*, 116(1), 75-89. doi: 10.1016/j.schres.2009.10.015
- 80) Kheirabadi, G. R., Rafizadeh, M., Omranifard, V., Yari, A., Maracy, M. R., Mehrabi, T., & Sadri, S. (2014). Effects of needs-assessment-based psycho-education of schizophrenic patients' families on the severity of symptoms and relapse rate of patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 19(6), 558–563. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4280717/>
- 81) Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B. A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 150(1), 176-184. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.055

- 82) Kingdon, D. G., & Turkington, D. (2004). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- 83) Kinney, D. K., Teixeira, P., Hsu, D., Napoleon, S. C., Crowley, D. J., Miller, A., ... & Huang, E. (2009). Relation of schizophrenia prevalence to latitude, climate, fish consumption, infant mortality, and skin color: a role for prenatal vitamin d deficiency and infections?. *Schizophrenia bulletin*, 35(3), 582-595. doi: 10.1093/schbul/sbp023
- 84) Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 12-23. doi: 10.1093/schbul/sbl023
- 85) Koutná Kostínková, J. & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In J. Řiháček, Čermák, I., & Hytych, E. (Eds.), *Kvalitativní analýza textu: Čtyři přístupy* (s.9-44). Brno: Masarykova Univerzita.
- 86) Kreyenbuhl, J., Buchanan, R. W., Dickerson, F. B., & Dixon, L. B. (2010). The schizophrenia patient outcomes research team (PORT): updated treatment recommendations 2009. *Schizophrenia bulletin*, 36(1), 94-103. doi: 10.1093/schbul/sbp130
- 87) Kring, A., Johnson, S., & Davison, G. C. (2012). Schizophrenia. In *Abnormal psychology* (s. 916-1005). Hoboken: John Wiley & Sons.
- 88) Kryshnal, O. (2015). The effectiveness of art therapy in the rehabilitation of patients with schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology*, 25, 533. doi:10.1016/S0924-977X(15)30737-9
- 89) Kulhara, P., Avasthi, A., Grover, S., Sharan, P., Sharma, P., Malhotra, S., & Gill, S. (2010). Needs of Indian schizophrenia patients: an exploratory study from India. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 45(8), 809-818. doi: 10.1007/s00127-009-0126-137
- 90) Kurtz M. M., Bronfeld M., & Rose J. (2012). Cognitive and social cognitive predictors of change in objective versus subjective quality-of-life in rehabilitation for schizophrenia. *Psychiatry Res*, 200(2-3):102-107. doi: 10.1016/j.psychres.2012.06.025
- 91) Lecomte, T., Leclerc, C., Corbiere, M., Wykes, T., Wallace, C. J., & Spidel, A. (2008). Group cognitive behavior therapy or social skills training for individuals with a recent onset of psychosis?: Results of a randomized controlled trial. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(12), 866-875. doi: 10.1097/NMD.0b013e31818ee231
- 92) Lehman, A. F., Lieberman, J. A., Dixon, L. B., McGlashan, T. H., Miller, A. L., Perkins, D. O., ... & Cook, I. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *American Journal of psychiatry*, 161(2).

- 93) Leucht, S., Busch, R., Hamann, J., Kissling, W., & Kane, J. M. (2005). Early-onset hypothesis of antipsychotic drug action: a hypothesis tested, confirmed and extended. *Biological psychiatry*, 57(12), 1543-1549. doi: 10.1016/j.biopsych.2005.02.023
- 94) Leucht, S., Corves, C., Arbter, D., Engel, R. R., Li, C., & Davis, J. M. (2009). Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet*, 373(9657), 31-41. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61764-X
- 95) Leurent, B., Killaspy, H., Osborn, D., Crawford, M., Hoadley, A., Waller, D., & King, M. (2014). Moderating factors for the effectiveness of group art therapy for schizophrenia: Secondary analysis of data from the MATISSE randomised controlled trial. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 1703-1710. doi:10.1007/s00127-014-0876-2
- 96) Levine, S. Z., & Leucht, S. (2010). Elaboration on the early-onset hypothesis of antipsychotic drug action: treatment response trajectories. *Biological psychiatry*, 68(1), 86-92. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.01.012
- 97) Li, Z., Guo, Z., Wang, N., Xu, Z., Qu, Y., Wang, X., . . . Kingdon, D. (2015). Cognitive-behavioural therapy for patients with schizophrenia: A multicentre randomized controlled trial in beijing, china. *Psychological Medicine*, 45(9), 1893-1905. doi: 10.1017/S0033291714002992
- 98) Libiger, J. (2001). Schizofrenie. In J. Raboch, & P. Zvolský (Eds.), *Psychiatrie*, (s. 227-251). Praha: Galén
- 99) Libiger, J. (2002). Schizofrenní poruchy. In C. Höschl, J. Libiger J., & J. Švestka J (Eds.). *Psychiatrie*, (s. 351-411). Praha: TIGIS
- 100) Lichtenstein, P., Yip, B., Bjork, C., Pawitan, Y., Cannon, T., Sullivan, P., & Hultman, C. (2009). Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in swedish families: A population-based study. *Lancet*, 373(9659), 234-239. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60072-6
- 101) Löffler, W., Kilian, R., Toumi, M., & Angermeyer, M. C. (2003). Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and noncompliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry*, 36(03), 105-112. doi: 10.1055/s-2003-39985
- 102) Loh P. R., Bhatial, G., Gusevl A., Finucane, H. K., Bulik-Sullivan, B. K., Pollack, S. J., . . . & Price, A. L. (2015). Contrasting genetic architectures of schizophrenia and other complex diseases using fast variance-components analysis. *Nature Genetics*, 47(12), 1385-1395. doi:10.1038/ng.3431

- 103) Louise, S., Fitzpatrick, M., Strauss, C., Rossell, S. L., & Thomas, N. (2018). Mindfulness-and acceptance-based interventions for psychosis: Our current understanding and a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *192*, 57-63. doi: 10.1016/j.schres.2017.05.023
- 104) Lu, L., Zeng L-N., Zong Q-Q., Rao W-W, Ng Ch. H., Ungvari G. S., Lig, ... Xianga Y-T. (2018). Quality of life in Chinese patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, *268*, 362-369. doi: 10.1016/j.psychres.2018.07.003
- 105) Luoma, J., Hayes, S., & Walser, R. D. (2017). *Learning ACT: an acceptance & commitment therapy skills training manual for therapists*. Oakland, CA: Context Press.
- 106) Lynch, S., Holttum, S., & Huet, V. (2019). The experience of art therapy for individuals following a first diagnosis of a psychotic disorder: A grounded theory study. *International Journal of Art Therapy*, *24*(1), 1-11. doi:10.1080/17454832.2018.1475498
- 107) Manrique-Garcia1, E., Zammit, S., Dalman, C., Hemmingsson, T., Andreasson, S., & Allebeck1, P. (2014). Prognosis of schizophrenia in persons with and without a history of cannabis use. *Psychological Medicine*, *44*, 2513-2521. doi: 10.1017/S0033291714000191
- 108) Marwaha, S. & Johnson, S. (2004). Schizophrenia and employment: a review. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* *39*, 337–349. doi: 10.1007/s00127-004-0762-4.
- 109) Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M., Brugha, T., Azorin, J., . . . & Toumi, M. (2008). Correlates of subjective quality of life in people with schizophrenia: Findings from the EuroSC study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(2), 87-94. doi: 10.1097/NMD.0b013e318162aa9c
- 110) Masopust, J., Libiger, J., Kohler, R., Urban, A., & Čermáková, E. (2009). Spokojenost nemocných s léčbou antipsychotiky. *Česká a slovenská psychiatrie*, *105*(1), 12-19. Dostupné z: [http://csppsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2009\\_1\\_12\\_19.pdf](http://csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2009_1_12_19.pdf)
- 111) Mayoral, F., Berrozpe, A., de la Higuera, J., Martinez-Jambrina, J. J., de Dios Luna, J., & Torres-Gonzalez, F. (2015). Efficacy of a family intervention programme for prevention of hospitalisation in patients with schizophrenia. A naturalistic multicenter controlled and randomised study in Spain. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, *8*(2), 83-91. doi: 10.1016/j.rpsmen.2015.04.004
- 112) McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 67-76. doi: 0.1093/epirev/mxn001.

- 113) McGurk, S. R., Twamley, E. W., Sitzer, D. I., McHugo, G. J., & Mueser, K. T. (2007). A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1791-1802. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07060906
- 114) Mitchell, A. J., Vancampfort, D., Sweers, K., van Winkel, R., Yu, W., & De Hert, M. (2013). Prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities in schizophrenia and related disorders—a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 39(2), 306-318. doi: 10.1093/schbul/sbr148
- 115) Mohr, P. (2012). Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicina pro praxi*, 9(8), 9. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/07.pdf>
- 116) Mohr, P. (2017). Co přinese nová klasifikace MKN-11. *Česká a slovenská psychiatrie*, 113(4), 147-148. Dostupné z: [http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2017\\_4\\_147\\_148.pdf](http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2017_4_147_148.pdf)
- 117) Morgan, L., Knight, C., Bagwash, J., & Thompson, F. (2012). Borderline personality disorder and the role of art therapy: A discussion of its utility from the perspective of those with lived experience. *International Journal of Art Therapy: Inscape*, 17, 91-97. doi:10.1080/17454832.2012.734836
- 118) Motlová, L., & Holub, D. (2005). Compliance a adherence: spolupráce při léčbě. *Remedia*, 6, 514-516. Dostupné z: <http://www.remédia.cz/Okruhy-temat/Psychiatrie/Compliance-a-adherence-spoluprace-pri-lecbe/8-1n-bl.magarticle.aspx>
- 119) Motlová, L. (2007). *Rodinná psychoedukace u schizofrenie: zdravotní a sociální aspekty* (Disertační práce). Lékařská fakulta v Hradci Králové. Dostupné z <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/140025696.pdf?sequence=1>
- 120) MZ ČR (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2013. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf).
- 121) National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *NICE Clinical Guideline 82, Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care*. London, UK: The National Institute for Clinical Excellence.
- 122) Niebuhr, D. W., Millikan, A. M., Cowan, D. N., Yolken, R., Li, Y., & Weber, N. S. (2008). Selected infectious agents and risk of schizophrenia among US military personnel. *American Journal of Psychiatry*, 165(1), 99-106. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.06081254

- 123) Nordon, C., Rouillon, F., Barry, C., Gasquet, I., & Falissard, B. (2012). Determinants of treatment satisfaction of schizophrenia patients: results from the ESPASS study. *Schizophrenia research*, 139(1-3), 211-217. doi: 10.1016/j.schres.2012.05.024
- 124) Norman, R., Lecomte, T., Addington, D., & Anderson, E. (2017). Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 62(9), 617-623. doi: 10.1177/0706743717719894
- 125) Obereignerů, R., Obereignerů, K., Diveký, T., & Praško, J. (2011). Kognitivní deficity u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 12(3), 100-105. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/86bffce081468f5d44e0b34c799ba661.pdf>
- 126) Ocisková, M., Praško, J., Vrbová, K., Kamarádová, D., Jelenová, D., Látalová, K., ... & Ticháčková, A. (2014). Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 110(5). Dostupné z: [http://www.cspychiatr.eu/dwnld/CSP\\_2014\\_5\\_250\\_258.pdf](http://www.cspychiatr.eu/dwnld/CSP_2014_5_250_258.pdf)
- 127) Ochoa, S., Haro, J. M., Autoneil, J., Pendas, A., Teba, F., Marquez, M., & the NEDES group. (2003). Met and unmet needs of schizophrenia patients in a Spanish sample. *Schizophrenia Bulletin*, 29(2), 201-210. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006998
- 128) Ochoa, S., Haro, J. M., Usall, J., Autoneil, J., Vicens, E., & Asensio, F. (2005). Needs and its relation to symptom dimensions in a sample of outpatients with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 75(1), 129-134. doi: 10.1016/j.schres.2004.06.002
- 129) Perkins, D. O. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1121-1128. Dostupné z: <http://www.cmeinstitute.com/ppp/activity/question.asp?actid=108&sectid=169&backcheck=true>
- 130) Pfammatter, M., Junghan, U. M., & Brenner, H. D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophrenia bulletin*, 32(1), 64-S80. doi: 10.1093/schbul/sbl030
- 131) Phahladira, L., Asmal, L., Kilian, S., Chiliza, B., Scheffler, F., Luckhoff, H. K., ... & Emsley, R. (2019). Changes in insight over the first 24 months of treatment in schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia research*, 206, 394-399. doi: 10.1016/j.schres.2018.10.013
- 132) Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*, (12). doi: 10.1002/14651858.CD000088.pub3

- 133) Pijnenborg, G. H. M., Timmerman, M. E., Derks, E. M., Fleischhacker, W. W., Kahn, R. S., & Aleman, A. (2015). Differential effects of antipsychotic drugs on insight in first episode schizophrenia: Data from the European First-Episode Schizophrenia Trial. *European Neuropsychopharmacology*, 25(6), 808-816. doi: 10.1016/j.euroneuro.2015.02.012
- 134) Pijnenborg, G. H., van Donkersgoed, R. J., David, A. S., & Aleman, A. (2013). Changes in insight during treatment for psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 144(1-3), 109-117. doi: 10.1016/j.schres.2012.11.018
- 135) Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., & Morgan, C. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychological medicine*, 32(5), 763-782. doi: 10.1017/S0033291702005895
- 136) Pitkänen, A., Välimäki, M., Kuosmanen, L., Katajisto, J., Koivunen, M., Hätönen, H., ... & Knapp, M. (2012). Patient education methods to support quality of life and functional ability among patients with schizophrenia: a randomised clinical trial. *Quality of Life Research*, 21(2), 247-256. doi: 10.1007/s11136-011-9944-1
- 137) Potměšilová, P., & Sobková, P. (2012). Arteterapie a artefiletika nejen pro sociální pedagogy. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- 138) Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. (2018). Doporučené postupy psychiatrické péče 2018. Dostupné z <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/images/pdf/Stabilizacni-udrzovaci-lecba-schizofrenie.pdf>
- 139) Ramsay, C. E., Broussard, B., Goulding, S. M., Cristofaro, S., Hall, D., Kaslow, N. J., ... & Compton, M. T. (2011). Life and treatment goals of individuals hospitalized for first-episode nonaffective psychosis. *Psychiatry research*, 189(3), 344-348. doi: 10.1016/j.psychres.2011.05.039
- 140) Ran, M. S., Chan, C. W., Ng, S. M., Guo, L. T., & Xiang, M. Z. (2015). The effectiveness of psychoeducational family intervention for patients with schizophrenia in a 14-year follow-up study in a Chinese rural area. *Psychological medicine*, 45(10), 2197-2204. doi: 10.1017/S0033291709006126
- 141) Reforma péče o duševní zdraví. (n. d.). *Pomozte nám zlepšit kvalitu péče o lidi s duševním onemocněním* (dotazník). Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/2019/06/03/date-nam-par-minut/>

- 142) Reser, M. P., Slikboer, R., & Rossell, S. L. (2019). A systematic review of factors that influence the efficacy of cognitive remediation therapy in schizophrenia. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(7), 624-641. doi: 10.1177/0004867419853348
- 143) Richardson, P., Jones, K., Evans, C., Stevens, P., & Rowe, A. (2007). Exploratory RCT of art therapy as an adjunctive treatment in schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 16(4), 483-491. doi:10.1080/09638230701483111
- 144) Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, S. P., & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: a review. *International Review of Psychiatry*, 22(2), 148-162. doi: 10.3109/09540261003661825
- 145) Roberts, D. L., & Penn, D. L. (2009). Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia: a preliminary study. *Psychiatry research*, 166(2-3), 141-147. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.007
- 146) Rodriguez, M. (2017). Kognitivní remediace u schizofrenie. In P., Kulišťák (Ed.). *Klinická neuropsychologie v praxi*, (s. 627-651). Praha: Karolinum
- 147) Rus-Calafell, M., Gutierrez-Maldonado, J., Ortega-Bravo, M., Ribas-Sabate, J., & Caqueo-Urizar, A. (2013). A brief cognitive-behavioural social skills training for stabilised outpatients with schizophrenia: A preliminary study. *Schizophrenia Research*, 143, 327-336. doi: 10.1016/j.schres.2012.11.014
- 148) Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J., & Lemos-Giráldez, S. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train? *Psicología Conductual*, 22(3), 461-477. Dostupné z: <https://search-proquest-com.ezproxy.jyu.fi/docview/1644150076?accountid=11774>
- 149) Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Med*, 2(5), 141. doi:1 0.1371/journal.pmed.0020141
- 150) Savill, M., Orfanos, S., Reininghaus, U., Wykes, T., Bentall, R., & Priebe, S. (2016). The relationship between experiential deficits of negative symptoms and subjective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 176(2-3), 387-391. doi:10.1016/j.schres.2016.06.017
- 151) Sendt, K. V., Tracy, D. K., & Bhattacharyya, S. (2015). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry research*, 225(1-2), 14-30. doi: 10.1016/ j.psychres.2014.11.002
- 152) Severance, E. G., & Yolken, R. H. (2020). Deciphering microbiome and neuroactive immune gene interactions in schizophrenia. *Neurobiology of Disease*, 135, 104331. doi: 10.1016/j.nbd.2018.11.016

- 153) Shean, G. D. (2013). Empirically based psychosocial therapies for schizophrenia: the disconnection between science and practice. *Schizophrenia research and treatment*, 2013, 769-792. doi: 10.1155/2013/792769
- 154) Schmid, R., Spiessl, H., Vukovich, A., & Cording, C. (2003). Burden of relatives and their expectations towards psychiatric institutions. A review of the literature and own results. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 71(3), 118-128. doi: 10.1055/s-2003-37754
- 155) Schoemaker, J. H., Vingerhoets, A. J., & Emsley, R. A. (2019). Factors associated with poor satisfaction with treatment and trial discontinuation in chronic schizophrenia. *CNS spectrums*, 24(4), 380-389. doi: 10.1017/S109285291700044X
- 156) Schwarz, E., Maukonen, J., Hyytiäinen, T., Kiesepä, T., Orešič, M., Sabunciyan, S., ... & Suvisaari, J. (2017). Analysis of microbiota in first episode psychosis identifies preliminary associations with symptom severity and treatment response. *Schizophrenia Research*, 192, 398-403. doi: 10.1016/j.schres.2017.04.017
- 157) Silverstein, S. M., & Bellack, A. S. (2008). A scientific agenda for the concept of recovery as it applies to schizophrenia. *Clinical Psychology Review*, 28(7):1108-1124. doi: 10.1017/S0033291714000191
- 158) Simeone, J. C., Wardl, A. J., Rotellal, P., Collins J., & Windisch, R. (2015). An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990 – 2013: a systematic literature review. *Psychiatry*, 15(1), 193-207. doi: 10.1186/s12888-015-0578-7.
- 159) Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1, 39–54. doi:10.1191/1478088704qp004oa
- 160) Smith, J. A., Flower, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research*. London: Sage.
- 161) Stauffer, V., Case, M., Kollack-Walker, S., Ascher-Svanum, H., Ball, T., Kapur, S., & Kinon, B. J. (2011). Trajectories of response to treatment with atypical antipsychotic medication in patients with schizophrenia pooled from 6 double-blind, randomized clinical trials. *Schizophrenia research*, 130(1-3), 11-19. doi: 10.1016/j.schres.2011.03.015
- 162) Strauss, C., Thomas, N., & Hayward, M. (2015). Can we respond mindfully to distressing voices? A systematic review of evidence for engagement, acceptability, effectiveness and mechanisms of change for mindfulness-based interventions for people

- distressed by hearing voices. *Frontiers in psychology*, 6, 1154. doi: 10.3389/fpsyg.2015.01154
- 163) Teglbjaerg, H. S. (2011). Art therapy may reduce psychopathology in schizophrenia by strengthening the patients' sense of self: A qualitative extended case report. *Psychopathology*, 44(5), 314-318. doi:10.1159/000325025
- 164) Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Øhlenschläger, J., Christensen, T., Krarup, G., ... & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis—results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia research*, 79(1), 95-105. doi: 10.1016/j.schres.2004.12.020
- 165) Tsang, H. W., Li, D., Tsui, M. C., Chung, R. C., Wong, A. H., Li, S. M., ... & Yiu, M. G. (2013). The perceived rehabilitation needs of people with schizophrenia in Hong Kong: Perspectives from consumers and care-givers. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40(3), 179-189. doi: 10.1007/s10488-011-0394-4
- 166) Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2014). *Činnost ambulantních psychiatrických zařízení v roce 2013* (aktuální informace No. 28/2014). Praha. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-ambulantnich-psychiatrickych-zarizeni-roce-2013>.
- 167) Vágnerová, M. (2014). Schizofrenie. In *Současná psychopatologie pro pomáhající profese* (s.333-368). Praha:Portál.
- 168) Valencia, M., Fresan, A., Juárez, F., Escamilla, R., & Saracco, R. (2013). The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *Journal of psychiatric research*, 47(12), 1886-1892. doi: /10.1016/j.jpsychires.2013.09.006
- 169) Vancampfort, D., Probst, M., Helvik Skjaerven, L., Catalán-Matamoros, D., Lundvik-Gyllensten, A., Gómez-Conesa, A., ... & De Hert, M. (2012). Systematic review of the benefits of physical therapy within a multidisciplinary care approach for people with schizophrenia. *Physical therapy*, 92(1), 11-23. doi: 10.2522/ptj.20110218
- 170) Walker, E., McMillan, A., & Mittal, V. (2009). Neurohormones, neurodevelopment, and the prodrome of psychosis in adolescence. In E. Walker & D. Romer (Eds.), *Adolescent psychopathology and the developing brain: Integrating brain and prevention science*, (s.264-284). New York: Oxford University Press

- 171) Winkler, P., Kondrátová, L., Kučera, M., & Palánová, T. (2019). Zpráva z mapování kvality péče ve smyslu naplňování Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v českých psychiatrických nemocnicích. Dostupné z: <https://1url.cz/HzkKm>
- 172) Wölwer, W., & Frommann, N. (2011). Social-cognitive remediation in schizophrenia: generalization of effects of the Training of Affect Recognition (TAR). *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 63-S70. doi: 10.1093/schbul/sbr071
- 173) Wray, N. R., & Gottesman, I. I. (2012). Using summary data from the danish national registers to estimate heritabilities for schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder. *Frontiers in Genetics*, 3:118. doi:10.3389/fgene.2012.00118/full
- 174) Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10060855
- 175) Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane database of systematic reviews*, 6. doi: /10.1002/14651858.CD002831.pub2
- 176) Xiang, Y., Weng, Y., Li, W., Gao, L., Chen, G., Xie, L., ... & Ungvari, G. S. (2006). Training patients with schizophrenia with the community re-entry module. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(6), 464-469. doi: 10.1007/s00127-006-0050-6
- 177) Yalcin, N., Celiker, A., Gurel, S. C., Ak, S., & Yazici, M. K. (2018). The role of the clinical pharmacist in drug education for increasing compliance with drug therapy in the period of discharge with the diagnosis of schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 44(1), 345. doi: 10.1093/schbul/sby018.841
- 178) Yolken, R. H., Dickerson, F. B., & Fuller Torrey, E. (2009). Toxoplasma and schizophrenia. *Parasite immunology*, 31(11), 706-715. doi: 10.1111/j.1365-3024.2009.01131.x

## Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Schéma tématu Hospitalizace.....	57
Obrázek č. 2 – Schéma tématu Vnímání léčby.....	58
Obrázek č. 3 – Schéma tématu Personál.....	60
Obrázek č. 4 – Schéma tématu Zapojení rodiny do léčby.....	62
Obrázek č. 5 – Schéma tématu Farmakoterapie .....	64
Obrázek č. 6 – Schéma tématu Individuální psychoterapie.....	67
Obrázek č. 7 – Schéma tématu Psychoterapeutická skupina.....	69
Obrázek č. 8 – Schéma tématu Psychoedukace.....	71
Obrázek č. 9 – Schéma tématu Kognitivní remediace.....	73
Obrázek č. 10 – Schéma tématu Návčik osamostatnění.....	74
Obrázek č. 11 – Schéma tématu Arteterapie .....	75
Obrázek č. 12 – Schéma tématu Ergoterapie.....	77
Obrázek č. 13 – Schéma tématu Kontakt s peery .....	79
Obrázek č. 14 – Schéma tématu Psychosociální intervence.....	80
Obrázek č. 15 – Schéma tématu Pohybové aktivity .....	82

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – Charakteristika souboru – Věkové rozložení.....	53
Tabulka č. 2 – Charakteristika souboru – Demografické údaje – Muži.....	53
Tabulka č. 3 – Charakteristika souboru – Diagnóza a léčba – Muži.....	54
Tabulka č. 4 – Charakteristika souboru – Demografické údaje – Ženy.....	55
Tabulka č. 5 – Charakteristika souboru – Diagnóza a léčba – Ženy.....	55
Tabulka č. 6 – Zapojení rodiny do procesu léčby.....	62
Tabulka č. 7 – Zkušenost jednotlivých respondentů s léčbou.....	63
Tabulka č. 8 – Zkušenost respondentů s léky.....	64
Tabulka č. 9 – Zkušenost respondentů s individuální psychoterapií.....	67
Tabulka č. 10 – Zkušenost respondentů s psychoterapeutickou skupinou.....	69
Tabulka č. 11 – Zkušenost respondentů s psychoedukací.....	71
Tabulka č. 12 – Zkušenost respondentů s kognitivní remediací.....	73
Tabulka č. 13 – Zkušenost respondentů s nácvikem osamostatnění.....	75
Tabulka č. 14 – Zkušenost respondentů s arteterapií.....	76
Tabulka č. 15 – Zkušenost respondentů s ergoterapií.....	77
Tabulka č. 16 – Zkušenost respondentů s peer konzultanty.....	79
Tabulka č. 17 – Zkušenost respondentů s dalšími psychosociálními intervencemi.....	80
Tabulka č. 18 – Zkušenost respondentů s pohybovými aktivitami.....	82

## Seznam zkratk

DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition
GBD	Global Burden of Disease
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví ČR
MKN-11	Mezinárodní klasifikace nemocí 11. revize
např.	Například
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
PN Bohnice	Psychiatrická nemocnice Bohnice
TKD	Trénink kognitivních dovedností
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

## **Seznam příloh**

Příloha 1: Dopis pro psychiatrické nemocnice a oddělení

Příloha 2: Žádost o vyslovení souhlasu k výzkumnému šetření

Příloha 3: Leták pro uchazeče

Příloha 4: Informovaný souhlas

Příloha 5: Polostrukturovaný rozhovor

Příloha 6: Kartičky s psychosociálními intervencemi

Příloha 7: Hledání souvislostí napříč tématy (4. fáze)

Příloha 8: Výsledek hledání vzorců napříč případy (6. fáze)

Příloha 9: Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

Příloha 10: Zastoupení jednotlivých témat u respondentů (léčba)

Příloha 11: Zastoupení jednotlivých témat u respondentů (formy intervence)

## **Příloha 1: Dopis pro psychiatrické nemocnice a oddělení**

Vážená paní, vážený pane,

v současné době jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského studia v oboru psychologie na FF UK. Ráda bych přispěla ke zvyšování kvality péče o lidi se schizofrenní poruchou. Z toho důvodu jsem se rozhodla (v rámci své diplomové práce) realizovat tímto směrem zaměřený výzkum. V projektu se snažím zmapovat ty aspekty léčby, které sami pacienti/klienti hodnotí jako přínosné a v jakých ohledech.

Pomoci této skupině lidí se snažím už druhým rokem – nejprve jsem rok docházela jako dobrovolnice do Psychiatrické nemocnice Bohnice a nyní působím jako koordinátorka pražské pobočky Projektu SPOLU. Tento projekt funguje pod záštitou NUDZ a funguje tím způsobem, že studenti psychologie připravují pro klienty/pacienty aktivizační činnosti – ať už v nemocnici nebo v denním stacionáři. Zároveň v květnu také dokončím Kurz psychologa ve zdravotnictví, takže bych se této problematice ráda věnovala i v budoucnu.

Chtěla jsem se Vás zeptat, zda by bylo možné prostřednictvím pracovníků na lůžkovém oddělení oslovit již stabilizované („neakutní“) pacienty a požádat je o účast ve výzkumu. Výzkum bych všem, kdo by měli zájem představila a stejně tak i nabídla prezentaci výsledků. Zároveň mohu sdílet inspiraci/materiály pro kognitivní tréninky, které jsem vedla v Psychiatrické nemocnici Bohnice a v denním stacionáři pro seniory v NUDZu. Odbornost v této oblasti mohu prokázat absolvovaným 44hodinovým certifikovaným kurzem pro trenéry paměti.

Pokud by bylo možné výzkum realizovat, ráda Vám zašlu bližší informace. V případě zájmu Vám také pošlu svůj životopis.

Děkuji Vám za odpověď.

S pozdravem,

Miroslava Šigutová (Veselková)

## **Příloha 2: Žádost o vyslovení souhlasu k výzkumnému šetření**

Vážení členové etické komise,

ráda bych vás požádala o vyslovení souhlasu k výzkumnému šetření v PNB. V současné době studuji psychologii na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy a výsledky tohoto výzkumu bych použila v rámci své diplomové práce. Ve výzkumu bych se snažila zmapovat, co vnímali lidé se schizofrenním onemocněním v dosavadní léčbě jako přínosné a v jakých ohledech.

Jako metodu výzkumu použiji polostrukturovaný rozhovor, ze kterého bude následně udělán přepis. Na základě analýzy těchto výpovědí pak bude vytvořen dotazník, který bude sloužit k ověření získaných údajů. Se všemi získanými údaji bude nakládáno jako s přísně důvěrnými. Veškeré údaje, které by mohly sloužit k přímé identifikaci respondenta, budou vynechány nebo změněny.

S PNB spolupracuji již druhým rokem v rámci Projektu SPOLU na odděleních *x* a *z*. Respondenty (nejlépe 10-15) bych vybírala na otevřených odděleních. Jednalo by se především o oddělení *x*, kde mi byla vyslovena důvěra ze strany lékaře i psychologa.

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

V příloze Vám přikládám osnovu rozhovoru, a také vyjádření ... z oddělení *x*.

S pozdravem,

Miroslava Šigutová (Veselková)

## Příloha 3: Leták pro uchazeče

### VNÍMÁNÍ LÉČBY V PRŮBĚHU HOSPITALIZACE

#### MOŽNOST PŘÍSPĚT KE ZLEPŠENÍ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

a

*příležitost podělit se o Vaši zkušenost s léčbou během hospitalizace.*

Jedná se o výzkum, který je součástí diplomové práce. Jeho cílem je snaha přispět ke zkvalitnění péče o duševní zdraví a poskytnout odborníkům zpětnou vazbu.

Výzkum probíhá **formou rozhovoru**, který trvá obvykle 30-90 minut. Pozornost v něm bude především věnována tomu, co v léčbě považujete za důležité, a také tomu, jak léčbu vnímáte.

Všechny získané informace budou anonymizovány a nebudou spojovány s Vaší osobou. V případě zájmu Vám mohu později poslat odkaz, kde si bude možné diplomovou práci i s výsledky výzkumu přečíst.

**Budu se těšit na shledání.**

Mirka Veselková

Výzkum probíhá do **15.7. 2020**

## Příloha 4: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S ÚČASTÍ NA PSYCHOLOGICKÉM VÝZKUMU

**OBLAST VÝZKUMU: SUBJEKTIVNÍ VNÍMÁNÍ LÉČBY**

**STUDIUM: Karlova Univerzita, Filosofická fakulta, obor Psychologie**

**Výzkumník: Bc. Miroslava Veselková**

Souhlasím s aktivní účastí ve výzkumu, který se týká *subjektivního vnímání léčby osob se schizofrenním onemocněním*, vedeném PhDr. Katarínou Lonekovou, PhD. v rámci diplomové práce na katedře Psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy. Tohoto výzkumu se účastním dobrovolně a uvědomuji své právo v případě potřeby kdykoliv z výzkumu odstoupit. Uvědomuji si, že z rozhovoru bude pořízen záznam určený pro výzkumné účely.

Souhlasím, že veškerá data získaná k naplnění cíle výzkumného projektu budou použita k výzkumným účelům, a to pouze pokud v souladu se zákonem 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů. Potvrzuji, že jsem získal/a informace o tom, **kdo a za jakým účelem** bude mít přístup k daným informacím.

**Svým podpisem souhlasím** s účastí na tomto projektu zahrnujícího – uskutečnění rozhovoru, pořízení zvukového záznamu rozhovoru a jeho přesného přepisu, provedení analýzy a interpretace rozhovoru, zveřejnění výsledků výzkumu v závěrečné práci Bc. Miroslavy Veselkové (případně v dalších odborných publikacích), použití doslovných citací částí rozhovoru a uchování zvukového záznamu a jeho přepisu.

**JMÉNO A PŘÍJMENÍ:**

**PODPIS:**

**DATUM:**

## **Příloha 5: Polostrukturovaný rozhovor**

### **Osobní zkušenost s nemocí**

1. S jakou náladou dnes přicházíte? Je jiná než jindy?
2. S čím se léčíte? Víte, pod jakou diagnózu Vaše onemocnění spadá?
3. Co si pod tímto onemocněním představujete?
4. Můžete mi nyní stručně popsat Váš příběh (průběh) od chvíle, kdy se Vaše psychické obtíže poprvé objevily až do našeho rozhovoru?

*Nápověda: Jak se Vaše psychické obtíže před nástupem do nemocnice projevovaly? S jakými psychickými obtížemi se v tuto chvíli potýkáte? Byl/a jste už někdy v minulosti hospitalizován/a? Pokud ano, vzpomenete si kdy, kde a na jak dlouho? Odlišují se současné obtíže v něčem od těch, které jste vnímal během dřívějších hospitalizací? Pokud ano, v čem?*

5. Jak si vysvětľujete, že se Vaše obtíže objevily/vrátily?
6. Jak vnímáte (prožíváte), že se potýkáte s tímto onemocněním? Jak vnímáte, že Vás tyto obtíže provázejí?

### **Osobní zkušenost s léčbou**

7. Jak vnímáte, že se tady léčíte? Co pro Vás znamená to, že se tady léčíte?
8. Nyní před Vás položím kartičky s formami léčby, se kterými se lidé během hospitalizace mohou setkat. Chtěla bych Vás poprosit, jestli byste u nich vybral ty, se kterými máte nějakou zkušenost – ať už během Vašeho současného nebo dřívějšího pobytu v nemocnici. Také tady mám tyto prázdné kartičky. Na ty můžete dopsat ty způsoby léčby, které na kartičkách nejsou uvedeny, ale Vy s nimi zkušenost máte. Děkuji. A nyní Vás ještě poprosím, abyste z Vámi vybraných kartiček vybral/a ty formy léčby, které jste během tohoto pobytu podstoupil/a nebo je podstupujete. Ještě nějakou chvíli zůstaneme u kartiček...
9. Teď bych Vás poprosila, abyste vybral ty způsoby léčby, které Vám připadají v léčbě nejvíce důležité. Pokud si vzpomenete na něco, co ještě na kartičkách schází, můžete svůj nápad napsat na některou z prázdných kartiček.

*Nápověda: V čem je to pro Vás významné/důležité? Čím Vám to pomáhá? Co konkrétně Vám v rámci této metody pomáhá? Zlepšení, jakých psychických obtíží*

*díky tomu u sebe pozorujete? Je ještě něco, co Vám v léčbě pomáhá se cítit lépe?  
Co je podle Vás v léčbě ještě důležité?*

10. Vnímáte, že to, co Vám pomáhá v současnosti, se nějak liší od toho, co Vám pomáhalo na počátku tohoto pobytu?

*Nápověda: A během předchozích pobytů? Jak se to liší? Co bylo jinak?*

11. Vyberte, prosím, nyní ty aktivity, které Vám připadají v léčbě nejméně důležité. Z jakého důvodu jste je vybral/a?

12. Schází Vám v léčbě něco? Napadá Vás ještě něco, co byste potřeboval/a?

*Nápověda: Něco, v čem by se současná podoba léčby měla změnit?*

13. Máte zkušenost, že by Vám v léčbě něco nějakým způsobem ublížilo?

*Nápověda: Cítil/a jste se nějak poškozen/a? Objevilo se v léčbě něco, co Vám nějakým způsobem uškodilo?*

14. Víte, jaké léky v současné době užíváte? Pokud ano, jaké? A jaký význam jim ve Vaší léčbě připisujete?

15. Jak vnímáte to, že léky užíváte?

*Nápověda: Pozorujete u sebe nějaké nežádoucí účinky? Omezují Vás v něčem?*

16. Jakou úlohu v léčbě má podle Vás personál?

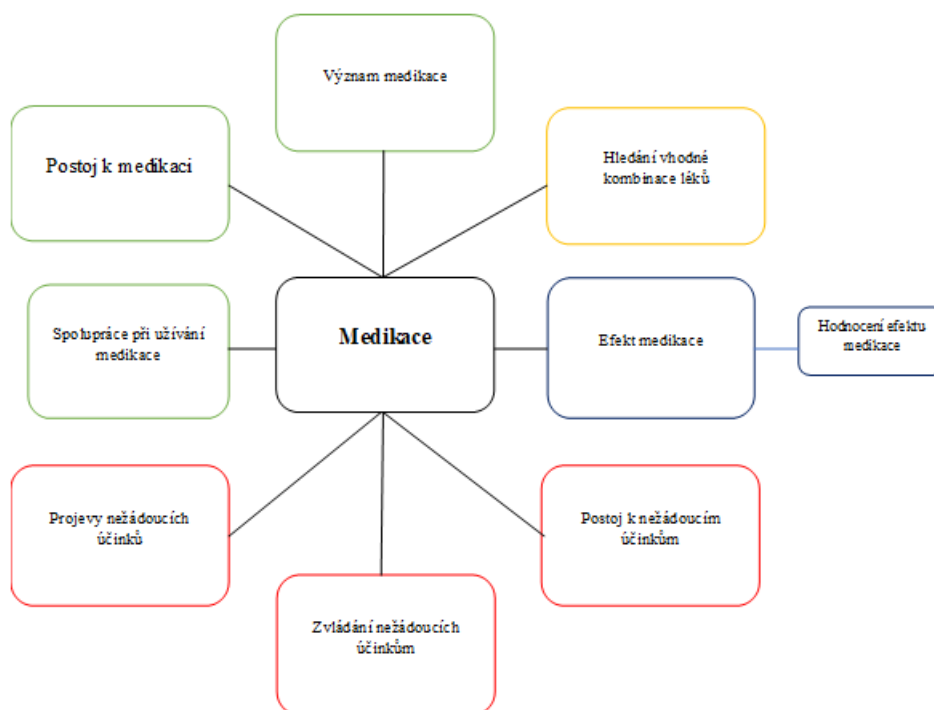
*Nápověda: Přispívá k ní nějakým způsobem? Pokud ano, čím?*

17. Mohl/a byste mi, prosím, shrnout, čím je pro Vás důležité se v léčbě zabývat?

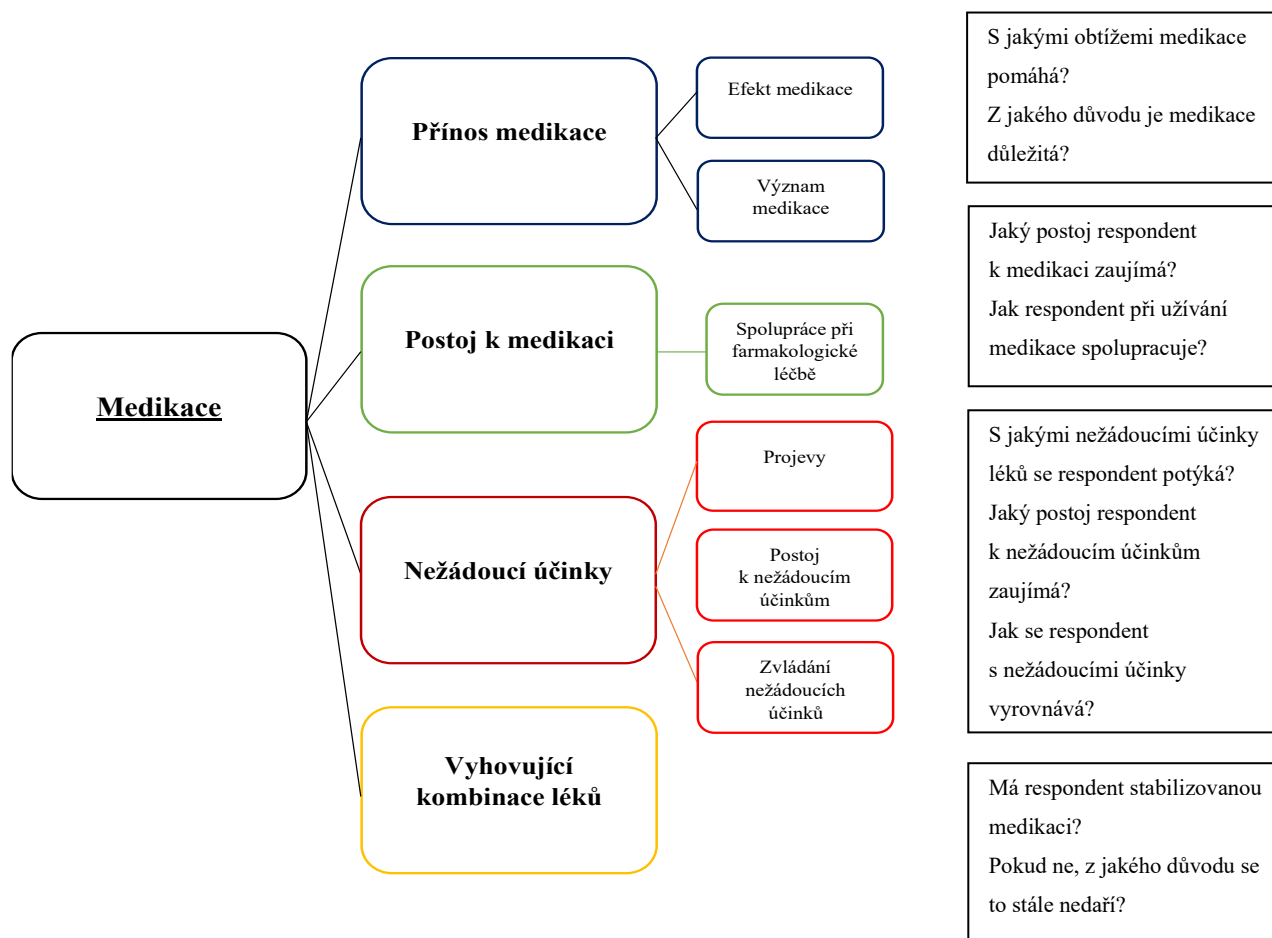
## Příloha 6: Kartičky s psychosociálními intervencemi

<p><b>NÁCVIK OSAMOSTATNĚNÍ</b> (vaření, úklid pokoje a jídelny)</p>	<p><b>PSYCHOEDUKACE</b> (sdělování informací o nemoci a její léčbě)</p>	<p><b>PSYCHOTERAPEUTICKÁ SKUPINA</b></p>
<p><b>INDIVIDUÁLNÍ PSYCHOTERAPIE</b></p>	<p><b>KONTAKT S PEERY</b></p>	<p><b>ERGOTERAPIE</b> (centrální terapie)</p>
<p><b>ARTETERAPIE</b> (léčba kreslením)</p>	<p><b>POHYBOVÉ AKTIVITY</b> (Nordic walking, zdravotní cvičení, jóga)</p>	<p><b>BIBLIOTERAPIE</b> (léčba pomocí literatury)</p>
<p><b>KOGNITIVNÍ AKTIVITY</b> (procvičování paměti, pozornosti, slovní zásoby)</p>	<p><b>MUZIKOTERAPIE</b> (léčba hudbou)</p>	<p><b>NÁCVIK SOCIÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ</b> (verbální a neverbální komunikace)</p>
<p><b>UŽÍVÁNÍ MEDIKACE</b></p>	<p><b>ZAPOJENÍ RODINY DO PROCESU LÉČBY</b></p>	

## Příloha 7: Hledání souvislostí napříč tématy (4. fáze)



## Příloha 8: Výsledek hledání vzorců napříč případy (6. fáze)



## **Příloha 9: Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu**

Problematiku schizofrenního onemocnění jsem si vybrala z několika důvodů. První z nich je osobní – protože jsem se s nemocí setkala u své blízké kamarádky a viděla jsem, jak, navzdory opakované hospitalizaci, se dlouho její stav nelepšil. Zároveň jsem také vnímala, co se kamarádce zdálo v léčbě nedostačující – jak často zmiňovala nedůstojné podmínky, nehezky přístup některých zdravotních sester. Na oddělení pobývala vždy více než měsíc a nikdy se do léčebny nevracela ráda. Chtěla jsem proto lépe porozumět tomu, jak průběh léčby vnímají také další pacienti a zda budou zmiňovat jako problematické podobné oblasti. Druhým důvodem je má motivace přispět k reformaci psychiatrické péče alespoň malým dílem. Zajímalo mě, zda způsob léčby, který v současné době v nemocnici probíhá, připadá pacientům jako vyhovující a chtěla jsem porozumět tomu, co častěji zmiňují ve své léčbě jako to, co jim pomáhá.

## Příloha 10: Zastoupení jednotlivých témat u respondentů (léčba)

<b>Zkušenost s léčbou</b>	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
<b>Hospitalizace</b>									
<i>Okolnosti</i>	x	x		x	x	x	x	x	x
<i>Průběh</i>		x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Vnímání léčby</b>									
<i>Postoj k léčbě</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Zaměření léčby</i>	x		x	x	x	x	x	x	x
<i>Co v léčbě změnit</i>	x	x	x	x		x	x	x	x
<b>Personál</b>									
<i>Přístup</i>									
<i>Profesionalita</i>									
<i>Negativní zkušenost</i>				x	x	x	x	x	x
<b>Zapojení rodiny do procesu léčby</b>									
<i>Přínos</i>	x		x					x	
<i>Předpoklady</i>				x	x		x		x

## Příloha 11: Zastoupení jednotlivých témat u respondentů (intervence)

Zkušenost s psychosociálními intervencemi	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
<b>Farmakoterapie</b>									
<i>Postoj k medikaci</i>	x		x	x	x	x	x	x	x
<i>Přínos medikace</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Nežádoucí účinky léků</i>	x	x	x	x	x		x	x	x
<i>Vyhovující kombinace léků</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<b>Individuální psychoterapie</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>	x				x	x	x	x	x
<i>Přínos</i>	x	x		x	x	x	x	x	x
<i>Účinné prvky</i>	x	x		x	x	x	x	x	
<b>Psychoterapeutická skupina</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>		x	x		x	x	x	x	x
<i>Přínos</i>	x	x	x		x		x	x	
<i>Účinné prvky</i>	x	x	x			x	x		
<b>Psychoedukace</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>	x			x		x			x
<i>Přínos</i>	x	x		x			x		x
<i>Důležitá témata</i>	x	x		x			x		x
<i>Účinné prvky</i>									
<b>Kognitivní remediace</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>	x	x	x	x	x	x	x	x	x
<i>Přínos</i>		x			x			x	x
<b>Nácvik osamostatnění</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>	x	x			x		x		x
<i>Přínos</i>							x		
<i>Účinné prvky</i>					x				
<b>Arteterapie</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>	x	x		x	x	x	x	x	x
<i>Přínos</i>		x		x	x	x			x
<i>Účinné prvky</i>		x		x	x				x
<i>Interpretace výtvorů</i>				x	x		x		x
<b>Ergoterapie</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>	x			x	x	x	x	x	x
<i>Přínos</i>	x			x		x		x	x
<i>Účinné prvky</i>	x	x		x	x	x		x	x
<b>Kontakt s peery</b>									
<i>Postoj</i>	x					x		x	x
<i>Přínos</i>	x							x	
<i>Účinné prvky</i>								x	

	Ondřej	Tadeáš	Jiří	Tomáš	Petr	Marta	Lucie	Jana	Tereza
<b>Další psychosociální intervence</b>									
<i>Muzikoterapie</i>				X		X	X		
<i>Biblioterapie</i>			X	X					
<i>Hipoterapie</i>						X		X	
<i>Relaxační techniky</i>							X		
<b>Pohybové aktivity</b>									
<i>Postoj k intervenci</i>	X		X	X	X	X	X	X	X
<i>Přínos</i>	X	X	X	X	X	X	X		X
<i>Účinné prvky</i>	X	X			X		X		