

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



**Lucie Šotolová**

Komunitní péče o duševní zdraví

Community Mental Health Care

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková

Praha, 2012

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 27. 3. 2012

Lucie Šotolová

**Identifikační záznam:**

ŠOTOLOVÁ, Lucie. *Komunitní péče o duševní zdraví. [Community Mental Health Care]*. Praha, 2012. 88 s., 4 příl. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetřovatelství. Vedoucí práce Marková, Eva.

## **Abstrakt**

Práce se zabývá komunitní péčí o duševní zdraví. Zaměřujeme se na pacienty s afektivní poruchou, protože se domníváme, že by pro některé z nich byly služby komunitní péče přínosné, ale zatím je tyto pacienti nevyužívají. Teoretická část rozebírá pojem duševní zdraví, jeho vymezení v koncepčních materiálech našich organizací a v mezinárodních dokumentech Světové zdravotnické organizace. Práce dále popisuje afektivní poruchy, jejich sociální dopad, a též situaci komunitní péče o duševní zdraví u nás. Empirická část se skládá ze dvou empirických šetření, která spolu souvisejí. Dotazníkové šetření mezi hospitalizovanými pacienty s afektivní poruchou bylo zaměřeno na úroveň informovanosti o službách komunitní péče o duševní zdraví, na zájem pacientů o tyto služby a na jejich využívání. On-line šetření proběhlo v pražských organizacích komunitní péče o duševní zdraví s cílem zjistit podíl zastoupení klientů s afektivní poruchou v těchto službách a možnosti jejich zařazení. Ukázalo se, že většina z dotazovaných pacientů s afektivní poruchou není informována o službách komunitní péče, proto je nevyužívá, ale má o tyto služby zájem. Usuzujeme, že ve službách komunitní péče zatím není dostatek míst pro pacienty s afektivní poruchou.

### **Klíčová slova**

Duševní zdraví, afektivní poruchy, systém péče o duševní zdraví, komunitní péče o duševní zdraví, stigma, resocializace

## **Abstract**

This thesis deals with community mental health care. We focus on patients with affective disorders because we assume that community mental health care services would be salutary for some of them but these patients do not use the services yet. A theoretical part describes the mental health concept and its specification, both in conceptual materials of Czech organizations and in World Health Organization documents. The thesis analyses affective disorders, their social impact and community mental health care situation in the Czech Republic. An empirical part consists of two empirical researches, which are interrelated. The questionnaire survey among hospitalized patients with an affective disorder has been focused on the level of awareness of community mental health care services, on patients' interest in these services and on use of these services. The on-line survey has been conducted in Prague's community mental health care organizations to determine a proportion of clients with an affective disorder within these services and to determine the possibility of their placement. It turned out that most of interviewed patients with an affective disorder are not informed about the community health care services and therefore they don't use the services but they would be interested in it. We conclude that there are not enough places for patients with affective disorder in the community care services yet.

## **Keywords**

Mental health, Affective disorders, Mental health services system, Community mental health care, Stigma, Social rehabilitation

# Obsah

Úvod.....	7
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Duševní zdraví.....</b>	<b>9</b>
1.1 Systém psychiatrické péče .....	14
1.2 Politika a péče o duševní zdraví .....	17
<b>2 Afektivní poruchy.....</b>	<b>19</b>
2.1 Vymezení afektivní poruchy.....	19
2.2 Epidemiologie .....	20
2.3 Klinické projevy afektivních poruch.....	21
2.4 Průběh onemocnění a prognóza.....	23
2.5 Léčba afektivních poruch.....	24
2.6 Sociální dopad afektivních poruch a resocializace .....	25
<b>3 Komunitní péče .....</b>	<b>28</b>
3.1 Vymezení pojmu .....	28
3.2 Historie a současnost komunitní péče .....	29
3.3 Typy služeb komunitní péče .....	32
3.4 Modely komunitní péče .....	33
3.5 Psychiatrická rehabilitace .....	34
3.6 Regionální péče o duševní zdraví v Praze 8.....	36
<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>38</b>
<b>4 Empirické šetření .....</b>	<b>38</b>
4.1 Formulace výzkumného problému .....	39
4.2 Cíle a hypotézy výzkumné sondy .....	40
4.3 Použité metody práce .....	42
4.4 Charakteristika výzkumného souboru .....	44
4.5 Analýza a interpretace výsledků empirického šetření 1 .....	47
4.6 Analýza a interpretace výsledků empirického šetření 2 .....	59
4.7 Diskuse .....	61
4.8 Souhrn výsledků vzhledem ke stanoveným hypotézám .....	64
<b>5 Závěr a doporučení pro praxi .....</b>	<b>65</b>
<b>6 Seznam použité literatury .....</b>	<b>68</b>
<b>7 Seznam tabulek .....</b>	<b>74</b>
<b>8 Seznam grafů.....</b>	<b>74</b>
<b>9 Seznam příloh.....</b>	<b>75</b>

# Úvod

Vzhledem k tomu, že celosvětově stoupá počet pacientů s duševní poruchou, považuji téma „Komunitní péče o duševní zdraví“ za velmi důležité. Je to téma široké, může být pojato z mnoha úhlů pohledu. Zvolila jsem je mimo jiné kvůli zkušenosti s afektivní poruchou ve svém blízkém okolí. Viděla jsem, jaké problémy mohou mít tito pacienti ještě dlouho po skončení hospitalizace, mnoho obyčejných věcí je pro ně najednou těžkých. Potýkají se každý den znovu a znovu se svým zdravotním stavem a mnohdy by potřebovali přechodnou pomoc v situacích, které jsou pro ně neřešitelné. Jedná se o problémy jako postarat se o sebe sama, překonat pasivitu, zvládnout komunikaci s rodinou a úřady, vyřešit situaci v zaměstnání a další. Pacienti s afektivní poruchou bohužel mohou být jen zřídka začleněni do služeb komunitní péče. Je to dáno tím, že jsou jiní, kteří tyto služby potřebují více, jako například pacienti se schizofrenií. Není v současných možnostech komunitní péče postarat se o všechny. Z výše uvedených důvodů jsem se tedy zaměřila na pacienty s afektivní poruchou. Teoretická část se zabývá duševním zdravím, afektivními poruchami, komunitní péčí o duševní zdraví a jejími službami. V empirické části se snažím zjistit, jestli je pravdivá domněnka, že by tyto služby využili i pacienti s afektivní poruchou, kdyby k tomu měli příležitost. Snažím se také zjistit, jaká je skutečná nabídka míst pro tyto pacienty. Práce se záměrně nezabývá situací v komunitní péči o duševní zdraví v zahraničí, protože ta se velmi liší od situace u nás, je v různých státech odlišná a domnívám se, že by celkové pojetí přesahovalo svým rozsahem rámec bakalářské práce. Problémem bylo získat všechny informace, které jsem potřebovala. Byla jsem nucena často využívat internetové zdroje kvůli nedostatku literatury týkající se komunitní péče o duševní zdraví, kvůli neaktuálnosti údajů v tištěných pramenech, kvůli dohledání detailů a absenci knižních informací o organizacích služeb komunitní péče o duševní zdraví. Možná se ukázalo, že doba vlády elektronických zdrojů informací dorazila i do literatury. Cennými zdroji naopak byly odborné články a statistické prameny na internetu.

V současné době bohužel nemůžeme doufat v brzké rozšíření služeb komunitní péče, ale snad se časem situace zlepší a dovolí nám pomoci i pacientům s afektivní poruchou. Touto prací na ně chci upozornit.

Na závěr bych ráda poděkovala všem, kteří mne podporovali v mém úsilí při psaní práce. V první řadě děkuji paní magistře Evě Markové za cenné rady a vstřícný a lidský přístup při vedení mé práce. Dále děkuji své rodině, manželovi za velkou podporu a trpělivost a dětem za shovívavost, kdykoli maminka zanedbávala svoji mateřskou roli kvůli psaní bakalářské práce. Děkuji.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Duševní zdraví

Zdraví má zásadní vliv na kvalitu lidského života. Už v roce 1948 byla zformulována definice zdraví **Světovou zdravotnickou organizací** (World Health Organization) v dokumentu „Constitution of the World Health Organization“. Je definováno jako *„health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity“* („stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady“) (World Health Organization, [200?], s. 1). V roce 1986 se mezinárodní konference Světové zdravotnické organizace v Ottawě zabývala podporou zdraví jako schopnosti vést sociálně a ekonomicky produktivní život a realizovat své ambice. V dokumentu „Ottawa Charter for Health Promotion“ se pojetí zdraví dostává z obecné roviny do roviny ambicí, které zdravý člověk uskutečňuje (World Health Organization, [1986]).

Je obtížné přesně charakterizovat **pojmem duševní zdraví**. Jeho formulace vždy částečně vychází z obecné definice zdraví Světové zdravotnické organizace, ale v průběhu doby se pojetí mění a postupně se dostává od teoretického obecného popisu k popisu vlastností duševně zdravého člověka. V současnosti se charakteristika opírá o konkrétní situace, které je duševně zdravý člověk schopen řešit v souvislosti s každodenním praktickým životem. V 80. letech 20. století byla uznávána dvě pojetí pojmu duševního zdraví. Jak uvádí Míček (1986, s. 7), „užší pojetí duševního zdraví se prakticky ztotožňuje s nepřítomností příznaků duševní nemoci,... Širší pojetí pojmu duševního zdraví charakterizuje duševně zdravého jedince schopností adekvátní adaptace..., schopností sebepoznání,... schopností odolávat frustracím a stresům.“ Jak uvádí Marková, Venglářová, Babiaková (2006, s. 16), „duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, není to jen nepřítomnost duševní poruchy... Duševně zdravý člověk je schopný přijímat

a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet. Umí plánovat a plány uskutečňovat, je schopný podílet se na změnách a vytvářet nové věci, umí komunikovat. Aktivně se zúčastňuje dění kolem sebe, dobře se adaptuje na nové situace. Poznává se podle citové vyrovnanosti, zvládá vlastní emoce a zároveň se dovede uvolnit. Dokáže pracovat a udržovat partnerský vztah. Má schopnost přizpůsobit se situacím a reagovat na ně.“ Světová zdravotnická organizace v současnosti charakterizuje duševní zdraví z hlediska provázanosti se zdravím tělesným a schopností realizovat své ambice: *„Mental health is more than a health issue. It influences and is influenced by a wide range of social and economic factors. Positive mental health or well-being contributes to healthier lifestyles, better physical health, improved recovery from illness, fewer limitations in daily life, higher educational attainment, greater productivity, employment and earnings, better relationships, more social cohesion and improved quality of life.“* („Duševní zdraví je více než pouze problematika zdraví. Je ovlivňováno a ovlivňuje velkou šíří sociálních a ekonomických faktorů. Pocit duševního zdraví a pohody přispívá ke zdravějšímu životnímu stylu, lepšímu tělesnému zdraví, zlepšuje zotavení z nemoci. Duševní zdraví umožňuje méně omezení v běžném životě, dosažení vyššího vzdělání, větší produktivity, vyšší zaměstnanost a vyšší příjem. Umožňuje též lepší vztahy, více sociálních vazeb a lepší kvalitu života.“) (World Health Organization, c 2012).

V roce 2005 na Evropské ministerské konferenci WHO o duševním zdraví v Helsinkách byly stanoveny priority v oblasti duševního zdraví pro následující desetiletí dokumentem **„Mental Health Action Plan for Europe“**: „rozvoj v uvědomování si důležitosti pocitu duševní pohody, vypořádat se se stigmatem, diskriminací, podporovat lidi s duševními problémy a jejich rodiny a umožnit jim aktivně se účastnit tohoto procesu. Navrhnout systém péče o lidi s duševním onemocněním, který bude zahrnovat osvětu, prevenci, léčbu, rehabilitaci a pečovatelskou péči. Zabývat se potřebou kompetentních pracovních sil. Považovat zkušenosti a znalosti

uživatelů služeb a jejich opatrovníků za důležitý základ pro plánování a rozvoj těchto služeb“ (World Health Organization, 2005a, s. 1).

**„Zdraví pro všechny v 21. století“** („Zdraví 21“) je program Světové zdravotnické organizace z roku 1998, postavený na „Světové deklaraci zdraví“ („World Health Declaration“). Hlavním cílem programu je prevence, ochrana a rozvoj zdraví lidí v průběhu života, snížení výskytu nemocí a úrazů, snížení utrpení, které lidem přinášejí. Důraz je kladen na spolupráci všech odvětví veřejného života při zlepšování zdraví. Jedná se o 21 cílů k dosažení společného evropského zlepšení zdraví. Zdraví by mělo být jedním z kritérií při politickém rozhodování. Česká republika se k programu připojila Usnesením vlády ČR č. 1046 ze dne 30. října 2002 a vytvořila analogický dokument **„Zdraví 21 – Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století“**. Řídícím centrem programu je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Podle programu „Zdraví 21“ má být psychiatrická péče ve velkých léčebnách postupně omezována; posílena má být primární péče a komunitní péče. Zdravotnický personál musí být způsobilý a současně má být kontinuálně vzděláván. Včasná a správná diagnostika depresivních poruch může zásadně pomoci snížit počet sebevražd (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, s. 31) Jednou z hlavních priorit je i snižování stigmatizace nemocných, bohužel ale není v programu „Zdraví 21“ nijak rozpracována. Na zlepšení duševního zdraví je zaměřený cíl č. 6 v dokumentu „Zdraví 21“.

**Cíl 6** je definován následovně: „do roku 2020 by se měla zlepšit psychosociální pohoda lidí a pro lidi s duševními problémy by měly být plně dostupné komplexní služby“ (World Health Organization. Regionální úřadovna pro Evropu, 2001, s. 39). Cíl 6 je rozdělen na dva dílčí úkoly. Dílčím úkolem 6.1 je „výskyt a nežádoucí zdravotní důsledky duševních poruch by se měly podstatně omezit a měla by být posílena schopnost lidí se vyrovnávat se stresujícími životními okamžiky“ (World Health Organization. Regionální úřadovna pro Evropu, 2001, s. 39-40). V současné době zatím bohužel není schválena jasná koncepce přeměny péče o duševní zdraví.

S tím souvisí i nejasné financování se všemi svými důsledky. Veřejnost je velmi málo informována o problematice duševních poruch a duševního zdraví, což podporuje vysokou míru stigmatizace nemocných. Existuje málo programů na podporu duševního zdraví, prevence duševních poruch a stresu (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, s. 31). Primární zdravotnická péče neřeší problém duševních poruch dostatečně. Často chybí právě v primární péči znalost moderních přístupů v prevenci, diagnostice a léčbě duševních poruch. Současně kapacita psychiatrických ambulancí je v mnohých regionech silně podhodnocena a lůžkový fond je třeba přeorganizovat směrem k menším zařízením, jako jsou oddělení nemocnic. Zařízení komunitní péče jsou zatím zastoupena ve velmi malé míře, takže stále neexistuje fungující síť těchto zařízení (World Health Organization. Regionální úřadovna pro Evropu, 2001). Současně nejsou dořešeny kompetence mezi zdravotnickou a sociální péčí. Rozvoj komunitní péče postrádá koncepci, spíše se jedná o budování jednotlivých zařízení. Aktivita ke splnění **dílčího úkolu 6.1** podle programu „**Zdraví 21**“ jsou navrženy následovně: „vytvořit program komplexního řešení péče o duševní zdraví včetně transformace stávající péče,... zajistit racionální využívání stávajících finančních zdrojů tak, aby systém péče o duševně nemocné byl motivován k transformaci a zajištění regulérního financování nově zaváděných služeb... vytvořit standardy diagnostických a terapeutických postupů se zohledněním lidských práv... přesunem většiny akutní psychiatrické péče z psychiatrických léčen do psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, domácí péče a do systému krizových center... zkvalitnění a restrukturalizace lůžek následné péče celkovou humanizací psychiatrických léčen, ve zvýšení kapacit a kvality socio-rehabilitačních programů, zvýšení návaznosti péče v psychiatrické léčbě na komunitní péči... zvýšit zapojení služeb komunitní a primární péče do prevence a do péče o duševní zdraví... začlenit nové přístupy a formy péče do pregraduálních, postgraduálních a kontinuálních systémů vzdělávání“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, s. 31-33).

**Dílčí úkol 6.2** je formulován následovně: „počet sebevražd by měl být snížen alespoň o jednu třetinu, přičemž k nejvýraznějšímu snížení by mělo dojít v těch zemích, a u těch skupin obyvatelstva, kde se nyní sebevraždy vyskytují nejčastěji“ (World Health Organization. Regionální úřadovna pro Evropu, 2001, s. 40). V současné době u nás není sebevraždnost statisticky zpracovávána, evidence byla zrušena v roce 1992. Nejvyšší počet dokonaných sebevražd je ve skupině mladých lidí 15-24 let a ve skupině seniorů nad 65 let věku. Často dochází k suicidii v souvislosti s duševní poruchou, schizofrenií, akutní psychickou krizí a se závislostí na psychoaktivních látkách. V nejbližších letech se očekává nárůst depresivních poruch (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, s. 33). Plánované aktivity ke splnění tohoto úkolu jsou následující: „systematické školení lékařů primární péče v rozpoznávání a léčení deprese, nebezpečí sebevraždy a kultivace vztahu lékař – pacient... zlepšení a zvýšení efektivity psychiatrických služeb rozšířením sítě Krizových center, linek důvěry a psychiatrických oddělení nemocnic, ve vybudování sítě protialkoholních poraden a zlepšení dostupnosti inovativních psychofarmak... snížení stigma psychicky nemocných a odstranění jejich diskriminace... opětovné zavedení evidence sebevražděných pokusů“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, s. 34). Od roku 2002 bohužel u nás došlo pouze k jediné nové aktivitě „cíle 6 – zlepšení duševního zdraví“ programu „Zdraví 21“. „Souhrnná zpráva o meziresortním naplňování strategických dokumentů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví za rok 2008“ uvádí, že „byla ustanovena Meziresortní pracovní skupina pro přípravu Národního akčního plánu pro duševní zdraví“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2009, s. 16). V „Souhrnných zprávách“ za rok 2007 a 2009 není zmínka o duševním zdraví žádná. V současné době probíhá aktualizace celého programu „Zdraví 21“ na období do roku 2018. Tento aktualizovaný dokument byl přečten na jednání vlády v lednu 2012.

Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně vytvořila v roce 2000 „**Koncepci oboru psychiatrie**“ jako podklad pro politická rozhodování týkající se psychiatrické péče. Tato koncepce byla schválena

Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002. „Koncepce oboru psychiatrie“ byla Psychiatrickou společností ČLS J. E. Purkyně znovu revidována v roce 2008. V této revizi je znovu formulován aktuální stav sítě psychiatrických služeb a současně jsou navrženy změny ke zlepšení situace. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008). Bohužel ani tato revize nebyla uvedena v život.

## **1.1 Systém psychiatrické péče**

Péče o duševní zdraví je komplexní záležitost. Účastní se jí nejen zdravotníci, ale i sociální a jiní pracovníci. Probíhá v různých typech zařízení se speciálně vyškoleným personálem. Přestože klady stávajícího systému jsou nesporné, lze najít i četné nedostatky. V současné době je u nás transformace péče o duševní zdraví v začátcích, systém péče zatím není zcela funkční jako celek a bohužel i dostupnost psychiatrické péče je méně uspokojivá. Obor není dostatečně finančně zajištěn, což se projevuje ve všech jeho hlavních složkách. „Ve většině regionů chybí dostatečná nabídka psychoterapie, je nedostatek sociálně – psychiatrických služeb a není dostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu. Provázanost péče není dostatečná – a to jak spolupráce mezi ambulancemi a lůžkovými zařízeními, tak kooperace s praktickými lékaři, klinickými psychology a apod.“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 3). Jak je popsáno v „Koncepci oboru psychiatrie, 1. revizi, systém psychiatrické péče má složky ambulantní, lůžkovou a komunitní.

### **Ambulantní psychiatrická péče**

Psychiatrická ambulance je základním článkem systému psychiatrické péče. Psychiatrická ambulance je v převážné míře místem prvního kontaktu

pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá velmi často dlouhodobý. V psychiatrii rozlišujeme několik typů ambulancí:

1. Ambulantní psychiatrická péče jako primární psychiatrická péče: v těchto ambulancích dochází v převážné míře „k prvnímu kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí a současně se ambulantní psychiatr stává koordinátorem celé odborné péče, včetně následné péče zdravotně – sociálních služeb... Snahou psychiatrické primární péče je udržení a léčení pacienta v jeho přirozené komunitě“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 6).
2. Specializovaná ambulantní péče se zabývá péčí o pacienty určitých věkových skupin (psychiatrická ambulance pro děti a dorost, gerontopsychiatrická ambulance). Další specializace ambulancí souvisí s určitým specifickým problémem, např. ordinace pro prevenci a léčbu závislostí, ambulance psychiatrické sexuologie, ambulance poruch příjmu potravy, ambulance pro léčbu poruch paměti (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 7).
3. Psychoterapeutické ambulance a centra jsou zařízení, kde probíhá specializovaná psychoterapeutická péče.
4. Ambulance klinického psychologa, který provádí „psychologickou diagnostiku, psychologické intervence a psychoterapeutické léčení pacientů s duševní poruchou“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 9).

## **Lůžková psychiatrická péče**

Lůžková psychiatrická péče probíhá na psychiatrických odděleních nemocnic, psychiatrických klinikách fakultních nemocnic, v psychiatrických léčebnách a ve specializovaných lůžkových zařízeních. Uvádíme rozdělení lůžkové psychiatrické péče.

1. Akutní lůžková psychiatrická péče je určena pro pacienty s akutní psychiatrickou poruchou nebo s akutní dekompenzací chronické poruchy, kdy stav vyžaduje hospitalizaci.
2. Následná psychiatrická lůžková péče je „určena pro nemocné, „u kterých byl ukončen diagnostický proces, nastavena terapie a stav stabilizován do takové míry, že nevyžadují denní kontrolu lékařem a těžiště péče se přesouvá do oblasti ošetrovatelství. Přítomné projevy psychopatologie přitom neumožňují jejich propuštění do domácího ošetřování nebo zařízení sociální péče“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 10 - 12).
3. Specializovaná psychiatrická péče probíhá v zařízeních, „která se specializují na vybraný druh diagnózy, případně určitý druh terapie“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 12).

Poslední složkou v systému psychiatrické péče je komunitní péče.

### **Komunitní péče o duševní zdraví**

Cílem komunitní péče o duševní zdraví je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života. „Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 12-13). Komunitní péče se dělí na intermediární péči a mezirezortní péči. Intermediární péče je péče na hranici ambulantní a lůžkové péče. Probíhá v krizových centrech, denních stacionářích, nebo jako služba mobilního krizového týmu nebo komunitních psychiatrických sester. Patří do rezortu zdravotnictví. Naproti tomu mezirezortní péče je poskytována většinou nestátními neziskovými organizacemi. Zahrnuje psychiatrickou rehabilitaci (podpora práce a zaměstnání, podpora v oblasti bydlení, volného času a sociálních kontaktů),



poradenství a případové vedení (case management), (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 12-18). Je třeba, aby uvedené typy v systému psychiatrické péče byly navzájem propojené v síť spolupracujících zařízení, aby byl zajištěn diferencovaný přístup k prevenci, terapii a rehabilitaci u pacientů s duševními poruchami. Komunitní péče bude podrobněji popsána v kapitole 3 „Komunitní péče“.

## 1.2 Politika a péče o duševní zdraví

Situace v oblasti péče o duševní zdraví v politice nebyla a není příliš příznivá. Bylo podniknuto několik koncepčních aktivit, ale bohužel bez větší politické podpory. To je hlavním důvodem, proč zatím nedošlo k zásadnější změně systému psychiatrické péče u nás.

Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně vytvořila v roce 2000 „**Koncepci oboru psychiatrie**“ jako podklad pro politická rozhodování týkající se psychiatrické péče. Tato koncepce byla schválena Vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví ČR v roce 2002. „Koncepce oboru psychiatrie“ byla Psychiatrickou společností ČLS J. E. Purkyně znovu revidována v roce 2008. V této revizi je formulován aktuální stav sítě psychiatrických služeb a současně jsou navrženy změny ke zlepšení situace v duchu moderního trendu psychiatrické péče (snaha o udržení a léčení pacienta v jeho přirozené komunitě, humánní přístup, destigmatizace, propojení komunitní péče s ostatními složkami), (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008).

Dokument „**Politika péče o duševní zdraví v ČR**“ je výsledkem projektu „Veřejné zdraví – Lidská práva a péče o duševní zdraví v České republice“. Projekt do určité míry vychází z „Koncepce oboru psychiatrie“ z roku 2000. Ještě více opouští vidění systému psychiatrické péče v „klasickém“ pojetí, které znamenalo dominantní lékař a naproti tomu pasivní pacient, méně výrazné dodržování lidských práv, lůžková péče převážně v psychiatrických

léčebnách, složky systému péče zatím izolované. „Politika péče o duševní zdraví v ČR“ jako koncepční materiál nastiňuje ideální podobu péče. Práce na dokumentu „Politika péče o duševní zdraví v ČR“ začala v roce 2003. V roce 2004 byli členové pracovní skupiny jmenováni Ministerstvem zdravotnictví do Komise pro implementaci „Koncepce oboru psychiatrie“. Tím došlo do určité míry k prolnutí složení autorů obou dokumentů „Koncepce oboru psychiatrie“ i „Politiky péče o duševní zdraví v ČR“. Bohužel tato komise postrádala politickou podporu, proto byla později rozpuštěna, jak vzpomíná M. Jarolímek ve svém článku pro časopis Esprit (časopis České asociace pro psychické zdraví): „Návrh koncepce byl v roce 2000 přijat Psychiatrickou společností jako její oficiální dokument, o dva roky později přijala koncepci za svou odborná rada Ministerstva zdravotnictví ČR, v roce 2004 vznikla na ministerstvu Komise pro implementaci koncepce oboru psychiatrie, ale ani v následujících letech se v reálu nic nezměnilo. Komisi pro implementaci koncepce nakonec ministr Julínek rozpustil a zhruba v téže době založila Psychiatrická společnost Komisi pro revizi koncepce“(Jarolímek, 2009).

Významné aktivity Světové zdravotnické organizace, kterých se zúčastnila i Česká republika, byly „**Mental Health Declaration for Europe**“ a „**Mental Health Action Plan for Europe**“, obojí v roce 2005. Komise Evropských společenství na tyto aktivity reagovala v roce 2005 „**Zelenou knihou**“ s podtitulem „**Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii**“ (Komise Evropských společenství, 2005).

V roce 2007 byl ve spolupráci s regionální kanceláří Světové zdravotnické organizace sepsán „**Národní psychiatrický program 2007**“, jako další aktivita Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti J. E. Purkyně na podporu reformy psychiatrické péče u nás. Cílem „Národního psychiatrického programu 2007“ je „zlepšení kvality péče a kvality života pacientů s psychickými poruchami, ... důraz na humánní podmínky péče a destigmatizaci, zajištění dostupnosti psychiatrické péče... redukce rizik

vyplývající z psychických onemocnění... Hlavními úkoly je podpora primární psychiatrické péče, rozvoj komunitní péče, modernizace lůžkového fondu“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká psychiatrická společnost, c 2012).

## **2 Afektivní poruchy**

### **2.1 Vymezení afektivní poruchy**

Emoce dělíme na afekty, které trvají krátce a jsou intenzivnější, a na nálady, které mají trvalejší charakter, ale zato jsou méně intenzivní. Afektivní poruchy (F30 – F39), jsou skupinou duševních poruch, které často bývají zjednodušeně charakterizovány jako poruchy nálady (viz Příloha D). „U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou buď sekundární ke změnám nálady a aktivity, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Začátek individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací“ (World Health Organization, 2011, s. 208).

Mezi hlavní skupiny afektivních poruch podle verze „Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (MKN-10), desáté revize, aktualizované k 1. 1. 2012 patří manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze, periodická depresivní porucha, perzistentní afektivní poruchy, jiné afektivní poruchy a neurčená afektivní porucha. Každá tato aktuální epizoda afektivní poruchy je specifikována mírou závažnosti, přítomností nebo nepřítomností psychotických rysů, přítomností nebo nepřítomností somatického syndromu. Takto rozlišujeme například u deprese fázi lehkou, fázi středně těžkou, těžkou depresivní fázi bez psychotických

příznaků, těžkou depresivní fází s psychotickými příznaky a jiné depresivní fáze (World Health Organization, 2011, s. 208-214). Jednotlivé poruchy v těchto skupinách se tedy podle své závažnosti liší nejen ve farmakologické léčbě, různé potřebě psychiatrické ambulantní, lůžkové nebo intermediární (komunitní) péče, ale hlavně se liší v kvalitě života.

## 2.2 Epidemiologie

Afektivní poruchy patří mezi druhé nejčastější duševní poruchy, hned za neurotickými poruchami. Důležitými faktory pro propuknutí afektivní poruchy jsou „vrozená nebo získaná dispozice, snížení adaptace na stres, negativní životní události“ (Látalová, 2010, s. 63). Afektivní poruchy se liší v míře, v jaké postihují obě pohlaví. Je známo, že například prevalence deprese je přibližně dvakrát větší u žen než u mužů. Naproti tomu bipolární afektivní porucha se vyskytuje u obou pohlaví stejně. Podle dostupných dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR je patrná vzestupná tendence ve výskytu všech duševních onemocnění, včetně afektivních poruch. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v roce 2000 v České republice minimálně jednou vyšetřeno psychiatrem 62 532 pacientů s afektivní poruchou (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2002). V roce 2010 došlo ke zvýšení tohoto čísla až na 94 285 pacientů, což značí výrazný nárůst během 11 let (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011a).

Celoživotní prevalence **depresivní poruchy** dosahuje 17 %, riziko rekurence (riziko opakování epizody) přesahuje 50 %, riziko chronicity je 20 % a suicidalita (sebevražednost) 10 – 15 %. (Prevalence se rovná podílu počtu jedinců s určitou duševní poruchou a počtu všech jedinců ve sledované populaci.) Epizodu unipolární deprese zažije alespoň jednou za život 20 % žen a 10 % mužů. Prevalence **trvalých poruch nálady** činí 1 % u cyklotymie a 3 % u dystymie. Prevalence rekurentní depresivní poruchy je 4 – 19 %, u žen dvakrát častější. Suicidalita je 15 %. Prevalence **bipolární afektivní**

**poruchy** činí 1 % a neliší se podle pohlaví. Riziko chronicity je 11 % a suicidalita 19 %. Prevalence mánie je 1 % (Raboch, Zvolský, 2001, s. 258-266). Tato čísla mají svou důležitost. Jako příklad uvedeme depresivní poruchu. Podle údajů Českého statistického úřadu mělo hlavní město Praha 1 262 106 obyvatel k 12. 12. 2011. To znamená, že nyní žije v Praze přibližně 214 558 pacientů s depresivní poruchou (prevalence 17 %), přičemž více než u poloviny z nich (107 279 pacientů) hrozí riziko opakování epizody. U 42 911 pacientů (20 %) je reálné riziko přechodu do chronicity a až 32 183 pacientům hrozí riziko sebevraždy (15 %). Dále se podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR v hlavním městě Praha dostavilo do psychiatrické ambulance 105 445 pacientů minimálně jednou, z toho 22 151 s diagnózou afektivní poruchy (F30-39), (statisticky bylo sledováno první vyšetření). V celé ČR se dostavilo do psychiatrické ambulance minimálně jednou 495 383 pacientů, z toho 94 285 pacientů s afektivní poruchou (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011a, s. 56).

## 2.3 Klinické projevy afektivních poruch

Zjednodušeně se afektivní poruchy vyznačují dvěma hlavními syndromy: depresivním a manickým. **Depresivní fáze** je charakterizována poklesem nálady, smutkem až pocity beznaděje a bezvýchodnosti, pocity viny, zhoršeným soustředěním. Dále ztrátou motivace k činnosti, nerozhodností, sníženým sebevědomím a také somatickým syndromem, ke kterému „patří ztráta zájmů, anhedonie (ztráta schopnosti prožívat radost), nedostatek emoční reaktivity, ranní probouzení, ranní pesima (deprese je nejvýraznější ráno), psychomotorický útlum nebo agitovanost, ztráta chuti k jídlu, úbytek hmotnosti, ztráta libida“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 254). Častá je vysoká unavitelnost a úvahy o sebevraždě. Závažnost stavu se pohybuje od lehké deprese po těžkou depresi s psychotickými příznaky. U více než 50 % pacientů se stav opakuje, pak mluvíme o periodické (rekurentní) depresivní

poruše. Pokud se kromě deprese objevuje i stav mánie nebo hypománie, mluvíme o bipolární afektivní poruše. Z hlediska polarity je tedy možné afektivní poruchy rozdělit na unipolární a bipolární typ (Látalová, 2010, s. 17).

**Manická fáze** se vyznačuje hlavně vzestupem nálady. Nálada je nadnesená, euforická až expanzivní nebo iritovaná, sebevědomí zvýšeno. Současně mohou být přítomny i další příznaky: „zvýšená aktivita nebo neklid, zvýšená hovornost, roztržitost, nesoustředivost až myšlenkový trysk, snížená potřeba spánku, zvýšená sexuální aktivita, utrácení, nezodpovědnost, nevhodné chování vystupňované u mánie až do riskantního chování, jehož důsledky si jedinec neuvědomuje, zvýšená sociabilita nebo nadměrná familiárnost... velikášství a ztráta normálních sociálních zábran... u psychotické mánie jsou přítomny bludy a/nebo halucinace... Manické bludy bývají expanzivní, velikášské a náboženské,... paranoidně-perzekuční“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 255). Příznaky u pacienta v hypománii jsou méně výrazné než u pacienta v mánii. Manické fázi většinou předchází depresivní fáze, která bývá delší.

O **bipolární afektivní poruchu** se s velkou pravděpodobností jedná, pokud se mezi depresivními epizodami vyskytují i manické stavy. Mánie a hypománie bývají zastoupeny méně často než depresivní epizody. Během cyklu je též určitou dobu období remise (stav bez známek afektivní poruchy), případně mohou být epizody smíšené. Diagnostika bipolární afektivní poruchy může být velmi obtížná. Jedná se o onemocnění celoživotní, kdy suicidalita dosahuje až 19 %. **Cyklotymie** je porucha, kdy se střídají „opakované hypomanické stavy a stavy smutné nálady, které nedosahují intenzity afektivních epizod, jsou však dlouhodobé... asi u třetiny pacientů vede k pozdějšímu rozvoji typické bipolární poruchy“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 106). **Dystymie** je afektivní porucha, kdy pacient dlouhodobě trpí depresivní náladou, která je ale méně intenzivní, takže tento stav nelze označit za depresivní epizodu. Později dochází k rozvoji jiných duševních poruch, nejčastěji k rozvoji periodické (rekurentní) depresivní poruchy (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 102).

## 2.4 Průběh onemocnění a prognóza

Většina afektivních poruch má dlouhodobý průběh a stav pacienta během onemocnění kolísá. Přibližně u 50 % pacientů s **depresivní epizodou** může dojít během 6 měsíců k úplnému uzdravení. Ale dokonce i v případě prodělané pouze jediné epizody během života, je riziko rekurence vysoké (po první epizodě 50 %, po třetí epizodě 75 %, po čtvrté epizodě až 90 %). Bohužel každá nová epizoda přidává i 10-15 % rizika chronicity. Průběh **rekurentní depresivní choroby** jeví „tendence k častějšímu výskytu následných epizod se závažnějšími symptomy. Pro další prognózu je podstatné, zda je remise úplná, nebo pouze částečná. Recidiva (rekurence) je nejlépe predikována počtem předchozích epizod, trváním současné epizody a reziduálními příznaky... Suicidalita u rekurentní depresivní poruchy činí 15 %“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 261 - 263).

**Manická epizoda** se vyvíjí přibližně u poloviny pacientů ze stavu hypománie. „Typický je rychlý rozvoj příznaků, často po psychosociální zátěži, epizody mánie bývají kratší než depresivní epizody“. **Bipolární afektivní porucha** má střídavý průběh, kdy se střídají stavy deprese se stavy manickými nebo hypomanickými a s obdobím remise. Epizody se opakují u 80 % nemocných. „Frekvence a závažnost epizod se zvyšuje s věkem a počtem předchozích epizod“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 255, 258).

Z uvedeného vyplývá, že **prognóza** afektivních poruch závisí na průběhu onemocnění, na celkovém počtu epizod, na včasnosti léčby. Dále na spolupráci pacienta při užívání léků, protože předčasné vysazení medikace bez vědomí lékaře může mít závažné následky. Neúplná úzdrava je bohužel spojena s funkčním narušením, vyšším rizikem relapsu, rekurence i chronicity. Prognóza u nemocných s bipolární poruchou je považována za příznivější než u schizofrenie a horší než u rekurentní deprese (Raboch, Zvolský, 2001, s. 258, 261).

## 2.5 Léčba afektivních poruch

Snahou psychiatrické péče je udržet pacienta co nejdéle v jeho domácím prostředí. Pokud nestačí ambulantní léčba, může pacient po časově omezenou dobu docházet do stacionáře, kde se aktivně podílí na své léčbě. Teprve je-li to nutné při větším zhoršení stavu, nebo pokud je pacient nebezpečný sám sobě nebo svému okolí, je indikována hospitalizace v psychiatrické léčebně, na psychiatrických klinikách fakulních nemocnic nebo na psychiatrických odděleních nemocnic. Léčba afektivních poruch je záležitost dlouhodobá, často celoživotní, která vyžaduje dobrou spolupráci nemocného s psychiatrem a klade na pacienta i další nároky. Základem je farmakoterapie, což pro pacienta znamená dlouhodobé a pravidelné užívání léků ve správných dávkách. Dávkovací schéma se v průběhu léčby může měnit podle fáze onemocnění, což se při zhoršení stavu může stát problémem. U deprese jsou základem léčby antidepresiva různých typů. Obtížný je začátek terapie, kdy je u hladinových léků období až několika týdnů než vybraný preparát získá v organismu dostatečnou hladinu a začne být účinný. Tehdy se podávají ještě anxiolytika ke zmírnění hlavních obtíží. Při léčbě bipolární afektivní poruchy se používají stabilizátory nálady (lithium, valproát, lamotrigin, karbamazepin), SSRI antidepresiva (specifické inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) a během manické fáze atypická antipsychotika. Dávkování léků se mění podle aktuální probíhající fáze. Po odeznění akutní fáze pokračuje udržovací léčba (Češková, 2007b, s. 172-174). Další důležitou složkou léčby hlavně u depresí je psychoterapie (např. individuální systematická psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie a další). Psychoterapie vyžaduje určitou schopnost soustředění a i schopnost pravidelně docházet na terapii. U špatně ovlivnitelných stavů se někdy používá elektrokonvulzivní terapie (Látalová, Praško, 2009, s. 73). Léčba afektivních poruch tedy vyžaduje od pacienta poměrně velkou kázeň, včetně vyhýbání se alkoholu a často je nutné i poměrně přísné dodržování denního režimu. Mnoho pacientů propadá iluzi, že když nemají žádné aktuální potíže,



že jsou tedy vyléčeni a vysazují své léky bez konzultace s lékařem. Po určité době bohužel následuje opět návrat k původnímu nebo ještě horšímu stavu.

## **2.6 Sociální dopad afektivních poruch a resocializace**

Pokud se epizody afektivní poruchy opakují často, nebo pokud se je nedaří farmakologicky dobře zvládnout a tudíž trvají delší dobu, začíná afektivní porucha výrazně zasahovat do kvality života pacienta. V takovém případě pacient žije ve veliké nejistotě. Nabývá dojmu, že další epizoda určitě přijde brzy a tím ještě více ztrácí jakýkoliv pozitivní výhled do budoucnosti a více se oslabuje jeho odhodlání. Často dochází ke ztrátě zaměstnání buď vlivem častých nebo dlouhodobých pracovních neschopností nebo poklesem pracovní výkonnosti v důsledku nemoci. To dále vede ke hledání nového zaměstnání, často méně odborného a neodpovídajícího dosaženému vzdělání. I samotné hledání pracovního místa je často nad síly pacienta, ať už vlivem sníženého sebevědomí, poklesu energie nebo nedostatku informací. Dalším faktorem je trvalé užívání tlumivých léků. To může vést k nutnosti změnit zaměstnání nebo též k zákazu řízení motorových vozidel. Vzniká náročná životní situace, kdy pacient náhle zjistí, že dosud budovaná kariéra končí a musí začít znovu. Nemá vzdělání, jaké by potřeboval pro získání nového odborného místa a nemá ani sílu a sebevědomí mnoho pro to udělat. Končí tedy v nějakém pomocném zaměstnání nebo v invalidním důchodu a často velmi špatně finančně zajištěn. Podobná situace může postihnout i studenta vysoké školy, pokud se vlivem nemoci přechodně zhorší kognitivní funkce natolik, že není schopen studium dokončit. Velkou roli může hrát i nadměrná únava. Pacienti velmi často nejsou schopni zorientovat se v sociálním systému nebo dokonce nejsou schopni požádat někoho o pomoc, jak vyřídit např. žádost o invalidní důchod. Tím se pacient může dostat do finančních potíží a i do problémů s úřady např. kvůli zdravotnímu nebo sociálnímu pojištění. Není totiž možné, aby byl pacient po ztrátě zaměstnání v pracovní neschopnosti, ale též logicky nemůže být

evidován na Úřadu práce, pokud mu jeho zdravotní stav brání pracovat nebo si i hledat pracovní místo. Pacient s afektivní poruchou má mnoho problémů i v každodenním životě rodiny. Pokud trpí psychomotorickým útlumem, nadměrnou únavou a jinými příznaky deprese, může být pro něj téměř nemožné zabezpečit chod domácnosti, péči o děti nebo dokonce rodinu uživit. Během epizody mánie je pacient také neschopný zvládnout své povinnosti. Je nesoustředěný a není možné jednání nemocného dobře odhadnout. Dokonce hrozí nebezpečí finančních, sexuálních a jiných excesů u jinak zodpovědného nemocného. Bohužel se stává, že vlivem nemoci dojde ke zhoršení vztahu až rozpadu manželství. Pacientův partner je nucen vyrovnat se nemocí, což je velmi těžké. Proto je třeba rodině poskytnout veškerou dostupnou poradenskou a psychologickou pomoc, aby mohlo dojít k pročištění rodinných vztahů, semknutí rodinných příslušníků a zvládnutí složité situace.

Pacient s chronickou duševní poruchou se často pohybuje v kruhu ambulantní léčba – stacionář nebo jiná intermediární péče – hospitalizace – ambulantní léčba – hospitalizace – ambulantní léčba atd. Brzy se začíná cítit stigmatizován (poznámenán). Tento jev je záležitostí celé společnosti. Vžitý náhled na duševně nemocného je náhled jako na člověka nespolehlivého, nevypočitatelného až nebezpečného. Jeho rodina je považována za „divnou“. Pacient i jeho rodina tím velmi trpí. Tento postoj většinové společnosti je dán neznalostí psychiatrické problematiky, neznalostí skutečného jednání většiny psychiatrických pacientů (známé jsou pouze senzační zprávy z médií) a hlavně strachem z neznámé situace a současně pocitem ohrožení. Pacient má dojem, že je na něm patrné, že byl hospitalizován na psychiatrickém oddělení, že musí užívat psychiatrické léky a že trpí duševní poruchou. Pravdou je, že často jeho nemoc do určité míry patrná je. Existuje ale i velké procento duševně nemocných, například právě nemocných s afektivní poruchou, kteří se též cítí stigmatizováni, přestože projevy jejich nemoci nejsou tak výrazné. Podle výzkumu agentury Proteq s.r.o. „Diskriminace a stigma, kvantitativní výzkum diskriminace pacientů s depresí a schizofrenií“

z roku 2010 (Proteq, 2010), se pacient často setkává s náznaky agrese nebo i s přímou agresi různého stupně zdůvodněnou tím, že je duševně nemocný. Velmi rychle po začátku nemoci je odmítán na pracovišti. Částečně pro horší výkonnost, ale daleko více z důvodu pacientovy stigmatizace. Omezuje proto své dřívější sociální kontakty a tím se více pohybuje ve skupině duševně nemocných pacientů nebo se izoluje. Více si všímá ztráty sebevědomí, ztráty svých kognitivních i jiných schopností, jako je paměť, soustředění, schopnost rozhodování, plánování činností, schopnost pracovat atd. Stává se pasívním, zužuje se okruh jeho zájmů, čímž se dostává ještě více do sociální izolace a tím dochází k dalšímu zhoršování kvality života. Ocítá se v bludném kruhu. Nerad komunikuje, nechce se setkávat s neznámými lidmi a nehledá si tedy nový okruh přátel. Zůstává mu rodina (pokud nějakou má), někteří přátelé a okruh známých s duševním onemocněním.

Resocializace pacientů s chronickou afektivní poruchou je obtížná. Pacient potřebuje pomoc při vyrovnávání se s nemocí. Potřebuje pomoc při organizování praktických záležitostí. Potřebuje pomoc při seznamování se s novými lidmi. Potřebuje pomoc při udržení si práce nebo při znovuzískání pracovních návyků... V posledních letech dochází k různým aktivitám, které mají napomoci destigmatizaci (proces odbourávání stigmatu ve společnosti). Jedná se zatím o menší akce, kdy se pacienti s duševní poruchou mohou nenásilnou formou setkat s většinovou společností a naopak. Příkladem může být divadelní festival „Mezi ploty“, tréninkové kavárny a obchody, projekt „Blázníš? No a!“ a další. Destigmatizace úzce souvisí také s rozvojem komunitní péče o duševní zdraví. Zatím se podařilo vytvořit síť zařízení komunitní péče převážně pro okruh pacientů s psychotickým onemocněním, ale zařízení nejsou v tak dostatečném množství, aby mohlo být postaráno o všechny, kdo tuto službu potřebují. Pro pacienty s chronickou afektivní poruchou by byly velmi vhodné podpůrné komunitní aktivity, hlavně sociální rehabilitace. Teprve po zlepšení sociálních dovedností mohou být schopni úspěšně vstoupit na otevřený trh práce a úspěšně se resociovat. Bohužel komunitní péče u nás zatím ještě nepočítá s tím, že je třeba rozšířit okruh

pacientů, kteří ji budou využívat. To je důvodem, proč služby komunitní péče využívá jen malé procento pacientů s chronickou afektivní poruchou.

## **3 Komunitní péče**

### **3.1 Vymezení pojmu**

Přestože se komunitní péče týká širokého okruhu pacientů (senioři, tělesně handicapovaní, pacienti s duševní poruchou a další), budeme se v této práci zabývat pouze komunitní péčí o duševní zdraví. Komunita je skupina osob, které mají společné některé ze tří hledisek. „Je definována buď lokalitou, nebo skupinou lidí, které spojují společné podmínky, případně je složena z lidí, jež spojuje společný problém“ (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 25). Již zmiňovaná Koncepce oboru psychiatrie, 1. revize z roku 2008, popisuje ideální stav fungující komunitní péče o duševní zdraví jako „soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů, podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou nejenom osoby s duševní poruchou, ale i další členové komunity, kteří jsou podporováni tak, aby mohli těmto lidem poskytovat dopomoc... Do tohoto systému péče spadá kromě péče praktických lékařů zejména ambulantní psychiatrická a psychologická péče, akutní lůžková péče, denní stacionáře, krizové služby, rezidenční rehabilitační služby a další služby psychiatrické rehabilitace. Pro systém komunitní péče jsou důležité aktivity uživatelů péče a jejich rodinných příslušníků“ (Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008, 2008, s. 12-13).

### 3.2 Historie a současnost komunitní péče

Historie komunitní péče prochází lidskými dějinami po staletí. Komunitní péče se vždy týkala lidí, kteří z nějakého důvodu nemohli zvládat svoji situaci (staří, chudí, nemocní). Nejprve hrála hlavní roli rodina a blízké okolí nemocného. To bylo dáno nutností lidí vzájemně si pomáhat, protože jenom tak byla jejich komunita životaschopná a protože jiná pomoc dostupná nebyla. Už ve starověku bylo v Egyptě postaráno o duševně nemocné ve chrámech, kde kladli důraz na pravidelný denní režim a hygienu. Při léčbě melancholie používali cvičení, hudbu, tanec a další prostředky. V Řecku se zabýval léčením a zkoumáním duševních poruch Hippokrates, jehož některé poznatky používáme dodnes. Jinde péče o duševně nemocné nebyla žádná. Ve středověku se stávalo, že pokud byli nemocní neklidní, končili zavření ve vězení nebo jinde v okovech v otřesných podmínkách nebo byli i jinak vyobcováni (do lesa, na „lod' bláznů“, „věž bláznů“), (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 25-26). Ve středověku už byly zakládány první instituce jako chudobince, starobince, ošetrovatelské domy, špitály. Od 17. století začaly fungovat první nemocnice, ale stále nevznikala zařízení pro duševně nemocné ani nevznikala zařízení komunitní péče. Převratným činem byl čin „pařížského lékaře P. Pinela, který v roce 1793 vyvedl z podzemních kopek bláznince duševně choré na světlo a vzduch a zaručil jim péči“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 27). „První samostatné ústavy pro duševně choré vznikly v Londýně (1751), Novgorodě (1776) a ve Vídni (1784)... V Praze došlo roku 1790 k otevření všeobecné fakultní nemocnice a též byl uveden do provozu první samostatný ústav pro duševně choré, který byl spravován a řízen lékaři“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 28). Tehdy bylo ještě velmi málo léčebných možností pro duševně nemocné, takže se spíše jednalo o „ulehčení“ okolní komunitě „zdravých“ lidí. Situace se postupně zlepšovala, i když cesta ke komunitní péči byla ještě velmi dlouhá. Během 19. století byl „ředitelem ústavu J. G. Riedel, pod jehož dohledem se rozvíjela humánní péče o nemocné...(dílny, knihovna, hudební nástroje, kolotoč)... Ústav byl dále rozšiřován,... vznikly pobočky i mimo

Prahu“ (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 29-31). Během 20. století se odehrály dvě světové války, které měly na duševně nemocné neblahý vliv jako na osoby nejen na okraji společnosti, ale i jako osoby nežádoucí. Během II. světové války nacisté usmrtili, v rámci vyhlazování nežádoucích osob, velký počet pacientů psychiatrických léčeben nejen u nás, ale i jinde v Evropě. I přes tyto hrůzy se ve 20. století díky pokrokům vědy dále zlepšovaly jak možnosti léčby, tak rozmanitost psychiatrické rehabilitace a životní podmínky pacientů v léčebnách. Přesunutím těžiště péče do velkých ústavů se, podle našeho názoru, zabránilo tomu, aby se mohla více rozvíjet komunitní péče, čímž se celý proces zpomalil. Komunitní péče u nás nebyla žádná, pacienti, kteří zrovna nebyli v ústavní péči, byli odkázáni na pomoc blízkých. Pacienti i jejich rodina byli stigmatizováni, což znamenalo pro všechny velké utrpení. Na přelomu 20. a 21. století se zlepšuje situace a i u nás dochází k humanizaci psychiatrie, ke vzniku zařízení komunitní péče o duševní zdraví, i když se, bohužel, stále nedaří komunitní plánování. Komunitní péče má u nás podobu soliterních zařízení, která se často specializují na pacienty s určitým okruhem psychiatrických diagnóz a na druhou stranu někteří pacienti proto ze služeb vypadávají. Podle našeho názoru je specializace přínosná, ale pouze za předpokladu, že je postaráno o všechny skupiny pacientů, které služby komunitní péče skutečně potřebují. To by byl ideální stav, ale tak daleko naše země ještě není. Je dobře, že je postaráno alespoň o nejvíce potřebné skupiny pacientů s duševní poruchou. Zařízení by měla být propojena v síť spolupracujících zařízení tak, aby byla zajištěna komunitní péče o duševní zdraví v dostatečné míře. V 1. revizi „Koncepte oboru psychiatrie“ z roku 2008 je komunitní péče charakterizována následovně:

1. **„Intermediární péče** - jedná se o péči na pomezí ambulantní a lůžkové péče v rezortu zdravotnictví. Tato péče probíhá v krizových centrech, denních stacionářích, nebo jako služba mobilního krizového týmu nebo komunitních psychiatrických sester.

2. **Mezirezortní péče** - zde se jedná o zdravotně sociální péči poskytovanou většinou nestátními neziskovými organizacemi. Tato péče zahrnuje psychiatrickou rehabilitaci (zařízení pro podporu práce a zaměstnání, zařízení pro podporu v oblasti bydlení, volného času a sociálních kontaktů). Dalším okruhem činnosti je poradenství, případové vedení (case management) a vlastní aktivity nemocných a jejich rodinných příslušníků“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 12-18).

V současnosti u nás zatím nefunguje koordinované komunitní plánování. Na přelomu tisíciletí bylo u nás založeno množství organizací, které se zabývají komunitní péčí. Bohužel organizace jsou většinou malé, takže se nemohou postarat o větší počet klientů nebo obsáhnout větší objem koncepční práce. Příkladem organizace, která přesahuje regionální působnost, je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (Centre for Mental Health Care Development). Je to nestátní nezisková organizace, která vznikla v roce 1995. Jejím cílem je pomoc při procesu transformace péče o duševní zdraví, součinnost s ostatními podobně zaměřenými organizacemi, koncepční a metodická práce ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací, vydávání metodických a informativních příruček a aktivity v boji se stigmatizací (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [2012]). Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví (Association of Mental Health Care Community Services) byla založena v roce 1999. Je příkladem organizace, která sdružuje poskytovatele komunitních služeb (hlavně pro pacienty psychotického okruhu) a snaží se obhajovat zájmy těchto poskytovatelů a jejich klientů (Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví, c 2008). Obě organizace intervnují na různých úrovních, včetně ministerské. Následuje množství organizací, které přímo zajišťují služby komunitní péče pro určitý okruh klientů, například Fokus o. s., Bona o. p. s., Green Doors o. s., Baobab o. s., Česká společnost pro duševní zdraví o. s., VIDA centra a další. Občanské sdružení Kolumbus sdružuje uživatele psychiatrické péče. Snaží se chránit práva duševně nemocných a zlepšovat

jejich sociální podmínky, spolupracuje s jinými (i mezinárodními) organizacemi ve snaze o rozvoj komunitní péče a služeb pro duševně nemocné a vytvoření komplexního zákona o duševním zdraví. Též poskytuje právní pomoc pacientům (Kolumbus, 2012). Příkladem organizace příbuzných duševně nemocných pacientů je Sympathea (Sympathea, [2009]).

### 3.3 Typy služeb komunitní péče

Podle 1. revize Koncepce oboru psychiatrie popíšeme služby komunitní péče o duševní zdraví. První institucí intermediární péče je „**krizové centrum**. Poskytuje neodkladnou péči formou krizové intervence, pracuje nepřetržitě, s trvalou možností telefonického nebo osobního kontaktu... **Mobilní krizový tým** poskytuje krizovou intervenci přímo v místě rozvoje krizové situace. **Denní stacionář** slouží jako alternativa nebo návaznost hospitalizace, případně dlouhodobá rehabilitace a resocializace... Základním prvkem péče je psychoterapeutický program... **Komunitní psychiatrické sestry** poskytují péči jak na specializovaném pracovišti, tak v přirozeném prostředí pacientů... Poskytují případové vedení, rehabilitaci a krizovou intervenci“ (Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008, 2008, s. 12-15). Následují mezirezortní instituce. „**Rehabilitační a chráněná dílna** je pracovištěm pro 5 – 15 osob, pracovní doba je zkrácena a prostředí vyvolává jen nízký tlak na pracovní výkon... **Přechodné zaměstnávání** pro rehabilitované, kteří jsou zařazováni na vybraná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách na časově omezenou dobu na zkrácený úvazek. Rehabilitace probíhá za podpory sociálních terapeutů... **Podporované zaměstnání** nabízí podporu lidem s duševním onemocněním, kteří si chtějí vybrat, získat a udržet placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí za podpory pracovního konzultanta... **Job klub** učí jak hledat zaměstnání, dává rady, jak obstát v konkrétních situacích... **Komunitní (skupinové) bydlení** je formou kolektivního bydlení s intenzivní podporou. Často jde o alternativu



dlouhodobé institucionální péče... **Chráněné bydlení** se službami ve zvláštním bytě, při trvalém nebo dočasném omezení možnosti využívat jiné služby... Existuje celá škála intenzity sociální podpory až po bydlení v samostatném bytě s minimální podporou. **Domy a byty na půl cesty** jsou určené lidem, kteří opouštějí ústavní zařízení nebo rodinu a schopnosti v oblasti péče o domácnost jsou snižené. **Podporované bydlení** je služba zaměřená na podporu a trénink dovedností, poskytovaná ve vlastním bytě klienta... **Centra denních aktivit a centra sociálních služeb** jsou zařízení docházkového typu s volným přístupem, poskytují emoční podporu, možnost trávení volného času, příležitost získávat informace... **Případové vedení (case management)** koordinuje péči o pacienta mezi poskytovateli podle jeho individuálních potřeb... **Asertivní komunitní léčbu** poskytuje multiprofesní tým, který vyhledává pacienta v jeho prostředí... Je určena pro pacienty s vysokým rizikem hospitalizace, obtížně spolupracující... **Poradenství** poskytuje informace o službách, sociální a právní problematice“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2008, s. 15-18).

### 3.4 Modely komunitní péče

Vývoj komunitní péče prochází následujícími etapami:

1. **„Nemocniční model** – rozvíjí se od konce 60. let 20. století v Evropě, USA a Kanadě. Většina péče probíhá na psychiatrických odděleních nemocnic, dalšími složkami jsou denní sanatoria se stejnými službami jako v nemocnici, ambulantní služby, denní péče (chráněné dílny, kluby), rezidenční alternativy k nemocnici (bydlení s personálním zajištěním)... Uživatel péče je vnímán jako pacient... je izolován od komunity“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 226).
2. **„Komunitní model** – rozvíjí se od 70. a 80. let 20. století v Itálii, Velké Británii, USA, Holandsku, Austrálii, Francii... pomáhající profesionálové podporují přirozené zdroje pomoci. Uživatel péče je

vnímán jako klient, což je příjemce služeb, které si do určité míry volí... Je vytvořena řada programů“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 226).

3. **„Integrativní model (model komunitní integrace)** - začal v 90. letech 20. století ve vyspělých zemích (Velká Británie, Itálie, USA, Kanada) a trvá zde dosud... Integrovaná péče znamená propojení tří zdrojů, což jsou neformální pečovatelé (rodina, sousedé...), primární lékařská péče (praktický, rodinný lékař) a specializovaná péče (multidisciplinární týmy psychiatrických profesionálů)... Mobilní komunitní týmy pracují s klienty přímo v jejich prostředí“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 227).

Současný stav u nás bývá nazýván **„modelem balancované péče (balanced care)**, který odpovídá zhruba fázi komunitního přístupu ve vývoji komunitní péče (v Itálii, Velké Británii, USA, Holandsku, Austrálii, Francii, v 70. a 80. letech 20. století)... Péče se má realizovat v intermediárních zařízeních (krizová centra, zařízení podporované práce a bydlení)... lůžková péče (tj. balance) má být poskytována převážně na psychiatrických odděleních nemocnic a pouze v malé míře v psychiatrických léčebnách“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 231). Další složkou je ambulantní péče psychiatra a praktického lékaře. U nás se zatím nepodařilo vytvořit nejen fungující síť spolupracujících zařízení, ale bohužel ani fungující spolupráci mezi psychiatrickou léčebnou (psychiatrickým oddělením nemocnice) a službami komunitní péče v příslušném regionu. Domníváme se proto, že model balancované péče je pro nás zatím stále ještě spíše cílem, hlavně kvůli nedostatku intermediárních zařízení.

### **3.5 Psychiatrická rehabilitace**

Psychiatrická rehabilitace probíhá už za hospitalizace a dále je součástí komunitní péče. Je zaměřena na „podporu funkčního zotavování a sociální emancipace lidí s psychickými omezeními“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 21). Ovlivňuje tedy funkční deficit ve fungování daného jedince. U pacientů

s duševní poruchou i tento funkční deficit kolísá, protože je ovlivňován základním onemocněním a fází tohoto onemocnění. Ve světě se rozlišuje několik škol psychiatrické rehabilitace podle přístupu (bostonský směr, směr Los Angeles, britský model). Protože svým rozsahem přesahují rámec této práce, odkazujeme na publikaci „Psychózy“ autorů Pěče a Probstové z roku 2009. Specifikujme **proces zotavování**, který je nezbytný pro úspěšnou rehabilitaci a tím i resocializaci. Zotavování znamená aktivní přijetí nemoci i s omezeními, která způsobuje. Tento proces je dlouhodobý, často trvá mnoho let. Popisují se „čtyři fáze procesu zotavení. První fáze je fáze „**přemožení**“ **nemocí**... Tuto fázi charakterizuje beznaděj, bezmoc a pocity izolace. Druhou fází je **zápas s nemocí**... Klient vyvíjí způsoby, jak se vyrovnat se symptomy a nalézt znovu sebe sama ... Ještě stále se obává, že ho znovu zaplaví nemoc. Třetí fází je **život s nemocí**, kdy se strach zmenšuje, protože roste důvěra, že lze s nemocí žít. Klient vyvíjí nové „já“ a učí se znát svá omezení a silné stránky... Jsou znovu obnoveny staré role a nové se zkoušejí. Omezení jsou stále ještě pocíťována... Čtvrtou fází je **život mimo nemoc**, kdy se choroba dostává více do pozadí. Klient se cítí spojen s ostatními a je opět schopen plnit požadované role“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 21). Pacient musí největší část práce na sobě zvládnout sám, ale velkou pomocí a podporou mu jsou služby komunitní péče o duševní zdraví a pomoc rodiny. Komunitní péče o duševní zdraví poskytuje rehabilitační služby v oblasti pracovní (chráněná dílna, přechodné a podporované zaměstnávání, job klub), v oblasti sociálních dovedností (denní stacionář, centrum denních aktivit, rehabilitační a chráněná dílna), v oblasti bydlení (komunitní bydlení, chráněné bydlení, byty na půli cesty, podporované bydlení). Méně rozšířenou službou je rehabilitace kognitivních funkcí (podporované vzdělávání, trénink paměti, různé kurzy). Dalšími metodami jsou postupy léčebné rehabilitace, jako je ergoterapie, masáže, hydroterapie (hypertermická nebo hypotermická koupel, podvodní masáže a další). Komplexní psychiatrická rehabilitace se týká nejen podpory psychických funkcí, ale i tělesné kondice. Je poskytována jak během hospitalizace, tak extramurálně. Velký význam má psychoterapie, ať už individuální nebo

skupinová. Existuje celá paleta technik využívaných v psychoterapii (například psychogymnastika, relaxace, arteterapie, muzikoterapie a další). Léčebná tělesná výchova (např. nápravná cvičení, jóga) zajišťuje přiměřený pohyb a nápravu vadného držení těla, ke kterému částečně přispívá i psychický stav pacienta (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 138 – 147).

### **3.6 Regionální péče o duševní zdraví v Praze 8**

Regionální péče o duševní zdraví v současné době postrádá koncepčnost a obecnou politickou podporu, takže není možné ve větším měřítku budovat zařízení služeb komunitní péče tak, aby došlo k vytvoření fungující a dostupné sítě v regionu. Situace v jednotlivých regionech se velmi liší a bohužel komunitní péče o duševní zdraví stále není všude pro pacienty dostupná. Služby v Praze 8 zmiňujeme, protože, dle našeho názoru, Praha 8 může být příkladem regionu, který má síť zařízení komunitní péče více rozvinutou oproti jiným regionům. Druhý důvod je ten, že empirická část této práce je částečně orientována právě na služby v Praze 8. Působí zde hned několik organizací služeb komunitní péče o duševní zdraví, které jsou převážně zaměřeny na psychotický okruh pacientů. Psychiatrická léčebna Bohnice kromě ambulantní a lůžkové péče nabízí asistenční službu, doprovody v případě potřeby, poradnu pro bydlení a pracovní poradnu. Dále socio-terapeutické pracoviště čajovnu a denní stacionář pro pacienty s psychotickým onemocněním. Centrum krizové intervence poskytuje ambulantní konzultace v případě krizové situace různého druhu, krátkodobou hospitalizaci, linku krizového centra, dále „skupinu traumatu“ jako podporu při vyrovnávání se s traumatem a také psychoterapeutický stacionář. Bona o.p.s. poskytuje služby chráněného bydlení (56 míst), podporovaného bydlení (48 míst), dále sociální rehabilitaci – chráněné dílny (60 míst) a zaměstnávání osob se zdravotním postižením (6 míst). Fokus Praha o. s. provozuje centrum denních rehabilitačních aktivit (80 míst), byty na půli

cesty, poradenství, case management, chráněnou dílnu (9 míst) a podporu samostatného bydlení. Green Doors o. s. se specializuje na služby psychosociální rehabilitace, jako je trénink kognitivních funkcí (10 míst), job klub (10 míst), podporované zaměstnávání (7 míst) a přechodné zaměstnávání (7 míst). Údaje byly zjištěny na webových stránkách organizací nebo přímým dotazem. Zdá se, že nabídka je poměrně rozsáhlá, ale pokud porovnáme počet míst v těchto organizacích s počtem pacientů s duševní poruchou v Praze, což bylo 105 445 v roce 2010 (údaj o první návštěvě psychiatra), ukazuje se, že počet míst je silně nedostačující (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011a, s. 56). Některé skupiny pacientů s duševní poruchou zatím v komunitní péči nemají prostor žádný.

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 4 Empirické šetření

Podstatou této práce jsou dvě empirická šetření, která spolu souvisejí. „Empirické šetření 1“ (dotazníkové šetření) bylo provedeno mezi pacienty s afektivní poruchou, hospitalizovanými na Oddělení afektivních poruch v Psychiatrickém centru Praha. „Empirické šetření 2“ (on-line šetření) bylo provedeno v organizacích poskytujících služby komunitní péče v okruhu psychiatrických pacientů. Tato empirická šetření si nečiní nároky na označení „empirický výzkum“. Zvláště kvůli nízké míře návratnosti (response rate) rozdaných dotazníků a tím i menšímu počtu respondentů. Domníváme se, že nízká míra návratnosti byla způsobena hlavně aktuálním zdravotním stavem dotazovaných, tedy špatným soustředěním, smutnou náladou, celkovým útlumem, nedostatkem energie pro vyplnění dotazníku, nechutí sdělovat informace o své situaci. Pacient v těžké depresi jen s velkými obtížemi vyplňuje dotazník. Nízká míra návratnosti dotazníků je však též jednou z obecných vlastností dotazníkového šetření. Dokonce se jedná v sociologii o problém celosvětový, jak poukazuje Krejčí ze Sociologického ústavu AV ČR ve svém článku „Problém nízké návratnosti výběrových dotazovacích šetření“ (Krejčí, 2006, s. 1). Některé zdroje uvádějí, že dotazníkové šetření je v současné době považováno za úspěšné, pokud míra návratnosti byla alespoň 60 %. Nenalezli jsme ale žádnou vědeckou práci řešící, jak velká míra návratnosti se skutečně považuje za přijatelnou vzhledem ke zkreslení výsledků. „Na návratnost působí řada faktorů, které jsou navzájem provázány. Některé z nich – sociální kontext, charakter respondenta, jeho životní styl, jsou mimo kontrolu výzkumníka“ (Krejčí, 2006, s. 3). Bohužel došlo i k menší míře návratnosti odpovědí v on-line šetření. Celá práce je proto pojata jako výzkumná sonda do problematiky komunitní péče o pacienty s dlouhodobou afektivní poruchou.

## 4.1 Formulace výzkumného problému

Předmětem šetření této výzkumné sondy bylo zjistit, jestli pacienti s dlouhodobou afektivní poruchou mají informace o službách komunitní péče, jestli mají zájem o tyto služby a jestli tyto služby využívají.

Pojem dlouhodobé nebo chronické afektivní poruchy není v české psychiatrické literatuře přesně definován. V praxi se užívají diagnózy podle „Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), desáté revize, aktualizované k 1. 1. 2012“ (viz příloha D), ale též se někdy užívá termínů jako například chronická deprese. Přesná definice chronické afektivní poruchy nebyla nalezena ani přes velké úsilí. Byla prohledána publikace „Psychiatrie“ z roku 2004 autorů Höschla, Libigera, Švestky, publikace „Psychiatrie: minimum pro praxi“ z roku 2006 autorů Rabocha, Pavlovského, Janotové, publikace z roku 2010 „Bipolární afektivní porucha“ autorky Látalové. Tato definice nebyla nalezena ani v publikaci s názvem „Psychiatrie“ Rabocha a Zvolského z roku 2001. Byl nalezen pouze termín „vysoká chronicita... riziko chronicity“ (Raboch, Zvolský, 2001, s. 259, s. 261). Dále byl nalezen slovní obrat „obtíže chronifikují“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 89), „dlouhodobý... chronický průběh deprese“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 90, s. 100, s. 102). Termín „chronifikace deprese“ se vyskytuje v publikaci (Höschl, Libiger, Švestka, 2004, s. 444). V těchto publikacích jsme nenalezli jasné vymezení pojmů týkajících se chronicity afektivních poruch, tyto pojmy jsou používány pouze ve smyslu „dlouhotrvající, vleklý“ a nejsou blíže specifikovány. Dovolujeme si tedy pro účely této práce definovat pojem „**dlouhodobá afektivní porucha**“. Jde o takovou afektivní poruchu, jejíž léčba trvá déle než 6 měsíců nebo jejíž epizody se vyskytují častěji, než bývá obvyklé, případně trvají nezvykle dlouho. (Dobu 6 měsíců určujeme podle depresivní epizody, která, pokud je „neléčená, trvá v průměru 6 měsíců“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006, s. 89)). Jedná se o afektivní poruchu, která pacienta dostává do náročné a změněné životní situace. Pacient je

nucen den po dni bojovat se svou nemocí a snažit se fungovat v běžném životě v co největší míře, i když má pocit, že to vůbec nejde. Současně je konfrontován s množstvím praktických a organizačních problémů, se kterými si mnohdy neví rady. Dlouhé trvání jeho nemoci vede k tomu, že se snaží s nemocí bojovat, což ho vyčerpává a v konečném důsledku k žádnému zlepšení nevede. Pacient se často obviňuje z toho, že kdyby se více snažil, mohl by svůj zdravotní stav zlepšit, což bohužel nejde. V opačném případě se pacient nemoci poddává příliš a začne se chovat jako závislý a nekompetentní člověk. Pacient s afektivní poruchou se naštěstí ani při těžkém průběhu nemusí natrvalo dostat do zcela závislé a nekompetentní pozice. Jeho nemoc vždy dovoluje nějaké činnosti samostatně zvládat. Pokud to nelze během akutní epizody, je to možné alespoň v období remise. S pomocí služeb komunitní péče by se, podle našeho názoru, pacientovy možnosti rozšířily.

## 4.2 Cíle a hypotézy výzkumné sondy

Po definici pojmu „dlouhodobá afektivní porucha“ bylo možné stanovit cíle výzkumné sondy. Byly stanoveny celkem čtyři **cíle** zjišťování:

1. Informovanost pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou o nabízených službách komunitní péče, které by pacienti mohli využít po ukončení hospitalizace
2. Zájem pacienta o služby komunitní péče po ukončení hospitalizace, případně zájem o jinou pomoc
3. Možnost využití služeb komunitní péče pacienty s dlouhodobou afektivní poruchou
4. Nabídka míst pro pacienty s dlouhodobou afektivní poruchou v síti komunitních služeb v Praze



Důvodem pro stanovení prvního cíle je aktuální fáze pacientova onemocnění. Po propuštění z psychiatrického oddělení (psychiatrické léčebny) je jeho psychický stav křehký a tudíž nemá dost sil, aby sám zjišťoval informace o další péči. Dalšími cíli je zmapovat situaci a zjistit, zda pacient s dlouhodobou afektivní poruchou má možnost služeb komunitní péče využít, jaká je nabídka míst pro tyto pacienty v síti komunitních služeb v Praze. Předpokládáme, že díky těmto cílům bude možné orientačně zjistit, jestli by bylo vhodné ve větší míře služby komunitní péče rozšířit i směrem ke skupině pacientů s afektivní poruchou. Nyní jsou tyto služby orientované převážně na psychotický okruh pacientů, ale domníváme se, že by bylo vhodné začlenit do služeb komunitní péče též některé pacienty ze skupiny pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou. Předpokládáme, že začlenění těchto pacientů by bylo pouze dočasné, do té doby než by se podařila resocializace pacienta.

Po stanovení cílů práce byly stanoveny čtyři následující pracovní **hypotézy**:

**H1:** Většina oslovených pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá informace o službách, které nabízejí organizace komunitní péče.

**H2:** Většina dotázaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou má zájem o zdravotně-sociální, případně jen o sociální pomoc po propuštění ze zdravotnického zařízení.

**H3:** Většina kontaktovaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nevyužívá služby komunitní péče.

**H4:** Většina oslovených pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá možnost využívat služby komunitní péče.

Předpokládáme, že tyto hypotézy budou výzkumným šetřením potvrzeny nebo vyvráceny, případně ani potvrzeny ani vyvráceny.

## 4.3 Použité metody práce

### Empirické šetření 1 (potvrzení nebo vyvrácení hypotéz 1-3):

Pro splnění cílů výzkumné sondy a pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz 1-3 (zda většina pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou má informace o službách komunitní péče v psychiatrii, zda má o tyto služby zájem, zda tyto služby využívá) jsme zvolili kvantitativní výzkum, metodu dotazníkového šetření. Důvodem pro výběr dotazníku byly jeho výhody. Dotazník je „ze všech technik rozhodně nejméně náročný na čas... Jeho příprava i zpracování je rychlé. Klade malé požadavky na počet výzkumníků,... poskytuje větší čas na rozmyšlení pro respondenta a poměrně přesvědčivou anonymitu“ (Olecká, Ivanová, 2010, s. 23-24). Bohužel dotazníkové šetření má i nevýhody. „Umožňuje přeskočení otázky, zodpovězení jiným člověkem nebo týmem. Největší problém dotazníkového šetření však spočívá v nízké návratnosti“ (Olecká, Ivanová, 2010, s. 24). Zvažovali jsme též metodu standardizovaného rozhovoru, ale došli jsme k přesvědčení, že by byla pro respondenty ještě více zatěžující kvůli jejich problémům se soustředěním. Standardizovaný rozhovor trvá déle než vyplnění dotazníku, které je dokonce možno provádět s přestávkami. Jakmile byl dotazník sestaven, ověřili jsme jeho srozumitelnost se čtyřmi ambulantními pacienty (dobrovolníci) v Psychiatrickém centru Praha. Vlastní šetření probíhalo opakovaně v rozpětí 3 měsíců. Dotazník byl zcela anonymní. Obsahoval celkem 13 otázek různého typu (uzavřené, polouzavřené i otevřené), (viz příloha B). Nejprve obsahoval úvodní identifikační otázky na pohlaví a věkovou skupinu, dále základní filtrační otázku „Jak dlouho trvá Vaše léčba (včetně ambulantní)?“. Při odpovědi „méně než 6 měsíců“ musel být respondent vyřazen, protože nesplňoval vymezení „dlouhodobé afektivní poruchy“. Takto byly vyřazeny 2 dotazníky. Dále dotazník obsahoval otázku týkající se práce po propuštění, která signalizuje určité odhodlání pacienta a nepřímo též míru jeho začlenění do společnosti. Další otázka se dotazuje na největší potíže pacienta v současnosti. Následují otázky na informovanost pacienta o nabídce

komunitních služeb v místě bydliště a otázky na ty oblasti praktického života, ve kterých pacient potřebuje pomoc. V dotazníku jsou zahrnuty otázky na bydliště v Praze a využívání služeb na Praze 8. Praha 8 byla vybrána, protože má, podle našeho názoru, nejvíce rozvinutou síť psychiatrických komunitních služeb. Dá se tedy předpokládat, že někteří pacienti budou služby na Praze 8 využívat. Dotazník byl administrován osobně (rozdáván i sbírán). Celkem bylo osobně rozdáno 86 dotazníků (100 %), vrátilo se 41 vyplněných dotazníků (47,7 %). Následně musely být vyřazeny 2 dotazníky pro celkovou dobu léčby kratší než 6 měsíců. Konečný počet respondentů byl tedy 39.

#### **Empirické šetření 2 (potvrzení nebo vyvrácení hypotézy H4):**

Následovala další část práce – on-line šetření v pražských organizacích psychiatrické komunitní péče na zastoupení pacientů s afektivní poruchou. Cílem bylo co nejpřesněji zjistit, jaké jsou v Praze reálné možnosti umístění pacienta s dlouhodobou afektivní poruchou v některé z organizací služeb komunitní péče. Byly osloveny organizace v Praze, které se zabývají komunitní péčí o pacienty s psychiatrickou diagnózou. Jedná se o následující občanská sdružení: Fokus Praha, Eset-help, Klinika Eset, Bona, Baobab, Green Doors, Česká společnost pro duševní zdraví, Vida centrum Praha. Současně jsme se pokusili dotazování modifikovat podle zaměření organizace tak, aby se získané údaje skutečně týkaly klientů s afektivní poruchou. Bylo tedy zdůrazněno, že toto dotazování se netýká např. služby z oblasti bydlení, ale jen sociálně – terapeutických služeb a poradenství (sociální rehabilitace), zdravotně – terapeutických služeb (stacionáře), přechodného a podporovaného zaměstnávání, volnočasových aktivit. Byly položeny 3 základní otázky: 1. „Jaký je v současné době celkový počet klientů s jakoukoli duševní poruchou ve Vaší organizaci?“ Otázka č. 2 byla „Jaký je počet klientů s afektivní poruchou (všechny typy deprese, bipolární

porucha, mánie, jiná afektivní porucha...NE porucha osobnosti), kteří využívají služeb Vaší organizace v současné době?“, otázka č. 3: „Pokud v současné době nedochází žádný klient s afektivní poruchou, bylo by reálně možné takového klienta přijmout, a do jaké služby?“ (příloha C). Otázky byly rozeslány na celkem 25 e-mailových adres různých sociálně a zdravotně – terapeutických pracovišť těchto organizací v Praze. Bohužel návratnost odpovědí byla velmi malá. Opakovaným dotazováním se podařilo zjistit údaje u 5 organizací z celkového počtu 8 organizací.

#### **4.4 Charakteristika výzkumného souboru**

**Empirické šetření 1** (dotazníkové šetření) bylo provedeno v Psychiatrickém centru Praha, respondenty byli pacienti Oddělení afektivních poruch. Toto lůžkové oddělení je zaměřeno na léčbu rezistentních poruch nálady, převážně rezistentních depresí, rychlého cyklování, smíšených epizod v rámci bipolární afektivní poruchy. Všichni respondenti se nacházeli ve fázi středně těžkých nebo těžkých epizod dané nemoci. Průměrná doba hospitalizace na oddělení je 8 týdnů. Důvodem pro výběr tohoto oddělení pro náš dotazník, bylo právě spektrum zastoupených diagnóz, protože zde jsou hospitalizováni přesně ti pacienti, kteří by, podle našeho názoru, služby organizací komunitní péče mohli potřebovat. Během tří měsíců bylo osobně rozdáno 86 dotazníků (100 %). Osobně bylo vybráno 41 vyplněných dotazníků (47,7 %). Věkové rozpětí respondentů se pohybovalo v rozmezí 30 – 70 let. Pohlaví bylo zastoupeno počtem 31 žen (79,5 %) a 8 mužů (20,5 %). Déle než 6 měsíců (včetně ambulantní léčby) se léčilo 39 respondentů a 2 respondenti uvedli, že se léčí dobu kratší než 6 měsíců, tyto dotazníky tedy byly z dalšího výzkumu vyřazeny, protože neodpovídaly vymezení pojmu „dlouhodobá afektivní porucha“.

**Tabulka 1: Složení souboru respondentů podle pohlaví**

Pohlaví	absolutní četnost	relativní četnost
muži	8	20,5 %
ženy	31	79,5 %
<b>celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0 %</b>

**Tabulka 2: Věkové složení skupiny respondentů**

Věk	absolutní četnost	relativní četnost
30 let a méně	0	0,0 %
31 – 40 let	19	48,7 %
41 – 50 let	11	28,3 %
51 – 60 let	7	17,9 %
61 – 70 let	2	5,1 %
více než 70 let	0	0,0 %
<b>celkem</b>	<b>39</b>	<b>100,0 %</b>

Nejvíce respondentů bylo ve věku 31-40 let (48,7 %), tedy v životním období, kdy pravděpodobně mají rodinu s dětmi předškolního nebo mladšího školního věku, o které je třeba pečovat. Současně se jedná o období budování kariéry a u žen období nástupu do zaměstnání po rodičovské dovolené. Je to období velkých změn, stresů a období organizačně náročné. Další skupinou je skupina respondentů ve věku 41-50 let (28,3 %). V tomto období děti začínají být samostatnější, pracovní záležitosti jsou stabilizované, kariéra většinou úspěšná. Do skupiny 51-60 let patřilo 17,9 % respondentů. V tomto období dochází k úplnému osamostatnění dětí, k poklesu výkonnosti a též se začínají objevovat chronické nemoci. Častý je „syndrom prázdného hnízda“ po odchodu dětí z domu s pocitem osamělosti až zbytečnosti. Ve skupině 61-70 let bylo 5,1 % respondentů. Jde o období odchodu do důchodu, hledání nového životního naplnění, období poklesu životní úrovně a většího výskytu zdravotních problémů. Skupina 30 let a méně, stejně jako skupina ve věku více než 70 let, zastoupena nebyla. Z hlediska propuknutí

afektivních poruch jsou všechna období riziková. Důležitými faktory pro propuknutí afektivní poruchy jsou „vrozená nebo získaná dispozice, snížení adaptace na stres, negativní životní události“ (Látalová, 2010, s. 63). Dalšími faktory mohou být osobnostní vývoj, individuální ladění osobnosti, životní podmínky a další. Celým věkovým spektrem se prolíná křivka rozvodovosti jako další rizikový faktor, který se ale nemůže projevit na tak malém souboru respondentů. „Nejvyšší míra rozvodovosti je mezi 2. a 5. rokem od uzavření manželství“ (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2011b, s. 7).

**Tabulka 3: Celková délka léčby respondentů**

Délka léčby	absolutní četnost	relativní četnost
méně než 6 měsíců	2	5,1 %
6 – 12 měsíců	6	15,4 %
více než 12 měsíců	31	79,5 %
<b>celkem</b>	39	100,0 %

Otázka „Jak dlouho trvá Vaše léčba (včetně ambulantní)?“ byla otázkou filtrační. Pro účely této práce jsme definovali termín „dlouhodobá afektivní porucha“, což je taková afektivní porucha, jejíž léčba trvá déle než 6 měsíců nebo jejíž epizody jsou častější, než bývá obvyklé, případně trvají nezvykle dlouho. Jedná se o afektivní poruchu, která pacienta dostává do náročné a změněné životní situace. Odpověď dvou respondentů na tuto otázku byla „méně než 6 měsíců“, což neodpovídá definici pojmu dlouhodobá afektivní porucha. Tyto dotazníky byly vyřazeny a konečný počet respondentů klesl na 39. Nejvíce respondentů odpovědělo, že jejich léčba trvá „více než 12 měsíců“ (79,5 %). Skupinu respondentů, kteří na délku léčby odpověděli „6 až 12 měsíců“ tvořilo 15,4 % respondentů.

## 4.5 Analýza a interpretace výsledků empirického šetření 1

Jak již bylo zmíněno, pacientům s afektivní poruchou hospitalizovaným na Oddělení afektivních poruch v Psychiatrickém centru Praha, bylo v průběhu 3 měsíců osobně rozdáno 86 dotazníků. Vrátilo se 41 vyplněných dotazníků. Odpovědi na filtrační otázku „Jak dlouho trvá Vaše léčba (včetně ambulantní)?“ byly vyřazeny 2 dotazníky. K vyhodnocení tedy postoupilo 39 dotazníků. Základní zpracování dat bylo provedeno čárkovací metodou, dále byla propočítána absolutní a relativní četnost. Údaje týkající se každé otázky byly zaneseny do tabulek nebo pro větší názornost do grafů. Získané hodnoty byly počítačově zpracovány pomocí programu Microsoft Excel. Odpovědi na otázky č. 1 – 3 jsou uvedeny v kapitole 4.4 „Charakteristika výzkumného souboru“.

### Odpovědi na otázku č. 4: „Chcete po propuštění začít pracovat?“

Tabulka 4: Chut' pracovat u respondentů, kteří se léčí déle než 6 měsíců

Chut' pracovat 6 měsíců	absolutní četnost	relativní četnost
ano	25	64,1 %
ne	7	17,9 %
nevím	7	17,9 %
<b>celkem</b>	39	100,0 %

Otázka č. 4 testuje chuť a podmínky pacienta pro opětovné začlenění do společnosti (tzv. resocializace). Kladná odpověď u 25 respondentů (64,1 %) signalizuje určité odhodlání nebo lepší výchozí podmínky, například to, že pacient zaměstnání má. Bohužel se vzrůstající délkou afektivních epizod téměř všichni pacienti zaměstnání ztrácí. Odpověď „nevím“ zvolilo 7 respondentů (17,9 %), stejně tak 7 respondentů zvolilo odpověď zápornou (17,9 %). Pokusili jsme se zjistit, jaký zájem o práci mají pacienti, kteří se léčí

déle než 12 měsíců (31 respondentů), tj. pacienti, kteří spadají do skupiny, která by pravděpodobně využívala služby komunitní péče. Ukázalo se, že 51,6 % respondentů chce po propuštění začít pracovat (viz tabulka č. 5). Otázkou je, jestli zaměstnání skutečně mají, nebo zaměstnání teprve budou hledat, nebo pracovat chtějí, ale až po zlepšení zdravotního stavu, což může být výrazně později. Je povzbudivé, že i tito pacienti mají zájem o zaměstnání, takže resocializační pomoc, podle našeho názoru, má určitě smysl. Současně se zřejmě dá předpokládat, že oproti např. pacientům schizofrenního okruhu je pravděpodobné, že pacienti s afektivní poruchou budou služby využívat jen po určitou dobu.

**Tabulka 5: Chut' pracovat u respondentů, kteří se léčí déle než 12 měsíců**

Chut' pracovat 12 měs.	absolutní četnost	relativní četnost
ano	16	51,6 %
ne	7	22,6 %
nevím	8	25,8 %
<b>celkem</b>	31	100,0 %

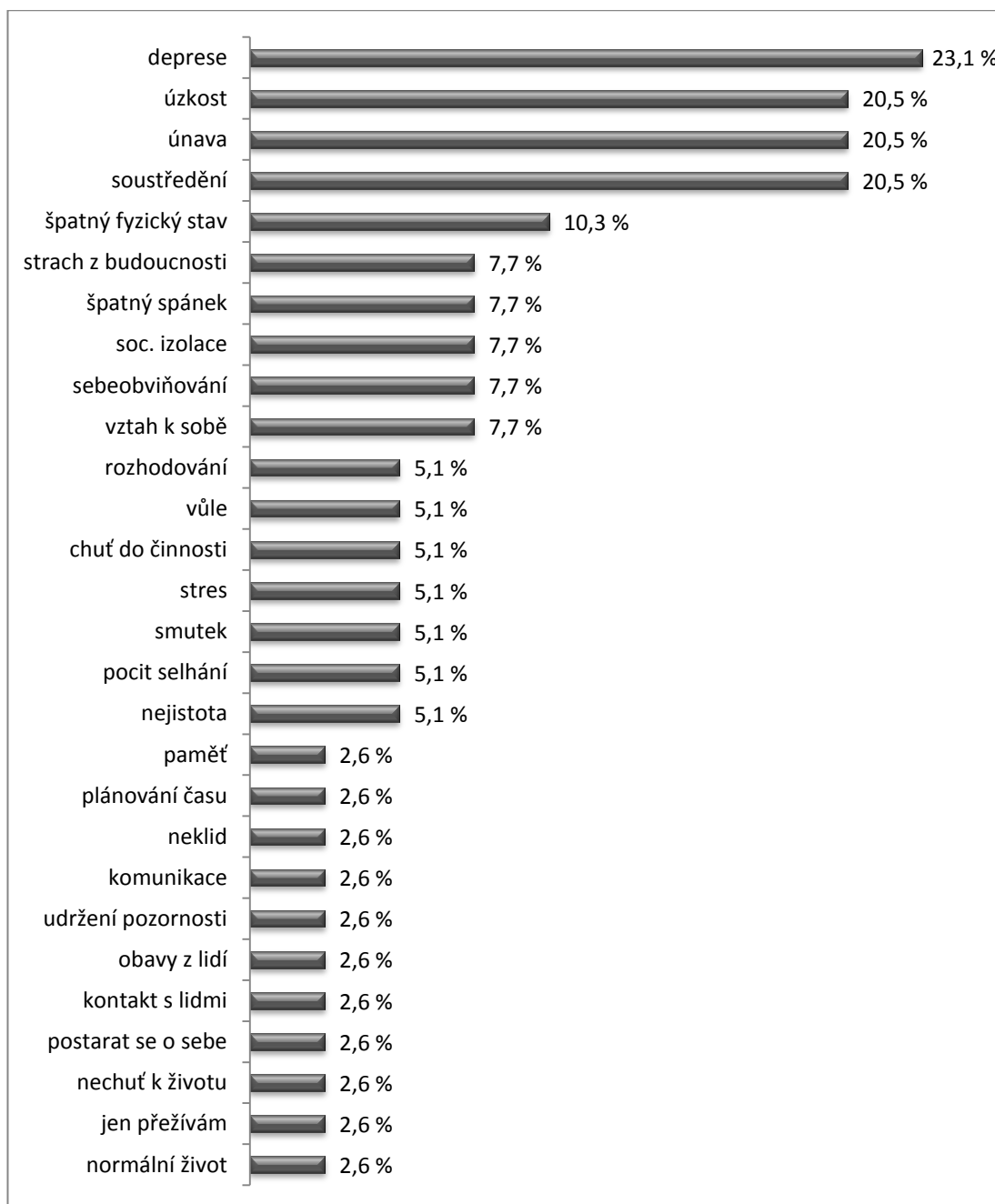


**Odpovědi na otázku č. 5: „Co Vám v současné době dělá největší potíže?“**

**Tabulka 6: Četnost současných největších potíží**

Potíže	absolutní četnost	relativní četnost
deprese	9	23,1 %
úzkost	8	20,5 %
únava	8	20,5 %
soustředění	8	20,5 %
špatný fyzický stav	4	10,3 %
strach z budoucnosti	3	7,7 %
špatný spánek	3	7,7 %
sociální izolace	3	7,7 %
sebeobviňování	3	7,7 %
vztah k sobě	3	7,7 %
rozhodování	2	5,1 %
vůle	2	5,1 %
chuť do činnosti	2	5,1 %
stres	2	5,1 %
smutek	2	5,1 %
pocit selhání	2	5,1 %
nejistota	2	5,1 %
paměť	1	2,6 %
plánování času	1	2,6 %
neklid	1	2,6 %
komunikace	1	2,6 %
udržení pozornosti	1	2,6 %
obavy z lidí	1	2,6 %
kontakt s lidmi	1	2,6 %
postarat se o sebe	1	2,6 %
nechuť k životu	1	2,6 %
jen přežívám	1	2,6 %
normální život	1	2,6 %

**Graf 1: Četnost současných největších potíží**



Otázka č. 5 byla otázkou otevřenou, bez jakýchkoliv vodítek. Respondenti napsali libovolný počet problémů, které je v dané chvíli trápily. Některé položky se opakovaly u více respondentů. Nikdy však ve stejných kombinacích, což dokazuje samostatné vypracování odpovědí. Odpovědi na tuto otázku poměrně přesně odráží aktuální zdravotní stav respondentů. Rozhodli jsme se otázku vyhodnocovat jako četnost daného problému u

počtu pacientů, kteří ho zmiňují. Bylo sestaveno pořadí podle četnosti zastoupení dané položky a zaneseno do grafu 1 pro lepší názornost. Nejčetnější odpověď „deprese“ (9 respondentů, 23,1 %) byla trochu překvapivá, ale dobře ukazuje aktuální zdravotní stav a zaujatost respondentů nemocí. Další položky se stejnou četností 20,5 % jsou „úzkost“, „únava“ a „soustředění“, každá je zmíněna u 8 respondentů. Položka „špatný fyzický stav“ byla zmíněna u 4 respondentů (10,3 %). U 3 respondentů (7,7 %) byly zmíněny položky „strach z budoucnosti“, „špatný spánek“, „sociální izolace“, „sebeobviňování“, „vztah k sobě“. V souboru dotazníků se dvakrát (5,1 %) objevily odpovědi „rozhodování“, „vůle“, „chuť do činnosti“, „stres“, „smutek“, „pocit selhání“, „nejistota“. Poslední skupina odpovědí se vyskytla pouze jednou (2,6 %): „paměť“, „plánování času“, „neklid“, „komunikace“, „udržení pozornosti“, „obavy z lidí“, „kontakt s lidmi“, „postarat se o sebe“, „nechuť k životu“, „jen přežívám“, „normální život“. Tato skupina obsahuje jednotlivé, dobře definované problémy, na kterých by respondent zřejmě rád pracoval, aby došlo ke zlepšení jeho situace. Ale naopak tato skupina odpovědí obsahuje i mlhavé „výkřiky“ beznaděje, bezvýchodnosti a zoufalství. Podle našeho názoru odpovědi na tuto otázku odrážejí aktuální zdravotní stav a praktické problémy, kterým je nucen pacient čelit jak během hospitalizace, tak po propuštění.

**Odpovědi na otázku č. 6: „Znáte ve svém okolí nějaké organizace, které by Vám mohly pomoci po propuštění? Pokud ano, jaké?“**

Ukázalo se, že pouze 6 respondentů (15,4 %) má informace o službách komunitní péče. 33 respondentů (84,6 %) informace nemá a pravděpodobně nemá ani představu, o jaké službě se jedná. Odpovědi těchto respondentů byly „psychoterapeut“, „psycholog“ (2 respondenti), „psychiatr“ (2 respondenti), „kineziologie“, „práce“ a ve zbytku případů „neznám“. Z 6 respondentů, kteří uvedli názvy organizací služeb komunitní péče, byli 4

respondenti z Prahy a 2 respondenti mimopražští. Byly zmíněny následující organizace: Baobab 3x, Fokus 3x, dále Eset-help, Domino, Riaps (Regionální institut akutních psychosociálních služeb), ČAPZ (Česká asociace pro psychické zdraví), které byly zmíněny jednou.

### **Odpovědi na otázku č. 7: „Využíváte služeb některé z těchto organizací? Pokud ano, jakých?“**

Oproti předchozí otázce, kdy 6 respondentů znalo nějakou organizaci služeb komunitní péče, klesl počet respondentů, kteří služby opravdu využívají. Jedná se o 4 respondenty, což odpovídá 10,3 % všech respondentů. Služby nevyužívá 35 respondentů, což je 89,7%. Zmíněny byly následující organizace: Baobab, Fokus, ČAPZ (Česká asociace pro psychické zdraví), Domino. Každý z těchto 4 pacientů využívá služby pouze jedné organizace.

### **Odpovědi na otázku č. 8: „Využíváte tyto služby pravidelně?“**

Otázka č. 8 byla otázkou uzavřenou. Kladně odpověděli 3 respondenti (7,7 %), oproti čtyřem, kteří odpověděli kladně v minulé otázce. Znamená to, že 1 respondent využívá služeb organizací komunitní péče příležitostně, zatímco 3 respondenti je využívají pravidelně. Celkem pouze 7,7 % respondentů využívá pravidelně služby organizací komunitní péče. Služby pravidelně nevyužívá 92,3 %.

**Odpovědi na otázku č. 9: „Kde jste získal/a informace o těchto službách?“**

**Tabulka 7: Zdroj informací o komunitní péči**

Zdroj informací	absolutní četnost	relativní četnost
zdravotnický personál	2	33,3 %
internet	2	33,3 %
leták	1	16,7 %
média, tisk	1	16,7 %
rodina, známí	0	0,0 %
jinde	0	0,0 %
celkem	6	100,0 %

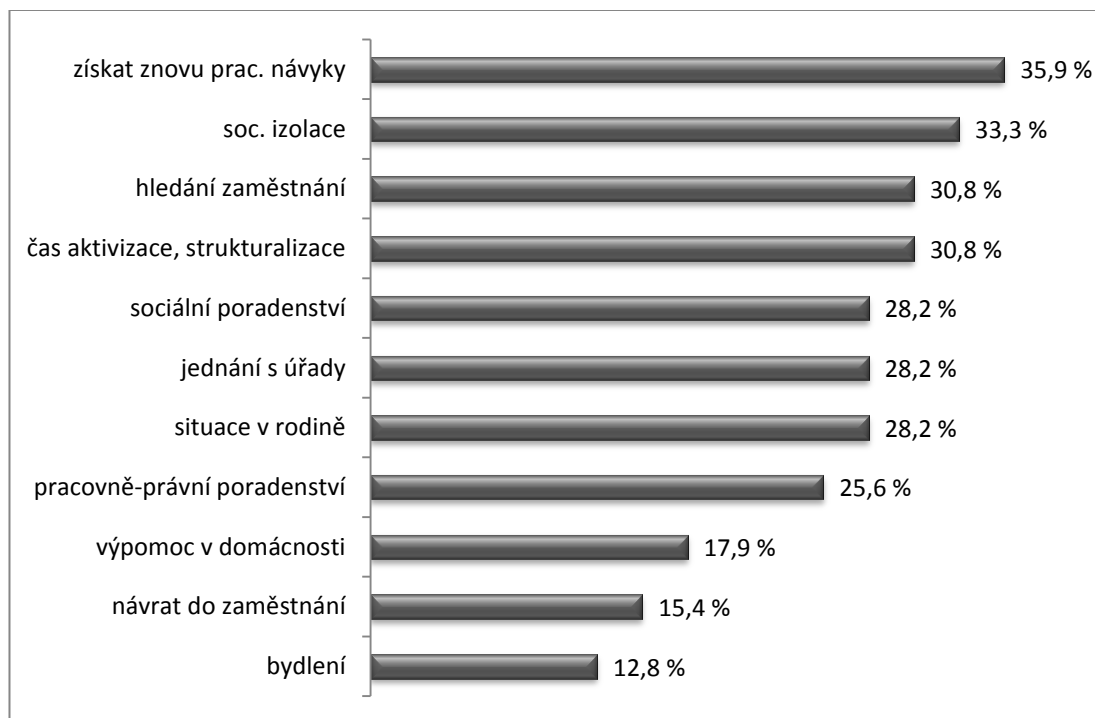
Na tuto otázku odpovídali pouze ti respondenti, kteří uvedli znalost organizací služeb komunitní péče. Dva respondenti (33,3 %) získali informace od zdravotnického personálu, 2 respondenti (33,3 %) získali informace na internetu, 1 respondent z letáku a 1 respondent z médií, tisku. Nikdo neměl informace od někoho z rodiny nebo známých ani z jiných zdrojů.

**Odpovědi na otázku č. 10: „V jakých oblastech života byste ocenil/a pomoc po propuštění?“**

**Tabulka 8: Oblasti potřebné pomoci**

Potřeba pomoci	absolutní četnost	relativní četnost
získat znovu prac. návyky	14	35,9 %
soc. izolace	13	33,3 %
hledání zaměstnání	12	30,8 %
čas aktivizace, strukturalizace	12	30,8 %
sociální poradenství	11	28,2 %
jednání s úřady	11	28,2 %
situace v rodině	11	28,2 %
pracovně-právní poradenství	10	25,6 %
výpomoc v domácnosti	7	17,9 %
návrat do zaměstnání	6	15,4 %
bydlení	5	12,8 %

**Graf 2: Oblasti potřebné pomoci**



Otázka č. 10 byla otázkou uzavřenou, bylo možné vybrat několik odpovědí ze seznamu. Pro větší názornost je tabulka č. 8 převedena do grafu 2. Ukázalo se, že 37 respondentů (94,9 %) by ocenilo pomoc po propuštění a 2 respondenti (5,1 %) pomoc nepotřebují (odpovědi „nemám zájem“, „musím to zvládnout sama“). V tabulce č. 8 je zaneseno pořadí oblastí života, ve kterých by respondenti ocenili pomoc. Většina respondentů zvolila více oblastí. Nejčastější potřeba byla „znovuzískání pracovních návyků“ u 14 respondentů (35,9 %), což znamená znovu získat schopnost docházet včas a pravidelně do zaměstnání a zvládnout pracovat po celou pracovní dobu. Pro mnoho pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou je problémem se včas vypravit z domova a též mít dostatek psychických nebo fyzických sil na práci po celou pracovní dobu, na cestu domů a pak ještě na běžné domácí činnosti. Další potřeby podle četnosti byly: problém „sociální izolace - potřeba podpůrné psychoterapeutické skupiny“ u 13 respondentů (33,3 %), „hledání nového zaměstnání - orientace na trhu práce“ a „aktivizace a strukturalizace času - volnočasové aktivity“, což obojí potřebuje 12 respondentů (30,8 %). „Sociální poradenství“, „pomoc při jednání s úřady“ a pomoc při „řešení situace mezi členy rodiny“ by uvítalo 11 respondentů (28,2 %). O „pracovní-právní poradenství“ má zájem 10 respondentů (25,6 %). „Výpomoc v domácnosti“ by potřebovalo 7 respondentů (17,9 %). „Pomoc při návratu do stávajícího zaměstnání“ by ocenilo 6 respondentů (15,4 %). Nejméně respondentů potřebuje pomoc v „oblasti bydlení“. Jedná se o 5 respondentů (12,8 %). V této otázce se ukázalo, že pacienti s dlouhodobou afektivní poruchou mají velký zájem o služby organizací komunitní péče. Současně se ukázalo, že největší zájem mají pacienti o aktivity související se zlepšením svého sociálního fungování, tedy o sociálně - terapeutické aktivity.

#### **Odpovědi na otázku č. 11: „Bydlíte v Praze?“**

Tato otázka byla zařazena kvůli orientačnímu zjišťování, jak se liší informovanost o službách komunitní péče v Praze od oblastí mimo Prahu.

Druhým důvodem byla vazba na Prahu 8, kde jsme předpokládali, že bude pravděpodobné využívání služeb některými respondenty. Ukázalo se, že 22 respondentů bydlí v Praze (56,4 %) a 17 respondentů je mimopražských (43,6 %). Bohužel rozdíl v informovanosti mezi respondenty z Prahy a mimopražskými respondenty nelze hodnotit pro celkově velmi malou informovanost pacientů.

### **Odpovědi na otázku č. 12: „Bydlíte v domácnosti sám/a?“**

Otázka se vztahuje k otázce na oblasti, ve kterých respondenti potřebují pomoci. Samo v domácnosti bydlí 12 respondentů (30,8 %), 27 respondentů (69,2 %) odpovědělo, že nebydlí sami v domácnosti. Ukázalo se, že většina pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nežije sama v domácnosti. Priority potřeb pomoci se liší. Tabulka č. 9 ukazuje pořadí potřeb pomoci pacientů, kteří žijí sami v domácnosti, tabulka č. 10 ukazuje pořadí potřeb pomoci pacientů, kteří sami nebydlí. Pacienti zaškrtovali libovolný počet položek, položky jsou vyhodnoceny jednotlivě. Absolutní četnost tedy značí, u kolika respondentů se daná položka vyskytuje.

**Tabulka 9: Pořadí potřeb pomoci pacientů, kteří žijí sami v domácnosti**

Potřeba pomoci sám v dom.	absolutní četnost	relativní četnost
soc. izolace	6	50,0 %
čas aktivizace, strukturalizace	6	50,0 %
pracovně-právní poradenství	4	33,3 %
sociální poradenství	4	33,3 %
hledání zaměstnání	4	33,3 %
situace v rodině	4	33,3 %
výpomoc v domácnosti	3	25,0 %
získat znovu prac. návyky	3	25,0 %
bydlení	3	25,0 %
jednání s úřady	3	25,0 %
návrat do zaměstnání	0	25,0 %



**Tabulka 10: Pořadí potřeb pomoci pacientů, kteří nežijí sami v domácnosti**

Potřeba pomoci ne sám	absolutní četnost	relativní četnost
získat znovu prac. návyky	11	40,7 %
soc. izolace	8	29,6 %
hledání zaměstnání	8	29,6 %
jednání s úřady	8	29,6 %
sociální poradenství	7	25,9 %
čas aktivizace, strukturalizace	7	25,9 %
situace v rodině	7	25,9 %
pracovně-právní poradenství	6	22,2 %
návrat do zaměstnání	6	22,2 %
výpomoc v domácnosti	4	14,8 %
bydlení	2	7,4 %

Jak je patrné z tabulek č. 9 a 10, pokud porovnááme relativní četnost jednotlivých oblastí pomoci, zjišťujeme, že pacienti, kteří žijí sami v domácnosti, více preferují pomoc v oblasti „sociální izolace“, „aktivizace a strukturalizace času“, „pracovně-právní“ a „sociální poradenství“, „hledání nového zaměstnání“, „řešení situace mezi členy rodiny“, „bydlení“, „výpomoc v domácnosti“. Naproti tomu pacienti, kteří nežijí sami v domácnosti, dávají přednost (oproti druhé skupině pacientů) „znovuzískání pracovních návyků“, „pomoci při jednání s úřady“, „pomoci při nástupu do stávajícího zaměstnání“. I v ostatních oblastech je potřeba pomoci v dané oblasti u této skupiny nižší (relativní četnost). Dále jsme zmapovali zájem o práci ve skupině pacientů, kteří žijí sami v domácnosti (viz tabulka 11) a ve skupině pacientů, kteří sami nežijí (viz tabulka 12). Ukázalo se, že v obou skupinách převažuje nadpoloviční většinou odpověď „ano“ na otázku „Chcete po propuštění začít pracovat?“. Zatímco ve skupině pacientů žijících osaměle, následuje relativní četností odpověď „ne“, ve skupině druhé následuje odpověď „nevím“. Proč to tak je si netroufáme odhadovat.

**Tabulka 11: Zájem o práci u pacientů, kteří žijí sami v domácnosti**

Zájem o práci sami	absolutní četnost	relativní četnost
ano	7	58,3 %
ne	4	33,3 %
nevím	1	8,3 %
<b>celkem</b>	12	100,0 %

**Tabulka 12: Zájem o práci u pacientů, kteří nežijí sami v domácnosti**

Zájem o práci ne sami	absolutní četnost	relativní četnost
ano	16	59,3 %
ne	4	14,8 %
nevím	7	25,9 %
<b>celkem</b>	27	100,0 %

**Odpovědi na otázku č. 13: „Využíváte nějaké služby v Praze 8?“**

Otázka na služby Prahy 8 byla položena, protože, podle našeho názoru, má Praha 8 nejlépe rozvinutou síť služeb komunitní péče a též Psychiatrické centrum Praha se nachází na Praze 8. Znamená to tedy, že většina hospitalizovaných pacientů dochází do ambulance Psychiatrického centra Praha a tudíž v případě zájmu by bylo logické využívání služeb organizací komunitní péče na Praze 8. Oproti očekávání respondenti odpověděli naprosto jednoznačně, nikdo služeb na Praze 8 nevyužívá.

## 4.6 Analýza a interpretace výsledků empirického šetření 2

**Empirické šetření 2** (on-line šetření) probíhalo v pražských organizacích služeb komunitní péče. Byly vybrány ty organizace, které poskytují služby nejen psychotickým pacientům, ale též pacientům s afektivní poruchou. Vybrali jsme následující občanská sdružení: Fokus Praha, Eset-help, Klinika Eset, Bona, Baobab, Green Doors, Česká společnost pro duševní zdraví, Vida centrum Praha. Problémem bylo samotné získání vstupních dat. Některé organizace nevidují diagnózy svých klientů nebo mají klienty zcela anonymní. Též návratnost odpovědí byla malá i přes opakované urgence. Pokusili jsme se eliminovat takové služby, které se týkají více psychotického okruhu pacientů, jako jsou např. služby týkající se bydlení a zaměřili jsme se pouze na služby vhodné pro pacienty s dlouhodobou afektivní poruchou, tedy jen sociálně – terapeutické služby (sociální rehabilitace), zdravotně – terapeutické služby (stacionáře), přechodné a podporované zaměstnávání, volnočasové aktivity. Otázky byly rozeslány na celkem 25 e-mailových adres různých sociálně a zdravotně – terapeutických pracovišť těchto organizací v Praze. Opakovanými urgencemi se podařilo získat údaje v 5 organizacích z celkového počtu 8 organizací.

Toto empirické šetření se zaměřuje na ověření hypotézy H4: „Většina oslovených pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá možnost využívat služby komunitní péče.“ Metodou on-line šetření jsme se pokusili získat odpovědi na 3 otázky (příloha C).

**Otázka č. 1:** „Jaký je v současné době celkový počet klientů s jakoukoli duševní poruchou ve Vaší organizaci?“

**Otázka č. 2:** „Jaký je počet klientů s afektivní poruchou (všechny typy deprese, bipolární porucha, mánie, jiná afektivní porucha...NE porucha osobnosti), kteří využívají služeb Vaší organizace v současné době?“

**Tabulka 13: Empirické šetření 2**

Organizace	počet všech klientů	klienti s afektivní poruchou	relat. četnost klientů s afekt. p.
Fokus Praha	872	79	9,1 %
Baobab	190	47	24,7 %
Green Doors	180	9	5,0 %
Bona	178	2	1,1 %
Eset - help	163	24	14,7 %
Klinika Eset	?	?	?
ČSDZ	?	?	?
VIDA centrum Praha	?	?	?
celkem	1583	161	10,2 %

Získané odpovědi na otázky č. 1 a č. 2 jsou zaneseny v tabulce č. 13. V celkovém počtu klientů nejsou zahrnuti klienti ve službách, které se netýkají pacientů s afektivní poruchou (např. oblast bydlení). Z celkového počtu všech klientů (1583) a počtu klientů s afektivní poruchou (161) byla získána průměrná relativní četnost klientů s afektivní poruchou 10,2 % na organizaci, což je, podle našeho názoru, málo. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR se v roce 2010 v hlavním městě Praha dostavilo do psychiatrické ambulance 22 151 pacientů s diagnózou afektivní poruchy (F30-39), (statisticky bylo sledováno první vyšetření), (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2011a, s. 56). Dále tento zdroj uvádí, že na afektivní poruchy připadá za rok 2010 v celé republice 575 invalidních důchodů I. stupně, 307 invalidních důchodů II. stupně a 276 invalidních důchodů III. stupně. Celkem tedy přibližně 1158 **invalidních důchodů ročně** (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2011a, s. 121-123). Poté jsme odvodili přibližný počet invalidních důchodů přiznaných pro afektivní poruchu ročně v Praze. Použili jsme poměr počtu afektivních poruch v ČR k počtu afektivních poruch v Praze a došli jsme k číslu 273 invalidních důchodů přiznaných v roce 2010 (Ústav zdravotnických informací

a statistiky ČR. 2011a, s. 56). Domníváme se, že skutečný počet pacientů s afektivní poruchou, kteří potřebují pomoc, je vyšší, takže počet míst ve službách komunitní péče pro pacienty s afektivní poruchou je nedostačující.

**Otázka č. 3:** „Pokud v současné době nedochází žádný klient s afektivní poruchou, bylo by reálně možné takového klienta přijmout, a do jaké služby?“ Všechny organizace nahlásily určitý počet klientů s afektivní poruchou, přesto na tuto otázku odpověděly následovně: „organizace běžně přijímá klienty s afektivní poruchou“ 3x, „organizace přijímá tyto klienty pouze výjimečně“ 2x.

## 4.7 Diskuse

V přípravné fázi výzkumu empirického šetření 1 jsme zvažovali, jestli použít metodu dotazníku nebo strukturovaného rozhovoru. Nakonec byl zvolen dotazník, protože rozhovor by byl pro pacienty více zatěžující kvůli větší časové náročnosti a tudíž náročnosti na soustředění. Též je pravděpodobné, že v dotazníku respondenti odpovídají pravdivěji, protože zaručuje větší anonymitu. Původně jsme předpokládali, že bude proveden kvantitativní výzkum, ale vzhledem k nízké míře návratnosti (response rate) rozdaných dotazníků, není možné získaná data statisticky zpracovat. Pojali jsme proto dotazníkové šetření jako výzkumnou sondu. Domníváme se, že nízká míra návratnosti byla způsobena hlavně aktuálním zdravotním stavem dotazovaných, tedy špatným soustředěním, smutnou náladou, celkovým útlumem, nedostatkem energie pro vyplnění dotazníku, nechutí sdělovat informace o své situaci. Pacient v těžké depresi jen s velkými obtížemi vyplňuje dotazník. Nízká míra návratnosti dotazníků je však též jednou z obecných vlastností dotazníkového šetření. Přesto se domníváme, že ačkoli se šetření zúčastnil malý počet respondentů, bylo by možné výsledky dotazníkového šetření považovat za vypovídající výsledky výzkumné sondy.

Důvodem je skladba souboru respondentů, kteří až na dvě výjimky splňují kritéria definice dlouhodobé afektivní poruchy (94,9 %). Výsledky tudíž vypovídají o informovanosti a potřebách pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou.

Překvapením byla velmi nízká míra informovanosti o možnostech pomoci, která je dostupná v organizacích komunitní péče. Předpokládali jsme, že informovanost bude menšinová, ale ne pouze 15,4 %. Proto se, podle našeho názoru, nedá posoudit rozdíl v informovanosti v Praze a mimo Prahu, protože z celého souboru respondentů bylo pouze 6 těch, kteří správně uvedli nějaké organizace služeb komunitní péče (15,4 %). Dá se předpokládat, že většina respondentů, kteří uvedli, že žádnou organizaci komunitní péče neznají, dokonce ani nemají představu, o jakou organizaci by se mělo jednat. Odpovědi těchto respondentů byly „psychoterapeut“, „psycholog“, „psychiatr“, „kineziologie“ a dokonce „práce“. Ve zbytku případů byla odpověď „neznám“. Podle našeho názoru to ukazuje nutnost poskytnout pacientům informace v daleko větší míře než dosud.

Většina pacientů (94,9 %) s dlouhodobou afektivní poruchou má zájem o nějakou pomoc po skončení hospitalizace. Ukázalo se, že největší zájem mají o aktivity související se zlepšením svého sociálního fungování, tedy o sociálně - terapeutické aktivity. Nejčastější potřeba byla „znovuzískání pracovních návyků“, což znamená trénink pracovních schopností ve smyslu pravidelné a včasné docházky, trénink výdrže pracovat několik hodin a též trénink komunikovat a vycházet s ostatními lidmi. To bývá pro pacienty velmi těžké, protože pacienti, kteří se léčí déle než 12 měsíců, jsou většinou v sociální izolaci a mají potíže zvládnout množství podnětů. Jsme přesvědčeni, že pacient, který právě skončil hospitalizaci, se mnohdy zvládne postarat pouze o sebe sama a ještě potřebuje výpomoc v praktických věcech. Není schopný zjišťovat chybějící informace o pomoci, protože je natolik pohroužený do svého stavu, že na to nemá dost sil nebo ho to prostě ani nenapadne. Je to pro něj, vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, velmi náročné až téměř nemožné. Bohužel tento stav může trvat velmi dlouho a

tím se dále zhoršuje sociální izolace. To je důvod, proč jsme přesvědčeni, že je třeba zlepšit informovanost o službách. Empirické šetření 1 ukázalo, že všichni respondenti, kteří znali organizace služeb komunitní péče, se léčí déle než 12 měsíců. Otázkou je, jestli tento výsledek je náhoda? To nedokážeme posoudit. Možná je to proto, že pacient začíná aktivně hledat pomoc, až když ztrácí naději, že jeho nemoc bude krátkodobá. Druhým důvodem může být to, že pacienti, kteří mají kratší a méně časté epizody, mohou žít téměř normálním životem a tím jim tolik nehrozí sociální izolace.

Zbytečnou se nakonec ukázala otázka č. 13: „Využíváte nějaké služby v Praze 8?“. Byla položena, jak již bylo uvedeno, protože jsme předpokládali, že pacienti, kteří navštěvují Psychiatrické centrum Praha, budou též využívat služby Prahy 8. Druhým důvodem byla asi nejkompexněji rozvinutá síť zařízení komunitní péče, jak již bylo uvedeno v kapitole 4 „Regionální péče o duševní zdraví“. Proč tato otázka dopadla jednoznačně negativně, nevíme. Můžeme se domnívat, že velkou roli sehrála nízká informovanost, ale ta určitě nebyla jediným faktorem.

**Empirické šetření 2:** Je velkou otázkou, jestli bylo možné toto šetření beze zbytku uskutečnit. Původní záměr byl dotázat se on-line všech organizací zabývajících se psychiatrickou komunitní péčí v Praze a získat odpovědi na 3 otázky. Získané údaje jsme plánovali převést na údaje relativní četnosti, čímž by bylo možné vyhodnotit všechny organizace, přestože se výrazně liší počtem klientů. Záhy se ukázalo, že je problém vůbec nějaké odpovědi získat. Několik organizací zaslalo údaje bez problémů, jiné se odvolaly na to, že diagnózu klienta z různých důvodů neevidují, některé přes opakované urgencye neodpověděly. Došli jsme k názoru, že v současné době údaje o počtu klientů s afektivní poruchou v organizacích komunitní péče není možné sjednotit do obrazu skutečné relativní četnosti pacientů s afektivní poruchou v organizacích služeb komunitní péče. Je možné pouze pokusit se o co nejpřesnější odhad situace. To jsme se pokusili docílit úvahou o počtu přiznaných invalidních důchodů za rok. Hypotéza nemohla být ani potvrzena, ani vyvrácena kvůli malé věrohodnosti získaných dat.

## 4.8 Souhrn výsledků vzhledem ke stanoveným hypotézám

Znění hypotézy **H1**: „Většina oslovených pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá informace o službách, které nabízejí organizace komunitní péče“. Pravdivost této hypotézy byla zkoumána v empirickém šetření 1, v otázce č. 6 dotazníku: „Znáte ve svém okolí nějaké organizace, které by Vám mohly pomoci po propuštění? Pokud ano, jaké?“ Ukázalo se, že tyto informace má 15,4 % respondentů a chybí u 84,6 % respondentů. **Hypotéza H1 byla tedy potvrzena. Většina oslovených pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá informace o službách, které nabízejí organizace komunitní péče.**

Znění hypotézy **H2**: „Většina dotázaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou má zájem o zdravotně-sociální, případně jen o sociální pomoc po propuštění ze zdravotnického zařízení“. Tato hypotéza byla zkoumána v dotazníku otázkou č. 10: „V jakých oblastech života byste ocenil/a pomoc po propuštění?“. Zájem o nějakou službu projevilo 37 respondentů (94,9 %). Dva respondenti odpověděli, že zájem nemají (5,1 %). **Hypotéza H2 byla potvrzena. Většina dotázaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou má zájem o zdravotně-sociální, případně jen o sociální pomoc po propuštění ze zdravotnického zařízení.**

Znění hypotézy **H3**: „Většina kontaktovaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nevyužívá služby komunitní péče“. Tuto hypotézu zkoumá otázka č. 7 dotazníku: „Využíváte služeb některé z těchto organizací? Pokud ano, jakých?“ Kladně odpověděli 4 respondenti (10,3 %), 35 respondentů služby nevyužívá (89,7 %). **Tím byla hypotéza H3 potvrzena. Většina kontaktovaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nevyužívá služby komunitní péče.**

Znění hypotézy **H4**: „Většina oslovených pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá možnost využívat služby komunitní péče“. Tato hypotéza



byla zkoumána empirickým šetřením 2. Data, která byla získána, ukazují na pravděpodobný nedostatek míst ve službách komunitní péče pro pacienty s afektivní poruchou. **Vzhledem k nedostatečnému počtu vstupních dat hypotéza nebyla ani potvrzena, ani vyvrácena.**

## **5 Závěr a doporučení pro praxi**

Tato výzkumná sonda byla zaměřena na úroveň informovanosti o podpůrných službách komunitní péče u pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou, na zájem pacientů o tyto služby. Též jsme zjišťovali, jestli pacienti tyto služby skutečně využívají. Byly stanoveny celkem čtyři hypotézy:

Hypotéza **H1: „Většina oslovených pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá informace o službách, které nabízejí organizace komunitní péče“.** Tato hypotéza byla **potvrzena.**

Hypotéza **H2: „Většina dotázaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou má zájem o zdravotně-sociální, případně jen o sociální pomoc po propuštění ze zdravotnického zařízení“.** Tato hypotéza byla **potvrzena.**

Hypotéza **H3: „Většina kontaktovaných pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nevyužívá služby komunitní péče“.** Tato hypotéza byla **potvrzena.**

Hypotéza **H4: „Většina pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou nemá možnost využívat služby komunitní péče“.** Tato hypotéza nebyla **ani potvrzena, ani vyvrácena.**

Považovali jsme za důležité zabývat se situací pacientů s dlouhodobou afektivní poruchou, kteří jsou nejvíce ohroženi sociální izolací se všemi jejími důsledky. Průběh jejich nemoci je dlouhodobý, má větší počet epizod nebo

jsou epizody delší, případně je klinický obraz i jinak atypický. U těchto pacientů bývá též horší odpověď na probíhající léčbu. Pacienti jsou vystaveni velké nejistotě, špatně se svému zdravotnímu stavu přizpůsobují, protože zhoršení bývá dlouhodobé. Postupně ztrácí zaměstnání kvůli zhoršené výkonnosti, vysoké nemocnosti, poklesu sebevědomí a z dalších příčin, takže se dostávají do sociální izolace. Většinou nevědí, že by mohli o nějakou pomoc požádat.

Provedli jsme dotazníkové šetření mezi pacienty hospitalizovanými na Oddělení afektivních poruch v Psychiatrickém centru Praha („**empirické šetření 1**“). Odpovědi pacientů byly ovlivněny aktuálním zdravotním stavem, ale potvrdily hypotézy 1-3. Ukázalo se, že pacienti mají o služby komunitní péče zájem, že je potřebují, ale nevyužívají. Proto se domníváme, že pacienti s dlouhodobou afektivní poruchou potřebují mnohem více informací o dostupných službách komunitní péče než dosud. Běžným jevem na lůžkových odděleních je letáček na nástěnce nebo pár letáčků na stolku. To zřejmě nestačí. Většina pacientů s afektivní poruchou si letáček z nástěnky neopíše, protože je ve stavu nezájmu, nechuti, smutku, únavy,... Letáček ze stolku si někteří vezmou, jiné pacienty nezajímá. Domníváme se tedy, že informační letáčky by měly být dávány pacientům aktivně a měla by být kontrola nad tím, že tyto cílené informace dostanou všichni pacienti. Nejjednodušší cestou je asi rozdávání letáčku při příjmu, nebo přikládání k propouštěcí zprávě. Druhá možnost je vhodnější, pacient je v lepším zdravotním stavu, zajímá se o to, co s ním bude dál a většinou si propouštěcí zprávu pečlivě uloží. Domníváme se též, že není třeba vynakládat velké výdaje na vytištění barevných letáčků, ale že stačí letáček z počítačové tiskárny, který bude obsahovat informace aktuální a přímo šité na míru pacientům v daném kraji. Dalším místem, kde je velmi vhodné zvyšovat informovanost, jsou psychiatrické ambulance. Myslíme si, že by bylo dobré, aby se na informovanosti v ambulancích nepodílel jen zdravotnický personál ambulance, ale aby organizace komunitní péče též aktivně dodávaly informace do ambulancí.

**„Empirické šetření 2“** nebylo zcela průkazné kvůli malému počtu vstupních údajů, které byly často odhadem kvůli určité části anonymních klientů. Přesto šetření naznačuje, že potřeba míst pro pacienty s afektivní poruchou v komunitní péči je pravděpodobně několikrát vyšší, než jsou současné možnosti zařízení. Lepší dostupnost informací pravděpodobně ještě navýší skutečný zájem pacientů o tyto služby. Pak bude věcí politických rozhodnutí, jestli se síť zařízení komunitní péče podaří vybudovat tak, jak je už léta v mezinárodním měřítku přáním odborníků v psychiatrii.

## 6 Seznam použité literatury

DISMAN, Miroslav. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 978-80-246-0139-7.

HÖSCHL, Cyril, Jan LIBIGER a Jaromír ŠVESTKA. 2004. *Psychiatrie*. 2. dopl. a opravené vyd. Praha: Tigis, 2004, 883 s. ISBN 80-900130-7-4.

JAROŠOVÁ, Darja. 2007. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*. Praha: Grada, 2007, 100 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. 2010. Praha: Grada Publishing, 2010, 256 s. ISBN 978-80-247-3125-4.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006, 352 s. ISBN-80-247-1151-6.

MÍČEK, Libor. 1986. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 4. vydání. Praha: SPN, 1986, 222 s.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2003. *Zdraví 21 : dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR: zdraví pro všechny v 21. století*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2003, 124 s. ISBN 80-85047-99-3.

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. [2001]. *Zdraví 21: Cíle 1 - 9* [online]. Praha, [2001], 56 s. [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Soubor.ashx?souborID=7180&typ=application/pdf&nazev=Zdraví 21-Cile1-9.pdf>

OLECKÁ, Ivana a Kateřina IVANOVÁ. 2010. MORAVSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA OLOMOUC, o. p. s. *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc, 2010, 44 s. Společenské vědy. ISBN 978-80-87240-33-5.

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, et al. 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, Ján, Hana PRAŠKOVÁ a Jana PRAŠKOVÁ. 2008. *Deprese a jak ji zvládat: Stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, 184 s. ISBN 978-80-7367-501-1.

RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. 2006. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. 4. vydání. Praha: Triton, 2006, 211 s. ISBN 8072547461.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. 2001. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001, 622 s. ISBN 80-7262-140-8.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2011a. *Psychiatrická péče 2010*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011, 130 s. ISBN 978-80-7280-968-4.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2011b. *Zdravotnictví ČR 2010 ve statistických údajích*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011, 96 s. ISBN 978-80-7280-943-1.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. 2002. *Psychiatrická péče 2000*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2002, 81 s. ISBN 80-7280-079-5.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2011. *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: 10. revize*. 2. aktualizované vydání. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011, 872 s. ISBN 978-80-904259-0-3.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. REGIONÁLNÍ ÚŘADOVNA PRO EVROPU. 2001. *Zdraví 21: osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2001, 147 s. ISBN 80-85047-49-5.

## Periodika:

ČERNÁ, Barbora. 2009. Komunitní přístup k duševnímu zdraví. *Sestra*. Praha. 2009, č. 3, s. 62-63. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/komunitni-pristup-k-dusevnimu-zdravi-415950>

ČEŠKOVÁ, Eva. 2011a. Augmentace antidepresiv atypickými antipsychotiky v léčbě farmakorezistentní deprese. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha. 2011, roč. 107, č. 4, s. 216-219. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2011\\_4\\_216\\_219.pdf](http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_4_216_219.pdf)

ČEŠKOVÁ, Eva. 2011b. Léčba antidepresivy - interakce věku a pohlaví?. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha. 2011, roč. 107, č. 5, s. 285-288. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2011\\_5\\_285\\_288.pdf](http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2011_5_285_288.pdf)

ČEŠKOVÁ, Eva. 2007a. Co ještě nevíme o bipolární poruše?. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2007, roč. 8, č. 1, s. 9-12. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/02.pdf>

ČEŠKOVÁ, Eva. 2007b. Léčba bipolární poruchy. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2007, roč. 8., č. 1, 172-178 s. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2007/01/02.pdf>

HEJZLAR, Petr, Martin HALÍŘ a Marek FIALA. 2010. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie*. 2010, roč. 14, č. 3, s. 146-152. Dostupné z: [http://www.tigis.cz/images/stories/Psychiatrie\\_PDF/3\\_2010/08\\_hejzlar\\_3\\_2010.pdf](http://www.tigis.cz/images/stories/Psychiatrie_PDF/3_2010/08_hejzlar_3_2010.pdf)

JAROLÍMEK, Martin. 2009. Koncepce psychiatrické péče podle profesora Parkinsona. *Esprit-časopis České asociace pro duševní zdraví*. Praha, 2009, XIII., č. 6. ISSN 1214-2123.

KOVES-MASFETY, Viviane, Jordi ALONSO, Traolach S. BRUGHA, Matthias C. ANGERMEYER, Josep Maria HARO a Christine SEVILLA-DEDIEU. 2007. Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries: a pragmatic balance of community and hospital care : Overview of systematic evidence. *Psychiatric Services: A Journal of the American Psychiatric Association*. 2007, roč. 58, February, s. 213-220. DOI: 10.1176/appi.ps. 58.2.213. Dostupné z: <http://ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3793/07ps213.pdf>

KREJČÍ, Jindřich. 2006. Problém nízké návratnosti výběrových dotazovacích šetření. *SDA Info - Informační bulletin Sociologického datového archivu: vydává Sociologický ústav akademie věd ČR*. 2006, VIII., č. 2, s. 3. ISSN 1212-995X. Dostupné z: <http://archiv.soc.cas.cz/download/123/info0602.pdf>

LÁTALOVÁ, Klára a Ján PRAŠKO. 2009. Možnosti a meze psychoterapie u bipolární poruchy. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha. 2009, roč. 105, č. 2, s. 71–78. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=554>

THORNICROFT, Graham a Michele TANSELLA. 2004. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care : Overview of systematic evidence. *The British Journal of Psychiatry*. 2004, roč. 185, s. 283-290. DOI: 10.1192/bjp.185.4.283. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/185/4/283.full.pdf+html>

## **Internetové zdroje:**

ASOCIACE KOMUNITNÍCH SLUŽEB V OBLASTI PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. 2008. *Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví: Association of Mental Health Care Community Services* [online]. c 2008 [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://www.askos.cz/>

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. 2012. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví: Centre for Mental Health Care Development* [online]. [2012] [cit. 2012-03-16]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/index.php>

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. [200?]. *Politika péče o duševní zdraví v ČR: cesty k její realizaci* [online]. [200?] [cit. 2012-03-26]. 45 s. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/images/cast\\_2\\_14\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/images/cast_2_14_3_05.pdf)

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. [200?]. *Politika péče o duševní zdraví v ČR: zpráva o současném stavu* [online] [200?] [cit. 2012-03-26]. 35 s. Dostupné z: [http://www.cmhcd.cz/images/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf)

KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. 2005. *Zelená kniha: Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii* [online]. Brusel: 2005. 25 s. [cit. 2012-02-25]. Dostupné z: [www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/zelenakniha.doc](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/zelenakniha.doc)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. 2009. *Souhrnná zpráva o meziresortním naplňování strategických dokumentů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví za rok 2008* [online]. Praha, 2009, 32 s. [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=7597&typ=application/msword&nazev=Souhrnná+zpráva.doc>

PROTEQ, s. r. o. 2010. *Diskriminace a stigma: Kvantitativní výzkum diskriminace pacientů s depresí a schizofrenií*. Hradec Králové: Proteq, s. r. o. 2010, 87 s. Dostupné z: [http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/diskriminace\\_deprese\\_schizofrenie.pdf](http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/download/diskriminace_deprese_schizofrenie.pdf)

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP A ČESKÁ PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST. c 2012. *Národní psychiatrický program 2007* [online]. c 2012 [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=35&Itemid=42](http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=42)

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. 2008. *Koncepce oboru psychiatrie – 1. revize 2008* [online]. 2008, 36 s. [cit. 2012-03-26]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/deni\\_v\\_oboru/revize\\_koncepcie\\_2008.doc](http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/deni_v_oboru/revize_koncepcie_2008.doc)



WORLD HEALTH ORGANIZATION. c 2012. *Mental health: Mental health promotion* [online]. vyd. c 2012 [cit. 2012-03-25]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/activities/mental-health-promotion>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2005a. *Mental Health Action Plan for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions* [online]. 2005 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0006/99735/edoc07.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/99735/edoc07.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2005b. *Mental Health Declaration for Europe: Facing the Challenges, Building Solutions* [online]. 2005 [cit. 2012-03-24]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0009/99720/edoc06.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/99720/edoc06.pdf)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2000. *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha, 2000, 191 s. *European health for All*, no. 6. ISBN 92 890 1349 4. Dostupné z: <http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [200?]. *Constitution of the World Health Organization*. [2005?c]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. [1986]. *Ottawa Charter for Health Promotion: Health Promotion* [online]. [1986]. Dostupné z: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/129532/Ottawa\\_Charter.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf)

## 7 Seznam tabulek

Tabulka 1: Složení souboru respondentů podle pohlaví .....	45
Tabulka 2: Věkové složení skupiny respondentů .....	45
Tabulka 3: Celková délka léčby respondentů .....	46
Tabulka 4: Chuť pracovat u respondentů, kteří se léčí déle než 6 měsíců ..	47
Tabulka 5: Chuť pracovat u respondentů, kteří se léčí déle než 12 měsíců	48
Tabulka 6: Četnost současných největších potíží .....	49
Tabulka 7: Zdroj informací o komunitní péči .....	53
Tabulka 8: Oblasti potřebné pomoci .....	54
Tabulka 9: Pořadí potřeb pomoci pacientů, kteří žijí sami v domácnosti.....	56
Tabulka 10: Pořadí potřeb pomoci pacientů, kteří nežijí sami v domácnosti	57
Tabulka 11: Zájem o práci u pacientů, kteří žijí sami v domácnosti .....	58
Tabulka 12: Zájem o práci u pacientů, kteří nežijí sami v domácnosti .....	58
Tabulka 13: Empirické šetření 2.....	60

## 8 Seznam grafů

Graf 1: Četnost největších současných potíží .....	50
Graf 2: Oblasti potřebné pomoci .....	54

## 9 Seznam příloh

Příloha A: Žádost o umožnění dotazníkové akce

Příloha B: Dotazník pro pacienty

Příloha C: Dotazník pro organizace služeb komunitní péče

Příloha D: Afektivní poruchy (poruchy nálady) F30-F39  
podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených  
zdravotních problémů, desátá revize,  
aktualizovaná druhá verze k 1. 1. 2012

## Příloha A:

Sekretariát ředitele Psychiatrického centra Praha  
Ústavní 91  
Praha 8 – Bohnice

### Věc: Žádost o umožnění dotazníkové akce v souvislosti s bakalářskou prací

Vážený pane řediteli,

žádám Vás o umožnění výzkumného dotazníkového šetření na Vašem oddělení č. 2 (afektivní poruchy) v době od 1.10.2010 do 30.11.2010.

Jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia oboru „Všeobecná sestra“ na 1. lékařské fakultě UK a součástí mé bakalářské práce je výzkumné šetření na téma „Komunitní péče o klienty s afektivní poruchou“.

Zavazuji se k zachování mlčenlivosti o citlivých skutečnostech, které bych se mohla dozvědět v souvislosti se sběrem dat.

Zároveň příkládám dotazník pro zjištění potřebných informací pro výzkum. Dotazník je anonymní.

Předem děkuji

Lucie Šotolová



V Praze, 13.9.2010

Psychiatrické centrum Praha  
181 03 Praha 8 - Bohnice  
telefon: 266 003 310  
IČZ: 08002, IČP: 053  
odbornost: 305

*La 1. LF UK - ústavní  
sevice a práce ošetřovatelské  
Lucie Šotolová*

*za PCP  
11.10.2010*



7. Využíváte služeb některé z těchto organizací?    ano                    ne  
Pokud ano, jakých? .....

8. Využíváte tyto služby pravidelně?                    ano                    ne

9. Kde jste získal/a informace o těchto službách?

- Od zdravotnického personálu
- Od někoho z rodiny, známých
- Z letáku
- Z médií, tisku
- Na internetu
- Jinde, napište, prosím, kde

10. V jakých oblastech života byste ocenil/a pomoc po propuštění

- Pracovně-právní oblast (poradenství)            ano                    ne
- Sociální oblast (poradenství)                    ano                    ne
- Návrat do stávajícího zaměstnání                ano                    ne
- Hledání nového zaměstnání  
(orientace na trhu práce)                    ano                    ne
- Znovuzískání pracovních návyků  
(pravidelná docházka do zaměstnání)        ano                    ne
- Bydlení    ano                    ne
- Situace mezi členy rodiny                        ano                    ne
- Sociální izolace  
(podpůrná psychotherapeutická skupina)    ano                    ne
- Aktivizace a strukturalizace času  
(volnočasové aktivity)                        ano                    ne
- Výpomoc v domácnosti                            ano                    ne
- Jednání s úřady                                      ano                    ne

11. Bydlíte v Praze?                                      ano                    ne

12. Bydlíte v domácnosti sám/a?                    ano                    ne

13. Využíváte nějaké služby v Praze 8?            ano                    ne

Pokud ano, jaké? .....

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci

## **Příloha C:**

### **DOTAZNÍK PRO ORGANIZACE SLUŽEB KOMUNITNÍ PÉČE**

Dobrý den,

Jsem studentkou bakalářského oboru všeobecná sestra na 1. lékařské fakultě UK.

Téma mé bakalářské práce je „Komunitní péče o duševní zdraví“, chci Vás proto požádat o zaslání následujících údajů, je-li to možné. Budou použity pouze pro účely mé bakalářské práce.

1. Jaký je v současné době celkový počet klientů s jakoukoli duševní poruchou ve Vaší organizaci?
2. Jaký je počet klientů s afektivní poruchou (všechny typy deprese, bipolární porucha, mánie, jiná afektivní porucha...NE porucha osobnosti), kteří využívají služeb Vaší organizace v současné době?
3. Pokud v současné době nedochází žádný klient s afektivní poruchou, bylo by reálně možné takového klienta přijmout, a do jaké služby?

Předem děkuji,

Lucie Šotolová

## Příloha D:

### **AFEKTIVNÍ PORUCHY (PORUCHY NÁLADY) (F30–F39)**

U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou buď sekundární k změnám nálady a aktivity, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Začátek individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací.

#### **F30 Manická fáze**

Všechny položky tohoto oddílu by měly být užívány pouze pro jedinou epizodu. Hypomanické nebo manické fáze u osob, které měly již v minulosti jednu nebo více afektivních fází (depresivních, hypomanických, manických, smíšených) by měly být kódovány jako bipolární afektivní poruchy (F31.–).

*Patří sem: bipolární porucha, jediná manická fáze*

#### **. 0 Hypomanie**

Porucha je charakterizována přetrvávajícím mírným zvýšením nálady, zvýšenou energií a zvýšenou aktivitou. Jedinec se výrazně dobře cítí a má dobrou fyzickou i psychickou výkonnost. Je patrná zvýšená sociabilita, hovornost, přehnaná familiárnost, zvýšená sexuální energie a snížená potřeba spánku. Tyto příznaky jsou často přítomny, ale ne v takovém rozsahu, že by vedly k pracovním nebo sociálním problémům. Předrážděnost, domýšlivost a neomalené chování se může objevit místo obvyklé euforické sociability. Poruchy nálady a chování nejsou provázeny halucinacemi ani bludy.

#### **. 1 Manie bez psychotických symptomů**

Nálada je nadměrně zvýšená vzhledem k pacientovým poměrům a pohybuje se od lehkovážné žoviálnosti až k téměř neovladatelnému vzrušení. Euforie je doprovázena zvýšenou energií, spějící k zvýšené aktivitě, rychlému toku řeči a snížené potřebě spánku. Jedinec těžko udrží pozornost, je často roztěkaný.



Sebevědomí je často přehnané s grandiózními myšlenkami a přehnanou důvěrností. Ztráta normálních sociálních zábrán ústí v chování, které je zbytečně riskantní, bezstarostné nebo nepřiměřené k okolnostem a vymyká se charakteru.

## . 2 Manie s psychotickými symptomy

Ke klinickému obrazu popsanému pod F30.1 se přidají bludy (obvykle megalomanické) nebo halucinace (obvykle hlasy, které hovoří přímo k pacientovi). Vzrušenost, nadměrná motorická aktivita a trysk myšlenek mohou být natolik extrémní, že subjekt není schopen normální komunikace.

Manie s:

- . psychotickými symptomy odpovídajícími náladě
- . psychotickými symptomy neodpovídajícími náladě

Manický stupor

## . 8 Jiné manické fáze

## . 9 Manická fáze NS

Manie NS

## **F31 Bipolární afektivní porucha**

Porucha je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Tato porucha tkví v tom, že za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (deprese). Pacient trpící pouze opakovanými atakami manie nebo hypomanie, se zařazuje jako bipolární.

*Patří sem: maniodepresivní:*

- . onemocnění
- . psychóza
- . reakce

*Nepatří sem: bipolární porucha, jediná manická fáze (F30.–)*

*.cyklothymie (F34.0)*

**. 0 Bipolární afektivní porucha, současná fáze je hypomanická**

Pacient je v přítomnosti hypomanický a měl alespoň ještě jednu afektivní fázi v minulosti (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou).

**. 1 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická bez psychotických symptomů**

Nemocný je v současnosti manický, bez psychotických symptomů (jako v F30.1) a měl alespoň jednu další afektivní fázi (hypomanickou, manickou, depresivní nebo smíšenou) v minulosti.

**. 2 Bipolární afektivní porucha, současná fáze manická s psychotickými symptomy**

Nemocný je v současnosti manický s psychotickými symptomy (jako v F30.2) a měl v minulosti ještě jinou afektivní fázi (hypomanickou, manickou, depresivní, smíšenou).

**. 3 Bipolární afektivní porucha, současná fáze lehká nebo střední deprese**

Nemocný je v současné době v depresi, jako u depresivní epizody lehkého nebo středního stupně (F32.0 nebo F32.1) a měl v minulosti alespoň jednu dobře dokumentovanou hodnověrnou afektivní fázi hypomanickou nebo smíšenou.

**. 4 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžké deprese bez psychotických symptomů**

Nemocný je v současné době depresivní, jako u těžké depresivní fáze bez psychotických symptomů (F32.2) a měl v minulosti alespoň jednu hodnověrnou afektivní fázi manie, hypomanie nebo smíšenou.

**. 5 Bipolární afektivní porucha, současná fáze těžká deprese s psychotickými symptomy**

Nemocný je v současné době depresivní jako u těžké depresivní epizody s psychotickými symptomy (F32.3) a měl v minulosti alespoň jednu hodnověrnou afektivní fázi hypomanickou, manickou nebo smíšenou.

## . 6 **Bipolární afektivní porucha, současná fáze smíšená**

Nemocný měl v minulosti alespoň jednu hodnověrnou fázi hypomanické, manické, depresivní nebo smíšené afektivní poruchy a v současné době má smíšenou poruchu nebo rychlou změnu manických a depresivních symptomů.

*Nepatří sem: jediná smíšená afektivní fáze (F38.0)*

## . 7 **Bipolární afektivní porucha, v současné době v remisi**

Pacient měl v minulosti alespoň jednu dobře dokumentovanou hypomanickou, manickou nebo depresivní příhodu a alespoň ještě jednu další fázi depresivní, manickou, hypomanickou nebo smíšenou, ale v současné době nemá žádnou významnou poruchu chování a rovněž ji neměl v posledních několika měsících. Období remise při profylaktické léčbě by měly být kódovány touto kategorií.

## . 8 **Jiné bipolární afektivní poruchy**

Bipolární porucha

Periodické manické fáze NS

## . 9 **Bipolární afektivní porucha NS**

### **F32 Depresivní fáze**

Typická fáze, která bude níže popsána, může probíhat v lehké, střední nebo těžké formě. Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Je narušen smysl pro zábavu, osobní zájmy a schopnost koncentrace. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a je zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a sebedůvěra jsou zhoršeny, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehkých případů. Zhoršená nálada se v časovém průběhu příliš nemění, nereaguje na okolní změny. Může být provázena tzv. „somatickými“ symptomy, jako je ztráta zájmů a pocitů uspokojení. Ranní probouzení je o několik hodin dříve před obvyklou hodinou. Deprese se horší nejvíce ráno. Je zřetelná psychomotorická retardace a agitovanost. Je ztráta chuti k jídlu, hubnutí a ztráta libida. Podle počtu a tíže příznaků je možno fázi hodnotit jako mírnou, střední nebo těžkou.

*Patří sem: jediná fáze:*

- . depresivní reakce*
- . psychogenní deprese*
- . reaktivní deprese*

*Nepatří sem: poruchy z přizpůsobení (F43.2)*

*periodická depresivní porucha (F33.–)*

*pokud je sdružena s poruchami chování podle F91.– (F92.0)*

## **. 0 Lehká depresivní fáze**

Obvykle jsou přítomny alespoň dva až tři shora zmíněné příznaky. Nemocný je obvykle z toho deprimován, ale většinou je schopen se účastnit běžných denních aktivit.

## **. 1 Středně těžká depresivní fáze**

Obvykle jsou přítomny čtyři a více shora zmíněné příznaky. Pacient má větší obtíže s běžnou denní činností.

## **. 2 Těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků**

Fáze deprese s řadou vyjádřených příznaků, které pacienta skličují, typická je ztráta sebehodnocení a pocit beznaděje a viny. Suicidální myšlenky a pokusy jsou časté a většinou jsou přítomny i „somatické” příznaky.

Agitovaná deprese

Velká deprese

Životní deprese (vitální)

## **. 3 Těžká depresivní fáze s psychotickými příznaky**

Fáze deprese podle popisu F32.2 shora, ale současně s halucinacemi, bludy, psychomotorickou retardací nebo stuporem, které jsou tak těžké, že pravidelné obvyklé sociální aktivity nejsou možné; život je ohrožen možnou sebevraždou, žízněním nebo hladověním. Halucinace a bludy mohou, ale nemusí odpovídat náladě.

Jediná fáze:

- . velké deprese s psychotickými symptomy*
- . psychogenní depresivní psychózy*
- . psychotické deprese*
- reaktivní depresivní psychózy*

## . 8 Jiné depresivní fáze

Atypická deprese

Jediná fáze „maskované“ deprese NS

## . 9 Depresivní fáze NS

Deprese NS

Depresivní porucha NS

### **F33 Periodická depresivní porucha**

Porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, jak je popsáno v depresivní fázi (F32.–), aniž jsou v anamnéze samostatné fáze zvýšené nálady a energie (manie). Mohou být však přítomny krátké fáze lehkého zvýšení nálady a zvýšené aktivity (hypomanie), které se dostávají bezprostředně po depresivní fázi, někdy vyvolané antidepresivní léčbou. Těžší formy periodické depresivní poruchy (F33.2 a F33.3) mají mnoho společného s dřívější koncepcí maniodepresivity, melancholie, vitální deprese a endogenní deprese. První fáze se může objevit v jakémkoli věku od dětství do stáří, začátek je buď náhlý nebo pozvolný, trvání se pohybuje od několika týdnů až mnoha měsíců.

Riziko, že pacient s periodickou depresivní poruchou bude mít také fázi manie, nikdy nevymizí úplně, avšak většinou tomu tak není. Pokud se však vyskytne tato manická fáze, pak by se měla diagnóza změnit na bipolární afektivní poruchu (F31.–).

*Patří sem: periodické fáze:*

. *depresivní reakce*

. *psychogenní deprese*

. *reaktivní deprese*

*sezónní depresivní porucha*

*Nepatří sem: periodické krátké depresivní fáze (F38.1)*

## . 0 Periodická depresivní porucha, současná fáze je lehká

Porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, současná fáze je lehká, jako v F32.0 a bez anamnézy manie.

**. 1 Periodická depresivní porucha, současná fáze je středně těžká**

Porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, současná fáze je středně těžká, jako v F32.1 a bez anamnézy manie.

**. 2 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká, ale bez psychotických symptomů**

Porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, současná fáze je těžká, ale bez psychotických příznaků, jako v F32.2, a bez anamnézy manie.

Endogenní deprese bez psychotických symptomů

Periodická velká deprese bez psychotických příznaků

Maniodepresivní psychóza, depresivní typ bez psychotických příznaků

Periodická vitální deprese bez psychotických příznaků

**. 3 Periodická depresivní porucha, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky**

Porucha je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese, současná fáze je těžká s psychotickými příznaky, jako v F32.3 a bez anamnézy manie.

Endogenní deprese s psychotickými symptomy

Maniodepresivní psychóza, depresivní typ s psychotickými příznaky

Periodická těžká fáze:

. velké deprese s psychotickými příznaky

. psychogenní depresivní psychózy

. psychotické deprese

. reaktivní depresivní psychózy

**. 4 Periodická depresivní porucha, v současné době v remisi**

Pacient měl v minulosti dvě nebo více depresivních fází, jak je popsáno v F33.0–F33.3, ale v současné době nemá depresivní příznaky a tento stav se udržuje více měsíců.

**. 8 Jiné periodické depresivní poruchy**

**. 9 Periodická depresivní porucha NS**

Monopolární deprese NS

## **F34 Perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Perzistující a obvykle kolísající poruchy nálady, u nichž většina jednotlivých fází není dostatečně těžkých, aby mohly být popsány jako hypomanické nebo lehce depresivní fáze. Protože trvají mnoho let a často po většinu života dospělého pacienta, způsobují mu mnoho problémů. V některých případech periodické nebo jediné manické nebo depresivní fáze může nasedat na trvalou afektivní poruchu.

### **. 0 Cyklothymie**

Perzistentní nestabilita nálady včetně početných období deprese nebo lehké manie, avšak žádná není natolik těžká nebo dlouhá, aby opravňovala k diagnóze bipolární afektivní poruchy (F31.–) nebo periodické depresivní poruchy (F33.–). Tato porucha je často přítomná u příbuzných pacientů s bipolární afektivní poruchou. U některých jedinců s cyklothymií se může nakonec vyvinout bipolární afektivní porucha

Afektivní poruchy osobnosti

Cykloidní osobnost

Cyklothymní osobnost

### **. 1 Dysthymie**

Chronické zhoršení nálady, trvající alespoň několik let, které ale není natolik těžké nebo jednotlivé periody nejsou dostatečně dlouhé, aby opravňovaly k diagnóze těžké, středně těžké nebo lehké formy periodické depresivní poruchy (F33.–).

Depresivní:

. neuróza

. porucha osobnosti

Neurotická deprese

Perzistující anxiózní deprese

*Nepatří sem: anxiózní deprese (lehká nebo nepřetrvávající) (F41.2)*

### **. 8 Jiné perzistentní afektivní poruchy (poruchy nálady)**

### **. 9 Perzistentní afektivní porucha (porucha nálady) NS**

**F38 Jiné afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Jakákoliv jiná porucha nálady, která neopravňuje k zařazení do F30–F34, protože není dostatečné tíže nebo trvání.

**. 0 Jiné jednotlivé afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Smíšená afektivní epizoda

**. 1 Jiné periodické afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Periodická krátká depresivní fáze

**. 8 Jiné určené afektivní poruchy (poruchy nálady)****F39 Neurčená afektivní porucha (porucha nálady)**

Afektivní psychóza NS

(World Health Organization, 2011, s. 208-214)