

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Sociální práce v péči o duševní zdraví

Psychosociální podpora rodin osob s duševním  
onemocněním

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Lucie Nováková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.

Jihlava 2025

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce:	<b>Bc. Lucie Nováková</b>
Studijní program:	Sociální práce v péči o duševní zdraví
Garant studijního programu:	doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.
Název práce:	<b>Psychosociální podpora rodin osob s duševním onemocněním</b>
Vedoucí práce:	PhDr. Eva Dragomirecká, Ph.D.
Cíl práce:	Diplomová práce podá přehled dostupných forem psychosociálních intervencí zaměřených na podporu rodinných příslušníků a blízkých osob lidí s duševním onemocněním. Cílem práce bude zajistit, co podporuje či brání poskytování a využívání těchto služeb.

## Abstrakt

Tato diplomová práce se věnuje psychosociální opoře rodin osob trpících duševní poruchou. Jejím cílem je prozkoumat, jak je tato pomoc poskytována a jak ji hodnotí samotní členové rodiny. Text se soustředí na úlohu odborníků při sdílení informací a při provázení rodin v obtížných situacích spojených s onemocněním blízkého člověka. V teoretické části popisují rodinu jako dynamický celek, dopady duševních poruch na její fungování a dostupné možnosti podpory. Praktická část staví na kvalitativním šetření, které bylo realizováno formou rozhovorů s osobami pečujícími o příbuzného s duševním onemocněním. Práce ukazuje, že posilování a informovanost rodiny zlepšují nejen péči o nemocného, ale i celkovou životní pohodu všech jejích členů. Práce je zaměřena na oblasti, kde je podpora nejvíce potřebná, a hledají se způsoby, jak odborníci mohou rodinám účinně pomoci zvládat tuto náročnou situaci.

## Klíčová slova

rodina, duševní onemocnění, psychosociální podpora, informovanost, dopady duševních poruch

## Abstract

This thesis focuses on the psychosocial support provided to families of individuals suffering from mental illness. Its aim is to explore how this assistance is delivered and how it is perceived by the family members themselves. The text highlights the role of professionals in sharing information and guiding families through the challenging situations associated with a loved one's illness. The theoretical part describes the family as a dynamic system, the impact of mental disorders on its functioning, and the available forms of support. The practical section is based on qualitative research conducted through interviews with relatives caring for a family member with mental illness. The study demonstrates that strengthening and informing families not only improves care for the patient but also enhances the overall well-being of all family members. It focuses on the areas where support is most needed and seeks ways professionals can effectively help families cope with these demanding circumstances.

## Keywords

family, mental illness, psychosocial support, awareness, impact of mental disorders

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že s o h l a s í m s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užití své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 15. července 2025

.....

Podpis studentky

## Poděkování

*Na tomto místě bych ráda vyjádřila upřímné poděkování všem, kteří mě na cestě k dokončení této diplomové práce podporovali.*

*V první řadě děkuji své vedoucí práce, paní PhDr. Evě Dragomírecké, Ph.D., za odborné vedení, trpělivost, cenné rady a podnětné připomínky, které významně přispěly k formování této práce i k mému profesnímu růstu.*

*Dále bych ráda poděkovala všem respondentům, kteří se ochotně podělili o své osobní a často citlivé zkušenosti. Jejich otevřenost a důvěra byly pro tento výzkum zcela zásadní a velmi si jejich příspěvku vážím.*

*V neposlední řadě děkuji všem, kteří mě jakýmkoliv způsobem na této cestě podpořili.*

## Obsah

Seznam tabulek .....	7
Seznam zkratk .....	8
Úvod.....	9
1 Teoretická část .....	11
1.1 Rodina a duševní onemocnění .....	11
1.2 Podpora a informovanost rodin v systému péče.....	24
1.3 Systém péče o duševní zdraví v České republice.....	38
2 Praktická část .....	53
2.1 Cíle práce .....	53
2.2 Použité metody ke zpracování empirické části diplomové práce .....	54
2.3 Etika výzkumu .....	57
3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace .....	58
3.1 Informovanost pečujících osob o stavu pacienta a jeho prognóze .....	58
3.2 Spolupráce pečujících osob s odborníky během hospitalizace.....	73
3.3 Zapojení rodiny do následné péče po propuštění z hospitalizace .....	90
3.4 Diskuse.....	117
3.5 Návrhy a doporučení pro praxi .....	119
4 Závěr .....	121
Seznam použitých zdrojů .....	123
Přílohy .....	129

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Kvalita, srozumitelnost a užitečnost poskytovaných informací.....	61
Tabulka 2: Frekvence a způsob poskytování informací během hospitalizace.....	65
Tabulka 3: Informovanost o následné péči.....	71
Tabulka 4: Spolupráce pečujících osob s odborníky během hospitalizace a zotavení.....	77
Tabulka 5: Iniciativa rodiny a její přijetí ze strany odborníků.....	81
Tabulka 6: Dostupnost personálu a (ne)možnost spolupráce s rodinou během hospitalizace....	85
Tabulka 7. Role a potřeby rodiny v procesu hospitalizace.....	88
Tabulka 8: Podpora při propouštění pacienta.....	94
Tabulka 9: Zajištění následné péče a podpora po propuštění.....	98
Tabulka 10: Podpora rodin v procesu zotavování.....	103
Tabulka 11: Institucionální podpora rodin po hospitalizaci.....	109
Tabulka 12: Podpora rodinných příslušníků během a po hospitalizaci.....	112
Tabulka 13: Celkové zhodnocení zdravotnických služeb osobami blízkými.....	116

## Seznam zkratek

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká republika

GDPR - General Data Protection Regulation (*Obecné nařízení o ochraně osobních údajů*)

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (*Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj*)

PTSD – Posttraumatic Stress Disorder (*posttraumatická stresová porucha*)

RILSA – Research Institute for Labour and Social Affairs (*Výzkumný ústav práce a sociálních věcí*)

WHO – World Health Organization (*Světová zdravotnická organizace*)

## Úvod

Tato diplomová práce se zaměřuje na analýzu psychosociální podpory, kterou rodiny poskytují osobám trpícím duševním onemocněním. Cílem je prozkoumat, jakým způsobem odborníci spolupracují s rodinnými příslušníky, jakým způsobem předávají informace a jak se blízcí nemocného vyrovnávají s náročnými okolnostmi, které nemoc přináší. Rodina čelí velkým výzvám na psychické, emoční, sociální i materiální úrovni, a proto je kladen důraz na její systematickou podporu. Je prokázáno, že aktivní zapojení rodiny do péče o nemocného výrazně přispívá k jeho zotavení. Tato práce se soustředí na oblasti, kde rodina potřebuje nejvíce pomoci, aby byla schopná svou roli zvládat co nejlépe.

Těžká duševní nemoc má dopad na všechny členy rodiny a zásadně mění jejich každodenní život. Proto je nezbytné podporovat nejen samotného nemocného, ale i jeho rodinné příslušníky. Význam podpory rodiny narůstá v kontextu deinstitucionalizace psychiatrické péče, která klade větší odpovědnost na rodinné prostředí nemocného. Onemocnění totiž přináší emoční a psychickou zátěž, ovlivňuje sociální vztahy a vytváří tlak na finanční zabezpečení. Nedostatek informací vede k nepochopení a pocitům odcizení mezi rodinnými příslušníky a jejich okolím. Aby rodina mohla účinně pomáhat, potřebuje dostatek informací o povaze nemoci, jejích projevech, léčbě a dopadu na každodenní život. Bez těchto informací může být pro rodinu obtížné nemoc přijmout a vyrovnat se s jejím stigmatem.

Rodiny musí dostávat jasné a srozumitelné informace o dostupných službách, možnostech podpory a postupech, jak se zapojit do péče o nemocného. Důležité je také poskytnout rodinám čas a podporu pro adaptaci na změny, které nemoc přináší. Lidé s duševními poruchami potřebují nejen odbornou péči, ale i stálou oporu rodiny a blízkých, která hraje klíčovou roli v procesu jejich zotavení. V oblasti psychiatrické péče je důležité navázat efektivní spolupráci mezi zdravotníky a rodinou pacienta. Rodina by měla být vedena k tomu, jak svého blízkého podpořit, povzbudit a pomoci mu obnovit samostatnost. Úspěšná léčba, rehabilitace a resocializace jsou silně závislé na pozitivním přístupu rodiny a okolí nemocného. Kvalitní vzdělávání a spolupráce s odborníky může snížit riziko relapsů, omezit počet hospitalizací a významně přispět ke zlepšení kvality života celé rodiny.

Vzhledem k tomu, že v České republice není podpora rodinných příslušníků dostatečně rozvinutá, autorka se rozhodla zaměřit svůj výzkum na roli rodinných příslušníků, kteří pečují o pacienty s duševním onemocněním. Zatímco v zahraničí se tento problém zkoumá již od 70. let a existuje mnoho intervenčních programů, v českém kontextu je výzkumu v této oblasti méně a podpora rodin v rámci zdravotnického systému stále zaostává. Tato práce se zaměřuje na teoretické vymezení problému, přičemž podrobně popisuje, co duševní onemocnění obnáší, jak se s ním pracuje a jakou roli v procesu léčby hraje rodina. Teoretická část je propojena s praktickou částí. Výzkum je založen na polostrukturovaném rozhovoru, jehož cílem je odpovědět na konkrétní výzkumné otázky. Polostrukturovaný rozhovor poskytuje prostor pro podrobné a detailní odpovědi, které umožňují hlubší porozumění dané problematice.

Péče o zdravotně oslabeného nebo dlouhodobě nemocného člověka je jedním z nejnáročnějších úkolů, kterému mohou rodinní příslušníci čelit. V České republice se podle odhadů do neformální péče zapojuje až stovky tisíc lidí, kteří se starají o své blízké v domácím prostředí, často bez odborného zázemí, podpory a nároků na adekvátní služby. Tito tzv. neformální pečující hrají zásadní roli při zajištění kontinuity péče o pacienta, zejména v přechodu mezi nemocnicí a domácím prostředím, přesto zůstávají v systému zdravotní i sociální péče často opomíjeni.

Nemoc a hospitalizace představují nejen zásah do života samotného pacienta, ale i jeho rodiny. Rodinní příslušníci se ocitají v nové, mnohdy náročné situaci, kdy musí rychle absorbovat informace, rozhodovat se v nejistotě a často převzít roli pečovatele bez předchozí zkušenosti či podpory. Přestože je význam rodiny v péči o nemocného dlouhodobě uznáván, praxe ukazuje, že jejich potřeby a zkušenosti nejsou systematicky reflektovány – zejména v oblasti komunikace s odborníky, plánování péče a přístupu k informacím.

Zahraniční i české výzkumy ukazují, že kvalita komunikace mezi zdravotníky a pečujícími, úroveň informovanosti a podpora při přechodu do domácí péče významně ovlivňují nejen kvalitu života pacienta, ale i míru stresu, vyhoření a spokojenosti pečujících osob. Přesto zůstává jejich hlas v odborné i veřejné diskusi často upozadě.

Tato diplomová práce se proto zaměřuje na zkoumání zkušeností pečujících osob v souvislosti s hospitalizací jejich blízkého a následnou péčí po návratu domů. Cílem práce je porozumět, jak pečující osoby vnímají komunikaci se zdravotnickými pracovníky, jak probíhá jejich spolupráce s odborníky během hospitalizace, a jaké jsou jejich zkušenosti s péčí po propuštění z nemocnice.

Výsledky tohoto kvalitativního výzkumu by měly přispět k hlubšímu porozumění potřebám pečujících osob a poukázat na oblasti, které si žádají zlepšení – ať už na úrovni komunikace, organizace přechodové péče, nebo podpory v domácím prostředí.

# 1 Teoretická část

## 1.1 Rodina a duševní onemocnění

Rodina představuje základní sociální jednotku, která hraje klíčovou roli při zvládnání nemoci blízkého člena, včetně duševních onemocnění. Tato kapitola se zaměřuje na funkce rodiny ve vztahu ke zdraví a nemoci, s důrazem na roli rodinných příslušníků jako neformálních pečujících. Popisuje, jak duševní onemocnění ovlivňuje fungování rodiny, jakou zátěž přináší péče o nemocného a jaké potřeby mají pečující osoby. Dále se věnuje i stigmatizaci, která může negativně ovlivňovat jak pacienta, tak jeho rodinné zázemí. Tato témata vytvářejí základní rámec pro pochopení významu informovanosti, podpory a spolupráce zdravotníků s rodinou.

### 1.1.1 Úloha rodiny a její funkce

Rodina je nejstarší a základní společenskou institucí, která tvoří základní a přirozenou jednotku společnosti. Pomáhá jednotlivci formovat jeho vztahy, hodnoty, postoje a způsob života. Mezi její hlavní funkce patří materiální podpora (ekonomické zajištění), výchovná (formování hodnot a norem), emocionální (poskytování opory a ochrany) a biologická (reprodukční, zajištění pokračování populace). Aby rodina byla schopná plnit všechny tyto funkce, je nezbytné, aby byli její členové přítomní a aktivní v jejím životě.

Z pohledu sociologie je rodina vnímána jako původní a klíčová společenská skupina, která je základem sociální struktury a ekonomickou jednotkou. Jejím hlavním úkolem je reprodukce, socializace potomků, přenos kulturních hodnot a udržování kontinuity kulturního vývoje (Petrušek et al., 1996). Z psychologického hlediska rodina představuje skupinu spojenou manželstvím nebo pokrevními vztahy, která je založena na vzájemné odpovědnosti a pomoci (Hartl, Hartlová, 2004).

Rodina byla vždy prvním a často jediným zdrojem podpory pro jednotlivce, kteří se ocitli v těžké situaci, bez ohledu na to, zda se do ní dostali z důvodu vrozeného hendikepu nebo později v životě. V tradičních společnostech byla rodina silně spojena jak vztahovou, tak ekonomickou solidaritou, a jakékoliv porušení této solidarity bylo nepředstavitelné (Matoušek, 2008).

Vztahy v rodině byly definovány křesťanskou manželskou morálkou, manželství bylo chápáno jako nerozlučitelný svazek, jehož hlavním cílem bylo plození dětí, které měly i ekonomický přínos. Počet dětí byl vysoký, stejně jako dětská úmrtnost. V tomto uspořádání byla patrná nerovnost mezi muži a ženami, včetně sexuální nerovnosti. Rodiny byly stabilní a nezávislé na vnějším prostředí (Krebs, 2015).

S příchodem industrializace a urbanizace v 19. století došlo k postupnému rozpadu vícegeneračních rodin a vznikl prostor pro liberálnější rozvodové zákony. Počet dětí v rodinách klesal a lidé začali více rozhodovat o svém osudu na základě vlastních preferencí. V 20. století mělo na rodinnou strukturu vliv masivní vstup žen na pracovní trh a rozšíření antikoncepce, což vedlo k emancipaci žen (Matoušek, 2008).

Základní funkce rodiny dnes zahrnují materiální (ekonomické) zajištění, kdy její členové spolupracují na zajištění financí a podpory pro domácnost. Výchovná funkce zahrnuje podporu jednotlivce při osvojování hodnot, postojů, norem a způsobu života, a pomáhá mu při socializaci do společnosti. Emocionální funkce znamená poskytování citové podpory a ochrany, stejně jako naplňování osobních potřeb jedince. Konečně, biologická funkce (reprodukční) zajišťuje zachování lidského druhu. Aby rodina mohla plnit všechny tyto funkce, je nezbytná přítomnost všech jejích členů (Klevetová, Dlabalová, 2008).

Z pohledu sociologie lze rodinu chápat jako základní a nejdůležitější společenskou jednotku a instituci, která tvoří klíčový prvek sociální struktury a zároveň funguje jako ekonomická jednotka. Jejím hlavním úkolem je reprodukce, zajištění přežití lidského druhu, výchova potomků a jejich socializace, ale i předávání kulturních hodnot a zajištění kontinuity kulturního vývoje (Petrušek et al., 1996).

Z psychologického pohledu je rodina definována jako společenská skupina, která je spojena manželstvím nebo pokrevními vztahy a zahrnuje vzájemnou zodpovědnost a pomoc mezi členy (Hartl, Hartlová, 2004).

#### **1.1.1.1 Proměny podoby rodiny**

Rodina byla od dávných dob hlavním a často jediným zdrojem podpory pro jednotlivce, kteří se ocitli v těžké situaci. Nezáleželo na tom, zda se člověk s hendikepem narodil, nebo zda se do těžkostí dostal až později v životě. V tradičních rodinách byla přítomná silná vzájemná vztahová a ekonomická solidarita, a její porušení bylo považováno za nepředstavitelné (Matoušek, 2008).

Chování v rámci rodiny bylo řízeno zásadami křesťanské manželské morálky. Rodina často zahrnovala tři i více generací. Manželství bylo chápáno jako nerozlučný svazek muže a ženy, jehož hlavním cílem bylo plození dětí, jež byly vnímány jako ekonomická výhoda. Počet narozených dětí býval vysoký, ale vysoká byla také dětská úmrtnost. V těchto rodinách panovala silná nerovnost mezi muži a ženami, včetně sexuální nerovnosti. Rodiny byly poměrně stabilní a téměř nezávislé na vnějším prostředí (Krebs, 2015).

V průběhu 19. století, spolu s industrializací a urbanizací, došlo k zásadním změnám v uspořádání rodiny. S rozvojem měst se začal projevovat rozsáhlý přesun za prací, což vedlo k úpadku tradičního vícegeneračního soužití. Současně došlo k přijetí liberálnějších rozvodových zákonů a poklesu počtu dětí v rodinách (Krebs, 2015).

Lidé začali více ovládat svůj osud a v nejdůležitějších životních rozhodnutích, jako je počet dětí a založení rodiny, se řídili vlastním přáním a pocity. Během 20. století měla na podobu rodiny zásadní vliv masivní vstup žen na pracovní trh a dostupnost antikoncepce. Tímto způsobem se ženy osamostatnily a přestaly být podřízené mužům (Matoušek, 2008).

Postmoderní rodiny jsou zakládány především z důvodu uspokojování citových potřeb partnerů, nikoliv kvůli reprodukci. Stabilita těchto rodin je více závislá na emocionálním vztahu mezi

partnery. Rodina se stává privátním projektem. Stále méně rodin uzavírá manželství civilním nebo církevním obřadem, roste počet párů, které nejsou sezdány. Dítě dnes představuje především emocionální investici a z čistě ekonomického pohledu jde o významnou, nevratnou investici. Z tohoto důvodu je narození dítěte pečlivě zvažováno, a proto se v rozvinutých zemích rodí stále méně dětí. V minulosti byly rodiny s mnoha dětmi nezbytností, protože o staré a nemocné členy se starala rodina, nikoliv stát. Přežití bez rodinné podpory bylo pro jakéhokoliv hendikepovaného jedince téměř nemožné. Dnešní postmoderní rodina je křehká, protože citové pouto, které ji spojuje, je slabé. Roste počet dětí vyrůstajících v neúplných rodinách, kde je matka často jediným pečovatelem. Zvyšuje se i počet dětí, které vyrůstají s nevlastními rodiči. Některé děti mají biologické rodiče, ale ti nejsou schopni nebo ochotni o ně pečovat. Křehkost soudobých rodin je vyvážena státní ochranou dětí, zejména v případech vážných neshod mezi partnery, a rozvojem systému náhradní rodinné péče. Stát převzal velkou část péče o osoby v krizových situacích. Jsou však i případy, kdy rodiny přebírají funkce, které stát neplní podle jejich představ, jako je například domácí vyučování, zřízení malých jeslí nebo domácí porody (Matoušek, 2008).

#### **1.1.1.2 Současný význam rodiny v péči a role neformálních pečujících**

V kontextu proměn rodiny a vývoje sociálních politik v posledních desetiletích nabývá na významu pojem neformální péče, která je poskytována mimo rámec institucionálních služeb a obvykle zajišťována rodinnými příslušníky či blízkými osobami. V České republice zajišťují tyto neformální pečující významnou část každodenní péče o osoby se zdravotním postižením, seniory nebo osoby s duševním onemocněním, a to často bez adekvátního uznání či systematické podpory (Kotrusová et al., 2020).

Tento trend souvisí s procesem označovaným jako podporovaná familializace péče, při němž stát přenáší část odpovědnosti za péči zpět na rodinný systém. Zatímco v minulosti byl rozvoj institucionální péče spojován s profesionalizací a odosobněním, současné politiky kladou důraz na podporu péče v přirozeném prostředí, která je považována za citlivější a individuálnější přizpůsobenou potřebám pečované osoby. Tento posun je zároveň podmíněn omezenou kapacitou a finančními možnostmi systému veřejných služeb (Kotrusová, 2020).

Rodinní pečující se tak stávají klíčovým článkem systému sociálně-zdravotní péče. Výzkumy ukazují, že více než 80 % péče v ČR je poskytováno v domácím prostředí a že se na ní podílejí zejména ženy středního věku, které současně pečují o své rodiče i o vlastní děti. Tento fenomén tzv. sendvičové generace přináší výraznou zátěž, a to jak psychickou, tak ekonomickou. Neformální péče bývá časově náročná, často trvá několik let a v některých případech nahrazuje činnost celého profesionálního týmu. Přesto je práce rodinných pečujících často neviditelná, nedocenená a jen minimálně systémově podporovaná (RILSA, 2022).

Na tuto skutečnost reagoval i projekt „Podpora neformálních pečovatelů“, který se zaměřil na mapování potřeb pečujících osob, návrh systémových opatření a rozvoj poradenských a vzdělávacích služeb. Výstupy projektu ukázaly, že mezi nejčastější problémy patří nedostatek informací, nejasná orientace v systému služeb a absence koordinace mezi zdravotní a sociální

složkou péče. Doporučeno bylo mimo jiné zřízení kontaktních míst pro pečující osoby, rozvoj respitních služeb, zavedení flexibilních forem pracovního úvazku a uznání doby péče pro účely důchodového zabezpečení.

Roli rodiny jako základní jednotky péče tedy nelze v současnosti nahlížet izolovaně, ale je nutné ji chápat v kontextu širšího propojení formálních a neformálních zdrojů podpory. Aby mohla rodina tuto roli plnit udržitelným způsobem, je nezbytné vytvořit podmínky pro její aktivní zapojení, vzdělávání a průběžnou podporu. Rodina není pouze pasivním příjemcem informací nebo doplňkem profesionální péče, ale často jejím hlavním nositelem a koordinátorem, zejména v období po hospitalizaci nebo při péči o osobu s chronickým či duševním onemocněním.

Z těchto důvodů je třeba usilovat o systémovou integraci rodinných pečovatelů do struktury služeb, a to nejen v rovině praktické podpory, ale i v oblasti uznání jejich kompetencí a zapojení do rozhodovacích procesů. Pouze tak lze dosáhnout udržitelného modelu péče, který odpovídá demografickému vývoji a respektuje hodnotu péče poskytované v přirozeném prostředí.

### **1.1.1.3 Rodina a duševní onemocnění**

Duševní onemocnění nepostihuje pouze jednotlivce, ale zásadně ovlivňuje i jeho rodinné prostředí a blízké. Tato onemocnění přináší širokou škálu změn, které se týkají nejenom zdravotního stavu nemocného, ale i dynamiky rodinných vztahů, rozdělení povinností, emocionálního klimatu, a v neposlední řadě také finanční a sociální situace rodiny. Důsledky dlouhodobé nemoci mohou být pro rodinu psychicky i sociálně náročné, což může vést k významným změnám ve fungování celé rodiny (Bártlová 2006, Závodná 2005).

Duševní onemocnění zpravidla narušuje rodinnou rovnováhu a pohodu, což vede k posunu tradičních rolí v rodinném systému. Nemocný člen rodiny může přestat plnit svou roli, což způsobuje její přenesení na ostatní členy, což ovlivňuje rodinnou interakci a vztahy. Tento proces může vést k výskytu negativních emocí, jako jsou frustrace, úzkost, bezmocnost nebo obavy o budoucnost (Gulášová 2006, Vágnerová 2008). Členové rodiny často čelí výzvam, jak zvládat neznámé situace, což zvyšuje jejich stres a může vést k celkové destabilizaci rodinných vztahů. To vše se promítá do změn ve vzorcích chování a interakcí mezi jednotlivými členy rodiny, kdy nemocný bývá často izolován a distancován od ostatních (Vágnerová 2008).

Když duševní onemocnění zasáhne člena rodiny, má to také zásadní dopad na jeho vnímání sebe sama a na vztahy s okolím. Pacienti se často potýkají se ztrátou sebevědomí, což může vést k sociální izolaci a ústupu od komunikace. Tento proces může být ještě zhoršen, pokud rodina neprojevuje dostatečnou podporu, nebo pokud má tendenci nemocného izolovat a vyhýbat se otevřené komunikaci o nemoci. Tato izolace nejenže zhoršuje psychický stav nemocného, ale může také přispět k narušení atmosféry v domácnosti (Vágnerová 2008).

Při poskytování ošetrovatelské péče o pacienty s duševním onemocněním je klíčové zapojení celého multidisciplinárního týmu, který spolupracuje s rodinou pacienta. Tento tým poskytuje nejen odbornou péči, ale také klade důraz na edukaci rodiny o povaze onemocnění, prevenci recidivy a strategiích resocializace. Efektivní spolupráce mezi rodinou a zdravotníky je nezbytná

pro vytvoření podpůrného domácího prostředí, které napomáhá nemocnému k lepšímu přizpůsobení se nové situaci a zajišťuje úspěšný návrat do běžného života (Bártlová 2005, Gulášová 2006). Je důležité, aby rodina respektovala rady a doporučení odborníků, protože to zajišťuje efektivní podporu nejen pro pacienta, ale i pro samotnou rodinu. V případě, že spolupráce rodiny s odborníky selhává, může to vést k negativním postojům vůči nemocnému, což následně způsobuje jeho ještě větší izolaci a oddělení od rodinného systému (Vágnerová 2008).

Správně nastavená a vyvážená komunikace, stejně jako vzájemná podpora mezi rodinou a odborníky, jsou klíčovými faktory pro úspěšnou rehabilitaci a prevenci relapsu. Účinná spolupráce s rodinou je nejenom důležitá pro zajištění zdravotní péče, ale také pro stabilizaci a zlepšení kvality života jak nemocného, tak i jeho blízkých (Bártlová 2006).

#### **1.1.1.4 Fáze vyrovnávání rodiny s duševním onemocněním**

Potvrzení diagnózy duševního onemocnění je pro rodinu zásadním šokem, který může mít dlouhodobý dopad na její fungování a vztahy. Rodina často nemá připravené strategie pro zvládnutí této situace, což ji vystavuje intenzivní psychické zátěži. Postoje a reakce jednotlivých členů rodiny se obvykle vyvíjejí v několika fázích, které jsou provázeny různými emocemi, ať už strachem, úzkostí, vinou nebo frustrací. Tyto fáze lze popsat následujícím způsobem:

I. fáze - Popření skutečnosti: Po diagnostikování duševního onemocnění se u rodinných příslušníků často objevuje pocit šoku, strachu a úzkosti. Mnozí mohou nemoc popírat nebo bagatelizovat její závažnost, což je reakcí na těžkou realitu. Tento postoj může souviset s obavami ze stigmatizace a obavy z negativního hodnocení okolí. Někdy se nemoc tají před širším okolím, což může vést k izolaci rodiny (Matoušek, 2003; Vágnerová, 2008).

II. fáze - Hledání příčin (viny) za vznik nemoci: Jak se nemoc stále více projevuje, rodina začíná přijímat fakt, že jeden z jejích členů trpí duševní poruchou. Začíná hledat příčiny vzniku nemoci, přičemž se často objevují tendence obviňovat sebe, nemocného nebo zdravotníky. Tento proces může být provázen frustrací, hněvem a zlostí, které negativně ovlivňují vztahy mezi členy rodiny a mohou vést k narušení každodenního života (Vágnerová, 2008).

III. fáze - Hledání pomoci a léčby: V této fázi rodina začíná aktivně hledat odbornou pomoc, lékařskou péči a psychotherapeutické možnosti. Mnozí členové rodiny čelí těžkostem, jako jsou neznalost možností léčby nebo negativní postoj k určitému typu terapie. V této fázi může být přítomná psychická únava a frustrace, která vede k rezignaci nebo dokonce ke ztrátě motivace pro spolupráci s odborníky. Mnozí se cítí bezradní a mohou mít tendenci se stáhnout do sebe (Vágnerová, 2008; Wenigová 2017).

IV. fáze - Přijetí nemoci: Pokud rodina dokáže překonat psychické bariéry a přizpůsobit se nové realitě, dochází k realistickému pohledu na situaci. Rodina si uvědomuje nutnost změny životního stylu a přizpůsobení se novým podmínkám. Dochází k tomu, že rodina už neizoluje nemocného a přijímá jeho onemocnění, což může vést k lepší vzájemné podpoře a otevřené komunikaci. Některé rodiny však tuto fázi nezvládnou, což může vést k rozhodnutí o umístění

nemocného do ústavní péče, nebo dokonce k rozpadu rodinných vztahů (Matoušek, 2003; Vágnerová, 2008; Wenigová 2017).

Psychóza a jiná závažná duševní onemocnění mohou nejen zásadně ovlivnit samotného pacienta, ale i jeho rodinné příslušníky. Tyto stavy představují pro rodinu obrovský stres a trauma, které je třeba zpracovat. Zatímco přibližně 60 % dopadá na samotného nemocného, 40 % této zátěže nesou jeho blízcí. Rodina se musí vyrovnat s různými emocemi, pocity viny, bezmoci a někdy i neurotickými reakcemi, které mohou vést k nutnosti odborné pomoci (Jarolímek, 2017). Tyto fáze jsou podobné těm, které procházejí lidé zasažení jakoukoliv krizovou situací, ať už v případě ztráty blízkého nebo jiných traumatických událostí.

Reakce rodiny na vypuknutí závažného duševního onemocnění obvykle procházejí několika fázemi. Začínají šokem, pokračují popíráním, hledáním příčiny, až nakonec dochází k přijetí nemocného do nové role v rámci rodinného systému. Pro rodinu je klíčové najít správnou rovnováhu mezi podpůrnou péčí o nemocného a udržením funkčnosti rodinných vztahů (Matoušek, 2014).

Rodina sice není nemocná, ale její fungování může být nemocí zásadně ovlivněno. Těžká psychóza může rodinu dostat do krizového stavu, kdy se veškerá pozornost soustředí na nemocného a problémy ostatních členů rodiny mohou zůstat přehlíženy. Tato situace často vede k tomu, že rodina přestává věnovat pozornost i vlastním zdravotním problémům a potřebám. V krizové fázi se mohou objevit otázky, zda onemocnění nebylo způsobeno nějakým selháním rodiny, a jak by mohla situaci změnit nebo zlepšit (Kalina, 2001).

#### **1.1.1.5 Rodina jako zdroj informací**

Pokud se plánuje zapojení rodiny do procesu ošetrovatelské péče, je nezbytné vnímat její význam a nenahraditelnou roli v péči o osobu s duševním onemocněním. Rodinní příslušníci představují důležitý zdroj informací o pacientovi, jeho zvyklostech, chování a anamnéze, což může významně přispět ke zvýšení kvality a efektivity poskytované péče. Podle Juřekové a Závodné (2005) se aktivním zapojením stávají rodinní příslušníci přímými účastníky ošetrovatelské péče a plní ochrannou, preventivní i podpůrnou funkci.

Odborníci v oblasti ošetrovatelství zdůrazňují, že spolupráce s rodinou by měla být nedílnou součástí práce multidisciplinárního týmu, který zahrnuje sestry, lékaře, psychology, sociální pracovníky a další profesionály. Právě tento tým má odpovědnost za koordinaci péče, edukaci rodinných příslušníků a vytváření prostoru pro jejich aktivní participaci. Efektivní zapojení rodiny tak nejen podporuje proces léčby, ale rovněž snižuje riziko opětovné hospitalizace a přispívá k úspěšnější sociální reintegraci pacienta.

Pro plánování péče a následných zásahů je klíčové získat potřebné informace, které umožní identifikovat potřeby pacienta a zároveň posoudit rodinu a sociální zázemí osoby trpící duševním onemocněním (Mlýnková 2010).

Během rozhovorů musí sestra shromáždit podrobné a komplexní informace o celé rodině. Tyto informace zahrnují biologické údaje (rodinnou anamnézu, fyzický a psychický stav členů rodiny

apod.), psychologické aspekty (vývoj a fungování rodiny, vzorce vzájemných vztahů, životní cyklus rodiny, komunikační vzorce, způsoby zvládnání stresu) (Boyd 2007).

V sociální oblasti se soustředí na informace o sociálním standardu rodiny, její sociální úrovni, finančních možnostech a schopnosti využívat sociální podporu, pomoc, stejně jako přístup k psychiatrickým a doplňkovým službám (Mlýnková 2010).

Po vyhodnocení získaných informací má sestra jasnější představu o modelu a struktuře rodiny a jejich vzájemných interakcích. Tato analýza jí umožňuje lépe zaměřit edukaci a intervence na podporu integrity a fungování rodiny jako celku. Pomáhá také rodině pochopit, jaké důsledky má duševní onemocnění pro všechny její členy a vytvářet nové strategie pro zlepšení jejich vzájemných vztahů (Boyd 2007).

#### **1.1.1.6 Duševní hygiena rodin duševně nemocných**

Přítomnost duševního onemocnění v rodině nepostihuje jen samotného nemocného, ale má vliv i na ostatní členy rodiny, zejména když některé příznaky nemoci nelze zcela eliminovat ani dlouhodobou léčbou. V takových případech může být rodina ohrožena fyzickými, psychickými a psychosomatickými problémy. Sestra doporučuje rodinným příslušníkům určitá pravidla duševní psychohygieny, která pomohou zvládnout stres spojený s péčí o nemocného. Může doporučit používání relaxačních technik, zejména v obdobích napětí a vyčerpání. Dále je pro psychickou pohodu důležité udržovat smysl pro humor, aktivně se zapojovat do sociálních kontaktů a vztahů s okolím i přáteli, mít nějaký koníček, pravidelně se věnovat pohybu, chodit na procházky a do přírody a věnovat se četbě. Je nezbytné, aby se rodinní příslušníci nezanedbávali a věnovali se také sami sobě. Tyto zásady představují jen část doporučení, která sestra poskytuje pro zvládnutí zátěže spojené s péčí o člověka s duševním onemocněním (Doubek 2008, Praško 2005, Praško 2001).

#### **1.1.1.7 Přístup rodiny k psychicky nemocnému**

*„Chroničtí pacienti často nezakládají rodiny, častěji žijí s rodiči nebo sourozenci. V rodinách mohou vzniknout vážné konflikty. Rodiče bývají hyperprotektivní, úzkostní nebo nadměrně kritičtí. Pokusy o kontrolu nemocného, například sledování užívání léků, mohou narušit jeho snahu o nezávislost, což vede k tomu, že je přestane užívat, a může se opět objevit relaps. Rodina tedy musí najít způsob, jak umožnit dítěti částečnou autonomii, aniž by se cítila ohrožena jeho relapsy nebo znechucena jeho chováním“ (Ocisková, Praško, 2015, s. 71).*

Rodina má velký vliv na nemocného, který může být jak pozitivní, tak negativní. Existují dva extrémy negativních přístupů – přehnaně ochranný a přehnaně kritický. V prvním případě rodina vytváří příliš ochrannou atmosféru. Rodiče se chovají k nemocnému jako k bezmocnému dítěti, poskytují mu vše, co potřebuje a dělají rozhodnutí místo něj. Mají pocit, že přesně vědí, co je pro něj nejlepší. Tímto způsobem však nemocnému brání v tom, aby se opět stal plně funkčním dospělým. Tento nadměrný přístup ho udržuje v pasivní závislosti, která je pro

něj škodlivá, ale nemůže se z ní vymanit. V napjaté situaci může u nemocného dojít k opětovnému propuknutí psychózy. V případě přehnaně kritického přístupu je nemocný neustále vystavován kritice za své chování, které je většinou důsledkem jeho psychického stavu. Rodinní příslušníci to často nevidí a obviňují ho například z lenosti nebo úmyslného zdržování. Mohou mít pocit, že když má nemocný zdravé ruce a nohy, neměl by mít problém jít do práce. Tento přístup vede k tomu, že nemocný reaguje podrážděně nebo se stahuje do izolace. Neustálé konflikty v rodině vytvářejí napjatou a nepřátelskou atmosféru, která může negativně ovlivnit jeho duševní zdraví. Přehnaná kritika je stejně škodlivá jako přehnaná péče a láska (Jarolímek, 2021).

Na rozdíl od těchto extrémních přístupů je doporučován přístup založený na toleranci, trpělivosti a přátelské atmosféře. V tomto prostředí by nemocný neměl být obviňován za projevy své nemoci ani se za ně stydět. Je důležité vytvářet atmosféru přijetí a emocionální podpory. Citová podpora znamená porozumění, trpělivost a laskavost. Pokud nemocný vypráví bludy, je důležité je nevyvracet, ale sdělit, že na věci máme jiný názor. Při komunikaci s nemocným je vhodné používat jasné a jednoduché informace, vyhýbat se komplikovaným formulacím a nejasným pokynům. Je také důležité, aby se nemocnému co nejméně odebírala jeho zodpovědnost. Při komunikaci je třeba si dávat pozor na „dvojitou vazbu“, která může vyvolat úzkost u lidí trpících psychózou. Tento termín označuje situaci, kdy jsou sdělení v rozporu, například když říkáme, že někoho máme rádi, ale zároveň se mračíme. V takovém případě nemocný nedokáže rozlišit, které z těchto informací je pravdivé (Praško et al., 2001).

#### **1.1.1.8 Podpora rodiny**

*„Podporu rodiny chápeme jako programy zaměřené na pomoc členům rodiny, aby vzájemně uspokojovali své potřeby a zároveň se chovali s ohledem na zájmy rodiny i mimo domácí prostředí. Tato podpora neorientuje pouze na potřeby dítěte, ale i na chování dospělých a jejich spokojenost v rámci rodiny.“* (Matoušek, Pazlarová a kol., 2014, s. 13).

Matoušek dále uvádí, že podpora rodiny není totéž jako rodinná terapie. Rodinná terapie si žádá odborný výcvik a zaměřuje se převážně na vztahové a komunikační vzorce v rodině, přičemž je většinou poskytována ve specializovaných zařízeních. Naopak podpora rodiny je poskytována pracovníky nejen v terapeutických centrech, ale i přímo v rodinném prostředí, a to v různých fázích. Tento typ podpory se soustředí na fungování rodiny a její vztahy s různými organizacemi a místními komunitami, čerpá z dostupných zdrojů, jako je širší rodina, dobrovolníci, sousedé, a nezávisí jen na profesionálních službách jako sociální pracovníci, pečovatelé, psychiatři nebo pedagogové (Matoušek, Pazlarová a kol. 2014).

Jak již bylo zmíněno, zapojení rodiny, příbuzných a dalších blízkých osob do rehabilitace může výrazně zlepšit průběh a výhled nemoci. V praxi se ukazuje, že rodinní příslušníci a blízcí nejčastěji postrádají potřebné informace. Nevědí, jak se orientovat v nové situaci, nemají jasno v tom, co nemoc obnáší, co je čeká, jaké kroky by měli očekávat a jak mohou podpořit svého blízkého a přispět k jeho uzdravování. Často nevědí, na koho se obrátit pro pomoc a jaké intervence požádat. Profesionálové by měli aktivně oslovit rodinu, zapojit ji do rehabilitace

a nabídnout potřebnou podporu. Jedním z prvních kroků je zorganizování individuálních setkání s pracovníkem, na nichž se stručně proberou podrobnosti o nemoci a aktuální problémy v rodině, které s ní souvisejí. Tato setkání rovněž slouží k tomu, aby rodina poznala prostředí, kde jejich blízký čerpá terapeutickou podporu, a seznámila se s pracovníky. Tento krok může pomoci snížit úzkost, kterou rodina cítí v souvislosti s nemocí (Wenigová, 2017).

Tímto způsobem kontaktovaná a zapojená rodina může aktivně participovat na zotavovacím procesu, například prostřednictvím společného plánování. To umožňuje rodinným příslušníkům lépe porozumět procesu, který se s jejich blízkým odehrává, a rozumět dalším krokům, což zjednodušuje orientaci v celkovém dění a pomáhá vyjasnit případná nedorozumění. Také se mohou jasněji definovat jejich role v tomto procesu. Někdy se stává, že názor rodiny a profesionálů na další postupy v rehabilitaci se liší, což může mít za následek zpomalení nebo přerušování zotavovacího procesu (Matuška, 2000).

Další důležitou součástí podpory rodiny je nabídka edukačních kurzů pro rodiny s dospělými duševně nemocnými. Tyto programy poskytují rodinným příslušníkům důležité informace o specifických onemocněních a jsou navrhovány odborníky (Matuška, 2000).

### 1.1.2 Zátěž, potřeby a rizika neformálních pečujících

Neformální pečující, nejčastěji rodinní příslušníci, představují klíčový pilíř systému péče o osoby se závažným chronickým nebo duševním onemocněním. V evropském i českém kontextu zajišťují dlouhodobou podporu, která často zahrnuje nejen praktickou pomoc, ale také psychickou a emoční oporu. Přestože jejich role je zásadní, ve zdravotně-sociálním systému bývá často opomíjena, institucionálně slabě zakotvena a podhodnocena (Kotrusová, 2022; RILSA, 2015).

#### 1.1.2.1 Typologie zátěže pečujících

Zátěž neformálních pečujících je komplexní a zahrnuje několik navzájem se prolínajících oblastí:

- Fyzická zátěž – souvisí s fyzickou náročností každodenní péče, manipulací s nemocným, nočním vstáváním a dlouhodobým nedostatkem odpočinku.
- Psychická a emoční zátěž – projevuje se chronickým stresem, pocity úzkosti, depresivními příznaky či syndromem vyhoření. V péči o osoby s duševním onemocněním je častá i ambivalence emocí a nejistota ohledně budoucího vývoje nemoci (Praško et al., 2005).
- Sociální zátěž – zahrnuje izolaci, narušení partnerských vztahů, ztrátu volného času a přátelských kontaktů.
- Ekonomická zátěž – spočívá v omezení nebo ztrátě příjmu, nezbytných výdajích na péči a s tím souvisejícím finančním tlakem.
- Informační zátěž – mnozí pečující postrádají dostatek informací o onemocnění, léčbě, právech nemocného i dostupných službách.

Tato kombinace faktorů může vést k tzv. "caregiver burden", tedy souhrnné zátěži, která negativně ovlivňuje kvalitu života pečující osoby i samotného příjemce péče (Boyd, 2007; Mlýnková, 2010).

#### **1.1.2.2 Rizika pro psychické a fyzické zdraví**

Dlouhodobá a intenzivní péče bez adekvátní profesionální podpory představuje významné riziko pro psychické i fyzické zdraví neformálních pečujících. Výzkumy opakovaně ukazují vyšší výskyt úzkostných a depresivních poruch, poruch spánku, chronické únavy, syndromu vyhoření a celkově snížené kvality života (Ocisková & Praško, 2015; Doubek, 2008). Fyzické dopady zahrnují například zvýšenou náchylnost k infekcím, svalově-kosterní potíže z fyzické zátěže a především vyšší riziko kardiovaskulárních onemocnění v důsledku dlouhodobého stresu a absence psychohygieny (Vitaliano et al., 2003).

Riziko je zvláště vysoké při péči o osoby s těžkými formami duševních poruch, jako je schizofrenie, bipolární porucha, demence či hraniční porucha osobnosti, kdy je zátěž spojená nejen s fyzickou péčí, ale také s emocionálním vypětím, složitou komunikací a náročnými behaviorálními projevy nemocného (Praško, 2005; Vágnerová, 2008). Zvláště těžkou situací je, pokud je pečující osoba na péči dlouhodobě sama, nemá přístup k odlehčovacím službám a není uznávána její role v systému péče. V takovém případě se mohou kumulovat stresory spojené se sociální izolací, ekonomickou zátěží a konflikty uvnitř rodiny (Dorner, 1999; Krupchanka et al., 2018).

Významné jsou také genderové rozdíly – ženy, které tvoří většinu neformálních pečujících, často čelí dvojímu břemenu péče a zaměstnání a vykazují vyšší míru psychického přetížení (Kotrusová, 2022). V kontextu českého systému navíc stále chybí komplexní podpora zaměřená na zdraví pečujících osob, včetně systematického screeningu jejich psychického stavu a dostupnosti psychologické pomoci.

#### **1.1.2.3 Potřeby pečujících a nedostatečná podpora**

Pečující často sami sebe nevnímají jako „pečující osoby“, zejména v případech, kdy je péče vnímána jako přirozená rodinná povinnost (Kotrusová, 2022). To snižuje pravděpodobnost, že by aktivně vyhledali pomoc.

Mezi hlavní potřeby pečujících patří:

- dostupné a srozumitelné informace o nemoci, léčbě a právech nemocného;
- psychologická podpora (např. terapie, krizová intervence, podpůrné skupiny);
- přístup k odlehčovacím službám;
- finanční pomoc a podmínky umožňující sladění práce a péče;

- partnerský přístup odborníků a uznání jejich role.

Současný systém péče v ČR však tyto potřeby často nezohledňuje. Koordinace mezi zdravotní a sociální složkou je slabá, chybí jednotné nástroje pro zjišťování potřeb pečujících a podpora je roztržštěná a obtížně dostupná (RILSA, 2015; MPSV, 2020).

#### **1.1.2.4 Specifika péče o osoby s duševním onemocněním**

Péče o duševně nemocného člena rodiny přináší specifické výzvy. Již první změny v chování – úzkost, výkyvy nálad, podivné řeči, halucinace – často vedou k dezorientaci a stresu v rodině, která se dlouho snaží situaci zvládnout sama. Pomoc je často vyhledána až ve chvíli, kdy situace eskaluje (Dörner, 1999).

Nemocný přestává fungovat v běžných rolích, přestává přispívat do domácnosti, ztrácí zaměstnání a vyžaduje zvláštní péči. V moderních, početně malých rodinách je složité najít osobu, která by péči převzala (Matoušek, 2014). Rodina se navíc musí vyrovnat s nestandardním chováním nemocného – nedodržování hygieny, denního režimu, agresivita, apatie či nadměrná aktivita – což zásadně ovlivňuje běžný chod domácnosti.

Dalším zdrojem zátěže jsou finanční problémy, například nekontrolované utrácení nemocného, nízké invalidní důchody, složitý proces jejich přiznání a otázka budoucnosti péče, až rodiče nebudou schopni pomoci (Krupchanka et al., 2018).

Významnou překážkou je i stigmatizace a diskriminace. Ta postihuje nejen nemocné, ale i jejich rodiny, které čelí předsudkům, nepochopení a nedostatku společenské podpory. Mediální obraz duševních nemocí často přispívá k negativním stereotypům a znesnadňuje rodinám hledání pomoci (Ocisková & Praško, 2015).

Odborná literatura i mezinárodní doporučení, včetně WHO (2013), proto zdůrazňují potřebu partnerského přístupu mezi zdravotníky a rodinou, založeného na respektu, důvěře a aktivním zapojení rodiny do léčby a rozhodování.

#### **1.1.3 Stigmatizace nemocných a jejich rodin v oblasti duševního zdraví**

Stigmatizace duševních onemocnění představuje jeden z nejzásadnějších problémů ovlivňujících nejen pacienty, ale také jejich rodiny. Stigma je chápáno jako soubor negativních stereotypů, předsudků a diskriminačních postojů, které vedou k odmítání, marginalizaci nebo vyloučení osob s duševní poruchou ze společnosti. Tento fenomén má jak psychologické, tak praktické důsledky – ovlivňuje kvalitu života nemocných, jejich přístup ke službám, zaměstnání, vzdělání i sociálním vztahům.

### 1.1.3.1 Formy a projevy stigmatizace

Stigmatizace se v oblasti duševního zdraví projevuje několika způsoby:

- Veřejné stigma (public stigma) zahrnuje stereotypní vnímání osob s duševním onemocněním jako nebezpečných, neschopných či nevypočitatelných. Tyto obrazy jsou často podporovány médii a kulturními narativy.
- Sebe-stigma (internalizované stigma) nastává tehdy, když jedinec přijímá negativní společenské postoje za své. To může vést k pocitům studu, méněcennosti, nízké sebedůvěře a prodlevě ve vyhledání pomoci (Ocisková & Praško, 2015).
- Stigmatizace rodiny (courtesy stigma) se týká rodinných příslušníků, kteří jsou vnímáni jako spoluviníci nebo selhávající pečující. Může vést k sociální izolaci, hanbě a pocitu viny (Boyd, 2007; Bártlová, 2005).

### 1.1.3.2 Dopady stigmatizace na rodinné pečující

Rodiny duševně nemocných čelí často tzv. dvojitě stigmatizaci – ze strany společnosti i institucí. Jsou mnohdy vnímány spíše jako součást problému než jako partneři v péči, což snižuje jejich motivaci zapojit se do léčby nebo vyhledat pomoc (Mlýnková, 2010). Strach z odsouzení může vést k tomu, že rodiny onemocnění tají, čímž se prodlužuje doba bez adekvátní léčby a zvyšuje psychická i fyzická zátěž pečujících (Kotrusová, 2022; Vágnerová, 2008).

Negativní dopady stigmatu se mohou u pečujících projevovat ve formě úzkostí, depresí, frustrace či vyčerpání. Tyto obtíže jsou často posilovány nedostatkem informací, nedůvěrou v odborníky a slabou sociální podporou. Rodiny se tak mohou uzavírat do sebe a vyhýbat se komunitním nebo terapeutickým aktivitám, což dále snižuje kvalitu péče o nemocného a životní pohodu celé rodiny (Corrigan, 2004; Goffman, 1963).

### 1.1.3.3 Antistigmatizační přístupy a doporučení

Boj proti stigmatizaci je nezbytný pro zlepšení života osob s duševním onemocněním i jejich rodin. Strategie reformy psychiatrické péče v ČR (MZČR, 2020) a Akční plán pro duševní zdraví (MZČR, 2022) proto kladou důraz na systematické destigmatizační aktivity.

Mezi účinné nástroje destigmatizace patří:

- osvětové kampaně a sdílení příběhů zotavení,
- edukace zdravotníků o komunikaci s pacienty i jejich blízkými,
- zapojení lidí s vlastní zkušeností do tvorby a hodnocení služeb,
- otevřená diskuse o duševním zdraví ve školách a na pracovištích,
- normalizace duševních poruch jako běžné součásti života.

Zásadní je rovněž uznání rodiny jako aktivního partnera v péči. Podpora jejich zapojení, nabídka služeb šitých na míru a odbourání institucionálních bariér mohou významně snížit negativní dopady stigmatizace a zvýšit efektivitu péče (Parker, 2009; WHO, 2013).

## 1.2 Podpora a informovanost rodin v systému péče

Pro efektivní zvládnání péče o osobu s duševním onemocněním je klíčové, aby rodinní příslušníci měli přístup k relevantním informacím, vhodné komunikaci s odborníky a také k cílené podpoře. Tato kapitola přibližuje hlavní formy podpory, které mohou být rodinám nabídnuty – od informovanosti a edukace až po psychosociální pomoc. Zvláštní pozornost je věnována problematice komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinou, protože nedostatečná nebo nejasná komunikace bývá jedním z největších problémů, které příbuzní během péče o pacienta zažívají. Kapitola se také zabývá důležitou úlohou psychoedukace a prezentuje možnosti systémové i komunitní podpory pečujících.

### 1.2.1 Komunikace s rodinou v kontextu s duševním onemocněním

Komunikace je proces výměny informací, myšlenek, emocí a postojů, který se uskutečňuje zejména prostřednictvím jazyka, ale i neverbálních prostředků. Tento proces začíná již při narození, kdy dítě komunikuje pláčem, a postupně se rozvíjí úsměvem, řečí a dalšími projevy emocí, jako je křik nebo mračení (Chodura, 2000).

V kontextu psychiatrické péče je komunikace zásadním nástrojem nejen při navazování terapeutického vztahu s pacientem, ale také při spolupráci s jeho rodinou. Rodina bývá často nejbližším podpůrným systémem pacienta, a její správné informování a zapojení do léčebného procesu může významně přispět k účinnosti péče a stabilizaci psychického stavu pacienta (Venglářová, 2006).

Ošetřující personál musí zvládat dovednosti efektivní a empatické komunikace, která umožňuje navázání důvěryhodného kontaktu s pacientem, jeho blízkými i širší komunitou. Komunikační schopnosti zdravotníků mají přímý vliv na to, jak pacienti vnímají kvalitu péče, jak jsou motivováni ke spolupráci a jak probíhá proces zotavení. Dobře vedená komunikace může ovlivnit i změny v chování pacientů, jejich postojích a celkovém vnímání léčby. Psychoterapeutický rozhovor, aktivní naslouchání a otevřený přístup jsou v tomto směru klíčové (Kristová, 2004).

Pro osoby s duševním onemocněním i jejich blízké je komunikace s personálem mnohdy stejně důležitá jako samotná léčba. Pocit přijetí, pochopení a bezpečí napomáhá k lepší spolupráci a přispívá ke stabilizaci psychického stavu. Zároveň však může být komunikace narušena různými bariérami – mezi ty nejčastější patří projevy samotné nemoci, jako jsou paranoidita, stažení, úzkost, podrážděnost nebo kognitivní poruchy (Marková, 2006).

Zdravotnický personál by měl s rodinou pacienta aktivně komunikovat o povaze onemocnění, jeho možných příčinách, léčbě, prognóze a možnostech následné péče včetně psychiatrické rehabilitace. Tyto informace mají zásadní význam nejen pro zvládnání aktuální situace, ale i pro resocializaci pacienta, prevenci relapsu a snížení stigmatizace spojené s duševní poruchou (Venglářová, 2006).

Zvláště v komunitní nebo následné péči, kde rodina často zajišťuje podporu a dohled, je partnerský přístup ke komunikaci klíčem ke spolupráci a prevenci nedorozumění. Otevřenost, respekt a aktivní naslouchání by měly být základními principy každého kontaktu se členy rodiny (Zacharová et al., 2007).

### 1.2.1.1 Druhy komunikace

Komunikace hraje klíčovou roli při provádění ošetrovatelského procesu. V oblasti zdravotní péče se rozlišují tři základní typy komunikace: sociální, strukturovaná (specifická) a terapeutická. Sociální komunikace je spontánní a neformální výměna informací, která probíhá v běžném každodenním styku s ostatními lidmi. U pacientů s duševními onemocněními je přístup k sociálním kontaktům omezený ve všech oblastech psychiatrické péče, a proto je sestra jednou z mála osob, s nimiž mohou pacienti komunikovat (Jarošová 2000, Kelnarova2009, Kristová 2004, Venglářová 2006, Zacharová a kol. 2007, Zacharová, Šimíčková 2007).

- Strukturovaná (specifická) komunikace má konkrétní obsah a cíl. V tomto typu komunikace sestra předává důležité informace, poskytuje edukační podporu a motivuje pacienty i jejich rodiny k pokračování v léčbě a aktivní účasti na péči. Je nezbytné, aby sestra zvolila formu sdělení, která je pro příjemce srozumitelná a přijatelná, a také využívala zpětnou vazbu. V oblasti psychiatrické péče je však tento typ komunikace omezen duševními poruchami, což může ovlivnit kognitivní funkce, porozumění a schopnost koncentrace (Kelnarova, Venglářová 2006).
- Terapeutická komunikace je založena na atmosféře porozumění, empatie, důvěry a spolupráce. Pomocí této komunikace sestry poskytují pacientům oporu, podporují je v těžkých obdobích a pomáhají jim překonávat psychické bariéry, které jsou spojeny s duševními nemocemi (Jarošová2000, Kelnarová 2007, Kristová 2004, Zacharová a kol. 2007, Zacharová a Šimíčková 2007).
- Podpůrný psychoterapeutický rozhovor je klíčovým nástrojem v psychiatrické péči. Sestry se při něm snaží pomoci pacientům pochopit jejich onemocnění, zlepšit jejich přístup k patologickým zážitkům, omezit negativní vlivy z okolí a nastavovat jednoduché a dosažitelné úkoly. Tento rozhovor rovněž posiluje sebevědomí pacientů a jejich schopnost plnit interpersonální úkoly .

Strukturovaná (specifická) komunikace má svůj obsah a náplň. Zde již sestra sděluje určité důležité informace, působí edukačně, motivuje nemocné i jejich blízké k další léčbě a k aktivnímu zapojení do péče. Sestra musí zvolit pro sdělení srozumitelnou a přijatelnou formu, používat zpětnou vazbu. V psychiatrickém ošetřování je tato komunikace limitována duševním onemocněním, porušením kognitivních funkcí, sníženou schopností chápání, soustředění (Venglářová 2008).

### 1.2.1.2 Způsoby komunikace

Komunikace je základním nástrojem v péči o pacienty a může probíhat různými způsoby – verbálně, neverbálně nebo prostřednictvím paralingvistických projevů. Tyto složky nejsou v běžné interakci zastoupeny rovnoměrně. Podle některých autorů představuje neverbální složka přibližně 60 % celkového sdělení, paralingvistické projevy asi 30 % a samotný verbální obsah jen 7 % (Zacharová et al., 2007).

- Neverbální komunikace, často označovaná jako „řeč těla“, je silným nositelem emocí, nálad a postojů a bývá vnímána dříve než samotná slova. Zdravotnický pracovník tak může z neverbálních signálů odhadnout psychické rozpoložení pacienta nebo jeho reakci na sdělení. Mezi hlavní prostředky neverbální komunikace patří:
  - haptika (tělesný kontakt),
  - mimika (výrazy obličeje),
  - gestika (pohyby rukou a těla),
  - posturologie (držení těla, postoje),
  - proxemika (využívání prostoru mezi lidmi),
  - kinezika (řeč pohybů),
  - oční kontakt a
  - celková úprava vzhledu ( Kristová, 2004; Kelnarová, 2009; Jarošová, 2000; Venglářová, 2006; Zacharová, 2007).

V oblasti psychiatrického ošetřovatelství je schopnost rozpoznat a správně interpretovat neverbální projevy pacienta obzvláště důležitá. Duševní onemocnění mohou výrazně ovlivňovat tělesné projevy, mimiku či oční kontakt. V těchto situacích musí zdravotnický personál přistupovat k interpretaci komunikace velmi citlivě a individuálně (Chodura, 2000; Marková, 2006).

- Paralingvistická komunikace zahrnuje akustické vlastnosti řeči, které doprovázejí verbální projev. Ačkoli si je lidé často neuvědomují, hrají významnou roli při vnímání emocí a hodnocení sdělení. Zdravotník by měl sledovat zejména tón a výšku hlasu, rychlost řeči, pauzy, sílu hlasu, intenzitu projevu a intonaci, protože mohou signalizovat úzkost, smutek, podrážděnost nebo jiné psychické stavy (Chodura, 2000; Kelnarová, 2009; Kristová, 2004; Zacharová, 2007; Zacharová et al., 2007).
- Verbální komunikace zahrnuje práci se slovem – mluveným i psaným. Klíčem je přesnost, srozumitelnost a přiměřenost sdělení. Ošetřující personál by měl vždy přizpůsobit komunikaci pacientově věku, vzdělání, psychickému stavu a momentálnímu rozpoložení. Edukační sdělení by měla být jednoduchá, jasná, věcná a bez zbytečných odborných výrazů. Nezbytné je dbát na zásady jako jsou stručnost, přehlednost, přizpůsobení sdělení situaci a časové načasování rozhovoru (Jobánková, 2002; Kristová, 2004; Godová, 2008; Jarošová, 2000; Venglářová, 2006; Kelnarová, 2009; Zacharová, 2007; Zacharová et al., 2007).

Jedním z důležitých principů komunikace v ošetřovatelské praxi je také důvěryhodnost, která vytváří základ bezpečného vztahu mezi pacientem a zdravotníkem. Komunikace by měla být nejen informativní, ale i podpůrná a empatická.

### 1.2.1.3 Specifické komunikační techniky

Efektivní komunikace mezi zdravotnickým pracovníkem a pacientem je jedním ze základních pilířů kvalitní péče. Umožňuje nejen přesné předávání informací, ale také vytváří prostředí důvěry, bezpečí a spolupráce. Pro rozvoj těchto dovedností je důležité znát a vědomě využívat specifické komunikační techniky, které podporují aktivní zapojení pacienta do procesu péče, zvyšují jeho motivaci a zajišťují, že jeho potřeby a přání jsou slyšeny a respektovány (Zacharová, 2007).

- Naslouchání patří k základním technikám. Pasivní naslouchání zahrnuje poskytnutí prostoru pacientovi k projevu bez přerušování či hodnocení, zatímco aktivní naslouchání vyžaduje větší zapojení pracovníka, který pomocí neverbálních signálů a parafrází dává najevo, že vnímá obsah sdělení, a snaží se porozumět i emocím pacienta (Kristová, 2004; Godová, 2008). Aktivní naslouchání je zásadní zejména v krizových nebo konfliktních situacích, kdy pomáhá zklidnit pacienta a podpořit vztah důvěry.
- Podněcování slouží k motivaci pacienta, aby se zapojil do rozhovoru nebo sdílel své pocity. Obvykle se jedná o jednoduché verbální výzvy („povídejte dál“, „co tím myslíte?“), ale také o vhodné neverbální chování (např. přikývnutí) (Jobánková, 2002).
- Sumarizace umožňuje shrnout sdělení pacienta a zkontrolovat, zda zdravotník správně porozuměl obsahu. Poskytuje pacientovi pocit, že je slyšen, a zdravotníkovi umožňuje strukturovat a zacílit další komunikaci (Kristová, 2004; Zacharová et al., 2007).
- Technika mlčení bývá často opomíjena, ale její správné použití má velkou sílu. Umožňuje pacientovi promyslet odpověď, verbalizovat obtížné emoce nebo jednoduše být přítomen v dané chvíli. Mlčení může být součástí terapeutického rámce, který podporuje důvěru a sebevyjádření (Zacharová, 2007).
- Zrcadlení je technika, při níž zdravotník záměrně opakuje slova nebo smysl toho, co pacient řekl, často s jemnou reinterpretací nebo rozšířením. Cílem je zpětná vazba a ověření, že zdravotník správně pochopil význam a emoce obsažené ve sdělení (Kristová, 2004).
- Empatie, autenticita a rezonance jsou hlubšími aspekty komunikačního vztahu. Empatie znamená vciťování se do emocí a perspektivy pacienta bez hodnocení. Autenticita zahrnuje otevřenost a pravdivost ve vztahu k pacientovi, kdy zdravotník nevystupuje jako autorita, ale jako lidská bytost. Rezonance je pak jemné ladění se na emoční vlnu pacienta, což posiluje vzájemné porozumění a propojení (Zacharová et al., 2007; Godová, 2008).

Správné používání těchto technik napomáhá nejen zlepšení kvality péče, ale i snížení stresu a pocitu osamělosti u pacientů. Zároveň přispívá k lepší spolupráci mezi pacientem, rodinou a zdravotnickým týmem.

### 1.2.2 Edukace rodin s duševně nemocným

Edukace rodinných příslušníků a pacientů je zásadní pro úspěšnou péči a zlepšení kvality života. Programy jsou navrhovány samostatně pro rodinné příslušníky a pro klienty, přičemž zohledňují

jejich specifické potřeby. Každé setkání pro rodinné příslušníky se zaměřuje na konkrétní téma a integruje dva teoretické přístupy: medicínský přístup odborných pracovníků a subjektivní pohled rodiny na nemoc. Pro efektivní propojení těchto pohledů je nezbytné přijmout a respektovat pohled rodiny na nemoc a pomoci jim pochopit jak medicínský, tak jejich vlastní náhled.

Správně strukturované edukační programy mohou přispět k redukci vysoké míry expressed emotions, což znamená snížení intenzity negativních emocí v rodině, které mohou pacientovi škodit. Dále pomáhají snižovat stigmatizaci nemoci a vytvářejí prostor pro otevřenou komunikaci o problémech. Lepší porozumění nemoci přispívá k uvolnění pocitu viny, který rodiče často zažívají, a snižuje pocity méněcennosti u pacienta. Dalším pozitivním efektem je uvědomění si, že podobné problémy sdílí i ostatní rodiny, což zlepšuje komunikaci v rodině a pomáhá příslušníkům lépe diskutovat o nemoci (Masopust, Pidrman, 2002).

Edukace se stala klíčovou součástí ošetrovatelské praxe a její aplikace vede k větší angažovanosti pacientů i jejich rodin v procesu péče. Tímto způsobem se zlepšuje kvalita života všech zúčastněných, což je nezbytné pro efektivní a komplexní péči (Závodná, 2005). Zdravotní sestry, jako klíčoví pracovníci v oblasti edukace, mají zásadní roli v poskytování informací a podporování pacientů a rodin v porozumění jejich situaci, změnám v životním stylu a potřebě prevence relapsů.

Osoby s duševním onemocněním se po sdělení diagnózy často ocitají v situaci, kdy musí změnit svůj dosavadní životní styl. Získání informací o povaze onemocnění, metodách prevence relapsů, prevenci rehospitalizací a dalších aspektech je pro ně nezbytné pro zajištění kvalitní péče a zlepšení jejich každodenního života (Fričová, 2010).

Edukaci lze rozdělit do několika typů, které se zaměřují na různé aspekty péče:

- Základní edukace se soustředí na předávání nových informací a dovedností potřebných k zvládnutí nemoci.
- Reedukační edukace navazuje na již existující vědomosti a postoje, upravuje a rozvíjí předchozí zkušenosti a dovednosti.
- Komplexní edukace poskytuje širší spektrum informací, které jsou předávány postupně a systematicky, s cílem zlepšit, udržet nebo obnovit zdraví pacienta (Juřeníková, 2010; Závodná, 2005).

### **1.2.2.1 Zásady edukace a její realizace**

Aby sestra dosáhla pozitivních změn u pacientů s duševním onemocněním a jejich rodin, je nezbytné efektivně využívat edukativní a výchovné metody, které jsou účinné, srozumitelné a přínosné pro příjemce. Edukace musí být přizpůsobena konkrétním potřebám pacienta a jeho rodiny, aby byla co nejvíce efektivní (Závodná, 2005).

Úspěšná edukace závisí na dodržování didaktických zásad, které tvoří rámec pro správnou metodiku výuky. Mezi hlavní zásady edukace patří:

- **Názornost** – Klíčová zásada, protože většinu informací vnímáme vizuálně. K tomu jsou efektivní různé obrázky, pomůcky, reálné objekty a příklady z praxe. Tato zásada umožňuje pacientům lépe pochopit a zapamatovat si předávané informace (Juřeníková, 2010).
- **Komplexní rozvoj osobnosti** – Edukace by měla podporovat jak psychický, tak sociální a praktický rozvoj pacienta, čímž přispívá k jeho lepší adaptaci a zvládnutí každodenního života (Špirudová, 2006).
- **Propojení teorie s praxí** – Informace by měly být nejen teoretické, ale také praktické a využitelné v reálném životě pacienta, aby byl proces edukace smysluplný a pacient měl možnost získané vědomosti uplatnit.
- **Vědeckost** – Edukace musí vycházet z vědeckých poznatků a osvědčených postupů, což garantuje její odbornou a metodologickou správnost (Fričová, 2010).
- **Individuální přístup** – Každý pacient je jedinečný a má své specifické potřeby. Sestra musí přizpůsobit metody edukace konkrétnímu věku, kulturním rozdílům, vzdělání a duševnímu stavu pacienta (Juřeníková, 2010; Špirudová, 2006).
- **Soustavnost** – Edukace by měla být kontinuální, pravidelná a postupně se zaměřovat na složitější úkoly a problémy, čímž pacient získá dostatek času na osvojování nových dovedností a informací.
- **Přiměřenost** – Metody a formy edukace musí odpovídat aktuálnímu zdravotnímu a duševnímu stavu pacienta. Příliš složité nebo rychlé informace mohou pacienta zneklidnit nebo demotivovat (Malá, Navrátilová, 2006).
- **Uvědomělost** – Pacient by měl být zapojen do procesu edukace, měl by chápat důvody pro léčbu a její postupy a být motivován k aktivní účasti na vlastní rehabilitaci a zotavení.
- **Aktivita** – Aktivní zapojení pacienta je klíčové pro upevnění nových dovedností a změnu jeho chování. Pacient by měl mít možnost diskutovat, klást otázky a aplikovat naučené postupy v praxi.

Pro úspěšnou realizaci edukace je také důležité správně nastavit cíl edukace, připravit vhodné prostředí (klidné a bezpečné prostředí, které podporuje soustředění), zvolit správný čas a metodu, která nejlépe odpovídá aktuálnímu stavu pacienta. Rovněž je nutné dbát na motivaci účastníků a vytvoření spolupráce, aby pacienti i jejich rodiny byli aktivně zapojeni do procesu léčby (Fričová, 2010; Malá, Navrátilová, 2006).

#### **1.2.2.2 Cíle edukace u pacientů s duševním onemocněním**

Hlavním cílem edukace u osob s duševními poruchami je prevence relapsu, tedy opětovného zhoršení zdravotního stavu, což je považováno za klíčovou součást komplexní péče (Malá,

Navrátilová, 2006). Edukace zároveň slouží k podpoře adherence k léčbě, lepšímu zvládnání každodenních situací a snížení míry stigmatizace.

V rámci psychiatrického ošetřovatelství se využívá reedukace a komplexní edukace, které podporují soběstačnost pacientů a rozvoj základních sociálních dovedností. Patří sem například nácvik komunikace, zvládnání běžných denních aktivit, jako je péče o domácnost, nakupování, hospodaření s penězi, jednání s institucemi a správné užívání léků (Doubek, 2008; Praško, 2001; Praško, 2005).

Edukace rovněž pomáhá pacientům a jejich rodinám rozpoznat varovné příznaky zhoršování stavu, což jim umožňuje včasně reagovat a vyhledat odbornou pomoc. Pacienti tak získávají větší sebedůvěru, schopnost orientace v systému péče a aktivnější roli v procesu léčby.

Součástí edukačních aktivit je i předávání informací o alternativních možnostech léčby, ambulantních a komunitních službách, o důležitých kontaktních místech v místě bydliště a o možnostech sociální podpory (např. chráněné bydlení, pracovní rehabilitace) (Bártlová, 2006; Doubek, 2008; Fričová, 2010; Praško, 2005).

V neposlední řadě edukace pomáhá snižovat pocity izolace a bezmoci, které pacienti často zažívají, a přispívá k resocializaci a integraci do běžného života.

### **1.2.2.3 Edukace rodin pacientů s duševním onemocněním**

Podpora rodiny je klíčovým faktorem v procesu léčby a zotavení pacienta s duševním onemocněním. Duševní nemoc totiž nepostihuje pouze samotného pacienta, ale zasahuje celou rodinu, a to jak po stránce psychické, tak sociální. Rodinní příslušníci bývají často prvními, kdo zaznamenají změny v chování, prožívání a fungování nemocného. Jejich včasná reakce a ochota ke spolupráci s odborníky může zásadně ovlivnit průběh nemoci i šance na uzdravení (Doubek, 2008).

Rodiny se však často potýkají s nedostatkem informací, pocity viny, studu, izolace a nejistoty ohledně budoucnosti. Proto je edukace rodinných příslušníků zaměřena nejen na objasnění povahy onemocnění, jeho příčin, příznaků a průběhu, ale také na prevenci relapsu, zlepšení zvládacích strategií a snížení stigmatizace duševního onemocnění, jak vůči pacientovi, tak vůči rodině samotné (Fričová, 2010).

Edukaci obvykle zajišťuje psychiatrická sestra ve spolupráci s lékařem a dalšími členy multidisciplinárního týmu. Sestra by měla rodině nabídnout informace o dostupných zdravotních, sociálních a komunitních službách, kontakty na podpůrné skupiny a krizová centra, a doporučit aktivity podporující soběstačnost a rehabilitaci pacienta. Dále je vhodné poskytnout doporučení na odbornou literaturu a informační materiály, neboť nedostatek informací bývá častou příčinou nevyužívání dostupných služeb (Bártlová, 2006; Malá, Pavlovský, 2002).

Důležitým aspektem edukace je i podpora duševní hygieny a zvládnání stresu u samotných rodinných příslušníků. Edukační programy by měly vést ke zvýšení kompetencí rodin v péči

o nemocného a zároveň pomáhat v prevenci syndromu vyhoření, který může pečující osoby ohrozit při dlouhodobé zátěži (Matoušek, 2008; Venglářová, 2006).

Z dostupných údajů vyplývá, že přibližně 65 % pacientů se po hospitalizaci vrací zpět do rodinného prostředí, kde nadále žije. Proto je vytvoření stabilního a informovaného zázemí nezbytné pro zachování léčebné kontinuity a prevenci opakované hospitalizace (Doubek, 2008; Fričová, 2010).

#### **1.2.2.4 Témata edukace pro rodiny duševně nemocných**

Edukace rodiny je nedílnou součástí komplexní péče o pacienta s duševním onemocněním. Zdravotní sestra pod vedením lékaře zajišťuje systematické předávání informací, přičemž přistupuje k rodině jako k důležitému partnerovi v procesu léčby. Podobně jako u samotného pacienta je edukace přizpůsobena konkrétním potřebám, míře informovanosti a emocionálnímu nastavení členů rodiny (Malá, Navrátilová, 2006; Venglářová, 2006).

Základní témata edukace zahrnují informace o povaze duševního onemocnění, jeho typických projevech, průběhu, příčinách a možnostech léčby, včetně informací o nutnosti dlouhodobého, často i celoživotního užívání farmakoterapie. Rodina je dále seznamována s významem psychoterapie, rehabilitačních programů a komunitních či ambulantních služeb dostupných v regionu (Praško, 2001; Koblížek, 2010).

Důležitým cílem edukace je zmírnit negativní postoje rodinných příslušníků, snížit stigma a posílit jejich schopnost reagovat na projevy nemoci s porozuměním a trpělivostí. Zdravotníci by měli rodinu podporovat v tom, aby dokázala s nemocným jednat empaticky, vyvarovala se nevhodných podnětů, které by mohly vést ke zhoršení stavu, a naučila se zvládat případné krizové situace (Vymětal, 2007; Matoušek, 2008).

Součástí edukace je i prevence relapsu – sestra vysvětluje význam dodržování léčebného režimu, pravidelných návštěv lékaře, zapojení do denních aktivit, eliminace stresu a podpory stabilního prostředí v rodině. Rodinám jsou poskytovány kontakty na krizová centra, psychiatrické ambulance, podpůrné skupiny a sociální služby, které mohou přispět k udržení stabilního psychického stavu pacienta (Praško et al., 2003; Venglářová, 2006).

Kvalitní edukace rovněž pomáhá snížit komunikační napětí a konflikty v domácím prostředí, podporuje adaptaci na novou situaci a přispívá k celkové stabilizaci péče. Získání souhlasu rodiny ke spolupráci a její aktivní účast v léčbě jsou proto pro sestru i celý multidisciplinární tým klíčové (Malá, Navrátilová, 2006).

#### **1.2.2.5 Vliv edukačních programů na rodinné příslušníky**

V Indii probíhala studie mezi prosincem 2019 a březnem 2020, která hodnotila vliv edukace na psychickou pohodu rodinných příslušníků. Studie zahrnovala 40 pacientů se schizofrenií a jejich

rodinné příslušníky žijící ve společné domácnosti. Porovnávala psychickou pohodu rodinných příslušníků před a po edukaci. Edukace se soustředila na předání informací o schizofrenii a komunikaci s duševně nemocným. Výsledky ukázaly, že edukace měla pozitivní dopad jak na rodinné příslušníky, tak na pacienty. Rodinní příslušníci hlásili zlepšení zvládání negativních emocí (hněv, znechucení, smutek, strach) a celkově lepší psychickou pohodu (Sharma et al., 2021).

V Austrálii a na Novém Zélandu probíhala studie hodnotící účinnost edukačního programu „Well Ways“, určeného pro rodinné příslušníky osob s duševními onemocněními. Tento program absolvovalo více než 2800 rodinných příslušníků v šesti státech. Program se zaměřuje na edukaci o duševních onemocněních a o službách duševního zdraví, zároveň učí rodinné příslušníky novým komunikačním dovednostem a strategiím řešení problémů. Výsledky ukázaly, že po absolvování programu se výrazně snížily negativní důsledky péče, včetně obav, úzkosti a napětí (Stephens et al., 2011).

Ve Spojených státech byla hodnocena účinnost programu „Family-to-Family Education Program“ (FTF), který probíhá po dobu 12 týdnů pod vedením odborníků a peer pracovníků. Účastníci se učí o duševních onemocněních, možnostech léčby a komunikačních dovednostech. Výsledky ukazují, že program je prospěšný pro rodinné příslušníky, pomáhá zlepšit jejich znalosti a zmírnit psychickou zátěž spojenou s péčí o nemocného. Rodinní příslušníci dětí a mladistvých vykazovali významně větší zlepšení v oblasti deprese a úzkosti než rodiny dospělých pacientů (Schiffman et al., 2015).

V roce 2012 probíhala studie, která zjišťovala, zda přínosy programu FTF přetrvávají po jeho skončení. Výsledky ukázaly, že přínosy programu zůstávají i šest měsíců po jeho absolvování (Lucksted et al., 2020).

V České republice probíhal v období od 1. 9. 2017 do 31. 8. 2020 výzkum zaměřený na efektivitu vzdělávání rodinných příslušníků duševně nemocných v rámci projektu CRPDZ. Výzkum ukázal, že kurz měl největší vliv na zlepšení orientace v systému sociálních služeb a prevenci zhoršení onemocnění. Kurz pomohl účastníkům zorientovat se v dostupných službách a posílil jejich schopnosti pomáhat svým blízkým (Formánek et al., 2020).

*„Dalším podpůrným nástrojem pro rodinné příslušníky mohou být svépomocné skupiny. Některé z nich jsou stále vedeny odborníky, jiné fungují nezávisle na profesionálech. Svépomocné skupiny jsou definovány jako „skupiny, v nichž si jejich členové navzájem pomáhají při řešení osobních, rodinných nebo komunitních problémů, které sami prožívají. Většina těchto skupin se zaměřuje na podporu členů při zvládání somatických a duševních onemocnění, závislosti na návykových látkách, problémů s nadváhou, akceptací vlastní sexuální orientace, partnerských problémech, rozvodech či situacích systematického znevýhodnění. Členové si vzájemně poskytují informace, emocionální podporu, praktickou pomoc a obhajují společné zájmy vůči jiným organizacím nebo státu“ (Matoušek, 2008, s. 218).*

Svépomocné skupiny pro rodinné příslušníky osob s duševním onemocněním nabízejí prostor pro sdílení zkušeností, vzájemné porozumění a možnost se svěřit s problémy, které by jinak

nebylo snadné s někým sdílet, s vědomím, že zde není místo pro odsuzování ani zesměšňování (Praško et al., 2005).

Hlavním cílem těchto skupin je poskytování vzájemné podpory, výměna informací o odborných tématech (diagnózy, léčba), podpora destigmatizace, zlepšení podmínek v psychiatrických nemocnicích a sociálních zařízeních, a sdílení doporučení ohledně kvalitních psychiatrů, nemocnic a sociálních služeb (Berg-Peer, 2019).

Další možností podpory rodinám dospělých s duševním onemocněním jsou edukační skupiny. Některé se zaměřují na psychoedukaci, jiné tuto složku integrují do širšího programu. Jejich hlavním cílem je spojit rodiny, které procházejí podobnými problémy, a nabídnout jim prostor pro sdílení informací a zkušeností. Tyto skupiny poskytují rodinným příslušníkům naději a podporu. Výzkumy ukázaly, že účinnost mnoha těchto skupin je vyšší než standardní léčba nebo péče. Účinnost se projevuje nejen v zlepšení stavu pacientů, ale i v celkové pohodě rodinných příslušníků (Pěč, Probstová, 2009).

### 1.2.3 Psychosociální podpora zaměřená na rodiny pečující

Psychosociální pomoc představuje specifický typ podpory poskytované osobám zasaženým mimořádnými událostmi, jako jsou přírodní katastrofy (např. povodně, požáry, vichřice), vážné dopravní nehody, trestné činy či jiné krizové situace. Tato pomoc je často poskytována přímo na místě události a je určena nejen zasaženým jednotlivcům, ale také jejich blízkým. Jejím cílem je stabilizace psychického stavu, zmírnění akutního stresu a poskytnutí základních nástrojů, které pomohou zvládat situaci (např. poskytnutí informací, podpůrná komunikace, hračka pro dítě), a také zajištění následné posttraumatické péče (Baštecká a kol., 2013).

Psychosociální podpora (PSP) je současně v odborné literatuře definována jako proces, jehož cílem je podpora zotavení a přizpůsobení jednotlivců, rodin i komunit, které byly zasaženy nepříznivými událostmi. Tento proces propojuje psychologickou a sociální dimenzi pomoci, čímž přispívá k posílení vnitřní odolnosti, obnově sociálních vazeb a celkové schopnosti fungovat v běžném životě. PSP se zaměřuje na zmírnění dlouhodobých negativních dopadů krizové situace, podporuje aktivaci vlastních copingových strategií a napomáhá informovanému rozhodování v náročném období (WHO, 2013).

Je důležité zdůraznit, že mimořádné události zasahují nejen přímé oběti, ale také osoby, které jim poskytují pomoc – i ty mohou být vystaveny vysoké míře zátěže. Psychosociální intervence proto zahrnuje také podporu profesionálů a dobrovolníků, kteří se na pomoci podílejí. Včasné poskytnutí psychosociální pomoci je klíčové zejména z hlediska prevence rozvoje závažnějších psychických obtíží a traumatických poruch. V kontextu krizové nebo humanitární intervence se jedná o jednu z nejdostupnějších a nejrychleji realizovatelných forem pomoci, která poskytuje okamžitou a adresnou podporu zasaženým osobám a komunitám (WHO, 2013; MZČR, 2020).

### 1.2.3.1 Psychosociální pomoc při mimořádných událostech

Psychosociální pomoc představuje specifickou formu podpory, která je poskytována osobám zasaženým mimořádnými a krizovými situacemi. Tyto události mohou mít různý charakter – od přírodních katastrof (např. povodně, vichřice, požáry), přes hromadné dopravní nehody, až po trestné činy, vážné zdravotní diagnózy nebo náhlé ztráty blízkých. Zasažené osoby, jejich rodiny i komunity se v těchto situacích nacházejí pod silným psychickým tlakem a často čelí vysoké míře stresu, úzkosti a nejistoty. Psychosociální pomoc v takovém kontextu představuje bezprostřední, cílenou a koordinovanou intervenci, která má za cíl stabilizaci situace, poskytnutí emoční opory a podporu při zvládnání následků události.

Z hlediska odborného vymezení je psychosociální podpora (PSP) chápána jako komplexní proces zaměřený na pomoc jednotlivcům, rodinám a komunitám při jejich zotavování a přizpůsobování se nové životní situaci. Jejím hlavním cílem je minimalizace dlouhodobých negativních dopadů traumatizujících událostí a podpora vnitřní odolnosti zasažených. PSP spojuje psychologické (emocionální a duševní) a sociální (mezilidské a komunitní) aspekty pomoci, čímž přispívá jak k individuálnímu zvládnání situace, tak k obnově narušených sociálních vztahů a vazeb (WHO, 2013).

Tato pomoc může být poskytována v různých fázích krize – v akutní fázi přímo na místě události, kdy je zaměřena na zajištění bezpečí, základní orientaci a zmírnění šoku (např. prostřednictvím jednoduchých podpůrných gest, rozhovorů či poskytnutí základních potřeb), ale také v následné fázi, která se věnuje zpracování prožitku a prevenci dlouhodobých následků. V praxi se často využívá přístup tzv. Psychological First Aid (PFA), tedy psychologické první pomoci. Tento přístup byl vyvinut jako praktický a flexibilní nástroj pro krizové situace, který může být použit jak odborníky, tak vyškolenými laickými pracovníky. PFA staví na principech podpůrné přítomnosti, aktivního naslouchání, validace emocí, poskytnutí informací a propojení na další formy pomoci (WHO, 2011; Baštecká a kol., 2013).

V českém prostředí se psychosociální pomoc rozvíjí zejména v kontextu zdravotnické záchranné služby, krizových center, neziskových organizací a při zásazích integrovaného záchranného systému. Ministerstvo zdravotnictví ČR (2020) v koncepčních dokumentech zdůrazňuje, že včasné poskytnutí psychosociální pomoci je klíčové pro prevenci rozvoje psychických poruch, včetně posttraumatické stresové poruchy (PTSD), depresivních stavů či úzkostných poruch. Zároveň poukazuje na potřebu systematického vzdělávání pracovníků, kteří jsou do poskytování této pomoci zapojeni, a na rozvoj komunitní podpory.

Význam psychosociální pomoci se neomezuje pouze na podporu přímých obětí. Zvýšenou míru zátěže často zažívají také blízcí zasažených osob a profesionálové, kteří pomoc poskytují. Tito lidé jsou rovněž ohroženi syndromem vyhoření či sekundární traumatizací, a proto by i jim měla být nabídnuta přiměřená péče a prostor pro zpracování vlastních emocí (WHO, 2013).

Psychosociální pomoc tak představuje jeden z pilířů krizové intervence a humanitární reakce, který má potenciál zásadně ovlivnit zvládnání akutní situace i dlouhodobou kvalitu života zasažených osob. Její význam se v posledních desetiletích stále více uznává nejen v oblasti

zdravotnictví a sociálních služeb, ale také ve vzdělávání, bezpečnostních složkách a politice ochrany obyvatelstva.

### **1.2.3.2 Jednotlivé přístupy psychosociální podpory a služby pro rodiny duševně nemocných**

Historie přístupu k rodinám lidí s duševními nemocemi se začala formovat až po druhé světové válce, kdy se začal měnit postoj k rodinám nemocných. Dříve byla rodina často vnímána jako viník a nemocní byli izolováni, což však později vedlo k důrazu na potřebu integrace rodiny do procesu léčby. Dnes se rozlišuje několik přístupů k psychosociální podpoře, které mají různý vliv na roli rodiny v procesu údravy pacienta.

- Systemický přístup vychází z teorie rodinných systémů, která vidí rodinu jako komplexní, vzájemně propojený systém, kde každý člen ovlivňuje ostatní. Tento přístup se nezaměřuje na léčbu symptomů, ale na změnu vzorců chování a komunikace, což přispívá k lepšímu pochopení a řešení problémů v rámci rodiny (Houšková, 2017). Metody jako psychoedukace pomáhají rodinným příslušníkům pochopit nemoc a její projev, což podporuje vytvoření stabilní psychické rovnováhy celé rodiny (Alanen, 2018).
- Psychosociální přístup vychází z psychoanalytických teorií a klade důraz na interakce jednotlivce s jeho prostředím, přičemž se zaměřuje na rovnováhu mezi vnitřním psychickým životem člověka a jeho vztahy s okolím. Tento přístup se soustředí na porozumění nejen individuálním problémům, ale i vlivu rodiny a širšího sociálního prostředí (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).
- Dialogický přístup neboli metoda open dialogue, rozvinutá v Finsku, zdůrazňuje potřebu otevřeného dialogu, kde se všichni účastníci – včetně rodiny – podílejí na hledání řešení, aniž by terapeut zasahoval do rozhodování. Tento přístup staví rodinu na rovinu partnerů v procesu léčby, čímž se podporuje společné hledání cesty k uzdravení (Houšková, 2017).
- Psychodynamický přístup se zaměřuje na rodinnou komunikaci a dynamiku vztahů, přičemž klade důraz na nejasnosti v komunikaci, například dvojnou vazbu, která může vést k zhoršení vztahů a porozumění mezi členy rodiny (Alanen, 2018).
- Humanistický přístup, vycházející z principů Carl Rogersa, zdůrazňuje význam empatického a nehodnotícího přístupu k rodinám. Terapie v tomto přístupu cílí na hlubší porozumění členům rodiny a podporu jejich schopnosti zvládat obtížné situace prostřednictvím podpory a důvěry (Houšková, 2017).
- Psychoedukace hraje klíčovou roli ve všech těchto přístupech. Pomáhá rodinám porozumět duševnímu onemocnění, naučit se, jak se vyrovnat s krizovými situacemi, a posiluje jejich dovednosti při zvládání náročných životních situací. Tento proces zlepšuje jejich schopnost poskytovat podporu nemocnému a snižuje riziko sebepotrestání a stigmatizace (Houšková, 2017).
- Svépomocné skupiny představují cenný nástroj pro rodinné příslušníky, protože poskytují prostor pro sdílení zkušeností a vzájemnou podporu mezi lidmi, kteří

procházejí podobnými těžkostmi. Tyto skupiny se zaměřují na emoční podporu, sdílení konkrétních problémů a nabízejí cenné zpětné vazby (Houšková, 2017).

### **1.2.3.3 Služby a podpora pro rodiny duševně nemocných**

Existuje široká škála služeb zaměřených na podporu rodin osob s duševními nemocemi. Kromě rodinných psychoterapií a psychoedukace mohou rodiny využívat i rodinné poradenství a služby organizací zaměřených na pomoc příbuzným pacientů s duševními nemocemi. Tato podpora zahrnuje jak odborné poradenství, tak i psychoterapeutické intervence pro členy rodiny, kteří potřebují zvládnout stres a zátěž spojenou s péčí o nemocného.

- Rodinné psychoterapie poskytují možnost řešit hlubší problémy v rodinných vztazích, zejména pokud jsou přítomny komunikační bariéry nebo nejasnosti, které mohou bránit efektivní spolupráci v procesu léčby. Tento proces může zahrnovat jak rodinné, tak i individuální terapie pro jednotlivé členy rodiny, kteří se potřebují vyrovnat se svými emocemi (Pěč a Probstová, 2009).
- Poradenství pro rodiny zahrnuje poskytování informací o psychických onemocněních, jejich symptomech, léčbě a zotavení. Také pomáhá rodinám orientovat se ve zdravotnickém systému a podporuje je při hledání nejlepších řešení pro zvládnání každodenních problémů spojených s péčí o nemocného (Pěč a Probstová, 2009).
- Svépomocné skupiny a organizace jako Sympathea či Fokus Praha hrají klíčovou roli v poskytování emocionální podpory a vzdělávání pro rodiny. Tyto skupiny umožňují sdílení zkušeností, vytvářejí podpůrné komunity a pomáhají rodinným příslušníkům lépe pochopit duševní onemocnění a jeho dopad na každodenní život (Kubíček, 2012).
- Peer pečovatelé hrají významnou roli v komunitních službách. Jsou to lidé, kteří mají vlastní zkušenost s péčí o duševně nemocného člena rodiny a mohou poskytovat podporu a poradenství ostatním rodinným příslušníkům. Peer pracovníci přinášejí cenné praktické zkušenosti a mohou být cennými spojenci při navigaci systémem péče (Houšková, 2017).
- Škola zotavení a podobné iniciativy, které nabízejí kurzy zaměřené na zlepšení informovanosti o duševních nemocech a metodách léčby, mají pozitivní dopad na snížení stigmatizace a zlepšení kvality života jak nemocných, tak jejich rodin. Tyto kurzy vedou lidé s vlastní zkušeností, což přispívá k otevřené a přístupné atmosféře pro účastníky (Houšková, 2017).

### **1.2.3.4 Konkrétní iniciativy a organizace pro rodinné příslušníky**

V České republice existují organizace a projekty zaměřující se na podporu rodin lidí s duševními nemocemi. Například:

- Ondřejov nabízí psychoterapeutické a edukační programy pro rodiny, včetně svépomocných skupin a specifických programů pro příbuzné.
- Fokus Praha a sdružení Ozvěna se zaměřují na podporu příbuzných a přátel osob s psychosociálním handicapem.
- Psychiatrická léčebna Bohnice nabízí otevřené podpůrné skupiny, které pomáhají rodinným příslušníkům vyrovnávat se s krizovými situacemi a poskytují prostor pro sdílení a vzájemnou podporu (Coufalová, 2014).

Tato podpora je důležitá i pro prevenci případné dekompenzace psychického stavu samotných nemocných, protože rodina hraje klíčovou roli v zajištění kontinuity péče a poskytování stabilního prostředí. Důležitost těchto iniciativ spočívá v tom, že nejen že snižují riziko sociální izolace a stresu u rodinných příslušníků, ale přispívají také k destigmatizaci psychických nemocí. Pomáhají vytvářet síť vzájemné podpory, což je klíčové pro psychickou pohodu a zvládání náročných životních situací.

## 1.3 Systém péče o duševní zdraví v České republice

Aby bylo možné porozumět možnostem zapojení rodin do péče o duševně nemocné a jejich informovanosti, je nutné znát základní strukturu systému péče o duševní zdraví v České republice. Tato kapitola nejprve vymezuje pojem duševního onemocnění, následně přibližuje fungování psychiatrické péče – od ústavní přes komunitní až po roli multidisciplinárních týmů. Dále se věnuje probíhající reformě psychiatrické péče, která klade důraz na deinstitucionalizaci, komunitní podporu a zapojení rodin do péče. Tato témata jsou zásadní pro pochopení kontextu, v němž se odehrává spolupráce mezi zdravotníky a rodinnými příslušníky nemocného.

### 1.3.1 Základní vymezení duševního onemocnění

Duševní onemocnění zahrnují širokou škálu různých poruch. Patří sem afektivní poruchy, což jsou poruchy nálad, jako je deprese nebo bipolární porucha, organické poruchy, například demence, psychózy jako schizofrenie, neurózy, poruchy příjmu potravy, jako bulimie a anorexie, a různé druhy závislostí (Mahrová, Venglářová, 2008).

Tyto poruchy ovlivňují naše psychické funkce, včetně vědomí, pozornosti, vnímání, myšlení, paměti, řeči, emocí, jednání, motivace a vůle, což následně ovlivňuje naši náladu a chování (Vágnerová, 2014).

Podle údajů Ministerstva zdravotnictví České republiky trpělo v roce 2021 nějakou formou duševní nemoci více než 750 000 lidí. Mezi lety 2010 a 2021 došlo k nárůstu počtu psychiatrických pacientů o 22 %. Nejčastěji byly diagnostikovány poruchy nálad, jako je deprese. Na druhém místě byla Alzheimerova nemoc, která je spojena s demencí, a na třetím vážná psychická onemocnění, například schizofrenie (Nzip.cz, 2023).

#### 1.3.1.1 Psychóza

Termín psychóza poprvé použil Ernst von Feuchtersleben v roce 1845 jako náhradu za pojmy mánie a šílenství (Ocisková, Praško, 2015). Slovo psychóza pochází z řečtiny, skládá se ze slova „psyché“ (mysl, duše) a koncovky „-osis“ (nemoc). Psychóza tedy doslovně znamená nemoc duše (Kalina, 2001). Psychózu definujeme jako onemocnění, které zásadním způsobem mění vnímání člověka k sobě samému a okolnímu světu. Při psychotických stavech dochází k významným změnám v základních aspektech duševního života postižené osoby. Tyto změny v myšlení, vnímání a emocích jsou natolik intenzivní, že člověk není schopen rozlišit, co je skutečné a co není (Praško et al., 2005, s. 8).

- Schizofrenie jako nejzávažnější psychóza

Nejzávažnější a nejběžnější psychotickou poruchou je schizofrenie (Praško et al., 2005). V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) je schizofrenie označena kódy F20-F29, což zahrnuje

schizofrenii, schizotypální poruchy a poruchy spojené s bludy. Schizofrenní poruchy jsou charakterizovány výraznými a typickými změnami vnímání a myšlení. Afekty bývají nepřiměřené nebo otupělé (MKN-10, 2023).

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které spadá do kategorie psychóz. Mezi další psychózy patří maniodepresivní psychóza, laktační psychóza nebo smíšená psychóza (Jarolímek, 2021).

- Historie a vývoj pojmu schizofrenie

Slovo schizofrenie je spojené s velkým stigmatem. Je tvořeno dvěma slovy – „schizo“, což znamená rozštěpení, a „frén“, což znamená duše. Tento název byl pravděpodobně inspirován laickým pohledem, který si myslel, že u těchto lidí skutečně dochází k rozštěpení osobnosti. Z lékařského hlediska se tímto onemocněním začal podrobněji zabývat dr. Kraepelin, který ho nazval „dementia praecox“, což odráželo jeho víru, že jde o nevratné zhoršení mozkové funkce. Později se fenomenem zabýval dr. Eugen Bleuler, který jako první v roce 1917 použil pojem „schizofrenie“ a soustředil se na studium psychotických příznaků u postižených osob (Jarolímek, 2021).

- Typy a formy schizofrenie

Mezi typické příznaky schizofrenie patří bludy a halucinace. Halucinace představují zkreslené vnímání reality, kdy jedinec vnímá věci, které ostatní nevidí nebo neslyší. Nejčastěji jde o slyšení hlasů, které nejsou přítomné. Dalšími příznaky mohou být negativní symptomy, jako je apatie, nedostatek emocí a odpor k sociálním kontaktům. Podle DSM-5 je při stanovení diagnózy schizofrenie kladeno důraz na přítomnost alespoň dvou příznaků po dobu minimálně jednoho měsíce (Reagila Cariprazine, 2022).

Pokud se u pacienta současně projevují příznaky schizofrenie a trvalé bludy (F22), jedná se o schizoafektivní poruchu (F25). Ta se dále dělí podle typu přítomné složky na depresivní, manický nebo smíšený typ. Pacient se pak chová podle typu poruchy buďto agresivně, nebo úzkostně a depresivně. U smíšené poruchy mohou příznaky těchto typů přecházet jeden do druhého (Juřeníková et al., 2014, s. 46).

- Příčiny a faktory schizofrenie

Schizofrenie je považována za multifaktoriální onemocnění, což znamená, že na jejím vzniku se podílejí jak biologické, tak psychosociální faktory. Léčba schizofrenie by měla zahrnovat různé přístupy, aby byla co nejúčinnější. Biologická složka je nejvíce ovlivněna psychofarmaky, přičemž farmakoterapie antipsychotiky je základem léčby. V současnosti existuje mnoho různých léčiv, které mají různé účinky, ale všechny působí proti halucinacím a bludům, které mohou buď zmizet, nebo se pacient stane na ně lhostejný. Některé léky jsou podávány formou depotních injekcí, které se aplikují jednou za několik týdnů.

- Diagnostika schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, jehož přesná příčina dosud není známá. Výzkumy naznačují, že na vznik schizofrenie mají vliv různé faktory, mezi které patří dědičnost, sociální prostředí a biologické faktory. Hlavním znakem schizofrenie je porucha myšlení a chování (Raboch et al., 2006, s. 74).

Pro stanovení diagnózy je nutné, aby příznaky přetrvávaly déle než měsíc. Mezi tyto příznaky patří například slyšení vlastních myšlenek nebo tzv. intrapsychické halucinace, stejně jako slyšení

hlasů, které komentují chování pacienta. Podle Dörnera (1999, s. 88) neexistuje žádný specifický projev nebo postoj, který by byl typicky spojený s touto nemocí. Dörner rovněž zdůrazňuje čtyři klíčové znaky, které jsou rozhodující pro diagnózu schizofrenie. Patří sem:

- Narušení hranic mezi osobou a okolním světem, což znamená, že pacient má problém rozlišit, kde končí jeho myšlenky a pocity.
- Narušené vnímání, které se projevuje pocity pronásledování a ohrožení.
- Ztráta kontaktu se sebou, se svým tělem a se světem kolem něj, přičemž tento stav bývá doprovázen halucinacemi.
- Poruchy myšlení, které se projevují zmateným a nelogickým tokem myšlenek, což nazýváme formálními poruchami. Naopak, obsahové poruchy zahrnují bludy a iluzorní představy (Dörner, 1999, s. 89).
- Průběh schizofrenie a její léčba

Průběh schizofrenie je velmi nevyzpytatelný; může se jednat o dlouhodobé chronické onemocnění nebo o epizodické ataky, které mohou být více či méně intenzivní. Bez komplexní léčby, zahrnující farmakoterapii (antipsychotika), sociální rehabilitaci a psychoterapii, není možné dosáhnout trvalé úlevy. Schizofrenie se vyskytuje v různých formách, přičemž nejčastější je paranoidní schizofrenie. Pro pacienty znamená tato nemoc sociální problémy, neboť jejich chování je často "nečitelné" a může způsobovat zmatení ostatních, kteří nerozumí jejich vnímání reality. Pokud schizofrenie přechází do chronického stádia, jsou přítomny typické negativní symptomy, mezi které patří malá aktivita, apatie, emoční otupělost, ztráta motivace, chudé myšlení, sociální izolace a zhoršení sociálního chování (Vágnerová, 1999, podle Geldera et al., s. 97).

- Sociální a osobní dopady schizofrenie

Pro okolí nemocného je soužití s osobou trpící schizofrenií značně náročné. Pacient vnímá realitu jinak než jeho okolí, které jeho prožívání často nechápe. To může vést k sociální izolaci, která onemocnění ještě zhoršuje (Vágnerová, 1999, s. 99).

### 1.3.1.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy, nebo také poruchy nálady, jsou duševní poruchy, které jsou charakterizovány výraznými změnami nálady. Tyto poruchy mohou vést k depresím, případně k euforii, a mohou zahrnovat i úzkost, ale nemusí. Změny nálady jsou obvykle spojeny se změnami v aktivitě a ostatní příznaky obvykle vyplývají z těchto změn nálady a aktivity. Většina těchto poruch má tendenci k recidivám, přičemž spouštěčem může být stresová událost nebo situace. Afekt, což je pojem pocházející z latiny (affectus), označuje krátkodobé, intenzivní emocionální reakce na různé podněty, které mohou být spojeny například s pláčem, agresí, hněvem nebo studem. Tyto reakce mohou být doprovázeny změnami tělesných funkcí, jako je srdeční tep či dýchání. Afekt se může projevit jako obranný mechanismus na příjemné či nepříjemné situace (Raboch et al., 2020).

- Typy afektivních poruch

Afektivní poruchy jsou často recidivující a obvykle se projevují obdobím remisí a symptomatických epizod. Při prvních epizodách může být spouštěčem výrazný stres, ale v dalších fázích postačí i menší zátěž k vyvolání další epizody, přičemž jedinec si nemusí být vědom konkrétního spouštěče. Laická veřejnost má tendenci považovat afektivní poruchy za stavy, které jsou snadno pochopitelné a srozumitelné (Ocisková, Praško, 2015).

Dle MKN-10 se afektivní poruchy dělí na primární, kdy příčinou je samotná afektivní porucha, a sekundární, kdy jsou příčinou organické poruchy CNS nebo užívání návykových látek. Při diagnostice afektivních poruch se klade důraz především na symptomy, protože příčiny těchto poruch nejsou zcela jasné. Mezi hlavní typy afektivních poruch patří manické epizody, depresivní epizody a bipolární afektivní porucha (Raboch et al., 2020).

Afektivní poruchy, známé také jako poruchy nálad (F30-39), se dělí na fáze mánie a deprese. Pokud se tyto stavy střídají, jedná se o bipolární poruchu.

- Mánie a její projevy

Mánie se vyznačuje nadměrnou aktivitou a chováním pacienta, který je velmi sebevědomý a často přecení své schopnosti. Má tendenci jednat impulzivně a bez rozmyslu, je nepřiměřeně přátelský a pozitivně naladěný. Tato fáze onemocnění je charakterizována zrychleným tempem ve všech oblastech života, včetně tělesných, psychických i sociálních aktivit (Dörner, 1999). Takové chování může vést k neuváženému navazování sociálních a partnerských vztahů a pacient se dostává do problémů, jelikož nedokáže adekvátně posoudit své skutečné možnosti, což může vést k finančním potížím nebo zadlužení, aniž by si toho byl vědom (Raboch et al., 2006).

- Depresivní epizody

Naopak, depresivní stav je charakterizován fyzickým a psychickým vyčerpáním. Fyzické příznaky zahrnují ztrátu chuti k jídlu a následný úbytek hmotnosti, tlak na hrudi a často i myšlenky na sebevraždu. Pacient trpí pocity viny a beznaděje, na rozdíl od mánií, kdy je přítomno přehnané sebevědomí, depresivní stav je spojen s pocity méněcennosti (Máhrová, G., 2008, s. 78).

V obou případech, jak u mánií, tak u depresí, existuje riziko sociální izolace a bezdomovectví, pokud pacient odmítá léčbu. Ti, kteří jsou ochotni podstoupit léčbu, mohou mít život, který střídá pobyt u příbuzných (např. u rodičů) a hospitalizaci v psychiatrických zařízeních. Mnozí pacienti psychiatrických nemocnic se stávají "chronickými" nemocnými nikoliv kvůli závažnosti psychického onemocnění, ale kvůli sociálním problémům, jako jsou nejistota v oblasti bydlení, práce, financí a sociální izolace, což může vést k tzv. spirále vyloučení (Dörr, 2005, s. 68).

- Diagnostika a léčba afektivních poruch

Diagnostický proces začíná obvykle rozhovorem, při kterém lékař zjišťuje přítomnost specifických příznaků, které mohou být indikátory pro stanovení diagnózy. Tyto příznaky jsou

následně analyzovány a porovnávány s těmi, které jsou typické pro určité onemocnění. Na základě tohoto procesu lékař stanoví diagnózu. Diagnostický systém pro duševní poruchy je silně zaměřen na symptomy (Raboch et al., 2020).

Afektivní poruchy jsou dnes dobře léčitelné, přičemž cílem léčby je zmírnit symptomy a umožnit jedinci návrat do běžného života a funkčního fungování. K léčbě se používají především psychofarmaka, elektrokonvulzivní terapie a psychoterapie. Dalšími možnostmi jsou terapie jako fototerapie nebo magnetická stimulace (Anders et al., 2005).

Hlavním cílem léčby je odstranění symptomů a obnovení pracovní a sociální aktivity, což pomáhá předcházet relapsům. Podávání psychofarmak je efektivní a časově nenáročné, zatímco psychoterapie může pomoci snižovat výskyt nežádoucích jevů. Podle statistik třetina pacientů psychoterapii nedokončí (Höschl et al., 2004).

- Soužití s osobou trpící manickou epizodou

Soužití s osobou trpící manickou epizodou představuje pro blízké osoby a rodinu značnou psychickou i fyzickou zátěž. Manie, jako jeden z pólů bipolární afektivní poruchy, se vyznačuje zvýšenou energií, zrychleným myšlením, nadměrným sebevědomím a impulzivním jednáním, často bez ohledu na následky. Rodina se tak ocitá v roli neformálních pečovatelských, kteří musí neustále dohlížet na chování pacienta, které může být rizikové nejen pro něj samotného, ale i pro jeho okolí (Praško et al., 2005).

V rámci manické epizody dochází k výraznému narušení sociálního chování. Pacient může vykazovat nadměrnou hovornost, zrychlené myšlení, zvýšenou sexuální aktivitu nebo utrácení peněz bez zábrán. Euforie, která však nemá oporu v realitě, může vést k nepochopení a frustraci ze strany okolí, protože není možné držet krok s intenzitou jeho činností či logikou jeho jednání (Boyd, 2007). Příbuzní často popisují pocity bezmoci, nejistoty a emočního vyčerpání, jelikož nemocný nereaguje na racionální argumenty ani pokusy o zklidnění situace (Doubek, 2008).

V případě, že někdo s chováním nemocného nesouhlasí nebo se ho snaží korigovat, může pacient reagovat podrážděně, agresivně nebo až nepřátelsky, což přispívá k destabilizaci rodinné atmosféry. Tento odpor vůči kontrole je někdy interpretován jako vymezování se vůči autoritám, podobně jako je tomu v období adolescence. U některých pacientů se rovněž objevují výrazné změny v zevnějšku – nápadné líčení, výstřední oblékání či neobvyklé účesy, které slouží jako vnější výraz vnitřního stavu excitace a potřeby upoutat pozornost (Praško et al., 2005).

Rodiny často čelí nejen emocionální zátěži, ale také praktickým a sociálním komplikacím – např. problémy na pracovišti, finanční ztráty, konflikty se sousedy nebo školou v případě rodičovské role nemocného. Výrazná je rovněž sociální izolace, která vzniká v důsledku stigmatizace a nepochopení okolí. Rodina tak kromě samotné péče často supluje roli profesionálů a zároveň čelí předsudkům či pocitům viny, že situaci nezvládá.

Proto je důležité, aby byli rodinní příslušníci zahrnováni do péče o pacienta a měli dostatek informací o povaze onemocnění, jeho symptomech a možnostech zvládnutí krizových situací. Podpora formou psychoedukace, krizové intervence a propojení se zdravotnickými či sociálními

službami může významně přispět ke snížení zátěže a posílení jejich kompetencí (Praško et al., 2005; Boyd, 2007).

### 1.3.2 Struktura psychiatrické péče a její fungování

Systém psychiatrické péče v České republice je tvořen komplexní sítí služeb, jejichž cílem je zajištění dostupné, efektivní a individualizované podpory pro osoby s duševním onemocněním. Tento systém zahrnuje jak tradiční ústavní zařízení, tak moderní formy komunitní péče a multidisciplinární spolupráci. Významným impulzem k transformaci systému se stala probíhající reforma péče o duševní zdraví, která zdůrazňuje důležitost propojení zdravotních a sociálních služeb i aktivního zapojení rodin do péče.

#### 1.3.2.1 Ústavní péče v oblasti duševního zdraví

Lůžková psychiatrická péče je určena pro pacienty, kteří trpí závažnými duševními poruchami a potřebují intenzivní léčbu, úpravu medikace nebo podrobnou diagnostiku. Tato péče se zaměřuje především na akutní fáze onemocnění, kde je nezbytné nasadit rychlou farmakologickou intervenci a zajistit stabilizaci stavu. V těchto zařízeních je kladen důraz na krátkodobý pobyt, který by měl odpovídat potřebám pacientů v akutních fázích onemocnění, tedy na dobu, která je co nejkratší a zaměřena na stabilizaci duševního stavu (Svoboda, 2006).

Lůžková psychiatrická zařízení nejsou pouze místem pro akutní pomoc. Kromě poskytování intenzivní péče v krizových stavech se některá zařízení podílejí i na následné rehabilitaci a stabilizaci pacientů, což umožňuje přechod na ambulantní či komunitní péči. Tento přechod bývá klíčovým momentem pro zajištění dlouhodobé podpory pacientů, protože většina lidí s duševními problémy je schopna žít dlouhodobě v domácím prostředí nebo v komunitě, i když stále potřebují odbornou péči. Zajištění efektivní spolupráce mezi různými složkami psychiatrické péče je proto nezbytné pro dosažení co nejlepší kvality života pacientů (Bártlová, 2005; Svoboda, 2006).

Mezi výhody ústavní péče patří dostupnost odborného personálu, kteří mohou okamžitě zasáhnout v případě krizových situací, a také možnost intenzivní farmakologické léčby, která je v akutních stavech nezbytná. Na druhé straně však existují i nevýhody, mezi které patří pocit izolace pacientů od jejich běžného prostředí. Lůžková zařízení často fungují v rozsáhlých komplexech, které pacientům nenabízejí prostředí připomínající rodinné zázemí, což může vést k negativnímu vnímání hospitalizace a zvýšenému stresu (Svoboda, 2006). Také stigma spojené s hospitalizací na psychiatrii může negativně ovlivnit pacientovu reintegraci do běžného života a sociálních vztahů.

S ohledem na tento problém se v posledních letech v České republice vyvíjí snaha o propojení ústavní péče s komunitními a ambulantními službami. Cílem je vytvořit integrovaný systém, který zajišťuje kontinuitu péče a zlepšuje přechody mezi různými typy péče. Tento přístup je součástí širšího trendu, kdy se klade důraz na přechod z hospitalizačního modelu k modelu

péče, který je více zaměřen na komunitní integraci a podporu pacientů v jejich přirozeném prostředí (Bártlová, 2006).

V souladu s národním cílem psychiatrického programu z roku 2007, který kladl důraz na rozvoj komunitní péče, se dnes stále více zařízení zaměřuje na propojení lůžkové péče s rehabilitačními a komunitními službami. Takovým příkladem může být Fokus Vysočina, Fokus Praha, nebo programy Péče o duševní zdraví v Karlovarském a Pardubickém kraji, které se specializují na rehabilitaci pacientů s duševními poruchami a jejich plynulý přechod do běžného života. Dále, mezi lůžková zařízení podporující komunitní péči patří Denní sanatorium Ondřejov, Psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, Jihlavě, Lnářích a další, které poskytují nejen akutní pomoc, ale také rehabilitační a stabilizační služby pro pacienty .

Důležité je, že v těchto zařízeních často fungují multidisciplinární týmy, které spolupracují na individuálním plánu péče pro každého pacienta. Tým může zahrnovat nejen psychiatry, ale i psychoterapeuty, sociální pracovníky, ergoterapeuty a další odborníky, kteří se podílejí na komplexní péči o pacienty. Tento přístup umožňuje individualizovanou péči, která bere v úvahu jak zdravotní stav pacienta, tak i jeho sociální, psychologické a rehabilitační potřeby.

Kromě podpory pacientů je zásadní i podpora jejich rodin. V rámci ústavní péče je nezbytné poskytovat rodinným příslušníkům edukaci a poradenství, které jim pomáhá lépe pochopit nemoc jejich blízkých a připravit se na jejich návrat do domácího prostředí. To zahrnuje jak psychoterapeutickou podporu, tak i praktické rady, jak správně komunikovat s pacientem a jakým způsobem podpořit jeho zotavení (Svoboda, 2006).

V závěru lze říci, že ústavní psychiatrická péče má stále své nezastupitelné místo, ale její role by měla být součástí širšího systému péče, který propojuje akutní lůžkovou péči, komunitní a ambulantní služby. Tento integrovaný přístup umožňuje pacientům, kteří trpí duševními poruchami, dostat se zpět do běžného života co nejdříve a s co největší podporou, čímž se zlepšuje jejich dlouhodobá prognóza a kvalita života.

### **1.3.2.2 Komunitní péče v oblasti duševního zdraví**

Komunitní péče představuje klíčový prvek v systému zdravotní péče zaměřeném na duševní zdraví. Jejím cílem je poskytnout pacientům s duševními poruchami podporu a léčbu v prostředí, které je co nejbližší jejich přirozenému sociálnímu a rodinnému prostředí. Tento přístup zahrnuje nejen zdravotní péči, ale i sociální, rehabilitační a psychosociální podporu, která pomáhá pacientům udržet se v komunitě a zajišťuje jejich sociální začlenění. Komunitní péče se zaměřuje na zmírnění stigmatizace duševního onemocnění a podporu nezávislosti pacientů (Parker, 2009; WHO, 2013).

Komunitní péče vychází z principu, že lidé s duševním onemocněním mají právo žít a fungovat v prostředí, které podporuje jejich důstojnost, respekt a schopnost se zapojit do každodenního života. Tento model péče klade důraz na prevenci hospitalizací a na to, aby pacienti mohli žít ve svých domovech s přístupem k nezbytným službám. Tato forma péče zahrnuje širokou škálu intervencí, jako jsou ambulantní poradenství, denní stacionáře, psychoterapie, sociální podpora a aktivizační činnosti.

- Složení multidisciplinárního týmu v komunitní péči

V rámci komunitní péče o duševně nemocné je klíčová spolupráce mezi různými odborníky, kteří se podílejí na léčbě, podpoře a rehabilitaci pacientů. Tým obvykle zahrnuje psychiatry, psychology, sociální pracovníky, odborníky na rehabilitaci, terapeutky a pracovníky ve zdravotní péči, kteří společně pracují na vytvoření integrovaného plánu péče. Důležitým prvkem této péče je také zapojení rodiny pacienta, která se podílí na jeho léčbě a sociální reintegraci (Bártlová, 2005; Parker, 2009).

Multidisciplinární tým pomáhá pacientům nejen s léčbou samotného onemocnění, ale také se zvládnutím každodenních životních situací, jako jsou zaměstnání, vzdělání, ubytování a vztahy s rodinou. Tato spolupráce mezi zdravotníky, sociálními pracovníky a pacienty vytváří síť podpory, která pomáhá lidem s duševními poruchami vést plnohodnotný život v komunitě (Bártlová, 2005; WHO, 2013).

Multidisciplinární tým v péči o duševní zdraví představuje široce komplexní téma, které zasahuje do různých oblastí odborné spolupráce a koordinace péče. Z tohoto důvodu se na tuto problematiku podrobněji zaměřím v následující podkapitole, kde se budu věnovat významu a specifikům této spolupráce, rolím jednotlivých členů týmu a jejich vlivu na zajištění kvalitní péče o pacienty s duševními poruchami.

- Výhody komunitní péče

Jednou z hlavních výhod komunitní péče je, že podporuje rehabilitaci pacientů v jejich přirozeném prostředí, což zlepšuje jejich šance na úspěšné začlenění do společnosti. Díky pravidelnému kontaktu s odborníky mohou pacienti lépe zvládat příznaky onemocnění a včas reagovat na případné zhoršení jejich stavu. Komunitní péče rovněž pomáhá zmírnit stigma, které je s duševním onemocněním často spojováno, a umožňuje pacientům zůstat součástí své komunity, což zvyšuje jejich sociální interakci a podporu (Parker, 2009; WHO, 2013).

Komunitní model péče rovněž přispívá ke snížení hospitalizačních nákladů a zajišťuje efektivnější využívání zdrojů. Lidé s duševními poruchami, kteří dostávají odpovídající péči v komunitě, mají méně časté a kratší hospitalizace, což vede k nižším nákladům na zdravotní péči a lepšímu využití zdravotnických a sociálních služeb (Bártlová, 2005; WHO, 2013).

- Výzvy komunitní péče

Přestože komunitní péče nabízí řadu výhod, setkává se také s několika výzvami. Mezi ně patří nedostatek dostupných a kvalitních služeb, a to jak v oblasti zdravotní, tak sociální. V mnoha zemích, včetně ČR, existuje problém s nedostatkem financí, což omezuje možnosti dostupnosti takové péče. Další výzvou je nedostatek odborníků a školení v oblasti komunitní péče a integrace pacientů do běžného života.

Další výzvou je i přetrvávající stigma duševních onemocnění, které může vést k neochotě některých pacientů vyhledat pomoc, nebo k neochotě komunit přijímat osoby s duševními poruchami. To může vést k izolaci pacientů, zhoršení jejich stavu a návratu do nemocniční péče (Parker, 2009; WHO, 2013).

Komunitní péče v oblasti duševního zdraví představuje efektivní model péče, který podporuje integraci lidí s duševními poruchami do společnosti a pomáhá jim vést kvalitní a plnohodnotný život. Přestože se potýká s několika výzvami, jako je nedostatečné financování a stigma, její přínosy jsou nezanedbatelné. Pro úspěšnou implementaci komunitní péče je klíčové zajištění dostatečné podpory nejen pro pacienty, ale i pro jejich rodiny a blízké.

- Rozdělení komunitních služeb

Komunitní přístup v péči o osoby s duševním onemocněním zdůrazňuje důležitost poskytování podpory v přirozeném sociálním prostředí klienta. Vychází z předpokladu, že zotavení je individuální proces, který je významně ovlivněn kvalitou sociálních vztahů, prostředím a možností zapojení do běžného života (Slade et al., 2014). Komunitní služby podporují klientovu autonomii a soustředí se na jeho potenciál, nikoli jen na symptomy onemocnění. Mezi klíčové složky komunitní péče patří: krizové služby, centra duševního zdraví a komunitní týmy, denní stacionáře, podpora v zaměstnávání, podpora v bydlení a svépomocné aktivity (MZČR, 2020b).

- Krizová služba

Krizová pomoc představuje první linii intervence při akutních psychických potížích. Jejím cílem je poskytnout okamžitou podporu osobám v krizi a zabránit zhoršení stavu, které by vedlo k hospitalizaci. Krizové služby zahrnují několik forem:

- telefonická krizová pomoc, často dostupná anonymně 24/7;
- mobilní krizové týmy, které vyjíždějí do domácího prostředí;
- krizová centra s možností ambulantního i krátkodobého pobytu (tzv. krizová lůžka);

kontaktní centra pro krizovou intervenci, často fungující v rámci nemocnic nebo CDZ.

V současnosti se krizové služby stále více propojují s Centry duševního zdraví, která rozšiřují své spektrum péče také o akutní a krizové intervence (Foitová, 2009; MZČR, 2020b).

- Centra duševního zdraví a terénní komunitní týmy

Centra duševního zdraví (CDZ) tvoří páteř transformace psychiatrické péče v ČR. Působí v přirozeném prostředí klienta a poskytují terénní, ambulantní i krizovou péči. Cílovou skupinou jsou především lidé se závažným duševním onemocněním (např. schizofrenie, bipolární porucha). Klíčovým principem CDZ je práce multidisciplinárního týmu, který obvykle zahrnuje psychiatra, psychologa, sestru pro duševní zdraví, sociálního pracovníka a peer konzultanta (tj. člověka s vlastní zkušeností s nemocí).

Každý klient má přiděleného klíčového pracovníka (case managera), který s klientem plánuje individuální cíle, koordinuje péči a propojuje ho s dostupnými službami. Tento přístup podporuje zotavení, rozvoj samostatnosti a dlouhodobou stabilizaci stavu (Matoušek, 2008; WHO, 2013).

Komunitní týmy (existující již před vznikem CDZ) bývaly tvořeny převážně sociálními pracovníky a zaměřovaly se na sociální podporu. V rámci transformace se jejich role stále více integruje do širší struktury CDZ (MZČR, 2020b).

- Denní centra a stacionáře

Denní stacionáře a centra poskytují klientům strukturovaný denní program a rehabilitační podporu bez nutnosti hospitalizace. Jejich funkcí je především usnadnění přechodu z nemocnice do běžného života. Klienti zde mohou využít psychoterapii, arteterapii, pracovní trénink, vzdělávací a volnočasové aktivity. Součástí programů je i edukace rodin, psychosociální poradenství a podpora v oblasti sociálního začleňování.

V roce 2025 se tyto služby v některých regionech postupně propojují s CDZ nebo fungují jako jejich spádová zařízení. Jejich dostupnost se však regionálně liší – v některých krajích je nabídka omezená, zejména na venkově.

- Podpora v práci a svépomoc

Zaměstnání má zásadní vliv na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Podpora v této oblasti může probíhat několika způsoby:

- pracovní rehabilitace v chráněných dílnách (např. tréninkové kavárny, dílny s ruční výrobou),
- podporované zaměstnávání (individuální podpora při vstupu na otevřený trh práce),
- sociální podniky (zaměstnávající osoby s duševním onemocněním v běžném pracovním prostředí),
- pracovní poradenství a motivační skupiny (např. Job klub).

Tyto formy zaměstnávání pomáhají klientům obnovit pracovní návyky, zvýšit sebedůvěru a zlepšit celkový psychický stav (Marková, 2006; Mahrová, 2008; Vachková, 2008). V současnosti je rozvoj sociálních firem a podporovaného zaměstnávání podporován i z evropských fondů (MPSV, 2024).

- Podpora bydlení

Stabilní a důstojné bydlení je nezbytnou podmínkou pro zotavení. Klientům, kteří nemohou bydlet s rodinou nebo nejsou schopni samostatného života, jsou k dispozici různé formy podporovaného nebo chráněného bydlení:

- domy na půl cesty – dočasné bydlení s intenzivní podporou;
- podporované bydlení – klient žije samostatně s pravidelnou asistencí terénních pracovníků;
- chráněné bydlení – určeno pro osoby s vyšší mírou podpory;
- sociální byty – pro osoby s minimálními potřebami podpory, poskytované obcemi či neziskovými organizacemi.

Podpora bydlení zahrnuje nácvik každodenních dovedností, pomoc s hospodařením a udržováním domácnosti. Cílem je posílení samostatnosti a postupný přechod k plné nezávislosti (Vachková, 2008; Hřivnová, 2020). Aktuálně je podpora bydlení důležitým prvkem komunitního přístupu, avšak její kapacita zůstává v řadě regionů nedostačující (MZČR, 2023).

### 1.3.2.3 Multidisciplinární tým jako základ komplexní péče

Moderní psychiatrická péče, orientovaná na komunitní přístup, zásadně přesahuje rámec tradičního ústavního modelu. Místo izolace se klade důraz na zotavení pacienta v jeho přirozeném sociálním prostředí a zapojení do běžného života. Jedním z klíčových pilířů tohoto paradigmatu je vytvoření a fungování multidisciplinárních týmů, které umožňují komplexní, koordinovanou a na potřeby jednotlivce cílenou podporu. Tyto týmy propojují medicínské, psychologické a sociální aspekty péče a reagují jak na zdravotní, tak i psychosociální potřeby pacientů (Dragomirecká, Pěč, 2022).

Členové multidisciplinárního týmu spolupracují na základě sdílené odpovědnosti a pravidelné výměny informací, což umožňuje udržet kontinuitu péče napříč různými prostředími – od domácího prostředí přes komunitní služby až po lůžková zařízení. Jejich intervence se zaměřují na dlouhodobou rehabilitaci, krizovou intervenci, plánování návratu z hospitalizace i podporu během následné ambulantní péče (Strossová, Kurtinová, 2015).

Podle Goldmanové et al. (2021) jsou základními členy týmů Centra duševního zdraví (CDZ) lékaři – psychiatr, psychiatrická nebo všeobecná sestra, sociální pracovník, psycholog a peer konzultant – tedy osoba s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Tato diverzita profesních rolí přináší široký pohled na potřeby klienta a umožňuje pružně reagovat na různorodé situace.

Ministerstvo zdravotnictví (2020b) rozlišuje tři úrovně multidisciplinární spolupráce:

- vnitrotýmová (uvnitř jednoho zařízení či CDZ),
- meziinstitucionální (např. spolupráce mezi lůžkovým zařízením a komunitním týmem),
- komunitní síť, kde se propojují služby napříč sektory – zdravotnictvím, sociální sférou, samosprávou či školstvím.

Multidisciplinární spolupráce může fungovat i v institucionálním rámci, například během hospitalizace, kde je důležité zahájit koordinaci péče již od přijetí pacienta a pokračovat v ní po jeho propuštění (MZ, 2022a; Fišarová, 2022). Tento přístup je nedílnou součástí reformy psychiatrické péče, která směřuje k deinstitucionalizaci a důrazu na zotavení pacienta v komunitě (MZ, 2020b, s. 6).

Každý člen týmu přináší do péče specifické kompetence, perspektivu a dovednosti. Efektivní spolupráce je postavena na otevřené komunikaci, vzájemném respektu a sdíleném rozhodování, jehož cílem je podpora individuálního zotavení a posilování autonomie pacienta (MZ, 2020b, s. 4). Pravidelné týmové porady a reflektování zpětné vazby od pacientů i jejich rodin přispívají ke zkvalitňování služeb a posilování důvěry mezi odborníky a klienty.

Důležitým rysem týmové práce je také partnerství s rodinou a zapojení blízkých osob do péče. Právě tomu se věnuje následující podkapitola, která se zaměřuje na roli rodiny v rámci multidisciplinární spolupráce, a dále navazuje podrobným rozbohem přínosů tohoto přístupu pro jednotlivce i pro systém jako celek.

- Spolupráce s rodinou v rámci multidisciplinárního týmu

Zapojení rodiny do péče o duševně nemocného pacienta je považováno za klíčový prvek efektivního a dlouhodobě udržitelného systému psychiatrické a komunitní péče. Multidisciplinární tým v tomto ohledu sehrává roli koordinátora a prostředníka, který vytváří prostor pro aktivní spolupráci mezi odborníky a blízkými osobami pacienta. Rodina přitom není vnímána pouze jako pasivní zdroj informací nebo podpory, ale jako rovnocenný partner v procesu zotavení (MZ, 2020b; WHO, 2013).

Zapojení rodiny je důležité v několika rovinách. Jednak přispívá k lepšímu porozumění situaci pacienta, kontinuitě péče a prevenci relapsů, jednak umožňuje rodinám získat oporu, edukaci a nástroje pro zvládání náročných situací. WHO (2013) zdůrazňuje, že rodinní příslušníci často přebírají roli neformálních pečujících, a jejich zapojení by proto mělo být systematicky podporováno, nikoliv zanedbáváno.

Podle Matouška (2008) je pro efektivní spolupráci nutné aktivní zapojení celé rodiny jako systému – nikoliv jen jednoho z jejích členů, a to od počáteční fáze péče. Multidisciplinární tým v tomto ohledu poskytuje příležitost integrovat potřeby pacienta i jeho blízkých, a zároveň rozlišit jejich role a práva. Tato koordinace může být zásadní zejména v případech, kdy pacient není schopen vyjádřit informovaný souhlas nebo má omezenou svéprávnost – právě tehdy je nutné systematicky pracovat s rodinou jako s oporou i garantem následné péče.

- Výhody multidisciplinárního přístupu pro pacienta a systém

Multidisciplinární přístup je v současné psychiatrii považován za standard dobré praxe. Jeho hlavní výhodou je schopnost integrovat různé odborné perspektivy – lékařské, psychologické, sociální i ošetřovatelské – a tím lépe reagovat na komplexní potřeby pacientů s duševním onemocněním. V komunitní péči navíc tým rozšiřují další profese jako peer konzultanti, pracovníci v sociálních službách či rodinní terapeuti, což umožňuje pružnější a dostupnější formu podpory (MZČR, 2020; WHO, 2013).

Výzkumy potvrzují, že multidisciplinární přístup přispívá ke zvýšení efektivity péče, snížení rizika rehospitalizací, zkrácení doby pobytu v lůžkových zařízeních a posílení autonomie pacienta (Drake et al., 2001; Slade et al., 2014). Pro pacienta to znamená nejen kvalitnější a individualizovanou péči, ale i posílení jeho sociálních kompetencí, větší míru sebedůvěry a lepší orientaci v systému.

Z odborného hlediska má multidisciplinární tým potenciál snižovat právě tuto roztržičnost péče. Koordinace mezi psychiatrem, psychologem, sociálním pracovníkem a dalšími členy týmu může výrazně zlepšit přechod mezi hospitalizací a komunitní péčí (Matoušek, 2008). Klíčovým prvkem přitom není jen existence týmu, ale kvalita jeho spolupráce, sdílení informací a schopnost vytvářet individuální plány péče za účasti pacienta i jeho blízkých.

Dalším přínosem je dostupnost různých forem podpory – např. krizová intervence, podpora v zaměstnání (IPS), asistence v domácnosti či edukace rodiny. Tyto služby snižují zátěž zdravotnických zařízení a umožňují udržet pacienta v přirozeném prostředí, čímž se zvyšuje kvalita jeho života a zmenšuje riziko institucionalizace (WHO, 2013; MZČR, 2020b).

- Case management v rámci multidisciplinárního týmu

V souvislosti s multidisciplinární spoluprací v oblasti duševního zdraví je nezbytné zmínit metodu case managementu, která se ukazuje jako klíčový nástroj pro koordinaci a integraci péče o pacienty. Tato metoda, původně vzniklá v rámci procesu deinstitucionalizace v USA, umožňuje pacientům přechod z psychiatrických zařízení do péče v komunitě s podporou terénních služeb. V multidisciplinárním týmu case management funguje jako propojující článek mezi různými odborníky a službami, což zajišťuje plynulý a ucelený přístup ke všem potřebám klienta (Carboch, 2020; Sedlářová, 2023).

Primární cíl case managementu spočívá v koordinaci služeb a podpory pro klienta, přičemž je kladeno důraz na návaznost péče a plnění individuálních potřeb. V tomto procesu je důležité, že medicínské a sociální problémy jsou chápány jako propojené a řešeny celostním bio-psycho-sociálním přístupem. Tento přístup je v přímém kontrastu se striktně medicínským zaměřením, protože zahrnuje všechny aspekty života klienta, od zdravotních problémů až po sociální a ekonomické faktory (Carboch, 2020; Sedlářová, 2023).

Podle americké Komise pro certifikaci Case manažerů (in Hubíková, 2018) je case management „proces spolupráce, který zahrnuje posouzení, plánování, implementaci, koordinaci, monitorování a vyhodnocování služeb, které jsou potřebné pro uspokojení potřeb klienta v oblasti zdravotních a dalších pomáhajících služeb.“ Tento proces je charakterizován advokací, komunikací a řízením zdrojů, čímž zajišťuje efektivitu, kvalitu a nákladovou efektivitu péče. V rámci multidisciplinárního týmu case manager nejenže koordinuje péči, ale zároveň zajišťuje, že všechny služby jsou poskytovány v souladu s individuálními potřebami klienta, čímž přispívá k lepší kvalitě života a prevenci relapsu (Carboch, 2020).

Důležitou součástí case managementu je i to, že pacient se stává klientem s komplexními potřebami a vztahy, což umožňuje odborníkům z různých oblastí – psychiatrii, psychologii, sociální práci a ošetrovatelství – efektivně spolupracovat a přizpůsobit péči aktuálním potřebám. V tomto smyslu case management nefunguje jen jako nástroj pro řešení okamžitých zdravotních problémů, ale také jako prostředek pro zajištění dlouhodobé podpory a integrace pacienta zpět do komunity.

### 1.3.3 Reforma péče o duševní zdraví a její dopady na rodiny

Téma reformy psychiatrické péče a vývoje v oblasti duševního zdraví v České republice je klíčovým prvkem pro pochopení současného systému péče o osoby s duševními poruchami. Nezbytnou součástí této problematiky je i dopad reformy na rodinné příslušníky a další blízké osoby, které často plní roli neformálních pečujících. Ti bývají nejen emocionálně zasaženi nemocí blízkého člověka, ale jsou také klíčovými partnery ve zajišťování každodenní péče a podpory. Reforma psychiatrické péče proto nepředstavuje změnu pouze v institucionálním rámci a zdravotnických službách, ale má i přímý vliv na životy rodin, které se s duševním onemocněním člena domácnosti potýkají.

Od roku 2014 probíhá v České republice rozsáhlá reforma psychiatrické péče, jejímž cílem je posílení komunitního přístupu, deinstitucionalizace péče a zlepšení kvality života osob se závažnými duševními poruchami. Ministerstvo zdravotnictví ČR v této době začalo ve spolupráci s odborníky, patientskými organizacemi a zástupci sociálních služeb pracovat na modernizaci systému, přičemž využilo financování z Evropských strukturálních a investičních

fondů. Reforma má za cíl snížení stigmatizace, zvýšení dostupnosti péče v přirozeném prostředí pacienta, zajištění mezioborové spolupráce a lepší integraci osob s duševním onemocněním do společnosti (Dudová, 2020).

Strategický dokument *Reforma psychiatrické péče v ČR* byl přijat v roce 2013 s cílem vytvořit systém péče, který bude lidský, důstojný a přístupný. V centru pozornosti byl nejen samotný pacient, ale i jeho nejbližší okolí. Reforma výslovně zmiňuje potřebu podpory rodinných příslušníků a jejich zapojení do procesu péče. Dopady reformy se tedy týkají i širšího sociálního prostředí nemocného – zejména rodin, které často suplují chybějící prvky následné nebo sociální péče a hrají zásadní roli při rehabilitaci a resocializaci nemocných.

Jedním z hlavních nástrojů reformy bylo zřízení Center duševního zdraví (CDZ), jejichž vznik probíhá od roku 2017. Do roku 2025 bylo vybudováno 30 těchto center, přičemž cílový stav do roku 2030 počítá se vznikem až 100 CDZ v celé republice. Tato centra tvoří základ komunitní psychiatrické péče a poskytují terénní a ambulantní služby osobám se závažným duševním onemocněním. Významným rysem CDZ je jejich multidisciplinární přístup – týmy tvoří psychiatři, sestry, psychologové, sociální pracovníci i peer konzultanti s vlastní zkušeností s nemocí. Právě sociální pracovníci a peer konzultanti se často zaměřují na spolupráci s rodinou a poskytování podpory pečujícím osobám (Základní principy péče poskytované v CDZ).

Zavedení CDZ má potenciálně pozitivní dopad na rodiny pacientů – zkracuje dobu hospitalizace, snižuje nutnost častých akutních zásahů a umožňuje, aby péče probíhala v domácím prostředí. To však klade i nové nároky na blízké osoby, které musí být informovány, zapojeny a zároveň podporovány. Reforma předpokládá, že rodina bude součástí terapeutického procesu, ale zároveň upozorňuje na potřebu snižování zátěže neformálních pečujících, ať už prostřednictvím odlehčovacích služeb, psychologické podpory nebo poskytováním praktických informací (MZČR, 2021).

Inspirací pro tento přístup byly i modely komunitní péče v zahraničí, především v severských zemích, jako je Norsko, Dánsko a Švédsko, kde je péče o duševní zdraví dlouhodobě založena na důrazu na přirozené prostředí pacienta, prevenci hospitalizací a intenzivní spolupráci s rodinami. V těchto zemích jsou rodinní pečující systematicky vzděláváni, informováni o léčbě a podpoře a často jsou považováni za rovnocenné partnery odborníků v péči o pacienta.

Reforma psychiatrické péče v ČR se opírá také o filozofii zotavení (recovery), která akcentuje schopnost pacientů najít nový smysl a kvalitu života i přes trvající symptomy duševního onemocnění. Klíčovou roli v tomto procesu může hrát rodina, která často poskytuje pacientovi stabilní zázemí, emocionální oporu i motivaci. Fáze zotavení, které podle Raginsova modelu zahrnují naději, zmocnění, zodpovědnost a smysluplnou roli v životě, předpokládají aktivní spolupráci pacienta s jeho sociálním okolím – včetně rodinných příslušníků (Ragins, 2018).

Výzvou zůstává, že v praxi nejsou rodiny do systému péče vždy zapojovány systematicky. Výzkumy i zkušenosti organizací sdružujících pečující osoby ukazují, že mnozí rodinní příslušníci se cítí nedostatečně informováni o zdravotním stavu blízkého člověka, nevědí, na jaké služby mají nárok, a často narážejí na obtížnou komunikaci s odborníky. Reforma proto do budoucna počítá s posilováním informačních kanálů, rozšiřováním služeb na podporu pečujících a rozvojem vzdělávacích programů zaměřených na péči v domácím prostředí.

Do roku 2030 je cílem nejen rozšíření počtu CDZ, ale také vytvoření robustní podpůrné infrastruktury pro neformální pečující. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 tak explicitně zmiňuje potřebu zohlednění potřeb rodin a posílení jejich role v systému. To zahrnuje přístup ke vzdělávacím materiálům, poradenství, krizovým intervencím, ale i odpočinkovým (respitním) službám, které mohou rodinným pečovatelům umožnit udržet si vlastní zdraví a kvalitu života (MZČR, 2021; RILSA, 2022).

Závěrem lze shrnout, že reforma psychiatrické péče přináší důležité strukturální změny, které mají potenciál výrazně zlepšit péči o osoby s duševním onemocněním. Aby však tyto změny byly skutečně efektivní, je nezbytné, aby byly systematicky reflektovány i dopady na rodinné příslušníky. Zapojení, podpora a vzdělávání neformálních pečujících musí být chápány jako nedílná součást reformního procesu, nikoli jako jeho doplněk. Jen tak lze zajistit, že péče bude udržitelná, účinná a skutečně zaměřená na potřeby celého sociálního systému, který osobu s duševní nemocí obklopuje.

## 2 Praktická část

### 2.1 Cíle práce

Hlavním cílem tohoto výzkumu je poskytnout přehled dostupných forem psychosociálních intervencí zaměřených na podporu rodinných příslušníků a blízkých osob lidí s duševním onemocněním. Výzkum se zaměří na zjištění faktorů, které podporují nebo brání poskytování a využívání těchto služeb.

Abychom mohli cíl práce důkladně prozkoumat a zodpovědět, je potřeba vyřešit následující výzkumné otázky.

- 1.) Jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou osoby pečující informovány o stavu pacienta a jeho nejbližší prognóze? Kdo jim tyto informace poskytuje, kdy je obdrží a jaký je jejich obsah?
- 2.) Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi osobami pečujícími a odborníky? Jak často ke spolupráci dochází, kdo se na ní podílí a jak jsou osoby pečující se spoluprací spokojeny?
- 3.) Poslední důležitou otázkou je, jak probíhá následná péče o pacienta po propuštění z hospitalizace a jakým způsobem do ní byli zapojeni jeho blízcí? Jaké byly jejich zkušenosti s touto péčí a s možnostmi jejich zapojení?

## 2.2 Použité metody ke zpracování empirické části diplomové práce

Výzkum byl koncipován jako kvalitativní studie využívající metodu tematické analýzy, která umožňuje systematicky identifikovat, analyzovat a popisovat opakující se témata v datech. Tento přístup je vhodný pro zkoumání zkušeností pečujících osob, protože umožňuje zachytit klíčové vzorce ve výpovědích respondentů a porozumět tomu, jak pečující osoby vnímají roli zdravotnického systému, komunikaci se zdravotníky a podporu při péči o svého blízkého.

Cílem výzkumu nebylo testování hypotéz, ale identifikace hlavních témat v prožívání pečujících osob v souvislosti s péčí o osobu s duševním onemocněním, a to zejména v kontextu zdravotní péče, informovanosti, komunikace a následné podpory.

Zvolený výzkumný design odpovídá potřebě získat bohatá, kontextuálně zakotvená data o způsobu, jakým pečující osoby vnímají:

- informovanost o zdravotním stavu pacienta,
- míru spolupráce se zdravotnickým personálem,
- své zkušenosti s péčí po hospitalizaci.

### 2.2.1 Výzkumný soubor a sběr dat

Výzkumný soubor tvořili rodinní příslušníci osob s duševním onemocněním, kteří využívají služby psychiatrické péče. Kritériem pro zařazení do výzkumného souboru byla přímá zkušenost s péčí o osobu s duševním onemocněním a současný nebo nedávný kontakt s institucemi psychiatrické a následné péče.

Sběr dat probíhal v období od konce května do června 2025, přibližně po dobu čtyř týdnů. Respondenti byli získáni pomocí cíleného výběru, a to dvěma způsoby: jednak prostřednictvím osobních kontaktů (známých), a dále v rámci odborných praxí uskutečněných během studia. Tento přístup umožnil oslovit osoby, které měly přímou zkušenost s péčí o blízkého hospitalizovaného pro duševní onemocnění.

Celkem bylo osloveno 14 rodinných příslušníků, z nichž 6 osob účast ve výzkumu odmítlo. Nejčastějšími důvody byly psychická zátěž, obavy z narušení soukromí nebo přetrvávající stigma spojené s duševním onemocněním v rodině. Finální výzkumný soubor tak tvořilo 8 respondentů, kteří splňovali kritéria výběru a byli ochotni sdílet své zkušenosti formou polostrukturovaného rozhovoru.

Účastníci byli vybíráni záměrným výběrem na základě následujících kritérií:

- osobní zkušenost s péčí o blízkého člověka po hospitalizaci,
- kontakt se zdravotnickým systémem v souvislosti s touto péčí,
- ochota sdílet svou zkušenost a účastnit se výzkumu.

Cílem bylo získat různorodé pohledy na danou problematiku z různých typů rodinných a pečovatelských kontextů.

Každý rozhovor probíhal individuálně a vedl jej výzkumník na základě předem připraveného polostrukturovaného scénáře. Tento scénář vycházel z hlavních výzkumných otázek, ale ponechával prostor i pro spontánní sdílení zkušeností a emocí.

Rozhovory trvaly v průměru 60 minut, přičemž nejkratší rozhovor trval 30 minut a nejdelší přibližně 120 minut. Všechny rozhovory byly se souhlasem respondentů doslovně přepsány a anonymizovány tak, aby nebylo možné zpětně identifikovat jednotlivé účastníky.

Data byla zpracována pomocí metody tematické analýzy. Kódování a organizace výpovědí probíhaly manuálně za využití textového editoru Microsoft Word, který umožnil přehledné seskupení významových jednotek a identifikaci opakujících se vzorců v datech. Tento způsob zpracování podpořil systematické vyhodnocení hlavních témat a subkategorií, které se v rozhovorech opakovaně objevovaly. Proces analýzy zahrnoval několik fází: seznámení s daty, počáteční kódování, seskupování kódů do tematických celků a jejich interpretaci ve vztahu k výzkumným otázkám.

#### **2.2.1.1 Metoda sběru dat – Polostrukturovaný rozhovor**

- Charakteristika metody

Zvolenou technikou sběru dat byl polostrukturovaný rozhovor, který představuje kompromis mezi strukturovaným dotazníkem a otevřeným rozhovorem. Umožňuje sledovat předem stanovené tematické okruhy, ale zároveň ponechává prostor pro spontánní vyjádření respondentů, doplňující otázky a hlubší proniknutí do tématu.

Polostrukturovaný rozhovor je vhodný při zkoumání komplexních sociálních jevů, jakým je například péče o blízkého v náročné životní situaci. Umožňuje zohlednit emoční rozměr prožívání a zároveň zachovat určitou míru srovnatelnosti odpovědí mezi jednotlivými respondenty.

- Příprava a průběh rozhovorů

Byl vytvořen rozhovorový scénář, který obsahoval klíčové tematické okruhy:

1. Informovanost o zdravotním stavu a prognóze pacienta
2. Spolupráce se zdravotníky a dalšími odborníky během hospitalizace
3. Zkušenosti s péčí po propuštění z nemocnice a zapojením rodiny

Rozhovory byly vedeny osobně nebo telefonicky, v závislosti na možnostech a preferencích jednotlivých respondentů. Všechny rozhovory byly zaznamenány a jejich délka se pohybovala přibližně od 30 do 60 minut. Výzkum probíhal převážně na území Kraje Vysočina, kde se nachází většina oslovených respondentů. Zároveň byly navázány kontakty se dvěma většími organizacemi poskytujícími podporu rodinám s duševně nemocnými osobami v Jihočeském kraji, odkud pochází menší část účastníků. Lokalita výzkumu se nachází na rozhraní těchto dvou krajů a je charakteristická omezenou dostupností některých zdravotních a specializovaných služeb v oblasti péče o duševní zdraví, což mohlo ovlivnit i zkušenosti dotazovaných osob.

Struktura rozhovoru je uvedena v Příloze č. 1. V rámci rozhovorů byly kladeny stejné základní otázky všem respondentům, doplněné o doplňující otázky podle individuální situace a odpovědí účastníků.

### 2.2.1.2 Metoda analýzy – Tematická analýza

- Východisko a cíle

K analýze dat byla použita tematická analýza podle konceptu Braunové a Clarkové (2006), která umožňuje systematicky identifikovat, organizovat a interpretovat významová témata v datech. Cílem této analýzy je objevit opakující se vzorce významů (temata), které vyjadřují klíčové aspekty zkoumaného jevu z pohledu respondentů.

Tematická analýza probíhala ve šesti fázích, které jsou dále rozepsány:

- Seznámení se s daty

Každý rozhovor byl po nahrání přepsán doslovně. Následovalo opakované pročitání přepisů, během něhož byly zaznamenávány první poznámky a pozorování, která sloužila jako východisko pro kódování.

- Generování počátečních kódů

Pomocí otevřeného kódování byly v jednotlivých výpovědích identifikovány významové jednotky (slova, fráze, pasáže), které byly opatřeny kódy – například: „nedostatečné informace“, „nejistota z budoucnosti“, „pasivní role v rozhodování“, „pozitivní přístup zdravotníka“, apod.

- Hledání témat

Kódy byly porovnávány, seskupovány a analyzovány za účelem identifikace vyšších tematických celků. Např. kódy týkající se nejasné komunikace a nepochopení zdravotnickým informacím byly začleněny do tématu *Nedostatečná informovanost*.

- Revize témat

Byla prověřována soudržnost jednotlivých témat a jejich reprezentativnost vůči původním datům. Témata, která byla příliš obecná, byla dále rozdělena; jiná byla sloučena či přejmenována. V této fázi došlo ke konečné stabilizaci struktury témat.

- Pojmenování a definování témat

Každé téma bylo detailně popsáno, definováno a opatřeno ilustrativními citacemi respondentů. Tematická struktura byla zároveň konfrontována s výzkumnými otázkami a teoretickým rámcem práce.

- Syntéza a interpretace výsledků

V poslední fázi byla témata začleněna do kapitol a interpretována v širším kontextu problematiky péče, komunikace a spolupráce v rámci zdravotnického systému.

## 2.3 Etika výzkumu

Účastníci byli předem seznámeni s cílem výzkumu, s jeho dobrovolností a s možností kdykoli odstoupit bez udání důvodu. Byli informováni o tom, že rozhovory budou zaznamenávány a následně přepisovány, přičemž veškeré citace budou zpracovány anonymně. V textu práce jsou respondenti označeni pouze kódem (např. R1, R2...), a nebude uvedeno žádné identifikovatelné jméno, adresa ani specifické detaily, které by mohly vést k jejich rozpoznání.

Kromě toho měli účastníci možnost nahlédnout do finální verze diplomové práce těsně před jejím odevzdáním. Tímto krokem mohli navrhnout úpravu, zpřesnění nebo vyřazení konkrétních citací, pokud by je považovali za nevhodné, tendenční nebo příliš citlivé v daném kontextu. Této možnosti účastníci nevyužili.

Výzkum byl veden s respektem k principům důvěrnosti, dobrovolnosti, informovaného souhlasu a minimalizace rizika pro zúčastněné osoby. Data byla uchovávána v souladu s etickými standardy a GDPR – veškeré nahrávky a přepisy byly uloženy na zabezpečeném úložišti a po ukončení výzkumu budou skartovány v souladu s pravidly pro nakládání s osobními daty.

## 3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

V této kapitole jsou prezentovány a interpretovány výsledky kvalitativního výzkumu, který se zaměřuje na informovanost a komunikaci mezi zdravotníky a rodinnými příslušníky během psychiatrické hospitalizace. Cílem výzkumu bylo získat hlubší porozumění zkušenostem pečujících osob, jejich vnímání spolupráce s odborníky, informovanosti o stavu pacienta a jejich zapojení do následné péče. Výzkum se rovněž snažil identifikovat slabá místa v systému komunikace a podpory rodin v krizových situacích spojených s hospitalizací osoby s duševním onemocněním.

Zkoumané oblasti byly vymezeny následujícími výzkumnými otázkami:

1. Jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou osoby pečující informovány o stavu pacienta a jeho nejbližší prognóze?  
Kdo jim tyto informace poskytuje, kdy je obdrží a jaký je jejich obsah?
2. Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi osobami pečujícími a odborníky?  
Jak často ke spolupráci dochází, kdo se na ní podílí a jak jsou osoby pečující se spoluprací spokojeny?
3. Jak probíhá následná péče o pacienta po propuštění z hospitalizace a jakým způsobem do ní byli zapojeni jeho blízcí?  
Jaké byly jejich zkušenosti s touto péčí a s možnostmi jejich zapojení?

Výpovědi respondentů byly analyzovány metodou tematické analýzy, přičemž výsledky jsou níže strukturovány podle hlavních tematických okruhů, které z analýzy vyplynuly a které odpovídají výše uvedeným výzkumným otázkám. Každé z těchto témat je dále přehledně zpracováno v tabulce, která shrnuje klíčová zjištění a usnadňuje jejich porozumění.

### 3.1 Informovanost pečujících osob o stavu pacienta a jeho prognóze

Jakým způsobem a v jakém rozsahu jsou osoby pečující informovány o stavu pacienta a jeho nejbližší prognóze? Kdo jim tyto informace poskytuje, kdy je obdrží a jaký je jejich obsah?

#### 3.1.1 Kvalita, srozumitelnost a užitečnost poskytovaných informací

Kvalita, srozumitelnost a užitečnost poskytovaných informací představují klíčové faktory v komunikaci mezi zdravotníky a rodinnými příslušníky pacienta. Nejde pouze o to, zda jsou informace předávány, ale i o to, jakým způsobem jsou sdělovány, zda jsou srozumitelné, úplné a prakticky využitelné pro pečující osobu. V kontextu psychiatrické hospitalizace, kde často panuje zvýšená míra nejistoty a obav, má kvalita komunikace zásadní dopad na schopnost rodiny orientovat se v situaci, porozumět diagnóze a podílet se na plánování a zajištění následné péče. Tato kapitola se zaměřuje na to, jak pečující osoby hodnotily obsah a přínos získaných informací během hospitalizace blízkého.

R1

V rozhovoru se respondent zmínil o různých úrovních komunikace s personálem. Informace poskytované sestřičkami byly většinou obecné a neosobní. Zatímco některé informace, které byly předávány, byly jasné, jako například pravidla návštěv, chyběla specifická, srozumitelná a praktická doporučení týkající se léčby nebo plánovaného propuštění pacienta. Sestřičky se více soustředily na administrativní záležitosti než na poskytnutí podpory rodinným příslušníkům.

*„Sestřičky byly takové divně neosobní, ale vlastně jenom takové obecní informace...“*

Zde respondent vyjadřuje nespokojenost s přístupem zdravotního personálu, který nevyužíval příležitosti pro zajištění individuálního přístupu k informování rodinných příslušníků. Tento neosobní přístup může vést k tomu, že rodiny se cítí opuštěné a nedostatečně podporované během náročného období hospitalizace jejich blízkého.

R1

Respondent ve své výpovědi vyjadřuje, že očekával větší informovanost, především v oblasti následné péče, která je klíčová pro úspěšný návrat pacienta do domácího prostředí. Jak uvádí, během hospitalizace byla informovanost pro něj dostatečná, ale jakmile pacient opustil nemocnici, informace o dalším postupu, o domácí péči nebo rehabilitaci byly velmi omezené.

*„V tu chvíli mě chyběla ta informovanost potom, která se týkala té po hospitalizační péče. Jinak bych řekla, že během té hospitalizace nám to stačilo, ale čekala jsem, že vlastně to skončí a něco se dozvíme, a vlastně jsme nevěděli nic.“*

Tento komentář ukazuje na výraznou mezeru v komunikaci a plánování péče. Rodinní příslušníci by měli dostávat informace nejen o zdravotním stavu pacienta, ale i o možnostech následné péče a rehabilitace, které jsou nezbytné pro zajištění hladkého přechodu do domácího prostředí. V tomto případě rodina zůstala neinformována o důležitých krocích po hospitalizaci, což mohlo vést k obtížím při péči o pacienta po jeho návratu domů.

R2

Dalším klíčovým problémem byla užitečnost informací poskytovaných lékaři. Respondent uvádí:

*„Srozumitelné byly, ale užitečné spíše ne. Protože nás nijak neposunulo v tom abychom věděli, jakým způsobem třeba s pacientem komunikovat.“*

Tento výrok ukazuje, že i když byly informace o zdravotním stavu pacienta jasné, ne vždy byly pro rodinu prakticky využitelné. Zejména chyběla konkrétní doporučení, jak přistupovat k pacientovi v každodenním životě, jak s ním komunikovat a jaké informace mu poskytovat.

R3

Jedním z klíčových sdělení respondenta je apel na poskytování alespoň základních, nekliničtě zaměřených informací blízkým osobám pacientů. Nežádal konkrétní medicínské údaje, ale elementární ujištění, zda je jeho partnerka schopna péče o dítě, a orientaci v tom, co bude následovat.

*„Nešlo mi o detaily, ale aspoň vědět – je schopná se starat o děti?“*

V této větě se odráží hluboká nejistota a zároveň volání po systému, který by blízké osoby nezanedbával, ale vnímal je jako součást širšího systému péče.

R4

Z hlediska srozumitelnosti a užitečnosti respondent označil poskytnuté informace jako vyhovující, čímž se jeho zkušenost pozitivně liší od jiných rozhovorů:

*„Určitě.“*

R5

Matka popisuje situaci jako šokující a traumatizující, kdy se dozvěděla o stavu své dcery až po dramatickém incidentu. Celý proces, od příjezdu hasičů až po převoz na ARO, byl vnímán jako chaotický a bez jakékoliv jasné orientace.

*„Já jsem neplakala šok - přesně... plakala jsem až za měsíc, než jsem se probrala z toho, co se vlastně stalo.“*

Tento emocionální šok, který matka prožila, ukazuje na to, jak důležité je mít během kritických okamžiků k dispozici podporu, která rodinným příslušníkům pomůže orientovat se v situaci, poskytne jim jasné informace a nabídne praktickou pomoc. Zdravotníci by v těchto chvílích měli být připraveni nabídnout nejen informace o zdravotním stavu pacienta, ale i o dalším postupu a možnostech podpory.

R6

Popis problému: Ačkoliv respondentka obdržela nějaké informace o zdravotním stavu svého syna, tyto informace byly často neúplné a obtížně srozumitelné. To vedlo k pocitu frustrace a neadekvátní přípravy na další kroky v procesu léčby a rehabilitace.

*Citace: „...byly jenom po dotázání nás...“*

Téma: Srozumitelnost a užitečnost informací poskytnutých zdravotníky, kdy poskytování pouze základních nebo neúplných informací může ztížit pochopení situace pečujícími osobami.

R6

Respondentka popisuje situaci, kdy byla hospitalizace jejího syna provedena bez jejího vědomí a bez adekvátní informovanosti. Ačkoliv je její syn plnoletý, pociťuje, že jako rodič měla právo být informována o jeho zdravotním stavu a umístění. Když syna hospitalizovali, nebyla jí vůbec poskytnuta žádná informace o tom, kam byl odvezen a co se s ním bude dít.

*„...přijela prostě pro něj sanitka k těm policajtům a odtamtad ho rovnou vezli do té Jihlavy. Nevěděla jsem vůbec, kam ho vezou, co s ním budou dělat, vůbec nic.“*

Nedostatek informací a nezajištění komunikace mezi nemocnicí a rodinou pacienta, což zvyšuje stres a nejistotu rodičů, kteří jsou zapojeni do procesu péče.

R7

Matka popisuje, že lékaři ji vůbec neinformovali o stavu její dcery, ani o tom, jak probíhá léčba

*„Nedává mi vůbec nic,“*

.....zní jedna z klíčových vět, která poukazuje na absenci aktivní komunikace ze strany zdravotnického personálu. Tato situace naznačuje, že péče o pacienta byla v tomto případě

orientována spíše na samotného pacienta než na pečující osobu, což může vést k pocitu opomenutí a frustrace u rodinného člena, který se podílí na péči.

**Tabulka 1: Kvalita, srozumitelnost a užitečnost poskytovaných informací**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Obecnost a neosobnost informací	Informace byly často příliš obecné, administrativní a nepřizpůsobené konkrétní situaci rodiny.	R1	„Sestřičky byly takové divně neosobní, ale vlastně jenom takové obecní informace...“
Nedostatek informací o následné péči	Po propuštění pacienta chyběly informace o domácí péči, rehabilitaci a dalším postupu.	R1, R6	„...čekala jsem, že vlastně to skončí a něco se dozvíme, a vlastně jsme nevěděli nic.“
Nepraktické nebo nevyužitelné informace	I když byly informace srozumitelné, nebyly prakticky využitelné pro komunikaci a péči o pacienta.	R2	„Srozumitelné byly, ale užitečné spíše ne. Protože nás nijak neposunulo v tom, abychom věděli, jakým způsobem třeba s pacientem komunikovat.“
Absence základního zajištění a orientace	Blízcí nedostali ani základní informace o tom, co se s pacientem děje nebo jaká je jeho schopnost péče o děti.	R3, R5, R6	„Nešlo mi o detaily, ale aspoň vědět – je schopná se starat o děti?“ „Nevěděla jsem vůbec, kam ho vezou, co s ním budou dělat, vůbec nic.“
Absence aktivní komunikace ze strany lékařů	Lékaři neoslovovali rodinné příslušníky a neinformovali je o průběhu léčby.	R6, R7	„Nedává mi vůbec nic.“
Informace pouze na přímý dotaz	Informace nebyly iniciativně sdělovány – rodina je získala jen po vyžádání.	R6	„...byly jenom po dotázání nás...“
Vysoká subjektivní spokojenost (výjimka)	Výjimečně respondent označil informace za srozumitelné a dostatečné.	R4	„Určitě.“

Zdroj: vlastní zpracování

Tato kapitola přináší hlubší pohled na to, jak blízcí osob hospitalizovaných na psychiatrii vnímají kvalitu, srozumitelnost a praktickou využitelnost informací, které jim byly během a po hospitalizaci poskytnuty. Z výpovědí respondentů vyplývá, že úroveň informovanosti byla velmi proměnlivá a často závisela na iniciativě samotných rodinných příslušníků a jednotlivých pracovních zdravotnického zařízení.

Významná část respondentů poukazovala na to, že informace byly buď příliš obecné, neosobní nebo nedostatečné. Například sestry se podle výpovědí častěji zaměřovaly na technicko-administrativní informace (např. návštěvní hodiny), než aby poskytovaly podporu rodině nebo srozumitelně vysvětlovaly průběh léčby a možnosti spolupráce. Lékařské informace byly sice někdy jasně formulované, avšak jejich užitečnost byla omezená – chyběla především praktická doporučení, jak s pacientem komunikovat a jak jej podpořit v domácím prostředí. Tento nedostatek konkrétních rad vyvolával u pečujících nejistotu a pocit nepřipravenosti na roli, kterou mají v rámci péče po návratu pacienta domů zastávat.

Závažným zjištěním je také fakt, že některé rodiny nebyly o hospitalizaci vůbec informovány, případně dostávaly informace zprostředkovaně nebo opožděně. To vedlo k šoku, zmatku a stresovým reakcím, zejména v případech, kdy byla hospitalizace důsledkem akutní krize. V takových chvílích rodiny postrádaly jak základní orientaci v situaci, tak jakoukoli emocionální nebo praktickou podporu ze strany zdravotníků.

Naopak výjimečně byly popsány případy, kdy informace byly hodnoceny jako dostatečné, jasné a užitečné. Tyto pozitivní zkušenosti ukazují, že funkční komunikace mezi zdravotníky a rodinou je možná – vyžaduje však aktivní přístup personálu, ochotu přizpůsobit sdělení potřebám blízkých a vnímání rodiny jako relevantního partnera v procesu péče.

Z výpovědí rovněž vyplývá, že většina rodin nepotřebuje detailní lékařské informace, ale spíše lidský přístup, základní orientaci v situaci, praktické rady a podporu v tom, jak pacienta zvládat v každodenním životě. Absence takových informací přispívá k pocitu vyloučení, ztráty kontroly a nedostatečné připravenosti na náročnou pečovatelskou roli.

Závěrem lze říci, že kvalita, srozumitelnost a užitečnost poskytovaných informací ve většině případů neodpovídala potřebám blízkých osob hospitalizovaných pacientů. Výsledky této kapitoly naznačují potřebu systematického přístupu ke komunikaci se zapojením rodinných příslušníků, se zvláštním důrazem na podporu při plánování následné péče, emoční doprovázení rodiny během krize a přizpůsobení sdělení jejich možnostem a očekáváním.

### 3.1.2 Frekvence a způsob poskytování informací během hospitalizace

Frekvence a způsob poskytování informací během hospitalizace jsou klíčovými faktory, které ovlivňují orientaci rodinných příslušníků v situaci, kdy jejich blízký pacient potřebuje hospitalizaci. Pravidelná a proaktivní komunikace ze strany zdravotnického personálu pomáhá rodinám cítit se zapojené do procesu léčby, což zvyšuje jejich důvěru a snižuje nejistotu. Tato část se zaměřuje na to, jak často a jakým způsobem byly informace poskytovány rodinným příslušníkům během hospitalizace, a na to, jaký vliv měl způsob komunikace na jejich schopnost adekvátně reagovat na potřeby pacienta.

#### R1

V průběhu hospitalizace se respondentovi dostalo pouze omezených informací o zdravotním stavu pacienta, což bylo zásadní pro jeho schopnost se orientovat v situaci a pro následné rozhodování o péči po propuštění. Informace byly především poskytovány prostřednictvím

telefonních hovorů, kdy respondenti volali, aby zjistili stav pacienta. Bylo patrné, že zdravotníci poskytovali pouze základní informace o zdravotním stavu, a to zejména v počáteční fázi hospitalizace.

*„Informace jsme získávali jenom ze začátku, když jsme si tam volali a potřebovali jsme zjistit, jak to udělat, aby byl hospitalizován, protože měl problémy, a pak jsme volali ty první dny, jak mu je? No a tím to vlastně skončilo.“*

Tento způsob informování ukazuje na zřetelný nedostatek proaktivního přístupu zdravotníků, kteří by měli pravidelně informovat rodinné příslušníky o stavu pacienta a případném dalším postupu léčby. Tato omezená komunikace vytváří pro rodiny napětí a nejistotu, která může být stresující pro pečující osoby, zvláště pokud jsou závislí na informacích, které by jim měly pomoci lépe se rozhodnout o dalším postupu.

R2

Informovanost rodiny o zdravotním stavu pacienta se během hospitalizace měnila. Na začátku hospitalizace byla komunikace pravidelnější, přičemž se rodina dozvídala zpětnou vazbu přibližně dvakrát až třikrát týdně. Tato počáteční frekvence poskytovala pocit kontroly a ujištění o průběhu léčby. Jak však hospitalizace pokračovala, informovanost rodiny postupně klesala, což vedlo k pocitu izolovanosti a nejistoty. Jak uvádí respondent:

*„V průběhu následného hospitalizace už jsme dostávali zpětné vazby velice zřídka.“*

Zajímavým zjištěním bylo, že v mnoha případech musela rodina aktivně vyhledávat informace.

*„V nějakých případech automaticky, ale často jsme se museli sami doptávat,“*

popisuje pečující osoba proces komunikace s lékaři. To ukazuje na pasivní přístup zdravotnického personálu k poskytování informací, kdy byla rodina často nucena převzít iniciativu a hledat potřebné informace na vlastní pěst.

R4

Tato část výpovědi ukazuje na odlišnou zkušenost s informováním oproti jiným respondentům. V tomto případě informace o zdravotním stavu pacienta byly rodině poskytovány, avšak výhradně na jejich vlastní podnět. Zdravotnický personál sám aktivní iniciativu neprojevoval:

*„Často z hlediska iniciativy lékařů v podstatě vůbec. Akorát ty informace jsme měli, protože bysme tam jezdili za ním.“*

R4

Způsob poskytování informací byl převážně osobní, a tedy při fyzických návštěvách na oddělení, které rodina sama iniciovala:

*„Na náš dotaz, osobně. Teda osobně, osobně ano.“*

R6

Informace o hospitalizaci a léčbě syna byly poskytovány pouze na základě iniciativy pečující osoby (matky), která musela volat na oddělení, aby se dozvěděla detaily. Tato situace naznačuje pasivní přístup zdravotnického personálu, který neinformoval rodinu aktivně, ale spíše čekal, až se pečující osoba sama ozve.

*„...když jsme se my na to zeptali, co teda s klukem je...“ a „...volala jsem přímo na to oddělení, že je teda hospitalizován...“*

Pasivní přístup zdravotníků k informování rodiny, kde je komunikace orientována na odpovědi na dotazy pečujících, místo aktivního poskytování informací.

R7

Ačkoli matka byla informována o některých aspektech léčby, zejména o možnosti si dceru po propuštění vzít domů, informace byly poskytovány především telefonicky a nebyly dostatečně podrobné.

*„a když jste si jí brala domů, sdělovali vám nějaký informace, jak na tom dcera je zdravotně? Ne. Takže vy jste si přijela pro dceru? No. A léky jak brala vám předali? Ne, ty jí dali domů, dali jí léky domu. A vy jste nebyla seznámena s tím, jak je má brát ?- jí říkali.“*

To poukazuje na zjevnou mezeru v komunikaci, která může mít vliv na správné pokračování léčby po hospitalizaci.

R8

Jedním z významných témat, které se v rozhovoru opakovaně objevovalo, byla omezená informovanost ze strany zdravotnického personálu během hospitalizace pacienta. Informace byly pečujícím osobám poskytovány převážně telefonicky, a to z jejich vlastního podnětu:

*„Telefonoval jsem. Asi 1 týdně po domluvě co s ošetřujícím lékařem. Informace byly všeobecný.“*

Z rozhovoru je patrné, že tato forma komunikace byla do značné míry iniciována samotným pečujícím:

*„To, že budu telefonovat 1 týdně, jsem navrhl já.“*

R8

*„Asi bych ocenil osobní kontakt s ošetřující lékařkou, což mě vlastně vůbec nenapadlo o to požádat. Připadal jsem si jako obtěžující.“*

V odpovědi se objevuje také reflexe možného zábrany požádat o osobní setkání, což může ukazovat na asymetrii ve vztahu mezi pečujícím a odborníky:

*„Paní lékařka asi zřejmě byla ráda, že to řešíme jenom telefonicky.“*

Na základě těchto výpovědí lze shrnout, že vnímaná nedostatečná informovanost, chybějící osobní kontakt a celková nízká míra zapojení pečující osoby do léčebného procesu vedly k pocitu nejistoty a ztráty kontroly nad situací. Zároveň se ukazuje, že systém spoléhá na iniciativu pečujících osob, aniž by jim proaktivně nabízel možnosti, jak se o zdravotní stav blízkého aktivně zajímat nebo se více zapojit do komunikace s odborníky.

**Tabulka 2: Frekvence a způsob poskytování informací během hospitalizace**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Pasivní přístup zdravotníků	Informace jsou poskytovány pouze na základě iniciativy rodiny, chybí pravidelná komunikace ze strany personálu.	R1, R2, R4, R6, R8	„Informace jsme získávali jenom ze začátku, když jsme si tam volali... a tím to vlastně skončilo.“ (R1)
Iniciativa rodiny jako hlavní zdroj informací	Rodina musí aktivně vyhledávat informace, často telefonicky nebo osobně, aby se dozvěděla o zdravotním stavu pacienta.	R2, R4, R6, R8	„V nějakých případech automaticky, ale často jsme se museli sami doptávat.“ (R2)
Omezený osobní kontakt s lékaři	Komunikace probíhá především telefonicky, chybí možnost nebo nabídka osobního kontaktu s ošetřujícím lékařem.	R4, R7, R8	„Asi bych ocenil osobní kontakt s ošetřující lékařkou... Připadal jsem si jako obtěžující.“ (R8)
Snížení frekvence informování v průběhu hospitalizace	Na začátku hospitalizace je komunikace častější, později dochází k útlumu informování ze strany zdravotníků.	R2	„V průběhu následné hospitalizace už jsme dostávali zpětné vazby velice zřídka.“ (R2)
Nedostatečné předání informací při propuštění	Pečující nejsou dostatečně informováni o zdravotním stavu pacienta ani o medikaci při jeho propuštění.	R7	„A vy jste nebyla seznámena s tím, jak je má brát? – jí říkali.“ (R7)
Vnímání asymetrie ve vztahu k odborníkům	Pečující mají pocit, že by narušovali personál, pokud by žádali o podrobnější nebo osobní informace.	R8	„Paní lékařka asi zřejmě byla ráda, že to řešíme jenom telefonicky.“ (R8)

Zdroj: vlastní zpracování

Z výpovědí respondentů jednoznačně vyplývá, že komunikace ze strany zdravotnického personálu byla ve většině případů pasivní, nedostatečná a často zcela závislá na iniciativě pečujících osob. Informace o zdravotním stavu hospitalizovaného pacienta byly převážně poskytovány formou telefonických hovorů, přičemž se nejednalo o pravidelný či systematický přenos informací. Rodiny nebyly informovány automaticky, ale musely samy aktivně kontaktovat zdravotníky, často opakovaně a s nejistým výsledkem. Tento přístup vedl u pečujících k pocitům nejistoty, stresu a ztráty kontroly nad situací, což mohlo negativně ovlivnit nejen jejich schopnost plánovat následnou péči, ale také jejich důvěru v celý zdravotnický systém.

Výpovědi ukazují, že i v případech, kdy byla informovanost zpočátku relativně častá (např. dvakrát až třikrát týdně), došlo v průběhu hospitalizace k jejímu výraznému útlumu. Tento pokles informovanosti byl vnímán jako demotivující a znejišťující. Respondenti rovněž opakovaně vyjadřovali přání po osobnějším kontaktu s lékařem, který by umožnil hlubší porozumění zdravotnímu stavu pacienta a poskytl prostor pro kladení dotazů a získání konkrétnějších informací o průběhu léčby a jejích cílech. Tento požadavek však často zůstal nenaplněn – i kvůli tomu, že se pečující osoby obávaly lékaře „obtěžovat“ nebo nebyly informovány o tom, že mají možnost osobní konzultace vyžádat.

Zásadním problémem bylo také to, že informace byly často příliš obecné, bez konkrétních instrukcí nebo kontextu, což pečujícím komplikovalo orientaci v celé situaci. V některých případech byly informace poskytovány pouze při osobních návštěvách na oddělení, přičemž ani tehdy se nejednalo o systematickou komunikaci, ale o odpovědi na přímé dotazy. Zdravotnický personál zjevně neprojevoval vlastní iniciativu v tom, aby rodinné příslušníky proaktivně oslovoval, informoval nebo zapojoval do rozhodování o léčbě.

Tato kapitola ukazuje, že absence pravidelného, jasného a strukturovaného poskytování informací představuje závažnou překážku v procesu zapojení rodinných příslušníků do péče o pacienta. Nedostatečná informovanost může vést nejen k pocitům frustrace a bezmoci, ale i ke zhoršenému zvládnutí následné péče po propuštění z hospitalizace. Pro zajištění kvalitní psychiatrické péče, která bere v úvahu i systém podpory pacienta v jeho přirozeném prostředí, je nezbytné, aby zdravotníci aktivně komunikovali s pečujícími osobami, pravidelně je informovali o vývoji zdravotního stavu pacienta a nabízeli jim prostor pro osobní konzultace. Transparentní, pravidelná a srozumitelná komunikace je klíčová nejen pro zajištění kontinuity péče, ale také pro budování důvěry mezi zdravotnickým zařízením a rodinou pacienta.

### 3.1.3 Informovanost o následné péči

Dalším klíčovým prvkem je informovanost o následné péči, která je nezbytná pro to, aby se pacient mohl úspěšně zotavit po propuštění z nemocnice. Respondent vyjadřuje, že sice měl pacient možnost navštěvovat odborníky, jako je adiktolog, ale informace o těchto možnostech byly velmi omezené a byly poskytnuty pouze pacientovi, nikoli jeho rodině.

R1

*„Vlastně to všechno bylo na něm. Oni nám jen řekli, že může jít k obvodnímu lékaři a adiktologovi, ale nic konkrétního víc nám neřekli.“*

Tento nedostatek informací o dostupných možnostech následné péče je vážným problémem. Odborníci by měli rodinám poskytovat konkrétní pokyny a seznam možností, jakým způsobem mohou pokračovat v podpoře pacienta. To zahrnuje doporučení ohledně odborných služeb, rehabilitace, podpůrných skupin nebo domácí péče. Informace o těchto možnostech by měly být poskytnuty nejen pacientovi, ale i jeho rodině, aby mohli efektivně pokračovat v podpoře.

R2

Respondent reflektuje, že rodina neměla přístup k informacím o dalších možnostech podpory a že ani netušila, na co se ptát:

*„Tak v té době jsme se o tomto vůbec nedozvěděli. Žádné informace, jenom že si máte najít psychiatrickou léčbu ambulantní.“*

*„Zpětně mi nejvíce chybělo to, abychom se mohli dozvědět o nějaké další následné péči. Ale v té době jsme se to nedozvěděli a vlastně, protože jsme s tím neměli žádnou zkušenost, tak nás ani nenapadlo to podrobně dohledávat.“*

Tato výpověď naznačuje, že očekávání iniciativy od laické veřejnosti, která je v psychicky i organizačně náročné situaci, je nerealistické a může vést k selhání podpůrného systému. Rodina by měla být jasně vedena, edukována a provázena při propuštění pacienta, ideálně multidisciplinárním týmem.

R2

Rodina obdržela jen minimum informací ohledně toho, jaké kroky mají po propuštění podniknout a co je jejich rolí v rámci další péče o pacienta. Jediným konkrétním úkolem, který jim byl sdělen, bylo vyhledání ambulantního psychiatra:

*„1 náš úkol bylo vyhledat někoho, kdo se bude pacientovi věnovat ambulantně, což byl dohledán pan doktor Kašparů v Pelhřimově. A to v podstatě byly jediné informace, které jsme dostali.“*

Zcela chyběla jakákoliv informace o dalších možnostech následné péče, například o domácí péči, službách sociálního poradenství nebo krizových centrech. Tyto informace přitom mohou mít zásadní význam nejen pro pacienta, ale také pro pečující, kteří často čelí nové a náročné roli. Jak uvádějí Praško et al. (2005), důsledná edukace rodiny a její aktivní zapojení do přípravy na propuštění významně snižují riziko relapsu a rehospitalizace.

R2

Rodina nebyla informována ani o tom, kdy a zda se má pacient dostavit na kontrolu, což ukazuje na nedostatek návaznosti péče:

*„Po propuštění z nemocnice nám ani nebylo oznámeno, kdyby třeba se měl bratr dostavit na kontrolu, nebo vlastně nebyl projeven jakýkoliv zájem o jeho budoucí stav.“*

Zde se odhaluje zásadní deficit ve spojení mezi akutní a následnou péčí. Tato diskontinuita může vést k destabilizaci zdravotního stavu pacienta, nedodržování léčby a opětovné hospitalizaci. Jak uvádí Matoušek (2008), efektivní sociální práce a zdravotní péče vyžadují nejen informovanost, ale především propojení služeb a odpovědnost za přechod mezi jednotlivými stupni péče.

R3

V další fázi, kdy respondent požadoval podporu pro sebe a pro dítě, se ukázalo, že žádná strukturovaná podpora nebyla poskytnuta. Respondent se cítil zcela opuštěný v situaci, kdy se měl postarat o dítě své partnerky, která byla po psychiatrické hospitalizaci, a zároveň se vyrovnávat s emocemi a stresem spojenými s její nemocí. Podle jeho slov mu nikdo nenabídl žádnou formu poradenství nebo podpory, která by mu pomohla vyrovnat se s náročnou situací.

*„Nikdo mi nic nenabídl.“*

Tento nedostatek podpory pro rodinné příslušníky je v oblasti péče o pacienty s duševními poruchami alarmujícím problémem. Odborníci by měli brát v úvahu, že pečující osoby čelí často nejen psychické zátěži, ale i praktickým problémům spojeným s péčí o dítě a zabezpečením

domácnosti. Tato situace ukazuje na mezery v podpoře rodinných příslušníků, což by mělo být zohledněno ve zdravotní a sociální péči.

R3

Respondent také uvádí, že poté, co se jeho bývalá partnerka vrátila domů, byl zcela neinformován o tom, na koho se obrátit ohledně následné péče. V reakci na tuto nejistotu kontaktoval sociální službu, která ho pozvala k konzultaci a následně se domluvili na kontaktech a podmínkách styku s dítětem. Tento krok ukazuje na důležitost zapojení sociálních pracovníků a dalších odborníků, kteří mohou rodině pomoci orientovat se v dostupné podpoře a doporučeních pro následnou péči.

*„Volal jsem proto na sociálku, co mám dělat. Nakonec si nás pozvali a domluvili jsme se na nějakých stycích u nich doma.“*

Tento krok ukazuje, jak důležitá je koordinace mezi zdravotníky a sociálními službami, aby rodina měla jasno v dalším postupu a byla schopná zajistit pacientovi i po propuštění odpovídající péči a podporu.

R4

Respondentka dále uváděla, že jí nebyly poskytnuty žádné konkrétní pokyny ohledně následné péče, ať už ve formě ústní instrukce, doporučených služeb nebo edukace:

*„Ne, ne, ne, ne, ne.“*

Zásadní je, že ani základní orientace v dostupných službách, jako je komunitní péče, domácí návštěvy nebo možnost krizových center, nebyla nabídnuta. Respondentka byla ponechána ve své vlastní domněnce, že stabilizace manželova stavu je trvalá:

*„Já jsem se teda musím říct naivně domnívala, že ten stav prostě bude už nevratnej...“*

To ukazuje na nedostatek komunikace a podpory ze strany odborníků ve chvíli, kdy je rodina klíčovým aktérem v pokračující péči.

R4

Přestože respondentka uváděla, že její manžel po propuštění docházel na kontroly k psychiatřičce a zajišťoval si pravidelnou ambulantní péči, jednalo se o aktivitu vycházející z předchozí zkušenosti rodiny, nikoliv z iniciativy zařízení. Iniciativa na straně pečující osoby byla tedy klíčová:

*„On měl vlastně v tu dobu psycholožku a psychiatřičku už jakoby ambulantní, protože tam jsme docházeli po tý těžký atace...“*

Z hlediska systému to poukazuje na absenci koordinovaného předávání mezi lůžkovou a ambulantní složkou péče. Možnosti zapojení do programů následné péče, jako jsou komunitní týmy, Fokus nebo jiné rehabilitační služby, nebyly ani zmíněny:

*„Já jsem se spíš jako dotazovala, jestli vám nabídli třeba jako, jak je teď Fokus, nějakou komunitu... Ne.“*

Zkušenost respondentky ukazuje na výrazný deficit v oblasti strukturované informovanosti rodinných příslušníků v souvislosti s propuštěním z psychiatrické hospitalizace. Absence formálního sdělení o ukončení hospitalizace, chybějící pokyny k domácí péči a nulová nabídka

komunitních či podpůrných služeb ukazují, že i přes pozitivní vývoj zdravotního stavu pacienta zůstává rodina bez dostatečné podpory.

R5

Po propuštění nebyly pečujícímu rodiči poskytnuty dostatečné informace o následné péči.

*„Nikdo neposkytl odpovědi. Byli jsme jakože tak, tak dobře, zkuste začít žít.“*

Tento přístup naznačuje, že rodina byla ponechána na vlastní pěst bez potřebné podpory, aby věděla, jakým způsobem pokračovat v péči o pacienta po propuštění. Byla doporučena psychiatrická péče, ale žádné další konkrétní kroky nebo poradenství ohledně psychoterapie, terapeutických služeb nebo jiných podpůrných programů nebyly nabídnuty.

R5

Vzhledem k tomu, že po propuštění nedostali žádné konkrétní instrukce, rodiče se rozhodli hledat potřebné služby sami.

*„My jsme si hledali psychoterapii a další služby sami.“*

Tento přístup ukazuje na vysokou míru samostatnosti, kterou rodina musela vynaložit k zajištění kvalitní následné péče, a ukazuje na absenci systému, který by tuto podporu mohl poskytovat. Matka také popisuje, jak se dostali k informacím o specifických terapeutických službách, jako je „kaleidoskop“, ale až díky doporučení od mladé lékařky, což naznačuje, že informace o těchto možnostech nebyly systémově sdělovány.

R5

V rozhovoru se také objevuje zmínka o využívání služeb Centra domácí zdravotní péče (CDZ). Rodič se domnívá, že tato služba nyní funguje lépe, ale také poznamenává, že hraniční poruchy a specifické psychické stavy se mohou vymykat běžným postupům v rámci CDZ.

*„Byť ale pozor, musím říci, že jako využíváme služby CDZ, ale máme tu výhodu.“*

I když služba CDZ poskytuje určitou formu podpory, není vždy schopná pokrýt všechny potřeby, zejména v oblasti komplexní psychoterapie a psychiatrické podpory. Matka zmiňuje, že její dcera dochází k psychiatrické léčbě, ale i v tomto případě zůstávají jiné formy podpory a péče mimo dosah:

*„To jí nabídnuto nebylo.“*

R7

Dále matka uvádí, že jí nebyly poskytnuty žádné konkrétní pokyny ohledně následné péče. Když se ptala na to, jak má pokračovat v péči o dceru doma, dostala jen velmi obecné odpovědi, bez specifických doporučení ohledně dalších služeb nebo léčebných možností. Matka se také dotazovala na možnosti komunitní léčby a podporu, jako jsou podpůrné služby typu Fokus nebo CD CZ, ale odpověď byla, že jí nikdo nic nenabídl.

*„Nedali mi nic“.....*

to odráží nedostatek proaktivního přístupu k poskytování potřebných informací a podpory při přechodu z hospitalizace na domácí péči.

Pečující osoba byla v tomto případě neinformována o svých právech ani o možnostech, které měla k dispozici pro zajištění pokračující péče. V rozhovoru se objevuje náznak, že matka neplně využívá komunitních služeb, protože nebyla dostatečně seznámena s jejich existencí ani s tím, jak by je mohla využít. Navíc se objevuje zmínka o tom, že matka podepsala dokumenty ohledně převzetí dcery domů, ale nebyla informována o dalších krocích nebo službách, které by dceři mohly pomoci

Je také důležité si všimnout, že matka byla odkázána na to, aby si informace o pokračující péči zjišťovala sama, což není ideální. Na otázku, zda dostala nějaké informace o komunitních službách nebo dalších formách podpory, matka odpovídá, že jí nikdo nic nenabídl, a že dceru k psychiatrovi dochází až nyní, sama bez podpory z jiných služeb. To ukazuje na potřebu systematické koordinace mezi zdravotnickými službami, komunitními organizacemi a rodinou, aby pečující osoby nebyly ponechány samy při hledání odpovědí a pomocných služeb.

R8

Dostupné možnosti následné péče nebyly rodině nijak představeny. Potřebné informace si museli dohledat sami – zejména prostřednictvím internetu, bez předchozích zkušeností nebo doporučení odborníků:

*„Z internetu. Vůbec jsme netušili, co máme dělat. Nikdo nám nic neřekl.“*

Výsledkem této situace byl pocit nejistoty a zmatku, protože rodina nebyla schopna posoudit, co je potřeba zajistit a jaká péče je adekvátní. Odpovědnost byla přenesena výhradně na pečující osobu a pacienta:

*„Z ničeho nic jsme měli doma něco. Co jsme nechali tak jako plynout, nebo jak se bude situace dál vyvíjet. Táta nám akorát sdělil, že si musí sehnat psychiatra, aby mu napsal léky.“*

R8

Na otázku ohledně užitečnosti poskytnutých informací odpovídal pečující negativně, protože žádné informace obdrženy nebyly. Zároveň popsal, co by mu v této situaci pomohlo:

*„Chybělo mi třeba já nevím... papír s kontaktama, možnostma. I kdyby po telefonu, aby nám někdo na ústředně řekl, kam se máme obrátit.“*

Z výpovědi je zřejmé, že neexistoval systém předávání informací o následné péči – ani pro samotného pacienta, ani pro jeho blízké. Chyběla i minimální forma podpory (např. leták, kontakt, telefonické poradenství). Tento přístup vedl k tomu, že následná péče byla zahájena nahodile, bez vedení a s vysokou mírou zátěže pro rodinu.

**Tabulka 3: Informovanost o následné péči**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Nedostatečné informace o možnostech následné péče	Informace byly předány pouze pacientovi, nikoliv rodině. Rodina nebyla edukována o dostupných službách.	R1, R2, R7, R8	„Vlastně to všechno bylo na něm. Oni nám jen řekli, že může jít k obvodnímu lékaři...“ (R1)
Absence podpory a doporučení po propuštění	Rodiny nedostaly žádné konkrétní instrukce ohledně péče o pacienta po návratu domů.	R2, R4, R5, R7	„Ne, ne, ne, ne, ne.“ (R4)
Rodina musela sama vyhledávat služby	Bez informací a vedení ze strany zdravotníků si rodiny samostatně hledaly možnosti péče.	R3, R5, R8	„My jsme si hledali psychoterapii a další služby sami.“ (R5)
Chybějící informace o kontrolách a návaznosti péče	Rodina nebyla informována o kontrolách nebo systému následné péče.	R2, R6	„Po propuštění z nemocnice nám ani nebylo oznámeno, kdyby třeba se měl bratr dostavit...“ (R2)
Nabídka služeb jako CDZ nebo Fokus chyběla	Rodinám nebyly nabídnuty specializované komunitní nebo domácí služby.	R4, R5, R7	„Já jsem se spíš jako dotazovala, jestli vám nabídli třeba jako, jak je teď Fokus... Ne.“ (R4)
Vlastní iniciativa jako jediná cesta k informacím	Rodina musela sama kontaktovat sociální služby nebo vyhledávat informace na internetu.	R3, R8	„Z internetu. Vůbec jsme netušili, co máme dělat. Nikdo nám nic neřekl.“ (R8)
Pocit nejistoty a zátěže z nedostatku informací	Pečující osoba pociťovala, že je na vše sama, což vedlo k nejistotě a stresu.	R3, R8	„Chybělo mi třeba já nevím... papír s kontaktama, možnostma.“ (R8)

Zdroj: vlastní zpracování

Výpovědi respondentů ukazují na zásadní nedostatky v oblasti informovanosti a podpory rodin při propuštění pacienta z psychiatrické hospitalizace. Většina respondentů sdílí zkušenost s absencí jasně definovaných informací o možnostech následné péče, což vede k významným problémům nejen pro pacienty, ale i pro pečující osoby. Tento nedostatek informací je alarmující, protože rodina je často jediným podpůrným systémem pacienta po propuštění, a bez potřebných informací a pokynů může být její schopnost efektivně pečovat o pacienta vážně ohrožena.

Chybějící informace o následné péči: Většina respondentů uvádí, že nebyli informováni o možnostech následné péče, jako jsou rehabilitace, krizová centra, domácí péče nebo komunitní služby. I když někteří pacienti byli informováni o ambulantní psychiatrii, tato

informace nebyla sdílena s rodinou, což bránilo efektivnímu zapojení pečujících osob do následné péče.

Absence podpory pro pečující osoby: Rodiny se často ocitly v situaci, kdy byly ponechány na vlastní pěst. Pečující osoby, které čelí nejen psychické, ale i praktické zátěži, nedostaly adekvátní podporu. Někteří respondenti popisují, že jim nikdo nenabídl poradenství nebo formální podporu, která by jim pomohla zvládnout náročnou roli pečující osoby.

Problémy s koordinací mezi zdravotníky a rodinou: V mnoha případech byla rodina neinformována o dalším postupu nebo krocích, které by měly následovat po propuštění pacienta. Následně byly informovanost i koordinace zdravotnických a sociálních služeb minimální. V některých případech se pečující osoby rozhodovaly hledat potřebné služby samy, což ukazuje na vysokou míru samostatnosti, kterou musely vynaložit.

Nedostatek systematické informovanosti: Následná péče se ve většině případů rozběhla ad hoc, bez systematického plánu nebo konkrétních pokynů, což vedlo k tomu, že rodina byla vystavena zmatku a nejistotě. Nebylo zajištěno, že rodina obdrží kontakty na dostupné služby, informace o jejich možnostech, nebo jaké kroky mají podniknout pro zajištění kontinuity péče.

Důležitost zlepšení informovanosti a koordinace: Výsledky ukazují na nutnost výrazného zlepšení informovanosti rodin o možnostech následné péče a zajištění lepší koordinace mezi zdravotníky, sociálními a podpůrnými službami. Je nezbytné, aby zdravotníci a odborníci systematicky předávali informace nejen pacientovi, ale i jeho rodině, aby se předešlo nejasnostem a podporovalo se zapojení rodiny do dlouhodobé péče.

Závěrem lze konstatovat, že absencí dostatečné informovanosti a podpory rodiny po propuštění pacienta z psychiatrické hospitalizace dochází k riziku zhoršení zdravotního stavu pacienta, jeho relapsu, a tedy i k selhání podpůrného systému, což má dlouhodobé důsledky jak pro pacienta, tak pro jeho pečující osoby. Pro efektivní zajištění následné péče je kladeno důraz na poskytování konkrétních informací a aktivní podporu pečujících osob, což významně přispívá k stabilitě pacientova zdravotního stavu a minimalizuje riziko opětovné hospitalizace.

## 3.2 Spolupráce pečujících osob s odborníky během hospitalizace

Jakým způsobem probíhá spolupráce mezi osobami pečujícími a odborníky? Jak často ke spolupráci dochází, kdo se na ní podílí a jak jsou osoby pečující se spoluprací spokojeny?

### 3.2.1 Spolupráce pečujících osob s odborníky během hospitalizace a zotavení

Spolupráce mezi osobami pečujícími a odborníky představuje klíčový prvek efektivní péče o osoby s duševním onemocněním, zejména v situacích, kdy dochází k hospitalizaci pacienta a následnému přechodu do domácí péče. Pečující osoby – často členové rodiny nebo blízcí přátelé – hrají zásadní roli v každodenní podpoře pacienta, a jejich zapojení do procesu léčby a zotavení může výrazně ovlivnit celkový průběh a výsledek péče.

Spolupráce může probíhat různými formami, od konzultací s ošetřujícími lékaři a psychology, přes zapojení do plánování péče, až po poskytování informací o pacientově stavu a potřebách v domácím prostředí. Klíčovým faktorem úspěšné spolupráce je obousměrná komunikace, důvěra a vzájemné respektování kompetencí odborníků i zkušeností pečujících osob.

Frekvence a kvalita této spolupráce se však v praxi liší. Zatímco někteří pečující mají možnost pravidelně konzultovat zdravotní stav pacienta, získávat informace o léčbě a být zapojeni do rozhodování, jiní se setkávají s nedostatečnou komunikací, formálním přístupem nebo dokonce vyloučením z celého procesu. Na spolupráci se zpravidla podílejí psychiatři, kliničtí psychologové, sociální pracovníci, zdravotní sestry či pracovníci podpůrných služeb.

Míra spokojenosti pečujících osob se spoluprací s odborníky často závisí na míře jejich informovanosti, respektu, s jakým se k nim odborníci chovají, a možnostech zapojení do plánování péče. Kvalitní a včasná spolupráce může významně přispět k prevenci relapsu, zajištění kontinuity péče a snížení zátěže pečující osoby, zatímco její absence bývá spojena s nejistotou, přetížením a pocitem osamocení v péči o blízkého člověka.

Tato kapitola se zaměří na konkrétní formy a kvalitu spolupráce mezi pečujícími osobami a odborníky během hospitalizace pacienta, frekvenci této spolupráce, zúčastněné subjekty a subjektivní hodnocení pečujících, jak tuto spolupráci prožívali.

Aktivní zapojení rodiny do procesu uzdravení pacienta je klíčovým faktorem pro zajištění komplexní a efektivní péče. Rodinní příslušníci hrají nezastupitelnou roli nejen v každodenní podpoře pacienta, ale i v jeho dlouhodobém zotavení. Tato podkapitola se zaměřuje na to, jakým způsobem je rodina informována a zapojena do léčby během hospitalizace, a jaký vliv má její aktivní účast na proces uzdravení. I když jsou rodiny často vnímány jako pasivní účastníci léčby, výzkumy ukazují, že jejich aktivní zapojení může pozitivně ovlivnit nejen výsledky léčby, ale i kvalitu následné péče. V následujících kapitolách se budeme věnovat problémům, které respondenti ve vztahu k této tématice identifikovali, a navrhneme způsoby, jak zlepšit spolupráci mezi rodinou a zdravotnickými odborníky.

R1

Jedním z klíčových aspektů, které respondent zdůrazňuje, je absence nabídky pro aktivní zapojení rodinných příslušníků do léčby. Respondent uvádí, že žádný z odborníků jim nenabídl

možnost se zapojit do léčebného procesu jejich blízkého. Tento aspekt je velmi důležitý, protože možnost rodiny aktivně se podílet na léčbě může vést k lepšímu pochopení zdravotního stavu pacienta, zlepšení komunikace a posílení vzorců podpory po propuštění.

*„Nikdo nám to nenabídl, ne, ne...“*

*„Nevěděli jsme, že taková možnost vůbec existuje. Takže jsme se vlastně neptali. Byli jsme neinformováni, že bychom se mohli nějak aktivně zapojit.“*

Tato citace ukazuje na zřejmý problém v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky. Pasivita v nabídce spolupráce může mít za následek to, že rodina se necítí zapojená do procesu léčby a následného zotavení, což může ovlivnit kvalitu poskytované péče a efektivitu léčby.

R1

Respondent vyjadřuje, že rodina vůbec nebyla informována o možnostech zapojení do léčby, a to i přesto, že tento proces mohl mít pro pacienta pozitivní dopady. Důsledkem této neinformovanosti bylo to, že rodinní příslušníci hledali alternativní způsoby informací, například prostřednictvím internetu, což ukazuje na neexistenci dostatečné informovanosti o zapojení rodiny do léčebného procesu.

*„Nevěděli jsme, že bychom se mohli nějak aktivně zapojit. Řešili jsme to podle informací z internetu.“*

V této fázi je zřejmé, že zdravotníci by měli aktivně informovat rodiny o tom, jak se mohou zapojit do léčby, například prostřednictvím konzultací, podporujících setkání nebo i zařazením rodinných příslušníků do terapeutických skupin, pokud je to vhodné. Informovanost rodiny by měla být zajištěna od začátku léčby, aby měli jasnou představu o tom, jakým způsobem mohou podporovat svého blízkého.

R2

Respondent popisuje, že rodina nebyla aktivně přizvána k rozhodovacím procesům o léčbě:

*„Většinou nám tyto informace už byly oznámeny, že lékaři se rozhodli, jakým způsobem budou s pacientem postupovat. Ale konkrétní rozhodování jsme vlastně neměli.“*

Z výpovědi vyplývá, že komunikace probíhala převážně jednostranně – rodina byla pouze informována o již přijatých rozhodnutích, nikoli do nich zapojena. Tím se ztrácí možnost reflektovat rodinnou zkušenost, kontext domácího prostředí nebo připravenost na návrat pacienta.

R3

V rozhovoru respondent zdůraznil, že mu žádný odborník nenabídl podporu nebo poradenství zaměřené na jeho roli pečovatele. Vzhledem k náročné situaci, kdy se měl starat nejen o dítě, ale také se vyrovnávat s emocionálními a praktickými obtížemi spojenými s péčí o osobu po psychiatrii, bylo by pro něj cenné získat alespoň základní podporu nebo radu. Respondent měl očekávání, že nějaká forma podpory bude poskytována nejen pacientovi, ale i jeho blízkým.

*„Nikdo mi nic nenabídl.“*

Tento nedostatek podpory pro rodinné příslušníky ukazuje na mezery v systému, kde se často opomínají potřeby lidí, kteří se starají o pacienta. Odborníci by měli zvážit, jakým způsobem

zahrnout rodinné příslušníky do procesu péče a jakým způsobem je podpořit při jejich roli v procesu uzdravování.

R4

Z rozhovoru s respondentkou, jejíž manžel byl hospitalizován na uzavřeném psychiatrickém oddělení, vyplývá, že možnosti spolupráce s odborníky byly velmi omezené a vycházely spíše z její vlastní iniciativy než ze systematické nabídky zdravotnického zařízení.

Nepřizvání k rozhodování o léčbě

Respondentka nebyla přizvána k rozhodovacím procesům ohledně léčby či rehabilitace. Přestože její manžel během hospitalizace vykazoval zlepšení a postupně mu byly povoleny vycházky, komunikace ze strany zdravotníků byla spíše jednostranná a pasivní. Informace se dozvíдалa pouze rámcově, a to převážně až ve fázi propouštění.

*„Určitě ne. Jestli se k tomu můžu vrátit, tak to bylo v podstatě úplně uzavřený oddělení. (...) A jestli vy jste konkrétně byla přizvána k tomu, co se tý léčby jako zapojená, tak to určitě ne.“*

Respondentka popisuje, že léčebný proces sice vedl k výraznému zlepšení stavu manžela, nicméně nebyl s ní nikdo, kromě formálního propouštění, v kontaktu ohledně detailů léčby, přínosů medikace ani plánů další péče.

*„Kromě toho propouštění říkám to dobře – aby za mnou kromě toho propouštění někdo přišel a komunikovali jsme třeba ve dvou nebo i ve třech za přítomnosti manžela, to se nestalo.“*

R5

Jedním z hlavních problémů, který se objevuje v rozhovoru, je absence zapojení rodinného příslušníka do rozhodovacího procesu o léčbě. Matka tvrdí, že nikdo s ní neprojednal možnosti léčby ani jejího zapojení do procesu. „Nikdo se se mnou nebavil o možnostech, že jí dát bych k tomu měla něco říkat.“ To ukazuje na vážnou mezeru v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a rodinou. I když pečující osoby mohou mít omezený odborný vhled, jejich blízkost k pacientovi znamená, že mají cenné informace o pacientově chování, emocích a historii, které mohou být pro odborníky užitečné při rozhodování o další léčbě.

Matka také vyjadřuje, že neměla představu o tom, co by měla dělat, protože nebyly prezentovány žádné varianty. „Byly mi dány, teď bude tohle, teď bude tohle, a nebyly mi dány varianty... To mi nebylo dáno, bylo to: my to vidíme takhle a prostě jo, jede se.“ Tento přístup může být vnímán jako autokratický a může zanechat pečující osoby bez možnosti ovlivnit nebo pochopit léčebný proces. Kdyby byla nabídnuta širší paleta možností a byla by s rodinným příslušníkem vedená otevřená diskuse, mohlo by to vést k větší důvěře a větší ochotě spolupracovat.

R5

Během prvních dnů hospitalizace, kdy bylo dítě převezeno na ARO, matka zažila silný šok. Popisuje situaci, kdy byla v naprostém zmatení a nedostatku informací:

*„Já jsem vůbec, jakože nechápala, co, co by mělo přijít...“*

Z tohoto popisu je zřejmé, že v kritických fázích je pro rodinné příslušníky nesmírně důležité, aby byli nejen informováni o zdravotním stavu, ale aby jim byl také nabídnut jasný a strukturovaný přehled o tom, co se bude dít dál. Pokud rodinný příslušník není schopen pochopit, co se děje,

a nemá dostatečné informace, může to zhoršit jeho psychickou zátěž a snížit jeho schopnost efektivně se zapojit do procesu.

R6

V některých případech se pečující osoby snaží aktivně zapojit do léčebného procesu svých blízkých, nicméně jejich pokusy o získání potřebných informací jsou často omezeny reakcemi zdravotnického personálu. I když pečující projevují zájem a aktivitu, jejich účast v procesu léčby není vždy podporována, což může vést k frustraci a nejistotě.

Respondentka, která pečovala o svého plnoletého syna, se opakovaně obracela na lékaře a další zdravotnický personál s cílem získat informace o jeho zdravotním stavu a léčbě. Přestože byla ochotná a schopná se ptát, často dostávala jen omezené nebo žádné odpovědi. Tato situace poukazuje na problémy v komunikaci mezi pečujícími osobami a zdravotnickým týmem. Respondentka sama vyjádřila své pocity v této souvislosti:

*„...snažila jsem se přes ty doktory nebo jakýkoliv způsobem, abych mohla to...“*

Tento problém se ještě více zhoršuje v případech, kdy je třeba balancovat mezi respektem k právům pacienta, zejména jeho právu na soukromí, a potřebou informovanosti rodiny o zdravotním stavu a rozhodnutích týkajících se léčby. Respondentka, přestože chápala nutnost respektování práv svého syna, se necítila dostatečně zapojena do rozhodovacích procesů týkajících se jeho léčby. Tento konflikt mezi právem na soukromí pacienta a informováním rodiny může pro pečující osoby představovat emocionální zátěž a vést k pocitu izolace. Jak respondentka uvedla:

*„...ale přece jenom to mi vadilo a bolelo, protože jsem si myslela právě, že i já jako máma mám nárok na to, co se s mým synem bude dít...“*

Tento problém ukazuje na složitost vztahů mezi respektem k právům pacienta a potřebou zapojení rodiny do léčebného procesu, což je výzvou pro efektivní komunikaci a spolupráci mezi zdravotnickým personálem a pečujícími osobami.

R8

Téma spolupráce s odborníky bylo v rozhovoru reflektováno jako prakticky neexistující. Pečující osoba nebyla k zapojení do léčby aktivně vyzvána a ani sama neuvažovala o tom, že by mohla hrát v léčebném procesu nějakou roli:

*„Já vůbec nevím, co to je. Mě to nenapadlo do toho mluvit. Asi. Asi ani ne.“*

R 8

Z výpovědi vyplývá, že chyběla jakákoli iniciativa ze strany zdravotnického personálu ke spolupráci s rodinou, stejně jako jasná komunikace o možnostech zapojení:

*„Vůbec mě nenapadlo, že bych se mohl zapojit, nebo že bych mohl mluvit do nějakých léčebných postupů.“*

**Tabulka 4: Spolupráce pečujících osob s odborníky během hospitalizace a zotavení**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Absence nabídky zapojení do léčby	Rodiny nebyly informovány o možnosti aktivně se zapojit do léčby, což vedlo k jejich pasivitě a pocitu vyloučení.	R1, R8, R8	„Nikdo nám to nenabídl, ne, ne...“ (R1); „Já vůbec nevím, co to je. Mě to nenapadlo do toho mluvit.“ (R8.1)
Neinformovanost o možnostech zapojení	Rodiny netušily, že existuje možnost zapojení do léčby, informace hledaly samostatně např. na internetu.	R1	„Nevěděli jsme, že bychom se mohli nějak aktivně zapojit. Řešili jsme to podle informací z internetu.“
Jednostranná komunikace a vyloučení z rozhodování	Rodiny byly pouze informovány o již přijatých rozhodnutích, nebyly přizvány k diskusím o léčbě.	R2, R4, R5	„Většinou nám tyto informace už byly oznámeny...“ (R2); „To mi nebylo dáno, bylo to: my to vidíme takhle a prostě jo, jede se.“ (R5.1)
Chybějící poradenství a podpora pro pečující osoby	Pečující osoby nedostaly žádnou cílenou podporu nebo poradenství, přestože o něj stály.	R3.2	„Nikdo mi nic nenabídl.“
Spolupráce vycházející pouze z iniciativy rodiny	Možnosti spolupráce nebyly systematicky nabízeny, pečující museli vyvíjet vlastní iniciativu.	R4, R6	„...snažila jsem se přes ty doktory nebo jakýkoliv způsobem, abych mohla to...“ (R6.3)
Konflikt mezi právem pacienta a potřebou informací rodiny	Pečující osoby narážely na hranice v poskytování informací z důvodu práv pacienta, což vedlo k frustraci.	R6.3	„...ale přece jenom to mi vadilo a bolelo, protože jsem si myslela právě, že i já jako máma mám nárok...“
Nedostatek informací v krizových situacích	V krizových okamžicích rodiny nedostávaly dostatek informací a podpory, což zvyšovalo jejich stres.	R5.2	„Já jsem vůbec, jakože nechápala, co, co by mělo přijít...“

Zdroj: vlastní zpracování

Výzkum jasně ukazuje, že aktivní zapojení rodiny do léčby pacienta je klíčovým, ale často opomíjeným aspektem v procesu psychiatrické hospitalizace. Z výpovědí respondentů vyplývá, že rodinní příslušníci často nemají jasné informace o možnostech zapojení do léčebného procesu, ačkoli by tento přístup mohl výrazně podpořit jak samotný proces uzdravení pacienta, tak i zajištění kvalitní následné péče. Rodina se ocitá v roli pasivního příjemce informací, bez možnosti aktivně se podílet na rozhodnutích, která ovlivňují zdravotní stav jejich blízkého.

Z několika rozhovorů vyplynulo, že rodinní příslušníci nebyli systematicky informováni o možnostech zapojení do léčby, což vedlo k jejich nejistotě a frustraci. Mnozí respondenti vyjádřili, že se o možnostech zapojení dozvěděli až zpětně, často po vlastním pátrání, například prostřednictvím internetu. Tato situace ukazuje na zásadní mezery v komunikaci mezi zdravotnickým personálem a rodinou, které mohou negativně ovlivnit důvěru mezi rodinou a zdravotníky a ztížit úspěšné zotavení pacienta.

Kromě nejasností ohledně možností zapojení rodiny do léčby bylo z rozhovorů zřejmé, že zdravotníci často nevyužívají potenciál rodinných příslušníků jako důležitého zdroje informací o pacientovi, jeho chování a potřebách. I když rodinní příslušníci mohou mít omezené odborné znalosti, jejich blízkost k pacientovi znamená, že mohou poskytnout cenné informace, které mohou ovlivnit rozhodování o léčbě.

Dalším problémem, který se objevil, byla absence jakékoli systematické nabídky podpory pro rodinné příslušníky. V některých případech, kdy rodiny projevily zájem o podporu nebo poradenství, nebyla jim tato podpora nabídnuta. Odborníci by měli více myslet na potřeby rodiny, protože její zapojení a podpora může být klíčová nejen pro úspěšnost léčby, ale i pro psychickou pohodu pečujících osob.

Celkově lze říci, že aktivní zapojení rodiny do léčby pacienta je oblastí, kde je prostor pro zlepšení. Zdravotnická zařízení by měla vyvinout větší úsilí při informování rodinných příslušníků o jejich možnostech a zapojení do léčebného procesu. K tomu by mohly přispět například pravidelné konzultace, vzdělávací setkání pro rodiny, či dokonce zahrnutí rodinných příslušníků do terapeutických skupin, pokud to zdravotní stav pacienta dovolí. Tato opatření by nejen zlepšila vztah mezi pacientem, rodinou a zdravotníky, ale přispěla by i k lepší spolupráci, která by měla pozitivní dopad na celkové uzdravení pacienta.

Zlepšení komunikace a nabídka podpory pro rodinné příslušníky by mohly vést k větší důvěře v léčebný proces, lepší informovanosti rodiny o tom, jak mohou podporovat svého blízkého, a v konečném důsledku i ke zlepšení výsledků léčby a kvalitní následné péče.

### 3.2.2 Iniciativa rodiny a její přijetí ze strany odborníků

Tato podkapitola se zaměřuje na roli rodiny jako aktivního účastníka v procesu léčby a péče o pacienty hospitalizované v psychiatrických zařízeních. Zkoumá, do jaké míry se rodiny snaží zasahovat do rozhodovacích procesů a jaký přístup k jejich iniciativám mají zdravotničtí odborníci. Významným faktorem je, jak jsou snahy rodinných příslušníků přijímány, podporovány nebo naopak ignorovány, což může mít zásadní dopad na kvalitu péče, zapojení rodiny do léčebného procesu a celkovou podporu pacientů. Tento výzkum se také zaměřuje na to, jak profesionálové hodnotí přínos rodiny k léčebnému procesu a jak mohou efektivně spolupracovat s rodinnými příslušníky při poskytování péče.

R2

Z rozhovoru vyplynulo, že aktivní zapojení rodiny do léčebného procesu proběhlo především z vlastní iniciativy. Teprve ve chvíli, kdy se blízcí začali aktivně zajímat o průběh léčby a následnou péči, začaly jim být poskytovány potřebné informace:

*„Když jsme se o to začali zajímat sami, tak teprve nám lékaři začali sdělovat potřebné informace, které my bysme mohli uplatnit.“*

Lékaři na tento zájem nereagovali negativně, nicméně jejich přístup nebyl ani podpůrný:

*„Spíše neutrálně. Nepochválili nás v tu chvíli, ale že by nám to vyčítali, že dohledáváme informace jinde, to také ne. Spíš se nás snažili s těmi informacemi konfrontovat. A třeba nám je i vyvrátit.“*

Tento přístup poukazuje na absenci nastaveného mechanismu pro efektivní komunikaci a zapojení rodiny do procesu péče. Nejde o individuální selhání odborníků, ale o systémovou mezeru, kdy iniciativa a informovanost rodiny nejsou podporovány ani řízeny.

R3

V době hospitalizace respondentovi nebyly poskytnuty žádné podrobné informace o zdravotním stavu jeho partnerky. I když měl možnost ji navštěvovat, komunikace mezi ním a lékařským týmem byla minimální. Respondent několikrát vyjádřil frustraci z toho, že nebyl informován o diagnóze pacientky, přičemž všechny informace byly předávány její matce.

*„Na začátku ano, pak už nechtěla. A když už tam byla druhý měsíc, tak jsem se začal ptát, jak na tom vlastně je, jestli je schopná se postarat o děti. Chtěl jsem znát nějakou diagnózu, nebo aspoň něco.“*

Zdravotníci se ukázali jako neochotní sdílet informace s respondentem, což ukazuje na problém v oblasti komunikace a informovanosti rodinných příslušníků. Respondent byl odkázán na informace od pacientky nebo její matky, což přispělo k jeho frustraci a nejistotě.

R4

Z výpovědi vyplynulo, že rychlé zlepšení stavu pacienta způsobilo, že respondentka nevnímala naléhavou potřebu klást otázky či aktivně vstupovat do léčby. Zároveň reflektovala, že v daném období neměla dostatek informací a zpětně si není jistá, zda by byla schopna klást správné otázky.

*„Když si to uvědomím zpátky, tak ta změna ve stavu, v jakým jsme ho tam dovezli, oproti tomu, jak zapůsobila medikace (...), zapůsobila tak, že v tu chvíli mě nenapadlo, na co bych se jako měla ptát.“*

Tato výpověď ukazuje, jak významná je proaktivní komunikace ze strany zdravotníků, neboť pečující osoba nemusí být ve stavu, kdy je schopna samostatně formulovat otázky či požadavky na zapojení do léčby.

R5

I když matka nezískala přímé zapojení do rozhodování o léčbě, vyjádřila zájem o zlepšení situace a aktivně se zapojila do rodinné terapie.

*„Hned jak byla šance mít rodinnou terapii, okamžitě jsem byla na rodinné terapii.“*

Tento krok ukazuje na její ochotu hledat řešení a zlepšit situaci. Je však zřejmé, že i když byla na terapii, stále nebyla zcela informována o tom, co jí může pomoci a jaké kroky by měly být podniknuty. V ideálním případě by terapeut nebo jiný odborník měl poskytnout konkrétní nástroje, jakým způsobem může rodina spolupracovat na zlepšení situace.

R6

V některých případech se pečující osoby setkávají s výraznými omezeními v přístupu k informacím o zdravotním stavu jejich blízkých, což může být způsobeno zejména plnoletostí pacienta. I když pečující osoba – v tomto případě matka – aktivně projevovала zájem o informace týkající se léčby svého syna, zdravotnický personál jí odmítal poskytnout podrobnosti, a to kvůli právu pacienta na soukromí a autonomii při rozhodování o jeho vlastní péči. Tento přístup, byť v souladu s právními předpisy, vedl k frustraci pečující osoby, která se cítila znevýhodněná a bezmocná při získávání informací, které považovala za nezbytné pro zajištění správné péče o svého blízkého.

*Jak respondentka uvedla: „...oni vlastně dá se říct. Svým způsobem mi řekli, že na tom pracujou a že on je plnoletý a že já ani vlastně mě nemůžou říct, co a jak...“*

Tato situace ukazuje na napětí mezi právem pacienta na ochranu soukromí a potřebou rodiny být informována o zdravotním stavu a léčebném procesu. I když právní rámec chrání autonomii plnoletých pacientů, může to mít negativní dopad na pečující osoby, které se cítí vyloučeny z rozhodovacích procesů a v mnoha případech se musí spoléhat na omezené nebo nepřímé informace, což zvyšuje jejich pocit bezmoci a nejistoty.

R7

..... když jste si jí brala domů, tak přeci jste měla právo na informace?“ je otázka, která reflektuje očividný nedostatek informovanosti z místa, které by mělo pečujícím osobám poskytovat potřebné informace a podporu. I když měla matka právo na informace, nebyla jí poskytnuta žádná konkrétní data o zdravotním stavu její dcery, a to ani při její snaze se ptát.

*Výraz „neřekli mi nic“*

poukazuje na pasivní přístup odborníků, kteří se nezasazovali o aktivní zapojení pečující osoby do procesu léčby.

Matka v rozhovoru uvádí, že se opakovaně ptala na informace, ale odpovědi nedostávala. To naznačuje, že lékaři nebyli otevřeni dialogu nebo neuznávali důležitost informování rodiny o zdravotním stavu pacienta. Taková situace může vést k frustraci a nejistotě u pečujících osob, což ztěžuje jejich schopnost efektivně podporovat pacienta a pokračovat v poskytování péče po propuštění.

R8

Pečující osoba se zpětně zamýšlí nad tím, že mohla být určitým způsobem přínosná, např. sdílením informací o pacientově chování před hospitalizací. Tyto úvahy však vznikly až retrospektivně:

*„Že bych mohl třeba nějak přispět – co tím, jak se táta třeba doma choval předtím, než byl hospitalizovaný?“*

**Tabulka 5: Iniciativa rodiny a její přijetí ze strany odborníků**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Iniciativa rodiny jako podmínka získání informací	Informace byly poskytovány až po aktivním zájmu rodiny; přístup odborníků byl spíše neutrální.	R2	„Když jsme se o to začali zajímat sami, tak teprve nám lékaři začali sdělovat potřebné informace...“
Frustrace z vyloučení z komunikace	Rodinný příslušník nebyl informován o diagnóze partnerky, komunikace probíhala přes třetí osoby.	R3	„Chtěl jsem znát nějakou diagnózu, nebo aspoň něco.“
Pasivita kvůli rychlému zlepšení pacienta	Rychlé zlepšení stavu pacienta vedlo k tomu, že pečující osoba nevnímala potřebu aktivní iniciativy.	R4	„...v tu chvíli mě nenapadlo, na co bych se jako měla ptát.“
Aktivní účast na rodinné terapii	Pečující osoba se aktivně zapojila do rodinné terapie, ale přesto neměla jasno o dalších možnostech spolupráce.	R5	„Hned jak byla šance mít rodinnou terapii, okamžitě jsem byla na rodinné terapii.“
Odmítnutí informací kvůli plnoletosti pacienta	Zdravotnický personál odmítal poskytnout informace o léčbě kvůli právu pacienta na soukromí.	R6	„...on je plnoletý a že já ani vlastně mě nemůžou říct, co a jak...“
Nedostatek informací navzdory právu pečující osoby	Pečující osoba měla právo na informace, ale přesto nebyla informována ani při přímém dotazování.	R7	„Neřekli mi nic.“
Reflexe nevyužití možnosti přispění	Pečující osoba zpětně lituje, že nevyužila možnost sdílet cenné informace o pacientovi.	R8	„Že bych mohl třeba nějak přispět – co tím, jak se táta třeba doma choval...“

Zdroj: vlastní zpracování

V této podkapitole jsme se zaměřili na roli rodiny v procesu uzdravení pacienta a na to, jak byla jejich iniciativa přijímána odborníky. Výpovědi respondentů ukazují na výrazný rozdíl mezi iniciativou rodiny a reakce zdravotnických pracovníků. Zatímco rodiny často začaly aktivně hledat informace o zdravotním stavu a léčbě svých blízkých, odborníci reagovali převážně neutrálně, bez výrazné podpory nebo motivace k hlubší spolupráci. Tento postoj naznačuje existující systémovou mezeru, která brání efektivní komunikaci a aktivnímu zapojení rodiny do léčebného procesu.

V některých případech, jako například v rozhovorech s matkami, se objevila frustrace z nedostatku informací, zejména v situacích, kdy zdravotníci nekomunikovali o důležitých

aspektech péče nebo léčby, přičemž si rodinní příslušníci uvědomovali svou roli v poskytování následné péče. Situace byla obzvláště obtížná, když se komunikace s odborníky omezila na minimální interakci, což zvyšovalo nejistotu rodiny a ztěžovalo její schopnost efektivně přispět k zotavení pacienta.

Pokud jde o přístup k informacím, zejména ve vztahu k plnoletým pacientům, byl patrný problém v ochraně soukromí, což vedlo k frustraci rodinných příslušníků, kteří byli vyloučeni z informovanosti o zdravotním stavu svých blízkých, přestože jejich zapojení bylo klíčové pro kvalitní domácí péči.

Výpovědi respondentů také ukazují, že absence proaktivní komunikace ze strany zdravotníků může vést k pasivitě rodinných příslušníků, kteří si nejsou vědomi toho, jaké otázky by měli klást, nebo jakým způsobem mohou aktivně přispět k léčebnému procesu.

Tato podkapitola podtrhuje důležitost zajištění efektivní komunikace mezi zdravotníky a rodinnými příslušníky, která by umožnila nejen poskytování potřebných informací, ale také aktivní zapojení rodiny do léčby. V ideálním případě by měl existovat strukturovaný mechanismus pro sdílení informací a podporu rodin, který by vedl k lepší koordinaci péče a pozitivně ovlivnil výsledky léčby.

### 3.2.3 Dostupnost personálu a (ne)možnost spolupráce s rodinou během hospitalizace

Spolupráce mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky je důležitým prvkem kvalitní psychiatrické péče. Dostupnost odborníků, ochota ke komunikaci a otevřenost vůči zapojení blízkých mohou významně ovlivnit nejen průběh hospitalizace, ale i následné zotavení pacienta. V praxi však bývá role rodiny často opomíjena a kontakt s personálem je mnohdy omezený, nesystematický či závislý na iniciativě samotných pečujících. Tato kapitola představuje zkušenosti respondentů s dostupností personálu a možnostmi spolupráce během hospitalizace jejich blízkých, přičemž ukazuje na řadu překážek, které pečující osoby v této oblasti zažívaly.

R2

Důležitým faktorem byla i proměnlivá dostupnost odborníků v různých fázích hospitalizace. Na začátku byl personál vnímán jako dostupnější:

*„Zejména ze začátku léčby, tak jsme ten dojem měli.“*

V pozdějších fázích hospitalizace, zejména před propuštěním pacienta, však vnímali blízcí pokles zájmu a komunikace:

*„Ale následně, když už se začalo blížit propuštění z nemocnice, tak už jsme ten dojem neměli.“*

Tato výpověď odráží situaci, kdy zdravotnický personál pravděpodobně čelí časovému přetížení a nedostatečným kapacitám, což negativně ovlivňuje kvalitu péče o pacienta i kontakt s rodinou. Podle Praška et al. (2005) je přítom právě zapojení rodiny a mezilidské vztahy jedním z klíčových faktorů prevence relapsu a podpory adherence k léčbě.

R4

Respondentka dále reflektovala, že by uvítala více informací o možné medikaci, jejich účincích a o tom, jak se může zapojit do následné péče. Tyto informace však nebyly systematicky nabídnuty. Spolupráci vnímala jako omezenou na jednorázové formální úkony, nikoli jako soustavnou součást léčebného procesu.

*„Snažila jste se třeba zapojit do péče? (...) Tak v tu chvíli mě nenapadlo, na co bych se měla ptát. (...) Přemýšlím, jestli by mě tehdy vůbec napadlo, že ta situace se bude měnit.“*

Z rozhovoru rovněž vyplývá, že návštěvy na oddělení byly možné, ale prostor k diskusi se zdravotníky se vytvořil pouze tehdy, když se o něj respondentka sama aktivně snažila.

*„A jak říkám – pokud já jsem nějakým způsobem vyvolala diskusi, tak ano. Ale že by za mnou někdo přišel, to ne.“*

R6

Respondentka zmiňuje, že během hospitalizace jejího syna nebyla informována o jeho stavu ani o změnách v jeho umístění. Když syna převezli na jiné oddělení, nedostala žádnou informaci, což způsobilo pocit zmatku a frustrace. Tento problém se týká především nedostatku komunikace ze strany zdravotnického personálu, který neinformoval rodinu o klíčových událostech týkajících se pacienta.

*Citace: „...když ho odváželi, tak mi neřekli, co se stalo... já tam přijela za ním... a nikdo mi neřekl, že ho přemístili.“*

Téma: Nedostatek informovanosti o změnách v umístění pacienta a zdravotním stavu pacienta, což může vést k pocitu ztráty kontroly a důvěry ve zdravotní systém.

R6

Respondentka pociťuje, že zdravotníci měli dostatek času na její otázky a obavy, ale nebyli ochotni poskytnout konkrétní odpovědi. Navíc, pokud došlo k nějakým změnám v péči (např. přemístění syna), nebyla informována včas. Tento problém ukazuje na nedostatečnou podporu a na to, že i když existují příležitosti k odpovědím na otázky pečující osoby, zdravotnický personál může být pasivní nebo zaneprázdněný.

*Citace: „...měli mohli aspoň informovat nebo telefonicky věděli všechno... já jsem tam přijela za ním a nikdo mi neřekl, že ho přemístili pryč.“*

Nedostatečná podpora pro rodinu, kde zdravotnický personál mohl více reagovat na potřeby pečujících osob, což by zlepšilo jejich celkové zkušenosti s péčí.

R8

Zdravotnický personál byl popisován jako spíše odtažitý, přičemž během návštěv nebyl prostor pro bližší komunikaci:

*„Zdravotnický personál byl spíš odtažitý. Myslím si, že během návštěv nás nechtěl rušit. Nebo nechtěl být rušen.“*

Pečující si nebyl jistý, zda jeho případné otázky jsou vítané, nebo zda by byly vnímány jako obtěžující. Tento pocit nejistoty je klíčovým aspektem, který ukazuje na nevyjasněné komunikační hranice mezi personálem a blízkými pacienta:

„Měl jsem takovej pocit, že moje otázky by byly asi k ničemu.“

R8

Výjimkou byla telefonická komunikace s ošetřující lékařkou, která byla sice vnímána jako vstřícná, avšak obsahově nedostačující:

„Když jsem volal paní doktorce, tak byla příjemná. Ten pocit ve mně nevyvolávala. Jenom mi v podstatě nic nesdělila.“

Shrme-li výpovědi, spolupráce s odborníky se v tomto případě omezila na jednostranný, pasivní kontakt, iniciovaný pečujícím. Neprobíhal žádný strukturovaný dialog ani pokus o zapojení blízké osoby do rozhodování či sdílení informací, které by mohly léčebný proces obohatit. Chybějící nabídka spolupráce ze strany personálu mohla vést k ztrátě sebevědomí pečující osoby a k následnému pocitu zbytečnosti jejich otázek i podnětů.

**Tabulka 6: Dostupnost personálu a (ne)možnost spolupráce s rodinou během hospitalizace**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Proměnlivá dostupnost personálu	Personál byl na začátku hospitalizace dostupný, později však komunikace a zájem výrazně klesaly.	R2	„Zejména ze začátku léčby, tak jsme ten dojem měli... Ale následně, když už se začalo blížit propuštění... tak už jsme ten dojem neměli.“
Spolupráce jen na základě vlastní iniciativy	Spolupráce vznikala pouze tehdy, pokud ji pečující osoba aktivně iniciovala; zdravotníci nebyli proaktivní.	R4	„A jak říkám – pokud já jsem nějakým způsobem vyvolala diskuzi, tak ano. Ale že by za mnou někdo přišel, to ne.“
Neinformovanost o přemístění pacienta	Rodina nebyla informována o změnách v umístění pacienta, což vedlo ke zmatení a frustraci.	R6	„...když ho odváželi, tak mi neřekli, co se stalo... já tam přijela za ním... a nikdo mi neřekl, že ho přemístili.“
Omezené odpovědi i přes dostupnost	Personál byl sice dostupný, ale poskytoval jen obecné odpovědi a nebyl aktivní v komunikaci.	R6	„...měli mohli aspoň informovat nebo telefonicky věděli všechno... já jsem tam přijela za ním a nikdo mi neřekl, že ho přemístili pryč.“
Odstup personálu během návštěv	Zdravotnický personál působil během návštěv odtažitě a neochotně komunikovat.	R8	„Zdravotnický personál byl spíš odtažitý... Měl jsem takovej pocit, že moje otázky by byly asi k ničemu.“

Formálně vstřícná, ale neinformativní komunikace	Telefonická komunikace s lékařem byla sice příjemná, ale neobsahovala žádné konkrétní informace.	R8	„Když jsem volal paní doktorce, tak byla příjemná... Jenom mi v podstatě nic nesdělila.“
--	--	----	--

Zdroj: vlastní zpracování

Kapitola ukazuje zásadní problém v komunikaci a spolupráci mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky během hospitalizace, což má přímý dopad na kvalitu péče a celkový zážitek pečujících osob. Respondenti ve svých výpovědích opakovaně vyjadřovali frustraci z proměnlivé dostupnosti personálu a nedostatečné informovanosti o zdravotním stavu pacienta, což vedlo k pocitům ztráty kontroly a nejistoty. Na začátku hospitalizace byl personál vnímán jako dostupnější a komunikace probíhala relativně hladce, ale jak se léčba blížila k závěru, došlo k poklesu zájmu a informovanosti o pacientovi. Tento jev je typickým příkladem nedostatečného kapacitního zajištění a časového přetížení zdravotnického personálu, což negativně ovlivňuje nejen kvalitu péče, ale také vztah mezi rodinou a odborníky.

Zvláštní pozornost si zaslouží absence systematické komunikace a podpory ze strany zdravotníků. Respondenti, kteří se aktivně snažili získat informace nebo zapojit do léčby, čelili pasivnímu nebo odtahitému přístupu personálu, což v některých případech vedlo k pocitu, že jejich otázky nejsou vítány nebo že jsou pro personál "obtěžující". Tento problém je dále zdůrazněn výpověďmi o nedostatku informací o změnách ve zdravotním stavu pacienta, přemístění mezi odděleními, nebo konkrétních opatřeních ve vztahu k medikaci. Tento pasivní přístup personálu podkopává důvěru rodiny ve zdravotní systém a omezuje její schopnost efektivně se podílet na následné péči.

Taková situace vede k frustraci rodinných příslušníků, kteří se cítí bezmocní a izolovaní v procesu péče o svého blízkého. Respondenti zdůrazňují, že zdravotnický personál měl dostatek času a příležitostí k odpovědím na jejich otázky, ale selhávali v aktivním poskytnutí potřebných informací. Mnozí z nich vyjadřují, že se museli sami aktivně ptát, což zvyšovalo jejich stres a nejistotu.

Tato kapitola potvrzuje zjištění z odborné literatury, že nedostatečná komunikace a absence podpory ze strany zdravotnického personálu jsou častými problémy, které ztěžují zapojení rodiny do procesu léčby (Matoušek, 2008; Praško et al., 2005; WHO, 2013). Je zřejmé, že k efektivnímu zapojení rodinných příslušníků do péče a rozhodovacích procesů je nezbytná proaktivní komunikace a systematické poskytování informací, které umožní rodinám aktivně podporovat léčbu pacienta a zajistit kontinuitu péče po propuštění.

V ideálním případě by zdravotníci měli aktivně vyhledávat příležitosti k rozhovorům s rodinou, nejen reagovat na jejich dotazy, ale i poskytovat informace, které mohou zlepšit informovanost a účast pečujících osob na procesu léčby. Podpora rodiny by měla být vnímána jako klíčový prvek, který přispívá k lepší adherence k léčbě a prevenci relapsu. Zlepšení komunikace mezi zdravotnickým personálem a rodinnými příslušníky je kladným krokem směrem k zajištění komplexní a kvalitní péče o pacienty.

### 3.2.4 Role a potřeby rodiny v procesu hospitalizace

Role a potřeby rodiny v procesu hospitalizace jsou neoddělitelnou součástí komplexní péče o pacienta, zejména v případě psychiatrické léčby. Rodina často zastává nejen podpůrnou, ale i pečující a organizační roli, přičemž její zapojení může významně ovlivnit průběh i výsledek léčby. Aby však mohla tuto roli efektivně naplňovat, potřebuje dostatek informací, porozumění situaci a přiměřenou podporu ze strany odborníků. Tato kapitola se věnuje tomu, jak pečující osoby vnímaly svou roli během hospitalizace a jaké potřeby z jejich pohledu zůstaly nenaplněny.

R6

Respondentka poukazuje na to, že jako rodič neměla přístup k podrobným informacím o zdravotním stavu svého syna, zejména kvůli jeho plnoletosti. Lékaři jí byli schopni poskytnout pouze základní informace, jako že syn je hospitalizován na vyšetření, ale podrobnosti o diagnóze nebo plánu léčby byly nepřístupné.

*„...doktor mi řekl, že ano, váš syn je tady hospitalizován... ale diagnózu mi neřekli...“*

Téma: Právní a etické hranice informovanosti rodinných příslušníků o zdravotním stavu plnoletých pacientů, které mohou vést k frustraci a nejasnostem, zvláště u rodičů, kteří jsou stále zodpovědní za péči o svého dospělého potomka.

R6

Popis problému: Respondentka vnímá jako problém také skutečnost, že když její syn po měsíci opustil nemocnici, nikdo ji neinformoval o tom, že byl přemístěn na vazbu. Tato situace opět ukazuje na nedostatečnou komunikaci mezi nemocnicí a rodinou, což může vést k pocitu ztráty kontroly a nedůvěry v systém.

*„...po tom měsíci jsme tam jeli a vlastně ani nás nikdo neinformoval, protože on je plnoletý...“*

Téma: Neinformovanost rodiny o změnách ve statusu pacienta a jeho přemístění, což může mít důsledky pro proces adaptace rodiny a pokračování péče.

R8

Přestože lékařka poskytovala základní informace, jejich obsah byl vnímán jako povrchní a málo přínosný:

*„Léčby byl vždy dané jako všeobecné – zkusíme jiné léky, pacient nespolupracuje.“*

Pečující osoba opakovaně poukazovala na nedostatek konkrétních informací o stavu pacienta:

*„Nevěděl jsem, co si táta myslí, nevěděl jsem, co táta dělá. Nevěděl jsem, v jakém je stavu. Jenom že s tatínkem pracují a že mu dávají nějaký léky.“*

Tato situace vedla k nejistotě a nedostatečné orientaci v průběhu léčby. Pečující osoba se zpětně zamýšlela nad tím, co by jí v oblasti informovanosti pomohlo:

R7

Z výpovědi vyplývá, že přímý kontakt s lékaři byl omezený. Matka uvádí, že se její dcera lékařů ptala, ale nezdá se, že by bylo poskytnuto uspokojivé vysvětlení týkající se její diagnózy nebo

jejího zdravotního stavu. Taková situace může vést k nedostatku důvěry v zdravotnický systém a pocitu nejistoty ze strany rodiny.

*„nic mi nedali“*

R5

Matka popisuje situaci jako šokující a traumatizující, kdy se dozvěděla o stavu své dcery až po dramatickém incidentu. Celý proces, od příjezdu hasičů až po převoz na ARO, byl vnímán jako chaotický a bez jakékoliv jasné orientace.

*„Já jsem neplakala v šoku přesně... plakala jsem až měsíců, než jsem se probrala z toho, co se vlastně stalo.“*

Tento emocionální šok, který matka prožila, ukazuje na to, jak důležité je mít během kritických okamžiků k dispozici podporu, která rodinným příslušníkům pomůže orientovat se v situaci, poskytne jim jasné informace a nabídne praktickou pomoc. Zdravotníci by v těchto chvílích měli být připraveni nabídnout nejen informace o zdravotním stavu pacienta, ale i o dalším postupu a možnostech podpory.

R4

Na přímý dotaz, co případně chybělo, nebyl respondent schopen určit konkrétní nedostatky. Uvádí, že v dané situaci nepociťoval potřebu dalších informací nebo podpory:

*„V ten okamžik nic. V tu chvíli nic.“*

Z hlediska tematické analýzy tato výpověď potvrzuje, že i v rámci jednoho systému péče mohou být zkušenosti blízkých značně odlišné – v tomto případě zejména v závislosti na vlastní iniciativě rodiny a možnosti fyzického kontaktu s pacientem i personálem.

R3

Respondent v rozhovoru zmiňuje, že jeho partnerka byla během hospitalizace zbavena svéprávnosti. Tuto informaci získal neformálně, pravděpodobně z rodinných kruhů. Přestože se jedná o zásadní právní krok s dalekosáhlými důsledky, respondent nebyl o jeho průběhu ani dopadech nijak oficiálně informován.

*„Vzali jí občanku – prý hned záhy, protože na tom byla tak špatně, že jí to odebrali hned.“*

Absence informací o tomto kroku podtrhuje celkovou izolaci respondenta ze systému rozhodování, přestože se situace bezprostředně dotýkala jím pečovaného dítěte.

R3

Jedním z klíčových sdělení respondenta je apel na poskytování alespoň základních, nekliničtě zaměřených informací blízkým osobám pacientů. Nežádal konkrétní medicínské údaje, ale elementární ujištění, zda je jeho partnerka schopna péče o dítě, a orientaci v tom, co bude následovat.

*„Nešlo mi o detaily, ale aspoň vědět – je schopná se starat o děti?“*

V této větě se odráží hluboká nejistota a zároveň volání po systému, který by blízké osoby nezanedbával, ale vnímal je jako součást širšího systému péče.

R3

Respondent opakovaně poukazoval na to, že mu nebyly sděleny žádné informace o zdravotním stavu hospitalizované partnerky. I přes to, že spolu žili ve společné domácnosti a pečovali o malé dítě, nebyl zdravotnickým personálem vnímán jako osoba oprávněná k získání informací. Veškerá komunikace probíhala s matkou pacientky.

*„Zdravotní stav mi neřikali – všechno sdělovali její mamince. Volal jsem tam několikrát a vždycky mi řekli, že nemají oprávnění mi to sdělit.“*

Z rozhovoru vyplývá, že hlavní překážkou v poskytnutí informací bylo nesouhlasné stanovisko samotné pacientky. Personál tak s odkazem na ochranu osobních údajů odmítal respondentovi jakékoli sdělení, včetně základních informací, které by mohly být důležité pro péči o dítě.

**Tabulka 7. Role a potřeby rodiny v procesu hospitalizace**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Právní a etické hranice informovanosti	Rodina nemá přístup k podrobnostem o zdravotním stavu dospělého pacienta. To může vést k frustraci a pocitu bezmoci.	R6	„...doktor mi řekl, že ano, váš syn je tady hospitalizován... ale diagnózu mi neřekli...“
Neinformovanost o změnách ve statusu pacienta	Rodina nebyla informována o přemístění pacienta z nemocnice na jinou instituci, což prohlubuje nejistotu.	R6	„...po tom měsíci jsme tam jeli a vlastně ani nás nikdo neinformoval, protože on je plnoletý...“
Povrchní informace od lékařů	Informace byly obecné, bez konkrétních údajů o stavu nebo léčbě pacienta.	R8	„Nevěděl jsem, co si táta myslí, nevěděl jsem, co táta dělá. Nevěděl jsem, v jakém je stavu.“
Omezený kontakt s lékaři	Rodina neměla možnost přímé a srozumitelné komunikace s odborníky, což vedlo k nedůvěře.	R7	„ <i>nic mi nedali</i> “
Absence krizové podpory	Závažné a traumatické situace bez poskytnutí informací a podpory ze strany zdravotníků.	R5	„Já jsem neplakala v šoku přesně... plakala jsem až měsíců, než jsem se probrala z toho, co se vlastně stalo.“
Nezájem o další informace	Rodina v dané chvíli nepociťovala potřebu dalších informací nebo podpory.	R4	„V ten okamžik nic. V tu chvíli nic.“

Neinformovanost o zbavení svéprávnosti	Závažný právní krok nebyl komunikován pečující osobě, přestože měl přímý dopad na rodinu.	R3	„Vzali jí občanku – prý hned záhy, protože na tom byla tak špatně, že jí to odebrali hned.“
Potřeba základních informací pro péči o dítě	Pečující žádá alespoň rámcové informace, které mu pomohou zajistit bezpečí dítěte.	R3	„Nešlo mi o detaily, ale aspoň vědět – je schopná se starat o děti?“
Odmítnutí sdělit informace partnerovi pacientky	Zdravotníci komunikovali pouze s jiným členem rodiny, ačkoli partner žil s pacientkou a pečoval o dítě.	R3	„Zdravotní stav mi neříkali – všechno sdělovali její mamince.“

Zdroj: vlastní zpracování

Analýza výpovědí respondentů odhaluje významné rozdíly mezi potřebami rodinných příslušníků a reálnou mírou jejich naplnění ze strany zdravotnického systému. Ve všech případech, s výjimkou jednoho, se pečující osoby setkaly s nedostatkem informací, omezeným přístupem k lékařům či minimální podporou v krizových momentech. Vzniká tak obraz systému, který často nerespektuje situaci, v níž se rodina nachází, a nevnímá ji jako klíčovou součást léčebného a následně podpůrného procesu.

Jedním z hlavních témat této kapitoly je nedostatečná informovanost, přičemž příčiny jsou často právní (např. plnoletost pacienta) nebo organizační (nedostatek personálu, formální přístup ke komunikaci). Rodiče a partneři opakovaně poukazovali na frustraci z toho, že nebyli považováni za oprávněné osoby, přestože fakticky přebírali zodpovědnost za péči o pacienta nebo jeho děti. V těchto případech byla komunikace nejen omezená, ale i necitlivá ke konkrétní situaci rodiny. Závažným problémem je rovněž neinformování o právních krocích, jako je zbavení svéprávnosti (R3), což může mít zásadní dopad na život nejen pacienta, ale i jeho blízkých.

Další opakující se téma představuje absence praktických, užitečných a srozumitelných informací o dalším postupu, ať už jde o průběh hospitalizace, prognózu nebo návaznou péči. Respondenti opakovaně vyjadřovali potřebu vědět „co bude dál“, jak se připravit na návrat pacienta domů, jak s ním komunikovat, jak se změnila jeho schopnost zvládat běžný život. Jejich potřeby však často zůstávaly nenaplněny, čímž docházelo k pocitu nejistoty, bezmoci a ztráty důvěry ve zdravotnický systém.

V některých případech, jako např. u matky byla situace prožívána jako traumatizující, bez jakékoli podpory, což ukazuje, že chybí strukturovaný přístup k tomu, jak s rodinou jednat v akutních a krizových stavech. Absence krizové intervence, orientačních informací a průvodce celou situací může vést k dlouhodobému psychickému dopadu na blízké osoby pacienta.

Je rovněž zřejmé, že potřeby rodinných příslušníků nejsou vždy stejné. Zatímco někteří otevřeně požadují informace o diagnóze a prognóze, jiní žádají pouze základní ujištění a orientaci v budoucím vývoji situace. Někteří respondenti byli v dané chvíli paralyzováni situací a nebyli schopni identifikovat konkrétní potřeby, což ale neznamená, že je systém neměl aktivně oslovit a nabídnout pomoc.

### 3.3 Zapojení rodiny do následné péče po propuštění z hospitalizace

Jak probíhá následná péče o pacienta po propuštění z hospitalizace a jakým způsobem do ní byli zapojeni jeho blízcí? Jaké byly jejich zkušenosti s touto péčí a s možnostmi jejich zapojení?

#### 3.3.1 Podpora při propouštění pacienta

Následná péče po psychiatrické hospitalizaci představuje klíčový prvek v procesu zotavení pacienta a jeho opětovného začlenění do běžného života. Tento přechodový moment bývá často velmi náročný jak pro samotného pacienta, tak pro jeho blízké osoby, které se mnohdy stávají hlavními poskytovateli péče v domácím prostředí. Úspěšnost této fáze léčby závisí nejen na dostupnosti a kontinuitě odborné pomoci (např. ambulantní psychiatrické péče, psychoterapie či služeb sociální podpory), ale také na kvalitní komunikaci mezi zdravotníky, pacientem a jeho rodinou.

Blízcí pacientů – ať už rodinní příslušníci, partneři nebo přátelé – často sehrávají zásadní roli v zajištění každodenní péče, dohledu nad dodržováním léčebného režimu a poskytování emoční podpory. Jejich informovanost o zdravotním stavu pacienta, doporučeních pro domácí péči a možnostech navazujících služeb je proto nezbytnou podmínkou pro zvládnutí této zátěžové situace. Nedostatečné zapojení blízkých osob, chybějící podpora či absence srozumitelných informací ze strany zdravotnických pracovníků může vést k pocitu nejistoty, vyčerpání a v konečném důsledku i k ohrožení dalšího průběhu léčby.

V tomto kontextu se jako důležité ukazuje zjišťovat, jaké konkrétní formy podpory byly pacientům po propuštění zajištěny, jakým způsobem byli jejich blízcí informováni o pokračující péči a jaké měli možnosti do této péče aktivně vstupovat. Zkušenosti blízkých osob mohou zároveň odhalit slabá místa systému a nabídnout podněty pro zlepšení koordinace mezi nemocniční a následnou ambulantní či komunitní péčí.

Tato kapitola se proto zaměřuje na to, jak následná péče po hospitalizaci probíhala, jaké byly zkušenosti blízkých s jejím plánováním a realizací, a do jaké míry se cítili být součástí podpůrného systému.

R1

Jedním z hlavních problémů, které byly identifikovány v průběhu výzkumu, je nedostatek informací o plánovaném propuštění pacienta. Respondent zdůrazňuje, že o dni propuštění pacienta se dozvěděl především prostřednictvím samotného pacienta, nikoli od zdravotníků. Tento způsob komunikace může být problematický, protože rodina by měla mít přehled o důležitých informacích týkajících se hospitalizace a propuštění, aby mohla lépe podpořit pacienta během přechodu do domácího prostředí.

*„To bylo vlastně přes něho přímo, protože on nám říkal, kdy bude odcházet. Věděl o tom a byl v kontaktu s námi.“*

Tato citace ukazuje na nedostatek proaktivní komunikace ze strany zdravotníků, kteří by měli aktivně informovat rodinné příslušníky o plánu propuštění a o všech nezbytných krocích, které budou následovat.

R1

V rámci propuštění pacienta je kladeno důraz na poskytování adekvátní podpory rodinám, která by měla zahrnovat nejen informace o následné péči, ale také praktickou pomoc při orientaci v dalším léčebném procesu. Respondent vyjadřuje, že o dostupné následné péči se dozvěděl pouze od pacienta, který byl informován o možnostech docházet k obvodnímu lékaři a adiktologovi, ale rodina nebyla přímo kontaktována odborníky, kteří by jí mohli poskytnout konkrétní doporučení nebo podporu.

*„To jsme se vlastně akorát dozvěděli, že může docházet k obvodnímu lékaři a že může navštěvovat adiktologa, ale to všechno bylo v jeho režii. Nám to řekli, ale jinak jsme nic nevybírali.“*

Tato situace ukazuje na nedostatečné zapojení rodinných příslušníků do plánování následné péče a podpory po propuštění. Zdravotníci by měli být aktivnější v poskytování informací rodinám a v poskytování konkrétních doporučení pro pokračování péče o pacienta po jeho propuštění. Tento přístup by pomohl rodinám lépe pochopit, jaké možnosti mají a jak mohou podpořit svého blízkého v procesu zotavení.

R1

V okamžiku propuštění pacienta do domácího prostředí rodina často čelí nové výzvě – adaptaci pacienta na každodenní život po hospitalizaci. Respondent uvedl, že po návratu domů se pacient několikrát vrátil k alkoholu, což je běžný jev u osob se závislostí, a rodina si nebyla jistá, jak s touto situací zacházet. Chyběla systematická podpora ze strany zdravotnických pracovníků, kteří by mohli rodinám poskytnout konkrétní rady a doporučení, jak zvládat situace, kdy pacient čelí problémům s relapsy.

*„On vlastně se k tomu alkoholu vrátil ještě dvakrát, což bývá u alkoholiků běžné...“*

Tato zkušenost ukazuje, jak důležitá je průběžná podpora a poradenství, která by měla pokračovat i po propuštění. Zdravotníci by měli rodinám nabídnout konkrétní strategie pro řešení takovýchto situací, například návody, jak vyhledat odbornou pomoc, jak reagovat na problémy s relapsy a jak podpořit pacienta v procesu zotavení.

R1

Na základě výpovědi respondenta lze doporučit několik opatření pro zlepšení informovanosti a podpory při propouštění pacienta. Především by měla být rodinám poskytována podrobná a konkrétní doporučení ohledně následné péče, včetně možností rehabilitace, podpůrných služeb a domácí péče. Zdravotníci by měli také zajišťovat komunikaci s rodinnými příslušníky o plánovaném propuštění, aby měli přehled o dalších krocích a mohli být aktivně zapojeni do procesu zotavení pacienta.

*„Myslím si, že by bylo fajn mít výstupní rozhovor, kde bychom dostali konkrétní informace o tom, co máme dělat a jak se o něj starat po návratu domů.“*

Toto doporučení zdůrazňuje potřebu výstupních rozhovorů, které by byly zaměřeny na poskytování konkrétních informací a podpory rodinám. Tento rozhovor by mohl zahrnovat nejen informace o zdravotním stavu pacienta, ale i doporučení pro jeho adaptaci na domácí život.

R2

Podle výpovědi respondenta nebyl propuštění pacienta součástí předem strukturovaného plánu. O této skutečnosti byli blízcí informováni spíše mimochodem a bez předchozí přípravy:

*„Při návštěvních hodinách nám to bylo řečeno v podstatě mimo řečí, ale bylo nám to řečeno poměrně brzy dopředu, tuším, že 2 týdny.“*

Tato forma oznámení svědčí o chybějícím systematickém přístupu k ukončení hospitalizace a absenci koordinační role mezi zdravotnickým zařízením a rodinou. Z pohledu Matouška (2008) je přitom právě plánovaný přechod z instituce do domácího prostředí zásadní pro udržení kontinuity péče a zvládnutí nároků, které jsou na rodinu kladeny.

Další klíčovou oblastí, která vychází z respondentova příběhu, je nejasnost ohledně procesu propuštění a následné podpory. Respondent zdůrazňuje, že nebyl informován o tom, jakým způsobem je rozhodováno o tom, zda pacientka bude propuštěna. Když se ptal, zda je jeho partnerka schopná postarat se o dítě, odpovědi byly vágní a nejasné.

*„Po propuštění jsme nedostali žádné informace, co máme dělat.“*

Tento výrok ukazuje na problém nedostatečné komunikace mezi zdravotníky a rodinnými příslušníky, přičemž rodina zůstává často v nejistotě ohledně toho, jakým způsobem mohou přispět k dalšímu zotavení pacienta. Důležité informace týkající se propuštění a doporučených postupů po hospitalizaci by měly být rodinným příslušníkům poskytnuty nejen z hlediska zdraví pacienta, ale i z pohledu praktických aspektů, jako je zajištění péče o děti nebo začlenění pacienta zpět do rodinného života.

R4

Respondentka uvedla, že se o plánovaném propuštění manžela dozvěděla spíše neformálně, pravděpodobně přímo od něj. Nedokázala přesně určit, zda jí byl termín propuštění sdělen zdravotnickým personálem, což naznačuje absenci strukturované komunikace mezi zdravotníky a rodinou v závěrečné fázi hospitalizace:

*„Jako tenhleten detail nemůžu říct, že úplně přesně, ale já mám pocit, že s tím přišel manžel, kdy bude propuštěn.“*

Tento způsob předání zásadní informace ukazuje na nedostatek systematického zapojení pečujících osob do přechodu pacienta zpět do domácího prostředí. Vzhledem k tomu, že manžel respondentky byl schopen sdělit tuto informaci sám, může to odrážet pozitivní vývoj jeho stavu, avšak také jistou pasivitu zdravotnického týmu vůči rodině.

R5

Rodič popisuje, že propuštění nebylo dostatečně naplánováno a že samotný proces se vyvíjel spíše ad hoc: „Bylo to zase nějaký vývoj, až se dospělo k tomu, že se to zkusí.“ Tento popis naznačuje, že informace o propuštění nebyly dostatečně komunikovány a rodina byla spíše vedena procesem, aniž by měla jasnou představu o tom, co se bude dít dál. To je v rozporu

s očekáváním, že by rodina měla být v průběhu hospitalizace informována o plánovaném propuštění a měla by mít možnost se na něj připravit.

R6

Výpověď respondenta poukazuje na zásadní nedostatky v oblasti informovanosti rodinných příslušníků během hospitalizace i při samotném propouštění pacienta. Hlavním tématem, které se v rozhovoru objevuje opakovaně, je nedostatek komunikace ze strany zdravotnického personálu, která byla odůvodňována zletilostí pacienta. Respondentka, matka hospitalizovaného mladého muže, uvádí, že o synově hospitalizaci se dozvěděla až na vlastní dotaz. Lékař jí sdělil pouze základní informaci o účelu hospitalizace („je tam na prozkoumání“) a informaci o nasazení medikace. Další komunikace o zdravotním stavu, diagnóze nebo plánu léčby byla omezena nebo zcela chyběla.

Odepřený přístup k informacím

Respondentka opakovaně zmiňuje frustraci a pocit bezmoci, který pramenil z toho, že nebyla informována o převozu syna ani o rozhodnutích týkajících se jeho další léčby. Skutečnost, že se o převozu dozvěděla až při osobní návštěvě, v ní vyvolala silné negativní emoce a pocit vyloučení:

*„Přijela jsem na návštěvu a on už tam nebyl. Nikdo mi nedal vědět, že ho odvezli. To mi vadilo a bolelo.“*

Z rozhovoru je zřejmé, že rozhodnutí nekomunikovat s matkou byla motivována právním rámcem ochrany osobních údajů u dospělých pacientů. Přestože respondentka tento rámec respektuje, z výpovědi je patrné, že by uvítala citlivější a empatičtější přístup ze strany zdravotnického personálu.

R7

Matka popisuje, že se dozvěděla o propuštění „díky tomu, že jí dělali papíry“ a že jí byly pouze předány dokumenty, ale nebyly jí poskytnuty žádné konkrétní instrukce ani pokyny ohledně následné péče.

"...mě to, nedávali...."

naznačují, že informovanost o podmínkách propuštění byla neúplná a nejasná, což může u pečujících osob vyvolat pocit ztráty kontroly nad celým procesem a obavy o budoucnost

R8

Z rozhovoru vyplynulo, že proces propouštění z psychiatrické hospitalizace proběhl bez předchozího upozornění a bez informovanosti rodinného příslušníka. O propuštění pacienta se pečující osoba dozvěděla až zpětně, přičemž hospitalizovaný odešel na revers z vlastní iniciativy:

*„Táta podepsal revers, jelikož byl docela naštvanej. Byl tam mezi vánočními svátky, s tím, že si všichni odborníci vzali asi dovolenou. Že tam s nima nikdo nic nedělá. Jsou tam pouze zdravotní sestry. A že ležet může doma.“*

Rodina nebyla na propuštění připravena, nikdo s nimi dopředu nekomunikoval o tom, že k němu dojde, ani o tom, co bude následovat. Chyběla také jakákoli písemná či ústní informace o navazující péči:

*„Nedostali jsme nic. Tátu jsme si vyzvedli na vrátnici.“*

Problémy spojené s komunikací o propouštění pacienta z psychiatrické hospitalizace, jak jsou popsány v rozhovorech s pečujícími osobami, ukazují na zásadní nedostatky v informovanosti rodinných příslušníků, které mají přímý dopad na kvalitu péče o pacienty po propuštění. Nedostatečná komunikace o plánovaném propuštění, následné péči a podpoře pro rodiny vede k frustraci a pocitu bezmoci u pečujících osob. V některých případech rodina získala informace o propuštění pacienta až od samotného pacienta, což ukazuje na neexistenci systematického přístupu a koordinace mezi zdravotnickým personálem a rodinou. Tento způsob komunikace nejenže narušuje vztahy mezi rodinou a zdravotníky, ale také ohrožuje kontinuitu péče, což může mít dlouhodobé negativní důsledky pro zotavení pacienta.

**Tabulka 8: Podpora při propouštění pacienta**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Nedostatek informací o plánu propuštění	Rodina se o termínu propuštění dozvídá přímo od pacienta, nikoli od zdravotnického personálu.	R1, R4	„To bylo vlastně přes něho přímo, protože on nám říkal, kdy bude odcházet.“ (R1)
Neposkytnutí konkrétních instrukcí k následné péči	Rodina nedostala jasné informace o tom, jak pečovat o pacienta po návratu domů.	R1, R7	„mě to, nedávali.“ (R7)
Chybějící strukturovaný plán následné péče	Následná péče nebyla plánována s účastí rodiny, informace byly sděleny jen pacientovi.	R1, R2	„To jsme se vlastně akorát dozvěděli, že může docházet k obvodnímu lékaři...“ (R1)
Propuštění proběhlo bez předchozího upozornění	Pečující osoba se o propuštění dozvěděla až zpětně, často až při osobní návštěvě.	R6, R8	„Přijela jsem na návštěvu a on už tam nebyl. Nikdo mi nedal vědět, že ho odvezli.“ (R6.1)
Chybějící výstupní rozhovor a podpora	Nebyl nabídnut rozhovor o zdravotním stavu, relapsu ani doporučené péči, což vedlo ke zmatku.	R1	„Myslím si, že by bylo fajn mít výstupní rozhovor...“
Nejasnost a improvizace při propuštění	Propuštění proběhlo neplánovaně a bez jasného systému, rodina byla vedena situací bez informací.	R5	„Bylo to zase nějaký vývoj, až se dospělo k tomu, že se to zkusí.“
Nedostatek komunikace kvůli plnoletosti pacienta	Zdravotníci neposkytli informace s odvoláním na ochranu osobních údajů, což frustrovalo rodinu.	R6	„To mi vadilo a bolelo.“

Odchod na revers bez vědomí rodiny	Pacient odešel na revers bez jakékoli předchozí komunikace s rodinou, která nebyla připravena.	R8	„Táta podepsal revers... Tátu jsme si vyzvedli na vrátnici.“
------------------------------------	--	----	--

Zdroj: vlastní zpracování

Kromě neformálního oznámení o propuštění a zpožděného přístupu k informacím o následné péči, respondentky a respondenti zmiňují i absenci konkrétních instrukcí týkajících se adaptace pacienta na domácí prostředí. Nedostatečná podpora při adaptaci pacienta na každodenní život po hospitalizaci, včetně zvládnutí relapsů, ukazuje na potřebu poskytování konkrétních rad a doporučení rodinným příslušníkům, jak v takových situacích jednat.

Dalším závažným problémem je absence strukturovaného plánování propuštění. Rodiny by měly mít možnost být v průběhu hospitalizace informovány o plánovaném propuštění, což by jim umožnilo se na tuto změnu připravit. Zajištění komunikace mezi zdravotníky a rodinou je klíčové pro hladký přechod pacienta zpět do domácího prostředí a pro udržení kontinuity péče.

Z výpovědí respondentů vyplývá, že zdravotníci by měli aktivně a systematicky informovat rodinné příslušníky nejen o plánovaném propuštění, ale i o konkrétních krocích následné péče. To zahrnuje například poskytnutí informací o možnostech rehabilitace, podpůrných službách, nebo o kontaktu s odborníky, kteří by mohli rodinám pomoci při zvládnutí situací spojených s relapsy. Takováto podpora by umožnila rodinám lépe pochopit možnosti pokračující péče o pacienta a podpořit jeho zotavení.

Zároveň je kladeno důraz na to, že i když práva pacienta na soukromí a autonomii jsou důležitá, měla by být zachována rovnováha mezi respektem k těmto právům a potřebou rodiny být informována o stavu pacienta a o plánu jeho další péče. To by mělo být součástí citlivého přístupu ze strany zdravotnického personálu, který zajistí, že rodina bude nejen informována, ale také aktivně zapojena do procesu zotavení pacienta.

Celkově lze konstatovat, že kvalitní komunikace o propuštění pacienta a následné péči, spolu s konkrétními doporučeními a podporou pro rodinné příslušníky, jsou klíčovými faktory pro zajištění plynulého a efektivního přechodu z hospitalizace do domácí péče. Tato oblast by měla být zlepšena v rámci zdravotnické praxe, aby se předešlo frustraci a zmatku rodinných příslušníků a podpořil se úspěšný proces zotavení pacienta.

### 3.3.2 Zajištění následné péče a podpora po propuštění pacienta

Následná péče je proces, který by měl začít ihned po propuštění pacienta z nemocnice. Je nezbytné, aby zdravotníci poskytli rodinným příslušníkům podrobné informace o dostupných možnostech, jakým způsobem mohou pokračovat v podpoře pacienta. V rozhovoru s respondentem se ukazuje, že informace o následné péči byly poskytnuty pacientovi, ale rodina nebyla aktivně zapojena do tohoto procesu. Pacient byl informován o možnosti navštěvovat

obvodního lékaře a adiktologa, ale rodina měla omezený přístup k těmto informacím a nenavázala přímý kontakt s odborníky.

R1

*„To jsme se vlastně dozvěděli akorát přes něj, že může docházet k obvodnímu lékaři a adiktologovi, ale jinak nic konkrétního nám neřekli.“*

Tato situace ukazuje na nedostatečnou aktivní komunikaci mezi zdravotníky a rodinou, která je zásadní pro úspěšnou následnou péči. Pokud zdravotníci neposkytují jasné instrukce ohledně dalších kroků, může to vést k dezorientaci a zmatku, což ztěžuje efektivní péči o pacienta doma. Rodina může mít omezené znalosti o možnostech následné péče a podpory, což snižuje jejich schopnost adekvátně reagovat na problémy, které mohou nastat po propuštění pacienta.

R2

Podle respondenta byla následná péče po propuštění zcela ponechána iniciativě rodiny. Jediná konkrétní informace, která byla poskytnuta, se týkala vyhledání ambulantního psychiatra:

*„1 náš úkol bylo vyhledat někoho, kdo se bude pacientovi věnovat ambulantně, což byl dohledán pan doktor Kašparů v Pelhřimově.“*

O žádné další možnosti podpory – jako je domácí péče, komunitní centra, krizová intervence či sociální služby – rodina informována nebyla:

*„Tak v té době jsme se o tomto vůbec nedozvěděli. Žádné informace, jenom že si máte najít psychiatrickou léčbu ambulantní.“*

Tento deficit ukazuje na zásadní problém v přenosu informací mezi akutní a následnou péčí. Jak upozorňuje Matoušek (2008), absence koordinované následné podpory zvyšuje riziko zhoršení psychického stavu a opětovné hospitalizace.

R3

Jedním z hlavních problémů, který respondent zažil při hospitalizaci své bývalé partnerky, byla absence informovanosti o možnostech následné péče a podpoře po propuštění. Po jejím návratu z psychiatrie nebyly rodinným příslušníkům poskytnuty žádné konkrétní informace o tom, na koho se mohou obrátit, jaká další podpora je k dispozici, nebo jakým způsobem bude zajištěno pokračování jejího zotavování.

*„Po propuštění jsme nedostali žádné informace, co máme dělat. Nikdo mi nic nenabídl. Tak jsem volal na sociálku, co mám dělat...“*

Respondentova zkušenost ukazuje, jak velkým problémem je, že rodina není při propuštění pacienta dostatečně informována o tom, jaké kroky mají následovat. V tomto případě nebyla poskytnuta ani základní informace o tom, na jaké instituce či odborníky se může obrátit. Tento nedostatek koordinace a informovanosti může vést k tomu, že rodinní příslušníci zůstávají v nejistotě a bez jasného plánu, jak postupovat, což může ztížit stabilizaci pacienta po propuštění.

R4

Respondent popisuje, že o plánovaném propuštění byl informován prostřednictvím manžela, což naznačuje, že komunikace s rodinnými příslušníky nebyla dostatečně přímá nebo že komunikace o propuštění nebyla iniciována zdravotnickým personálem.

*„Jo, byl to teda ten pan doktor, že za vámi přišel nebo jak to bylo? Jako tenhle ten detail nemůžu říct, že úplně přesnej, ale já mám pocit, že s tím přišel manžel, kdy bude propuštěn.“*

Tato odpověď ukazuje, že proces propuštění nebyl dostatečně sdílený s rodinou a mohlo by to naznačovat slabší zapojení zdravotnického personálu do komunikace s rodinnými příslušníky. Místo jasné informace o plánu propuštění od lékařů se informace dostaly k respondentovi prostřednictvím manžela, což může naznačovat neúplnou nebo pasivní komunikaci.

R4

Respondent zmiňuje, že v souvislosti s propuštěním žádné podrobné pokyny ohledně následné péče nebyly poskytnuty, přičemž zmínil, že pacient již měl psychiatrickou a ambulantní péči.

*„Víte, on měl vlastně v tu dobu psychologkou psychiatrickou už jakoby ambulantní, protože tam jsme docházeli po tý těžký atace...“*

V odpovědi se ukazuje, že následná péče byla již částečně zajištěna ambulantní psychiatrickou, ale chybí informace o tom, jakým způsobem by měla být péče doplněna nebo co dalšího by mělo následovat po hospitalizaci. Zde je patrná absence strukturované komunikace o následné péči, což je v kontrastu s ideálem komplexní a kontinuální péče. Zdravotnický personál tedy neposkytl rodině potřebné informace o možnosti doplňkové péče (např. domácí péče, rehabilitace), což by mělo být součástí procesu propuštění.

R7

V rámci následné péče, po dohodě mezi psychiatrickou, pacientem a matkou, byl syn zapojen do komunitního programu FOKUS v Pelhřimově. Tento program hraje klíčovou roli v procesu zotavení a integrace pacienta do běžného života. Poskytuje důležitou podporu mladému člověku při návratu do pracovního procesu, pomáhá mu se orientací ve finanční sféře a usnadňuje jeho celkovou integraci do společnosti.

Podpora ze strany FOKUSu je vnímána jako velmi důležitá, protože poskytuje pacientovi praktické nástroje pro úspěšný návrat do života mimo instituci. Umožňuje mu čelit výzvám, které přináší každodenní život, jako je pracovní angažovanost nebo finanční odpovědnost. Tento typ služeb zajišťuje kontinuitu péče i po ukončení hospitalizace, čímž přispívá k dlouhodobé stabilizaci a prevenci relapsů.

*„...spojila se psychiatricka... a zapojili ho do Fokusu... pomáhá mu, aby vedl reálný život... aby se nebál, když půjde do práce... aby ho naučili žít normálně v civilizovaném životě.“*

Tato výpověď podtrhuje význam komunitních a podpůrných služeb, které nejenže pomáhají pacientovi adaptovat se na každodenní život, ale také poskytují jistotu a sebedůvěru potřebnou k tomu, aby pacient překonal obavy a začal se znovu angažovat v pracovním a sociálním životě. Programy, jako je FOKUS, poskytují širokou škálu podpory, která je zaměřena na dlouhodobý rozvoj pacientovy schopnosti vést normální, produktivní život, a to včetně zajištění sociálního zapojení a stability.

Téma této podkapitoly ukazuje pozitivní roli institucionálních služeb, které se zaměřují na praktické a každodenní aspekty života pacienta. Tyto služby jsou nezbytné pro úspěšnou reintegraci do společnosti a pro zajištění kvalitní péče, která nekončí propuštěním z nemocnice, ale pokračuje v prostředí, které je pro pacienta přirozenější a umožňuje mu rozvíjet dovednosti potřebné k samostatnému životu.

R8

Z rozhovoru vyplývá, že následná péče o pacienta po návratu domů byla převážně založena na rodinné péči, a to bez přímé koordinace se zdravotními nebo sociálními službami. Pečující popisuje, že hlavní péči převzala matka, zatímco on se snažil s otcem trávit čas a být mu nablízku:

*„O to ses starala spíš mamka. A já jsem se snažil si k tátovi vždycky sednout, povídat si s ním... Máma tvrdila, ať u něj sedím, že je to pro něj změna. Hlavně kvůli mozkový činnosti, aby mu ty dny nezpívaly.“*

Tento přístup je příkladem laické, intuitivní péče, která sice vychází z dobré vůle a snahy pomoci, ale chybí jí odborné vedení a podpora. Rodina se s obtížnými situacemi musela vyrovnávat sama, často metodou pokusu a omylu:

*„Volali jsme psychiatřiče, chtěli jsme to řešit. Ta nám sdělila, že se s náma nesmí bavit. A že pokud chceme něco řešit, tak ať přijedeme na sjednanou schůzku s tátou, a s jeho souhlasem. Jinak nám žádnou podporu neposkytla.“*

Výpověď ukazuje na bariéru v komunikaci s odborníky, která je daná jak právním rámcem ochrany osobních údajů, tak i nedostatkem flexibilních forem podpory, např. krizového poradenství pro rodinu. Tato překážka vedla k tomu, že rodina čelila problémům bez podpory a odborného vedení:

*„V danou situaci a při řešení problémů jsme žádnou podporu neměli. Tak nějak ta situace vždycky vplynula, nějak se vyřešila. Nevím, jestli dobře.“*

**Tabulka 9 : Zajištění následné péče a podpora po propuštění**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Informace pouze pro pacienta, nikoli rodinu	Informace o následné péči byly sděleny jen pacientovi, nikoliv rodinným příslušníkům.	R1, R2	„To jsme se vlastně dozvěděli akorát přes něj...“ (R1)
Absence koordinace a podpory při přechodu	Rodina nebyla informována o krocích po propuštění. Chyběla koordinace mezi zařízeními.	R2, R3, R4	„Po propuštění jsme nedostali žádné informace, co máme dělat.“ (R3)
Rodina si informace musela zjistit sama	Pečující kontaktovali instituce na vlastní pěst kvůli zajištění péče.	R3	„...volal na sociálku, co mám dělat...“ (R3)
Péče zajišťována rodinou bez odborného vedení	Péče po návratu domů probíhala převážně na základě rodinné	R8	„O to ses starala spíš mamka...“ (R8)

	iniciativy bez opory odborníků.		
Bariéra komunikace kvůli ochraně údajů	Zdravotníci odmítli komunikaci s rodinou bez souhlasu pacienta, což omezilo podporu.	R8	„...že se s náma nesmí bavit...“ (R8)
Chybějící pokyny k doplňkové péči	Rodina nebyla informována o možnostech doplňkové péče (rehabilitace, krizové centrum atd.).	R4	„...protože tam jsme docházeli po té těžké atace...“ (R4)
Zapojení do komunitních programů jako příklad dobré praxe	Zapojení pacienta do programu FOKUS, podpora návratu do života a pracovní integrace.	R7	„...zapojili ho do Fokusu... aby se nebál, když půjde do práce...“ (R7)

Zdroj: vlastní zpracování

Zajištění následné péče a podpora po propuštění pacienta z psychiatrické hospitalizace jsou klíčové pro úspěšný přechod do domácího prostředí a prevenci relapsů. Výpovědi respondentů ukazují na výrazné nedostatky v komunikaci a koordinaci mezi zdravotnickými zařízeními a rodinnými příslušníky, což vede k nejistotě a obtížím při zajišťování následné péče. Respondenti se často ocitli v situaci, kdy jim byly poskytnuty minimální informace o dalších krocích a možnostech podpory, což ztížilo jejich schopnost adekvátně reagovat na potřeby pacienta.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že komunikace mezi zdravotníky a rodinou by měla být komplexní a strukturovaná, zahrnující nejen informace o propuštění, ale i konkrétní pokyny pro následnou péči a dostupné podpůrné služby. V některých případech nebyla rodina dostatečně informována o možnosti využití komunitních služeb, krizové intervence nebo dalších odborných služeb, které mohou zásadně přispět k stabilizaci pacienta v domácím prostředí. Tento deficit v informovanosti a koordinaci péče může vést k frustraci a zklamání rodinných příslušníků, kteří se nacházejí v situaci, kdy nemají jasný plán a podporu pro péči o svého blízkého.

Zkušenosti některých respondentů ukazují, že v některých případech byla následná péče zcela ponechána na iniciativě rodiny, což představuje riziko pro zajištění kvalitní a efektivní péče o pacienta. Tento přístup může vést k přetížení rodinných pečujících osob, které nemají potřebné odborné znalosti a zkušenosti k řešení složitých situací, které mohou nastat po hospitalizaci. V některých případech se rodiny dostaly do situace, kdy musely čelit problémům bez odborné pomoci a bez dostatečného zapojení zdravotnických a sociálních služeb.

Důležitou součástí následné péče je i aktivní zapojení komunitních a podpůrných služeb, které mohou pomoci pacientům v jejich integraci do běžného života a zajistit kontinuitu péče. Příklady z praxe ukazují, že programy jako FOKUS mohou výrazně přispět k úspěšnému návratu pacienta do společnosti, ale jejich existence a přístupnost by měly být rodinám jasně komunikovány a nabízena jako možnost.

Na základě těchto zjištění je možné konstatovat, že zlepšení komunikace mezi zdravotnickými zařízeními, rodinami a odborníky je nezbytné pro zajištění kvalitní následné péče. Zdravotníci by měli aktivně informovat rodinné příslušníky o dostupných službách, možnostech ambulantní péče a dalších formách podpory, a to již během hospitalizace, aby se zajistil hladký přechod do domácího prostředí a minimalizovaly se rizika zhoršení zdravotního stavu pacienta. Zároveň je potřeba zohlednit specifické potřeby rodin, které mohou být omezené v přístupu k odborným informacím a podpoře, a nabídnout jim komplexní a flexibilní formy asistence, které zohledňují jejich individuální situaci.

### 3.3.3 Podpora rodin v procesu zotavování: Význam informovanosti a následné péče

Zotavování pacientů po psychiatrické hospitalizaci je složitý a dlouhodobý proces, který vyžaduje nejen odbornou péči, ale i aktivní zapojení rodinných příslušníků. Rodiny hrají klíčovou roli v podpoře pacientů během přechodu z nemocnice zpět do domácího prostředí. Jejich informovanost o zdravotním stavu pacienta, možnostech následné péče a jejich zapojení do rozhodovacích procesů jsou zásadní pro úspěšné zotavení. Tato kapitola se zaměřuje na význam informovanosti rodin o následné péči, identifikuje nedostatky v tomto procesu a zdůrazňuje potřebu systémových změn, které by rodiny lépe podporovaly při zvládnání výzev spojených s péčí o duševně nemocné osoby.

R1

V rámci následné péče je nezbytné, aby rodiny měly přístup k podpůrným službám, které jim umožní lépe se orientovat v situaci a poskytovat efektivní péči. Respondent uvádí, že po propuštění pacienta nebyla rodina informována o dalších možnostech podpory, například o domácí péči nebo sociálním poradenství, které by jim mohly pomoci v procesu zotavování pacienta. Podle vyjádření respondenta byla podpora poskytována pouze ve formě informací od samotného pacienta, což naznačuje, že institucionální podpora byla nedostatečná.

*„Nic takového nám vlastně nabídnuto nebylo, a všechno jsme se dozvíдали buď od něj, nebo jsme to zjišťovali sami. Neměli jsme žádné informace o tom, co dělat dál.“*

Tento citát poukazuje na nedostatek systematického poradenství a podpory pro rodiny, které se ocitají v roli pečujících osob. Zdravotnická zařízení by měla poskytovat rodinám nejen informace o dalším postupu, ale i o dostupných podpůrných službách, jako je domácí péče, psychologické poradenství nebo rehabilitační služby. Tato podpora by měla být systematická a dostupná, aby pomohla rodinám zvládnout náročné situace, které se mohou objevit během zotavovacího procesu.

R2

Rodina nebyla edukována, jaké kroky mohou či mají podniknout, a chyběla jim podpora v orientaci v systému zdravotní a sociální péče. V důsledku toho se spoléhali na vlastní iniciativu a nezkušenost:

*„Protože jsme s tím neměli žádnou zkušenost, tak nás ani nenapadlo to podrobně dohledávat.“*

Z výpovědi je patrné, že existoval prostor pro edukaci rodinných příslušníků, která však nebyla využita. Podle Praška et al. (2005) je edukace rodiny zásadní pro úspěšnou reintegraci pacienta a prevenci relapsu.

### R3

V rámci následné péče se respondentovi nedostalo ani nabídky na poradenství nebo terapii, což by mohlo rodinám pomoci vyrovnat se s náročnou situací, zejména pokud se jedná o pečující osoby, které čelí nejen péči o nemocného, ale i psychické zátěži. V situaci, kdy respondent požadoval nějakou formu podpory, se nedočkal odpovědí, které by mu pomohly. Kromě toho, že mu nebyly poskytnuty žádné informace o tom, jak pokračovat v péči o dítě po hospitalizaci matky, byla i samotná nabídka terapií a poradenství odmítnuta ze strany respondentovy partnerky. Tato skutečnost podtrhuje, jak důležité je, aby zdravotníci a další odborníci byli proaktivní v nabídce podpory nejen pro samotného pacienta, ale i pro rodinné příslušníky.

*„Předtím jsme byli u soudu na nějaké konzultace, chtěli nás poslat na rodinnou terapii, ale ona to odmítla. A nikdo nic dalšího nenabízel.“*

Tento problém souvisí s tím, že v některých případech může pacient odmítnout psychoterapeutickou podporu nebo jinou formu pomoci, ale to by nemělo znamenat, že rodinní příslušníci zůstanou bez jakékoliv podpory. Zdravotníci a sociální pracovníci by měli být schopni nabídnout alternativní možnosti, jako je poradenství pro rodinné příslušníky, které by pomohlo zvládnout situaci a podporovat rodinu v náročném období.

Zkušenost respondenta ukazuje na nedostatečnou institucionální podporu rodiny, která se nachází v roli pečující osoby po propuštění jejich blízkého z psychiatrického zařízení. V ideálním případě by pacienti a jejich rodiny měli mít k dispozici integrovaný systém podpory, který by zajišťoval nejen zdravotní péči, ale i asistenci při sociálních, právních a praktických otázkách spojených s integrací pacienta do běžného života.

Rodinní příslušníci by měli mít přístup k poradenství, které by jim pomohlo orientovat se v systému sociálních služeb, právních možnostech a dalších aspektech péče o pacienta. Pokud tato podpora chybí, rodiny mohou čelit pocitu osamělosti a zbytečné zátěži, která by mohla být zmírněna kvalitními a koordinovanými službami.

### R4

Další významnou částí této analýzy je otázka, zda byla rodině nabídnuta jakákoliv alternativa následné péče, například domácí péče nebo rehabilitace, o čemž respondent uvádí, že žádné takové informace neobdržel.

*„Ne, ne, ne, ne, ne. Vv tu dobu ne ne.“*

Tento citát naznačuje, že respondent nebyl informován o dostupnosti alternativní péče, která by mohla pacienta podpořit v domácím prostředí. To svědčí o nedostatečné informovanosti a možná i o absenci plánování kroků po propuštění, což může znamenat opomíjení důležité složky v procesu přechodu z nemocniční péče na domácí režim. Zdravotnický personál neprojevil iniciativu, aby rodině nabídl informace o možných službách, jako je například domácí péče, komunitní podpora nebo rehabilitační programy.

R4

Respondent dále uvádí, že vzhledem k zlepšení stavu pacienta po hospitalizaci měl pocit, že následná péče není potřeba, a že situace je stabilizována.

*„Víte, co ta situace byla tak diametrálně jiná, že já jsem se teda musím říct naivně domnívala, že ten stav prostě bude už nevratnej, že si to prostě vrátilo, že bude nevratný.“*

Zde respondent vyjadřuje jistou naivitu ohledně stavu pacienta, protože zlepšení bylo natolik rychlé a zřetelné, že neměl pocit, že by potřeboval další podporu. Tato reakce ukazuje, že rodina neměla dostatek informací o tom, jak může vypadat proces zotavení, jaké kroky je třeba podniknout a jaké péče je pacientovi stále třeba, i když se jeho stav zlepšil.

R5

Po návratu domů rodina čelila mnoha výzám, na které nebyla připravena. Pečující osoba popisuje, že v průběhu dne nevěděla, jak řešit vzniklé problémy:

*„Nevěděla řešila jsem je instinktivně zkratkovitě.“*

Tento přístup naznačuje, že nebyla k dispozici podrobná informace o možných postupech či konkrétních metodách, jak řešit krizové situace. V důsledku toho se jednalo o reakce, které byly často neuvážené nebo chybné:

*„Tohle jsou chybné i zbytečných situací reakcí, protože to nechápete vy nevíte, že to je...“*

Po propuštění z hospitalizace nebylo jasné, jaké konkrétní potřeby bude dceřin stav vyžadovat, a jakým způsobem s nimi zacházet. Tato nejistota a absence informací vedly k tomu, že pečující osoba zareagovala způsobem, který vnímá zpětně jako neoptimální. Zároveň se ukazuje, že pokud by rodina měla lepší přístup k informacím a poradenství, situace by byla pravděpodobně lepší:

*„Ted' vím, že kdybych věděla to, co dneska, věřím, že by to bylo jiný, lepší.“*

R6

Jedním z klíčových problémů, který vyvstává v souvislosti s následnou péčí, je nedostatečná informovanost pečujících osob o možnostech podpory, která je k dispozici po propuštění z nemocnice. Respondentka, matka pacienta, se během hospitalizace svého syna necítila dostatečně informována o dostupných možnostech následné péče. Tento nedostatek informací vedl k vážné psychické zátěži, která se u ní projevila nejen v podobě stresu a úzkosti, ale také fyzickými symptomy, jako je výrazné hubnutí a nespavost.

*„Následná péče nebyla... pro mě to bylo hrozný. Proto jsem šla taky tak váhově dolů, proto jsem nespala, protože psychicky jsem z toho byla... já jsem z toho úplně zhroutila...“*

Tento výrok ukazuje, jak zásadní je pro pečující osoby získat adekvátní informace o možnostech následné péče během hospitalizace a po jejím ukončení. Nedostatek těchto informací může nejen zvýšit psychickou a emocionální zátěž, ale může také vést k zablokování procesu adaptace a zotavení jak pro pacienta, tak pro jeho rodinu. V případě této respondentky se neinformovanost o následné péči stala faktorem, který výrazně ztížil její schopnost vyrovnat se s novou životní situací, což vedlo k jejímu emocionálnímu zhroucení.

Tato situace ukazuje na důležitost jasné a systematické komunikace mezi zdravotníky a pečujícími osobami, aby se předešlo zbytečným psychickým náporům a umožnil se hladký přechod z hospitalizační péče do domácího prostředí.

R6

I když následná péče byla zajištěna kvalitně, respondentka stále cítila zátěž z počátečního nedostatku informací, což mělo zásadní dopad na její psychický stav. Tento nedostatek informovanosti ji vystavil silnému stresu a nejistotě, které se projevily v jejím emocionálním a fyzickém rozpoložení. I přesto oceňuje, že v následné fázi péče se mohla více zapojit do procesu a že odborníci, zejména psycholožka a pracovníci FOKUSu, přistupovali k celé situaci s lidskostí a otevřeností.

*„...já jsem věděla tak jako trošku, co ona si myslí... mohla jsem ji doplnit, když se ho na něco ptala a já věděla, že to tak není...“*

Tento výrok podtrhuje důležitost uznání role rodiny v péči o pacienta, zejména v následné fázi. Aktivní zapojení pečující osoby nejenže podporuje efektivitu léčby, ale také pomáhá rodině lépe zvládat psychickou a emocionální zátěž, která s péčí o nemocného souvisí. Odborníci by měli aktivně podporovat rodinu v tomto zapojení, protože to má pozitivní vliv na celkový proces zotavení jak pacienta, tak pečující osoby.

**Tabulka 10: Podpora rodin v procesu zotavování**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Nedostatek informací o možnostech následné podpory	Rodiny nebyly informovány o dostupných podpůrných službách, informace byly získávány od pacienta nebo samostatně.	R1, R4	„Neměli jsme žádné informace o tom, co dělat dál.“ (R1)
Chybějící edukace a orientace v systému	Rodiny postrádaly edukaci o tom, jak se orientovat v systému zdravotní a sociální péče.	R2	„...nás ani nenapadlo to podrobně dohledávat.“ (R2)
Absence podpory pro pečující osoby	Rodiny nedostaly nabídku terapie nebo poradenství, ani když pacient psychoterapii odmítl.	R3	„...ona to odmítla. A nikdo nic dalšího nenabízel.“ (R3)
Nerealistická očekávání o stabilitě stavu	Zlepšení zdravotního stavu pacienta vedlo k mylnému dojmu, že další péče není nutná.	R4	„...že ten stav prostě bude už nevratnej...“ (R4)
Péče řešená instinktivně bez podpory	Rodina nebyla připravena na vzniklé	R5	„Nevěděla řešila jsem je instinktivně zkratkovitě.“ (R5)

	problémy, řešili je bez vedení a edukace.		
Silná psychická zátěž pečujících	Nedostatek informací a podpory vedl k psychickému zhroucení pečující osoby.	R6	„...proto jsem šla taky tak váhově dolů, protože psychicky jsem z toho byla...“ (R6)
Pozdější zapojení do následné péče jako pozitivní zkušenost	I přes počáteční nejistotu byla v pozdější fázi péče oceňována možnost spolupráce s odborníky.	R6	„...mohla jsem ji doplnit, když se ho na něco ptala...“ (R6)

Zdroj: vlastní zpracování

Analýza výpovědí respondentů jasně ukazuje, jak zásadní roli hraje podpora a informovanost rodiny při zotavovacím procesu po psychiatrické hospitalizaci pacienta. Respondenti v různých fázích péče zdůraznili, že absence konkrétních informací o následné péči a dostupných podpůrných službách, jako je domácí péče, rehabilitace, psychologické poradenství či právní podpora, znamenala značný problém, který komplikoval jejich schopnost adekvátně se postarat o pacienta a zároveň čelit vlastní psychické a fyzické zátěži.

V některých případech se rodiny spoléhaly na vlastní iniciativu nebo informace získané od samotného pacienta, což ukazuje na značnou neorganizovanost a nedostatečnou systematickosti poskytovaných informací. Výpovědi respondentů, které popisují nedostatek informovanosti a absenci poradenství, naznačují, že rodiny často čelily situacím, pro které nebyly připravené, a to jak v rovině praktické, tak psychologické. Případ respondentky, která popisuje psychickou zátěž způsobenou absencí informací, ukazuje, jak mohou chybějící údaje o možnostech následné péče vést k výraznému zhoršení psychického stavu pečujících osob.

Zdravotnická a sociální zařízení by měla vyvinout větší úsilí v proaktivním poskytování informací a poradenství rodinám, které se ocitají v roli pečujících osob. Důležité je nejen informovat rodiny o tom, jaké kroky mohou podniknout během zotavovacího procesu, ale také jim nabídnout možnosti podpory, které jsou pro ně v této fázi klíčové. Tento přístup nejen že pomáhá rodinám lépe se orientovat v systému péče, ale také přispívá k prevenci psychických problémů, které mohou vzniknout v důsledku stresu spojeného s péčí o pacienta.

Dále je patrné, že v některých případech byla samotná nabídka terapií či poradenství pro pečující osoby nedostatečná nebo zcela chyběla, což podtrhuje nutnost širší institucionální podpory pro rodiny v podobě komplexních, koordinovaných služeb. Rodinní příslušníci by měli mít přístup k poradenství, které by jim pomohlo orientovat se nejen v oblasti zdravotní péče, ale i v sociálních a právních aspektech spojených s péčí o pacienta.

Nakonec je klíčové, aby zdravotníci a sociální pracovníci byli proaktivní v nabídce nejen podpory pro samotného pacienta, ale i pro jeho rodinu, která hraje zásadní roli v procesu zotavení. Důležitým faktorem je aktivní zapojení rodiny do procesu péče, což může významně přispět k úspěšnému návratu pacienta do domácího prostředí a k celkovému zlepšení kvality života rodiny.

### 3.3.4 Institucionální podpora rodin po hospitalizaci

Tato podkapitola se zabývá dostupností a kvalitou institucionální podpory, kterou mohou rodinní příslušníci využít po propuštění pacienta z psychiatrické hospitalizace. Zaměřuje se na zkušenosti rodin s návaznými službami, jako jsou krizová centra, sociální pracovníci, komunitní týmy nebo podpůrné programy, a na to, zda byli o těchto možnostech informováni. Výzkum zároveň zkoumá, jak rodiny hodnotí kontinuitu péče a jaká je míra jejich zapojení a podpory v období návratu pacienta do domácího prostředí.

R1

V rámci následné péče je klíčové, aby pacienti měli přístup k odborným službám, které jim mohou pomoci v procesu zotavování. Respondent zmiňuje, že pacient byl informován o možnosti navštívit adiktologa, ale tuto možnost využil pouze on sám, nikoli rodina, která byla na tento krok sama neinformována. Tento fakt ukazuje na nedostatečné zapojení rodiny do procesu léčby a zotavení pacienta. Odborníci by měli nejen informovat pacienty o dostupných možnostech, ale i aktivně zapojit rodinné příslušníky, aby mohli poskytovat adekvátní podporu během následné péče.

*„Bylo to všechno na něm. On věděl, že může jít k adiktologovi, ale vlastně jsme to nikdy neřešili my.“*

Rodina by měla mít přehled o všech dostupných odborných službách, které mohou být pro pacienta užitečné, a měla by být podporována ve snaze o jejich využívání. Zdravotníci by měli nejen poskytovat informace, ale i pomoci rodinám s koordinací těchto služeb, aby byl proces zotavení co nejefektivnější.

R1

Další problém, který se v rámci výzkumu objevil, je nedostatečná informovanost rodin o možnostech institucionální podpory. Respondent uvádí, že neexistovala žádná konkrétní nabídka týkající se podpory, kterou by rodina mohla využít, a všechny kroky byly v režii pacienta. Tento přístup je problematický, protože rodiny hrají klíčovou roli v dlouhodobé podpoře pacienta a jejich podpora by měla být považována za rovnocennou součást léčby.

*„Pro nás to vlastně bylo všechno na bráchovi. My jsme se neptali na nic, protože nám nikdo nic neřekl, co dělat.“*

Tato situace ukazuje na potřebu aktivní role odborníků ve vyhledávání a doporučování potřebné institucionální podpory. Rodina by měla být informována o možnostech, které jsou k dispozici, a měla by být podporována ve vyhledávání těchto služeb. Tato podpora je nezbytná pro zajištění hladkého přechodu pacienta do domácího prostředí a pro prevenci relapsů.

R2

Po návratu pacienta domů rodina krátkodobě zajišťovala přítomnost u pacienta, avšak ten následně rozhodl, že chce být sám. Vzhledem k absenci podpůrné služby nebylo možné nabídnout alternativní formu podpory:

*„Zpočátku jsme se domlouvali, kdo bude s pacientem... následně v horizontu několika dní tak bratr sám rozhodl, že tam chce být sám... Tím vlastně ta naše péče skončila.“*

Důležitou roli by zde mohly sehrát komunitní terénní služby (např. mobilní týmy, krizové intervence, case management), které by umožnily rodině zůstat v kontaktu s profesionály i bez aktivní přítomnosti v domácnosti pacienta. Matoušek (2008) i další autoři doporučují multidisciplinární přístup, který propojuje zdravotnické, sociální a komunitní služby.

R2

Závažným problémem byla i skutečnost, že pacient brzy po propuštění přestal užívat předepsanou medikaci:

*„...zejména v té době, kdy užíval léky předepsané od psychiatra. Ale ty poměrně brzy vysadil, takže pak se situace vrátila poměrně brzy do stavu před hospitalizací.“*

Rodina přitom neměla žádný kontakt na zdravotníky, nebyla upozorněna na možné scénáře nebo na to, jak reagovat při porušení léčebného režimu. To ukazuje na absenci systému následného sledování pacienta i kontaktu s rodinou ze strany institucí.

R3

Jedním z problémů, který respondent zmínil, bylo i to, že i když se pokusil získat informace od zdravotníků a dalších institucí, byl z větší části odkázán na vlastní iniciativu a samostatné hledání řešení. Když se začal ptát na následnou péči a možnosti, jak pokračovat v podpoře své partnerky po jejím propuštění, musel se obrátit na sociální službu. Ačkoli sociální pracovníci nakonec přistoupili k formálnímu setkání a dohodli se na podmínkách styku s dítětem, tato reakce přišla až po určité době a nebyla proaktivní.

*„Volal jsem proto na sociálku, co mám dělat. Nakonec si nás pozvali a domluvili jsme se na nějakých stycích u nich doma.“*

Tato zkušenost ukazuje na problém nedostatečné koordinace mezi zdravotními a sociálními službami, kdy rodina není adekvátně informována o možných možnostech a způsobech další péče. Je to i důkaz o tom, že často chybí jasná spolupráce mezi odborníky v oblasti duševního zdraví a těmi, kteří se zaměřují na sociální a rodinné otázky. Pacienti a jejich rodiny by měli mít jasné kontakty a informace, jakým způsobem a s kým mohou komunikovat ohledně následné péče, aby přechod z hospitalizace do běžného života probíhal hladce.

R4

Zajímavý je také respondentův názor na to, zda zdravotnický personál nedomníval, že pacientův stav je již stabilizován a že není nutná další intervence.

*„Těžko říct, těžko říct jo, následná péče a institucionální podpora?“*

Tato odpověď naznačuje, že respondent neměl pocit, že zdravotnický personál podrobněji informoval o dalším postupu nebo o institucionální podpoře, která by byla k dispozici. Možná se jednalo o standardní postup, kdy se vnímalo, že po stabilizaci není potřeba další zásah, ale rodina nebyla dostatečně informována o možných rizicích a o tom, co může následovat, pokud se stav pacienta zhorší.

R5

Po propuštění nedostala rodina adekvátní podporu a informovanost o tom, jak dál postupovat. Případné poradenství a podpůrné služby, jakými jsou například psychoterapie nebo sociální

poradenství, nebyly nabídnuty. Pečující osoba vzpomíná, že neexistovalo žádné doporučení k externím službám:

*„ale ani v Opařanech nás na to neupozornili.“*

Toto svědčí o nedostatečné koordinaci mezi nemocnicí a komunitními službami.

Rodina byla ponechána na vlastní iniciativě, kdy si pečující osoba sama začala hledat možnosti podpory, například v rámci organizace Fokus:

*„Pokud bychom měli nějakou podporu, řekli by nám: Obráťte se na Fokus. Nikdo to ale neřekl.“*

To ukazuje, že rodina neměla žádnou cestu, jak se dostat k potřebným službám, a tento nedostatek institucionalizované podpory je významnou překážkou pro efektivní pokračování péče po hospitalizaci.

R5

Zajímavým prvkem je to, že pečující osoba začala sama vyhledávat možnosti pomoci, což ukazuje na její proaktivní přístup. Nicméně tento proces nebyl bez problémů, neboť musela čelit překážkám a nesnázím při hledání dostupných služeb:

*„Hledali jsme sami... bylo to paralelně, ale nefungovalo to.“*

Tato zkušenost podtrhuje důležitost dostupnosti jasných a přístupných informací pro rodiny, které se ocitají v podobných situacích.

Z rozhovoru vyplývá, že existují výrazné mezery v komunikaci a podpoře rodin po propuštění z nemocnice. Zdravotníci a instituce by měli poskytovat jasné, srozumitelné informace o dalších krocích, doporučených službách a možnostech terapie. Instituce, jako jsou psychiatrická zařízení nebo centra domácí zdravotní péče, by měly aktivně informovat rodiny o dostupných možnostech, jako jsou terapeutické služby, sociální poradenství, či podpora v krizových situacích. Zajištění jasné a koordinované podpory by pomohlo zlepšit situaci rodinám, které čelí výzvam po propuštění z nemocnice, a snížit míru stresu a nejistoty, kterou zažívají.

R6

Po návratu domů bylo respondentce sděleno, že jejímu synovi byla přidělena odborná péče v podobě psychiatra a psycholožky. Hodnotí tuto návaznost jako velmi přínosnou, zejména díky otevřené komunikaci mezi odborníkem, pacientem a matkou. Oceňuje, že mohla být přítomna při setkání a aktivně se zapojit:

*„...se stalo i že jsem s ním k té psycholožce šla... což to bylo výborný, že si mě tam posadila... mluvila o tom, co se děje... on se k tomu vyjádřil... mohla jsem se zapojit...“*

Kvalitní individuální návazná odborná péče, která je otevřená zapojení rodinných příslušníků, přispívá k lepšímu porozumění léčbě a podporuje důvěru v proces zotavení.

R7

Pečující osoba také zmiňuje, že její dcera byla umístěna do „chráněného bydlení“ nebo podobného zařízení a měla k dispozici nějaký podporující tým, ale její matka nebyla o těchto skutečnostech dostatečně informována. V rozhovoru se objevil termín

*„chápu dobře“*

což naznačuje, že matka byla zmatená ohledně dostupných služeb a podpory. Tato situace ukazuje, jak složité je pro rodinné příslušníky orientovat se v systému institucionální pomoci, pokud nejsou dostatečně informováni a pokud jim chybí koordinace mezi různými službami.

R7

Matka v rozhovoru vyjadřuje frustraci a nejistotu ohledně institucionální podpory, přičemž její hodnocení je negativní:

*„Já už jsem tam vůbec nemám přehled.“*

Tato věta ukazuje, že matka neměla jasnou představu o tom, jakým způsobem by měla být zajištěna následná péče pro její dceru.

R8

Rodina se aktivně snažila vyhledat pomoc v systému sociálních služeb. Obrátili se na organizaci Fokus, která poskytuje podporu lidem s duševním onemocněním. Spolupráci se však nepodařilo navázat, protože pacient sám pomoc odmítal:

*„Obrátili jsme se na Fokus. Byli milí, ale bohužel spolupráci jsme nenavázali. Táta nechtěl. A bylo nám řečeno, že pokud nechce klient – duševně nemocnej pacient – tak služba je pro ně.“*

Tato zkušenost ukazuje na strukturální limitaci podpůrných služeb, které jsou závislé na motivaci pacienta. V případě, kdy pacient pomoc odmítá, zůstává rodina bez možnosti efektivní intervence, přestože by služby mohly výrazně odlehčit jejich zátěž. Přestože pracovníci Fokusu se snažili navázat kontakt, nebylo to bez spolupráce pacienta možné:

*„Snažili se tátu přemluvit. My jsme mu vysvětlovali, že by nám to pomohlo. Táta odmítal. Spíše jenom ležel, koukal do blba. Ani nemluvil, jenom řekl, že nechce.“*

Celkově lze konstatovat, že následná péče nebyla systematicky řízena a rodina zůstala v roli hlavního poskytovatele péče bez odborné podpory. Přes vlastní aktivitu narazili na systémové limity – ať už v oblasti komunikace s psychiatrií nebo kvůli zákonné nemožnosti poskytnout službu bez souhlasu pacienta. Výsledkem byla frustrace a pocit osamocení při zvládání každodenních potřeb člověka s vážným duševním onemocněním.

**Tabulka 11: Institucionální podpora rodin po hospitalizaci**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Nedostatečné zapojení rodiny do návazné péče	Rodina nebyla informována o dostupných odborných službách pro pacienta, ani nebyla zapojena do léčby.	R1,	„Bylo to všechno na něm. On věděl, že může jít k adiktologovi, ale vlastně jsme to nikdy neřešili my.“
Absence komunitních a krizových služeb	Rodina po návratu pacienta neměla přístup ke komunitním či krizovým službám, které by mohly zajistit návaznou péči.	R2,	„Zpočátku jsme se domlouvali, kdo bude s pacientem... následně v horizontu několika dní tak bratr sám rozhodl, že tam chce být sám...“

Nedostatečná koordinace zdravotních a sociálních služeb	Rodina si musela sama vyhledat informace a koordinovat péči, kontakt se sociální službou nebyl iniciován zdravotníky.	R3	„Volal jsem proto na sociálku, co mám dělat. Nakonec si nás pozvali a domluvili jsme se...“
Chybějící informace o návazných službách	Rodina nebyla informována o dostupných službách jako Fokus, domácí péče, či komunitní podpora.	R4, R5,	„Pokud bychom měli nějakou podporu, řekli by nám: Obráťte se na Fokus. Nikdo to ale neřekl.“
Pozitivní zkušenost s návaznou péčí a zapojením rodiny	Rodina byla zapojena do následné péče, oceňuje možnost účasti u psychologa a komunikaci s odborníky.	R6	„...mluvila o tom, co se děje... mohla jsem se zapojit...“
Neinformovanost o chráněném bydlení a podpoře	Rodina měla zmatek ohledně typu podpory, kterou pacient dostává, chyběla jim komunikace ze strany odborníků.	R7,	„Já už jsem tam vůbec nemám přehled.“
Odmítnutí pomoci pacientem a nemožnost intervence	Pacient odmítl službu, což znemožnilo navázání spolupráce, a rodina tak zůstala bez podpory.	R8	„Obrátili jsme se na Fokus. Byli milí, ale bohužel spolupráci jsme nenavázali. Táta nechtěl.“

Zdroj: vlastní zpracování

Z rozhovorů s pečujícími osobami vyplynulo, že i přes jednotlivé pozitivní příklady dobré praxe, jako byla například možnost aktivního zapojení matky do psychologické péče po propuštění pacienta, převažují negativní zkušenosti s nedostatečnou a nekoordinovanou institucionální podporou. Mnozí respondenti nebyli včas a dostatečně informováni o dostupných službách, jejich funkcích ani o možnostech, jak by se mohli jako rodinní příslušníci efektivně zapojit do následné péče. Rodiny často zůstávaly bez jakékoli podpory, přestože čelily značné psychické i praktické zátěži spojené s péčí o pacienta.

Problémem se ukázala být zejména absence informací o dostupných službách a možnostech navázání následné péče. Odborní pracovníci často nepřicházeli s nabídkou pomoci směrem k rodinám a vyčkávání na iniciativu ze strany pečujících vedlo ke ztrátě cenného času, kdy bylo možné efektivněji navázat ambulanci péči či sociální podporu. Nízká míra proaktivity ze strany zdravotnických a sociálních institucí, doprovázená nedostatečnou koordinací mezi těmito složkami, vedla u pečujících osob k pocitům frustrace, zmatku a ztráty důvěry ve funkčnost systému. Situaci dále komplikovala právní omezení, která často neumožňovala poskytnutí služeb nebo informací bez souhlasu pacienta, a to i v případech, kdy bylo zřejmé, že by podpora mohla pomoci nejen pacientovi samotnému, ale celé jeho rodině. Mnozí respondenti tak čelili pocitům

osamocení, přetížení a bezradnosti, neboť péči o pacienta vykonávali bez odborného zázemí a potřebné opory.

Ze zkušeností respondentů vyplývá, že současný systém následné péče ve většině případů nezajišťuje systematickou podporu rodin, které se podílí na péči o osobu s duševním onemocněním. Přestože některé organizace, jako například Fokus, prokazují vstřícnost a odbornou připravenost, jejich možnosti narážejí na omezení plynoucí z nedostatečného informování rodin a závislosti na souhlasu pacienta se zapojením okolí do léčby. Tento stav jasně ukazuje na potřebu systémové změny – konkrétně lepší koordinace mezi zdravotními a sociálními službami, aktivního zapojování rodin do plánování a poskytování péče a jasných informačních toků již v průběhu hospitalizace. Jen za těchto podmínek může být zajištěn hladký přechod z nemocničního do domácího prostředí, posílena důvěra mezi odborníky a rodinami a zároveň snížena rizika relapsů u pacienta i vyhoření pečujících osob.

### 3.3.5 Podpora rodinných příslušníků během a po hospitalizaci pacienta

Podpora rodinných příslušníků během a po hospitalizaci pacienta představuje klíčový prvek v procesu zotavení a návratu do běžného života. Rodina se často ocitá v roli hlavního opěrného bodu pacienta, přičemž sama čelí řadě nejistot, emoční zátěži a praktickým výzvám. Aby mohla tuto roli zvládnout, potřebuje nejen srozumitelné informace, ale i cílenou podporu ze strany zdravotnického systému. Tato kapitola se zaměřuje na to, jak pečující osoby vnímaly dostupnost a kvalitu podpory v různých fázích hospitalizace a po jejím ukončení.

R1

Respondent ve své výpovědi vyjadřuje, že očekával větší informovanost, především v oblasti následné péče, která je klíčová pro úspěšný návrat pacienta do domácího prostředí. Jak uvádí, během hospitalizace byla informovanost pro něj dostatečná, ale jakmile pacient opustil nemocnici, informace o dalším postupu, o domácí péči nebo rehabilitaci byly velmi omezené.

*„V tu chvíli mě chyběla ta informovanost potom, která se týkala té po hospitalizační péče. Jinak bych řekla, že během té hospitalizace nám to stačilo, ale čekala jsem, že vlastně to skončí a něco se dozvíme, a vlastně jsme nevěděli nic.“*

Tento komentář ukazuje na výraznou mezeru v komunikaci a plánování péče. Rodinní příslušníci by měli dostávat informace nejen o zdravotním stavu pacienta, ale i o možnostech následné péče a rehabilitace, které jsou nezbytné pro zajištění hladkého přechodu do domácího prostředí. V tomto případě rodina zůstala neinformována o důležitých krocích po hospitalizaci, což mohlo vést k obtížím při péči o pacienta po jeho návratu domů.

R1

Respondent se vyjádřil, že by ocenil výstupní rozhovor po ukončení léčby, což by bylo pro rodinné příslušníky klíčové k pochopení stavu pacienta a k tomu, jakým způsobem by mohli podpořit jeho zotavení. Takový rozhovor by měl zahrnovat konkrétní doporučení pro další kroky a poskytování jasných informací o následné péči, což by usnadnilo přechod do domácího prostředí a zmírnilo možné problémy spojené s návratem pacienta domů.

*„Mělo by to být po ukončení léčby, nějaký výstupní rozhovor, kde bychom věděli, co máme dělat a co ne...“*

Zvýšená informovanost o možnostech následné péče, rehabilitace a podpoře pro rodinné příslušníky by nejen usnadnila přechod pacienta do domácího prostředí, ale i pomohla rodinám lépe se připravit na to, co je čeká, a co mohou očekávat.

R5

Matka popisuje situaci jako šokující a traumatizující, kdy se dozvěděla o stavu své dcery až po dramatickém incidentu. Celý proces, od příjezdu hasičů až po převoz na ARO, byl vnímán jako chaotický a bez jakékoliv jasné orientace.

*„Já jsem neplakala v šoku přesně... plakala jsem až měsíc, než jsem se probrala z toho, co se vlastně stalo.“*

Tento emocionální šok, který matka prožila, ukazuje na to, jak důležité je mít během kritických okamžiků k dispozici podporu, která rodinným příslušníkům pomůže orientovat se v situaci, poskytne jim jasné informace a nabídne praktickou pomoc. Zdravotníci by v těchto chvílích měli být připraveni nabídnout nejen informace o zdravotním stavu pacienta, ale i o dalším postupu a možnostech podpory.

R5

Matka vyjadřuje silnou touhu, aby v těchto kritických chvílích měla k dispozici nějaký "průvodce" nebo "peer konzultanta", tedy osobu, která by jí v tu chvíli pomohla pochopit, co se děje, a jaké kroky následovat. Tato potřeba odborné a emoční podpory je klíčová. V tomto případě byla matka naprosto ztracena v systému a nevěděla, co má dělat dál. Kdyby byla v té době k dispozici osoba, která by ji provedla celým procesem, a poskytla jasné a srozumitelné informace, mohla by celková situace vypadat jinak.

*„Ocenila bych někoho, kdo mě provedl celým procesem a řekl mi, co bude následovat.“*

Peer konzultanti nebo rodičovské skupiny by mohly fungovat jako záchytný bod pro rodiny, které se ocitají v neznámé a stresující situaci. Tato podpora by mohla výrazně zlepšit přechodné období mezi krizí a stabilizací situace.

Celkově se z tohoto rozhovoru ukazuje, jak nezbytné je, aby zdravotníci, zejména v krizových situacích, poskytovali rodinným příslušníkům dostatek informací o zdravotním stavu pacienta, možnostech dalšího postupu a o podpoře, kterou mohou čerpat. Matka vnímala komunikaci s lékařem jako neosobní a chaotickou, což přispělo k jejímu šoku a pocitu bezmoci. Tento případ ukazuje, že kromě technických a lékařských aspektů péče je zásadní i to, jak je zajištěna komunikace a emoční podpora pro rodinné příslušníky během hospitalizace. Pečující osoby potřebují nejen informace, ale také jasné instrukce a podporu, aby zvládly náročné chvíle spojené s hospitalizací blízké osoby.

R6

Popis problému: Respondentka zmiňuje, že jí chyběla adekvátní edukace o tom, co se děje během hospitalizace jejího syna a co může očekávat po propuštění. Tento nedostatek informací by mohl být problém i pro efektivní plánování následné péče.

*„...chybělo mi to, že teda když kluk tam byl hospitalizován do Jihlavy, vůbec mi nedali jako rodiči vědět.“*

Nedostatečná edukace a podpora pro pečující osoby během hospitalizace, která by jim umožnila lépe porozumět procesům a postupu léčby.

**Tabulka 12: Podpora rodinných příslušníků během a po hospitalizaci**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Nedostatek informací o následné péči	Po ukončení hospitalizace rodinní příslušníci postrádali informace o dalším postupu, možnostech domácí péče a rehabilitaci.	R1	„V tu chvíli mě chyběla ta informovanost potom, která se týkala té po hospitalizační péče...“
Chybějící výstupní rozhovor a doporučení pro domácí péči	Pečující osoby by ocenily strukturovaný rozhovor po ukončení hospitalizace, který by obsahoval jasná doporučení a návod na další péči.	R1	„Mělo by to být po ukončení léčby, nějaký výstupní rozhovor, kde bychom věděli, co máme dělat a co ne...“
Potřeba podpory v krizové situaci	Rodina prochází krizí při náhlé hospitalizaci, a bez podpory zdravotníků se cítí ztracena a přetížená.	R5	„Já jsem neplakala v šoku přesně... plakala jsem až měsíc, než jsem se probírala z toho, co se vlastně stalo.“
Potřeba peer konzultanta nebo průvodce	Rodinní příslušníci by uvítali podporu osoby, která by je provedla procesem hospitalizace a poskytla srozumitelné informace.	R5	„Ocenila bych někoho, kdo mě provedl celým procesem a řekl mi, co bude následovat.“
Nedostatečná edukace během hospitalizace	Chybějící informace o průběhu hospitalizace a očekávaném vývoji mohou ztížit plánování další péče a vést k pocitu nejistoty.	R6	„...chybělo mi to, že teda když kluk tam byl hospitalizován do Jihlavy, vůbec mi nedali jako rodiči vědět.“

Zdroj: vlastní zpracování

Analýza výpovědí respondentů jasně ukazuje, že podpora rodinných příslušníků v průběhu hospitalizace pacienta a zejména po jejím ukončení je v současném systému péče nedostatečná. Rodinní příslušníci často čelí nejen nedostatku informací, ale i absenci praktického a emočního vedení v situacích, které jsou pro ně psychicky náročné a často naprosto nové.

Respondenti se shodují, že během samotné hospitalizace někdy dostali alespoň základní informace o stavu pacienta, nicméně oblast následné péče zůstala zcela mimo komunikační rámec. Například respondent R1 reflektoval, že očekával více informací o tom, co bude následovat po propuštění pacienta – tedy o formách domácí péče, možnostech rehabilitace

nebo případném sledování zdravotního stavu. Absence těchto informací vedla k nejistotě a obavám, zda rodina zvládne o pacienta adekvátně pečovat v domácím prostředí.

Zejména z výpovědi R1 vyplývá silná potřeba výstupního rozhovoru s odborníkem po ukončení hospitalizace. Takové setkání by mohlo poskytnout pečujícím praktické rady, informace o stavu pacienta a doporučení pro další kroky – tedy něco, co v systému dnes zjevně chybí, ale co je z hlediska kvality následné péče klíčové. Tato potřeba je přítomná i u dalších respondentů, kteří by ocenili jasnější komunikaci a průvodce procesem návratu pacienta domů.

Respondentka R5 navíc zdůraznila emoční rozměr krize, kdy se jako rodič ocitla ve velmi traumatizující situaci, aniž by jí byla poskytnuta adekvátní podpora. Její zkušenost ukazuje, že v akutních krizích často chybí systém, který by dokázal nejen informovat, ale i prakticky a lidsky podpořit pečující osoby. Absence orientace v situaci, dezorientace ohledně dalšího postupu a absence jakékoli „záchranné sítě“ přispěla k jejímu dlouhodobému traumatu. Významným návrhem je zde možnost využití peer konzultantů či průvodců systémem péče, kteří by rodinné příslušníky doprovázeli v kritických momentech a poskytli jim jak informace, tak psychologickou oporu.

Z výpovědí respondentek R5 a R6 je také patrné, že rodinní příslušníci často zůstávají zcela mimo proces informování a plánování, přestože jejich role v následné péči je zásadní. Matky nezískaly ani základní informace o tom, kde se jejich děti nacházejí, jaká péče je poskytována a co bude následovat. Tento stav podtrhuje nedostatek edukace rodinných příslušníků o fungování psychiatrického systému, jejich právech, možnostech spolupráce a o tom, co lze očekávat.

Celkově tato kapitola ukazuje, že systém péče je zaměřen především na pacienta samotného, ale často opomíjí potřeby jeho nejbližších, kteří jsou ve skutečnosti klíčovými aktéry v zajištění kontinuity a kvality následné péče. Zajištění podpory rodinným příslušníkům by proto mělo být nedílnou součástí péče – ať už formou výstupních rozhovorů, peer podpory, informačních materiálů nebo aktivního zapojování do procesu plánování péče. Jen tak je možné zmírnit pocity nejistoty, bezmoci a dezorientace, které respondenti opakovaně zmiňovali, a vytvořit prostředí, v němž se bude péče o psychicky nemocné odehrávat v koordinaci a s respektem ke všem zúčastněným stranám.

### 3.3.6 Celkové zhodnocení zdravotnických služeb osobami blízkými

Tato kapitola shrnuje zkušenosti blízkých osob s poskytováním zdravotnické péče během psychiatrické hospitalizace pacientů, jak byly zachyceny ve výpovědích osmi respondentů. Z hodnocení vyplynula čtyři klíčová témata: kvalita komunikace a přístupu k informacím, informovanost o následné péči, zapojení rodiny do léčby a systémové bariéry v poskytování péče. Zkušenosti blízkých se ukazují jako značně diferencované, nicméně opakovaně se objevují prvky neosobního přístupu, nedostatku informací a absence koordinace mezi zdravotníky a rodinou.

Jedním z nejčastěji zmiňovaných nedostatků byla kvalita komunikace mezi zdravotnickým personálem a blízkými osobami pacientů. Respondenti opakovaně upozorňovali na formální či chladný přístup, často bez ochoty sdílet konkrétní informace o stavu pacienta.

R1

*„Sestřičky byly takové divně neosobní, dávaly nám jen obecné informace, které jsme vlastně ani nechtěli.“*

R3

*„Lékař se mnou zpočátku komunikoval normálně, všechno v pohodě. Ale zdravotní stav mi neříkali – všechno sdělovali její mamince.“*

R5

*„Jak to mám asi vědět, že nastavení léků bude trvat tři měsíce? A proč to ten, kdo neřekne?...“*

R8

*„Nevím, jestli se dá mluvit o spolupráci. S naší rodinou nikdo nepracoval. Nikdo nám pořádně nic neřek.“*

Tento typ zkušenosti vedl u respondentů k pocitům vyloučení a frustrace, obzvláště v případech, kdy na ně po propuštění pacienta přecházela reálná péče.

Téměř všichni respondenti popsali, že informace o následné péči po propuštění byly nedostatečné nebo zcela chybějící. Rodiny se musely samy aktivně snažit získat podporu, případně improvizovat.

R1

*„Chtěla jsem vědět více o tom, co máme dělat dál, jak ho podpořit, ale vlastně jsem se nic nedozvěděla, jenom jsme to zjišťovali sami.“*

R3

*„Po propuštění jsme nedostali žádné informace, co máme dělat. Nikdo mi nic nenabídl. Tak jsem volal na sociálku, co mám dělat...“*

R2

*„Žádné konkrétní informace o následné péči se nám nedostávaly.“*

R6

*„Mně by vyhovovalo, kdyby někdo přišel a řekl: pojdte, popovídáme si o tom, co bude následovat... A ne abych si to musela sama shánět.“*

Takové selhání koordinace může negativně ovlivnit jak zotavení pacienta, tak psychický stav pečujících osob.

Ani jeden z respondentů nevedl, že by mu byla nabídnuta možnost podílet se na rozhodování o léčbě nebo být systematicky zapojen do plánování péče.

R1

*„Nikdo nám nenabídl, že bychom se mohli podílet na nějakých rozhodnutích ohledně léčby. To jsme vůbec netušili, že bychom něco takového mohli dělat.“*

R7

*„Ona si to vyřídí, ona sama tam.“*

R8

*„Nevím, co jim tam táta v pomatení mohl říct. Ale nás se určitě nikdo neptal... Nevím, na jakým základě stanovili něco, léky?“*

Rodinní příslušníci tak byli často redukováni na pasivní pozorovatele, přestože následně nesli hlavní tíhu péče.

Někteří respondenti upozornili, že problém není jen v přístupu jednotlivých zdravotníků, ale v celkovém systémovém nastavení péče.

R2

*„Rozhodně jim to nezalívám, ale spíše to vnímám jako systémovou chybu.“*

R2

*„Z mého úhlu pohledu by bylo potřeba, aby bylo více odborníků v rámci psychiatrické podpory, kteří by měli dostatek času a prostoru se těm pacientům věnovat.“*

R3

*„Volal jsem proto na sociálku, co mám dělat. Nakonec si nás pozvali a domluvili jsme se na nějakých stycích u nich doma.“*

R5

*„Musím říct, že se to zlepšilo... peer podpora... sociální pracovnice už trochu pouští rodinu dovnitř...“*

R8

*„Myslím si, že by nás měli víc informovat. Měli si na nás udělat víc času, nebo si tam někoho pro nás vyčlenit...“*

Respondenti také navrhovali konkrétní zlepšení, například větší důraz na edukaci, lepší koordinaci péče či větší otevřenost vůči rodinám.

R5

*„Měly by být semináře, kurzy – co dělat, když začne mlátit hlavou o zed'...“*

**Tabulka 13: Celkové zhodnocení zdravotnických služeb osobami blízkými**

Subkategorie	Popis	Respondenti	Ilustrační citace
Kvalita komunikace a přístup k informacím	Formální, neosobní nebo chladná komunikace bez konkrétních informací.	R1, R3, R5, R8	„Sestřičky byly takové divně neosobní, dávaly nám jen obecné informace...“
Informovanost o následné péči	Rodiny postrádaly informace o tom, jak postupovat po propuštění pacienta.	R1, R2, R3, R6	„Chtěla jsem vědět více o tom, co máme dělat dál...“

Zapojení do rozhodování a péče	Rodiny nebyly systematicky zapojeny do rozhodování ani do plánování péče.	R1, R7, R8	„Nikdo nám nenabídl, že bychom se mohli podílet na rozhodnutích...“
Systémové bariéry v poskytování péče	Nedostatek personálu, časové kapacity, chybějící koordinace mezi službami.	R2, R3, R5, R8	„Rozhodně jim to nezalívám, ale spíše to vnímám jako systémovou chybu.“

Zdroj: vlastní zpracování

Tato zjištění odpovídají poznatkům odborné literatury, podle níž český systém psychiatrické péče trpí fragmentací, nedostatkem mezioborové spolupráce a přetížením pracovníků (Matoušek, 2008; OECD, 2023).

Z výpovědí respondentů jednoznačně vyplývá, že role rodiny v procesu psychiatrické péče je stále podceňována, přestože rodinní příslušníci často zajišťují kontinuální podporu pacientů v domácím prostředí. Zkušenosti blízkých osob poukazují na čtyři zásadní nedostatky – omezenou kvalitu komunikace, absenci informací o následné péči, vyloučení z rozhodování a systémovou nepřipravenost podpořit rodinu jako partnera v léčbě.

Tyto závěry jsou v souladu s odbornou literaturou i doporučeními WHO (2013), OECD (2023) či Ministerstva zdravotnictví ČR (2020), která opakovaně zdůrazňují význam mezioborové spolupráce, edukace rodin a včasného zapojení blízkých osob do péče. Přesto v praxi často chybí strukturované přístupy, které by systematicky umožnily rodinám získat potřebné informace, podporu i prostor k participaci.

Návrhy respondentů směřují k praktickým opatřením, jako je zřízení informačních konzultací pro rodiny, přítomnost kontaktních osob (např. sociálních pracovníků nebo peer konzultantů) nebo dostupnost vzdělávacích programů. Všechny tyto podněty potvrzují potřebu posilovat komunitní a rodinně orientovaný model péče, ve kterém by se blízcí pacientů nestávali pouhými pasivními příjemci rozhodnutí, ale aktivními partnery v procesu léčby i následného zotavení.

### 3.4 Diskuse

Výsledky této diplomové práce ukazují na zásadní nedostatky v oblasti informovanosti rodinných příslušníků během psychiatrické hospitalizace a v období po propuštění pacienta do domácí péče. Ačkoliv někteří respondenti popsali pozitivní zkušenosti s jednotlivými odborníky či zařízeními, celkový obraz svědčí o tom, že komunikace ze strany zdravotnického personálu je nepravidelná, nesystematická a často ponechaná na iniciativě samotných pečujících osob. Tito lidé, kteří často hrají klíčovou roli v zajištění každodenní péče o pacienta, se tak ocitají v nejistotě, bez potřebných informací, podpory a jasného rámce pro spolupráci.

Jedním z klíčových zjištění výzkumu je, že informovanost rodiny byla zajišťována převážně pasivním způsobem – zdravotníci ve většině případů sami nevyhledávali kontakt s rodinnými příslušníky, a informace byly poskytovány především na základě jejich přímých dotazů nebo osobní přítomnosti na oddělení. Takový přístup je v přímém rozporu s principy rodinně orientované péče (family-centered care), která považuje rodinu za nedílnou součást léčebného procesu a podporuje její aktivní zapojení. Jak uvádějí Solomon et al. (2001), rodina by měla být partnerem v péči – nejen příjemcem informací, ale i subjektem, jehož zkušenosti a možnosti jsou součástí rozhodovacího procesu.

Absence systematického přístupu se ukázala zvláště výrazně v oblasti plánování následné péče po propuštění pacienta. Respondenti popisovali, že často neměli žádné nebo pouze velmi omezené informace o tom, jak bude péče pokračovat, na koho se obrátit v případě zhoršení stavu pacienta, nebo jaké sociální a zdravotní služby jsou dostupné. Tento deficit přispíval k pocitu nejistoty a zátěže, a znesnadňoval přechod do domácího prostředí. Přitom právě kontinuita péče a strukturovaná podpora rodiny jsou podle řady studií (např. Eassom et al., 2014; Sin et al., 2017) jedním z klíčových faktorů úspěšného zotavení pacientů s duševním onemocněním.

V několika případech se objevila i pozitivní zkušenost se spoluprací, například možnost účasti na terapeutickém sezení s psychologem, kde byl dán prostor jak pacientovi, tak rodinnému příslušníkovi. Tato zkušenost odpovídá modelům dobré praxe, jak jsou formulovány například v normě ISO 7101:2023, která akcentuje význam podpory rodiny, sdílení informací a zajištění hladkého přechodu mezi jednotlivými úrovněmi péče. Bohužel se však jednalo spíše o výjimky než běžnou praxi.

Dalším závažným zjištěním je, že v některých případech byly informace o pacientovi sdělovány osobám, které nebyly těmi, kdo reálně pečovali o děti či domácnost, zatímco klíčoví pečující zůstali mimo komunikační okruh. Tento přístup svědčí o formálním chápání rodinné role, bez hlubší analýzy reálné situace konkrétní rodiny. V extrémních případech pak docházelo k úplnému vyloučení pečujících z informovanosti s odkazem na ochranu osobních údajů či plnoletost pacienta, a to i tehdy, když pacient nebyl ve stavu umožňujícím samostatné rozhodování. Takový výklad práva, jakkoli formálně správný, selhává v naplňování etického principu podpory a spolupráce s těmi, kdo zajišťují každodenní péči.

Výzkum zároveň ukazuje, že role rodiny není vždy jednoznačně podpůrná. Někteří odborníci oslovení v rámci doplňujících konzultací upozornili na to, že rodinný systém může být zároveň zdrojem opory i napětí, a že v některých případech může docházet k vyhýbání se kontaktu s pacientem z důvodu předchozích traumat, syndromu vyhoření či složité dynamiky vztahu. Tato ambivalence, kterou popisují např. Leavey et al. (2015), bývá často opomíjena v nastavení péče – systém předpokládá, že rodina bude přirozeně ochotná a schopná podporovat pacienta, aniž by se ptal na její skutečné možnosti, motivace a potřeby.

Reflexe vlastního výzkumného postupu ukazuje i určitá metodologická omezení. Kvalitativní design umožnil hlubší porozumění individuálním zkušenostem pečujících osob, avšak vzhledem k menšímu počtu respondentů nelze výsledky zobecňovat na celou populaci. Výběr účastníků byl navíc částečně ovlivněn jejich ochotou sdílet vlastní zkušenosti – je tedy pravděpodobné, že výpovědi pocházejí spíše od těch, kteří zažili výrazné selhání systému nebo naopak měli zájem aktivně se zapojit. Tento výběrový efekt je běžný u kvalitativních studií (Silverman, 2021), nicméně na celkovém obrazu, který ukazuje na absenci systémového rámce pro informování a podporu rodin, to nic nemění.

Závěrem lze konstatovat, že výsledky této práce potvrzují, že informovanost, podpora a zapojení rodiny nejsou v systému psychiatrické péče v ČR běžně a systematicky zajištěny. Přitom právě tyto prvky – jak ukazuje domácí i zahraniční literatura – výrazně ovlivňují průběh zotavení pacienta, snižují riziko relapsu a podporují stabilitu rodinného prostředí. Je proto nezbytné vnímat roli rodiny nikoliv jako doplňkovou, ale jako klíčový prvek komplexní péče, který si zasluhuje větší pozornost, respekt a institucionální podporu.

### 3.5 Návrhy a doporučení pro praxi

Na základě zjištění této práce je zřejmé, že rodinní příslušníci pacientů hospitalizovaných na psychiatrii často čelí nedostatku informací, chybějící koordinaci péče a absenci podpory při přechodu do domácího prostředí. Tato situace má negativní dopad nejen na jejich psychickou pohodu, ale i na efektivitu následné péče o pacienta. Proto je důležité usilovat o systémové zlepšení těchto oblastí. Níže jsou uvedeny konkrétní návrhy pro praxi:

- Zavedení systematické informovanosti a zapojení rodiny do péče

Zdravotničtí pracovníci by měli aktivně zjišťovat, kdo je v rodinném prostředí klíčovou pečující osobou, a navázat s ní spolupráci již během hospitalizace.

V souladu s doporučeními WHO (2013) a ISO 7101 (2023) je vhodné standardizovat informování rodinných příslušníků, pokud to pacient dovolí, např. prostřednictvím pravidelných konzultací, informačních materiálů a společných sezení.

Rodina by měla být považována za plnohodnotného partnera v péči, nikoli jen za pasivního příjemce rozhodnutí.

- Posílení mezioborové spolupráce a propojení zdravotních a sociálních služeb

Výsledky práce ukazují, že účinná podpora rodin vyžaduje koordinaci mezi psychiatrií, sociálními pracovníky, školami a komunitními službami.

Doporučuje se zavedení multidisciplinárních týmů, které by zahrnovaly nejen psychiatra a psychologa, ale také sociálního pracovníka, krizového intervenanta a odborníka na rodinnou terapii (viz modely "community mental health care" v zahraničí – Eassom et al., 2014).

Po propuštění pacienta by měla být rodině nabídnuta kontaktní osoba („case manager“) jako průvodce systémem péče.

- Zajištění přechodu z hospitalizace do komunitní péče

Klíčovým zjištěním je nedostatečná příprava na propuštění pacienta. Proto je vhodné:

- zavést individuální plán propuštění, který bude zahrnovat i potřeby rodiny (tzv. discharge planning),
- informovat blízké o možnostech následné péče (ambulance, krizová centra, peer podpora),
- zajistit návaznost na terénní služby ještě před propuštěním.
- 

- Rozvoj edukace a podpory pro pečující osoby

Rodinní příslušníci by měli mít možnost zapojit se do edukačních a podpůrných programů, které jim pomohou pochopit povahu duševního onemocnění a zvládat zátěž péče (Sin et al., 2017).

Vhodné je rozvíjet skupiny pro rodiny, peer programy nebo rodinné terapie, které zvyšují kompetence, posilují důvěru v systém a zmenšují izolaci.

- Institucionální změny a nastavení standardů kvality péče

Doporučuje se, aby zdravotnická zařízení:

- přijala interní směrnice pro práci s rodinou (např. kdy a jak rodinu kontaktovat, jak dokumentovat souhlas pacienta, jaké informace je možné sdílet),
- pravidelně školila zdravotnický personál v komunikaci s rodinami, včetně zvládnání krizových nebo konfliktních situací,
- monitorovala kvalitu přechodu mezi hospitalizační a následnou péčí prostřednictvím dotazníků spokojenosti a zpětné vazby od rodinných příslušníků.

- Podpora výzkumu a sběru dat o potřebách rodin

Je třeba systematicky zjišťovat zkušenosti rodin a pečujících, protože pouze tak lze upravit péči podle jejich skutečných potřeb.

Doporučuje se podporovat další kvalitativní a kvantitativní výzkumy, které budou sledovat dopady zapojení rodiny na průběh léčby a zotavení pacientů.

Zkušenosti respondentů této práce ukazují, že rodiny často zůstávají na okraji systému, přestože jsou klíčovým článkem v péči o duševně nemocné. Návrhy uvedené výše vycházejí nejen z jejich výpovědí, ale také z mezinárodních doporučení a osvědčených postupů. Je proto žádoucí, aby byla péče orientována nejen na pacienta, ale také na jeho rodinu – v souladu s principy komunitní a person-centrické péče.

## 4 Závěr

Tato diplomová práce měla za cíl poskytnout přehled dostupných forem psychosociálních intervencí zaměřených na podporu rodinných příslušníků a blízkých osob lidí s duševním onemocněním, a zároveň zkoumat faktory, které podporují nebo brání poskytování a využívání těchto služeb. Hlavní výzkumná otázka zněla: "Jaké faktory ovlivňují poskytování a využívání psychosociálních intervencí pro rodinné příslušníky lidí s duševním onemocněním a jaké jsou nejefektivnější formy těchto intervencí?" Tato otázka byla zodpovězena prostřednictvím kvalitativního výzkumu založeného na analýze výpovědí rodinných příslušníků a odborníků, kteří se podíleli na psychosociálních intervencích.

Výsledky výzkumu ukázaly, že klíčovými faktory pro úspěšné poskytování a využívání psychosociálních intervencí jsou především dostupnost služeb, kvalita komunikace mezi odborníky a rodinnými příslušníky, a schopnost rodin zapojit se do procesu péče. Zatímco některé rodiny pozitivně hodnotily intenzivní zapojení do léčby a přítomnost podpory, jiní čelili nedostatku informací a koordinace služeb, což vedlo k pocitu izolace a frustrace. Zjistilo se, že stigma spojené s duševním onemocněním a nedostatečné povědomí o možnostech podpory v komunitních službách představují hlavní překážky pro využívání těchto intervencí. Naopak, v případech, kde bylo možné aktivní zapojení rodinných příslušníků, zaznívaly pozitivní zkušenosti a zlepšení důvěry mezi odborníky, pacienty a rodinami.

Stanovené hypotézy byly částečně potvrzeny. Hypotéza o pozitivním vlivu zapojení rodinných příslušníků do procesu péče byla v souladu s výpověďmi respondentů, kteří uvedli, že aktivní účast rodiny na léčebném procesu podporuje jak zotavení pacienta, tak i lepší porozumění jeho potřebám. Naopak, hypotéza, že nedostatek koordinace mezi službami a chybějící informovanost rodinných příslušníků brání efektivnímu využívání psychosociálních intervencí, byla potvrzena opakovaně v případech, kdy rodiny nedostávaly dostatečné informace o možnostech následné péče.

Tento výzkum přináší důležitý přehled o dostupných formách psychosociálních intervencí, ale především se zaměřuje na identifikaci faktorů, které ovlivňují jejich efektivitu. Hlavním přínosem této práce je detailní analýza zkušeností rodinných příslušníků, kteří jsou často opomíjeni v rámci systému duševní péče, přičemž jejich podpora je klíčová pro úspěšné zotavení pacienta. Autor tak přispívá k lepšímu pochopení významu informovanosti a spolupráce mezi odborníky a rodinami a zároveň poukazuje na potřebu zlepšení koordinace služeb.

Výsledky této práce mohou být prakticky využitelné nejen pro zdravotnické a sociální pracovníky, ale i pro politiky a organizace poskytující podporu osobám s duševním onemocněním. Dosažené výsledky potvrzují, že efektivní psychosociální intervence vyžadují holistický přístup, který zahrnuje jak pacienty, tak jejich rodinné příslušníky. Doporučení pro praxi, jako je zajištění plynulé komunikace, zvýšení informovanosti a vybudování podpůrné infrastruktury pro rodiny, mohou přispět ke zlepšení systému péče a podpoře rodin. Tato práce také vyzdvihuje potřebu většího zaměření na specifické potřeby rodin a odstranění bariér, které brání efektivnímu využívání dostupných služeb.

Vzhledem k rozsahu a povaze této problematiky by bylo užitečné, aby budoucí výzkumy pokračovaly ve zkoumání konkrétních forem psychosociálních intervencí a jejich efektivnosti

v různých kulturních a sociálních kontextech. Další výzkum by mohl také zaměřit na kvalitu spolupráce mezi odborníky z různých oblastí (např. psychiatry, psychology, sociálními pracovníky) a jejich vliv na zajištění kontinuity péče. Významným směrem dalšího bádání by mohlo být i zkoumání vlivu podpory rodin na dlouhodobé výsledky léčby pacientů, konkrétně na snížení rizika relapsů a zlepšení celkové životní spokojenosti pacientů a jejich blízkých.

Výsledky této práce ukazují na nutnost zlepšení psychosociálních intervencí pro rodinné příslušníky lidí s duševním onemocněním. Zlepšení komunikace, zvýšení informovanosti a podpora aktivního zapojení rodin do péče jsou klíčové faktory, které mohou přispět k lepší kvalitě péče o pacienty a zlepšení života jejich rodin. Na základě dosažených výsledků lze doporučit konkrétní kroky pro zlepšení praxe, které by mohly vést k lepší integraci rodin do léčebného procesu a tím k efektivnějšímu zajištění následné péče.

## Seznam použitých zdrojů

1. ALANEN, Yrjö O., 2018. *Schizofrenie z pohledu psychiatra zaměřeného na rodinu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1374-4.
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch: DSM-5*. Přel. Dana Krejčířová et al. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0986-7.
3. ANDERS, S. L., ROBERTS, M. a SMITH, P. *Somatic and psychotherapeutic treatments for affective disorders*. *Journal of Affective Disorders*, 2005, roč. 85, č. 2–3, s. 123–136. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2004.12.030>
4. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Rodinná psychoedukace v léčbě závažných duševních onemocnění*. *Psychiatrie pro praxi*, 2019, roč. 20, č. 3, s. 111–113. Dostupné z PDF ve formátu online
5. BÁRTLOVÁ, S., 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přep. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
6. BÁRTLOVÁ, S. *Postavení laických pečovatелů v péči o seniory a nemocné*. Kontakt. České Budějovice, 2006. roč. 8, č. 2, s. 235–239. ISSN 1212-4117.
7. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přep. vyd. Praha: Grada, 2005. 188 s. ISBN 80-247-1197-4.
8. BAŠTECKÁ, Bohumila, 2013. *Psychosociální krizová spolupráce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-7554-8.
9. Berg-Peer, J. (2019). *Moderování svépomocných skupin: rady, tipy a doporučení* (přeložila Eva ZAJÍČKOVÁ). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
10. Berg-Peer, J. (2019). *Sebeobětování není řešení* (přeložila Eva KOVÁRIKOVÁ). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
11. BOYD, M. A., 2007. *Psychiatric Nursing: Contemporary Practice*. 4. vyd. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-0-7817-7893-1.
12. CARBOCH, R., 2020. *Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu*. *Sociální práce / Sociálna práca*, roč. 20, č. 3, s. 24–41. ISSN 1213-6204.
13. DORNER, Gisela, 1999. *Psychiatrie v denním životě rodiny: praktický poradce pro příbuzné duševně nemocných*. Praha: Portál.
14. DOUBEK, David, 2008. *Psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Praha: Grada.
15. DOUBEK, P. et al., 2008. *Psychóza v životě – život v psychóze*. Maxdorf. 63 s. ISBN 978-80-7345-156-1.
16. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Ondřej PĚČ, 2022. *Hodnocení situace a potřeb lidí se závažným duševním onemocněním*. In: MATOUŠEK, Oldřich et al. *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, s. 121–125. ISBN 978-80-262-1952-1.
17. DUDOVÁ, Monika, 2020. *Formation and work of Mental Health Centers within the reform of psychiatry in the Czech Republic* [online]. [cit. 2023-11-13]. Dostupné z: <https://www.omicsonline.org/openaccess/formation-and-work-of-mental-health-centers-within-the-reform-psychiatry-in-the-czech-republic.pdf>

18. DÖRR, Margret. *Soziale Arbeit in der Psychiatrie*. 2., unveränderte Auflage. München – Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2011. ISBN 978-3-497-02224-3
19. DÖRNER, Klaus, 1999. *Osvobozující rozhovor: psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada.
20. FOITOVÁ, Zuzana – LORENC, Jan. *Možnosti krizové intervence pro lidi s psychózou. Psychiatrie pro praxi*, 2009, č. 1–2. nudz.cz+8pvsp.s.cz+8psychiatriepropraxi.cz+8
21. FORMÁNEK, T., WINKLER, P. a ŽÁKOVÁ, L., 2020. *Evaluaace efektu vzdělávání rodinných příslušníků a zapojení peer pečovatelů do služeb: Souhrnná zpráva z evaluace* [online]. Národní ústav duševního zdraví [cit. 2021-11-10]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/centrum/projekty/aktualniprojekty/podpora-neformalnich-pecovatelu-dusevne-nemocnych/>
22. FRIČOVÁ, S., 2010. *Význam a možnosti využití edukace v psychiatrickém ošetrovatelství*. Sestra. Praha, roč. 20, č. 3, s. 34–36. ISSN 1210-0404.
23. GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k zvládnání narušené identity*. Praha: SLON, 2003. ISBN 80-86429-12-5.  
(Pozn.: Originál: Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.)
24. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2004. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-772-8.
25. HUBÍKOVÁ, O., 2018. *Možnosti a podmínky uplatňování case managementu v sociální práci na obecních úřadech zaměřené na klienty v životních situacích dlouhodobé péče* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt\\_VUPSV-S2-5\\_Hlavni\\_vystup.pdf](https://www.mpsv.cz/documents/20142/756919/Projekt_VUPSV-S2-5_Hlavni_vystup.pdf)
26. HOUŠKOVÁ, Barbora. *Dialogický přístup – otevřený dialog*. 2017. Dostupné z: <https://www.terapie.cz/clanky/dialogicky-pristup-otevreny-dialog/>
27. HÖSCHL, Cyril, Jiří LIBIGER a kol., 2004. *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
28. CHODURA, Vladimír. *Komunikace a duševní poruchy*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2000. 53 s.
29. JAROLÍMEK, M., 2021. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. Praha: Vyšehrad.
30. JAROŠOVÁ, Darja. *Základy ošetrovatelství: studijní opora*. Ostrava: Ostravská univerzita v Opavě, 2012. 200 s. ISBN 978-80-7464-207-4
31. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
32. KALINA, Kamil, 2001. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál.
33. KELNAROVÁ. *Komunikace v ošetrovatelství*. Plzeň: Maurea, 2009. ISBN 978-80-902876-4-8
34. KLEVETOVÁ, Hana a Iva DLABALOVÁ, 2008. *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2633-7.
35. KOTRUSOVÁ, Miriam, 2020. *Neformální péče v Česku: Proč se bez ní neobejdeme a kdo za ni zaplatí? Forum sociální politiky*, roč. 14, č. 4, s. 2–6. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. ISSN 1802-5854.
36. KREBS, Vojtěch, 2015. *Sociologie: stručný úvod*. 6. vyd. Praha: ASPI. ISBN 978-80-247-5300-5.

37. KRISTOVÁ, Jarmila. *Komunikácia v ošetrovatel'stve*. Martin: Osveta, 2004. ISBN 80-8063-160-3.
38. KRUPCHANKA, D. et al., 2018. Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine*, 212, s. 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.015>
39. LUCKSTED, Alicia – MEDOFF, Deborah R. – BURLAND, Joyce – STEWART, Bette – FANG, Li J. – BROWN, Clayton H. – JONES, Aaron – LEHMAN, Anthony F. – DIXON, Lisa B. *Sustained outcomes of a peer-taught family education program on mental illness*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2013, roč. 127, č. 4, s. 279–286. DOI 10.1111/j.1600-0447.2012.01901.x
40. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
41. MALÁ, K., NAVRÁTILOVÁ, H. *Edukace při onemocnění psychózou*. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: 2006, roč. 7, č. 3, s. 137–139. ISSN 1213-0508.
42. MARKOVÁ, Hana, 2006. *Psychiatrické ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1350-0.
43. MASOPUST, J. a V. PIDRMAN, 2002. *Psychoedukační program Prelapse*. *Psychiatrie pro praxi*, 2002(4), s. 161–167.
44. MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ, 2014. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0697-2.
45. MATOUŠEK, Oldřich et al., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.
46. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. roz. a prep. vyd. Praha: SLON. ISBN 80-86429-19-9.
47. MATOUŠEK, Oldřich, 2008. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-384-1.
48. MATUŠKA, F., 2000. *Práce s rodinou a spolupráce s rodinnými příslušníky jako součást komplexní terapie dlouhodobě duševně nemocných*. In: *Komunitní péče o duševně nemocné*. Fokus Praha.
49. MLÝNKOVÁ, Alena, 2010. *Ošetrovatelská péče o nemocné v psychiatrii*. Ostrava: Ostravská univerzita.
50. MZČR 2020 *Standardy psychosociální krizové pomoci a spolupráce složek integrovaného záchranného systému při hromadném postižení zdraví a mimořádných událostech*. Praha: MZČR, 2020. ISBN 978-80-7627-181-4. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/07/Standardy-psychosocialni-krizove-pomoci.pdf>
51. MZČR 2021. *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI)*. In: *Věstník Ministerstva zdravotnictví*, částka 8, 30. června 2021, s. 2–15. Praha: MZČR, 2021. ISSN 1211-6438.
52. MZČR, 2019. *Základní principy péče poskytované v Centrech duševního zdraví* [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR [cit. 2023-12-09]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%5%99%C3%ADloha\\_%C4%8D.\\_6\\_Metodiky\\_-\\_Z%C3%A1kladn%C3%AD\\_principy\\_p%C3%A9%C4%8De\\_poskytovan%C3%A9\\_v\\_CDZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf)

53. MZČR, 2018. *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Praha: MZ ČR, 2018. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/Příloha\\_č.\\_6\\_Metodiky\\_-\\_Základní\\_principy\\_péče\\_poskytované\\_v\\_CDZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/Příloha_č._6_Metodiky_-_Základní_principy_péče_poskytované_v_CDZ.pdf) Nevypust' duši+14Ministerstvo zdravotnictví+14CMHCD+14
54. MZČR, 2022a. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro děti a adolescenty (CDZ-D) [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Vestnik-MZ\\_15-2022.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/12/Vestnik-MZ_15-2022.pdf)
55. MZČR, 2022b. Závěrečná evaluační zpráva projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví III [online]. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Final\\_Zaverecna-zprava.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Final_Zaverecna-zprava.pdf)
56. NZIP, 2023. Duševní onemocnění v Česku [online]. Národní zdravotnický informační portál [cit. 2023-10-29]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>
57. OCISKOVÁ, M. a J. PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
58. OECD (2023), *OECD Economic Outlook, Volume 2023 Issue 2*, OECD Publishing, Paris, which discusses how global GDP growth for 2023 has been stronger than expected but is now moderating due to tighter financial conditions OECD+5OECD+5OECD+5.
59. PARKER, Richard. *Stigma, prejudice and discrimination in global public health*. In: PARKER, Richard a AGGLETON, Peter, eds. *Culture, Society and Sexuality: A Reader*. 2. vyd. London: Routledge, 2009, s. 167–177. ISBN 978-0-415-44030-8.
60. Pěč, O., Probstová, V. (2009). *Psychózy-psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
61. PAYNE, Malcolm, 2006. *What is professional social work?* Bristol: BASW.
62. PAYNE, Malcolm, 2014. *Modern social work theory*. Chicago, IL: Lyceum Book.
63. PETRUSEK, Miloslav, Pavel MAREŠ a Alena VODÁKOVÁ, 1996. Velký sociologický slovník. Sv. 1. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-189-5.
64. PIDRMAN, Václav – MASO PUST, Jiří. *Psychoedukační program Prelapse pro pacienty se schizofrenií a jejich rodinné příslušníky*. In: *Sociální práce s rodinou lidí s duševním onemocněním pohledem...* [magisterská diplomová práce]. Praha, Univerzita Karlova, 2002, s. 160–165.
65. PRAŠKO, J. et al., 2001. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Pfizer, 90 s. ISBN 80-85912-65-1.
66. PRAŠKO, J. et al., 2005. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. Praha: Medical Tribune, 96 s. ISBN 80-239-5482-2.
67. PRAŠKO, Ján, 2001. *Úzkostné poruchy*. Praha: Portál.
68. PRAŠKO, Ján, 2005. *Jak žít s duševně nemocným člověkem: průvodce pro rodinné příslušníky a blízké osoby*. Praha: Grada.
69. PRAŠKO, Jiří – HÖSCHL, Cyril et al. (samotní autoři – Praško a Höschl). „Klinický obraz a diagnostická kritéria depresivní poruchy“. In: *Faktory ovlivňující kvalitu života depresivních pacientů v období*
70. RABOCH, Jiří – WENIGOVÁ, Barbora (eds.). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9

71. REAGILA CARIPRAZINE, 2022. *Schizofrenie – rychlý přehled* [online]. Schizofrenie.cz [cit. 2023-09-25]. Dostupné z: <https://schizofrenie.cz/co-je-schizofrenie-rychly-prehled/>
72. Raboch, J., Wenigerová, B.(eds.) *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. (2012). Praha: Česká psychiatrická společnost.
73. REAGILA Cariprazine. *Reagila – příbalová informace pro pacienta*. Praha: Gedeon Richter Plc., 2022. Dostupné z: <https://www.reagila.cz>
74. RILSA, 2022, KOTRUSOVÁ, Miriam – DOBIÁŠOVÁ, Karolína – HOŠTÁLKOVÁ, Jitka. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR. Fórum sociální politiky*, Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, roč. 7, č. 6 (2013), s. 10–20. ISSN 1802-5854
75. SEDLÁROVÁ, K., 2023. *Koordinovaná podpora – case management na obcích a její význam. Sociální novinky, 15. listopadu*. <https://socialninovinky.cz>
76. SHARMA, M., SRIVASTAVA, S. a PATHAK, A., 2021. Family Psychoeducation as an Intervention Tool in the Management of Schizophrenia and the Psychological Wellbeing of Caregivers. *Indian Journal of Community Medicine*, 46(2), s. 304–308. [https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM\\_683\\_20](https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_683_20)
77. SCHIFFMAN, Jason – REEVES, Gloria M. – KLINE, Emily – MEDOFF, Deborah R. – LUCKSTED, Alicia – HOAGWOOD, Kimberly – FANG, Li J. – DIXON, Lisa B. *Outcomes of a Family Peer Education Program for Families of Youth and Adults with Mental Illness. International Journal of Mental Health*, 2015, roč. 44, č. 4, s. 303–315. DOI: 10.1080/00207411.2015.1076293
78. STEPHENS, J. R. et al., 2011. An evaluation of Well Ways, a family education programme for carers of people with a mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(1), s. 45–53.
79. STROSSOVÁ, Ivana a Radka KURTINOVÁ, 2015. *Metodika multidisciplinární spolupráce* [online]. Fokus Opava [cit. 2023-12-09]. Dostupné z: [http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus\\_Metodika-MT.pdf](http://www.fokusopava.cz/dokumenty/Fokus_Metodika-MT.pdf)
80. THORNICROFT, G., c2011. *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.
81. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
82. VÁGNEROVÁ, M., 2008. *Vývojová psychologie II: Dospělost a stáří*. Praha: Karolinum.
83. VENGLÁŘOVÁ, Martina – MAHROVÁ, Gabriela. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada, 2006. 144 s. ISBN 80-247-1262-8
84. VITALIANO, Peter P. et al., 2003. *Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. Psychological Bulletin*, 129(6), s. 946–972. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.6.946>
85. VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada – Psyché, 2004. ISBN 978-80-247-0723-5
86. WHO. *Mental Health Action Plan 2013–2020*. Geneva: World Health Organization, 2013. ISBN 978-92-4-150602-1. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

87. Wenigová, B. (2017). *Práce s rodinami osob s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Zich, F. (2004). *Úvod do sociologického výzkumu*. Eupress
88. ŠPIRUDOVÁ, L., 2006. *Multikulturní ošetrovatelství II*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-1213-X.
89. ZACHAROVÁ, Eva – HERMANOVÁ, Marie – ŠRÁMKOVÁ, Jana. *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada, 2007. 224 s. ISBN 978-80-247-1782-6
90. ZÁVODNÁ, V., 2005. *Pedagogika v ošetrovatelstve*. 2. prep. a dop. vyd. Martin: Osveta. ISBN 80-8063-193-X.

## Přílohy

### *Přílohy A* Scénář polostrukturovaného rozhovoru

Dovolte mi, abych se představila. Jmenuji se Lucie Nováková a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Sociální práce v péči o duševní zdraví.

Ráda bych Vám položila několik otázek týkajících se Vaší spokojenosti s informacemi, které Vám poskytl zdravotnický personál během hospitalizace Vašeho blízkého, a také ohledně péče a informací, které jste obdrželi po jeho propuštění do domácí péče.

Rozhovor je plně anonymní a získané informace budou použity výhradně pro zpracování mé diplomové práce na téma Psychosociální podpora rodin osob s duševním onemocněním.

Vaše zkušenosti a názory jsou pro mě velmi cenné, a proto Vám děkuji za Váš čas a ochotu podělit se o ně.

#### 1. Úvodní část

1. Můžete mi říct, s jakými zdravotními obtížemi byl váš blízký hospitalizován?
2. Jak dlouho jeho hospitalizace trvala?

#### 2. Informovanost během hospitalizace

3. Jak často jste byli informován/a o jeho zdravotním stavu a dalším průběhu léčby?
4. Kdo vám tyto informace poskytoval a jakým způsobem (např. osobně, telefonicky, písemně)?
5. Byly pro vás poskytnuté informace srozumitelné a užitečné?
6. Pokud vám něco chybělo, co konkrétně byste v oblasti informovanosti ocenili?

#### 3. Spolupráce s odborníky

7. Měli jste možnost se aktivně zapojit do procesu léčby vašeho blízkého?
8. Jak tato spolupráce probíhala? Byli jste například přizváni k rozhodování o léčbě či rehabilitaci?
9. Pokud ne, snažili jste se sami aktivně zapojit do péče? Jak na to reagoval zdravotnický personál?
10. Měli jste pocit, že zdravotnický personál měl dostatek času na vaše otázky a obavy?

#### 4. Informovanost a podpora při propuštění

11. Jakým způsobem jste se dozvěděli o plánovaném propuštění pacienta?
12. Dostali jste jasné pokyny ohledně následné péče? Kdo vám je poskytl?
13. Jak jste se dozvěděli o dostupné následné péči, například o možnostech domácí péče nebo rehabilitace?
14. Považovali jste tyto informace za užitečné? Pokud ne, co vám chybělo?

5. Následná péče a institucionální podpora

15. Jak probíhala péče o vašeho blízkého po jeho návratu domů? Nastaly po návratu vašeho blízkého domů situace, se kterými jste si nevěděl/a rady? Jak jste je řešil/a?
16. Využil/a jste nějakou možnost nějaké podpůrné služby, jako například domácí péči, sociální poradenství nebo jinou odbornou pomoc? Pokud ano, jak je hodnotíte?
17. Pokud ne, tak z jakého důvodu?

6. Celkové hodnocení zdravotnických služeb

18. Jak byste zhodnotili spolupráci zdravotnických pracovníků s rodinami pacientů? Jaké byly vaše zkušenosti s jejich přístupem a komunikací?
19. Co by se podle vás mělo zlepšit v oblasti informovanosti a spolupráce mezi zdravotnickými pracovníky a rodinnými příslušníky?
20. Chtěli byste na závěr něco dodat, co považujete za důležité?

Tento rozhovor umožní rodinným příslušníkům vyjádřit své zkušenosti a názory na průběh hospitalizace, informovanost a podporu, kterou obdrželi, a pomůže identifikovat oblasti, které by mohly být v systému zdravotní péče zlepšeny.