

***Kritický komentář k návrhu výzkumu***

Martin Novák

28. 2. 2017

Zvolil jsem ke komentování návrh výzkumu z oblasti, kterou se sám z jiné perspektivy zabývám. S autorkou textu osobně znám a domluvili jsme se, že ke splnění úkolu použiji její text s tím, že jí můj komentář třeba bude k něčemu užitečný. Proto jsem se rozhodl zpracovat komentář formou přímých komentářů k jednotlivým úsekům textu.

Masarykova univerzita  
Filozofická fakulta  
Psychologický ústav

Sledování efektu terénní komunitní péče o duševně nemocné  
**Projekt doktorské dizertační práce**

Autorka: ---

Brno 2016

## Úvod

V současné době v naší zemi převládá tradiční model péče o psychiatrické pacienty, založený především na lůžkové péči v psychiatrických nemocnicích a případně následné ambulantní péči. V porovnání s vyspělými státy Evropy a Severní Ameriky je u nás péče o osoby s duševními poruchami méně rozvinuta ve smyslu nabízených variant péče o klienta. Dle Winklera (2013) má dlouhodobě chystaná reforma psychiatrické péče postupně přinést změny v poskytování služeb, především ve smyslu procesu deinstitucionalizace.

Pracovní skupina ministerstva zdravotnictví vypracovává plány reformy, ve kterých figuruje především nutnost omezit stigmatizaci duševně nemocných, zvýšit úspěšnost plnohodnotného začlenění těchto osob do společnosti, zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb a celkově humanizovat psychiatrickou péči.

Na tyto cíle pak konkrétně nasedají strategické plány pomoci, která se soustřeďuje především na terénní programy, komunitní centra, centra duševního zdraví, denní sanatoria, chráněné bydlení, dílny apod. (Raboch, 2012).

Na kvalitě a rychlosti celého procesu reformy se pak podílí mnoho faktorů. V řadách široké i odborné veřejnosti stále převládá myšlenkové paradigma založené na segregaci duševně nemocných osob a pouze odstranění či potlačení projevů nemoci nejčastěji pak s použitím psychofarmak. Často tedy neprobíhá léčba zaměřená na příčiny onemocnění, jež jsou navíc mezi odborníky na duševní zdraví z velké části neznámé (Distler, 2012; Hall, 2012). V naší kultuře chybí holistický pohled na člověka jako na bytost bio-psycho-sociálně-spirituální. Hranice mezi normalitou a patologií jsou mezi odborníky často velmi nejasné (Muroňová, 2015), a neobvyklé stavy vědomí, pro které v naší kultuře neexistuje racionální rámec, jsou vnímány jako projev duševní nemoci (Vančura, 2002). Objevují se však přístupy, zejména humanistický a transpersonální, který vnímají psychotické projevy, duševní nemoci a krize, jako potenciální zdroj seberozvoje a osobnostního růstu, není proto žádoucí tyto stavy pouze potlačovat (Phillips, 2009; Grof, 1999). Mosher, zakladatel konceptu komunitních léčebných zařízení Soterie, vnímal psychózy jako copingové mechanismy a odpovědi na mnohaleté události subjektivně prožívané jako traumata, které poskytují člověku vzdálit se z ohrožující reality (Mosher in Courtenay, 2009).

Předešlý výčet skutečností pak nepřispívá k podpoře jiného než konvenčního způsobu léčby, který však může mít mnoho negativních dopadů nejen na jednotlivce, ale také celou společnost. Dlouhodobá hospitalizace nepodporuje fungování člověka v jeho přirozeném komunitním prostředí, a proto návrat do společnosti pro tyto lidi bývá velmi obtížný, navíc je

tento způsob péče nesmírně nákladný. Často kvůli nevhodně vedenému průběhu léčby a z nedostatku následné péče se proces inkluze těchto osob nedaří a to se podílí na růstu mnoha sociálně nežádoucích jevů, jako je bezdomovectví a nezaměstnanost – tedy dalšího zatížení nejen státního rozpočtu ale i fungování celé společnosti. Neméně důležitým faktorem, který brzdí změny v systému péče je také dlouhodobé podfinancování oblasti psychiatrie v ČR.

V zahraničí funguje nespočet zařízení a léčebně – terapeutických programů doplňující převážně tradiční způsoby léčby. Mezi nejúspěšnější přístupy patří finský model Jaakka Seikkuly tzv. „Open dialogue“ založený na principech dialogismu a toleranci k nejistému, poskytovaný především v rámci krizové terénní intervence (Arnkil a Seikkula, 2013). Studie prověřující účinnost tohoto přístupu uvádí, že v léčbě první epizody akutní psychózy u mladých lidí je z hlediska úspěchu léčby (doba hospitalizace, množství užívání psychofarmak, začlenění do společnosti) vhodnější, než tradiční možnosti léčby (Seikkula, 2003), a že 80% respondentů s akutní psychózou došlo k plnému zotavení bez jakýchkoli užívání psychofarmak (Seikkula et al. 2006). Dalším alternativním přístupem je řetězec komunitních léčeben Soteria založený psychiatrem Lorenem Mosherem fungující již od r. 1971. Soteria a jim podobná komunitní zařízení, která vznikla napříč celým světem, se zaměřují na léčbu pacientů v akutní psychóze. Tento přístup deklaruje možnost léčit pacienty bez omezujících prostředků s absencí či pouze s minimálními dávkami psychofarmak. V uplynulých 25 letech kdy projekt pokračuje, bylo realizováno mnoho studií posuzující úspěšnost tohoto přístupu. Z výsledků výzkumů vyplývá, že klienti Soteria po dvou letech od doby léčby užívají méně psychofarmak, potřebují méně následné péče, byli častěji zaměstnáni a samostatně bydleli v porovnání s kontrolní skupinou, kterou tvořil vzorek klientů hospitalizovaných na psychiatrické klinice. (Calton, 2008), a (Mosher and Menn, 1978; Matthews, et al 1979; and Mosher, et al 1995)

V České republice stále chybí alternativní možnosti léčby ve smyslu k převládajícímu modelu hospitalizace a ambulantní péče. Jediná terapeutická komunita pro osoby s onemocněním schizofrenního okruhu v Mýtě byla k roku 2015 uzavřena. Nejruznější občanské sdružení (Práh, Fokus, Baobab apod.) poskytují terénní krizovou intervenci po vzoru finského modelu. Tato služba je však v mnoha regionech dočasná a limitovaná dotacemi z Norských, či jiných grantů.

Navrhovaná studie obsahuje pilotní část – kvalitativní studii, která se mapuje konstrukci významu terénní komunitní služby tak, jak ji vnímají její příjemci – klienti s duševním onemocněním. Další částí výzkumu je kvantitativní studie mapující efektivitu terénní komunitní péče v porovnání s běžnou hospitalizací v PN Bohunice. Výsledky našeho

výzkumu mohou sloužit jako další podklady pro chystanou reformu psychiatrické péče v České republice.

### **Terénní komunitní péče**

Clem komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním, a tedy i celé komunitní psychiatrie, je poskytování komplexní zdravotně – sociální péče především v přirozeném prostředí klienta, tedy nikoli jen péče zaměřené na redukci symptomů (Probstová, 2011). Komunitní péče o duševně nemocné je především založena na kolaborativním způsobu práce multidisciplinárního týmu (psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra, sociální pracovník, případně další). Tento způsob péče, pomáhá vážně duševně nemocným lidem, aby dokázali fungovat v běžném životě. Vychází z potřeb komunity a její různé složky musí spolupracovat, navazovat a být pro nemocného dobře dostupné. Hlavním cílem těchto rehabilitačních intervencí je dosáhnout zotavení duševně nemocného, aby mohl žít relativně spokojený a naplněný život v prostředí podle své volby (Hejzlar, 2010).

### **Cíle Výzkumu**

Konstrukce významu zkušenosti s terénní komunitní péčí u klientů s duševním onemocněním.

Mapování efektivity terénní komunitní péče v porovnání s běžnou hospitalizací u klientů s duševním onemocněním.

### **Hypotézy:**

Konstrukce hypotéz proběhne na základě pilotního zjištění významů terénní komunitní péče.

### **Výzkumný soubor**

Výběr respondentů do obou skupin proběhne metodou vyrovnáváním.

#### **1. Část – kvalitativní studie – zakotvená teorie.**

Konstrukce významu zkušenosti s terénní komunitní péčí u osob s duševním onemocněním. 10 participantů, uživatelů terénní komunitní péče, kteří užívají tento typ služby nejméně 3 měsíce 1x týdně. 10 participantů nepřijímající terénní komunitní péči. Tento výzkumný vzorek obsahuje muže, ženy, klienty užívající či neužívající psychofarmaka. Všichni participanté byli v minulosti alespoň 1x hospitalizováni pro onemocnění z okruhu F 2 MKN10.

#### **2. Část – korelační studie**

Výzkumný soubor bude rozdělen na dvě skupiny:

Výzkumnou skupinu respondentů budou tvořit klienti s onemocněním okruhu F2 MKN10, kteří byli hospitalizováni v PK Bohunice, kteří byli hospitalizováni v PK Bohunice a stali se uživateli terénní komunitní péče.

Kontrolní skupinu respondentů budou tvořit klienti s onemocněním F2 MKN10, kteří byli hospitalizováni v PK Bohunice a nestali se uživateli terénní komunitní péče.

## **Metody**

**Část:** Vedení polo-strukturovaného rozhovoru viz příloha č. 1. s uživateli/neuživateli terénní komunitní péče. Otázky do interview byly koncipovány na základě přehledu literatury a pilotních interview. Jejich obsah a složení otázek se může po 1 - 2 provedených interview změnit. Vyhodnocení výsledků rozhovorů proběhne pomocí metody zakotvené teorie.

Metoda zakotvené teorie je používána výzkumníky v mnoha variantách. Existují nejméně tři verze tohoto přístupu reprezentované zakladateli Glazerem (1992), Straussem (Strauss, Corbin, 1999). Tato metoda má tři fáze: 1. tvorba konceptů, 2. hledání teoretických vztahů mezi koncepty, 3. volba ústředního konceptu.

V této části výzkumu získáme ústřední koncept významu poskytované terapie tak, jak ji vnímají její příjemci. Dále nám tato část studie poslouží k nástinu toho, jak mohou službu terénní komunitní péče potenciálně vnímat klienti, kteří tím nejsou její uživatelé. Tato zjištění nám pomůžou lépe aplikovat výzkumné metody v druhé části našeho výzkumu follow up – korelační studii.

**Část:** Protože cílem komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním je poskytování komplexní zdravotně – sociální péče, efektivitu tohoto snažení je tedy nutno hodnotit na základě komplexnějších hodnotících kritérií, než jen popis zdravotního stavu. Zajímá nás tedy především efektivita intervencí v rámci služeb komunitní péče, která se odráží v tom, nakolik je služba schopna pozitivně ovlivnit následující ukazatele:

- Životní spokojenost
- Kognitivní funkce, emoce
- Chování
- Zdraví (symptomatika)
- Spokojenost se službami
- Interpersonální fungování (sociální fungování a role – sociální integrace, fungování obecně – např. pracovní integrace)
- Společenské ukazatele (např. ekonomické ukazatele)
- Zatížení rodiny (pečovatelů)

Výše uvedené ukazatele jsou nejčastěji měřenými proměnnými v šetření efektivity komunitních služeb, jedná se však o sledování *nepřímých* ukazatelů efektivity péče.

Obě skupiny respondentů budou v průběhu 1 roku 2x testovány (vždy po 6 měsících) následujícími testovými nástroji, reflektující výše uvedené ukazatele efektivity komunitních služeb, které mohou být změněny či případně doplněny po pilotní části kvalitativní studie.:

**Global Scale of Adaptive Functioning (GAF)**, škála pro celkové hodnocení fungování. Používá se v psychiatrii k hodnocení psychických, sociálních a pracovních funkcí. **Social Performance Schedule (SPS)**, škála osobní a sociální výkonnosti, **The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)** Jedna z nejstarších široce používaných škál k měření psychotických symptomů, byla poprvé publikována v roce 1962. Používá se k měření psychiatrických symptomů, jako je deprese, úzkost, halucinace a neobvyklé chování. Každý ze symptomů je posuzován na stupnici 1-7. (Overall, 1962). **CAN (Camberwell Assessment of Need)** mapující zdravotně – sociální potřeby duševně nemocných. **NEO FFI (Five factor inventory)** osobnostní dotazník.

### **Analýza a zpracování dat**

**Část – kvalitativní studie** – zakotvená teorie- konstrukce významu zkušenosti s terénní komunitní péčí u osob s duševním onemocněním. Nejprve budou realizovány polo strukturované rozhovory s klienty terénní komunitní péče. Tyto rozhovory následně přepíšeme do textového editoru. Zpracování dat proběhne v rámci třístupňového procesu kódování a neustálého srovnávání (Řiháček a Hytych, 2013). V rámci první fáze – tvorby konceptů budeme identifikovat základní úseky textu vztahující se k výzkumné otázce, takzvané významové jednotky, jimž byl přiřazen vlastní kód. Tyto kódy následně budou spojovány do obecnějších konceptů a popisovány s pomocí klíčových vlastností. Toto provedeme pomocí funkce „vložit komentář“.

Během druhé fáze – hledání teoretických vztahů mezi koncepty bude vznikat vymezení vztahů mezi již rozvinutými koncepty, jež vytvoří základ budoucího teoretického modelu zakotvené teorie. Vztahy mezi koncepty mohou nabírat různých podob, např.: příčina/následek, prostředek/cíl.

V třetí fázi – proběhne volba ústředního konceptu, jež bude hlavním tématem analýzy, je tedy v datech bohatě zastoupen a zakotven.

**Část – follow up kolerační studie.** Spolupráce probíhá s psychiatrickou nemocnicí Bohunice, s oddělením 23 – uzavřené oddělení pro psychotické pacienty. Vzorek č. 1 budou tvořit respondenti s onemocněním schizofrenního okruhu, kteří byli hospitalizováni na

oddělení PK Bohunice a nebyli pak uživateli terénní komunitní péče. Vzorek č. 2 budou tvořit respondenti s onemocněním schizofrenního okruhu, kteří se pak stali uživateli terénní komunitní péče.

Testy a dotazníky budou vyhodnocené v programu IBM SPSS Statistics 22. Na ověření reliability bude použita hodnota Cronbach alpha. Na základě této hodnoty rozhodneme, zda získané data můžeme interpretovat. Po zjištění rozložení vzorku se rozhodneme, zda použijeme parametrické či neparametrické metody. V případě malé velikosti vzorku při analýze výsledků jednotlivých testů budeme používat neparametrické metody. Pro porovnání dosažených výsledků v jednotlivých proměnných mezi skupinou klientů užívající terénní komunitní péči a klientů neužívající terénní komunitní péči použijeme Mann – Whitney test z něho získanou hodnotu “U“. Pro porovnání dosažených hodnot mezi více, než dvěmi skupinami, např. při rozdělení na základě vzdělání budeme využívat neparametrický ekvivalent testu ANOVA a to Kruskal – Wallis test. Do jaké míry vysvětluje variabilitu výsledků např. osobnostní rysy zjistíme regresní analýzou.

### **Aplikovaný výstup práce**

V rámci přípravy výzkumu jsme kontaktovali občanské sdružení Práh – největšího poskytovatele sociálně – psychologických služeb v Jihomoravském kraji a taktéž poskytovatele výše zmiňované terénní komunitní služby. Byla domluvena spolupráce mezi výzkumným týmem a občanským sdružením Práh – ve smyslu realizace dlouhodobé stáže přímo v terénním týmu a především poskytnutí kontaktů na klienty, tvořící výzkumný vzorek. Spolupráce byla také navázaná s Psychiatrickou klinikou Bohunice, s lůžkovou částí č. 23 a také s ambulantním psychologem Mgr. Barborou Válkovou. Zástupci občanského sdružení Práh tvoří část pracovní skupiny ministerstva zdravotnictví týkající se reformy psychiatrické péče v České republice. Ve spolupráci s Prahem a především pak s dr. Jiřím Šupou, bude náš navrhovaný výzkum sloužit jako podklad pro chystané změny v reformě psychiatrické péče.

Výsledky našeho výzkumu pak mohou sloužit jako argument v diskusi s ostatními odborníky.

Další výzkumy v oblasti poskytování alternativní péček té stávající jsou nutné. Výzkumný tým má také možnost účastnit se stáže v komunitním léčebném zařízení Soteria Vermont, což může sloužit jako inspirace a vhodné doplnění ke službám, které na našem území doposud chybí.



## **Omezení výzkumu**

Časová a finanční náročnost, rozhovory, individuální administrace testových dotazníkových metod.

Efekt tazatele, vliv osobnosti a zkušenosti výzkumníka na odpovědi respondentů, nedostatečná výzkumnická zkušenost pro fenomenologické kvalitativní interview (zakotvená teorie) a analýzu.

„Sampling bias – inklusive bias“ – výběr respondentů, kteří patří do úzké skupiny respondentů – příjemců terénní péče.

Etika výzkumu, znovu kontaktování pacientů PK Bohunice.

Omezenost vzorku, malý výzkumný vzorek, vysoká „odúmrť“

Neznalost testových metod, mnoho intervenujících proměnných

## **Závěr**

Péče o duševně nemocné vyžaduje mezioborovou spolupráci a zapojení přirozených možností pomoci v jejich přirozeném sociálním prostředí. Tyto aspekty obsahují zahraniční modely komunitní psychiatrie. V České republice systémové změny stále čekají na uskutečnění. Porovnávání efektu komunitních služeb a klasického systému péče o duševní zdraví může poskytnout velmi výrazné argumenty pro tyto změny, především pro financování komunitních služeb z prostředků zdravotních pojišťoven, či státu.

## Zdroje

Alanen, Y. O. (2009). *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: past, present and future* (1st pub.). London: Routledge.

Arnkil, T. E., Seikkula, J. (2013). *Otevřené dialogy: Setkávání sítí klienta v psychosociální práci*. Brno: Narativ.

Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2008). *A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin, 34(1), 181-192.

Courtenay (2009). *Psychotherapy and religion: A comparison between psychotherapeutic approaches and psychiatric rehabilitation for persons with serious and persistent mental illness*. New York

Distler, MG.(2012) *Assessment of Behaviors Modeling Aspects of Schizophrenia in Csm1 Mutant Mice*. PLoS ONE 7(12): e51235. doi:10.1371/journal.pone.0051235

Grof, S., & Grof, C. (1999): *Nesnadné hledání vlastního já. Růst osobnosti pomocí transformační krize*. Praha: Chvojtkovo nakladatelství.

Hall, W. (2012). *Průvodce bezpečnějším vysazováním psychiatrických léků* (1.st ed.). Praha: VISA, o.s.

Hejzlar, P. (2010). Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. Psychiatrie:14/3.

Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1978). *Community residential treatment for schizophrenia: Two-year follow-up*. Hospital and Community Psychiatry, 29, 715–723

Matthews, S.M., Roper, M.T., Mosher, L.R. & Menn, A.Z. (1979). *A non-neuroleptic treatment for schizophrenia: Analysis of the two-year post-discharge risk of relapse*. Schizophrenia Bulletin, 5, 322– 333.

Mosher, L.R., Vallone, R. & Menn, A.Z.(1995). *The treatment of acute psychosis without neuroleptics: Six-week psychopathology outcome data from the Soteria project*. International Journal of Social Psychiatry, 41, 157–173.

Muroňová, J. (2015): *Obráz psychospirituální krize pohledem odborníků na duševní zdraví*. Diplomová práce. MU Brno.

Overall, J., Gorham, D.: *The brief psychiatric rating scale*. Psych. Rep., 10, 1962, pp. 99–813.

Phillips III, R. E. (2009). *Integrating the spirit within psychopsis: Alternative conceptualizations of psychotic disorders*. Journal Of Transpersonal Psychology, 41(1), 61-80.

Probstová, V. (2011) *Camberwellské šetření potřeb: komplexní metoda šetření potřeb osob se závažným duševním onemocněním : manuál. 2., aktualiz. vyd.* Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011.

Raboch, J. (2012). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu*. Česká psychiatrická společnost o.s.,

Řiháček, T., Hytych, R. (2013). *Metoda zakotvené teorie*. In T. Řiháček, I. Čermák a R. Hytych (Eds.), *Kva-litativní analýza: čtyři přístupy* (s. 44-74). Brno: Masarykova univerzita.

Seikkula, J. & Arnkil, T. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac.

Seikkula, J., & Olson, M. E. (2003). *The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics*. Family process, 42(3), 403-418.

Strauss, A., Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.

Vančura, M. (2002): *Psychospirituální krize*. In Vodáčková, D. et al.: *Krizová intervence*. Praha: Portál.

Winkler, P. (2013). *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení (1. vyd.)*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

## **Příloha**

### **Polo strukturované interview pro uživatele terénní komunitní péče:**

1. Jak vypadal Váš každodenní život před vaší první hospitalizací?
2. Jak vypadá Váš každodenní život nyní, po poslední hospitalizaci?
3. Co pro Vás znamenala zkušenost hospitalizace?
4. Jak vypadal Váš každodenní život před užíváním terénní komunitní péče.
5. Jak vypadá Váš každodenní život nyní, když vás navštěvují pracovníci terénní komunitní péče?
6. Co pro Vás znamená péče terénního komunitního týmu?
7. Potřeboval/a byste pomoc či podporu v jakékoliv oblasti vašeho života, která se Vám nedostává? (bydlení, strava, doprava, peníze, péče o sebe, každodenní činnosti, informace o zdravotním stavu a léčbě).

### **Polo strukturované interview pro neuživatele terénní komunitní péče:**

1. Jak vypadal Váš každodenní život před vaší první hospitalizací?
2. Jak vypadá Váš každodenní život nyní, po propuštění z nemocnice?
3. Co pro Vás znamenala zkušenost hospitalizace?
4. Potřeboval/a byste pomoc či podporu v jakékoliv oblasti vašeho života, která se Vám nedostává? (bydlení, strava, doprava, peníze, péče o sebe, každodenní činnosti, informace o zdravotním stavu a léčbě).