

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
CYRILOMETODĚJSKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

MUDr. Mgr. et Mgr. Ludmila Bartůšková

PSYCHÓZA A SPIRITUALITA: VYBRANÉ ASPEKTY VZÁJEMNÉHO VZTAHU

Psychosis and spirituality: selected aspects of the relationship

Dizertační práce

Školitel: doc. Mgr. et Mgr. Peter Šajda, Ph.D.

Obor: Sociální a spirituální determinanty zdraví

Olomouc 2020

Poděkování

Děkuji vedoucímu práce, doc. Mgr. Mgr. Petrovi Šajdovi, Ph.D., za vedení práce, cenné podněty a připomínky. Děkuji svému konzultantovi, prof. Mgr. Mgr. Ing. Petrovi Tavelovi, Ph.D., bez něž by tato práce vůbec nevznikla, za cenné rady a podporu, stejně jako kolegům z týmu Institutu sociálního zdraví (OUSHI), zejména Mgr. Janě Fürstové, MUDr. Natálii Kašćákové, Ph.D. a Mgr. Kláře Maliňákové, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem dizertační práci napsala samostatně, pouze s využitím uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Datum a podpis.....

Abstrakt

Dizertační práce se věnuje vybraným aspektům vzájemného vztahu religiozity/spirituality a psychózy (se zaměřením na schizofrenii) v českém prostředí.

V teoretické části jsou nejprve vymezeny základní pojmy, s nimiž se v práci dále zabýváme: religiozita, spiritualita, psychóza, psychotický syndrom, schizofrenie. Poté jsou na základě studia literatury popsána základní výzkumná témata vzájemného vztahu R/S a psychózy se zaměřením na schizofrenii.

Cílem výzkumné části dizertační práce bylo zmapování výskytu, vnímání a prožívání R/S (Religiozita / Spiritualita) u 50 pacientů se schizofrenií a zjištění vlivu R/S na subjektivně vnímanou kvalitu života pacientů se schizofrenií v porovnání s reprezentativním vzorkem české populace.

K výzkumu jsme použili českou verzi Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey, českou verzi dotazníku Stručný inventář příznaků (Brief Symptom Inventory, BSI-53), dotazník Prožívání blízkých vztahů (Experiences in Close Relationships-Revised, ECR-R), škálu Negative religious coping (NRC), Škálu prožívání každodenní spirituality (DSES) a dotazník Obrazy Boha (Daily Spiritual Experience Scale).

Zjistili jsme, že se výskyt R/S a náboženského chování ve výzkumném vzorku pacientů ve srovnání se zdravou populací statisticky významně liší, stejně tak se liší prožívání R/S mezi pacienty se schizofrenií a zdravou populací s výjimkou škály DSES. Na subjektivně vnímanou kvalitu života R/S vliv v našem vzorku pacientů se schizofrenií neměla.

Klíčová slova: religiozita, spiritualita, psychóza, schizofrenie, náboženské chování, náboženské prožívání, kvalita života

Summary

This doctoral thesis deals with selected aspects of mutual relations of religiosity, spirituality, and psychosis (with focus on schizophrenia) in the Czech environment.

The theoretical part of the work opens with definitions of the main concepts used further in the thesis: religiosity, spirituality, psychosis, psychotic syndrome, and schizophrenia. Then, based on literature, I describe the main research topics of the mutual relation between religiosity/spirituality and psychosis with focus on schizophrenia.

The aim of the research part of the thesis was to map the presence, perception, and experience of religiosity/spirituality in patients with schizophrenia and to assess the effect of religiosity/spirituality on subjectively perceived quality of life of patients with schizophrenia in comparison with a representative sample of Czech population.

This study used Czech versions of SF-8 Health survey, Brief Symptom Inventory (BSI-53), Experiences in Close Relationships-Revised (ECR-R), Negative Religious Coping (NRC) scale, Daily Spiritual Experience Scale (DSES), and questionnaire on images of God (Baylor Religion Survey).

We found that the presence of religiosity/spirituality and religious behaviour in our sample of patients is significantly statistically different from the healthy population. The same holds for the way in which patients with schizophrenia as opposed to healthy population experience religiosity/spirituality. This applied to all measures with the exception of DSES. We also found that religiosity/spirituality had no effect on the subjectively perceived quality of life in our sample of patients with schizophrenia.

Keywords: religiosity, spirituality, psychosis, schizophrenia, religious behaviour, religious experience, quality of life.

Obsah

ÚVOD	9
1. RELIGIOZITA A SPIRITUALITA	11
1.1. ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMŮ: RELIGIOZITA, SPIRITUALITA	11
1.1.1 Uvedení do problematiky	11
1.1.2 Historie užívání pojmů religiozita a spiritualita	11
1.2. HLAVNÍ OBLASTI VÝZKUMU R/S A ZDRAVÍ	13
1.2.1 R/S a fyzické zdraví/nemoc	14
1.2.2 R/S a duševní zdraví/nemoc: historické poznámky	14
1.3. VZTAHY R/S A DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ/NEMOCI	15
1.3.1 Obecné souvislosti R/S a duševního zdraví/nemoci	15
1.3.2 R/S a nejčastěji zkoumané duševní poruchy	16
1.4. MECHANISMY OVLIVNĚNÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ	19
1.4.1 Sociální oblast	19
1.4.2 Psychologická oblast	20
1.4.3 Biologická oblast	23
1.5. PROBLEMATIKA MĚŘENÍ R/S	24
2 PSYCHÓZA	25
2.1. ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ POJMU	25
2.2. KLASIFIKACE	26
2.2.1 Schizofrenie	26
3 PSYCHÓZA A R/S V ODBORNÉ LITERATUŘE	32
3.1. VYMEZENÍ HLAVNÍCH TÉMAT VÝZKUMU	32
3.2. R/S A JEJICH VLIV NA NEMOC	33
3.2.1 Náboženství a náboženské praktiky mezi pacienty se schizofrenií	33
3.2.2 R/S a psychopatologie	34
3.3. R/S A LÉČBA SCHIZOFRENIE VČETNĚ COPINGU; POSTOJ ODBORNÍKŮ	35
3.4. R/S A CHOVÁNÍ PŘI HLEDÁNÍ POMOCI	39
3.5. R/S A MODEL Y NEMOCI U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ, VČETNĚ NALÉZÁNÍ JEJÍHO SMYSLU	41
3.6. DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA NEMOCI A R/S ZKUŠENOSTI	43
3.7. R/S A KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ	46
4 ÚVOD DO EMPIRICKÉ ČÁSTI	49
4.1. CÍL VÝZKUMU	49
4.2. VÝZKUMNÉ OTÁZKY	49
4.3. POPIS VZORKU	52

4.4	STRUKTURA VÝZKUMU.....	54
4.5	POPIS JEDNOTLIVÝCH METOD:.....	54
4.5.1	<i>Religiozita a spiritualita</i>	55
4.5.2	<i>Kvalita života</i>	56
4.5.3	<i>Aktuální klinický stav</i>	57
4.5.4	<i>Prožívání blízkých vztahů</i>	58
4.5.5	<i>Vnímání a prožívání R/S</i>	58
4.5.6	<i>Negativní náboženský coping</i>	59
4.5.7	<i>Každodenní spirituální zkušenost</i>	59
4.5.8	<i>Vnímání a prožívání obrazu Boha</i>	60
5	VÝSLEDKY	61
5.1	ROZLOŽENÍ VZORKU PODLE SOCIODEMOGRAFICKÝCH ÚDAJŮ	61
5.2	VÝSLEDKY MĚŘENÍ RELIGIOZITY A SPIRITUALITY	66
5.3	VÝSLEDKY ZKOUMÁNÍ SUBJEKTIVNĚ VNÍMANÉ KVALITY ŽIVOTA.....	69
5.4	VÝSLEDKY KORELACE MEZI DOTAZNÍKY BSI-53 A SF-8 HEALTH SURVEY	73
5.5	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU PROŽÍVÁNÍ BLÍZKÝCH VZTAHŮ ECR-R	84
5.6	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU NEGATIVE RELIGIOUS COPING (NRC)	86
5.7	OBRAZY BOHA	88
6	VÝZKUMNÉ ZÁVĚRY	93
7	DISKUSE	94
7.1	INTERPRETACE VYHODNOCENÍ SOCIODEMOGRAFICKÝCH ÚDAJŮ	94
7.2	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNÉ OTÁZKY	96
7.3	LIMITY VÝZKUMU.....	102
7.3.1	<i>Výzkumná baterie</i>	102
7.3.2	<i>Způsob získávání odpovědí</i>	102
7.3.3	<i>Výběr a velikost vzorku</i>	103
7.3.4	<i>Téma výzkumu</i>	104
7.3.5	<i>Problematika statistického zpracování</i>	104
7.3.6	<i>Malá zkušenost výzkumníka, osobní angažovanost</i>	105
7.4	APLIKACE DO PRAXE	105
7.4.1	<i>Aplikace do terapeutické praxe</i>	105
7.4.2	<i>Aplikace do pastorační praxe</i>	106
7.4.3	<i>Aplikace do edukačního procesu</i>	106
7.5	PODNETY K DALŠÍMU VÝZKUMU	106
8	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	107
9	BIBLIOGRAFIE A POUŽITÉ INFORMAČNÍ ZDROJE	110

Úvod

Měla jsem to štěstí, že na začátku mých vysokoškolských studií i mé profesní dráhy stáli lidé, kteří na svět pohlíželi komplexně. Zajímal je celý životní příběh pacienta, o kterého se starali, nejen jeho nemoc. Tento bio-psycho-socio-spirituální přístup k člověku, který je dnes naštěstí v lékařské praxi již čím dál více samozřejmější, mě oslovil natolik, že kromě vzdělávání v psychiatrii (tedy v biologické sféře) a psychoterapii (v psychosociální sféře) jsem vystudovala ještě náboženské nauky a posléze i teologii, abych se orientovala i ve sféře spirituální.

V komplexním přístupu k člověku se schizofrenií a v hledání osobitého přístupu k němu s cílem pomoci mu zkvalitnit jeho život jsem měla možnost se deset let učit ve specializovaném, v době vzniku opravdu jedinečném zařízení pro komplexní léčbu psychóz, a to v Denním psychoterapeutickém sanatoriu Ondřejov pod vedením prim. MUDr. Martina Jarolímků. Díky němu se také mohl tento výzkum realizovat.

V poslední době je možné ve vědeckém světě pozorovat rostoucí zájem o výzkum religiozity a spirituality; právě tak schizofrenie je předmětem značného objemu výzkumů. Oba dva světy, tedy svět religiozity a spirituality, jsou stejně jako svět pacientů se schizofrenií v jistém slova smyslu neuchopitelné, jedinečné, ale o to zajímavější a více fascinující. Byla jsem ráda, že jsem se svými pacienty mohla vstoupit na tenký led hovorů o religiozitě a spiritualitě a po počátečních rozpacích na obou stranách zažít, že toto téma je pro jejich život často velmi důležité, má důležitý dopad do jejich životního příběhu (a tedy i do terapie) a někdy skrývá i důležitý klíč k odhalení smyslu dění.

Ráda bych tedy na tomto místě poděkovala již zmíněnému prim. MUDr. Jarolímkovi za jeho přístup k léčbě lidí se schizofrenií a snahu pro tento svůj

přístup nadchnout i ostatní odborníky. Ráda bych také poděkovala svým bývalým pacientům za důvěru a spolupráci při výzkumu a všem, kteří mě k sepsání této práce vytrvale povzbuzovali a vycházeli mi vstříc, abych si našla potřebný čas a prostor. Tímto děkuji i managementu své současné práce a svým současným pacientům za jejich vstřícnost, pochopení a trpělivost.

Tato práce by nevznikla bez již zmíněného prof. Mgr. Ing. Petra Tavela, Ph.D., který k ní dal počáteční impulz a pomáhal mi, abych u svého úmyslu napsat dizertační práci vytrvala. Druhým člověkem, bez něž by práce nespátřila nikdy světlo světa, je RNDr. Irena Jansová, Ph.D., která svými zkušenostmi ze světa vědy a neutuchajícím entuziasmem a podporou zajistila, že jsem práci dokončila. Děkuji statističce OUSHI, Mgr. Janě Fürstové za pomoc se statistickým zpracováním dat a ThLic. Mgr. Lence Jeřábkové, Th.D. za korektury textu. Děkuji svým kolegům MUDr. Jaromíru Kabátovi, ThLic. Mgr. Petru Glogarovi a Mgr. Kateřině Ratajové Ph.D. za příjemně strávený čas při vědeckých rozpravách.

Na závěr bych ráda poděkovala svému manželovi a dětem za jejich podporu a trpělivost při psaní mé práce.

Teoretická část

1. Religiozita a spiritualita

1.1. Základní vymezení pojmů: religiozita, spiritualita

1.1.1 Uvedení do problematiky

Náboženství (religiozitu) lze vnímat jako organizovaný systém přesvědčení, praktik, rituálů a symbolů, které mají usnadňovat přístup k posvátnému a transcendentnímu (Koenig a kol., 2001). Spiritualita je oproti tomu chápána jako osobní hledání či způsob, jak porozumět základním otázkám týkajícím se života a jeho smyslu; zahrnuje v sobě vztah k posvátnému a transcendentnímu. Náboženství má primárně sociální aspekt, zatímco spiritualita zdůrazňuje více aspekt personální (Koenig a kol., 2001).

Vymezení obou pojmů je náročné a v odborné literatuře lze najít velké množství definic těchto pojmů (Zinnbauer & Pargament, 2005); v následujícím textu se tohoto tématu dotkneme jen letmo, protože vymezení pojmů religiozita a spiritualita není předmětem této práce. Mezi odborníky nepanuje totiž ani jednoznačná shoda na tom, který z těchto konstruktů je širší a který užší (Hacklova & Kebza, 2014).

V souvislosti s nárůstem sekularizace společnosti je stále zřejmější proces separace religiozity a spirituality. Spiritualita, která byla původně definována jako hluboký náboženský postoj, začala být vnímána v širším slova smyslu, aby mohla být použita i u lidí, kteří se nehlásí k žádnému náboženství (Koenig, 2008).

1.1.2 Historie užívání pojmů religiozita a spiritualita

Historie pojmů religiozita je podrobněji zpracována v článku Spirituální dimenze nemoci (Bartůšková, 2013) a Spiritualita v psychoterapeutické praxi (Bartůšková & Glogar, 2014). Pojem spiritualita vstoupil do psychologie

v 80. letech 20. století – Americká psychologická asociace zařadila tento termín do databáze psychologických termínů v roce 1988 (Vojtíšek a kol., 2012). Předtím se po celé století psychologie – včetně psychologie náboženství – bez pojmu spiritualita obešla. Mluvilo se pouze o náboženství a z kontextu bylo zřejmé, kdy je míněna náboženská zkušenost či prožitek (spiritualita) a kdy určitá sociální realita, nauky, obřady a instituce. Ke konci minulého století se pojem náboženství zúžil a omezil na vnější skutečnosti a zároveň získal negativní konotaci. Spiritualitou se začalo označovat prožitkové jádro náboženství bez vazby na konkrétní nauky či instituce (Říčan & Kocourková, 2008).

Reich (2000) rozlišuje náboženství, náboženskou spiritualitu a přirozenou spiritualitu. Rozdíl mezi náboženskou a přirozenou spiritualitou spočívá pouze v rozdílném chápání pojmu „transcendence“. S náboženstvím, a tedy i s náboženskou spiritualitou souvisí „velká transcendence“ (tedy Bůh, v křesťanství Duch svatý), v běžném životě se setkáváme s „prostřední transcendencí“ (např. příroda, vesmír, národ apod.). Člověk si většinou vybírá takový druh spirituality, který nejlépe odpovídá jeho přesvědčení a naplňuje nejlépe jeho potřeby (Stříženec, 2001).

Štampach (2012, s. 3-5) podobně rozlišuje náboženskou spiritualitu, tedy „osobní prožívání vztahu k transcendentní skutečnosti“, interspiritualitu, pro níž je charakteristické „uvolňování vazeb mezi instituční příslušností a stylem duchovního života, (...) přesvědčení, že lidé hlásící se k různým věroukám a příslušníci různých organizací mohou spiritualitu sdílet“ a tzv. „nenáboženskou spiritualitu“. U posledního pojmu však mezi odborníky nepanuje shoda, zda ji vlastně spiritualitou lze nazvat. Štampach (2007, s. 7) pro tuto kategorii navrhuje spíše označení „péče o ducha“: je to „péče o to, abychom byli více sebou a více lidmi.“

Podle Belzena (2009) neexistuje tzv. obecná spiritualita. Existují pouze zcela konkrétní projevy spirituality – určitá praxe, tj. činy a aktivity, které jsou projevy lidí a výrazem jejich oddání se tomu, co oni sami považují za transcendentní; proto by podle něj bylo vhodnější hovořit o spirituálních činech a aktivitách místo o spiritualitě.

V českém a slovenském prostředí se výzkumy v této oblasti dlouhodobě teoreticky i empiricky zabývají např. Adamová, Benda, Galvas, Hacklová, Halama, Kebza, Křivohlavý, Maliňáková, Motl, Růžička, Říčan, Smékal, Stríženec, Tavel, Vojtíšek, a mnoho dalších (Hacklová & Kebza, 2014).

Ačkoli v literatuře lze najít snahy o přesnou definici a odlišení obou pojmů, ve výzkumných studiích se oba pojmy užívají spíše promiscue nebo se zavádí sousloví „religiozita/spiritualita, zkratka R/S“ (Hacklová & Kebza, 2014).

1.2 Hlavní oblasti výzkumu R/S a zdraví

Historicky lze v literatuře nalézt tři hlavní oblasti výzkumu vzájemného vztahu R/S a zdraví: výzkum průměrné délky života, výskyt některých onemocnění, a to jak somatických (např. kardiovaskulárních, onkologických), tak psychických ve vztahu k R/S; coping a R/S; existenciální dimenze konstruktů R/S – tzv. spirituální well-being (Hacklová & Kebza, 2014). Ve vědeckém světě je stále více patrný rostoucí zájem o vztah mezi náboženstvím/spiritualitou a zdravím (Meezenbrook et kol., 2012). Vzhledem k zaměření práce se v této úvodní části budeme věnovat pouze první linii výzkumu, ostatním bude věnována větší pozornost v dalších částech práce, a to ve spojitosti s psychotickým onemocněním.

1.2.1 R/S a fyzické zdraví/nemoc

Situaci ve výzkumu R/S a zdraví podrobně mapuje Haclová a Kebza (2014) ve svém review: ve starších metaanalýzách do roku 2000 byl opakovaně prokázán kladný vztah mezi nižší mortalitou (a tedy delší délkou života) a pravidelnou účastí na bohoslužbách. Výsledky velkých metastudií přinášejí přesvědčivé důkazy vztahu R/S k fyzickému zdraví. Např. americká studie, zabývající se spirituální pohodou (well-being) pacientů se srdečním onemocněním zjistila, že náboženství a víra byly asociovány s redukcí symptomů fyzického a psychického distresu (Yaghoobzadeh a kol., 2018).

Existují však i výzkumy, týkající se vztahu R/S a širšího spektra nemocí, které přinesly smíšené a ne vždy průkazné pozitivní výsledky (Powell, Shahabi & Thoresen, 2003). I přes výhrady k metodologickým slabinám výzkumů autoři metastudií konstatují, že „argumenty ve prospěch salutogenního vlivu R/S na mortalitu jsou přesvědčivé“ (Hacklová & Kebza, 2014, s. 125).

1.2.2 R/S a duševní zdraví/nemoc: historické poznámky

V uplynulých sto padesáti letech nelze v psychiatrii nalézt příliš mnoho studií, které by se zabývaly souvislostí R/S a duševního zdraví (Bonelli & Koenig, 2013), a pokud přece, pak mají většinou negativní konotaci. Koncem 19. století Charcot a Freud začali spojovat náboženství s hysterií a neurózou (Koenig, 2009), podle Pinela může být náboženský fanatismus kauzativním faktorem šílenství, Kraepelin si všímal vysoké frekvence mystických a náboženských obsahů u svých psychotických pacientů a Schneider zachytil zvýšenou „náboženskost“ u depresivních pacientů, zvláště pak mezi schizofreniky (Menezes & Moreira-Almeida, 2010). Religiozita byla po několik desetiletí spojována s psychopatií a „nábožensky orientovaný člověk byl označován jako osobnostně nezralý, úzkostný až iracionální jedinec“ (Hacklová & Kebza, 2014, s. 120).

Důležitým mezníkem v oblasti vztahu R/S a duševního zdraví byla systematická práce Larsona a kol. (1986, 1992), jejichž review sloužila ve své době jako nejmodernější přehled vzájemných souvislostí mezi náboženstvím a duševním zdravím. Dalším významným posunem výzkumu v této oblasti bylo systematické review Bonelliho a Koeniga (2013), první po dvaceti letech. Zkoumalo čtyřicet tři studií, zabývajících se vztahem mezi náboženstvím, spiritualitou a duševními nemocemi v letech 1990–2010, analyzovalo kvalitu používaných metod a sumarizovalo výsledky. Od této doby však uplynula další řada let, které review už nezohledňuje.

1.3 Vztahy R/S a duševního zdraví/nemoci

I když nejsou výsledky všech studií jednoznačné, vztah mezi R/S a (mentálním) zdravím vykazuje většinou pozitivní asociace. Je třeba si uvědomit, že se jedná o komplex působících proměnných a vztahy mezi R/S a (duševním) zdravím nebyly vždy prozkoumány dostatečně podrobně (Menezes & Moreira-Almeida, 2010).

Výzkumy R/S ve vztahu k psychickému zdraví a osobní pohodě (well-being) byly zaměřeny na vztah mezi R/S a osobní pohodou, spokojeností se životem, kvalitou života, manželskou a pracovní spokojeností, smysluplností života a dalšími proměnnými (Menezes & Moreira-Almeida, 2010).

1.3.1 Obecné souvislosti R/S a duševního zdraví/nemoci

Mnoho epidemiologických a klinických studií potvrdilo obecně pozitivní vliv náboženských aktivit na duševní zdraví, i když důkazy nejsou tak robustní jako v případě zdraví fyzického (Hacklová & Kebza, 2014). Podle AbdAleati a kol. (2016) většina dosavadní literatury v této oblasti uvádí, že existuje významná souvislost mezi náboženskou vírou, jejím praktikováním a duševním zdravím.

Bonelli (Bonelli & Koenig, 2013) ve svém systematickém review uvádí přehled vzájemných vztahů R/S a duševního zdraví. Podle uvedených autorů existují přesvědčivé důkazy, že náboženská angažovanost pozitivně koreluje s duševním zdravím ve třech hlavních psychiatrických oblastech: v oblasti depresí, užívání návykových látek a suicidality. Některé důkazy potvrzují pozitivní asociaci i v dalších dvou oblastech, a to mezi R/S a nemocemi souvisejícími se stresem a R/S a organickými duševními nemocemi. Nedostatečné důkazy byly nalezeny u bipolární afektivní poruchy a schizofrenie, což je dle výzkumníků dáno nedostatečnou kvalitou studií a jejich rozporupnými výsledky. V systematickém review nebyly zjištěny důkazy o vztahu mezi R/S a jinými psychiatrickými poruchami, jako jsou poruchy příjmu potravy, sexuálními poruchami, fobickými, dissociativními a somatoformními poruchami, stejně jako nebyla prokázána souvislost mezi poruchami osobnosti, mentální retardací, obsedantně-kompulzivní poruchou, pedopsychiatrickými poruchami a R/S. Jak však autoři zdůrazňují, toto zjištění neznamena, že tyto souvislosti neexistují, jako spíše to, že dané oblasti nebyly ještě důkladně studovány (Bonelli & Koenig, 2013).

Závěrem je možné shrnout, že přes často kontroverzní vztah mezi náboženstvím, psychologíí, psychiatrií a lékařskou péčí stále roste zájem o roli, kterou R/S v oblasti duševního zdraví má. Výsledky ukazují, že náboženství může hrát důležitou roli v mnoha situacích, protože náboženské přesvědčení a pravidla ovlivňují život a zdravotní péči u pacientů s duševní nemocí (AbdAleati a kol., 2016).

1.3.2 R/S a nejčastěji zkoumané duševní poruchy

1.3.2.1 R/S a poruchy nálad

Nejčastěji studovanými nemocemi v souvislosti s R/S jsou poruchy nálad, zejména depresivita (Hacklova & Kebza, 2014). Podrobně se tímto tématem zabývá v systematickém review Braam & Koenig (2019). Na základě analýzy 152

prospektivních studií autoři zjistili, že přibližně polovina uvádí významnou souvislost mezi mírou R/S a lepším průběhem depresivních symptomů/deprese v průběhu času. 40 % studií nezjistilo významný účinek a asi 10 % uvádí zhoršení průběhu deprese v souvislosti s R/S.

Zajímavým tématem výzkumu vzájemného vztahu R/S a deprese jsou tzv. náboženské boje (religious struggle). 59 % studií, které se tímto tématem zabývaly, uvádějí, že náboženský boj bude pravděpodobně úzce souviset s rysy osobnosti, jako je např. neuroticismus, které podkopávají psychickou pohodu a přispívají ke zranitelnosti vůči depresi nebo mohou být přímo jejím projevem (Braam & Koenig, 2019).

1.3.2.2 R/S a suicidalita

R/S byla prokázána jako protektor suicidality, i když jsou zřejmé kulturní rozdíly zejména mezi východním a západním vnímáním suicidia. K tomuto výsledku došli ve své metaanalýze Wu a kol. (2015). Celkem bylo vyhodnoceno 2339 sebevražedných případů a 5252 účastníků, kteří splnili všechna kritéria výběru. Metaanalýza naznačila celkový protektivní efekt religiozity vzhledem k dokonaným sebevraždám.

1.3.2.3 R/S a úzkostnost

Ve srovnání s jinými psychickými nemocemi lze najít méně studií, které se zabývají výzkumem specifického vztahu mezi R/S a úzkostí. Podle Agorastose a kol. (2014) jsou možná dvě vysvětlení: první koresponduje s Freudovou hypotézou o původu úzkosti v negativních náboženských konfliktech člověka, podle níž existuje pozitivní vztah mezi R/S a úzkostnými symptomy. Tuto hypotézu podporuje pouze několik studií (Trenholm a kol., 1998), přičemž většina z nich uvádí specifický pozitivní vztah mezi úzkostí a „vnější“ (extrinsic) religiozitou (Tapanya a kol., 1997). Podle druhé teorie je náboženství naopak

negativně asociováno s úzkostí a tlumí účinky stresu, což vede ke snížené úzkostnosti, a dokonce k lepším výsledkům při léčbě úzkostných poruch (Koenig a kol., 1988; Shreve-Neiger & Edelstein, 2004; Bowen, Baetz & D'Arcy, 2006). Existují i studie, které nenašly signifikantní korelaci mezi úzkostí a R/S (Koenig a kol., 1993; Shiah a kol., 2013). Baker & Gorsuch (1982) uvádějí pozitivní korelaci mezi úzkostností a vnější (extrinsic) religiozitou a negativní korelaci mezi úzkostností a vnitřní (intrinsic) religiozitou.

Je možné, že právě poměr mezi vnějšně a vnitřně orientovanými subjekty může mít na nejednoznačné výsledky studií vliv (Agorastos a kol., 2014). Je také možné, že úzkostnější lidé mohou být přitahováni religiozitou a jejími existenciálními tématy, „mohou zakoušet religiozitu jako oporu a vnímat své symptomy při vyjádření víry rušivě“ (Hacklová & Kebza, 2014, s. 126).

1.3.2.4 R/S a obsedantně-kompulzivní porucha

Příslušníci náboženství jsou obecně náchylnější k obsedantně-kompulzivní poruše; nárok na dodržování náboženských předpisů může v případě predisponovaných osob v etiologii této poruchy působit. Vyšší prevalence tzv. religiozní skrupulozity je nacházena mezi ortodoxními věřícími v různých náboženských tradicích. (Hacklova & Kebza, 2014). Himle, Taylor a Chatters (2012) zjistili, že častá účast na křesťanských bohoslužbách byla v jejich studii negativně asociována s výskytem obsedantně-kompulzivních příznaků, zatímco katolické vyznání (ve srovnání s baptisty) a náboženský coping (modlitba při řešení stresových situací) byly s výše uvedenými příznaky asociovány pozitivně.

1.3.2.5 R/S a schizofrenie

Schizofrenie je považována především za biologicky determinovanou poruchu a výzkumy potvrdily, že R/S ovlivňuje spíše symptomatickou expresi těchto poruch (bludy, halucinace, chování a zvládání nemoci) než aktuální

etiologii (Wilson, 1998). Problematice vzájemného vztahu R/S a schizofrenie je věnovaná celá kapitola 3 této práce.

1.4 Mechanismy ovlivnění duševního zdraví

Podle Baetze & Toewse (2009) může R/S ovlivňovat duševní zdraví multidimenzionálně – jak v rovině biologické, tak psychologické i sociální. Mechanismus působení na jedné rovině (např. psychologické) však nevyklučuje mechanismus působení na jiných rovinách.

1.4.1 Sociální oblast

Jednou z prvních oblastí, která byla zkoumána jako možný mediátor vztahů náboženství – zdraví, je oblast sociální. V této doméně byly zkoumány vlivy jako např. zdravé chování (health behaviours), skupinové vazby a sociální zdroje (George, Ellison & Larson, 2002).

Příkladem vlivu na zdravé chování, které má původ v náboženství, jsou předpisy omezující užívání nikotinu, alkoholu, drog a v některých případech i předpisy týkající se konzumace jídla – omezení výběru potravin. Je známo, že závislosti a zneužívání psychoaktivních látek mají vysokou komorbiditu s množstvím psychiatrických diagnóz (Michtell, Malone & Doebbeling, 2009; Adams, 2008; Weaver a kol., 2003).

Účast na bohoslužbách je pozitivně asociována s jinými kladnými postoji ke zdraví (health behaviours), a to včetně využívání preventivní zdravotní péče, odpovídající fyzické aktivity a nižší účasti na riskantních aktivitách (Hill a kol., 2006, Koenig, 2012).

Sociální podpora je dalším věrohodným mechanismem, prostřednictvím něhož může náboženství ovlivňovat duševní zdraví. Některé součásti náboženství, jako je účast na bohoslužbách a náboženský coping, jsou

v průřezových a longitudinálních studiích spojené s nižším výskytem depresivních symptomů stejně jako s vyšším výskytem sociální podpory (Koenig a kol., 2001). Pozitivní sociální interakce jsou asociovány s nižším výskytem depresivních symptomů a negativní interakce s vyšší hladinou depresivity (Baetz & Toews, 2009).

1.4.2 Psychologická oblast

V této oblasti se výzkumné studie zabývají několika tématy, zejména motivací jedince k náboženství a její síle, náboženskými modely, seberegulací a copingovými teoriemi ve vztahu k náboženství.

1.4.2.1 *Vnější a vnitřní náboženská motivace*

Allport & Ross (1967) navrhli koncept vnější a vnitřní náboženské orientace. Lidé s tzv. vnější orientací („vnější náboženskou vírou“) používají náboženství pro svoji vlastní potřebu – pro získání pocitu bezpečí, pro útěchu, společenské zázemí, rozptýlení, status a ospravedlnění aj. Lidé s tzv. „vnitřní náboženskou vírou“ nacházejí v náboženství důvody pro své bytí a existenci (Baetz & Toews, 2009). Meta-analytické review vztahu religiozity a depresivity prokázalo jasný kontrast: zatímco vnitřní náboženská motivace je asociována s nižší depresivitou, vnější náboženská motivace s depresivitou vyšší (Burris, 1999).

K podobným závěrům dochází ve své studii Smith a kol. (2003) – vnitřní a vnější religiozita ve vztahu k výskytu depresivních symptomů má odlišný efekt; s vnitřním přístupem se výskyt depresivních symptomů redukuje a s vnější motivací narůstá. Studie Lorenz, Doherty a Casey (2019) potvrzující tyto výsledky však zdůrazňuje důležitost komplexního přístupu k problematice, a to včetně zohlednění aktuálních stresových životních událostí, případně hloubky a délky trvání deprese, včetně přítomnosti sociální podpory.

Výsledky však stejně jako ve vztahu R/S k jiným onemocněním nejsou zcela jednoznačné. Yasein a Moghal (2017) nezjišťují signifikantní vztah mezi intrinsic-extrinsic orientací víry a výskytu depresí u studentů, ani signifikantní rozdíl mezi náboženskou motivací a depresí.

Spojitost R/S a deprese je komplikovanější: u příslušníků některých náboženství existuje zvýšené riziko depresivního onemocnění a lidé bez náboženské příslušnosti se vyznačují vyšším rizikem ve srovnání s těmi, kteří se hlásí k nějakému náboženství. Lidé s vysokou mírou organizované náboženské angažovanosti, pro něž má význam osobní náboženství, a lidé s vnitřní náboženskou motivací vykazují snížené riziko vzniku depresivního onemocnění. U lidí s vysokým stupněm vnější náboženské motivace existuje zvýšené riziko vzniku depresivních symptomů (McCullough & Larson, 1999). Z výsledků je zřejmé, že i v této oblasti, která je zkoumána již po desetiletí, existují stále neprozkoumané oblasti a souvislosti.

1.4.2.2 Náboženské modely

Náboženská přesvědčení (religious beliefs schema) poskytují důležitý mentální model pro interpretaci životních událostí a autoregulaci kognitivních procesů (James & Wells, 2003). Náboženské modely mohou vnést smysl do prožívané situace a umožnit kontrolu a předvídatelnost skutečností, zvláště v období vysokého stresového zatížení. Takto vnímaný smysl událostí umožňuje vnímat realitu jako příležitost, „probuzení“, příp. trest (Gall a kol., 2005; Pargament, 2002).

Náboženská přesvědčení mají též velký vliv na spolupráci při léčbě (Zagozdzon & Wrotkowska, 2017), neboť jsou součástí kultury a mohou být důležitými dimenzemi reality a identity člověka, které je důležité při léčbě brát

v úvahu. Významnou oblastí výzkumu je pak i téma kulturního stigmatu, jež souvisí s duševní nemocí, které některým nemocným brání v přiznání si duševní nemoci a v přijetí adekvátní zdravotní péče (Chaze a kol., 2015). Huguelet a kol. (2010) docházejí ve své studii k zajímavému závěru, že duchovní interpretace nemoci a léčby je jedinečná pro každého pacienta, obvykle nezávislá na denominaci a je možné, že se v čase změní.

V souvislosti s náboženským přesvědčením se zkoumá i jeho síla (ať již u člověka, který se prohlašuje za nevěřícího, tak i u „silně věřícího“). Baetz a Toews (2009) zjistili, že síla náboženského přesvědčení může být důležitým indikátorem výskytu nižšího „distresu“ ve srovnání s lidmi se slabší silou přesvědčení, což podle autorů svědčí pro vnějškovou, extrinsic víru.

Náboženské přesvědčení se má tendenci projevit v náboženském chování. Náboženské chování přispívá k sebekontrolě (autoregulaci) snížením zaměření na sebe, na své starosti a zároveň často poskytuje uklidňující efekt; jedná se např. o kontemplativní modlitbu nebo mindfulness meditaci (Singh a kol., 2019). Wachholtz a kol. (2007) zjistili, že náboženské rituály jsou pozitivně asociovány s duševním zdravím.

1.4.2.3 *Coping*

Porozumění roli R/S ve zvládnání (copingu) duševních nemocí je samostatným rozsáhlým polem psychologických studií. Významným výzkumníkem na tomto poli je Pargament, který rozvinul metodiku měření pozitivních a negativních copingových přístupů. Ve své práci sumarizuje poznatky, že lepší mentální zdraví je pozitivně spojeno s vírou, která je internalizovaná, vnitřně motivovaná a založená na jistém vztahu s Bohem; negativně je mentální zdraví asociováno s vírou, která je předepsaná, neprozkoumaná a která odráží slabý (nejasný) vztah k Bohu (Pargament, 2002).

R/S coping je komplexní děj, který zahrnuje jak spirituální hodnocení, tak osobnostní faktory, vnější chování (např. účast na bohoslužbách, osobní R/S praktiky) a celkové spirituální spojení s přírodou, transcendentnem a okolím (Gall a kol., 2005).

1.4.3 Biologická oblast

1.4.3.1 *Neuroteologie*

Nově vznikající obor zvaný „neuroteologie“ zkoumá vztah mezi spiritualitou, duchovními zážitky a neurologickými procesy (např. Newberg, 2010; Dixon & Wilcox, 2016). Řada studií zkoumala neurobiologické změny a R/S, jako je např. průtok krve v mozku, hodnotu tlaku krve, aktivitu prefrontálního kortexu, reaktivitu kortizolu, interleukin-6, výkyvy v kardiovaskulárním systému, ose hypotalamus-hypofýza-nadledvinky, sympatiku aj. (Baetz & Toews, 2009).

1.4.3.2 *Genetická oblast*

Výzkumy objasňující způsob vzájemného působení R/S a zdraví/nemoci probíhají i v genetické oblasti. Např. Anderson a kol. (2017) zkoumali možné genetické koreláty spirituality a deprese. Zjistili, že geny pro dopamin, serotonin a oxytocin mohou být asociovány s R/S u lidí s nízkým familiárním rizikem deprese.

1.5 Problematika měření R/S

Výzkumný trend v měření R/S se přesunuje od obecných měření k vícedimenzionálním nástrojům, které pracují s R/S jako s komplexní proměnnou (Hacklová & Kebza, 2014). Přehled nástrojů k měření R/S uvádějí různé studie (např. Koenig, 2008; Meezenbroek a kol., 2012; Machů a kol., 2015; Maliňáková a kol., 2018).

V českém prostředí vznikly např. Pražský dotazník spirituality (Říčan & Janošová, 2005), Test spirituální citlivosti (Říčan, Janošová & Tyl, 2007), použitelný v českém prostředí je i dotazník ESI (Machů a kol., 2015). Maliňáková adaptovala v českých podmínkách zkrácenou verzi škály SWBS – Spiritual Wellbeing Scale (Maliňáková a kol., 2017) a validizovala českou verzi dotazníku DSES (Maliňáková a kol., 2018). V českém prostředí je možné používat i Dotazník intenzity náboženské víry (Preiss a kol., 2015) nebo Škálu spirituální inteligence D. Kinga (Moravec & Slezáčková, 2018).

2 Psychóza

2.1 Základní vymezení pojmu

Pojem psychóza označuje skupinu patologických jevů, pro které je charakteristická porucha kontaktu s realitou. Termín neoznačuje určitou nozologickou jednotu, jedná se o „pojmenování těžké duševní poruchy nejrůznější etiologie, při níž dochází k dezintegraci struktur osobnosti a ke zřetelné ztrátě kontaktu s realitou“ (Horáček a kol., 2003, s. 15). Tento pojem poprvé použil v roce 1845 Ernst von Feuchtersleben jako „alternativu k termínům šílenství a mánie užívaným do té doby“ (Mohr, 2007, s. 74). I když pojem psychóza není zcela přesně vymezen v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10, přesto je v současné době běžně používán a chápán jako „užitečné označení pro stavy charakterizované přítomností halucinací, bludů a nápadných poruch chování“ (Pavlovský, 2013, s. 54). Vlivem psychotické transformace reality dochází k tomu, že realita je chybně vnímána a interpretována (Horáček, 2003).

Již od počátku byla snaha psychózy klasifikovat – na základě zjistitelného organického podkladu onemocnění na funkční a organické, posléze na primární a sekundární. Ukazuje se však, že toto dělení má svá úskalí, proto Horáček (2003) navrhuje používat termín „psychotický syndrom“. Toto pojetí chápe psychózu jako reakci nervového systému na různé typy poškození. Psychotický syndrom se může vyskytnout v kterémkoliv věku a v důsledku různých příčin a může být interpretován jako specifická porucha zpracování informací, k níž může dojít na různých úrovních (Horáček, 2003).

2.2 Klasifikace

Psychóza (psychotický syndrom) se může vyskytovat jako charakteristická součást primárních psychiatrických poruch (v MKN-10 s označením F20–29), nebo jako sekundární syndrom, např. v důsledku poškození centrálního nervového systému nejrůznějšími příčinami, celkového somatického onemocnění nebo se psychotické dekompenzace mohou vyskytovat u tzv. specifických poruch osobnosti (Mohr, 2007).

V této dizertační práci věnujeme další pozornost schizofrenii, v MKN-10 kódované jako F20.0. Nebudeme se tedy dále zabývat dalšími psychózami, kódovanými F21–29 (Smolík, 1996), kterými jsou: schizotypní porucha F21; trvalé duševní poruchy s bludy F22; akutní a přechodné psychotické poruchy F23; indukovaná porucha s bludy F24; schizoafektivní poruchy F25; jiné neorganické psychotické poruchy F28; nespecifikovaná neorganická psychóza F29.

2.2.1 Schizofrenie

Nejčastějším a nejzávažnějším onemocněním ze skupiny psychóz je schizofrenie (Green Doors z.ú., ©2008-2019). V následujícím textu se pokusíme nastínit základní problematiku vztahující se k této diagnostické jednotce: obtížnost vymezení pojmu, možné přístupy k diagnostice a trendy v léčbě.

2.2.1.1 *Klasifikační systémy*

Současná diagnostika schizofrenie je založena na kritériích Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V), který vydává Americká psychiatrická asociace (APA, 2013) a International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10), poslední je šestá verze tohoto dokumentu (World Health Organization, ©2020), v českém překladu MKN-10, s účinností od

1. ledna 1993. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994. Tato verze je průběžně aktualizována, poslední vydání je datováno rokem 2016; z tohoto vydání vychází i aktualizovaná verze překladu MKN-10 pro rok 2018 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, ©2020).

Dle dohody členských států Světové zdravotnické organizace z května 2019 vstoupí 1. ledna 2022 v platnost nová klasifikace MKN-11, kterou v České republice připravují Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, ©2020).

2.2.1.2 Problém diagnostiky schizofrenie

Pohled na schizofrenii není jednotný a v průběhu času prodělal změny v chápání i v diagnostice. Diagnostická kritéria, jak jsou uváděna v klasifikačních systémech DSM i MKN, jsou považována za důležité vědecké úspěchy. Tyto algoritmy nicméně nebyly produktem koncepčních analýz a empirických studií, ale byly definovány na základě konsensu odborníků. Validita současných definic i jejich předchůdců zůstává nejasná. Proto vznikl tzv. polydiagnostický přístup, který aplikuje různé definice na stejný výzkumný vzorek pacientů, aby je bylo poté možné porovnat na tzv. potencionálních indikátorech platnosti (Jansson & Parnas, 2007).

Schizofrenie je v současné době vnímána jako heterogenní klinický syndrom (Cui a kol., 2018), který je charakterizován chronickými nebo rekurentními psychotickými symptomy, jež mají za následek poruchy sociálního a pracovního fungování (Fischer a kol., 2017); toto onemocnění může dočasně a v mnoha případech i trvale narušit pacientovu schopnost řídit svůj život (Janoutová a kol., 2016).

2.2.1.3 Historie pojmu a vymezení schizofrenie

Popisy klinických obrazů schizofrenie nabízí literatura již od antických dob, její pojmenování a diagnostika je spjata se jmény P. Pinela, E. Kraepelina, E. Bleulera a K. Schneidera (Mohr, 2003).

Termín schizofrenie poprvé v psychiatrii použil v roce 1911 Bleuler, a to pro označení poruchy dříve nazývané jako dementia praecox (autorem termínu je Morel). Bleuler ve své publikaci hovoří o „skupině schizofrenií“ (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010). Pro diagnostiku schizofrenie vymezil tzv. základní a akcesorní příznaky; známá jsou tzv. „Bleulerova čtyři A“ (porucha asociace, porucha afektivity, ambivalence, autismus). Schizofrenie považoval za skupinu různých poruch, které se projevují podobným klinickým obrazem. V roce 1957 vymezil Schneider tzv. příznaky I. a II. řádu a popsal tři typy schizofrenie – paranoidní, simplexní a katatonní. V roce 1980 navrhl Crow klasifikaci pacientů se schizofrenií podle výskytu pozitivních (produktivních) nebo negativních (deficitních) příznaků na typ I. nebo II. (Smolík, 1997).

Nejznámější škály pro hodnocení pozitivních a negativních příznaků jsou SAPS (Schedule for the Assessment of Positive Symptoms, Škála pro hodnocení pozitivních příznaků; Andreasen, 1990), SANS (Schedule for the Assessment of Negative Symptoms, Škála pro hodnocení negativních příznaků; Andreasen, 1990) a PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale, Škála pro hodnocení pozitivních i negativních příznaků; Kaya kol., 1987). Posuzování pozitivních a negativních příznaků je používáno ve výzkumech psychiatrie dosud (Vrbová a kol., 2018).

Mezi pozitivní příznaky je možné zařadit tzv. floridní symptomy, jako jsou bludy, halucinace, dezorganizované myšlení. Negativní příznaky jsou

charakterizovány jako deficit v kognitivním, afektivním a sociálním fungování, včetně emočního oploštění a sociálního stažení (Kay a kol., 1987).

2.2.1.4 Nová verze klasifikace DSM-V a ICD-11

Současná americká klasifikace DMS-V přináší oproti předchozí klasifikaci DSM-IV, ze které vychází i MKN-10, v oblasti chápání schizofrenie některé změny. Snaží se do definice začlenit nové poznatky o povaze onemocnění, které byly za uplynulé dvě dekády nashromážděny. Změny v definici zahrnují odstranění klasických subtypů schizofrenie, přidání jedinečných (unikátních) psychopatologických dimenzí, objasnění „kvalifikátorů“ průřezového i longitudinálního průběhu, odstranění důrazu na symptomy I. řádu K. Schneidera, jasnější odlišení schizofrenie od schizoafektivní poruchy a objasnění vztahu schizofrenie ke katatonii (Tandon a kol., 2013).

Připravovaná Mezinárodní klasifikace nemocí ICD-11, která reviduje ICD-10, reflektuje změny v DMS-V. Kapitola, která v ICD-10 nese název „Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy“, bude přejmenována na „Onemocnění schizofrenního spektra a jiná primárně psychotická onemocnění“ („schizophrenia spectrum and other primary psychotic disorders“). Sekundární psychotická onemocnění, vznikající v souvislosti s jiným somatickým onemocněním či v důsledku abusu návykových látek, budou klasifikována jinde (Substance – induced disorders a Mental and behavioural disorders associated with disorders or diseases classified elsewhere) (Gaebel, 2012). ICD-11 v souladu s DSM-V vynechává subtypy schizofrenie, jako jsou paranoidní, hebefrenní, katatonní atd., protože z dlouhodobého pohledu jsou tyto kategorie nestabilní a prognosticky nejisté (Keller, Fischer & Carpenter Jr., 2011). Budou nahrazeny systémem kódovaných kvalifikátorů (Gaebel, 2012).

2.2.1.5 *Poznámky k epidemiologii schizofrenie*

V celosvětové populaci je udáván výskyt schizofrenie 0,4 – 1 % (Saha a kol., 2005; McGrath a kol., 2008). Nejrizikovějším obdobím pro propuknutí nemoci je období mezi 15. až 30. rokem života. Přesná etiologie vzniku schizofrenie bohužel stále není známá (Janoutová a kol., 2016). Byly zkoumány nejrůznější rizikové faktory vzniku schizofrenie – od genetických a pre-, peri- a postnatálních vlivů včetně infekcí, malnutrice, abusu návykových látek, přes morfologické a biochemické abnormality (McGrath & Susser, 2009; Hosák, 2016) až po psychologické, sociální a spirituální faktory (Janoutová a kol., 2016). V minulosti byly zaznamenány extrémní názory, které exkluzivně připisovaly etiologii jedné hypotéze, např. jen genetice či výhradně psychologickým konfliktům. Současný pohled na etiologii schizofrenie je multifaktoriální (Janoutová a kol., 2016).

2.2.1.6 *Trendy v léčbě schizofrenie*

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které vede k omezení fungování nemocného v důležitých oblastech života. Důležitý je tedy multidisciplinární přístup: kromě nezbytné biologické (antipsychotické) léčby je kladen v poslední době důraz na psychosociální intervence. (Nuno a kol., 2019).

Biologická léčba schizofrenie je předmětem intenzivního výzkumu, díky němuž jsou vyvíjena efektivnější a specializovanější psychofarmaka (např. tzv. atypická antipsychotika), která mají přispívat k rychlé úpravě stavu pacienta (mají vliv nejen na pozitivní, ale i na negativní symptomy schizofrenie), a tím stabilizovat i jeho psychosociální funkce (Meltzer, 2017). U jedné pětiny až jedné třetiny pacientů se schizofrenií však dochází k přetrvávání psychotických symptomů i přes adekvátní antipsychotickou léčbu; hovoříme zde o tzv. schizofrenii rezistentní na léčbu, která je v poslední době předmětem celé řady studií (Miyamoto, Jarskog & Fleischhacke, 2014; Miyamoto a kol., 2012).

Včasné psychosociální intervence jsou velmi důležité i k minimalizaci škod způsobených tzv. internalizovaným stigmatem, který je negativně asociován s vnímanou sociální podporou a sociální interakcí. Vysoký stupeň internalizace stigmatu souvisí právě s narušením sociálních funkcí, nízkou úrovní fungování v sociální oblasti a je signifikantně asociován s více závažnými symptomy schizofrenie (Zhang a kol., 2019). V psychoterapii schizofrenie se významnou měrou uplatňuje a je shledávána velmi účinnou kognitivně-behaviorální terapie. Bylo prokázáno, že redukuje výskyt pozitivních i negativních symptomů schizofrenie (Candida a kol., 2016).

Nezbytnou součástí komplexní léčby schizofrenie je i kognitivní trénink (Guimond, Béland & Lepage, 2018), protože kognitivní deficit je u schizofrenie považován za klíčový psychopatologický příznak, jenž bývá často kladen do souvislosti s kvalitou života a úrovní psychosociálního fungování (Stehnová a kol., 2015). Nezbytná je v komplexní léčbě i práce s rodinnými příslušníky. Nejnovější poznatky ukazují, že čím je aplikace rodinné terapie v první epizodě a v prodromálním stavu psychózy včasnější, tím slibnější výsledky se za současného používání ostatních lege-artis postupů dostávají (McFarlane, 2016). Do psychosociální dimeze péče o pacienta se schizofrenií by měla být začleněna též spiritualita. Zde je však potřeba vysoce citlivý přístup ke každému jedinečnému životnímu příběhu (Mohr a kol., 2006).

Zajímavé jsou též výzkumy, které se zabývají důležitostí fyzikální léčby. Vancampfort (2012) ve své studii dokazuje, že aerobní cvičení a jóga redukuje psychiatrické symptomy, stavy úzkosti a projevy stresu a zvyšují kvalitu života, aerobní cvičení rovněž zlepšuje krátkodobou paměť a progresivní svalová relaxace redukuje stavy úzkosti a stresu.

3 Psychóza a R/S v odborné literatuře

3.1 Vymezení hlavních témat výzkumu

Náboženství a spiritualita hraje důležitou roli v životě mnoha lidí, a to včetně lidí se schizofrenií (Grover a kol., 2014); u pacientů se schizofrenií se R/S vyskytuje s velkou prevalencí (Huguelet a kol., 2009). Vztah mezi R/S a psychózou je komplikovaný a často nejednoznačný. Zatímco u některých pacientů R/S vnáší do jejich života naději, smysl a účel, u jiných indukuje duchovní zoufalství (Grover a kol., 2014).

Studie zaměřené na výzkum vztahu R/S a psychózy se často zaměřují na jednu doménu, problematiku je však užitečné vnímat komplexně. Proto Grover a kol. (2014) ve svém review zkoumal oblasti vzájemného vztahu R/S a schizofrenie a vyznačil je následovně: 1. náboženství/náboženské praktiky mezi pacienty se schizofrenií; 2. náboženství a psychopatologie; 3. vztah mezi náboženstvím a jinými klinickými aspekty u pacientů se schizofrenií; 4. náboženství a léčebná spolupráce pacientů se schizofrenií, 5. náboženské zvládání (coping) ve spojitosti se schizofrenií, 6. náboženství a modely nemoci u pacientů se schizofrenií, 7. náboženství a kvalita života pacientů se schizofrenií, 8. náboženství a chování při hledání pomoci.

K podobným kategoriím jsme dospěli i při tematické analýze studií, věnujících se danému tématu za posledních 20 let. Témata studií jsme rozdělili na čtyři hlavní kategorie: 1. R/S a jejich vliv na nemoc; 2. diferenciální diagnostika nemoci a spirituální zkušenosti/krize; 3. R/S a model nemoci; 4. R/S v léčbě schizofrenie včetně copingu.

Výzkumné okruhy jsou v obou analýzách téměř totožné, liší se však rozsahem jednotlivých kategorií. Grover a kol. (2014) navíc vyčleňuje kategorii

náboženství a kvalita života pacientů se schizofrenií; v naší dizertační práci jsme navíc vytvořili samostatné kategorie diferenciální diagnostika mezi nemocí a spirituální zkušeností a podkategorií smysl a porozumění nemoci. V následujícím přehledu uvádíme hlavní teze vybraných témat.

3.2 R/S a jejich vliv na nemoc

3.2.1 Náboženství a náboženské praktiky mezi pacienty se schizofrenií

Náboženské přesvědčení a spirituální praktiky jsou u pacientů se schizofrenií hojně rozšířeny (Verhagen a kol., 2012). Podle Nolana a kol. (2012) až 91 % pacientů referuje o tom, že praktikuje soukromé náboženské nebo spirituální aktivity. Triveni a kol. (2017) měli ve výzkumném vzorku v Indii vysoký podíl religiozních pacientů (99 %), což korespondovalo s podobnými výsledky ve zdravé srovnávací komunitě. Mohr a kol. (2012) zjistili, že u pacientů se schizofrenií je vyšší míra zapojení do náboženských praktik, zatímco Cohen, Jimenez a Mittal (2010) uvádějí, že náboženská angažovanost u těchto pacientů je nižší.

Mohr a Huguelet (2004) udávají, že se třetina pacientů se schizofrenií intenzivně angažuje v životě náboženské komunity; další třetina pak uvádí, že spiritualita hraje v jejich život důležitou roli a konají náboženské praktiky každý den, i když nejsou přímo zapojeni do nějaké náboženské komunity.

3.2.2 R/S a psychopatologie

Vliv R/S na psychopatologii je jednou z nejvíce zkoumaných oblastí (Grover a kol., 2014). V posledních desetiletích je možné pozorovat dramatický nárůst zájmu o výzkum náboženství a spirituality v souvislosti s bludy a halucinacemi (Gearing a kol., 2011), protože se zde může prolínat oblast náboženství a spirituality s psychopatií (Mohr a kol., 2010).

Bludy a halucinace náboženské povahy se mohou totiž vyskytovat v rámci psychotického onemocnění jako tzv. náboženské bludy (Grover a kol., 2014), zároveň však jsou stejné úkazy popisovány v náboženské a mystické literatuře v souvislosti s pojmy černá magie, duchové, démoni, mystické síly, čarodějnictví, woodoo apod., kde však nemají přídech psychopatologie (Gearing a kol., 2011). Výsledky výzkumů naznačují, že pacienti s náboženskými bludy hodnotí náboženství stejně jako lidé bez těchto bludů, ale pokud své bludy prezentují, pak se jim dostává menší podpory od náboženské komunity (Mohr a kol., 2010).

Nejednoznačný vztah je mezi R/S a přítomností náboženských bludů; zatímco některé studie uvádějí vyšší prevalenci náboženských bludů a halucinací u pacientů s vyšší religiozitou (Huang a kol., 2011), jiné studie tento vztah nepotvrzují (Rudaleviciene a kol., 2008). Podle Huguelet a kol. (2006) je náboženství důležitým tématem pro pacienty se schizofrenií, ale často se netýká obsahu jejich bludů.

Vliv náboženství na závažnost psychopatologie hodnotí množství studií, které docházejí k protichůdným závěrům. Některé studie tvrdí, že náboženské aktivity a víra se více vyskytují u osob, které vykazují vážnější psychopatologické symptomy, zvláště psychotické, a symptomy obecné psychopatologie (Mohr a kol., 2006), zatímco jiné tvrdí, že rostoucí náboženská aktivita je asociována s redukcí závažnosti symptomů (Tepper a kol., 2001). Zajímavé je zjištění

výzkumu z Indie: Anand, Das a Goyal (2018) zjistili, že přítomnost náboženských bludů u pacientů se schizofrenií byla asociována s delší dobou trvání neléčené psychózy. Triveni a kol. (2017) zjistili, že vyšší religiozita a častější náboženský coping jsou spojené s nižší úrovní psychopatologie a lepší kvalitou života. Náboženství a spiritualita může působit jako rizikový i protektivní faktor schizofrenie (Gearing a kol., 2011).

3.3 R/S a léčba schizofrenie včetně copingu; postoj odborníků

Tématu vzájemného vztahu R/S a léčby schizofrenie je v literatuře věnována poměrně velká pozornost (Weisman de Mamani a kol., 2010). Vzhledem k tomu, že až 50 % pacientů se schizofrenií nedodrží doporučenou léčbu (Zagozdzon & Wrotkowska, 2017), je velmi důležité zkoumat, co je příčinou tohoto stavu a jakým způsobem lze zvýšit jejich spolupráci (compliance, adherenci) při léčbě. Důležitou, ne však zcela jednoznačnou roli při compliance pacientů mohou hrát náboženské a spirituální faktory. Některé studie tvrdí, že R/S u pacientů se schizofrenií je asociováno s lepší adherencí k psychiatrické léčbě (Mohr a kol., 2006; Huguelet a kol., 1997), zatímco jiné uvádějí slabší adherenci (Mohr a kol., 2006; Borrás a kol., 2007). Některé studie tvrdí, že vyšší religiozita je asociována s nižší preferencí pro psychiatrickou léčbu (Grover a kol., 2014).

Možným klíčem k vysvětlení nejednoznačné role R/S může být tzv. „náhled na nemoc“, který souvisí s tzv. pacientovým pojetím nemoci (Mareš & Vachková, 2009). Náhled v psychiatrickém slova smyslu je definován jako schopnost pacienta rozpoznat, že jeho příznaky souvisejí s duševním onemocněním a jako takové vyžadují léčbu. Nedostatečný náhled může být důsledkem narušení kognitivních funkcí, často to však bývá důsledek toho, jak pacienti vnímají svůj aktuální stav. Pacientovo subjektivní vnímání nemoci odráží jeho světonázor a je

ovlivňováno náboženskou vírou, která se projevuje ve vnímání příčin a následně (ne)potřeby jejich léčby (Zagozdzon & Wrotkowska, 2017).

Kromě toho, že R/S má vliv na interpretaci nemoci a s tím související (ne)dodržování lékařské péče, je další důležitou otázkou, zda a jak pracovat s religiozitou a spiritulitou pacientů během jejich léčby, zejména v oblasti psychoterapeutické. Zagozdzon a Wrotkowska (2017) docházejí ve svém review k závěru, že začlenění problematiky R/S do psychoterapeutické léčby závažné duševní nemoci poskytuje prostor pro důležité diskuse, jak pacienti vnímají svět a jak s ním interagují. Velmi přínosné je to zejména u pacientů z jiného kulturního prostředí. Bohužel si však odborníci na léčbu schizofrenie často nejsou vědomi důležitosti náboženského přesvědčení svých pacientů. (Borras a kol., 2010). Je důležité si uvědomit, že na léčbu schizofrenie má vliv nejen R/S přesvědčení pacientů, ale i R/S přesvědčení pomáhajících profesionálů a dále chápání schizofrenie ze strany veřejnosti (Smolak a kol., 2013).

Jak již bylo uvedeno, náboženství často hraje v životě jednotlivců se schizofrenií důležitou roli, z toho důvodu by tedy mělo být též zařazeno do léčebných plánů. Ovšem míra významnosti R/S v životě konkrétního člověka a také konotace role R/S (pozitivní či negativní) je zcela individuální; záleží na jednotlivci a jeho interpretaci nemoci, a proto se nedoporučuje obecný (paušální) přístup k aplikaci R/S do léčby (Gearing a kol., 2011). Náboženství a spiritualita mohou být zdrojem podpory, a tedy pozitivně ovlivnit zotavení, nebo naopak mohou mít potíže v náboženském životě v nejširším slova smyslu (spiritual struggle) na léčbu negativní vliv (Webb a kol., 2011).

Moreira-Almeida, Koenig a Lucchetti (2014) přinášejí ve svém review praktické guidelines k integraci R/S do léčby pacientů s duševním onemocněním. Při integraci R/S do léčby je třeba dbát na dodržování etických hranic; v centru

pozornosti lékaře vždy musí být pacient, jeho pohled na svět, jeho spiritualita, jeho potřeby, a to bez snahy o ovlivnění ze strany pomáhajícího profesionála. Lékaři a terapeuti musí správně nahlížet oblast své vlastní spirituality či „antispirtuality“, aby jejich nereflektované emoční reakce negativně neovlivňovaly terapeutický proces. Získáním lékařského/psychoterapeutického vzdělání se totiž profesionál automaticky nestává odborníkem na spiritualitu, ale měl by s tímto tématem zodpovědně zacházet jak u pacienta, tak u sebe (Bartůšková & Glogar, 2014).

Náboženský coping, který lze chápat jako využití náboženského přesvědčení (víry) a chování k usnadnění řešení problémů nebo ke zmírnění negativních emočních důsledků stresových životních okolností (Koenig, Nielsen & Pargament, 1998), je velmi rozšířen mezi lidmi trpícími psychózou, ačkoliv jeho souvislost se symptomy a léčbou zůstává nejasná (Rosmarin a kol., 2013). Studie prokázaly, že vliv R/S na coping (stejně jako na zdraví i nemoc) může být klasifikován jako užitečný (pozitivní), škodlivý (negativní) a smíšený (Grover a kol., 2014).

Základní roli zde hraje známý fakt, že kognitivní faktory (např. přesvědčení, postoj, vnímání) ovlivňují emoce, chování a vnímání situace (Das & Jahan, 2018). To, co jednotlivci cítí, neurčuje samotná událost, ale spíše jejich individuální vnímání situace (Das & Jahan, 2019).

Způsob, jakým R/S ovlivní coping, je velmi úzce spojen s individuálním vnímáním náboženství, spirituality i sebe sama. Pokud je náboženská interpretace sebe i světa pozitivní, tedy laskavá a velkorysá, pak je R/S zdrojem zdravého copingu. Tento přístup zahrnuje pojmy jako náboženské očišťování/odpuštění, pozitivní náboženské vedení, vyhledání a získání náboženské pomoci od členů náboženské společnosti, aktivita v náboženské

komunitě, přijetí a nalezení smyslu (Pargament, Koenig & Perez, 2000). Carpenter a kol. (2012) v podobném duchu popisuje pozitivní náboženskou odpověď na stres, která je spojena s vnímáním Boha jako partnera a jako zdroj podpory.

Vlídne (laskavé) náboženské přehodnocení skutečnosti je asociováno s lepším well-being a menší osobní ztrátou z duševní nemoci. (Phillips & Stein, 2007). Pozitivní náboženský coping je asociován se signifikantně větší redukcí deprese a anxiety a rostoucím well-being u pacientů s psychózou (Rosemarin a kol., 2013) a s vyšší kvalitou života oblasti psychického zdraví. (Nolan a kol., 2012).

Náboženství a spiritualita mohou uspokojit lidské otázky po smyslu, pohodě a attachmentu, a tím mít pozitivní vliv na coping. Tyto benefity však nevylučují možnost napětí a obtíží v náboženském a duchovním životě, proto se v posledních desetiletích zaměřuje výzkumná pozornost na tzv. náboženský a duchovní boj (religious and spiritual struggle) (Exline, 2013).

Negativní nábožensko-copingové strategie zahrnují duchovní nespokojenost, démonické přehodnocení skutečnosti, nemoc jako výraz Božího trestu (Pargament a kol., 2000), pocit opuštění Bohem a hněv proti Bohu (Carpenter a kol., 2012). Představa Božího trestu a představa „úbytku Boží síly“ (oproti předchozímu očekávání, že Bůh zasáhne) byly asociovány s menším well-being a větší osobní ztrátou z duševní nemoci (Phillips & Stein, 2007).

Negativní náboženský coping (spiritual struggle) byl asociován u pacientů s psychózou s podstatně vyšší frekvencí a intenzitou sebevražedných myšlenek stejně jako s vyšším stupněm deprese, úzkostí a horším well-being (Rosmarin a kol., 2013), nižší kvalitou života (Nolan a kol., 2012) a vyšším distresem (Nurasikin a kol., 2013). Longitudinální studie ukazují, že vyšší religiozita a

využívání pozitivního náboženského copingu u pacientů je základem pro predikci menšího výskytu negativních příznaků, lepší kvality života a lepšího globálního klinického dojmu. (Mohr a kol., 2011).

Výzkum v této oblasti se zaměřuje i na tzv. obrazy Boha (např. Testoni a kol., 2016; Maliňáková & Tavel, 2016; Maliňáková a kol., 2020). Zjištění ukázala, že na copingové strategie má vliv nejen vědomá, ale i automatická náboženská hodnocení a přesvědčení. Již automatické přesvědčení o tom, že Bůh je realita, totiž souvisí s nižšími příznaky úzkosti a méně četným používáním vyhýbavého chování, např. užívání alkoholu, drog apod. Bůh může být vnímán jako bezpečná „figura“ pro attachment (Testoni a kol., 2016). Svoji roli ve výzkumu náboženského copingu a R/S hrají i jiné faktory, např. pohlaví a zeměpisná poloha (Turner, Hastings & Neighbors, 2019) a dále ochota jednotlivce sdílet při výzkumu důležitost modlitby jako copingového mechanismu (Chatters a kol., 2008).

3.4 R/S a chování při hledání pomoci

Chování při hledání pomoci v rámci léčby duševní nemoci ovlivňují různé faktory: konkrétní jedinec je spjat s konkrétním náboženským, historickým a sociálním prostředím (Kondrat & Teater, 2009). Andersen (2008) identifikuje kontextuální a individuální faktory, které mohou mít vliv na vyhledání a využití zdravotní péče. Studie ukázaly, že náboženské přesvědčení má vliv na léčbu schizofrenie: náboženská témata byla pozitivně asociována s copingem, angažovaností v léčbě a s chováním při hledání pomoci (Smolak a kol., 2013; Turner, Hastings & Neighbors, 2019).

Prvním krokem v léčbě duševního onemocnění často bývá vyhledání náboženské pomoci (Padmavati, Thara & Corin, 2005). Zjištění v rámci studií

ukazují, že členové rodiny a pečovatelé častěji preferují – v souladu se svým náboženským přesvědčením – pomoc u odborníků na náboženství a spiritualitu a opatrně přistupují vůči odborníkům v oblasti duševního zdraví (Smolak a kol., 2013).

Chování při hledání pomoci v léčbě je však velmi kulturně odlišné. Fridgen a kol. (2013) ve své studii došli k závěru, že v Evropské unii při hledání pomoci v raných stádiích schizofrenie využívali lidé nemedicínské instituce jen zřídka, vyhledávali ale zdravotnické odborníky jiných oborů, nikoliv specializovanou psychiatrickou službu.

Ve vyhledání pomoci léčby duševního onemocnění hrají kromě náboženského přesvědčení a jeho síly roli ještě další faktory (Turner, Hastings & Neighbors, 2019), např. věk nemocných, kdy starší lidé méně vyhledávají a přijímají zdravotnickou pomoc ve srovnání s lidmi mladšího a středního věku (APA, 2016), riziko stigmatizace (Jimenez a kol., 2013), finanční situace nemocného, dostupnost zdravotnického systému (SAMSHA, 2016) a pohlaví, neboť ženy více využívají zdravotní pomoci než muži (Pattyn, Verhaeghe, & Bracke, 2015).

Integrace spirituality do léčebné psychiatrické a psychoterapeutické péče je stále kontroverzním tématem, ačkoliv je možnost získat stále více informací o benefitech tohoto přístupu a reálné potřebě integrace témat R/S do léčby (Hefti a kol., 2011). Lékaři jsou si bohužel jen zřídka vědomi důležitosti religiozity a spirituality pro pacienty (Grover a kol., 2014).

3.5 R/S a modely nemoci u pacientů se schizofrenií, včetně nalézání jejího smyslu

Běžný biomedicínský model vzniku psychózy, jak ho popisuje současné dominantní paradigma, není dostatečně přijatelný pro všechny pacienty s psychózou (Marriot a kol., 2019). Kulturní a náboženské přesvědčení má vliv jak na vnímání příčiny vzniku schizofrenie, tak i na vysvětlení symptomů a na chování vedoucí k vyhledání pomoci. (Chidarikire a kol., 2018). Analýzy ukazují, že různé obsahy spirituální interpretace nemoci nejsou pozitivní nebo negativní samy o sobě, ale jsou vázány na to, jaké náboženské vize a interpretace má pacient v sobě integrovány (Huguelet a kol., 2010).

Spirituální pohled na nemoc je čtenější u těch pacientů s psychózou, u nichž je náboženská dimenze osobně důležitá. Spirituální interpretace nemoci mohou být různé, nejčastější jsou pozitivní náboženská interpretace („vidím nemoc jako milost“), trestající náboženská interpretace („moje nemoc je trest za mé hříchy“), démonické vysvětlení („nemoc je důsledek posednutí démony“), přehodnocení Boží síly („na začátku jsem hledal spirituální uzdravení, nyní hledám úzdravu ve vědě“) nebo ne zcela jednoznačné vysvětlení (Huguelet a kol., 2010).

Subjektivní pacientovo pojetí nemoci je možné chápat jako individuálně prožívanou zkušenost, na jejímž vzniku se podílejí kromě osobnostních daností také rodinné zkušenosti, kultura a komunita (Mareš & Vachková, 2009). U pacientů se schizofrenií se ale zdá, že spirituální interpretace nemoci u nich spíše souvisí s jejich subjektivním vnímáním náboženství než s kontaktem s náboženskou komunitou. I když jsou často silně subjektivně spirituálně angažováni, ve srovnání s obecnou populací je méně pravděpodobné, že půjdou do kostela nebo navštíví duchovního (Huguelet a kol., 2006).

Duševní nemoci a jejich „nálepký“ jsou napříč kulturami vnímány jako stigmatizující a vedou k mnoha předsudkům a diskriminaci. Není proto divu, že zvláště ti, u nichž není medicínská léčba schizofrenie příliš úspěšná, mají potřebu vysvětlení, jež by přesahovalo „jednoduchý“ medicínský pohled. Nemedicínské, nadpřirozené modely se zdají být v některých kulturách preferovány, aby bylo možno vyrovnat se s devastací, jež nemoc působí. Tyto nadpřirozené interpretace jsou kulturně přijatelným mechanismem, jak se vypořádat s neúspěchem při léčbě (Johnson a kol., 2012).

Multikulturní studie mapují různé spirituální interpretace příčin nemocí: běloši uvádějí biologické příčiny častěji než obyvatelé Karibiku a Bangladéše, kteří zase častěji uvádějí sociální příčiny (Mc Cabe & Priebe, 2004). Při srovnání jordánských a německých pacientů měli jordánští pacienti tendenci věřit více v esoterické faktory jako příčinu své nemoci (Conrad a kol., 2007), 66–77 % indických pacientů uvádí alespoň jednu nadpřirozenou příčinu nemoci (Kate a kol., 2012), zatímco studie z jiných částí světa uvádí přibližně 10 % takto hodnotících pacientů (Unal, Kaya & Yalvac, 2007).

Chidarikire a kol. (2018) ve své studii v Zimbabwe zjistili, že nejvíce účastníků připisuje symptomy schizofrenie v rámci svého kulturního kontextu magii, čarodějnictví a působení zlých duchů. Jako další možné příčiny vzniku schizofrenie pak participanti výzkumu připouštějí stres v životě, rodinné vlivy, lékařské příčiny a užívání nelegálních drog.

Výzkumy subjektivních pojetí nemocí (explanatory model) docházejí k závěru, že tyto modely pomáhají vysvětlit a překonat individuální obavy z nemocí. Častá přítomnost vícečetných, často i současně se vyskytujících protichůdných pojetí nemocí naznačují, že se jedná o pragmatickou copingovou reakci (Jacob, 2014).

Ačkoliv jen málo pacientů (9,6 %) věřilo, že magické náboženské rituály postačí ke zlepšení průběhu jejich duševní nemoci, stejně však přibližně jedna čtvrtina (24,7 %) připustila, že během nedávné epizody prováděli magické náboženské rituály buď oni, nebo jejich pečovatelé (Kate a kol., 2012).

3.6 Diferenciální diagnostika nemoci a R/S zkušenosti

Tradiční psychiatrie nerozlišovala mezi mystickou a psychotickou zkušeností. Na všechny neobvyklé stavy bylo nahlíženo v podstatě jako na patologické a přiřazovaly se jim anatomické, fyziologické a biochemické změny v mozku, případně jiné medicínské příčiny (Grof & Grof, 2017).

Výzkumy potvrzují, že halucinatorní zkušenost se může vyskytovat i v mnoha jiných než psychopatologických situacích a může být běžná i u zdravé neléčené populace. Výskyt psychotických zážitků není vždy spojen s duševními chorobami (Menezes Jr. & Moreira-Almeida, 2010; Arnaud & Cormier, 2017).

V současné době je v rámci výzkumů vztahů mezi R/S a duševním zdravím věnována pozornost i oblasti spirituálních zkušeností jednotlivců. Je nezbytné těmto stavům lépe porozumět; spirituální zkušenost může být totiž zaměněna za psychotickou epizodu, protože transcendentní zážitky mohou být považovány za příznaky schizofrenie (Moreira-Almeida & Cardena, 2011). Na druhé straně psychotičtí pacienti mohou mít příznaky náboženské/spirituální povahy (Koenig a kol., 2007).

Studie přináší diferenciativní diagnostická vodítka, která umožní odlišit patologické a zdravé spirituální zkušenosti. Podle Koeniga a kol. (2007) má zdravý náboženský jedinec náhled na svoji zkušenost, patří do skupiny lidí, kteří sdílí jeho víru a zkušenosti, nejeví známky duševních poruch, je schopen

produktivně pracovat, nemá problémy se zákonem, nepoškozuje se a umí nakládat s časem.

V podobném duchu vymezují Grof a Grof (2017) tzv. psychospirituální krizi, což je stav, kdy „jedinec prochází tak překotným procesem osobního zrání, že to u něj vyvolá krizi doprovázenou změněnými stavy vědomí (...) a svými příznaky se nejčastěji podobá psychotickým onemocněním“ (Motl, 2016, s. 66). Lukoff (2007) zase hovoří o tzv. spirituálně vizionářské zkušenosti.

Grof a Grof (2017) zdůrazňují, že koncept psychospirituální krize není namířen proti tradiční psychiatrii, ale nabízí alternativní přístup k jedinci, který z tohoto přístupu může těžit. Kromě kategorizace psychospirituální krize a možností terapeutické asistence nabízejí Grofovi též diagnostická vodítka pro rozlišení psychotického onemocnění a psychospirituální krize. Grofových sedm diagnostických kritérií lze shrnout následovně: jedná se o epizody neobvyklých zážitků, které zahrnují „změny ve vědomí, vnímání, emocionálním, kognitivním a psychosomatickém fungování, v nichž je významný transpersonální důraz, výskyt synchronicit nebo mimosmyslové vnímání, intenzivní energetické jevy, identifikace s kosmickým vědomím“ (Grof & Grof, 2017, s. 30), a to za nepřítomnosti (hrubé) organické poruchy ať již mozku či jiných systémů, které by mohly být podkladem pro mentální poruchu. Jedinec nemá za sebou dlouhou historii psychiatrické péče a hospitalizace. Důležitým kritériem je též to, že psychospirituální krizi člověk vnímá jako vnitřní psychologický proces, při kterém je zachována kapacita pro adekvátní pracovní vztahy a duševní činnost. Někdy není – zejména v počátku – možné spolehlivě odlišit duševní nemoc a psychospirituální krizi.

Menezes Jr. & Moreira-Almeida (2010, s. 177-178) zrevidovali dostupná kritéria diferenciální diagnostiky spirituální zkušenosti a duševní nemoci a výsledky shrnuli do devíti bodů:

1. Absence psychického utrpení: jednatlivec se necítí rozrušený (znepokojený) kvůli zkušenosti, kterou má.

2. Absence sociálních a pracovních překážek: zkušenost neohrožuje jednotlivcovy vztahy a aktivity.

3. Zkušenost má krátké trvání a přichází občas: nezasahuje invazivně do vědomí a denních aktivit jednatlivce a je zachována schopnost vnímat neobvyklou povahu zážitku.

4. Je zachován kritický postoj ke zkušenosti: jednatlivec je schopen vnímat neobvyklou povahu zážitku.

5. Kompatibilita zkušenosti s vlastní náboženskou tradicí: zkušenost jednatlivce může být pochopena uvnitř konceptu a praktik přítomných v dané náboženské tradici.

6. Absence psychiatrických komorbidit: nejsou přítomny duševní nemoci nebo jiné symptomy svědčící pro ně kromě těch, které souvisejí se spirituální zkušeností.

7. Kontrola nad zkušeností: jednatlivec je schopen nasměrovat své zkušenosti na správné místo a čas pro jejich výskyt.

8. Život se stává smysluplnějším: jednatlivec dosahuje komplexnějšího porozumění svému životu.

9. Jednatlivec je soustředěn na pomoc druhým: rozšiřuje se vědomí hlubokého propojení s ostatními lidskými bytostmi.

Výše uvedený vývoj diferenciální diagnostiky mezi spirituální zkušeností a psychopatologií našel odezvu v klasifikaci nemocí DSM. Ve IV. verzi americké klasifikace DSM se poprvé se objevila kategorie s názvem „Náboženský nebo

spirituální problém“. Podle Lukoffa a kol. (1998) je to výrazem rostoucí citlivosti profesionálů v oblasti duševního zdraví ke kulturní a spirituální diverzitě. I současná verze DSM-V tuto kategorii zachovává s důrazem na kulturní rozmanitost a neredukující a nepatologizující pohled na náboženskou a duchovní problematiku (Prusak, 2016; Arnaud & Cormier, 2017).

3.7 R/S a kvalita života pacientů se schizofrenií

Vystihnout definicí konstrukt kvality života není jednoduchý úkol (Bakas a kol., 2012). Světová zdravotnická organizace (WHO) kvalitu života definuje jako individuální vnímání jedince, který si uvědomuje své pozice v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž žije, a to ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, normám a zájmům (WHO, 1995, s. 1405). Spiritualitu, náboženství a osobní přesvědčení považuje WHO při hodnocení kvality života za důležitou oblast (Culliford, 2002).

Schizofrenie jakožto závažné duševní onemocnění může zásadním způsobem ovlivnit kvalitu života (QOL, Quality of life) jedince (Kao a kol., 2011). QOL se stává nejdůležitějším měřítkem pro hodnocení výsledků léčby pacientů se schizofrenií; někdy bývá vnímána jako hlavní výsledek léčby (Awad & Voruganti, 2012; Boyer a kol., 2013) a ve výzkumech je mu věnována stále větší pozornost (Holubová a kol., 2017).

Jak již bylo uvedeno v kapitole 1.4., R/S může ovlivňovat kvalitu života prostřednictvím nejrůznějších behaviorálních, sociálních, psychologických a fyziologických mechanismů (Grover a kol., 2014).

Kvalitu života může v životě psychiatrických pacientů negativně ovlivňovat řada vlivů, jako je věk, závažnost psychopatologie, počet psychiatrických

hospitalizací, komorbidita s depresí a sociální fobií, vyhýbavé chování, řídké či žádné partnerské vztahy, nižší vzdělání, nezaměstnanost a nižší sebevědomí (Vrbová a kol., 2017). Významným faktorem, který má na kvalitu života vliv, je sebestigmatizace (Livingston & Boyd, 2010).

Kvalita života pacientů se schizofrenií je ve srovnání se zdravou kontrolní skupinou téměř ve všech měřených doménách nižší (Holubová a kol., 2017). Nejlepšími prediktory kvality života a jejích psychosociálních domén byly pocity pacienta související se stigmatizací (pocit nepochopení, odlišnosti a studu) a věk. Výsledky studie naznačují, že negativní emoční reakce jedince může posílit internalizované stigma a snížit tak kvalitu života. Věk jako nejlepší prediktor naznačil, že přizpůsobení duševním onemocněním může ulehčit vnímané stigma a dosáhnout příznivé kvality života (Wang a kol., 2017).

Kvalita života negativně koreluje s objektivním či subjektivním hodnocením závažnosti onemocnění, ale také se stupněm depresivity a/nebo úzkostnosti. Zpětná regresní analýza ukázala, že ačkoliv závažnost poruchy byla důležitým faktorem, další činitelé jako např. osobnostní rysy, naděje a sebestigmatizace byly ve vztahu ke kvalitě života významnější. Pacient s vyšší nadějí má vyšší kvalitu života a naopak. Naději lze vnímat jako určitou úroveň spirituality (Vrbová a kol., 2017).

Důležitý vliv na celkovou kvalitu života prokazují právě spiritualita a religiozita (Shah a kol., 2011), přičemž studie potvrzují pozitivní spojení mezi spiritualitou, duševní nemocí a QOL (Caqueo-Urizar a kol., 2016). R/S zlepšuje kvalitu života tím, že nabízí pacientům vnímání smyslu života i se schizofrenií, pocit kontroly a je pro ně zdrojem pozitivního copingu (Caqueo-Urizar a kol., 2016; Grover a kol., 2014), naděje a síly (Koenig, 2009; Mandizadza & Chidarikire, 2016).

R/S zlepšuje kvalitu života i prostřednictvím sociálních faktorů, které souvisejí se členstvím v náboženské komunitě, např. snížení izolace, začlenění do sociálních sítí, lepší přístup k materiálním zdrojům, jako je jídlo, ubytování, léky apod. (Salehi a kol., 2018). Spiritualita a víra poskytuje člověku smysl, umožňuje mu rozvinout sebeúctu a celkový pozitivní životní výhled a zažít pocit sounáležitosti, čímž zvyšuje jeho kvalitu života (Chidarikire a kol., 2018). S ohledem na důležitost náboženství a spirituality navrhla WHO škálu k měření QOL, která by zahrnovala i R/S. Tato škála je známá jako škála WHO QOL-SRPB (Spirituality, Religiosity and Personal Belief Scale) (Grover a kol., 2014).

Empirická část

4 Úvod do empirické části

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, ve světové literatuře probíhá již desetiletí rozsáhlý výzkum věnující se vztahům R/S a psychotického onemocnění (schizofrenie). V českém prostředí, i když v menší míře, lze rovněž nalézt práce zabývající se touto problematikou – např. Motl, 2011; Motl, 2016; Malá, 2016. V praxi se tomuto tématu věnuje např. psycholog M. Vančura, zakladatel Diabasis z.s., organizace, která prakticky pracuje se spirituálními tématy u pacientů s psychózou (Občanské sdružení Diabasis, ©2018).

4.1 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu bylo:

1. zmapování výskytu, vnímání a prožívání R/S u pacientů se schizofrenií;
2. zjištění vlivu R/S na subjektivně vnímanou kvalitu života pacientů se schizofrenií.

Naměřené výsledky ve zkoumaném vzorku českých pacientů se schizofrenií byly porovnány s výsledky reprezentativního vzorku české populace.

4.2 Výzkumné otázky

Ve výzkumu byly stanoveny tyto konkrétní výzkumné otázky:

- A. Liší se výskyt R/S a náboženského chování ve výzkumném vzorku pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací?
- B. Liší se prožívání R/S mezi pacienty se schizofrenií a zdravou populací?

C. Má R/S u pacientů se schizofrenií vliv na subjektivně prožívanou kvalitu života?

Pro testování byly tedy stanoveny tyto nulové hypotézy:

H0 1: Četnost výskytu věřících a nevěřících se ve skupině zdravých a skupině respondentů se schizofrenií neliší.

H0 2: Četnost návštěv bohoslužeb pacientů se schizofrenií se v porovnání se zdravou populací neliší.

H0 3: Četnost modliteb pacientů se schizofrenií se v porovnání se zdravou populací neliší.

H0 4: Hrubé skóry subškály úzkostnosti dotazníku Prožívání blízkých vztahů (ECR-R) se u pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací neliší.

H0 5: Hrubé skóry subškály vyhýbavosti dotazníku Prožívání blízkých vztahů (ECR-R) se u pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací neliší.

H0 6: Hrubé skóry škály Negative Religious Coping (NRC) se u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou religiózní populací neliší.

H0 7: Hrubé skóry Škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) se u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s religiózní zdravou populací neliší.

H0 8: Hrubé skóry domény GH (general health, všeobecné vnímání zdraví) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 9: Hrubé skóry domény PF (physical functioning, fyzické funkce) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 10: Hrubé skóry domény RP (role physical, omezení fyzických aktivit) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 11: Hrubé skóry domény BP (bodily pain, bolest) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 12: Hrubé skóry domény VT (vitality, vitalita) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 13: Hrubé skóry domény SF (social functioning, sociální fungování) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 14: Hrubé skóry domény MH (mental health, vnímání psychického zdraví) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 15: Hrubé skóry domény RE (role emotional, emoční omezení rolí) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 16: Hrubé skóry celkového skóre PCS (physical component summary, celkové fyzické zdraví) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 17: Hrubé skóry celkového skóre MCS (mental component summary, celkové psychické zdraví) se v Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

H0 18: Hrubé skóry GSI (global severity index, celková míra závažnosti příznaků) se u české verze Stručného inventáře příznaků (BSI-53) u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií neliší.

4.3 Popis vzorku

Sběr dat pacientů se schizofrenií probíhal v období od listopadu roku 2016 do února roku 2017. Výzkumu se zúčastnilo 50 pacientů Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov s.r.o. v Praze, kteří byli léčeni v tomto specializovaném zařízení pro léčbu psychóz s klinicky potvrzenou diagnózou schizofrenie.

Do výzkumu byli zařazeni pacienti, jejichž stav umožňoval účast na výzkumu, neprobíhala u nich akutní ataka schizofrenie a byli schopni pochopit význam otázek. Výzkum probíhal formou řízeného rozhovoru s ošetřující

lékařkou. Výhodou byl již navázaný důvěryhodný vztah, znalost aktuálního klinického stavu a možnost okamžitého terapeutického zásahu v případě, že by některá otázka vyvolala u pacientů nepříjemný stav. Ke zhoršení zdravotního stavu během výzkumu nedošlo. Všichni pacienti se výzkumu účastnili dobrovolně, většina z nich by po ukončení chtěla pokračovat v dalších výzkumech, neboť svou účast prožívali jako smysluplnou a zažívali pocit důležitosti, že se mohou výzkumu účastnit.

Sběr dat zdravých respondentů výzkumu byl realizován v rámci reprezentativního výzkumu OUSHI profesionálně vyškolenými administrátory v září a říjnu roku 2016. V rámci předvýzkumu byly výzkumné nástroje a znění otázek ověřeny na 206 respondentech.

Terénní šetření reprezentativního vzorku bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Konečná podoba tazatelského archu byla stanovena na základě výsledků předvýzkumu. Celkem bylo osloveno 2184 náhodně vybraných občanů, z nichž 384 (17,6 %) rozhovor odmítlo poskytnout. Většinou se jednalo o muže a ženy do 24 let. Mezi nejčastější důvody odmítnutí patřil nedostatek času (39,2 %), nezájem o účast a nedůvěra k výzkumu (24,0 %), nevyhovující téma výzkumu a osobní charakter otázek (17,2 %) a délka a náročnost dotazníku (11,2 %). Samotný výzkumný soubor byl tvořen 1800 respondenty z České republiky vybranými náhodným výběrem pomocí kvót. Soubor je reprezentativním vzorkem populace České republiky ve věku nad 15 let z hlediska pohlaví (48,7 % mužů), věku (průměrný věk 46,41, SD=17,40), vzdělání (základní 7,8 %, středoškolské 72,0 % a vysokoškolské 20,2 %) a regionální příslušnosti. Design studie byl schválen Etickou komisí OUSHI (No 2016/3). Z celkového počtu

vyplněných dotazníků bylo do vzorku zdravé populace pro účely této práce vybráno 406 respondentů, kteří neuváděli žádné dlouhodobé zdravotní obtíže.

4.4 Struktura výzkumu

Pacienti byli nejprve dotazováni na socio-demografické údaje:

1. pohlaví (muž-žena),
2. věk,
3. s kým žijete v domácnosti (v manželství, partnerství, bez stálého partnera, jiná možnost – uveďte),
4. rodinný stav,
5. nejvyšší dosažené vzdělání,
6. ekonomická aktivita.

Poté vyplňovali baterii dotazníků: českou verzi Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey, českou verzi Stručného inventáře příznaků (BSI-53), dotazník Prožívání blízkých vztahů (ECR-R). Následoval výzkum R/S. Pacienti byli dotazováni na náboženskou výchovu v rodině, náboženskou příslušnost a náboženské chování, vyplňovali škálu NRC, dotazník zaměřený na zkoumání obrazů Boha (Baylor study 2005) a Škálu každodenní spirituální zkušenosti (DSES).

4.5 Popis jednotlivých metod:

R/S a náboženské chování byly ve výzkumu zkoumány prostřednictvím otázek na náboženskou příslušnost, náboženskou výchovu náboženské chování.

4.5.1 Religiozita a spiritualita

Religiozita a spiritualita byly hodnoceny podle následujících otázek na:

1. náboženskou výchovu v rodině:

Znění otázky: Byl/a jste ve své rodině vychováván/a k víře?

Škála odpovědí: ano zcela; ano částečně; ne; ne, má rodina byla protinábožensky zaměřená.

2. subjektivní vnímání religiozity:

Znění otázky: Označil/a byste se nyní za věřícího člověka?

Škála odpovědí: ano, jsem člen církve nebo náboženské organizace; ano, ale nejsem členem církve nebo náboženské organizace; ne; ne, jsem přesvědčený ateista.

3. náboženské chování:

Ti, kteří se považovali za věřícího člověka, ještě vyplnili údaje o náboženském chování:

Znění otázky: Jak často navštěvujete bohoslužby nebo náboženská setkání?

Škála odpovědí: vůbec, příležitostně, často, ne každý týden; snažím se jednou týdně; více než jednou týdně

Znění otázky: Kolik času věnujete osobní modlitbě (mimo náboženská setkání)?

Škála odpovědí: alespoň půl hodiny každý den; asi deset minut každý den; asi deset minut dohromady během týdne; modlím se pouze příležitostně; nemodlím se.

4.5.2 Kvalita života

Kvalita života byla měřena prostřednictvím české verze Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 – Health survey. Psychometrická analýza této verze byla provedena týmem OUSHI (Bartůšková a kol., 2018). Česká verze dotazníku hodnotí zdravotní stav respondenta v uplynulých čtyřech týdnech pomocí osmi otázek, které mapují osm oblastí fyzického a psychického zdraví:

1. Všeobecné vnímání zdraví (general health, GH);
2. Fyzické funkce (physical functioning, PF);
3. Omezení fyzických aktivit (role physical, RP);
4. Bolest (bodily pain, BP);
5. Vitalita (vitality, VT);
6. Sociální fungování (social functioning, SF);
7. Vnímání psychického zdraví (mental health, MH);
8. Emoční omezení rolí (role emotional, RE).

Každá z těchto domén je v dotazníku SF-8 zastoupena jednou položkou. Z dotazníku je možné vypočítat celkové fyzické zdraví (PCS) a celkové psychické zdraví (MCS). Pomocí otázek se kvantifikuje subjektivní prožívání respondenta v dané oblasti: otázky 1 a 4 poskytují šest možností odpovědí, zbylé otázky pět možností (vůbec ne, trochu, nějaké, poměrně dost, nemohl jsem provádět činnost). Každá odpověď je z důvodu zachování komparability mezi jednotlivými verzemi dotazníku SF skórována podle dotazníku SF-36, verze 2 škálovacího normovaného skóru, který byl vytvořen v roce 1998 pro populaci USA. Skór je normován ve formě tzv. T-skóru s průměrnou hodnotou 50 a směrodatnou odchylkou 10. Vyšší hodnota skóru indikuje lepší zdravotní stav (Bartůšková a kol., 2018).

4.5.3 Aktuální klinický stav

Aktuální klinický stav respondentů byl posuzován prostřednictvím české verze dotazníku Stručný inventář příznaků BSI-53 a dotazníku ECR-R. Validace dotazníku BSI-53 v českém prostředí byla realizována týmem OUSHI (Kabát a kol., 2018). Tento dotazník sloužící ke zjišťování psychopatologie je zkrácenou verzí dotazníku Symptom Checklist-90 (SCL-90) a zachovává všech devět primárních symptomových dimenzí:

1. Somatizace (somatization; SOM);
2. Obsese, kompulze (obsession, compulsion; OC);
3. Interpersonální senzitivita (interpersonal sensitivity; IS);
4. Deprese (depression; DEP);
5. Úzkost (anxiety; ANX);
6. Hostilita (hostility; HOS);
7. Fobická úzkost (phobic anxiety; PHOB);
8. Paranoidní myšlení (paranoidity; PAR);
9. Psychoticismus (psychoticism; PSY).

Součástí dotazníku jsou čtyři nezařazené položky zaměřené na chuť k jídlu, spánek, přemýšlení o smrti a pociťování viny. Všechny položky jsou hodnoceny na pětibodové škále Likertova typu 0 až 4 (od „vůbec ne“ po „velmi silně“).

Respondent popisuje výskyt symptomu v posledních čtyřech týdnech. Z dotazníku lze získat kromě hodnoty tzv. symptomových dimenzí také celkový ukazatel závažnosti příznaků (GSI), který vyjadřuje celkovou míru závažnosti a je považován za nejlepší ukazatel současného psychického stavu jedince, dále index PSDI (Positive Symptoms Distress Index), který slouží ke stanovení

nepohody při symptomech, a index PST (Positive Symptoms Total), který informuje o počtu symptomů.

4.5.4 Prožívání blízkých vztahů

Dotazník Prožívání blízkých vztahů (ECR-R) je sebeposuzovací dotazník o 36 položkách sloužící k měření vztahové vazby v dospělosti. Pro české prostředí byla nejprve vytvořena v rámci validační studie jeho zkrácená verze (ECRR-16) na vzorku 1000 obyvatel ČR (Kaščíková a kol., 2016). V dizertaci je používána verze validizovaná týmem OUSHI (Hašto a kol., 2018). Škála obsahuje osm položek, týkajících se vztahové úzkostnosti a osm reverzně skórovaných položek vztahové vyhýbavosti; vztahová úzkostnost či vyhýbavost reprezentují dvě dimenze dané vazby.

Respondenti vyjadřují v dotazníku souhlas či nesouhlas s tvrzeními, které reprezentují dvě dimenze vztahové vazby, úzkostnost a vyhýbavost. Odpovědi se hodnotí na sedmistupňové škále Likertova typu od 1 (silně souhlasím) po 7 (silně nesouhlasím).

4.5.5 Vnímání a prožívání R/S

Vnímání a prožívání R/S bylo ve výzkumném vzorku měřeno prostřednictvím škály NRC, Škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) a dotazníku Obrazy Boha (Image of God, Baylor survey, 2005). Z logiky věci byl tento dotazník distribuován jen věřícím respondentům.

4.5.6 Negativní náboženský coping

Škála NRC byla validizována pro české prostředí týmem OUSHI (Janů a kol., 2019). Obsahuje sedm položek, na které je možné odpovídat na čtyřstupňové škále Likertova typu od vůbec ne (1) po hodně (4), celkově je tedy možno získat skóre 7-28. Škála NRC reflektuje náboženské boje (religious struggles) u R/S respondentů.

4.5.7 Každodenní spirituální zkušenost

Česká verze dotazníku DSES byla validizována týmem OUSHI (Maliňáková a kol., 2018). Spiritualita je v tomto dotazníku vymezena jako subjektivní chápání vztahu mezi jedincem a transcendentem. Škála neměří náboženské chování, jako je např. účast na bohoslužbách nebo aktivní zapojení v náboženské komunitě, ale právě subjektivní spirituální prožívání s důrazem na každodennost a všednost, tedy na každodenní spiritualitu. DSES je tvořena 15 položkami, které jsou hodnoceny na šestistupňové modifikované Likertově škále odstupňované podle intenzity prožívání sledovaných jevů (1 = mnohokrát denně; 2 = každý den; 3 = většinu dní; 4 = některé dny; 5 = občas; 6 = nikdy). Vysoké hodnoty DSES skóru odpovídají nízké intenzitě spirituálního prožívání; celkový výsledek je možné obrátit a místo o skóru DSES mluvit o intenzitě prožívání (Maliňáková a kol., 2018). Při zpracování dotazníku byly z důvodu napojení dat respondentů zdravých a respondentů se schizofrenií proměnné DSES standardními postupy revertovány a bylo spočteno jejich sumární a průměrné skóre. V této dizertační práci tedy platí, že vyšší hodnoty DSES znamenají vyšší intenzitu spirituálního prožívání, a to zdravých respondentů i respondentů se schizofrenií. Takto zpracované výsledky jsou z hlediska interpretace názornější a logičtější.

4.5.8 Vnímání a prožívání obrazu Boha

Dotazník Obrazy Boha vychází z jedné otázky rozsáhlého výzkumu (Baylor survey, 2005, položka 23): „How well do you feel that each of the following words describe God?“ Respondenti v české verzi odpovídají na otázku: „Jak dobře podle Vašeho vnímání a osobního prožívání každé z těchto slov či slovních spojení vystihuje Boha?“ Odpovídat je možné na celkem 18 možných položek na čtyřstupňové škále Likertova typu od velmi dobře (1) po vůbec ne (4). Využití tohoto dotazníku je možné najít v odborné literatuře (Maliňáková a kol., 2020).

5 Výsledky

5.1 Rozložení vzorku podle sociodemografických údajů

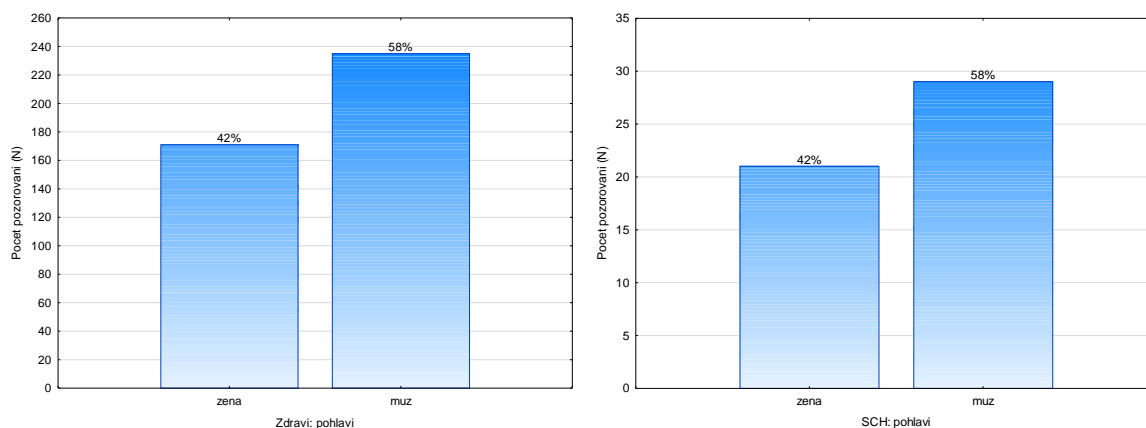
Vyhodnocení sociodemografické části dotazníků s ohledem na zastoupení jednotlivých obou kategorií populace je uvedeno v Tabulce 1.

Tabulka 1. Četnost a procentuální zastoupení sledovaných kategorií sociodemografických údajů zkoumaného vzorku populace.

	Zdraví n (%) 406	SCH n (%) 50
<i>Pohlaví</i>		
1. mužské	235 (57.9)	29 (58.0)
2. ženské	171 (42.1)	21 (42.0)
<i>Věk</i>		
1. 15-19	44 (10.8)	0 (0.0)
2. 20-29	113 (27.8)	7 (14.0)
3. 30-39	89 (21.9)	13 (26.0)
4. 40-49	87 (21.4)	21 (42.0)
5. 50-59	37 (9.1)	7 (14.0)
6. 60-69	28 (6.9)	2 (4.0)
7. 70-88	8 (2.0)	0 (0.0)
<i>Způsob života</i>		
1. s manželem/manželkou	153 (37.7)	4 (8.0)
2. s partnerem/kou	98 (24.1)	4 (8.0)
3. sám/a bez stálého partnera/ky	94 (23.2)	15 (30.0)
4. s rodiči/sourozenci	61 (15.0)	27 (54.0)
<i>Rodinný stav</i>		
1. svobodný/á	165 (40.6)	40 (80.0)
2. ženatý, vdaná	154 (37.9)	6 (12.0)
3. rozvedený/á	26 (6.4)	4 (8.0)
4. vdovec, vdova	18 (4.4)	0 (0.0)
5. druh, družka (partnerský vztah)	43 (10.6)	0 (0.0)
<i>Nejvyšší dosažené vzdělání</i>		
1. základní	18 (4.4)	7 (14.0)
2. SOU bez maturity	82 (20.2)	12 (24.0)
3. střední škola s maturitou	212 (52.2)	20 (40.0)
4. vysokoškolské	94 (23.2)	11 (22.0)
<i>Ekonomická aktivita</i>		
1. zaměstnaný	248 (61.1)	11 (22.0)
2. podnikatel, OSVČ	49 (12.1)	1 (2.0)
3. v domácnosti, včetně MD	11 (2.7)	0 (0.0)
4. nezaměstnaný	10 (2.5)	1 (2.0)
5. student	71 (17.5)	0 (0.0)
6. invalidní důchodce	2 (0.5)	37 (74.0)
7. starobní důchodce	15 (3.7)	0 (0.0)

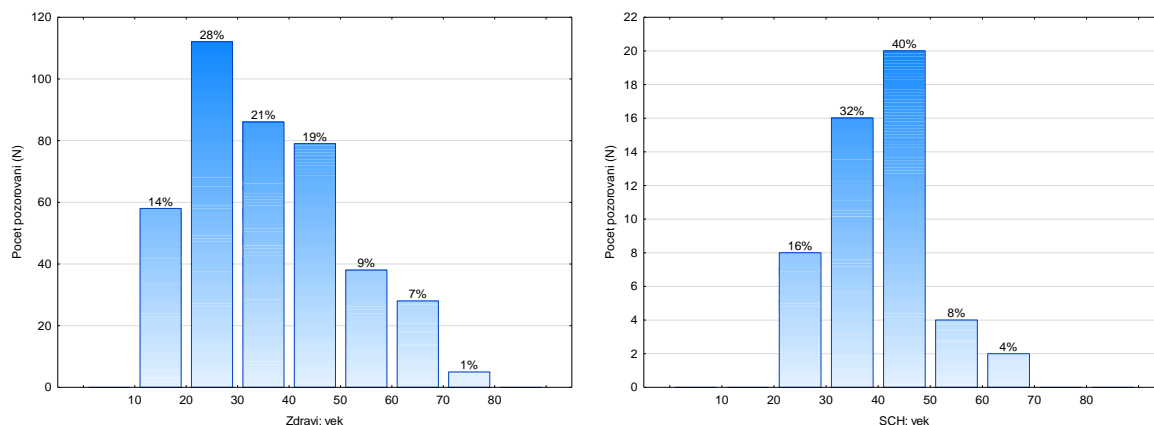
Zkoumané sociodemografické údaje, jejich porovnání mezi zdravou populací a populací se schizofrenií zobrazují následující grafy (obr. 1–6).

Obr. 1. Rozložení výzkumného vzorku podle pohlaví (procentuální zastoupení) a porovnání se vzorkem zdravých respondentů.



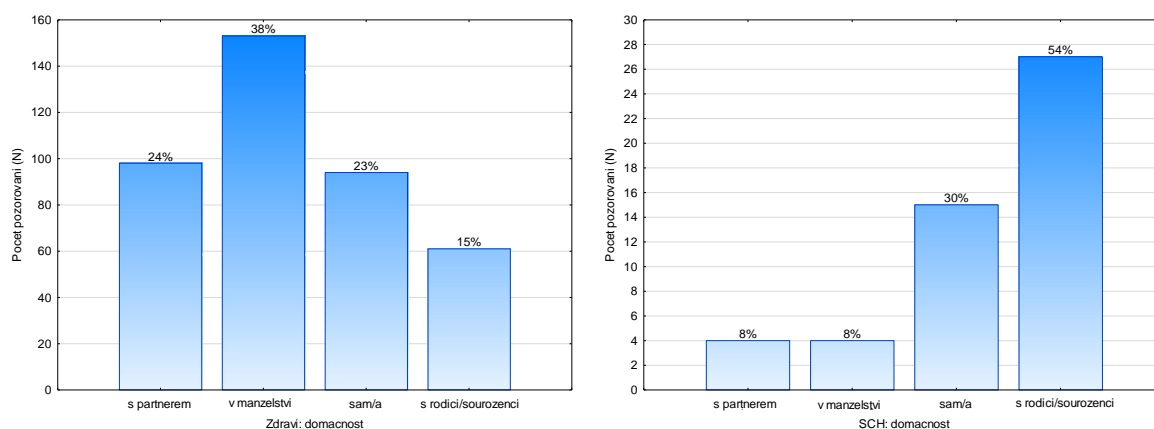
Při porovnání vzorků respondentů zdravých a se schizofrenií podle pohlaví (chí-kvadrát test; $p > 0.05$) nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Obr. 2 Statisticky významné rozložení věku ve vzorku respondentů zdravé populace a populace se schizofrenií.



Porovnáním vzorků respondentů zdravých a se schizofrenií podle věku (chí-kvadrát test; $p = 0.003$) byl mezi skupinami zjištěn statisticky významný rozdíl. Ve vzorku zdravých respondentů byli nejčetnější skupinou mladí lidé v kategorii 20–30 let věku, ve vzorku respondentů se schizofrenií byli nejčetnější skupinou lidé ve věkové kategorii 40–50 let.

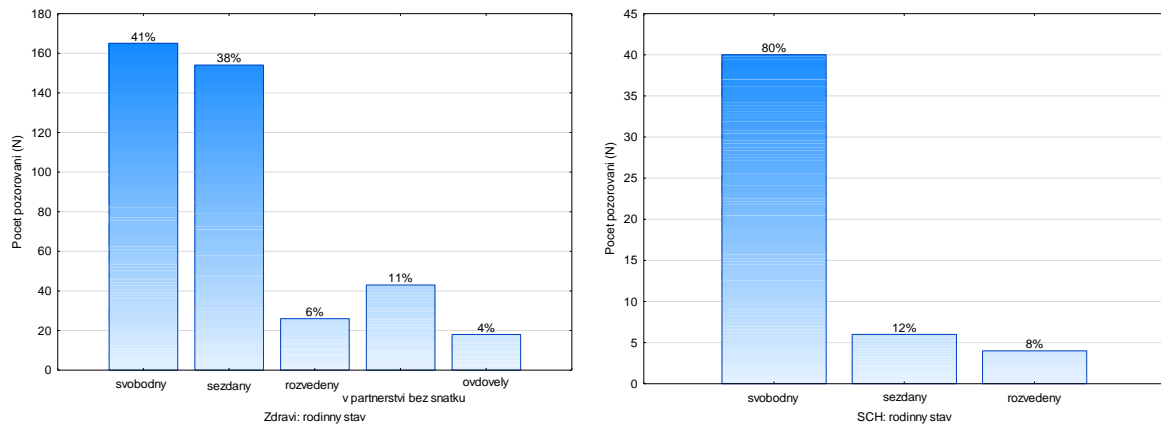
Obr. 3. Statisticky významné rozložení podle způsobu života („domácnost – s kým bydlíte“) ve vzorku respondentů zdravé populace a populace se schizofrenií.



Při porovnání vzorků respondentů zdravých a se schizofrenií podle způsobu života (s kým žijí ve společné domácnosti) byl zjištěn mezi skupinami statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test; $p = 0.003$). Ve vzorku zdravé populace byla nejčetnější skupina respondentů žijící v manželství (38 %) či

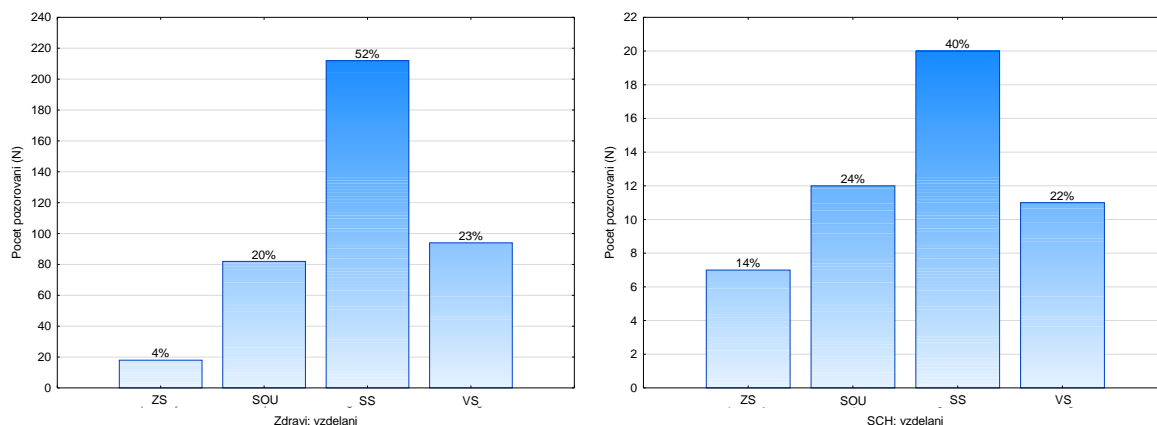
v partnerském vztahu (24 %); s rodiči či sourozenci žilo jen 15 % respondentů, ve vzorku pacientů se schizofrenií byla nejčastěji zastoupena kategorie s rodiči / sourozenci (54 %) a sám / sama (30 %).

Obr. 4. Statisticky významné rozložení podle rodinného stavu ve vzorku respondentů zdravé populace a populace se schizofrenií.



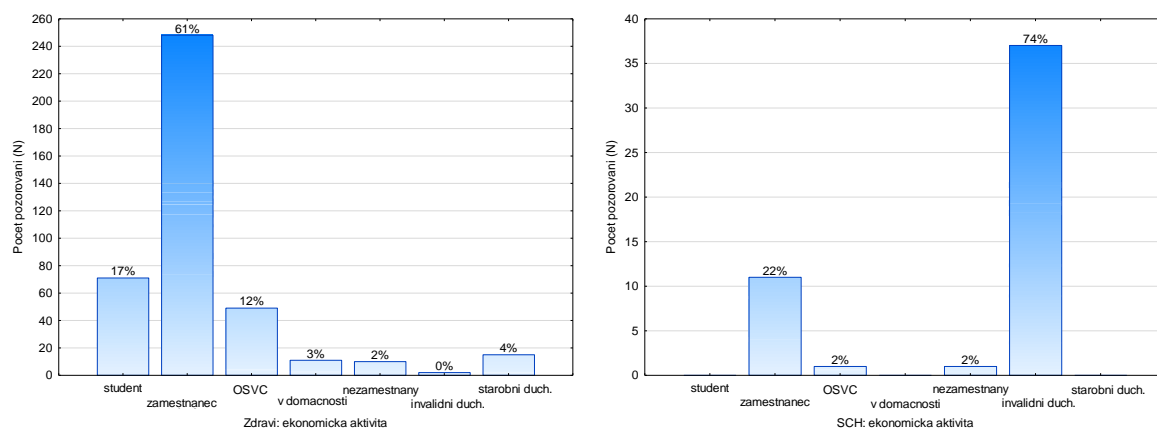
Při porovnání vzorků respondentů zdravých a se schizofrenií podle rodinného stavu byl mezi skupinami zjištěn statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test; $p < 0.001$). Zatímco u zdravých respondentů byly kategorie svobodný (41 %) a sezdáný (38 %) téměř totožné, u pacientů se schizofrenií jasně dominovala kategorie svobodný (80 %).

Obr. 5. Statisticky významné rozložení podle vzdělání ve vzorku respondentů zdravé populace a populace se schizofrenií.



Při porovnání vzorků respondentů zdravých a se schizofrenií podle vzdělání byl mezi skupinami zjištěn statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test; $p = 0.028$). Největší rozdíl je patrný v kategorii základní vzdělání (14 % u respondentů se schizofrenií oproti 4 % u zdravých respondentů).

Obr. 6. Statisticky významné rozložení podle ekonomické aktivity ve vzorku respondentů zdravé populace a populace se schizofrenií.



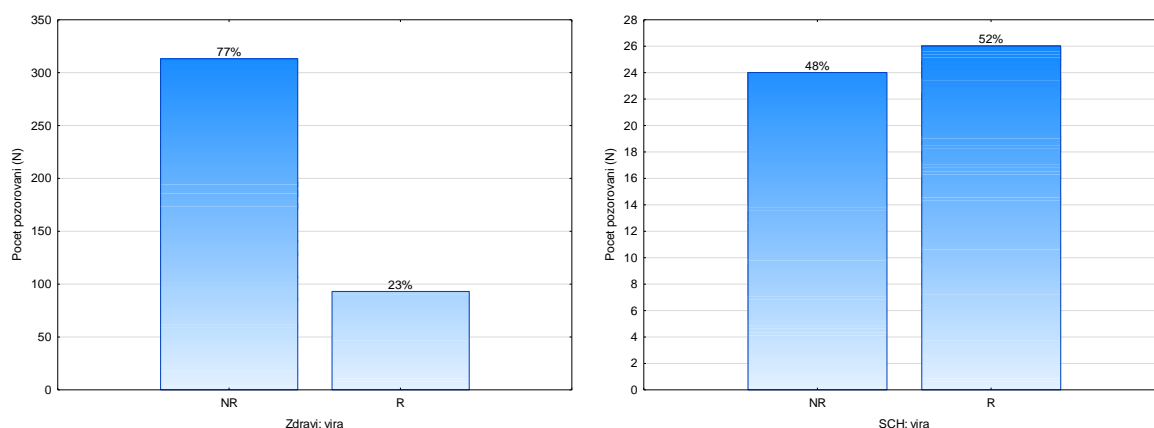
Při porovnání vzorků respondentů zdravých a se schizofrenií podle ekonomické aktivity byl mezi skupinami zjištěn statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test; $p < 0.001$). Ve skupině zdravých respondentů je dle předpokladů nejčetněji zastoupena skupina pracujících (zaměstnanci 61 % a

OSVČ 12 %), u respondentů se schizofrenií převládá kategorie invalidní důchodce (74 %).

5.2 Výsledky měření religiozity a spirituality

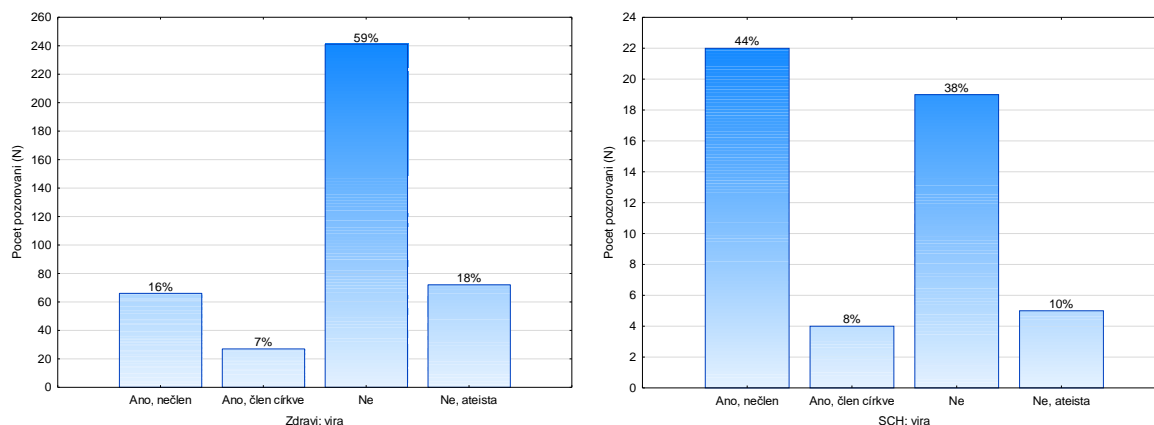
Zastoupení věřících (religious, R) a nevěřících (non-religious, NR) respondentů ve vzorku se schizofrenií v porovnání se vzorkem zdravé populace je zobrazeno v následujícím grafu (obr. 7) a statisticky se významně liší (chí-kvadrát test: $p < 0.001$).

Obr. 7. Statisticky významné rozložení a procentuální zastoupení věřících (religious, R) a nevěřících (non-religious, NR) ve vzorku respondentů zdravé populace a populace se schizofrenií.



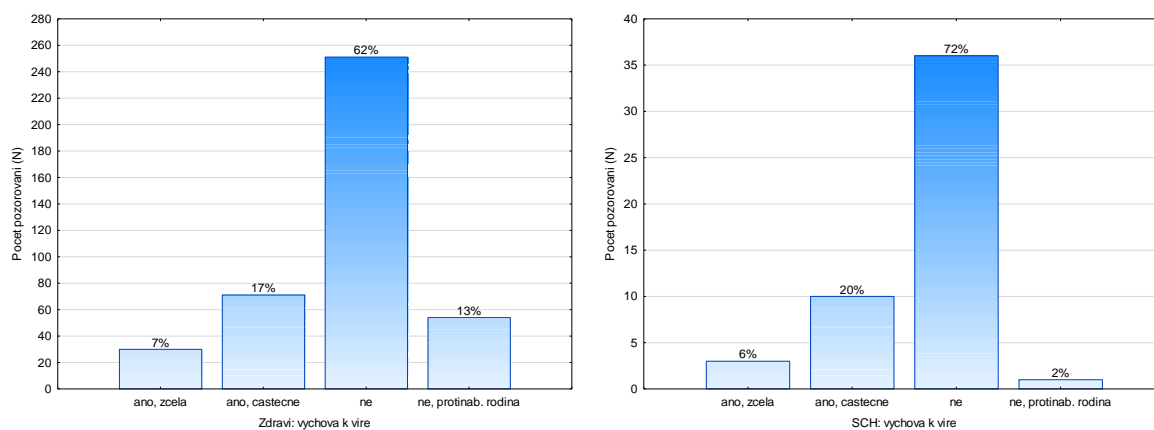
Náboženskou příslušnost respondentů se schizofrenií a porovnání se vzorkem zdravé populace udává následující graf (obr. 8). V rozložení kategorií byl zjištěn statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test: $p < 0.001$). Zatímco ve zdravé populaci je většina respondentů nevěřících, mezi respondenty se schizofrenií je nejvíce těch, kteří se pokládají za věřící (religiózní), ale nejsou členy nějaké církve či náboženského sdružení/organizace.

Obr. 8. Statisticky významné rozložení a procentuální zastoupení respondentů zdravých a se schizofrenií dle náboženské příslušnosti.



Náboženskou výchovu respondentů se schizofrenií a porovnání se vzorkem zdravé populace znázorňuje následující graf (obr. 9). Při porovnání rozložení kategorií nebyl mezi zkoumanými skupinami zjištěn statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test: $p < 0.05$).

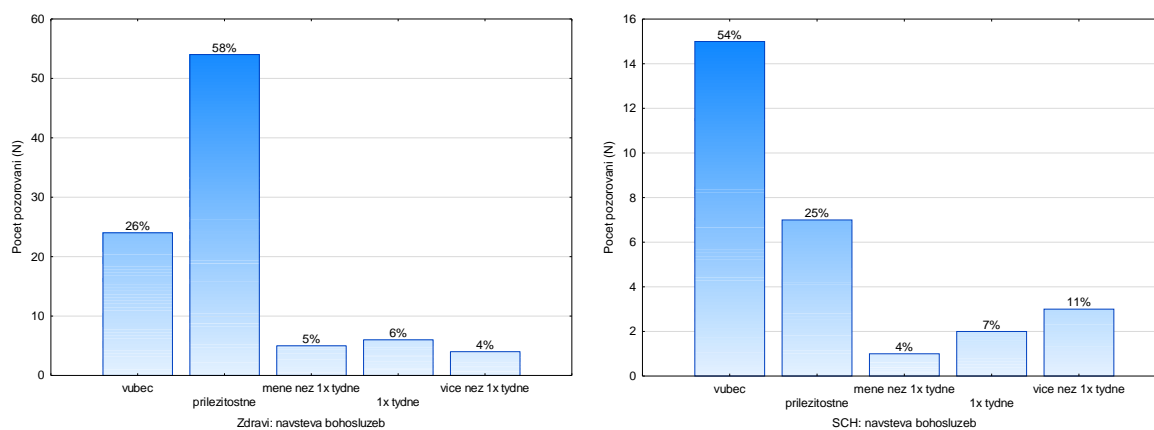
Obr. 9. Rozložení a procentuální zastoupení respondentů zdravých a se schizofrenií dle náboženské výchovy.



Rozložení náboženského chování (návštěva bohoslužeb) u respondentů se schizofrenií v porovnání se vzorkem zdravé populace je uvedeno v následujícím grafu (obr. 10). Srovnání zastoupení jednotlivých kategorií mezi zkoumanými populacemi vykazuje statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test: $p = 0.021$). Respondenti se schizofrenií navštěvují bohoslužby statisticky významně méně

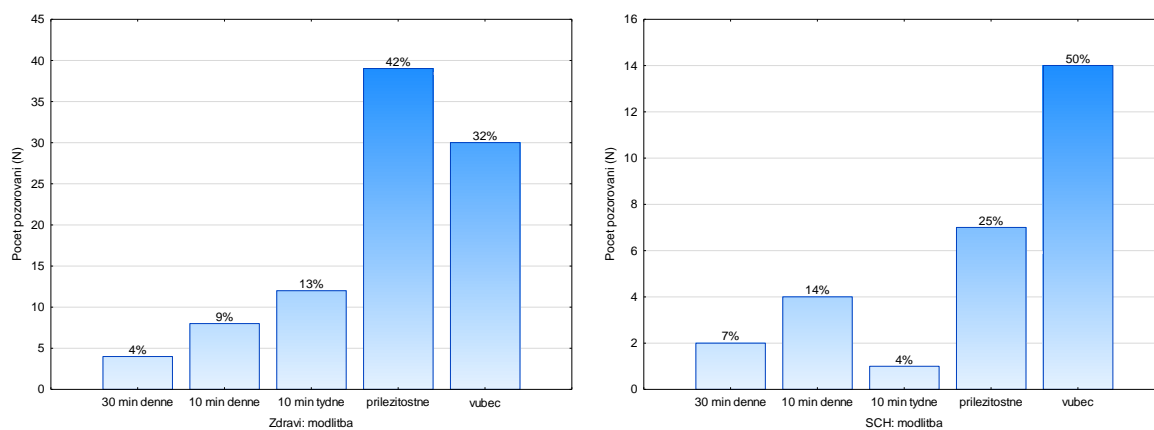
(vůbec 54 %, příležitostně 25 %) ve srovnání se vzorkem zdravých respondentů (vůbec 26 %, příležitostně 58 %).

Obr. 10. Rozložení a procentuální zastoupení respondentů zdravých a se schizofrenií dle náboženského chování (návštěva bohoslužeb).



Náboženské chování (modlitba) u respondentů se schizofrenií v porovnání se vzorkem zdravé populace uvádí následující graf (obr. 11). Při porovnání výzkumného vzorku respondentů zdravých a respondentů se schizofrenií podle náboženského chování (modlitba) byl zjištěn statisticky významný rozdíl (chí-kvadrát test: $p > 0.05$). Respondenti se schizofrenií statisticky významně praktikují modlitbu méně (vůbec se nemodlí 50 %) ve srovnání se vzorkem zdravých respondentů (vůbec se nemodlí 32 %).

Obr. 11. Rozložení a procentuální zastoupení respondentů zdravých a se schizofrenií dle náboženského chování (modlitba).



5.3 Výsledky zkoumání subjektivně vnímané kvality života

Popisné charakteristiky subjektivně vnímané kvality života podle Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 – Health survey u zdravých respondentů nereligiózních (NR) i religiózních (R) a u respondentů se schizofrenií nereligiózních (SCH NR) i religiózních (SCH R) shrnuje Tabulka 2.

Tabulka 2. Hodnoty jednotlivých domén subjektivně vnímané kvality života u zdravých respondentů (NR i R) a respondentů se schizofrenií (SCH NR i SCH R). Vysvětlení zkratk: PF (physical functioning): fyzické funkce, RP (role physical): omezení fyzických aktivit, BP (bodily pain): bolest, GH (general health): všeobecné vnímání zdraví, VT (vitality): vitalita, SF (social functioning): sociální fungování, MH (mental health): vnímání psychického zdraví, RE (role emotional): emoční omezení rolí, PCS (Physical Component Summary): celkové fyzické zdraví, MCS (Mental Component Summary): celkové psychické zdraví.

Subškála							Sm.
SF-8	Skupina	Počet (N)	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Odchylka
PF	NR	313	51.47	54.05	30.31	54.05	4.72
	R	93	51.22	54.05	30.31	54.05	5.01
	SCH NR	24	48.15	54.05	21.46	54.05	9.71
	SCH R	26	46.14	51.19	30.31	54.05	9.52
RP	NR	313	51.30	53.98	23.01	53.98	5.28
	R	93	50.53	53.98	23.01	53.98	6.15
	SCH NR	24	46.67	46.92	23.01	53.98	8.85
	SCH R	26	42.27	38.71	28.32	53.98	9.90
BP	NR	313	57.11	60.77	25.45	60.77	5.74
	R	93	56.60	60.77	31.48	60.77	6.42
	SCH NR	24	56.05	60.77	25.45	60.77	9.96
	SCH R	26	54.39	60.77	31.48	60.77	9.47
GH	NR	313	51.92	52.83	32.56	59.45	6.46
	R	93	51.10	52.83	32.56	59.45	7.01
	SCH NR	24	49.67	52.83	22.81	59.45	7.60
	SCH R	26	45.81	46.43	38.41	52.83	4.82
VT	NR	313	55.35	55.62	28.14	61.83	6.74
	R	93	54.99	55.62	35.81	61.83	5.60
	SCH NR	24	49.09	50.39	35.81	61.83	7.97
	SCH R	26	46.45	45.16	28.14	61.83	9.15
SF	NR	313	52.15	55.25	29.53	55.25	5.49
	R	93	51.25	55.25	29.53	55.25	5.48
	SCH NR	24	48.93	52.36	23.44	55.25	8.84
	SCH R	26	44.00	44.94	23.44	55.25	11.16

RE	NR	313	49.73	52.42	29.25	52.42	4.94
	R	93	49.86	52.42	29.25	52.42	4.76
	SCH NR	24	44.59	45.66	21.66	52.42	8.54
	SCH R	26	43.78	45.66	29.25	52.42	7.96
MH	NR	313	53.31	56.79	21.40	56.79	5.76
	R	93	52.52	56.79	21.40	56.79	6.80
	SCH NR	24	49.62	49.59	21.40	56.79	9.20
	SCH R	26	45.14	45.56	31.62	56.79	7.92
PCS	NR	313	53.99	56.26	23.53	61.89	6.05
	R	93	53.39	55.40	22.67	61.46	6.85
	SCH NR	24	50.10	53.76	20.25	59.78	9.25
	SCH R	26	46.92	48.84	33.46	56.68	8.06
MCS	NR	313	54.24	57.48	20.71	66.00	6.90
	R	93	53.60	56.49	22.62	65.17	7.72
	SCH NR	24	48.71	51.42	19.83	57.48	10.04
	SCH R	26	44.49	43.04	29.14	58.84	9.46

Podle neparametrického Mann-Whitneyho testu, který byl použit vzhledem k nesplněnému předpokladu normálního rozložení dat, jsou rozdíly mezi zdravou populací a populací se schizofrenií statisticky signifikantní (p -hodnota < 0.05) pro sumární indexy i všechny symptové dimenze kromě bolesti (BP), viz Tabulka 3. Populace se schizofrenií vykazuje nižší skóry, tudíž horší subjektivně vnímanou kvalitu života.

Tabulka 3. Statistická významnost rozdílů populace zdravé a se schizofrenií (SCH) v doménách SF-8 uvedených v Tabulce 3. Vysvětlení zkratk: PF (physical functioning): fyzické funkce, RP (role physical): omezení fyzických aktivit, BP (bodily pain): bolest, GH (general health): všeobecné vnímání zdraví, VT (vitality): vitalita, SF (social functioning): sociální fungování, MH (mental health): vnímání psychického zdraví, RE (role emotional): emoční omezení rolí, PCS (Physical Component Summary): celkové fyzické zdraví, MCS (Mental Component Summary): celkové psychické zdraví.

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
p-value	0.011	< 0.001	0.693	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001

Nižší subjektivně vnímaná kvalita života byla statisticky potvrzena i regresní analýzou při srovnání údajů PCS a MCS adjustovaných na věk a pohlaví, viz Tabulka 4. Respondent se schizofrenií má průměrně o 7.6 nižší skóre MCS a o 5.0 nižší skóre PCS než zdravý respondent stejného pohlaví a stejného věku.

Tabulka 4. Vliv diagnózy schizofrenie na hodnotu MCS a PCS. Adjustováno na věk a pohlaví.

	Koeficient beta	Std. Error	p-hodnota
MCS	-7.584	1.116	< 0.0001
PCS	-5.029	0.971	< 0.0001

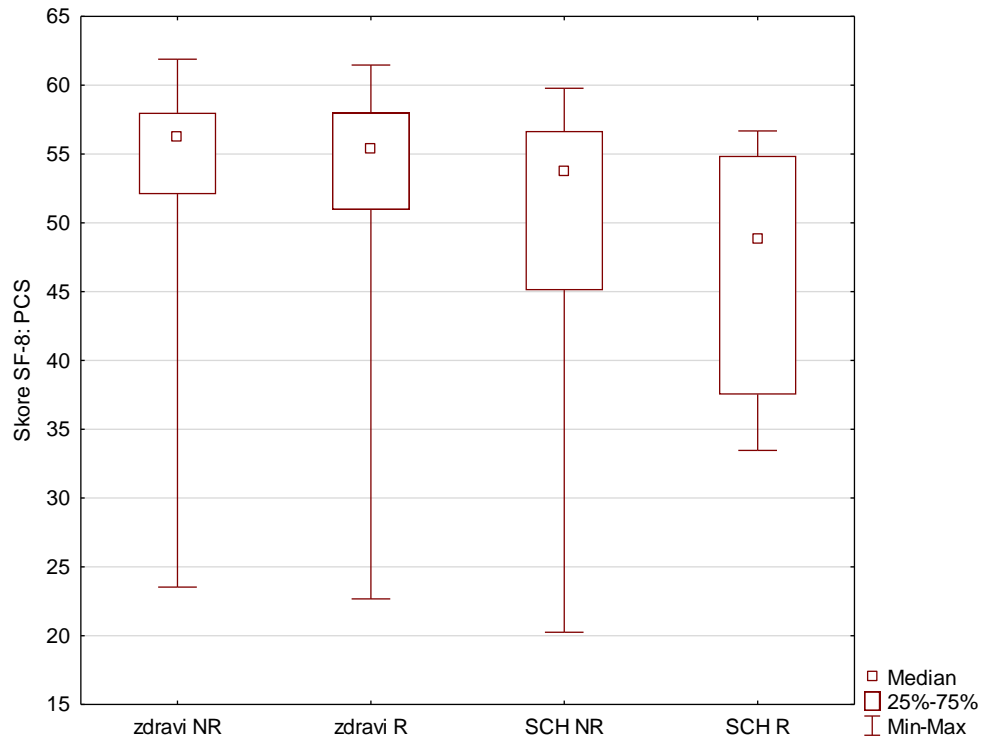
Výsledky srovnání celkových skóre PCS a MCS v závislosti na R/S obou zkoumaných skupin uvádí následující grafy (obr. 12 PCS, obr. 13 MCS) Průměrné hodnoty PCS jsou nižší u pacientů se schizofrenií. U věřících respondentů se schizofrenií (SCH R) jsou hodnoty PCS statisticky významně nižší ($p < 0.001$) než u obou skupin zdravých respondentů (religiózních i nereligiózních). Ačkoliv religiózní respondenti se schizofrenií vykazují nižší průměrnou hodnotu PCS než nereligiózní respondenti se schizofrenií (viz Tabulka 2); mezi těmito skupinami nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Průměrné hodnoty MCS jsou nižší u pacientů se schizofrenií. U věřících pacientů se schizofrenií (SCH R) jsou hodnoty MCS statisticky významně nižší ($p < 0.001$) než u obou skupin zdravých respondentů (religiózních i nereligiózních).

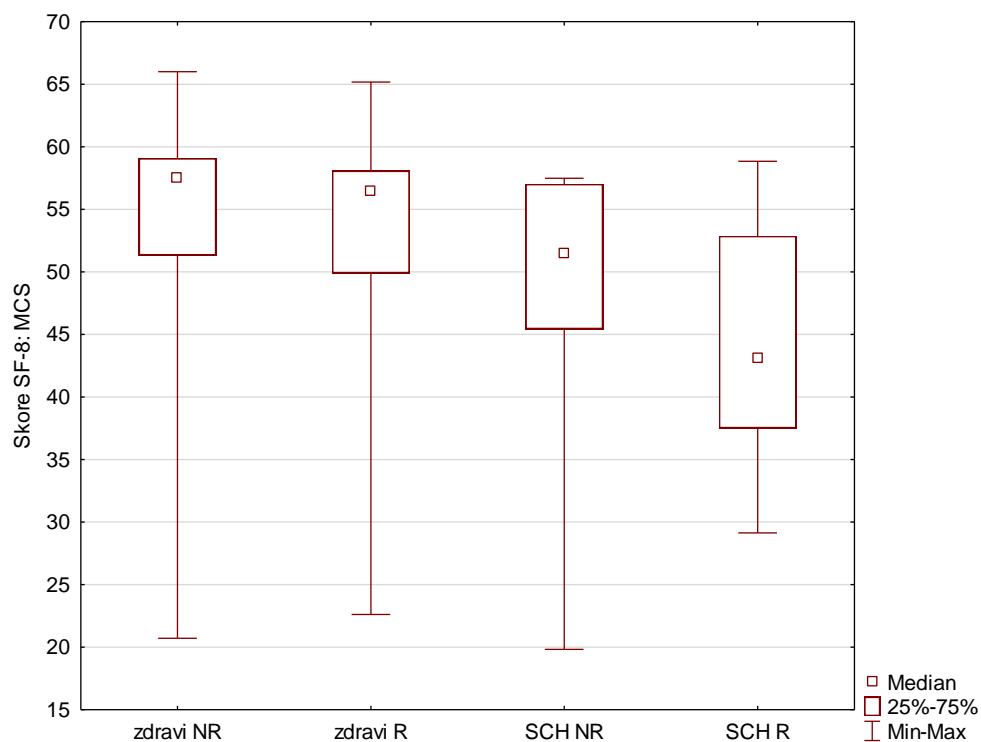
U nevěřících pacientů se schizofrenií (SCH NR) jsou hodnoty MCS statisticky významně nižší než u skupiny věřících zdravých respondentů (R) s $p = 0.024$ a statisticky významně nižší než u skupiny nevěřících zdravých respondentů (NR) s $p = 0.002$. Ačkoliv religiózní pacienti se schizofrenií vykazují

nižší průměrnou hodnotu MCS než nereligiózní schizofrenici (viz Tabulka 2); mezi těmito skupinami nebyl nalezen statisticky významný rozdíl.

Obr. 12. Srovnání hodnot PCS v rámci zkoumaných skupin. (NR, R, SCH NR, SCH R).



Obr. 13. Srovnání hodnot MCS v rámci zkoumaných skupin. (NR, R, SCH NR, SCH R).



5.4 Výsledky korelace mezi dotazníky BSI-53 a SF-8 Health survey

Subjektivně vnímaná kvalita života respondentů byla objektivizována prostřednictvím odpovědí na otázky dotazníku BSI-53; výsledky byly porovnány mezi skupinami respondentů (zdraví a se schizofrenií), viz Tabulka 5. Ta uvádí všechny korelační koeficienty mezi SF8 a BSI-53, zvláště pro zdravé a respondenty se schizofrenií.

Tabulka 5. Korelační koeficienty mezi SF-8 a BSI-53 zvláště pro zdravé respondenty a respondenty se schizofrenií (SCH). Vysvětlení zkratk: PCS (Physical Component Summary): celkové fyzické zdraví, MCS (Mental Component Summary): celkové psychické zdraví; SOM (somatizace), OC (obsese, kompulze), IS (interpersonální sensitivita), DEP (deprese), ANX (úzkost), HOS (hostilita), PHOB (fobická úzkost), PAR (paranoidní myšlení), PSY (psychoticismus), GSI (Global Severity Index): celková míra závažnosti příznaků.

Subškály dotazníku SF-8 a BSI-53	ZDRAVÍ		SCH	
	Spearmanovo R	p-hodnota	Spearmanovo R	p-hodnota
PCS & BSI SOM	-0.2985	< 0.001	-0.5441	< 0.001
& BSI OC	-0.2056	< 0.001	-0.5563	< 0.001
& BSI IS	-0.2126	< 0.001	-0.4155	0.004
& BSI DEP	-0.2456	< 0.001	-0.4190	0.003
& BSI ANX	-0.2293	< 0.001	-0.3791	0.008
& BSI HOS	-0.1965	< 0.001	-0.3806	0.010
& BSI PHOB	-0.1945	< 0.001	-0.1627	0.275
& BSI PAR	-0.1319	0.008	-0.4875	< 0.001
& BSI PSY	-0.1355	0.006	-0.3727	0.010
& BSI GSI	-0.2424	< 0.001	-0.6210	< 0.001
MCS & BSI SOM	-0.3077	< 0.001	-0.4433	0.002
& BSI OC	-0.3657	< 0.001	-0.5314	< 0.001
& BSI IS	-0.3646	< 0.001	-0.6474	< 0.001
& BSI DEP	-0.3952	< 0.001	-0.4477	0.002
& BSI ANX	-0.4331	< 0.001	-0.5002	< 0.001
& BSI HOS	-0.3779	< 0.001	-0.4074	0.006
& BSI PHOB	-0.2515	< 0.001	-0.5181	< 0.001
& BSI PAR	-0.2512	< 0.001	-0.2671	0.067
& BSI PSY	-0.3499	< 0.001	-0.3700	0.011
& BSI GSI	-0.4502	< 0.001	-0.6533	< 0.001

U zdravých sice vychází významně všechny koeficienty ($p < 0.05$), je to však dáno zejména tím, že skupina je početná ($n = 406$). Při pohledu na samotné hodnoty koeficientů vidíme, že korelace u zdravých nejsou nijak silné. Jinak je tomu u respondentů se schizofrenií. U celkového fyzického zdraví (PCS) i u celkového psychického zdraví (MCS) existuje několik velmi silných korelací (> 0.5). Nejsilnější jsou korelace s celkovou mírou závažnosti příznaků (GSI). PCS nekoreluje se symptomovou dimenzí PHOB (fobická úzkost) a MCS nekoreluje se symptomovou dimenzí PAR (paranoidní myšlení).

Popisné charakteristiky symptomových dimenzí dotazníku BSI-53 u čtyř porovnávaných skupin respondentů, tedy zdravých věřících (R), zdravých nevěřících (NR), a se schizofrenií věřících (SCH R) a nevěřících (SCH NR) jsou uvedeny v Tabulce 6.

Tabulka 6. Popisné charakteristiky symptomových dimenzí dotazníku BSI-53 u čtyř porovnávaných skupin respondentů: zdravých věřících (R), zdravých nevěřících (NR), a se schizofrenií věřících (SCH R) a nevěřících (SCH NR). Vysvětlení zkratk: PCS (Physical Component Summary): celkové fyzické zdraví, MCS (Mental Component Summary): celkové psychické zdraví; SOM (somatizace), OC (obsese, kompulze), IS (interpersonální sensitivita), DEP (deprese), ANX (úzkost), HOS (hostilita), PHOB (fobická úzkost), PAR (paranoidní myšlení), PSY (psychoticismus), GSI (Global Severity Index): celková míra závažnosti příznaků.

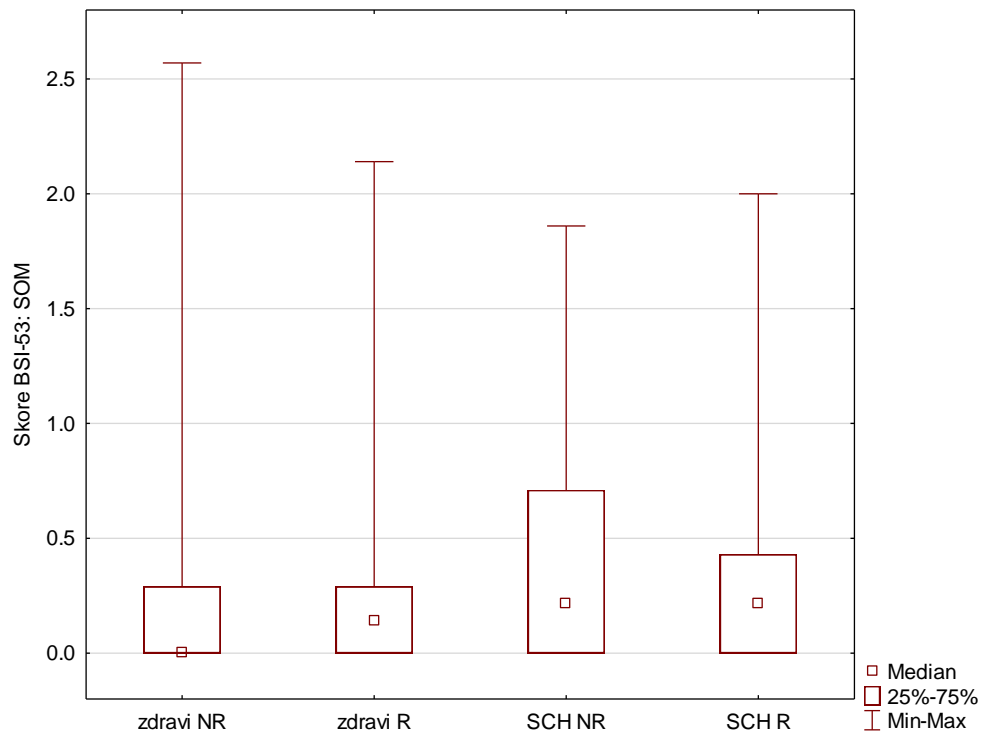
Subškála							Sm.
BSI-53	Skupina	Počet (N)	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Odchylka
SOM	NR	313	0.24	0.00	0.00	2.57	0.46
	R	93	0.25	0.14	0.00	2.14	0.41
	SCH NR	22	0.43	0.22	0.00	1.86	0.53
	SCH R	26	0.31	0.22	0.00	2.00	0.41
OC	NR	313	0.55	0.33	0.00	2.67	0.53
	R	93	0.64	0.50	0.00	2.17	0.53
	SCH NR	22	0.76	0.59	0.00	3.00	0.67
	SCH R	25	0.87	0.83	0.00	2.50	0.60
IS	NR	313	0.41	0.25	0.00	3.25	0.57
	R	93	0.50	0.25	0.00	3.00	0.64
	SCH NR	22	0.36	0.13	0.00	2.00	0.52
	SCH R	25	0.94	0.75	0.00	3.00	0.77

DEP	NR	313	0.32	0.00	0.00	3.33	0.55
	R	93	0.33	0.17	0.00	2.83	0.47
	SCH NR	22	0.45	0.33	0.00	2.67	0.65
	SCH R	25	0.79	0.67	0.00	3.00	0.74
ANX	NR	313	0.35	0.17	0.00	2.83	0.47
	R	93	0.42	0.33	0.00	2.00	0.45
	SCH NR	22	0.43	0.42	0.00	1.33	0.37
	SCH R	26	0.67	0.50	0.00	2.50	0.61
HOS	NR	313	0.44	0.20	0.00	3.60	0.57
	R	93	0.39	0.20	0.00	2.60	0.49
	SCH NR	20	0.24	0.00	0.00	1.20	0.37
	SCH R	25	0.19	0.20	0.00	1.00	0.27
PHOB	NR	313	0.24	0.00	0.00	2.80	0.45
	R	93	0.31	0.20	0.00	2.20	0.46
	SCH NR	21	0.48	0.20	0.00	2.40	0.74
	SCH R	26	0.45	0.40	0.00	1.80	0.41
PAR	NR	313	0.51	0.40	0.00	3.20	0.59
	R	93	0.54	0.40	0.00	2.60	0.59
	SCH NR	22	0.55	0.40	0.00	3.20	0.73
	SCH R	26	0.49	0.20	0.00	2.20	0.62
PSY	NR	313	0.24	0.00	0.00	2.40	0.44
	R	93	0.27	0.20	0.00	2.40	0.46
	SCH NR	22	0.36	0.20	0.00	1.80	0.48
	SCH R	25	0.61	0.40	0.00	2.60	0.73
GSI	NR	313	0.36	0.21	0.00	2.68	0.44
	R	93	0.40	0.28	0.00	1.94	0.41
	SCH NR	19	0.40	0.38	0.02	1.45	0.37
	SCH R	21	0.55	0.53	0.00	1.62	0.34

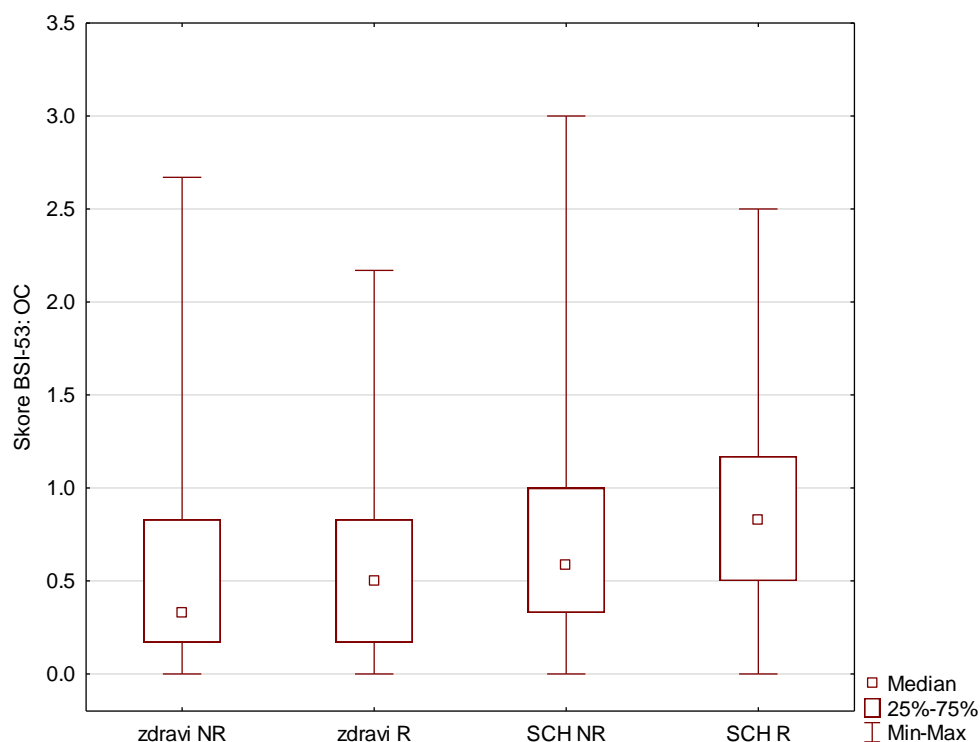
K porovnání výsledků BSI mezi těmito skupinami respondentů byl použit neparametrický Kruskal-Wallisův test s Bonferroniho korekcí pro vícenásobné porovnání skupin.

V symptomové dimenzi somatizace (SOM) nebyly nalezeny významné rozdíly mezi skupinami, $p > 0.05$ (obr. 14).

Obr. 14. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze SOM (somatizace).



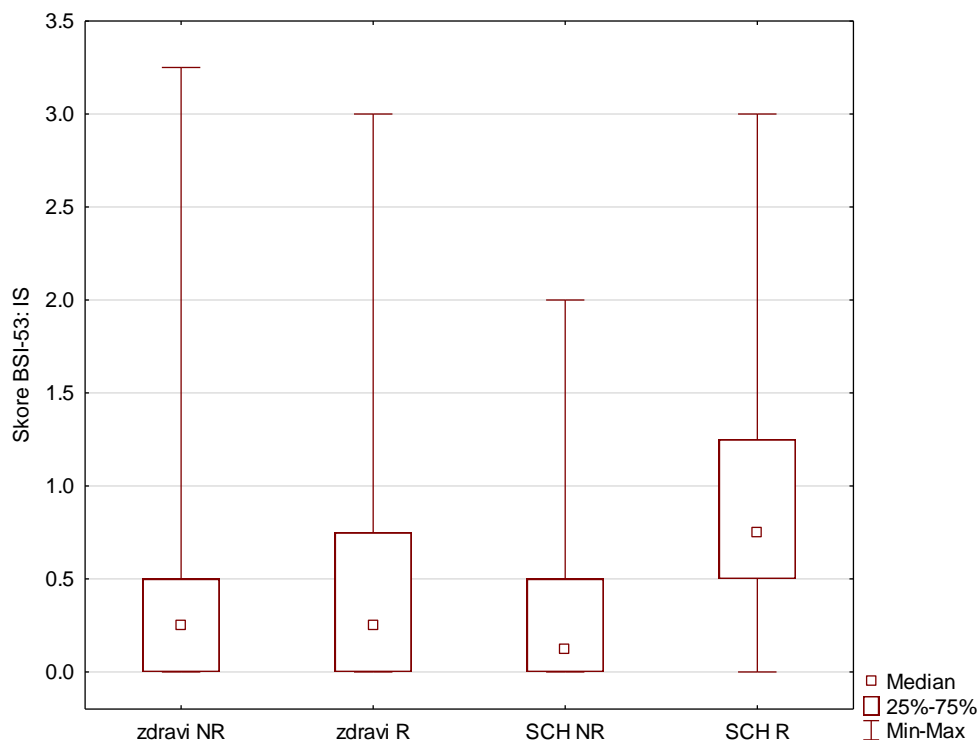
Obr. 15. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze OC (obsese, kompulze)



V symptomové škále OC (obsese, kompulze) byl pomocí Kruskal-Wallisova testu nalezen statisticky významný rozdíl pouze mezi skupinou zdravých nereligiózních a skupinou religiózních respondentů se schizofrenií ($p = 0.015$). Zdraví nereligiózní respondenti nabývají nižších hodnot než religiózní respondenti se schizofrenií (obr. 15). Religiózní a nereligiózní respondenti se schizofrenií se na této škále neliší, $p > 0.05$.

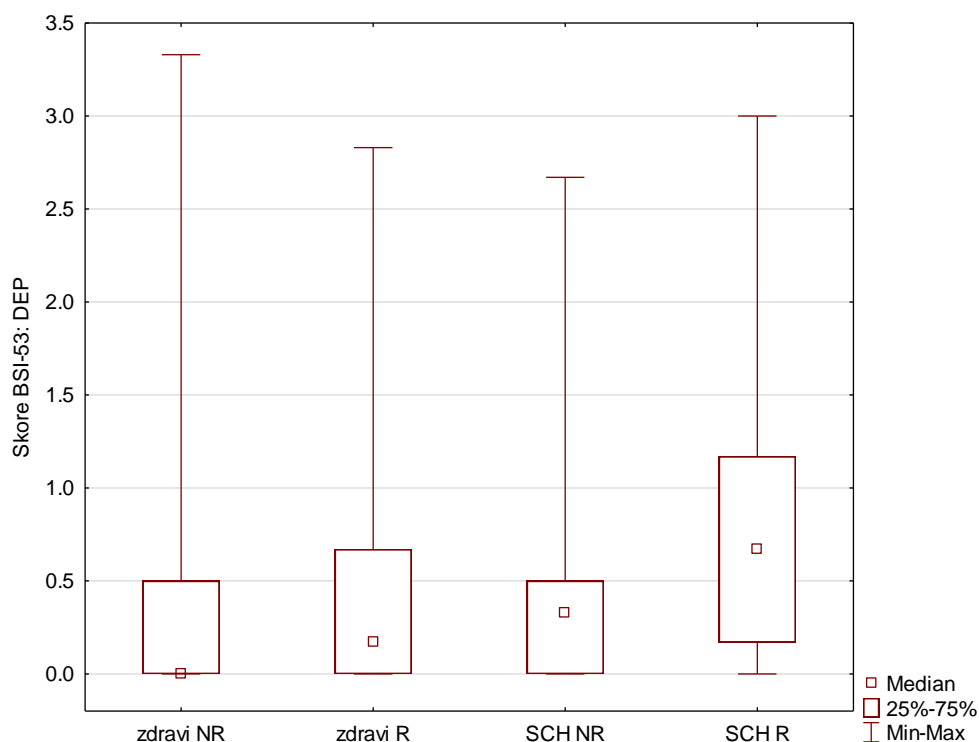
Srovnání symptomové škály IS (interpersonální senzitivita) je zobrazeno na obr. 16. Podle Kruskal-Wallisova testu vykazuje skupina religiózních pacientů se schizofrenií na této škále významně vyšší hodnoty než všechny ostatní skupiny ($p < 0.02$ ve všech případech). Religiózní a nereligiózní respondenti se schizofrenií se na této škále neliší, $p > 0.05$.

Obr. 16. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze IS (interpersonální senzitivita).



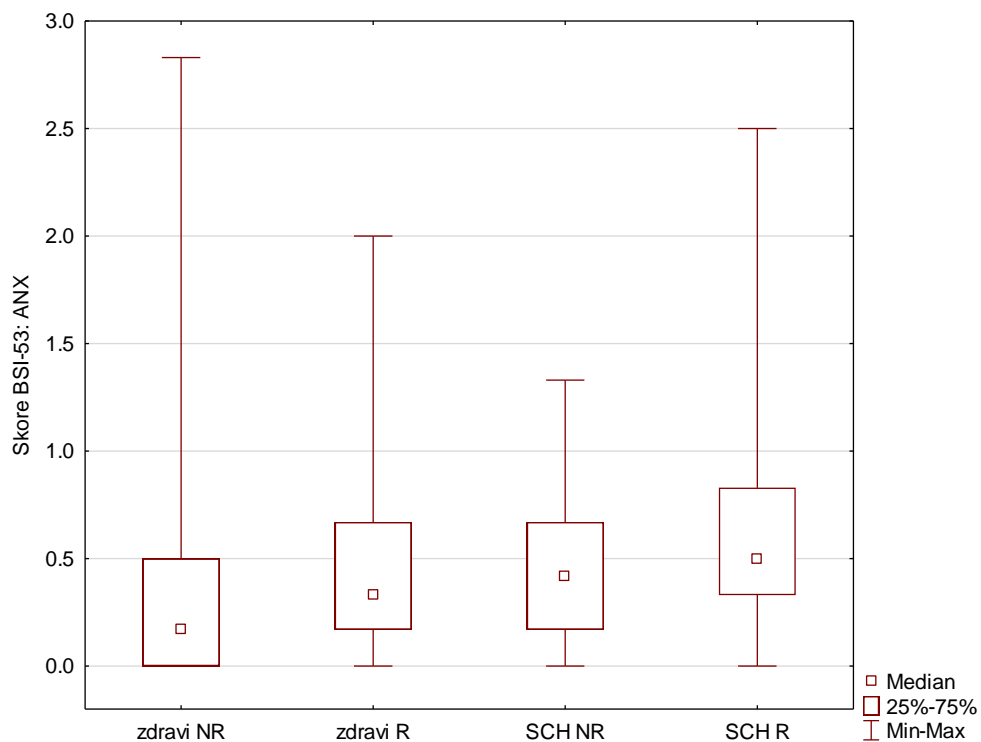
Významně vyšší hodnoty DEP (deprese) vykazuje podle Kruskal-Wallisova testu skupina SCH R pacientů než obě zdravé skupiny ($p < 0.01$ v obou případech). Mezi skupinami religiózních a nereligiózních respondentů se schizofrenií nebyl nalezen statisticky signifikantní rozdíl, $p > 0.05$ (obr 17).

Obr. 17. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze DEP (deprese).

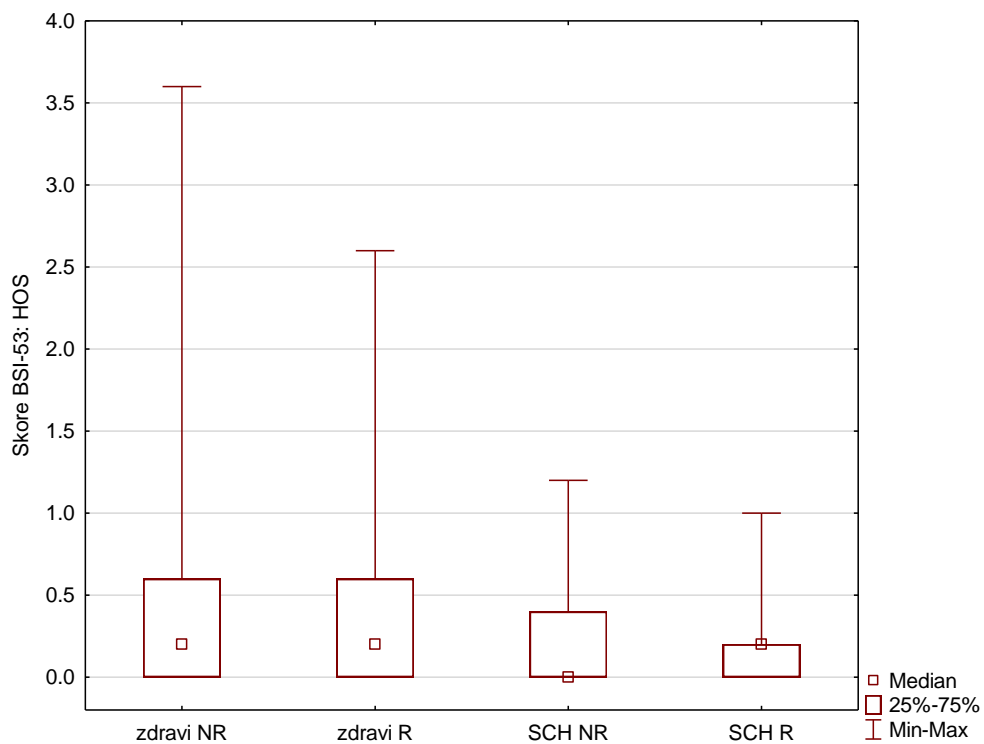


V hodnotách symptomové dimenze ANX (úzkost) byl pomocí Kruskal-Wallisova testu nalezen signifikantní rozdíl pouze mezi skupinou religiózních pacientů se schizofrenií a skupinou nereligiózních zdravých respondentů ($p = 0.02$), přičemž religiózní pacienti se schizofrenií nabývají významně vyšší hodnoty (obr. 18). Religiózní a nereligiózní respondenti se schizofrenií se na této škále neliší, $p > 0.05$.

Obr. 18. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze ANX (úzkost)



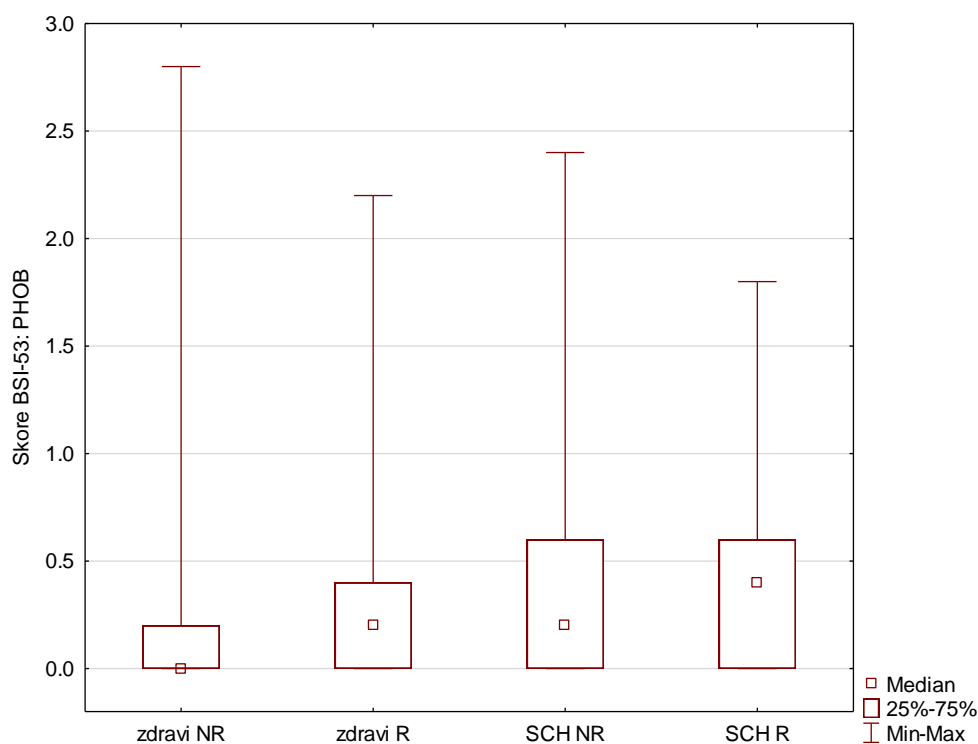
Obr. 19. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze HOS (hostilita)



V symptomové dimenzi HOS (hostilita) nebyly nalezeny žádné významné statistické rozdíly mezi zkoumanými skupinami, $p > 0.05$ (obr. 19).

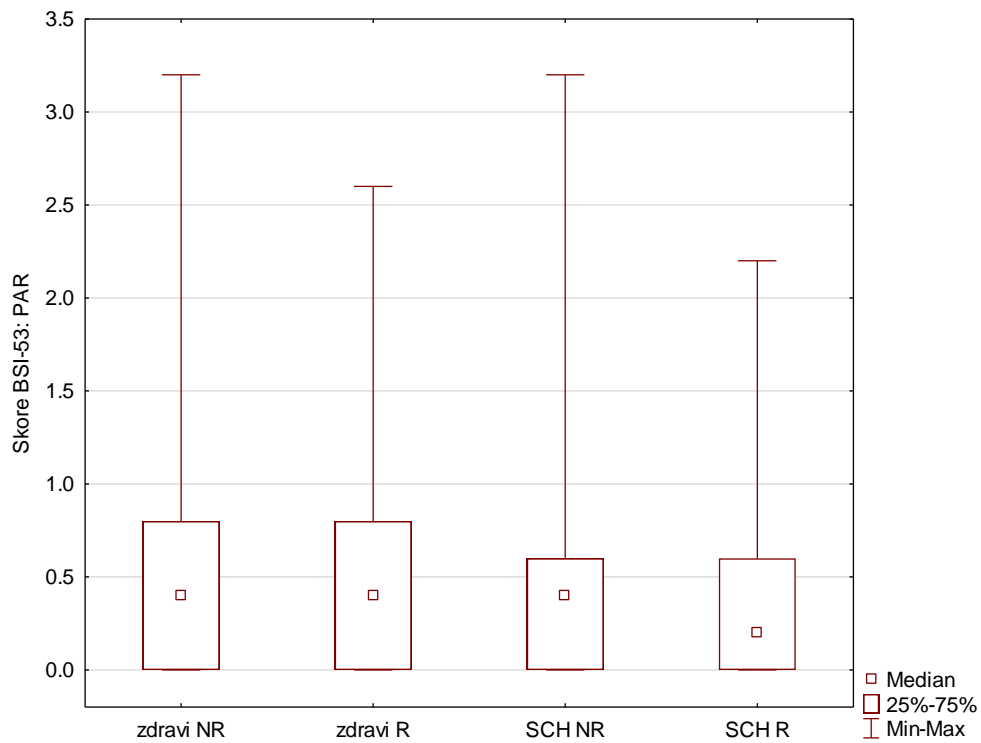
V hodnotách symptomové dimenze PHOB (fobická úzkost) byl pomocí Kruskal-Wallisova testu nalezen signifikantní rozdíl pouze mezi skupinou religiózních pacientů se schizofrenií a skupinou nereligiózních zdravých respondentů ($p = 0.01$), přičemž religiózní pacienti se schizofrenií nabývají významně vyšší hodnoty (obr. 20). Religiózní a nereligiózní respondenti se schizofrenií se na této škále neliší, $p > 0.05$.

Obr. 20. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze PHOB (fobická úzkost).

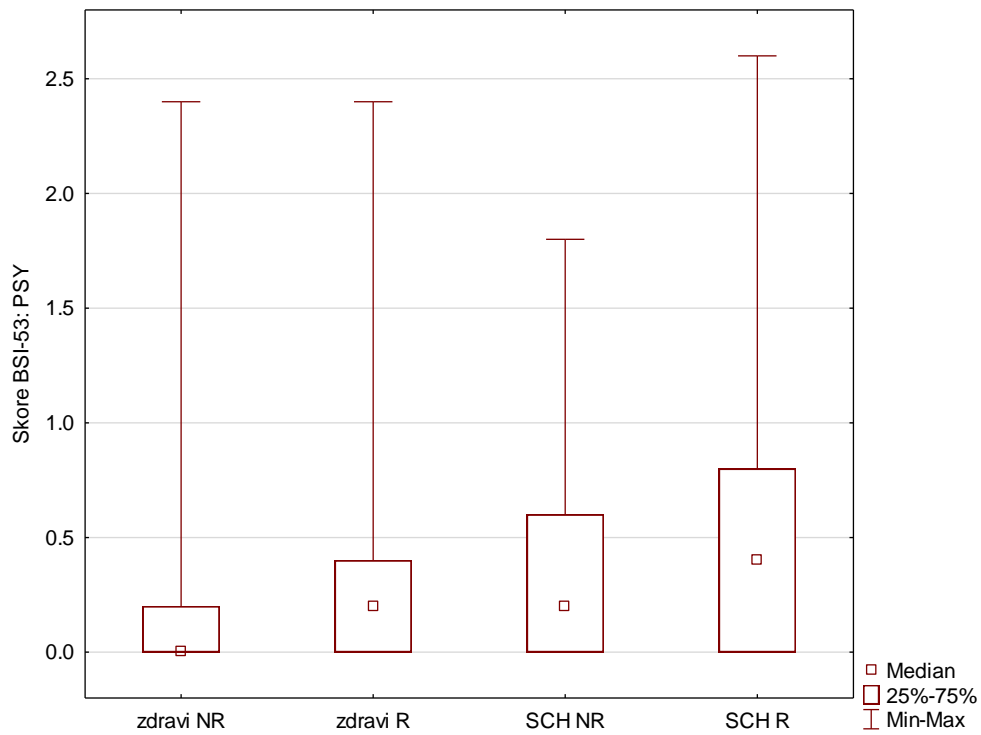


V symptomové dimenzi paranoidní myšlení (PAR) nebyly nalezeny žádné statisticky významné rozdíly mezi zkoumanými skupinami, $p > 0.05$ (Obr. 21).

Obr. 21. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze PAR (paranoidní myšlení).



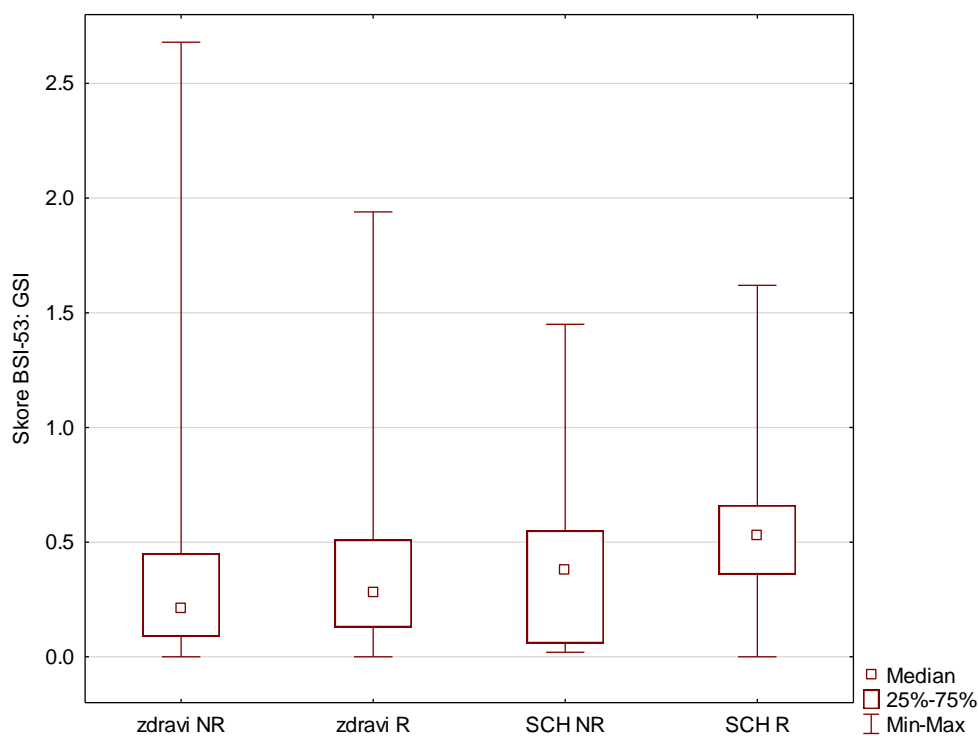
Obr. 22. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): symptomová dimenze PSY (psychoticismus)



V hodnotách symptomové dimenze PSY (psychoticismus) byl pomocí Kruskal-Wallisova testu nalezen signifikantní rozdíl pouze mezi skupinou religiózních pacientů se schizofrenií a skupinou nereligiózních zdravých respondentů ($p = 0.005$), přičemž religiózní pacienti se schizofrenií nabývají významně vyšší hodnoty (obr. 22). Religiózní a nereligiózní respondenti se schizofrenií se na této škále neliší, $p > 0.05$.

Signifikantní rozdíl v hodnotách sumárního indexu GSI (celková míra závažnosti příznaků) byl nalezen pouze mezi skupinou religiózních pacientů se schizofrenií a skupinou nereligiózních zdravých respondentů ($p = 0.003$), přičemž religiózní pacienti se schizofrenií nabývají významně vyšší hodnoty (obr. 23). Religiózní a nereligiózní respondenti se schizofrenií se na této škále neliší, $p > 0.05$.

Obr. 23. Srovnání výsledků BSI mezi skupinami (NR, R, SCH NR, SCH R): index GSI (celková míra závažnosti příznaků).



Skupina SCH R má statisticky významně vyšší hodnoty u několika symptomových dimenzí dotazníku BSI-53 než skupina NR; konkrétně se jedná o symptomové dimenze OC (obsese, kompulze), IS (interpersonální senzitivita), DEP (deprese), ANX (úzkost), PHOB (fobická úzkost), PSY (psychoticismus) a index GSI (celková míra závažnosti příznaků). Navíc v symptomové dimenzi IS (interpersonální senzitivita) se skupina SCH R významně liší od všech ostatních skupin (R, NR, SCH NR). V symptomové dimenzi DEP (deprese) se skupina SCH R navíc významně liší od dvou zdravých skupin (R, NR). Religiózní a nereligiózní respondenti se schizofrenií se neliší v žádném z výše uvedených srovnání, $p > 0.05$.

5.5 Vyhodnocení dotazníku Prožívání blízkých vztahů ECR-R

Vyhodnocení dotazníku Prožívání blízkých vztahů ECR-R na subškále úzkostnost s 8 položkami (anx8) a vyhýbavost s 8 položkami (avoid8) v rámci sledovaných skupin respondentů zdravých (věřících, nevěřících) a se schizofrenií (věřících a nevěřících) ukazují následující grafy (obr. 24, obr. 25).

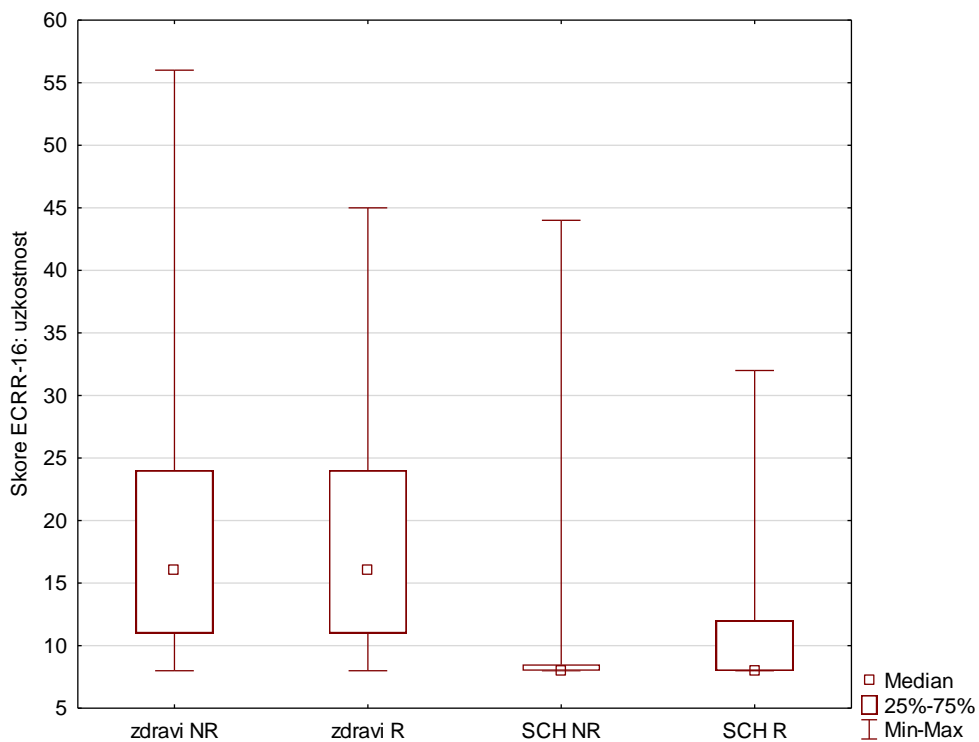
V Tabulce 7 jsou uvedeny popisné charakteristiky subškál dotazníku ECRR-16 u čtyř porovnávaných skupin respondentů: (NR, R, SCH NR, SCH R).

Tabulka 7. Popisné charakteristiky subškál dotazníku ECRR-16 u čtyř porovnávaných skupin respondentů: (NR, R, SCH NR, SCH R).

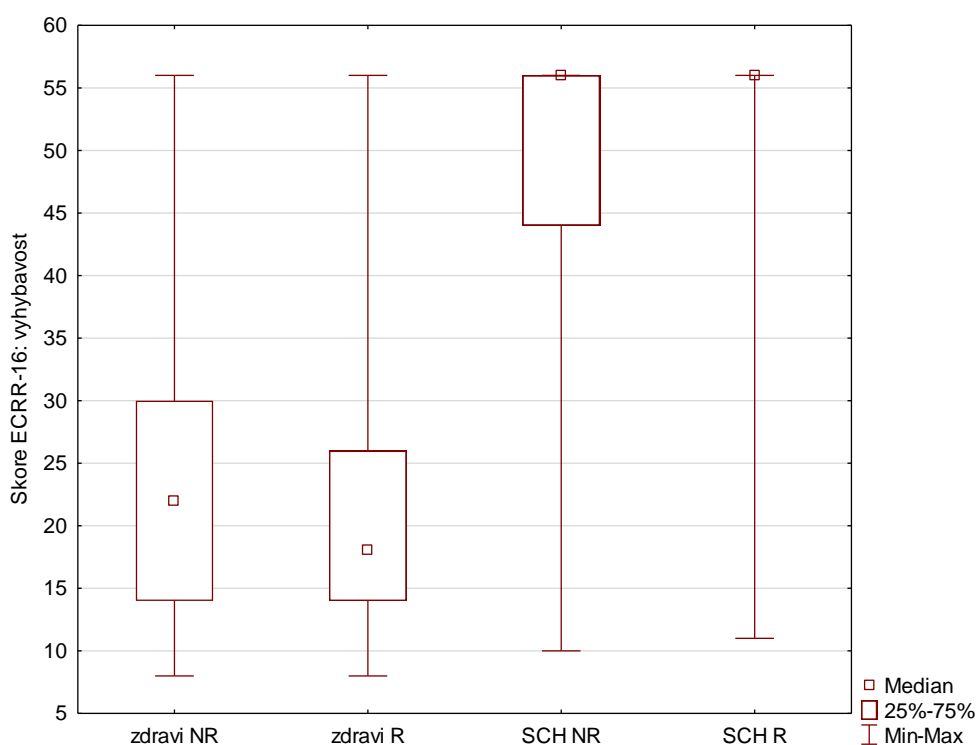
Subškála ECRR-16	Skupina	Počet (N)	Průměr	Medián	Minimum	Maximum	Sm. odchylka
Úzkostnost	NR	313	18.38	16.00	8.00	56.00	9.53
	R	93	18.31	16.00	8.00	45.00	9.18
	SCH NR	24	11.29	8.00	8.00	44.00	8.73
	SCH R	26	10.96	8.00	8.00	32.00	5.99
Vyhýbavost	NR	313	23.63	22.00	8.00	56.00	12.65
	R	93	21.85	18.00	8.00	56.00	11.78
	SCH NR	23	47.09	56.00	10.00	56.00	16.42
	SCH R	26	47.85	56.00	11.00	56.00	15.78

Obě skupiny respondentů se schizofrenií (religiózní i nereligiózní) se signifikantně liší od obou skupin zdravých – religiózních i nereligiózních ($p < 0.001$). Respondenti se schizofrenií mají významně nižší hodnoty úzkostnosti než zdravá populace. Současně má skupina respondentů se schizofrenií významně vyšší hodnoty vyhýbavosti než zdravá populace.

Obr. 24. Úzkostnost. Srovnání skupin NR, R, SCH NR, SCH R.



Obr. 25. Vyhýbavost. Srovnání skupin NR, R, SCH NR, SCH R.



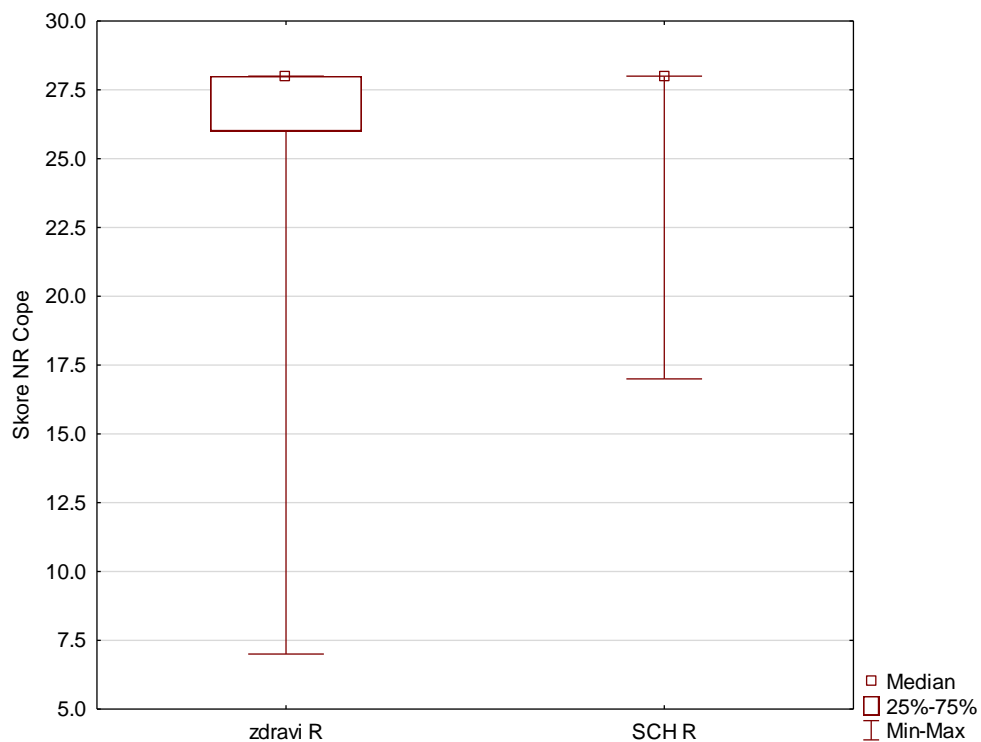
5.6 Vyhodnocení dotazníku Negative Religious Coping (NRC)

Vyhodnocení dotazníku NRC znázorňuje následující graf (obr. 26).

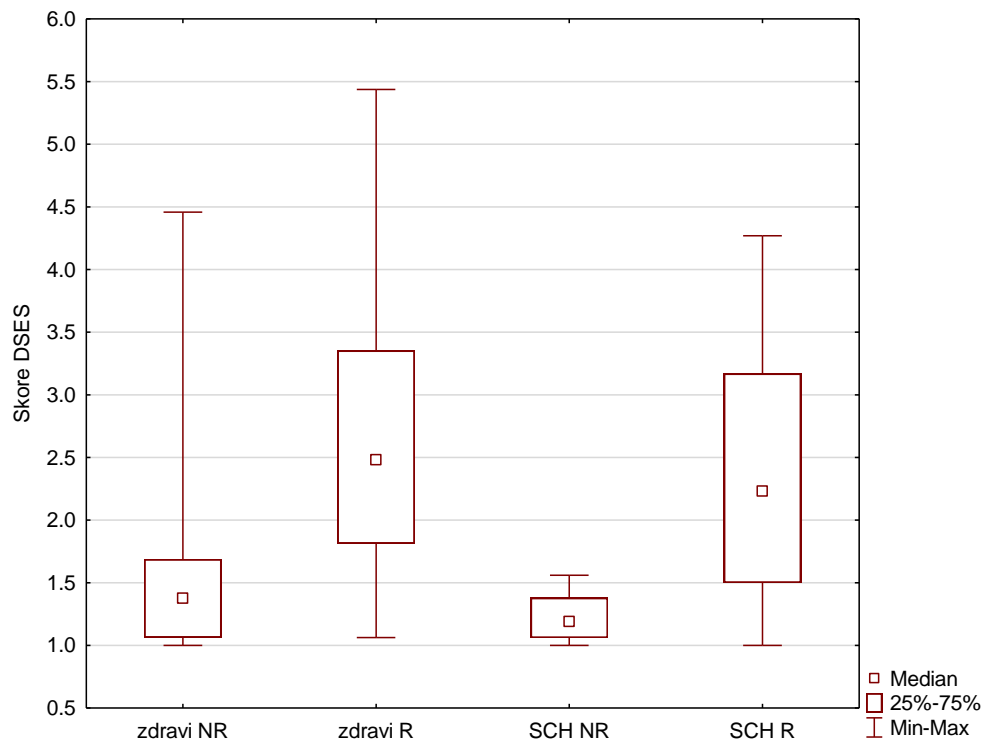
Mezi zdravými respondenty a respondenty se schizofrenií byl nalezen statisticky významný rozdíl. Respondenti se schizofrenií mají významně vyšší hodnoty hrubého skóre negativního copingu, $p = 0.013$. Věřící respondenti se schizofrenií vykazují v dotazníku NRC více náboženských bojů než zdraví věřící respondenti.

Porovnání výsledků měření Škály každodenní spirituality DSES u zdravých respondentů (religiózních i nereligiózních) a u respondentů se schizofrenií (religiózních i nereligiózních) je znázorněno v následujícím grafu (obr. 27).

Obr. 26. Dotazník NRC. Porovnání výsledků věřících respondentů se schizofenií s reprezentativním vzorkem zdravých věřících respondentů.



Obr. 27. Porovnání výsledků Škály každodenní spirituality DSES mezi skupinami NR, R, SCH NR, SCH R.



Při porovnání výsledků DSES se samozřejmě liší skupina religiózních respondentů od nereligiózních, nehledě na zdraví či nemoc. Zdravá religiózní skupina má významně vyšší hodnoty DSES než obě skupiny nereligiózní (zdravá i s diagnózou schizofrenie), s $p < 0.001$. Rovněž skupina religiózních respondentů se schizofrenií má významně vyšší hodnoty DSES než obě skupiny nereligiózní (zdravá i i s diagnózou schizofrenie), s $p < 0.001$. Mezi religiózní zdravou a skupinou s diagnózou schizofrenie rozdíl není, $p > 0.05$.

5.7 Obrazy Boha

Porovnání subjektivního vnímání a prožívání R/S u zdravých respondentů a respondentů se schizofrenií dle Baylor survey 2005 (Obrazy Boha) pomocí chí-kvadrát testu je uvedeno v následující tabulce (Tabulka 8).

Tabulka č. 8. Porovnání subjektivního vnímání a prožívání R/S u zdravých respondentů a respondentů se schizofrenií dle Baylor survey 2005 (Obrazy Boha) pomocí chí-kvadrát testu.

Charakteristika Boha	p-hodnota
Absolutní	p=.00688
Kritický	p=.00004
Vzdálený	p=.00102
Stále Přítomný	p=.00001
Otcovský	p=.00000
Odpouštějící	p=.00026
Přátelský	p=.00000
Spravedlivý	p=.00002
Mírný	p=.00006
Královský	p=.00171
Milující	p=.00000
Mateřský	p=.00000
Trestající	p=.00041
Vážný	p=.00854
Hněvivý	p=.00200
Velkorysý	p=.00664
Nevypočitatelný	p=.47629
Náročný	p=.01508

Kromě charakteristiky „nevypočitatelný“ je zastoupení poměrů různého vnímání Boha mezi porovnávanými skupinami rozdílné.

Procentuelní zastoupení jednotlivých charakteristik vnímání a prožívání R/S (Obrazy Boha) je uvedeno v následující tabulce (Tabulka 9).

Tabulka č. 9. Procentuelní zastoupení odpovědí subjektivního vnímání a prožívání R/S u zdravých respondentů a respondentů se schizofrenií dle Baylor survey 2005 (Obrazy Boha).

POZITIVNÍ Charakteristiky Boha	Skupina	Velmi dobře (%)	Docela dobře (%)	Ne moc dobře (%)	Vůbec ne (%)
Absolutní	NR	25.24	27.16	18.85	28.75
	R	32.26	43.01	16.13	8.60
	SCH NR	20.83	29.17	12.50	37.50
	SCH R	30.77	23.08	23.08	23.08
Stále přítomný	NR	34.50	25.24	10.22	30.03
	R	53.76	34.41	7.53	4.30
	SCH NR	33.33	25.00	20.83	20.83
	SCH R	65.38	11.54	7.69	15.38
Otcovský	NR	27.80	33.87	14.06	24.28
	R	46.24	37.63	9.68	6.45
	SCH NR	29.17	8.33	41.67	20.83
	SCH R	50.00	19.23	11.54	19.23
Odpouštějící	NR	37.38	24.92	12.46	25.24
	R	52.69	35.48	8.60	3.23
	SCH NR	41.67	25.00	20.83	12.50
	SCH R	57.69	23.08	7.69	11.54
Přátelský	NR	27.80	31.95	13.10	27.16
	R	50.54	35.48	9.68	4.30
	SCH NR	33.33	8.33	41.67	16.67
	SCH R	61.54	15.38	0.00	23.08
Spravedlivý	NR	34.50	23.96	13.10	28.43
	R	51.61	31.18	13.98	3.23
	SCH NR	45.83	25.00	12.50	16.67
	SCH R	65.38	19.23	11.54	3.85
Mírný	NR	19.81	31.63	22.68	25.88
	R	26.88	52.69	15.05	5.38
	SCH NR	25.00	12.50	29.17	33.33
	SCH R	30.77	23.08	19.23	26.92
Královský	NR	20.13	29.71	21.41	28.75
	R	30.11	39.78	19.35	10.75

	SCH NR	12.50	16.67	25.00	45.83
	SCH R	34.62	23.08	7.69	34.62
Milující	NR	37.38	23.00	16.29	23.32
	R	59.14	29.03	9.68	2.15
	SCH NR	45.83	12.50	20.83	20.83
	SCH R	76.92	7.69	3.85	11.54
Mateřský	NR	25.56	26.52	18.85	29.07
	R	41.94	41.94	10.75	5.38
	SCH NR	12.50	20.83	20.83	45.83
	SCH R	34.62	23.08	7.69	34.62
Velkorysý	NR	29.39	26.84	15.34	28.43
	R	40.86	35.48	16.13	7.53
	SCH NR	25.00	25.00	25.00	25.00
	SCH R	46.15	23.08	7.69	23.08

NEGATIVNÍ Charakteristiky Boha		Velmi dobře (%)	Docela dobře (%)	Ne moc dobře (%)	Vůbec ne (%)
Kritický	NR	18.21	23.00	23.00	31.31
	R	8.60	31.18	32.26	27.96
	SCH NR	25.00	8.33	37.50	29.17
	SCH R	3.85	3.85	15.38	76.92
Vzdálený	NR	22.36	22.36	23.00	32.27
	R	13.98	31.18	31.18	23.66
	SCH NR	54.17	25.00	4.17	16.67
	SCH R	23.08	15.38	19.23	42.31
Trestající	NR	28.43	22.68	24.28	24.60
	R	12.90	37.63	34.41	15.05
	SCH NR	29.17	12.50	37.50	20.83
	SCH R	19.23	11.54	23.08	46.15
Vážný	NR	24.92	23.64	24.92	26.52
	R	15.05	45.16	25.81	13.98
	SCH NR	25.00	29.17	16.67	29.17
	SCH R	23.08	23.08	19.23	34.62
Hněvivý	NR	14.06	22.68	30.03	33.23
	R	3.23	29.03	37.63	30.11
	SCH NR	12.50	16.67	25.00	45.83
	SCH R	11.54	0.00	23.08	65.38
Nevypočitatelný	NR	21.41	19.81	23.00	35.78
	R	16.13	26.88	26.88	30.11
	SCH NR	16.67	12.50	29.17	41.67
	SCH R	19.23	7.69	23.08	46.15
Náročný	NR	22.68	20.13	24.28	32.91
	R	11.83	32.26	34.41	21.51
	SCH NR	25.00	20.83	25.00	29.17
	SCH R	15.38	23.08	11.54	50.00

Při zohlednění procentuelního zastoupení odpovědí respondentů v jednotlivých skupinách se ukazují následující tendence:

- Zdraví nereligiózní respondenti mají tendenci vnímat Boha jako stále přítomného, otcovského, odpouštějícího, přátelského, spravedlivého a milujícího; na druhé straně nikoliv jako hněvivého a nevypočitatelného.
- Zdraví religiózní respondenti mají tendenci vnímat Boha podobně – stále přítomného, otcovského, odpouštějícího, přátelského, spravedlivého, milujícího, oproti nereligiózním zdravým respondentům též jako mírného, královského, mateřského a vážného; stejně jako nereligiózní nikoliv jako hněvivého a kritického.
- Nereligiózní respondenti se schizofrenií mají tendenci vnímat Boha jako vzdáleného, odpouštějícího, spravedlivého, milujícího; nikoliv jako otcovského, přátelského, mírného, mateřského, trestajícího; stejně jako u zdravých také ne hněvivého a nevypočitatelného.
- Religiózní respondenti se schizofrenií mají tendenci vnímat Boha jako stále přítomného, otcovského, odpouštějícího, přátelského, spravedlivého, milujícího a velkorysého; ne však jako kritického, vzdáleného, trestajícího, hněvivého, nevypočitatelného a náročného.

Zdraví religiózní jednotlivci mají tendenci popisovat Boha oproti zdravým nereligiózním pozitivněji.

- Zajímavý rozdíl nacházíme mezi nereligiózními a religiózními respondenty se schizofrenií: nereligiózní respondenti se schizofrenií mají tendenci vnímat Boha jako vzdáleného, což nenajdeme u žádné jiné skupiny; ne však jako otcovského, mateřského, mírného a trestajícího. Religiózní respondenti se schizofrenií nemají tendenci vnímat Boha jako vzdáleného,

ale mají podobné vnímání Boha jako zdraví religiózní respondenti; oproti nim navíc vnímají Boha jako velkorysého.

K potvrzení těchto tendencí by bylo nutno provést další statistické analýzy, přesahující rozsah této dizertační práce.

6 Výzkumné závěry

Na základě testování hypotéz jsme přijali následující závěry:

Hypotézu H0 1 na základě výsledku srovnání výskytu religiozity ve vzorcích obou populací zamítáme.

Z výsledků srovnání návštěvy bohoslužeb dále plyne, že pro přijetí hypotézy H0 2 neexistuje podpora.

Hypotézu H0 3 můžeme na základě srovnání četnosti modliteb pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací také zamítnout.

Hypotézu H0 4, týkající se srovnání hrubých skóre subškály úzkostnosti dotazníku Prožívání blízkých vztahů (ECR-R) u pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací, můžeme rovněž zamítnout.

Zamítnout můžeme i hypotézu H0 5, tedy srovnání hrubých skóre subškály vyhýbavosti dotazníku Prožívání blízkých vztahů (ECR-R) u pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací.

Na základě srovnání hrubých skóre škály Negative Religious Coping (NRC) u pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací zamítáme i hypotézu H0 6.

Hypotéza H0 7 byla na základě srovnání hrubých skóre Škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou religiózní populací přijata.

Hypotézu H0 8 až H0 17 můžeme na základě srovnání hrubých skóre jednotlivých domén i celkových skóre PCS a MCS u Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií přijmout.

Hypotézu H0 18 můžeme na základě srovnání hrubých skóre GSI (global severity index, celková míra závažnosti příznaků) podle české verze Stručného inventáře příznaků (BSI-53) u religiózních pacientů se schizofrenií v porovnání s nereligiózními pacienty se schizofrenií rovněž přijmout.

7 Diskuse

Cílem této dizertační práce bylo zmapování výskytu, vnímání a prožívání R/S u českých pacientů se schizofrenií a zjištění vlivu na subjektivně vnímanou kvalitu jejich života ve srovnání s reprezentativním vzorkem zdravé české populace. Následující poznámky shrnují naše výzkumná zjištění.

7.1 Interpretace vyhodnocení sociodemografických údajů

Při vyhodnocení sociodemografických údajů zkoumaných vzorků bylo zjištěno, že vzorek respondentů se schizofrenií se statisticky významně odlišuje od vzorku zdravých respondentů v kategoriích věku, způsobu života (s kým žijí ve společné domácnosti), rodinného stavu, vzdělání a ekonomické aktivity. Ve vzorku respondentů se schizofrenií byli nejpočetnější skupinou svobodní lidé v invalidním důvodu, ve věkové kategorii 40–50 let, nejčastěji žijící s rodiči či sourozenci (54 %), v menší míře sami (30 %). Respondenti se schizofrenií oproti zdravým respondentům častěji mají pouze základní vzdělání.

Výsledky výzkumu v oblastech způsobu života, rodinného stavu, vzdělání a ekonomické aktivity ilustrují negativní dopad nemoci na sociální status a fungování pacienta. Jedná se o závažné téma, které je předmětem celé řady studií. Velthors a kol. (2016) na základě vyhodnocování dat od 700 000 jednotlivců zkoumal tzv. vývojovou trajektorii narušeného fungování pacientů se schizofrenií a došel k následujícímu zjištění: schizofrenie nenarušuje veškeré fungování pacientů v komunitě stejně, ale nejvíce postihuje právě sociální oblast

– fungování ve škole nebo v práci. Příznaky selhávání v sociální oblasti lze spatřit i několik let předtím, než byla diagnóza schizofrenie potvrzena, což odpovídá i našemu výzkumu – pacienti se schizofrenií jsou častěji v invalidním důchodu, často z důvodu nemoci nemohli dokončit svá studia a mají pouze základní vzdělání. Jak zdůrazňuje Dziwota a kol. (2018), narušení sociálního fungování a sociální stažení pacientů se schizofrenií je závažný nejen zdravotní, ale i společenský problém, který vede k omezení interpersonálních kontaktů až k jejich ukončení se všemi negativními důsledky. O závažnosti tohoto tématu svědčí i existence odborného označení – PSDs (psychosocial difficulties) – a množství studií věnovaných tomuto tématu. Świtaj a kol. (2012) se ve svém systematickém review této otázky věnovali velmi podrobně a zpracovali 104 studií na dané téma. Jejich review poukazuje na velmi široký rozsah a rozmanitost postižených psychosociálních oblastí u schizofrenie.

Narušení sociálního fungování s sebou přináší rovněž závažné ekonomické dopady. Fasseeh a kol. (2018) ve svém review dokladuje, že schizofrenie má významné negativní a dlouhodobé účinky nejen na zdraví, ale zvyšuje také významně sociální a finanční zátěž nejen pro pacienty, ale i pro jejich rodiny, pečovatele a celou společnost.

Tématem zlepšení psychosociálních dimenzí léčby pacientů s vážnými duševními nemocemi se zabývá rovněž aktuálně probíhající Reforma duševního zdraví, které se snaží prostřednictvím tzv. Center duševního zdraví pomoci pacientům a jejich rodinám komplexně řešit dopady nemoci pacienta, a to nejen po stránce biologické, ale též psycho-sociální (Reforma péče o duševní zdraví, ©2019).

Při porovnávání výzkumných vzorků v kategorii věku je třeba brát v potaz, že tato kategorie byla jak u respondentů se schizofrenií, tak v reprezentativním

vzorku ovlivněna výběrem. U respondentů se schizofrenií se jednalo o pacienty, nešlo tedy o prvozáchyt onemocnění. Na věk zdravých respondentů měl opět vliv výběr. Z celkového množství respondentů byli vybráni pouze ti, kteří neměli žádné jiné somatické onemocnění, což bývá typicky v mladším věku. S rostoucím věkem morbidita obyvatel přibývá (Státní zdravotní ústav, ©2020).

7.2 Odpovědi na výzkumné otázky

Výsledky empirické části přinesly odpověď na všechny výzkumné otázky.

A. Liší se výskyt R/S a náboženské chování ve výzkumném vzorku pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací?

Naše odpověď je ano. Podle výsledků našeho výzkumu se výskyt R/S a náboženské chování ve výzkumném vzorku českých pacientů se schizofrenií v porovnání se zdravou populací liší. Zatímco ve zdravé populaci je většina respondentů nevěřících, mezi respondenty se schizofrenií je nejvíce těch, kteří se pokládají za věřící (religiozni), ale nejsou členy nějaké církve či náboženského sdružení/organizace.

Zjištěné rozdíly v náboženském chování, tedy nižší návštěvnost bohoslužeb i nižší frekvenci praktikování modlitby u respondentů se schizofrenií a do jisté míry i jejich příslušnosti k církvi, lze vysvětlit právě výše zmíněnými potížemi v sociální oblasti, což potvrzuje i klinická praxe: jedním ze základních, někdy i prodromálních projevů (negativních symptomů) schizofrenního onemocnění může být tendence k izolaci a stahování se z mezilidských kontaktů, kterým pacient přestává rozumět; v důsledku toho může zažívat i menší sociální podporu od náboženské komunity (Mohr a kol., 2010; Huguelet a kol., 2006). Roli zde mohou hrát i další schizofrenní symptomy, např. zvýšená míra vztahovačnosti a paranoidita. Tento výsledek je tak možné dát do souvislosti

s nálezem uvedeným níže v dotazníku BSI-53, kde v symptomové dimenzi IS (interpersonální senzitivita) skupina námi zkoumaných religiózních pacientů se schizofrenií dosahuje statisticky významně vyšších hodnot než všechny ostatní srovnávané skupiny (zdravá religiózní i nereligiózní, pacienti se schizofrenií). K podobným závěrům dochází např. Cohen, Jimenez a Mittal (2010), když uvádějí, že náboženská angažovanost religiózních pacientů se schizofrenií je nižší než u zdravých religiózních respondentů.

Co se týče praktikování modlitby, můžeme uvažovat o dalším negativním symptomu schizofrenie, a sice hypobulii (oslabení vůle) a snížení motivace k pravidelně vykonávaným činnostem (Foussia & Remington, 2010). Dalším faktorem, který má vliv na praktikování modlitb, může být kromě zdravotního stavu i způsob vnímání a prožívání spirituality (viz níže). Námi zkoumaný vzorek pacientů se schizofrenií vykazuje v dotazníku NRC statisticky významně větší množství duchovních bojů (spiritual struggles) oproti zdravým respondentům. Toto vnímání spirituality může vést k tomu, že religiózní respondenti se schizofrenií nevyhledávají osobní modlitbu, v níž by si mohli uvědomovat a zažívat vnitřní nesoulad a napětí.

B. Liší se prožívání R/S mezi pacienty se schizofrenií a zdravou populací?

Naše odpověď je ano. Prožívání R/S mezi pacienty se schizofrenií a zdravou populací se liší. Prožívání blízkých vztahů obecně souvisí s úzkostností a vyhýbavostí (Kaščíková a kol., 2018); u pacientů se schizofrenií je tomuto tématu věnována pozornost právě v souvislosti s nemocí. Podle Temmingha a Steina (2015) se až u 65 % pacientů se schizofrenií mohou objevit příznaky úzkosti a až v 38 % lze dokonce diagnostikovat některou z úzkostných poruch, přičemž nejčastější je sociální úzkostná porucha, dle MKN klasifikace sociální fobie (Smolík, 1996), která je charakteristická tím, že postižený má strach z kontaktu s lidmi a mezilidské komunikace. Naše zjištění nižší úzkostnosti

u respondentů se schizofrenií by se mohlo zdát v kontrastu s výše uvedenou studií. Jedním z vysvětlení paradoxně nižších hodnot úzkostnosti u pacientů se schizofrenií v našem vzorku oproti zdravé populaci může být vliv dlouhodobě podávané antipsychotické medikace, která má též protiúzkostný vliv (např. Rogóz a kol., 2011).

Vyhýbavost je dalším z důležitých témat schizofrenní symptomatologie. Tully, Wells & Morrison (2017) ve svém systematickém review a metaanalýze dat zahrnující 43 studií a 2592 účastníků (v letech 1995–2015) potvrzují klinickou zkušenost, že vyhýbavé chování lze u pacientů se schizofrenií chápat v souvislosti s jejich psychotickou zkušeností (zejména s paranoiditou a interpersonální senzitivitou) jako behaviorálně-kognitivní strategii, tj. chování, kterým si chtějí zajistit vyšší bezpečnost. Vyšší hodnoty vyhýbavosti u respondentů se schizofrenií korespondují se schizofrenní symptomatologií (Depp a kol., 2011) a svědčí o tom, že i když pacienti dlouhodobě užívají antipsychotickou medikaci, přesto mohou jisté příznaky ve větší či menší míře u nich přetrvávat (Krause a kol., 2018); Molent a kol. (2019) dokonce ve svém systematickém review a metaanalýze uvádí, že přes dostupnost medikace a intenzivní léčbu až u 30 % pacientů nelze docílit adekvátní odpovědi na léčbu; u nich pak hovoříme o tzv. schizofrenii rezistentní na léčbu (TRS, treatment resistant schizophrenia).

Způsob prožívání a reflektování svých emocí spolu se schopností vztahovat se k okolí se odráží i v prožívání spirituality a vztahování se k transcendentnu (Stellar a kol., 2017; Hovland, 2018). Při vyhodnocení výsledků škály DSES nás nepřekvapilo, že religiózní skupina zdravých respondentů i respondentů se schizofrenií prožívá svoji spiritualitu intenzivněji než obě skupiny nereligiózní. Překvapivé pro nás ale bylo zjištění, že mezi religiózní zdravou a religiózní skupinou se schizofrenií rozdíl není.

Tento výsledek totiž zcela nezapadá do logiky předchozích výsledků. Je možné, že tuto otázku by nám mohl pomoci objasnit kvalitativní či longitudinální výzkum. Na tomto výsledku lze uvést jako možné podílející se vlivy únavu (tento dotazník byl poslední z poměrně rozsáhlé testové baterie), menší motivovanost, mechanické odpovědi (resp. snaha mít již výzkum hotov) a menší srozumitelnost. Tento dotazník byl v některých položkách pro pacienty se schizofrenií obtížně vyplnitelný: např. se u položek „zakouším propojení se vším živým“; „duchovně se mne dotýká krása stvoření“; „pociťuji nezištnost v péči o druhé“ se pacienti opakovaně ptali, co tyto otázky znamenají, což bohužel mohlo ovlivnit výsledky výzkumu.

Výzkumné studie zabývající se problematikou denního prožívání spirituality u pacientů se schizofrenií (měřeno pomocí škály DSES) nejsou v literatuře příliš frekventované. Young (2011) použil škálu DSES k měření vlivu spirituality na kvalitu života čínských pacientů s vážnými duševními nemocemi, jiné srovnávací výsledky použití škály DSES u pacientů se schizofrenií se nám nepodařilo dohledat. Ukazuje se, že se zde otevírá prostor pro další výzkumy.

Jak již bylo uvedeno v teoretické části, spiritualita může být významným pozitivním copingovým faktorem, někdy však naopak také významným stresorem (viz otázku duchovních bojů, spiritual struggels, Exline, 2013). V našem výzkumu jsme zjistili, že věřící respondenti se schizofrenií vykazovali v dotazníku NRC více náboženských bojů než zdraví věřící respondenti. Toto zjištění lze v našem zkoumaném vzorku dát do souvislosti s aktuálním klinickým stavem; viz níže výsledky české verze dotazníku BSI-53, kdy se zejména v symptomové dimenzi interpersonální senzitivita (IS) a deprese (DEP) statisticky významně lišila skupina religiózních respondentů se schizofrenií od respondentů zdravých. Vyšší interpersonální senzitivita a depresivita může mít vliv na vyšší výskyt negativních nábožensko-copingových strategií; zpětně tento negativní

náboženský coping může opět prohlubovat depresi, úzkostné ladění (Rosmarin a kol., 2013) a vyšší distres (Nurasikin a kol., 2013).

Je zajímavé, že ačkoliv náš výzkumný vzorek religiózních respondentů se schizofrenií vykazoval více náboženských bojů, přesto jsme při výzkumu obrazů Boha zjistili tendenci vnímat jej podobně jako zdraví religiózní respondenti, což by korespondovalo s výsledky dotazníku DSES, kde rovněž nebyl zjištěn rozdíl mezi religiózními respondenty zdravými a se schizofrenií, a nikoliv jako vzdáleného, čímž se hlavně liší od tendence k vnímání u nereliózních respondentů se schizofrenií. Tato tendence by mohla vést k úvaze, že R/S by mohla mít i v našem vzorku pozitivní vliv na snížení výskytu psychopatologických symptomů, což koresponduje s údaji, které udávají ve svém review Grover, Davuluri a Chakrabarti (2014). Vzhledem k množství otázek, na které však zatím nemůžeme dát zcela jednoznačnou a obecně platnou odpověď, je zjevné, že pro objasnění souvislostí by bylo potřeba tuto oblast podrobit dalším podrobnějším výzkumům. Svoji roli zde totiž hraje i fakt, že spiritualita člověka zahrnuje kromě přítomnosti i nepřítomnosti nemoci jak osobnostní, tak vztahové aspekty (Chan & Ho, 2016).

C. Má R/S u pacientů se schizofrenií vliv na subjektivně prožívanou kvalitu života?

Při vyhodnocení Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey nebyl v našem výzkumném vzorku potvrzen u pacientů se schizofrenií vliv R/S na subjektivně prožívanou kvalitu života ani na index GSI (global severity index, celková závažnost příznaků) v české verzi dotazníku BSI-53.

Tyto výsledky nás překvapily; ve shodě s literaturou (např. Das a kol., 2018; Shah a kol., 2011; Triveni, Grover & Chakrabarti, 2017) jsme očekávali, že subjektivně vnímaná kvalita života u pacientů se schizofrenií bude vyšší než

u nereligózních pacientů se schizofrenií. Při interpretaci je ale důležité brát v potaz, že R/S je pouze jedním z faktorů, které mají vliv na subjektivně vnímanou kvalitu života u pacientů se schizofrenií; jako další důležité faktory jsou uváděny např. věk, závažnost psychopatologie, subjektivně vnímaná závažnost onemocnění, omezení v psycho-sociálních funkcích (Vrbová a kol., 2017) a sebestigmatizace (Livinston & Boyd, 2010).

V souladu s tím je možné interpretovat naše výsledky v oblasti výzkumu subjektivně vnímané kvality života tak, že přítomné psychopatologické symptomy byly u našich pacientů převažujícím faktorem ve vnímání kvality života; ovlivňovaly i vnímání a prožívání R/S. Tento výsledek koresponduje se zjištěním Holubové a kol. (2017), která též zjistila, že kvalita života českých pacientů se schizofrenií je ve srovnání se zdravou kontrolní skupinou nižší téměř ve všech měřených doménách. Pro výše uvedenou interpretaci by i svědčil nálezní vyšší interpersonální senzitivity u religiózních pacientů se schizofrenií oproti všem ostatním výzkumným skupinám a nálezní většího množství duchovních bojů (spiritual struggles) u pacientů se schizofrenií. Větší množství duchovních bojů je totiž dle literatury asociováno s nižší kvalitou života (Nolan a kol., 2012). K uspokojivému vysvětlení tohoto zjištění by však bylo potřeba dalšího výzkumu.

7.3 Limity výzkumu

Jednalo o mou první větší výzkumnou práci, a proto je v ní možné najít řadu limitů:

7.3.1 Výzkumná baterie

Jedním z nejzásadnějších limitů je použití výzkumné baterie, která byla zadávána reprezentativnímu vzorku populace. Na jedné straně je jistě přínosná možnost porovnat získané výsledky s výsledky reprezentativního sběru, na druhou stranu však výzkumná baterie byla pro pacienty se schizofrenií příliš dlouhá, některé otázky ne zcela jednoznačné a jejich pozornost a motivovanost k odpovědím klesala, což se mohlo negativně projevit v odpovědích („něco řeknu, ať to už mám rychle za sebou“).

7.3.2 Způsob získávání odpovědí

Vzhledem k tomu, že se jednalo o pacienty se schizofrenií, prvotním a nejdůležitějším zájmem, který stál na prvním místě i při výzkumu, byl pohled etický – tedy zdravotní stav pacienta a jeho dobro; tento pohled byl vždy nadřazen i průběhu výzkumu.

Někteří pacienti proto vzhledem ke svému zdravotnímu stavu vyplňovali dotazník ve dvou (nejčastější model), někteří však i ve třech sezeních. Byť jsme se snažili, aby mezi těmito odpověďmi nebyla výrazná časová prodleva, v některých případech jsme časové rozpětí nebyli schopni ovlivnit, např. z důvodu nalezení vhodného termínu.

Ke zkreslení odpovědí mohl přispět i fakt, že pacienti nechtěli odpovídat na dotazník sami, tedy vyplňovat odpovědi o samotě, ale všichni po nabídce využili možnost řízeného rozhovoru. Rovněž jsme z etických důvodů – pokud pacienti potřebovali – věnovali některých otázkám více času, pokud bylo nutné situaci ošetřit, příp. „jen“ pacienta dovyslechnout, aby cítil, že není jenom

„zdrojem dat“, ale že uvedená témata jsou důležitá i pro další léčbu. Některá témata, která byla otázkami u pacienta otevřena, musela být ošetřena, což také vyžadovalo jistý, někdy i delší „nevýzkumný“ čas. Tento částečně „terapeutický“ sběr dat na druhou stranu ale zajistil to, že pacienti byli k výzkumu motivovaní a byli ochotni hovořit o věcech, o kterých dosud mluvili, byť do ambulance již chodili několik let, což zpětně mělo pozitivní vliv na upevnění terapeutického vztahu a přineslo do léčby nová témata.

Dalším limitem, který však měl i pozitivní stránky, byl fakt, že pacienti nehovořili s neznámým výzkumníkem, ale s vlastní ambulantní lékařkou, s níž měli navázaný vztah. To na jedné straně mohlo přinést zkreslení, zaběhlý způsob vnímání i znalost témat, která pacienti otevřeli už dříve, na druhou stranu panovala větší otevřenost i v otázkách, na něž by se pacienti báli odpovědět. Pacienti si byli vědomi, že výzkumník není neutrální osoba, tudíž mohli vážit své odpovědi, eventuálně i s tendencí k disimulaci.

7.3.3 Výběr a velikost vzorku

Jedná se o poměrně zásadní limit – vzorek populace se schizofrenií není ani reprezentativní, ani dostatečně veliký na to, aby výzkum mohl vést k zásadním závěrům. Tím, že se jednalo o malý vzorek a velké množství otázek, nebylo někdy možné, aby výskyt odpovědí postihl všechny kategorie, natož aby mezi nimi bylo možné najít statisticky významné vztahy. Způsob porovnání vzorku 50 pacientů se 406 zdravými responenty má též své limity. Fakt, že titíž respondenti byli testováni různými dotazníky, může být rovněž diskutabilní; testy totiž v tomto případě nejsou nezávislé a může se objevit větší pravděpodobnost chyby druhého druhu. Je ale zřejmé, že naše závěry jsou spíše sondou a zkoumáním trendů, které je třeba upřesnit dalšími analýzami.

Dalším, rovněž zásadním omezením výpovědní hodnoty srovnání mezi zdravou populací a populací se schizofrenií je manipulace vzorku zdravé populace ve smyslu zahrnutí jen zcela zdravých respondentů, kteří nevykazují žádné klinické příznaky fyzických ani psychických obtíží. Tímto zásahem se srovnávaný vzorek významně vychýlil co do věku a pravděpodobně zmizely i jiné zajímavé vztahy zkoumaných znaků religiozity, které by se jinak vyskytly ve vzorku populace bez schizofrenie, ale s některými zdravotními omezeními.

7.3.4 Téma výzkumu

R/S, jak je v našich dotaznících zkoumána, vychází z jejího křesťansko-židovského pojetí, což je patrné zejména ve výzkumu obrazů Boha. Nebylo zde zachyceno vnímání R/S v jiných náboženských systémech, případně nenáboženské prožívání spirituality s výjimkou dotazníku DSES. V dalších výzkumech by proto bylo třeba jasněji propracovat a konkretizovat zaměření spirituality respondentů, aby jim nebyl předkládán konkrétní model, ale oni sami mohli vyjádřit, jak cítí a prožívají svoji spiritualitu. V příštím výzkumu je tedy třeba toto téma jednoznačněji vymezit, strukturovat a pojmenovat. Některé náboženské systémy totiž vůbec nepracují s pojmem vztahu k posvátnému. V neposlední řadě může téma R/S v naší ateisticky prezentované společnosti vést k řadě zkreslení; zdraví i nemocní respondenti mohli fabulovat, neboť toto téma, se kterým se často neseťkávají, se jeví jako příliš intimní a pro některé i stigmatizující.

7.3.5 Problematika statistického zpracování

Ve zjištěných výsledcích může svou roli hrát věk respondentů, bylo by tedy dobré jeho vliv eliminovat a použít ho jako kovariátu. Na to je však náš dataset respondentů se schizofrenií příliš malý.

Jak již bylo dříve zmíněno, dalším z limitů této práce je fakt, že každý z respondentů odpověděl zhruba na 90 otázek a s těmito odpověďmi

v dizertační práci pracujeme, jako by byly na sobě nezávislé. Odpovědi nezávislé nejsou, protože pocházejí od jednoho člověka, a jedná se tedy o tzv. autokorelaci. Bylo by jistě vhodné použít i jiné statistické metody, např. logistickou regresi; potřebovali bychom ovšem větší vzorek respondentů, protože při vzájemném porovnávání zkoumaných faktorů mezi skupinami respondentů klesá počet stupňů volnosti, což zvyšuje pravděpodobnost chyby druhého druhu. Sběr takto rozsáhlých dat je u pacientů se schizofrenií velmi náročný nejen z hlediska časového, ale i motivačního a etického.

7.3.6 Malá zkušenost výzkumníka, osobní angažovanost

Jak již bylo uvedeno, jednalo se o mojí první větší výzkumnou práci, v níž jsem – zejména v počátku – pociťovala nejistotu. Je tedy jisté, že při sběru prvních dotazníků jsem se cítila jinak než poté, kdy jsem nabyla jistou zručnost a dovednost. To, že se nejednalo „jen“ o respondenty, ale o konkrétní pacienty s naší společnou historií, mohlo být na jedné straně přínosem, ale mohlo také způsobit zkreslení výpovědní hodnoty odpovědi.

7.4 Aplikace do praxe

I přes výše uvedené limity je provedený výzkum důležitou sondou do tématu R/S u pacientů se schizofrenií a přináší řadu podnětů do praxe.

7.4.1 Aplikace do terapeutické praxe

Z informací při sběru dat i ze získaných výsledků je zjevné, že téma R/S je u pacientů se schizofrenií i v ČR důležitým tématem, kterému je třeba věnovat pozornost. Pacienti sami nechtějí být „nápadní“, jsou často poučeni, že toto téma je soukromé, do léčby „nepatří“, případně pro ně může být z důvodu rizika psychopatologizace i ohrožující, proto se sami spontánně o tomto tématu většinou nezmiňují; byli-li na něj dotázáni, ve velké většině reagovali s potěšením, někdy až nadšeně, že opravdu mohou volně mluvit i o této dimenzi

svého života. Je proto důležité, aby terapeuté na téma R/S v životě pacienta byli připraveni.

7.4.2 Aplikace do pastorační praxe

Výsledky výzkumu mohou být zajímavé i pro duchovní a pro pracovníky v pastorační péči, a to zejména výstupy týkající se obrazů Boha, prožívání R/S a náboženské chování. Vzhledem k tomu, že se tito lidé v našem vzorku často považují za věřící, ale do kostela příliš nechodí, je třeba se při pastorační péči této skupiny zamyslet nad její specifickou formou a přístupem, který by byl pro ně adekvátní.

7.4.3 Aplikace do edukačního procesu

Výsledky naší práce mohou posloužit též jako podklad pro pregraduální i postgraduální vzdělávání jak lékařů, psychiatrických sester a sociálních pracovníků, tak kněží, pastoračních pracovníků i katechetů.

7.5 Podněty k dalšímu výzkumu

Závěry této dizertační práce mohou sloužit jako podklad pro další výzkumy. Zajímavý by byl kvalitativní výzkum, který by nám mohl pomoci lépe objasnit vzájemné vztahy zkoumaných veličin. Longitudinální výzkum by mohl zachytit pacienta v různých stádiích léčby a zaznamenat též eventuální vývoj a vnímání R/S v souvislosti s dynamikou nemoci a fázemi léčby. Jak již bylo uvedeno výše, při dalším zkoumání tématu R/S by bylo vhodné tento výzkumný pojem konkretizovat a rozšířit ho i o další možné významy. V dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se na vysvětlení výsledků dotazníku DSES; stejně tak by bylo dobré ověřit vliv R/S na kvalitu života jinými nástroji. Velmi přínosné by bylo rozšíření vzorku pacientů se schizofrenií.

8 Seznam použitých zkratk

ANX	anxiety, úzkost
APA	<i>American Psychological Association</i> , Americká psychologická asociace
BP	Bodily pain, bolest
BSI-53	Brief Symptom Inventory, Stručný inventář příznaků
DEP	Depression, deprese
DSES	Daily Spiritual Experience Scale, Škála každodenní spirituální zkušenosti
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí, IV. verze
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí, V. verze
ECR-R	Experiences in Close Relationships-Revised, Dotazník prožívání blízkých vztahů
ESI	Expressions of Spirituality Inventory, bez českého označení
GH	General health, všeobecné vnímání zdraví
GSI	Global severity index, celková míra závažnosti příznaků
HOS	Hostility, hostilita
ICD-10	International Classification of Diseases, 10th Revision
IS	Interpersonal sensitivity; interpersonální citlivost
MCS	Mental component summary, celkové psychické zdraví
MH	Mental health, vnímání psychického zdraví
MKN-10	Mezinárodní klasifikaci nemocí, verze 10
MKN-11	Mezinárodní klasifikaci nemocí, verze 11
NR	Non-religious, nevěřící
NRC	Negative religious coping, bez českého označení
OC	Obsession, compulsion; obsese, kompulze

OUSHI	Olomouc University Social Health Institute, Institut sociálního zdraví Univerzity Palackého v Olomouci
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale, Škála pro hodnocení pozitivních i negativních příznaků
PAR	Paranoidity, paranoidní myšlení
PCS	Physical component summary, celkové fyzické zdraví
PF	Physical functioning, fyzické funkce
PHOB	Phobic anxiety; fobická úzkost
PSDI	Positive Symptoms Distress Index, bez českého označení
PST	Positive Symptoms Total, bez českého označení
PSY	Psychoticism, psychoticismus
QOL	Quality of life, Kvalita života
R	Religious, věřící
R/S	Religiozita / Spiritualita
RE	Role emotional, emoční omezení rolí
RP	Role physical, omezení fyzických aktivit
SANS	Schedule for the Assessment of Negative Symptoms, Škála pro hodnocení negativních příznaků
SAPS	Schedule for the Assessment of Positive Symptoms, Škála pro hodnocení pozitivních příznaků
SCH NR	Schizophrenic, non-religious, nevěřící s diagnózou schizofrenie
SCH R	Schizophrenic, religious, věřící s diagnózou schizofrenie
SCL-90	Symptom Checklist-90, bez českého označení
SF	Social functioning, sociální fungování
SF-8	SF-8 Health Survey Questionnaire, Dotazník zdraví a spokojenosti SF-8 Health survey
SF-36	SF-36 Health Survey Questionnaire, bez českého označení
SOM	Somatization, somatizace
SWBS	Spiritual Well-Being Scale, bez českého označení

TRS	Treatment resistant schizophrenia, schizofrenie rezistentní na léčbu
VT	Vitality, vitalita
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

9 Bibliografie a použité informační zdroje

- AbdAleati, N. S., Zaharim, N. M. & Mydin, Y. O. (2016). Religiousness and mental health: systematic review study. *Journal of Religion and Health*, 55, 1929-1937.
- Adams, M. W. (2008). Comorbidity of mental health and substance misuse problems: a review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric*, 15(2), 101-102.
- Agorastos, A., Demiralay, C. & Huber, Ch. G. (2014). Influence of religious aspects and personal beliefs on psychological behavior: focus on anxiety disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 93-101.
- Allport, G. W. & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 432-443.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual, fourth edition*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Anand, M., Das, B. & Goyal, N. (2018). Religiosity and religious delusions in schizophrenia – An observational study in a Hindu population. *Asian Journal of Psychiatry*, 32, 35-39.
- Andersen, R. (2008). National health surveys and the behavioral model of health services use. *Medical Care*, 46(7), 647-653.
- Anderson, M. R., Miller, L., Wickramaratne, P., Svob, C., Odgerel, Z., Zhao, R. & Weissman, M. M. (2017). Genetic Correlates of Spirituality/Religion and Depression: A Study in Offspring and Grandchildren at High and Low Familial Risk for Depression. *Spirituality in Clinical Practice*, 4(1), 43-44.
- Andreasen, N. C. (1990). Positive and Negative Symptoms: Historical and Conceptual Aspects. In Andreasen, N. C. (Ed). *Schizophrenia: Positive and Negative Syndromes. Modern Problems in Pharmacopsychiatry*. Basel: Karger.
- Arnaud, K. O. St. & Cormire, D. C. (2017). Psychosis or Spiritual Emergency: The Potential of Developmental Psychopathology for Differential Diagnosis. *International Journal for Transpersonal Studies*, 36(2), 44-59.
- Awad A. G. & Voruganti L. N. (2012). Measuring quality of life in patients with schizophrenia: An update. *Pharmacoeconomics* 30, 183-195.
- Baetz, M., Bowen, R., Jones, G. & Koru-Sengul, T. (2006). How spiritual values and worship attendance relate to psychiatric disorders in the Canadian population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(10), 654-661.
- Baetz, M. & Toews, J. (2009). Clinical implications of research on religion, spirituality, and mental health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 292-301.
- Bakas, T., McLennon, S. M., Carpenter, J. S., Buelow, J. M., Otte, J. L., Hanna, K. M. & Welch, J. L. (2012). Systematic review of health-related quality of life models. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(1), 134-146.
- Baker, M. & Gorsuch R. (1982). Trait anxiety and intrinsic-extrinsic religiousness. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 21(2), 119-122.
- Bartůšková, L. (2013). Spirituální dimenze nemoci. *Psychosom*, 11, 25-32.

- Bartůšková, L. & Glogar, P. (2014). Spiritualita v psychoterapeutické praxi? *Psychoterapie*, 7(3-4), 194-198.
- Bartůšková, L., Kabát, J., Kaščáková, N., Furstová, J., Glogar, P., Heveri, M., Hašto, J. & Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza české verze Dotazníku zdraví a spokojenosti SF-8 Health Survey. *Československá Psychologie*, 62, 40-55.
- Bellack, A. S. & Kim T. Mueser, K. T. (1993). Psychosocial Treatment for Schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Belzen, J. A. (2009). Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality. *Československá psychologie*, 53(4), 396-407.
- Bonelli, R. M. & Koenig, H. G. (2013). Mental disorders, religion and spirituality 1990 to 2010: A systematic evidence-based review. *Journal of Religion and Health*, 52, 657-673.
- Borras, L., Mohr, S., Brandt, P. Y., Gilliéron, C., Eytan, A. & Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1238-1246.
- Borras, L., Mohr, S., Gillieron, Ch., Brandt, P-Y, Rieben, I., Leclerc, C. & Huguelet, P. (2010). Religion and Spirituality: How Clinicians in Quebec and Geneva Cope with the Issue When Faced with Patients Suffering from Chronic Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 46, 77-86.
- Boyer, L., Baumstarck, K., Boucekine, M., Blanc, J., Lançon, Ch. & Auquier, P. (2013) Measuring quality of life in patients with schizophrenia: an overview. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 13(3), 343-349.
- Bowen, R., Baetz, M. & D'Arcy, C. (2006). Self-rated importance of religion predicts one-year outcome of patients with panic disorder. *Depression*, 23(5), 266-273.
- Braam, A. W. & Koenig, H. G. (2019). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428-438.
- Burris, C. T. (1999). *Religious Orientation Scale*. In: Hill PC, Hood RW Jr (Eds.), *Measures of religiosity*. Birmingham (AL): Religious Education Press.
- Candida, M., Campos, C., Monteiro, B., Rocha, N. B. F., Paes, F., Nardi, A. E. & Machado, S. (2016). Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: an overview on efficacy, recent trends and neurobiological findings / TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA ESQUIZOFRENIA. *MedicalExpress*, 3(5).
- Caqueo-Urizar, A., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. R. (2016). Religion involvement and quality of life in patients with schizophrenia in Latin America. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(4), 521-528.
- Carpenter, T. P., Laney, T. & Mezulis, A. (2012). Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Psychology of Religion and Spirituality*, 4(1), 19-30.
- Cohen, C. I., Jimenez, C. & Mittal, S. (2010). The role of religion in the well-being of older adults with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 61, 917-922.
- Conrad, R., Schilling, G., Najjar, D., Geiser, F., Sharif, M & Liedtke, R. (2007). Cross-cultural comparison of explanatory models of illness in schizophrenic patients in Jordan and Germany. *Psychological Reports*, 101, 531-546.

- Cui, Y., Liu, B., Song, M., Lipnicki, D., Li, J., Xie, S., Chen, Y., Lu, L., Lv, L., Wang, H., Yan, H., Yan, J., Zhang, H., Zhang, D. & Jiang, T. (2018). Auditory verbal hallucinations are related to cortical thinning in the left middle temporal gyrus of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 48(1), 115-122.
- Culliford, L. (2002). Spirituality and clinical care. *British Medical Journal*, 325, 1434-1435.
- Das, A., K. & Jahan, M. (2018). Restructuring Therapy for Psychopathology of Patients with Schizophrenia. *International Journal of Social Science Citation*, 7(4), 489-493.
- Das, A., K. & Jahan, M. (2019). Application of cognitive restructuring therapy for improving coping style and quality of life of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Sciences Review*, 7(4), 591-594.
- Depp, C. A., Cardenas, V., Harris, S., Vahia, I. V., Patterson, T. L., & Mausbach, B. T. (2011). Psychopathological and functional correlates of behavioral activation and avoidance in schizophrenia. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(11), 861-865.
- Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Dixon, S. & Wilcox, G. (2016). The Counseling Implications of Neurotheology: A Critical Review. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 18(2), 91-107.
- Dziwota, E., Stepulak, M. Z., Włoszczak-Szubzda, A. & Olajossy, M. (2018). Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 25(1), 50-55.
- Exline, J. J. (Ed.). (2013). *Religious and spiritual struggles*. In K. I. Pargament, J. J. Exline, & J. W. Jones (Eds.), *APA handbooks in psychology*®. *APA handbook of psychology, religion, and spirituality (Vol. 1): Context, theory, and research*. American Psychological Association.
- Fasseeh, A., Németh, B., Molnár, A., Fricke, F-U., Horváth, M., Kóczyán, K., Götze, Á. & Kaló, Z. (2018). A systematic review of the indirect costs of schizophrenia in Europe. *European Journal of Public Health*, 28(6), 1043-1049.
- Fridgen, G. J., Aston, J., Gschwandtner, U., Pflueger, M., Zimmermann, M., R., Studerus, E., Rolf-Stieglitz, R.-D. & Riecher-Rössler, A. (2013). Help-seeking and pathways to care in the early stages of psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(7), 1033-1043.
- Foussias, G. & Remington, G. (2010). Negative Symptoms in Schizophrenia: Avolition and Occam's Razor. *Schizophrenia Bulletin*, 36(2), 359-369.
- Gaebel, W. (2012). Status of Psychotic Disorders in ICD-11. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 895-898.
- Gall, T. L., Charbonneau, C., Clarke, N. H., Grant, K., Joseph, A., & Shouldice, L. (2005). Understanding the Nature and Role of Spirituality in Relation to Coping and Health: A Conceptual Framework. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 46(2), 88-104.
- Gearing, R. E., Alonzo, D., Smolak, A., Mchugh, K., Harmon, S. & a Baldwin, S. (2011) Association of religion with delusions and hallucinations in the context of schizophrenia: Implications for engagement and adherence. *Schizophrenia Research*, 126(1), 150-163.
- George, L., Ellison, C., & Larson, D. (2002). Explaining the Relationships between Religious Involvement and Health. *Psychological Inquiry*, 13(3), 190-200.

- Green Doors z.ú. (©2008-2019). O schizofrenii. [online]. [cit. 2019-12-01]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/>
- Grover, S., Davuluri, T., & Chakrabarti, S. (2014). Religion, spirituality, and schizophrenia: A review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), 119.
- Grof, S. & Grof, Ch. S. (2017). Spiritual Emergency: The Understanding and Treatment of Transpersonal Crises. *International Journal of Transpersonal Studies*, 36(2), 30-43.
- Guimond, S., Béland, S. & Lepage, M. (2018). Strategy for Semantic Association Memory (SESAME) training: Effects on brain functioning in schizophrenia. *Psychiatry Research. Neuroimaging*, 271, 50-58.
- Hacklová, R. & Kebza, V. (2014). Religiozita, spiritualita a zdraví. *Československá psychologie*, 58(2), 120-140.
- Hašto, J., Kaščáková, N., Furstová, J., Poláčková Šolcová, I., Vacková, K. A., Heveriová, M. & Tavel, P. (2018). Dotazník prožívání blízkých vztahů (ECR-R) a sociodemografické rozdíly vo vzťahovej úzkostnosti a vyhýbavosti. *Československá Psychologie*, 62, 56-79.
- Hefti, R., P. L. T., Santos, P. L. T. & August, H. (2019). Integrating Religion and Spirituality into Mental Health Care, Psychiatry and Psychotherapy. *Interacao em Psicologia*, 23(2), 308-321.
- Hill, T. D., Burdette, A. M., Ellison, Ch., G., Musick M. A. (2006). Religious attendance and the health behaviors of Texas adults. *Preventive Medicine*, 42(4), 309-312.
- Himle, J. A., Taylor, R. J. & Chatters, L. M. (2012). Religious involvement and obsessive compulsive disorder among African Americans and Black Caribbeans. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(4), 502-510.
- Ho, R. T. H., Chan, C. K. P., Lo, P. H. Y., Wong, P. H., Chan, C. L. W., Leung, P. P. Y. & Chen, E. Y. H. (2016). Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 16, 86.
- Holubova, M., Prasko, J., Hruby, R., Kamaradova, D., Ociskova, M., Latalova, K. & Grambal, A. (2015). Coping strategies and quality of life in schizophrenia: cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 3041-3048.
- Horáček, J. (ed.) (2003). *Psychotické stavy v klinické praxi*. Praha: Academia Medica Pragensis – Amepra, s.r.o.
- Hosák, L. (2016). Biologické markery schizofrenie – stručný přehled a některé aktuální poznatky. *Psychiatrie pro praxi*, 17(2), 44-47.
- Hovland, I. (2018). Beyond Meditation: An antropological undertanding of the relationship between humans, materiality, and transcendence in Protestant Christianity. *Journal of the America Academy of Religion*, 86(2), 425-453.
- Huang, C. L, Shang, C. Y, Shieh, M. S., Lin, H. N. & Su, J. C. (2011). The interactions between religion, religiosity, religious delusion/hallucination, and treatment-seeking behavior among schizophrenic patients in Taiwan. *Psychiatry Research*, 187, 347-353.
- Huguelet, P., Binyet-Vogel, S., Gonzalez, C., Favre, S. & McQuillan, A. (1997). Follow-up study of 67 first episode schizophrenic patients and their involvement in religious activities. *European Psychiatry*, 12, 279-283.

- Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C. & Brandt, P.-Y. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services* 2006, 57(3), 366-372.
- Huguelet, P., Borrás, L., Gillieron, C., Brandt, P. Y. & Mohr, S. (2009). Influence of spirituality and religiousness on substance misuse in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Substance Use & Misuse*, 44, 502-513.
- Huguelet, P., Mohr, S., Gillieron, C., Brandt P.-Y. & Borrás, L. (2010). Religious explanatory models in patients with psychosis: a three-year follow-up study. *Psychopathology*, 43, 230-239.
- Caitlin, K. P. Ch. & Rainbow, T. H. H. (2017). Discrepancy in Spirituality among Patients with Schizophrenia and Family Care-Givers and Its Impacts on Illness Recovery: A Dyadic Investigation. *The British Journal of Social Work*, 47(1,) 28-47.
- Chaze, F., Thomson, M. S., George, U. & Guruge, S. (2015). Role of cultural beliefs, religion, and spirituality in mental health and/or service utilization among immigrants in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 34(3), 87-101.
- Chatters, L. M., Taylor, R. J., Jackson, J. S. & Lincoln. K. D. (2008). Religious coping among African Americans, Caribbean Blacks and Non-Hispanic Whites. *Journal of Community Psychology*, 36(3), 371-386.
- Chidarikire, S., M., Cross, I., Skinner, I. & Cleary, M. (2018). An ethnographic study of schizophrenia in Zimbabwe: The role of culture, faith, and religion. *Journal of Spirituality in Mental Health*.
- Jacob, K. S (2014). Insight in psychosis: An independent predictor of outcome or an explanatory model of illness? *Asian Journal of Psychiatry*, 11, 65-71.
- Jansson, L. B. & Parnas, J. (2007). Competing Definitions of Schizophrenia: What Can Be Learned From Polydiagnostic Studies? *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1178-1200.
- James A & Wells A. (2003). Religion and mental health: towards a cognitive-behavioural framework. *British Journal of Health Psychology*, 8, 359-376.
- Janoutová, J., Šerý, O., Ambroz, P., Hosák, L. & Janout, V. (2016). Psychosociální rizikové faktory u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*, 17(3), 20-24.
- Janů, A., Maliňáková, K., Furstová, J., & Tavel, P. (2018). Psychometrická analýzy škály náboženských a duchovních zápasů (RSS) v českém prostředí. *Československá Psychologie*, 62, 2-18.
- Jimenez, D. E., Bartels, S. J., Cardenas, V. & Alegria, M. (2013). Stigmatizing attitudes towards mental illness among racial/ethnic older adults in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1061-1068.
- Johnson, S., Sathyaseelan, M., Charles, H., Jeyaseelan, V. & Jacob, K. S. (2012). Insight, psychopathology, explanatory models and outcome of schizophrenia in India: A prospective 5-year cohort study [online]. *BMC Psychiatry* [cit. 2019-12-31]. Dostupné z: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-12-159>
- Kabát, J., Kaščáková, N., Furstová, J., Bartůšková, L., Glogar, P., Šolcová Poláčková, I. & Tavel, P. Psychometrické charakteristiky české verze Stručného inventáře příznaků (BSI-53). *Československá psychologie*, 62, 19-39.

- Kao, Y. C., Liu, Y. P., Chou, M. K. & Cheng, T. H. (2011). Subjective quality of life in patients with chronic schizophrenia: Relationships between psychosocial and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 52(2), 171-180.
- Kaščáková, N., Husarová, D., Hašto, J., Kolarčík, P., Šolcová Poláčková, I., Gecková Madarasová A. & Tavel, P. (2016). Validation of a 16-Item Short Form of the Czech Version of the Experiences in Close Relationships Revised Questionnaire in a Representative Sample. *Psychological Reports*, 119(3), 804-825.
- Kate, N., S. Grover, S., Kulhara, P. & Nehra, R. (2012). Supernatural beliefs, aetiological models and help seeking behaviour in patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), 49-54.
- Kay, S. R. (1991). *Positive and Negative Syndromes in Schizophrenia*. New York: Brunner and Mazel.
- Keller, W. R., Fischer, B. A. & Carpenter, W. T. Jr. (2011). Revisiting the diagnosis of schizophrenia: where have we been and where are we going? *CNS Neuroscienc & Therapeutics*, 17, 83-88.
- Koenig, H. G., Kvale, J. N. & Ferrel, V. (1988). Religion and well-being in later life. *Gerontologist*, 28(1), 18-28.
- Koenig, H. G., Ford, S. M., George, L. K., Blazer, D. G. & Meador, K. G. (1993). Religion and anxiety disorder: An examination and comparison of associations in young, middle-aged, and elderly adults. *Journal of Anxiety Disorder*, 7(4), 321-342.
- Koenig, H. G., Hays, J. C., George, L. K., Blazer, D. G., Larson, D. B. & Lawrence, R. L. (1997). Modeling the Cross-Sectional Relationships Between Religion, Physical Health, Social Support, and Depressive Symptoms. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5(2), 131-144.
- Koenig, H. B., Nielsen, J. & Pargament, K. I. (1998). Religious coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 513-521.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E. & Larson, D. B. (2001). *Handbook of religion and health*. New York, NY, US: Oxford University Press.
- Koenig, H. G. (2007). Religion, spirituality and psychotic disorders. *Archives of Clinical Psychiatry*, 34 (Suppl. 1), 95-104.
- Koenig, H. G. (2008). Concerns about measuring „spirituality“ in Research. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 349-355.
- Koenig, H. G. (2009). Research on religion, spirituality and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G. (2012). Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications [online]. *ISRN Psychiatry*, 1-33 [cit. 2020-01-27]. Dostupné z: <https://www.citacepro.com/dok/b7l3L4m2OLSvIQIP?kontrola=1>
- Kondrat, D. C. & Teater, B. (2009). An anti-stigma approach to working with persons with severe mental disability: seeking real change through narrative chance. *Journal of Social Work Practice*, 23(1), 35-47.
- Krause, M., Zhu, Y., Huhn, M., Schneider – Thoma, J., Bighelli, I., Nikolakopoulou, A. & Leucht, S. (2018). Antipsychotic drugs for patients with schizophrenia and predominant or

- prominent negative symptoms: a systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(7), 625-639.
- Larson, D. B., Pattison, E. M., Blazer, D. G., Omran, A. R. & Kaplan, B. H. (1986). Systematic analysis of research on religious variables in four major psychiatric journals, 1978–1982. *The American Journal of Psychiatry*, 143(3), 329-334.
- Larson, D. B., Sherrill, K. A., Lyons, J. S., Craigie, F. C. Jr., Thielman, S. B, Greenwold, M. A. & Larson, S. S. (1992). Associations between dimension of religious commitment and mental health reported in the American Journal of Psychiatry and Archives of General Psychiatry. 1978–1989. *American Journal of Psychiatry*, 149(4), 557-559.
- Livingston, J. D. & Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161.
- Lorenz, L., Doherty, A. & Casey P. (2019). The Role of Religion in Buffering the Impact of Stressful Life Events on Depressive Symptoms in Patients with Depressive Episodes or Adjustment Disorder. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 16(7), 1238-1251.
- Lukoff, D., Lu, F. & Turner, R. (1998). From spiritual emergency to spiritual problem: The transpersonal roots of the new DSM-IV category. *Journal of Humanistic Psychology*, 38(2), 21-50.
- Lukoff, D. (2007). Visionary Spiritual experiences. *Southern Medical Journal*, 100, 635-641.
- Machů, K. (2015). Dotazník Expressions of spirituality inventory (ESI) jako metoda měření spirituality. *E-psychologie*, 9(3), 1-9.
- Malá, M. (2016). Role spirituality u pacientů s psychotickým onemocněním v remisi. Diplomová práce. Univerzita Palackého: rukopis.
- Maliňáková, K., Tavel, P. (2016). Images of God. Roots and Fruits of Their Different Variants. [cit. 2020-01-27]. Dostupné z: https://oushi.upol.cz/wp-content/uploads/2017/09/2016_the_images_of_god_roots_and_fruits_of_their_different_variants.pdf
- Maliňáková, K. (2019). *Spirituality and health: their associations and measurement problems*. Dizertační práce. Univerzita Palackého: rukopis.
- Maliňáková, K., Trnka, R., Šárníková, G., Smékal, V., Furstová, J. & Tavel, P. (2018). Psychometrická analýza Škály každodenní spirituální zkušenosti (DSES) v českém prostředí. *Československá psychologie*, 62, 100-113.
- Maliňáková, K., Tavel, P., Meier, Z., van Dijk, J. P. & Reijneveld, S. A. (2020). Religiosity and Mental Health: A Contribution to Understanding the Heterogeneity of Research Findings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 494.
- Mandizadza, E. J. R. & Chidarikire, S. (2016). A phenomenological study into the role of spirituality and religiousness in the mental health of people with cancer in Zimbabwe. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 18(2), 145-161.
- Mareš, J. & Vachková, E. (2009). *Pacientovo pojetí nemoci I*. Brno: MSD.
- McCabe, R. & Priebe, S. (2004). Explanatory models of illness in schizophrenia: Comparison of four ethnic groups. *British Journal of Psychiatry*, 85, 25-30.

- McCullough, M. & Larson, D. (1999). Religion and depression: A review of the literature. *Twin Research*, 2(2), 126-136.
- McCullough, M. E., Larson, D. B., Hoyt, W. T., Koenig, H. G. & Thoresen, C. (2000). Religious involvement and mortality: A meta-analytic review. *Health Psychology*, 19, 211-222.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. & Welham, J. (2008). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67-76.
- McGrath, J. J. & Susser, E. S. (2009). New directions in the epidemiology of schizophrenia. *The Medical Journal of Australia*, 190, 7-9.
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Family Process*, 55(3), 460-482.
- Marriott, M. R., Thompson, A. R., Cockshutt, G. & Rowse, G. (2019). Narrative insight in psychosis: The relationship with spiritual and religious explanatory frameworks. *Psychology And Psychotherapy*, 92(1), 74-90.
- Meezenbroek, E. d. J., Garssen, B., van den Berg, M., van Dierendonck, D., Visser, A. & Schaufeli, W. B. (2012). Measuring spirituality as a universal human experience: a review of spirituality questionnaires. *Journal of Religion & Health*, 51(2), 336-354.
- Meltzer, H. Y. (2017). New trends in the treatment of schizophrenia. *CNS & Neurological Disorders – Drug Targets (Formerly Current Drug Targets – CNS & Neurological Disorders)*, 16(8), 900-906.
- Menezes, A. & Moreira-Almeida, A. (2010). Religion, Spirituality, and Psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 12, 174-179.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (©2020). Světová zdravotnická organizace schválila jedenáctou revizi Mezinárodní klasifikace nemocí. [online]. [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/svetova-zdravotnicka-organizace-schvalila-jedenactou-revizi-mezinarodni-klasifik_17669_1.html
- Mitchell, A., Malone, D. & Doebbeling, C. (2009). Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: Systematic review of comparative studies. *British Journal of Psychiatry*, 194(6), 491-499.
- Miyamoto, S., Miyake, N., Jarskog, L. F., Fleischhacker, W. W. & Lieberman, J. A. (2012). Pharmacological treatment of schizophrenia: a critical review of the pharmacology and clinical effects of current and future therapeutic agents. *Molecular Psychiatry*, 17(12), 1206-1227.
- Miyamoto, S., Jarskog, L. F. & Fleischhacker, W. W. (2014). New therapeutic approaches for treatment-resistant schizophrenia: a look to the future. *Journal of Psychiatric Research*, 58, 1-6.
- Mohr, P. (2007). *Psychózy*. In Herman, E., Praško, J., Seifertová, D. Eds. (2007) *Konziliární psychiatrie*. Praha: nakl. Medical Tribune CZ s.r.o.
- Mohr, S. & Huguelet, P. (2004). The relationship between schizophrenia and religion and its implications for care. *Swiss Medical Weekly*, 134, 369-376.
- Mohr, S., Brandt, P. Y., Borrás, L., Gilliéron, C. & Huguelet P. (2006). Toward an integration of spirituality and religiousness into the psychosocial dimension of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1952-1959.

- Mohr, S., Borrás, L., Betrisey, C., P-Y. B., Gilliéron & C., Huguelet, P. (2010). Delusions with religious content in patients with psychosis: How they interact with spiritual coping. *Psychiatry*, 73,158-72.
- Mohr, S., Borrás, L., Rieben, I., Betrisey, C., Gillieron, C., Brandt, P-Y., Perroud, N. & Huguelet P. (2010). Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 45(11), 1095-1103.
- Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, C., Brandt, P. Y., Rieben, I., Borrás, L. & Huguelet, P. (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 177-182.
- Mohr, S., Borrás, L., Nolan, J., Gillieron, C., Brandt, P-Y., Eytan, A., Leclerc, C., Perroud, N., Whetten, K., Pieper, C., Koenig, H. G. & Huguelet, P. (2012). Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: A multi-site comparative study of Switzerland, Canada, and the United States. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 44, 29-52.
- Molent, C., Olivo, D., Wolf, R. Ch., Balestrieri, M. & Sambataro, F. (2019). Functional neuroimaging in treatment resistant schizophrenia: A systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 104, 178-190.
- Moreira-Almeida, Alexander, Lotufo Neto, Francisco, & Koenig, Harold G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(3), 242-250.
- Moreira-Almeida, A. & Cardena, E. (2011). Diagnóstico diferencial entre experiências espirituais e psicóticas não patológicas e transtornos mentais: uma contribuição de estudos latino-americanos para o CID-11 / Differential diagnosis between non-pathological psychotic and spiritual experiences and mental disorders. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 33 (suppl 1), 21-28.
- Moreira-Almeida, A., Koenig, H. G. & Lucchetti, G. (2014). Clinical implications of spirituality to mental health: review of evidence and practical guidelines. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 36(2), 176-182.
- Moravec, P. & Slezáčková, A. (2018). Psychometrické vlastnosti české verze škály Spirituální inteligence D. Kinga. *Psychologie a její kontexty*, 9(1), 83-100.
- Motl, J. (2016). *Spiritualita a duševní nemoc: Role spirituality v životě lidí se zkušeností s psychotickým onemocněním*. Dizertační práce, rukopis. Univerzita Karlova: rukopis.
- Newberg, A. B. (2010). *Principles of Neurotheology*. Surrey, UK: Ashgate Publishing Ltd.
- Nolan, J. A., McEvoy, J. P., Koenig, H. G., Hooten, E. G., Whetten, K. & Pieper, C.F. (2012). Religious coping and quality of life among individuals living with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 63, 1051-1054.
- Nuno, L., Guilera, G., Coenen, M., Rojo, E., Gómez-Benito, J. & Barrios, M. (2019). Functioning in schizophrenia from the perspective of psychologists: A worldwide study. *PLoS ONE*, 14 (6), 1-16.
- Nurasikin, M. S., Khatijah, L. A., Ramli, M., Aida, S. A., Zainal, N. Z. & Ng, C. G. (2012). Religiousness, religious coping methods and distress level among psychiatric patients in Malaysia. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4), 332-338.
- Občanské sdružení Diabasis. (©2018). Mgr. Michael Vančura. [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.diabasis.cz/tym/mgr-michael-vancura>

- Padmavati, R., Thara, R. & Corin, E. (2005). A qualitative study of religious practices by chronic mentally ill and their caregivers in South India. *International Journal of Social Psychiatry*, 51, 139-49.
- Pavlovský, P. (2013). Akutní psychotické poruchy, diagnostika a léčba. *Psychiatrie pro praxi*, 14(2), 54-57.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G. & Perez, L. M. (2000). The many methods of religious coping: Development and initial validation of the RCOPE. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 519-543.
- Pargament, K. I. (2002). The bitter and the sweet: an evaluation of the costs and benefits of religiousness. *Psychological Inquiry*, 13, 168-181.
- Pattyn, E., Verhaeghe, M. & Bracke, P. (2015). The gender gap in mental health service use. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1089-1095.
- Phillips, R. & Stein C. (2007). God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 529-540.
- Powell, L. H., Shahabi, L. & Thoresen, C. E. (2003). Religion and spirituality linkages to physical health. *American Psychologist*, 58, 36-52.
- Preiss, M., Příhodová, T., Babinčák, P. & Příhodová, K. (2015). Dotazník intenzity náboženské víry – psychometrické výsledky u českých a slovenských vysokoškolských studentů. *E-psychologie*, 9(2), 36-50.
- Prusak, J. (2016). Differential diagnosis of "religious or Spiritual Problem" – Possibilities and limitations implied by the V-code 62.89 in DSM-5. *Psychiatria Polska*, 50(1), 175-186.
- Reforma péče o duševní zdraví. (©2019). Strategie reformy psychiatrické péče. [online]. [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/>
- Reich, K. H. (2000). What characterizes spirituality? A comment on Pargament, Emmons and Crumpler, and Stifoss-Hansen. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 10, 2, 125-128.
- Rosmarin, D. H., Bigda-Peyton, J. S., Öngur, D., Pargament, K. I. & Bjorgvinsson, T. (2013). Religious coping among psychotic patients: Relevance to suicidality and treatment outcomes. *Psychiatry Research*, 210(1), 182-187.
- Rogóz, Z. & Skuza, G. (2011). Anxiolytic-like effects of olanzapine, risperidone and fluoxetine in the elevated plus-maze test in rats. *Pharmacological Reports*, 63, 1547-1552.
- Rudaleviciene, P., Stompe, T., Narbekovas, A., Raskauskiene, N. & Bunevicius, R. Are religious delusions related to religiosity in schizophrenia? *Medicina Kaunas*, 44, 529-535.
- Říčan, P. & Janošová, P. (2005). Spirituality: its psychological operationalization via measurement of individual differences: a czech perspective. *Studia psychologica*, 47(2), 157-165.
- Říčan, P., Janošová, P. & Tyl, J. (2007). Test spirituální citlivosti. *Československá psychologie*, 51(2), 153-160.
- Říčan, P. & Kocourková, J. (2008). The basis of spirituality in the early childhood relationships: A psychoanalytic perspective. *Československá psychologie*, 52(1), 90-100.

- Saha, S., Chant, D., Welham, J. & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* [online]. [cit. 2020-01-01]. Dostupné z: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0020141>
- Salehi, A., Ehrlich, C., Kendall, E. & Sav, A. (2019). Bonding and bridging social capital in the recovery of severe mental illness: A synthesis of qualitative research. *Journal of Mental Health, 28*(3), 331-339.
- SAMSHA (2016). Prevention of substance abuse and mental illness. [online]. [cit. 2019-12-02]. Dostupné z: <http://www.samhsa.gov/prevention>
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R. & Tyagi, S. (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research, 190*, 200-205.
- Silverstein, M. S. (2014). Jung's views on causes and treatments of schizophrenia in light of current trends in cognitive neuroscience and psychotherapy research I. Aetiology and phoenology. *The Journal of Analytical Psychology, 59*(1), 98-99.
- Singh, D., Raj, A. & Tripathi, J. S. (2019). The benefits of mindfulness in improving mental health and well-being. *International Journal of Social Sciences Review, 7*(3), 427-430.
- Shiah, Y. J., Chang, F., Chiang, S. K., Lin, I. M. & Tam, W. C. (2015). Religion and health: anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *Journal of Religion and Health, 54*(1), 35-45.
- Shreve-Neiger, A. K. & Edelstein, B. A. (2004). Religion and anxiety: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review, 24*(4), 379-397.
- Smolak, A., Gearign, R. E., Alonzo, D., Baldwin, S., Harmon, S. & Mchugh, K. (2013). Social Support and Religion: Mental Health Service Use and Treatment of Schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 49*(4), 444-450.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf s.r.o.
- Státní zdravotní ústav. (©2020). Češi žijí déle, ale trápí je civilizační nemoci. [online]. [cit. 2020-01-21]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/aktuality/Cesi_ziji_dele_ale_trapi_je_civilizacni_nemoci/
- Stehnová, I., Sisrová, M., Ustohal, L., Hublová, V., Beránková, D. & Přikrylová-Kučerová (2015). Neurokognitivní dysfunkce u schizofrenie. *Česká a Slovenská Psychiatrie, 111*(4), 194-200.
- Stellar, J. E., Gordon, A. M., Piff, P. K., Cordaro, D., Anderson, C. L., Bai, Y., Maruskin, L. A. & Keltner, D. (2017). Self-transcendent emotions and their social functions: Compassion, gratitude, and awe bind us to others through prosociality. *Emotion Review, 9*(3), 200-207.
- Stríženec, M. (2001). Psychologické aspekty spirituality. *Československá psychologie, 45*(2), 118-126.
- Šwitaj, P., Anczewska, M., Chrostek, A., Sabariego, C., Cieza, A., Bickenbach, J. & Chatterji, S. (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry* [online] 12, 193.
- Štampach, I. (2009). Nahradila spiritualita náboženství? [online]. [cit. 2020-01-01]. Dostupné z: <https://moebius.webnode.cz/news/nahradila-spiritualita-nabozenstvi/>

- Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J. & Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research*, 150(1), 3-10.
- Tapanya, S., Nicki, R. & Jarusawad, O. (1997). Worry and Intrinsic/Extrinsic Religious Orientation among Buddhist (Thai) and Christian (Canadian) Elderly Persons. *The International Journal of Aging and Human Development*, 44(1), 73-83.
- Temmingh, H. & Stein, D. J. (2015). Anxiety in Patients with Schizophrenia: Epidemiology and Management. *CNS Drugs*, 29, 819-832.
- Tepper, L, Rogers, S. A., Coleman, E.M. & Malony, H. N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric Services*, 52, 660-665.
- Testoni, I., Capozza, D., Shams, M., Visitin, E. P. & a Carlucci, M. C. (2016). The Implicit Image of God: God as Reality and Psychological Well-Being. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 55(1), 174-184.
- Trenholm, P., Trent, J. & Compton, W.C. (1998). Negative religious conflict as a predictor of panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 59-65.
- Triveni, D., Grover, S. & Chakrabarti, S. (2017). Religiosity among patients with schizophrenia: An exploratory study. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(4), 420-428.
- Tully, S., Wells, A. & Morrison, A. P. (2017). An exploration of the relationship between use of safety-seeking behaviours and psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology*, 24(6), 1384-1405.
- Turner, N., Hastings, J. F. & Neighbors, H. W. (2019). Mental health care treatment seeking among African Americans and Caribbean Blacks: what is the role of religiosity/spirituality? *Aging and Mental Health* 23, (7), 905-911.
- Unal, S., Kaya, B. & Yalvaç, H. D. (2007). Patients' explanation models for their illness and help-seeking behavior. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18, 38-47.
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (©2020). Mezinárodní klasifikace nemocí. [online]. [cit. 2019-11-25]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/klasifikace/mkn>
- Verhagen, P. J., van Praag, H. M., López-Ibor, J. J., Jr., Cox, J. L., & Moussaoui, D. (Eds.). (2010). *Religion and psychiatry: Beyond boundaries*. New Jersey, US: Wiley-Blackwell.
- van Os J, Kapur S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645.
- Velthors, E., Reichenbert, A., Kapra, O., Goldberg, S., Fromer, M., Fruchter, E., Ginat, K., de Haan, L., Davidson, M. & Weiser, M. (2016). Developmental Trajectories of Impaired Community Functioning in Schizophrenia. *Jama Psychiatry*, 73(1), 48-55.
- Vojtíšek, Z., Dušek, P. & Motl, J. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M. & Gambal, A. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 567-576.
- Vrbova, K., Prasko, J., Holubova, M., Slepecky, M. & Ociskova, M. (2018). Positive a negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits – a cross-sectional study. *Neuroendocrinology Letters*, 39(1), 9-18.
- Wachholtz, A. B., Pearce M. J. & Koenig, H. (2007). Exploring the relationship between spirituality, coping, and pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 311-318.

- Wang, X. Q., Petrini, M. A. & Morisky, D. E. (2017). Predictors of quality of life among Chinese people with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences* 19, 142-148.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V., Stimson, G., Renton, A., Tyrer, P., Barnes, T., Bench, C., Middleton, H., Wright, N., Paterson, S., Shanahan, W., Seivewright, N., Ford, C. & Comorbidity of Substance Misuse and Mental Illness Collaborative (Cosmic) Study Team (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183(4), 304-313.
- Webb, M., Charbonneau, A. M., Russell, A. M. & Mccann, A. & Gayle, K. R. (2011). Struggling and enduring with God, religious support, and recovery from severe mental illness. *Journal of Clinical Psychology*, 67(12), 1161-1176.
- Weisman de Mamani, A. G., Tuchman, N. & Duarte., E. A. (2010). Incorporating Religion/Spirituality. *Cognitive and Behavioral Practice* 17 (4), 348-357.
- Wilson, W.P. (1998). *Religion and psychosis*. In: Koenig, H. B. (Ed)., *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press.
- World Health Organization. (©2020). ICD-10 Version: 2016. [online]. [cit. 2019-11-24]. Dostupné z: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>
- World Health Organization. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41(10), 1403-1409.
- Wu, A., Wang, J. & Jia, C. (2015). Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLoS ONE*, [online], 10(6).
- Yaghoobzadeh, A., Soleimani, M. A., Allen, K. A., Chan, Y. H., & Herth, K. A. (2018). Relationship between spiritual well-being and hope in patients with cardiovascular disease. *Journal of Religion and Health*, 57(3), 938-950.
- Yasein, S. & Moghal, F. (2017). Intrinsic-Extrinsic Religious Orientation and Depression: A Correlational Study. *Bahria Journal of Professional Psychology*, 16(2), 12-20.
- Young, K. W. (2011). Positive effects of Spirituality on Quality of life for People with Severe Mental Illness. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 16(2), 62-77.
- Zagozdzon, P. & Wrotkowska, M. (2017). Religious Beliefs and Their Relevance for Treatment Adherence in Mental Illness: A Review. *Religions*, 8, 150, 1-12.
- Zhang, T., Wong, I. Y., Yu, Y. H., Ni, S. G., He X. S., Bacon-Shone, J., Gong, K., Huang, Ch., Hu, Y., Tang, M. M., Cao, W., Chan, C. L., Ran, M. S. & CMHP Study Group (2019). An integrative model of internalized stigma and recovery-related outcomes among people diagnosed with schizophrenia in rural China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 911-918.
- Zinnbauer, B. J. & Pargament, K. I. (2005). *Religiousness and spirituality*. In: Paloutzian, R. F., Park, C. L. (Eds), *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. New York: Guilford Press.