

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Bc. Alena Mazůrková

Kvalita života osoby se schizofrenií

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedeníých zdrojů.

V Olomouci 24. 4. 2014

.....

Podpis studenta

Děkuji vedoucí své diplomové práce Mgr. Lucii Pastierikové , Ph.D. za odborné rady, vedení a čas strávený při konzultacích a také děkuji své respondentce za ochotu a čas strávený při poskytování rozhovoru.

V Olomouci 24. 4. 2014

.....

Podpis studenta

Obsah

ÚVOD	5
1 SCHIZOFRENIE	7
1.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA ONEMOCNĚNÍ.....	7
1.2 PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE	9
1.3 FORMY SCHIZOFRENIE.....	15
1.4 DIAGNOSTIKA SCHIZOFRENIE	20
1.5 LÉČBA SCHIZOFRENIE.....	22
1.5.1 Léčba schizofrenie v minulosti z pohledu Vacka.....	23
1.5.2 Léčba schizofrenie v současnosti.....	25
2 KVALITA ŽIVOTA	27
2.1 HISTORIE POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	27
2.2 VYMEZENÍ POJMU KVALITY ŽIVOTA	27
2.3 DEFINICE POJMU KVALITA ŽIVOTA.....	29
2.4 KVALITA ŽIVOTA SOUVISEJÍCÍ SE ZDRAVÍM.....	30
2.5 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	31
2.5.1 Kvalitativní a kvantitativní metody pro zjišťování kvality života	33
3 KVALITA ŽIVOTA OSOB SE SCHIZOFRENIÍ	35
3.1 RODINA OSOB TRPÍCÍCH SCHIZOFRENIÍ	36
3.2 PARTNERSTVÍ OSOB SE SCHIZOFRENIÍ	37
3.3 RODIČOVSTVÍ OSOB SE SCHIZOFRENIÍ	38
3.4 VOLNOČASOVÉ AKTIVITY OSOB SE SCHIZOFRENIÍ.....	39
3.5 ZAMĚSTNÁNÍ OSOB SE SCHIZOFRENIÍ	42
3.6 BYDLENÍ OSOB SE SCHIZOFRENIÍ	43
4 VÝZKUM KVALITY ŽIVOTA OSOBY SE SCHIZOFRENIÍ	45
4.1 CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE.....	45
4.2 POUŽITÉ METODY ŠETŘENÍ.....	46
4.3 VZOREK ŠETŘENÍ	46
4.3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město	46
4.3.2 Charakteristika prostředí šetření.....	48
4.4 METODY PROVÁDĚNÉHO ŠETŘENÍ.....	48
4.5 ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT.....	51
4.5.1 Kazuistika.....	51
4.5.2 Rozhovor.....	54
4.6 SHRNUÍ ŠETŘENÍ	68
4.7 DOPORUČENÍ DO BUDOUCNA.....	71
4.8 DISKUSE.....	72
ZÁVĚR	74
LITERATURA	76
SEZNAM ZKRATEK	80

Úvod

Kvalita života, to je jak se zdá, fenomén dnešní doby. Každý chce, aby právě ten jeho život byl mimořádný, výjimečný, kvalitní. Naše společnost je silně zaměřena na výkon. Lidé jsou hodnoceni podle toho, co dokázali, co umí, jaké povolání vykonávají a především, kolik peněz vydělávají. To je nejčastější měřítko úspěchu. Ne každému však bylo do vínku dáno být úspěšný ve všech oblastech toho, co dělá. Ne každému člověku se v životě daří naplnit to, co si sám předsevzal nebo to, co od něj očekává jeho okolí. Schizofrenie je onemocnění, které kvalitu života zcela zásadním způsobem ovlivňuje. Zasahuje celou osobnost nemocného a nenávratně jeho život i celkovou osobnost změní. Člověk, u nějž se schizofrenie objeví, již nikdy nebude stejný jako dřív.

Schizofrenie však není jen záležitostí samotného člověka, kterého postihne, ale dotýká se také jeho nejbližších příbuzných a přátel. Schizofrenie je onemocnění, které v člověku přebývá mnohdy již od narození a čeká na tu „správnou chvíli“, kdy zaútočit na svou oběť. Onemocnění, které ani v dnešní době, kdy medicína již výrazně pokročila a má v léčbě nejrůznějších onemocnění značné možnosti, není možné zcela úplně vyléčit. V současné době je možné pouze ovlivnit příznaky, kterými je schizofrenie provázena.

Někdy si život s námi nejrůzněji pohrává. Narodíte se do úplné rodiny, máte milující rodiče, sourozence, přátele a kamarády, ve škole dosahujete výborných výsledků a ani po materiální stránce vám nic neschází. Najednou se však ve vašem životě odehraje něco, co vše změní a co nedokáže ovlivnit nikdo na světě. Osud vám do cesty připele nepředvídatelnou překážku. Nemoc nejbližšího člověka a následné úmrtí. Rázem se všechno změní, v úplné milující rodině najednou někdo chybí, někdo důležitý, někdo, koho jste milovali ze všech nejvíce. Otec, který byl dříve ideálním učebnicovým otcem, se najednou změní. Odvrátí se od vás kamarádi a přátele. Zhoršíte si dříve výborný prospěch ve škole. A doslova jako blesk z čistého nebe na vás zaútočí další nástraha osudu- schizofrenie.

Toto je ve zkratce životní příběh osoby, o níž pojednává diplomová práce. Cílem práce je zmapovat detailně kvalitu života této osoby. Zaměřujeme se na problematiku rodiny a rodinných vztahů, partnerství, rodičovství, vzdělání, volný čas a budoucí život této osoby. Diplomová práce je rozdělena na část teoretickou, která se popisuje problematiku onemocnění schizofrenie, vymezí pojmy a dimenze kvality života. Dále v teoretické části rozpracováváme problematiku kvality života osob se schizofrenií a teoreticky nastiňujeme jednotlivé dimenze

života takto nemocných lidí. V praktické části práce formou kazuistiky seznamujeme čtenáře s osobou, o které pojednává diplomová práce, a formou rozhovoru mapujeme kvalitu života v jednotlivých oblastech života této konkrétní osoby.

Téma práce jsme si zvolili v důsledku absolvování speciálněpedagogické praxe, v rámci studia, kdy jsme se setkali s konkrétní osobou, již byla schizofrenie diagnostikována a které zcela zásadním způsobem změnila život. Zajímavostí je, že schizofrenie u této osoby nebyla zapříčiněna změnami v životě této osoby, nýbrž změny, které nastaly, vyvolaly schizofrenii.

I Teoretická část

1 Schizofrenie

1.1 Základní charakteristika onemocnění

Onemocnění se dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, kterou vydává Světová zdravotnická organizace, řadí do sekce F20 – F29, kam také spadají schizotypní poruchy a poruchy s bludy.

Schizofrenii řadíme do duševních onemocnění, které jsou nejčastěji charakterizovány narušením téměř všech psychických funkcí. Zásadním způsobem je narušeno myšlení, vnímání, chování a jednání. Objevovat se může také citová oploštělost či neadekvátní emotivita. (Zvolský, 2001)

Schizofrenie je zástupcem psychotického onemocnění. Psychózy jsou nejčastěji charakterizovány bludy, halucinacemi, slovní projev vykazuje známky dezorganizace a v širším pojetí onemocnění se můžeme také setkat s narušeným vnímáním reality. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Tato nemoc je charakteristická a zcela jedinečná tím, že postihuje výhradně lidskou populaci. Nenalezneme ji ani u lidoopů, kteří se nám v mnohém podobají, ani u žádných jiných druhů zvířecí říše. Postihuje však všechna etnika i rasy lidí bez rozdílů. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Nebylo zjištěno ani to, že by na výskyt onemocnění schizofrenie měly vliv hladomory, války, živelné či jiné katastrofy. Žádná z těchto událostí nesnižují ani nezvyšují výskyt onemocnění jak tvrdí Vacek (1996). Stejný názor zastává také Zvolský (2001), který uvádí odchylku v jednotlivých populacích a zeměpisných šířkách okolo 1% populace.

Jak uvádí Kučerová (2010) schizofrenie je typická svou originalitou u každého jedince. Stejně jako ve společnosti nenalezneme dva totožné jedince ani v oblasti tohoto onemocnění není možné nalézt dva identické případy postižení schizofrenním procesem. Samotný průběh nemoci a její zákonitosti si mohou být podobné u více pacientů, avšak samotný pacient, na němž se onemocnění manifestuje, je vždy jedinečný a pokaždé jiný. Tato skutečnost, vzájemný vztah mezi charakterem onemocnění a osobností nemocného, činí chorobu nesmírně rozmanitou. Komplikované je také díky těmto skutečnostem stanovení diagnózy.

Schizofrenie se tímto odlišuje také od jiných psychických poruch, u kterých nalézáme psychopatologický obraz pacienta téměř identický, jen s malými odchylkami. (Kučerová, 2010)

Schizotypní porucha má velmi mnoho společného se schizofrenními poruchami a Zvolský (2001) se domnívá, že je s nimi také geneticky příbuzná. Avšak u schizofrenních poruch se neobjevují halucinace, bludy ani závažné poruchy chování, tak jako tomu je u schizofrenie jako takové.

Dalším výrazným rysem charakteru schizofrenie je to, že u onemocnění hraje důležitou roli čas. Nejedná se o onemocnění probíhající několik málo dnů či týdnů, které by byly charakteristické výskytem souboru nějakých příznaků. Jak uvádí Kučerová (2010) nejedná se o angínu s jejími typickými příznaky shodnými pro většinu nemocných. Schizofrenie je onemocnění velmi komplikované, které se mění v čas. Jednotlivé příznaky se mění s tím, jak nemoc postupuje v čas.

Slovo schizofrenie můžeme volně přeložit jako „rozštěp mysli“. (in Zvolský, 2001)

Schizofrenie je onemocnění, které zasahuje celou osobnost člověka. Ovlivňuje jeho zdraví, chování a kvalitu života. Osoby, jimž byla schizofrenie diagnostikována, potřebují neustálou pomoc a podporu svého okolí. (Kučerová, 2010)

Pomoc a podpora osob se schizofrenií při každodenních činnostech

Pacienti potřebují zvýšenou pomoc a podporu, kterou by měli zajišťovat nejen lékaři, ale také sociální pracovníci a rodina. Obtíže vyplývající z nemoci, mohou zasahovat tyto oblasti osobnosti nemocného:

- zaměření a udržování pozornosti
- paměť - pacienti často zapomínají také důležité věci, jako jsou schůzky, návštěvy lékaře apod.
- motivace – pacienti nejsou dostatečně vnitřně motivováni k vykonávání běžných činností, což může vést k neschopnosti postarat se o vlastní osobu, domácnost, nemají zájem vykonávat smysluplné činnosti ani udržovat kontakt se sociálním okolím.
- prožívání – osoby trpící schizofrenií mohou působit apaticky, onemocnění provází pocity beznaděje, negativismus, vztahovačnost reakcí sociálního okolí k osobě nemocného. (Harrison, 2012)

Osobám se schizofrenií je zapotřebí poskytovat zvýšenou pomoc a podporu v každodenních činnostech. Tyto činnosti zahrnují:

- správné užívání léků každý den ve stejnou dobu
- osobní hygiena – koupání, mytí vlasů, čištění zubů, stříhání nehtů, nošení čistého oblečení
- příprava stravy
- praní prádla, úklid domácnosti
- nakupování
- hospodaření s penězi, rodinným rozpočtem
- používání hromadné dopravy k přepravě osob
- u některých pacientů se může vyskytnout také inkontinence – v těchto případech je nutné pacienta učit například přebalování, vést ho ke zvýšené hygieně všech úkonů a také péči o oděv.(Harrison, 2012)

1.2 Příznaky schizofrenie

V dnešní době se usuzuje na biologickou podmíněnost vzniku schizofrenie. Jedinec se již rodí s biologickou náchylností k onemocnění. Vlivem nadměrné zátěže člověka dochází k manifestaci prvních příznaků nemoci. Obdobím, kdy nejčastěji dochází k manifestu příznaků, je období puberty, jelikož toto období je pro každého jedince velmi náročné především kvůli změnám v organizmu, které jsou pro toto období typické. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Velmi ojediněle se můžeme setkat se schizofrenií v předškolním věku. Tyto případy jsou obzvláště závažné. Dochází k narušení interpersonálních vztahů. U schizofrenních dětí se vyskytují velmi silné úzkosti a nápadné bizarnosti v chování, ale také myšlení a fantazii. Schizofrenní děti pak nejsou schopny odlišit realitu od bludů a vlastní fantazii od reality. Náchylnost k onemocnění schizofrenií může být nejen vrozená, ale také časně získaná v raných fázích postnatálního vývoje jedince. Dalším determinantem onemocnění je komplikace při samotném porodu či komplikace v období prenatálním, především virová onemocnění matky. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Předpokladem pro propuknutí schizofrenie nejsou však jen biologické, ale také psychické a nejčastěji jsou to kombinace těchto dvou předpokladů. (Říčan, Krejčířová, 1997)

Odhaleny byly také odchylky biologické, jako například redukce bílé hmoty mozkové či snížení objemu některých mozkových struktur (temporální lalok, amygdala). (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Jak však uvádí Vacek (1996) přesný okamžik vzniku schizofrenie nelze s určitostí stanovit. Příčinou rozvoje onemocnění může být náročná životní situace, ale stejně tak dobře naprostá banalita, která se v životě člověka vyskytne.

Schizofrenie má také své tělesné projevy. Spíše než o příznaky se jedná o důsledky onemocnění. Pacienti se schizofrenií bývají často rychle unavitelní, málo výkonní, fyzicky ne příliš zdatní, pohyby jsou nepřesné a pomalé. Přidává se také bušení srdce, tělesná nevolnost, nejrůznější bolesti a další somatické projevy a tělesné stavy, které pro pacienty nejsou příliš příjemné. (Kučerová, 2010)

Symptomy schizofrenie dle Bleulera:

Eugen Bleuler, autor názvu schizofrenie, který zavedl roku 1911, rozdělil příznaky tohoto onemocnění na skupinu primárních příznaků a na skupinu sekundárních příznaků.

- **Primární příznaky** jsou charakteristické pro samotný proces onemocnění.
- **Sekundární příznaky** jsou důsledkem primárních příznaků u konkrétních osob v daném čase. (in Zvolský, 2001)

Bleulerovy primární symptomy:

- 1) *„poruchy asociací, které se vyznačují zejména jejich rozvolněním, fragmentací*
- 2) *poruchy efektivity – afekty jsou u nemocného neadekvátní, nepřiměřené nebo jeví výrazné oploštění a ztupění*
- 3) *autismus – sociální izolace, ponoření se do sebe, narcistické soustředění na vlastní osobu, subjekt se noří do denního snění a ztrácí kontakt s realitou*
- 4) *ambivalence – současná koexistence protichůdných pocitů s nedůsledným chováním a výkyvy“* (in Zvolský, 2001, s. 71)

Bleulerovy sekundární příznaky:

Jedná se o takové projevy, které nejsou u onemocnění schizofrenie vždy univerzálně přítomny, běžně se mohou vyskytovat u jakýchkoli jiných psychóz rozmanitého původu. Tyto sekundární příznaky mohou mít nejrůznější podobu. Nejčastěji jde o halucinace, bludy, katatonii nebo hebefrenii projevy chování. Sekundární schizofrenní příznaky jsou významné

především z toho důvodu, že usnadňují diagnostiku, neboť jsou lépe čitelnější, zřetelnější a především nápadnější než příznaky primární. (in Zvolský, 2001)

Svoboda, Češková, Kučerová (2006) rozdělují příznaky na pozitivní a negativní.

Pozitivní příznaky schizofrenie jsou jednou z nejčastějších příčin hospitalizace. Jsou vysoce nápadné. Někdy je označujeme také jako psychotické. Řadíme sem halucinace, bludy a poruchy myšlení. Jsou spojovány s regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou.

Negativní příznaky schizofrenie jsou spojovány s ochuzením emotivní a volní složky. Objevuje se apatie, ztrácí se radost z prožitku, motivace, ochuzení řeči a myšlení. Poznamenávají kvalitu života jedince. Častěji se vyskytují u nemocných s první epizodou schizofrenní poruchy. Souvisí s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Zvolský (2001, s. 72) uvádí následující soupis příznaků dle MKN-10 (2001, s. 72):

a) *„slyšení vlastních myšlenek, pocity vkládání nebo odmítání myšlenek, vysílání myšlenek;*

b) *bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo citění, bludné vnímání;*

c) *halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla;*

d) *trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnosti ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa);*

e) *přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců;*

f) *zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč, nebo neologismy;*

g) *katatonii jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilitascarea, negativismus, mutismus a stupor;*

h) „negativní“ příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity); musí být jasné, že se nejedná o příznaky, vyplývající z deprese nebo medikace neuroleptiky;

i) výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení. “

Chceme-li se řídit diagnostikou schizofrenie dle MKN 10, musí být přítomen alespoň jeden jasný příznak, patřící do některé ze skupin, uvedených pod body a) až d) či musí být přítomny příznaky nejméně ze dvou skupin příznaků, které jsou uvedeny pod body e) až h). Tyto příznaky se musí projevovat po dobu minimálně jednoho měsíce nebo déle. (Dostupné z: <http://www.mentalhealth.com/icd/p22-ps01.html>)

Obvyklé příznaky jednotlivě dle Kučerové (2010):

Halucinace, iluze (poruchy vnímání)	<p>Pojem halucinace znamená, že osoba slyší, vidí, cítí apod. něco, co žádný jiný člověk ani nevidí, ani neslyší ani necítí.</p> <p>Iluze znamená, že dotyčná osoba slyší, vidí, cítí atd. něco, co sice existuje, avšak nemocný to vnímá zkresleně, odlišně než je tomu ve skutečnosti.</p> <p>Pacienti nejčastěji slýchávají lidské hlasy, které mezi sebou mohou také hovořit, mohou promlouvat k samotnému pacientovi, oslovují pacienta jménem, ale také nemusejí. Hlasy mohou dále také komentovat jednání pacienta nebo mu dávat nejrůznější příkazy. Hlasy mohou být jak ženské, tak mužské, ale také smíšené. Může se jednat o hlasy blízkých osob, stejně tak ale o hlasy osob cizích. Slýchat může pacient i jednoduché zvuky, jako například štěkot psa či hudbu. Hlasy může pacient slyšet ušima, často ale pacienti popisují stavy, kdy hlasy k nim hovoří jakoby přímo v jejich hlavě.</p> <p>Halucinace, které jsou spojené se slyšením nejrůznějších hlasů či jiných zvuků nazýváme halucinace</p>
--	---

	<p>auditivní neboli sluchové.</p> <p>Pokud pacient vidí něco, co neexistuje nebo vidí zkresleně to, co existuje, hovoříme o halucinacích či iluzích zrakových.</p> <p>Mohou se vyskytnout také halucinace čichové, chuťové nebo tělové, kdy pacient na svém těle či uvnitř těla pociťuje něco nepříjemného, často bolest, pálení, štípání.</p>
Paranoidita (porucha myšlení)	<p>Jestliže pacient cítí, že se s ním něco děje, že prostředí a lidé v jeho okolí se nějakým způsobem mění, začíná si to nějakým způsobem vysvětlovat a tuto situaci vztahovat na svou osobu, začne se chovat paranoidně.</p>
Bludy	<p>Jedná se o patologickou poruchu myšlení, kdy pacient je nezvratně přesvědčen o skutečnosti, která se nezakládá na pravdě či není vůbec možná. Pacient je tímto svým přesvědčením zcela ovládnut a pod jeho tíhou také jedná.</p> <p>Bludů je velké množství druhů. Například bludy pronásledování, bludy emulační (žárlivecké), paranoidní. Mohou se vyskytnout také bludy hypochondrické, kdy je pacient nezvratně přesvědčen, že onemocněl některou ze závažných chorob. Dále se mohou vyskytnout bludy s náboženským obsahem, či bludy s technickým obsahem, např. sledování kamerami, mikrofony atd.</p>
Inkoherentní řeč (porucha myšlení)	<p>Jedná se o druh mluvy, kdy pacient sice používá existující a reálná slova, ale spojuje je tak, že nedávají smysl. Porucha stavby vět někdy může vyústit až v tzv. slovní salát, pacientovo okolí nerozumí obsahu pacientova sdělení. Může se vyskytnout narušení gramatiky, či používání pouze části slov.</p>
Pseudofilozofování, plané mudrování	<p>Pacient neustále filozofuje nad tím, co je smyslem života, nad náboženskými otázkami, nad smyslem nejrůznějších věcí, jevů. Toto filozofování však nemá žádný hlubší smysl, postrádá tvůrčí logiku a nedojde k žádnému závěru.</p>

Úzkosti (porucha emotivity)	U pacientů trpící schizofrenií jsou úzkosti velmi častým jevem. Ne vždy jsou však pro okolí pacienta dobře čitelné a proto mohou vyústit až k sebevražednému jednání.
Depresivní prožívání (porucha emotivity)	I tyto odchylky se vyskytují poměrně často a stejně jako úzkosti nemusí být na pacientovi zcela zjevné. Především přidá-li se další porucha, emoční oploštělost, nemusí pacient projevovat klasickou mimiku typickou u depresí, nemusí o nich ani hovořit, přestože depresí trpí. I tato porucha může vyústit v sebevraždu.
Emoční oploštělost, plochost (porucha emotivity)	Jedná se o zmenšení intenzity n hrůznějších prožitků, zmírnění výkyvů radosti a smutku. Neschopnost silně prožívat události, či chovat hlubší city k druhému člověku. Člověk trpící emoční zploštělostí se projevuje ke svému okolí jako laxní, bez zájmu, chladný až bezcitný.
Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost (porucha emotivity)	Projevuje se tak, že pacient hovoří vesele o věcech, které veselé nejsou, například o sebevraždě, smrti. Často toto vyprávění může doprovázet smíchem.
Apatie (porucha emotivity)	Pacientovi je vše jedno, o všechno ztrácí zájem.
Abúlie, hypobúlie (porucha vůle)	Pacient má velmi oslabenou vůli, která se v extrémních případech projevuje tak, že není schopen ráno vstát z postele. V lehčích formách se abulie projevuje tím, že nemocný by rád něco dělal, ale to nejde, postrádá sílu a rychle se unaví. Pacient také nemá dostatek vůle k rozhodování či dodržování slibů.
Insomnie, hyposomnie, nedostatečný spánek	Tato porucha je velmi častá, bez typického průběhu. Nespavost se může a nemusí projevit. Pokud se vyskytne, může se jednat o poruchy spojené s usínáním, brzké probouzení, naprostá nespavost trvající několik dní, pak opět spánek normální.
Agresivita vůči okolí (porucha pudů, jednání)	I tyto poruchy se u schizofrenie můžou a nemusí vyskytnout. Pacient může pod tíhou bludů či halucinací i někoho

a vůle)	napadnout nebo někomu ublížit a to promyšleně, zejména pokud je bludně přesvědčen, že daný člověk se vůči němu chová nepřátelsky.
Porucha identity osobnosti	Pacient trpící schizofrenií se cítí být někým zcela jiným, někdy i velkými osobnostmi z naší historie, např. Karel IV. Někdy se cítí být svým bratrem a někdy také současně sebou samým a někým jiným.
Psychomotorický neklid	Jedná se o nadměrnou tělesnou aktivitu, která se nezakládá na racionálním podkladě. Pacient může chodit sem a tam, může manipulovat s věcmi, nevydrží v jedné poloze ani na jednom místě.

Tabulka1: *Jednotlivé příznaky dle Kučerové*

1.3 Formy schizofrenie

Při uvádění jednotlivých forem schizofrenie vycházíme z klasifikace, která je uvedena v MKN–10 (2013). Schizofrenie je zde členěna následovně:

Paranoidní schizofrenie F20.0:

Tento typ schizofrenie je poměrně dobře diagnostikovatelný a v populaci se hojně vyskytuje. Charakteristické pro paranoidní schizofrenii je, že se vyskytují bludy, které jsou relativně stálé a jsou paranoidní. Bludy bývají většinou doprovázeny halucinacemi, nejvíce sluchovými ve formě hlasů, které nemocnému udávají příkazy. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Jak uvádí Zvolský (2001) průměrný věk vzniku tohoto druhu onemocnění je poměrně vyšší než u ostatních forem a u pacientů, kteří trpí tímto druhem Schizofrenní poruchy, bývá zjištěna lepší nemorbidní osobnostní adaptace, což můžeme považovat za známku lepší prognózy. Dále je tato forma typická akutním vznikem a přítomností stresu při začátku onemocnění což může být také známkou poměrně dobré prognózy. U akutních stavů bývají zřejmé poruchy myšlení, což ale nebrání tomu, aby pacient zřetelně popisoval typické bludy a halucinace. Afektivita není výrazně oploštělá, jako tomu může být u jiných typů schizofrenie, běžnější je menší stupeň nepřiměřenosti a také výskyt poruch nálad. Průběh

paranoidní schizofrenie může být v epizodách či chronický stav, kdy je náročné rozlišit jednotlivé ataky. (in Zvolský,2001)

Aby mohla být diagnostikována paranoidní schizofrenie, musí být splněna všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii a musí být přítomny výrazné bludy či halucinace. Velmi málo nápadné jsou poruchy efektivity, vůle a řeči. Typická je přítomnost bludů pronásledovanosti, kontroly či ovlivňování. Při diferenciální diagnostice je třeba vyloučit psychosy při užívání drog, epilepsii. (in Zvolský, 2001)

Hebefrenní schizofrenie F20.1:

Projevovat se začíná nejčastěji v dospívání a časně dospělosti, nejčastěji mezi 15-25 rokem života. Chování pacienta je nepředvídatelné, nepřiléhavé. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Charakteristické pro tuto formu schizofrenie je dezorganizované myšlení, oploštěné a nepřiměřené emoční reakce a bizarní chování. Pozorovat dále také můžeme grimasování, chichotání, podivná gesta, pseudofilozofické úvahy, náhlé impulzivní reakce bez zjevného vnějšího podnětu. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Dle MKN-10 (2013) jsou u hebefrenií schizofrenie významné změny efektivity. Naopak bludy a halucinace jsou velmi prchavé. Chování je značně nepředvídatelné a nezodpovědné. Nálada pacienta je nepřiměřená dané situaci a bývá provázena sebou zaujatým úsměvem.

Pacienti jsou samotářští a jejich chování se zdá být beze smyslu, mohou působit až bezcitně. Tento typ onemocnění mívá špatnou prognózu a to z důvodu velmi rychlého rozvoje negativních příznaků, především ztráta vůle a citová oploštělost. Pacient opouští své předešlé cíle, ztrácí rozhodnost a průbojnost a jeho chování se stává bezcílné a bezúčelné. Dalším typickým znakem této formy schizofrenie je výrazné narušení myšlení, které se mění v myšlení schizofrenního typu. (Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf)

Bludy a halucinace se mohou vyskytovat, avšak nejsou tak významné jako u předešlé paranoidní schizofrenie. (in Zvolský, 2001)

Pro diagnózu hebefrenií schizofrenie je nezbytná přítomnost znaků schizofrenie. Tento typ by se měl diagnostikovat především u adolescentních a mladých dospělých pacientů. Pro správné určení diagnózy hebefrenií schizofrenie je nutné sledovat pacienta po

dobu 2-3 měsíců, aby se potvrdilo či typické chování pro tento druh onemocnění. (in Zvolský, 2001)

Katatonní schizofrenie F20.2:

Katatonní forma schizofrenie je charakteristická typickými poruchami motoriky. Motorická aktivita může být u takto nemocných buď zvýšená, nebo snižena. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Rozeznáváme dva druhy katatoní schizofrenie:

Produktivná forma – typická je nadměrná, extrémní někdy až násilná motorická aktivita. Tato zvýšená motorická aktivita může silně připomínat stavy deliria, či akutní mánie. V minulosti měla tato forma často až fatální následky. V dnešní době se tomu dá předejít využitím elektrokonzulsivní terapie, nasazení neuroleptik. Pokud se však váhá s nasazením léčby elektrokonzulsí může mít katatoní schizofrenie produktivní formy i dnes fatální následky. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Stuporosní forma – tato forma je typická nástupem výrazného zpomalení, retardace. Toto zpomalení bývá provázeno různými projevy typu mutismu či negativismu a může vyvrcholit až do stuporu. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

I když se pacient nachází ve fázi stuporu a může se zdát, že je přerušen kontakt s okolním prostředím, pacient zůstává při plném vědomí a po odeznění tohoto akutního stavu si na všechny proběhlé události velmi dobře pamatuje. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Antipsychotická terapie většinou velmi dobře účinná, avšak může i přes tuto léčbu docházet ke stavům, kdy pacient nespolupracuje, odmítá potravu a tekutiny stejně jako medikaci. V těchto případech je nanejvýš nutné přistoupit k elektrokonzulsivní terapii. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Abychom mohli diagnostikovat tuto formu schizofrenie, musí být splněna diagnostická kritéria pro schizofrenii. Abychom mohli bezpečně stanovit diagnózu katatoní schizofrenie, musí v klinickém obrazu pacienta převládat alespoň jeden z následujících projevů:

a) „*stupor – zřetelně zmenšená reaktivita vůči okolí a snížení spontánních pohybů a aktivity, mutismus,*

b) *excitace (motorická aktivita zřetelně bezúčelná a neovlivnitelná vnějšími podněty),*

c) nástavy (zaujímání a udržování nevhodných a nezvyklých poloh),

d) negativismus (zřetelný nemotivovaný odpor vůči instrukcím nebo pokusům pohnout pacientem, nebo pohyb pacienta opačným směrem),

e) rigidita (zaujímání ztuhlých poloh při pokusu pacientem pohnout),

f) flexibilitascarea (udržování končetin a těla v polohách, do nichž byl pacient uveden),

g) jiné příznaky, např. povelový automatismus (automatické plnění instrukcí) a opakování slov a vět (perseverace).“ (in Zvolský, 2001, s. 76)

Strnulé postoje, které jsou pro tuto formu charakteristické, mohou přetrvávat i poměrně dlouho dobu. Schizofrenní epizody typické náhlým vzrušením se mohou kombinovat také se snovými stavy, při kterých mohou být zjevné živé scénické halucinace. (MKN–10, 2013)

Simplexní forma schizofrenie F20.6:

Typické pro tuto formu je především její časný a plíživý vznik. Dále ji můžeme charakterizovat sociální izolací a odtažením, malou aktivitou, pasivitou a závislostí na okolí. Pacient je značně apatický a vykazuje nedostatek aktivity. Přítomny povětšinou nebývají ani halucinace či bludy. Průběh bývá chronický. Postupem času se mohou začít projevovat poruchy myšlení schizofrenního typu s intelektuální deteriorací a regresí chování. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

MKN-10 (2013) považuje simplexní schizofrenii za vzácně se vyskytující, u níž se sice pomalu, ale progresivně rozvíjí bizarní chování, neschopnost vypořádat se sociálními požadavky a celkový pokles výkonnosti. Nevyskytují se bludy ani halucinace a nemůžeme pozorovat ani zřejmý psychotický stav jako je tomu např. u hebefrenií, katatoní či paranoidní formy schizofrenie.

Stupňující se sociální izolace může vyústit až do potulek. Pacient se stává stále více ponořeným do sebe a svého světa a ztrácí jakékoliv cíle.

Stanovit diagnózu simplexní schizofrenie je velmi složité, neboť je nutné pozorovat progredující rozvoj negativních příznaků. Stanovení diagnózy stěžuje také nepřítomnost bludů a halucinací. (in Zvolský, 2001)

Nediferencovaná schizofrenie F20.3:

Do této kategorie zařazujeme stavy, které sice splňují všeobecně daná kritéria pro diagnostiku schizofrenie, ale neodpovídají žádné z forem klasifikovaných podle MKN10 (2013) do kategorií F20.0 – F20.2 anebo nesou rysy více než jedné z uvedených forem, avšak žádný zcela nepřevládá. Toto označení by se tedy mělo používat pouze pro psychotické stavy, které neodpovídají žádné z předešlých kategorií.

Postschizofrenní deprese F20.4:

Jedná se o depresivní ataku neurčité délky, která se může vyskytnout po odeznění schizofrenní psychózy. Dle MKN-10 (2013) musí být přítomny ještě některé ze schizofrenních příznaků, avšak v klinickém obraze již nepřevládají. Přetrvávající příznaky mohou být jak pozitivní tak i negativní, častěji se však vyskytují negativní.

Postschizofrenní deprese s sebou často nesou hrozbu sebevražděného jednání.(in Zvolský, 2001)

Reziduální schizofrenie F20.5:

Dle MKN-10 (2013) se jedná o chronický stav ve vývoji schizofrenního onemocnění se zřetelným postupem od počátečního stádia, které zahrnuje jednu či více atak s psychotickými příznaky, které odpovídají již dříve uvedeným diagnostickým kritériím pro schizofrenii, až ke stavu pozdějšímu, který je charakteristický dlouhodobými, i když ne nutně ireverzibilními negativními příznaky.

Jiná schizofrenie F26.8:

MKN-10(2013) takto označuje dřívější diagnosticky zastopované schizofrenie a schizoformní poruchy nervového systému.

Jiná schizofrenie vylučuje diagnózu akutní schizoformní poruchy, cyklické schizofrenie a latentní schizofrenie. (in Zvolský, 2001)

Schizofrenie nespécifikovaná F20.9:

MKN-10 (2013) nestanovuje diagnostická kritéria, na základě kterých by se měla tato diagnóza stanovit.

Zcela jistě je nutná přítomnost diagnostických kritérií pro diagnostiku schizofrenie, avšak s takovým zastoupením, které dále neumožňuje blíže stanovit, o jaký druh schizofrenie se jedná. (in Zvolský, 2001)

1.4 Diagnostika schizofrenie

V současné době nemáme k dispozici žádný fyzický či laboratorní test, kterým by se dala bezpečně stanovit diagnóza schizofrenie. Psychiatři tedy nejčastěji docházejí ke stanovení diagnózy na základě jednotlivých příznaků. Na základě fyzikálních vyšetření můžeme pouze vyloučit, že se nejedná o žádné záchvatovité onemocnění, poruchy štítné žlázy, tumory mozku, metabolické poruchy, které mohou vykazovat některé shodné příznaky se schizofrenií. Současný výzkum testuje používání některých diagnostických metod (například krevní test pro schizofrenii, speciální IQ testy pro diagnózu schizofrenie, „testy vůně“). Tyto metody jsou však ve zkušební fázi a využívá je pouze malé množství univerzit, či specializovaných klinik. Bude trvat ještě řadu let, než budou tyto testy obecně přijaty a budou dostupné na trhu či používány v nemocnicích. (Schizophrenia.com, 1996-2010)

Diagnostika schizofrenie je poměrně náročnou záležitostí, protože ji nelze diagnostikovat v její prodromální fázi, což by se jevilo jako optimální. Takové případy jsou však velmi ojedinělé. Největší procento nemocných se k lékaři dostává až s manifestací prvních psychotických příznaků. (Kučerová, 2010)

Pacienti trpící schizofrenií mají sice všichni řadu podobností, ale stejně tak i rozdíly a to jak v projevech, tak v reakcích na léčbu či v samotném průběhu onemocnění. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Diagnostika schizofrenie s sebou nese celou řadu úskalí. Bohužel, i v dnešní moderní době se za diagnózou schizofrenie skrývá celá řada stigmat. Než tedy přistoupíme ke konečné diagnóze schizofrenie, je třeba ji pečlivě zvážit. Pokud totiž pacient schizofrenií netrpí a my mu ji přesto diagnostikujeme, můžeme jej poškodit stejně, jako když schizofrenií skutečně trpí a lékař tuto diagnózu správně neurčí a nezahájí vhodnou terapii. Podáváme-li pacientovi, který netrpí schizofrenií medikamenty, kterými se tato nemoc léčí, můžeme pacientovi výrazně uškodit. Stejně tak mu ale můžeme uškodit i tehdy, pokud schizofrenií pacient má a není léčen správným způsobem. (Kučerová, 2010)

Při stanovování diagnózy je však zapotřebí postupovat velmi rychle, protože jak výzkumy ukázaly, čím dříve je stanovena správná diagnóza a je započata léčba tím lepší dlouhodobé výsledky můžeme očekávat. Avšak rychlé stanovení diagnózy může být obtížné,

protože člověk se schizofrenií může být paranoidní a může se domnívat, že s ním nic v nepořádku není a není tedy zapotřebí vyhledávat lékaře. (Schizophrenia.com, 1996-2010)

Diagnóza by nikdy neměla být stanovována, pokud jsou přítomny rozsáhlé manické nebo depresivní příznaky, je přítomno zjevné onemocnění mozku či je pacient ve stavu drogové intoxikace. (Dostupné z: <http://www.mentalhealth.com/icd/p22-ps01.html>)

Základním diagnostickým pravidlem je, že schizofrenii nikdy netvoří jen jeden příznak. Vždy se jedná o více příznaků, které spolu souvisejí a vytvářejí onemocnění. Důležité je zaměřit se na to, jak pacient mluví. Často totiž můžeme pozorovat, že je jeho řeč podivná, nadměrně filozofující, bezobsažná, šroubovaná nebo jen velmi povrchně popisuje pocity, problémy. V jiných případech se můžeme setkat s tím, že je řeč narušena ve své souvislosti. (Kučerová, 2010)

Důležité také je zaměřit se na pacientovi myšlenky. Zeptat se ho na to, zda je sám ovládá, nebo zda mu hlavou probíhají proti jeho vůli, zda myšlenky považuje za svoje nebo si myslí, že jsou cizí. Pokud odpovídá, že jsou cizí, musíme se pacienta zeptat, jak se mu do hlavy dostaly, jestli mu je tam někdo vkládá nebo naopak, jestli mu je někdo bere, krade. Jako diagnostické vodítko nám může posloužit také obsah myšlení. Obsah myšlení však musíme být schopni konfrontovat s realitou. Jestliže nám pacient tvrdí, že k němu promlouvají Marťani, nemusíme již pátrat dále a je jasné, že se jedná o blud. Ne vždy je však situace tak jednoznačná a ne vždy je lékař schopen rozpoznat realitu od bludu. Zejména tehdy, kdy pacienta ještě dobře nezná, nezná jeho rodinné poměry a podobně. (Kučerová, 2010)

Zaměřit bychom se při stanovování diagnózy měli také na emotivitu. Emoce, které pacient projevuje navenek, jsou často úplně opačné, které skutečně prožívá. V emotivitě nemůžeme pozorovat ani žádné periodické opakování ani denní kolísání. Je buď dlouhodobě nevýrazná, nebo se naopak velmi rychle mění bez závislosti na okolnostech. (Kučerová, 2010)

Opomenout bychom neměli ani vnímání. Ne vždy je možné z pacientovy řeči jasně vypožorovat, že vidí nebo slyší něco, co jasně ukazuje na halucinace. V takových případech se tedy ptáme pacienta cíleně, zda někdy neměl nebo nemá pocit, že by jinak slyšel nebo že by viděl nějaké zvláštnosti, nemívá nějaké zvláštní pocity, které dříve nemíval. Takovými otázkami můžeme vzbudit pacientův zájem a svěřit se nám, že to či ono skutečně vidí, cítí, zažívá. (Kučerová, 2010)

Jednotlivé příznaky, které se nám podaří takto vedeným rozhovorem s pacientem zjistit, musíme vždy posuzovat jednotlivě. Tato diagnostika je však také časově velmi náročná a nelze takto postupovat u nemocných v akutní fázi nemoci, kteří vykazují znaky agresivity, neklidu a kdy hrozí nebezpečí, že by mohli být nebezpeční sobě nebo okolí. V těchto případech přistupujeme k okamžitému převozu pacienta do psychiatrického lůžkového zařízení, v krajním případě tak můžeme učinit i bez jeho souhlasu. (Kučerová, 2010)

Další z diagnostických potíží, které nás mohou potkat, je situace, kdy pacient vykazuje příznaky schizofrenní psychózy a současně u něj zjistíme abúzus alkoholu či drog. (Kučerová, 2010)

Pokud má lékař podezření, že by pacient mohl trpět schizofrenií, obvykle provádí sérii vyšetření, která zahrnují:

- laboratorní testy – kompletní krevní obraz, další krevní testy, které pomohou vyloučit jiné onemocnění se stejnými příznaky, vyšetření na alkohol a drogy, zobrazovací vyšetření, jako je CT či MR.
- Psychologické hodnocení – lékař hodnotí vzhled a vystupování pacienta, jeho myšlenky, zda jsou přítomny bludy, halucinace či myšlenky na sebevraždu. (MayoClinicStaff, 2014) Jakou metodu vyšetření lékař zvolí, je jen na něm. Za účelem diferenciální diagnostiky bývá nejčastěji použit rozhovor (IPDE), dále různé projektivní osobnostní testy (Rorschach či test kresby figury) možné je také využít dotazníky (MMPI-Minesotský osobnostní inventář, který také zjišťuje přítomnost patologie). (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

1.5 Léčba schizofrenie

Problematika léčby schizofrenie je velmi složitá. V této části práce se pokusíme nastínit některé možnosti.

Základním stavebním prvkem v **léčbě** schizofrenie jsou antipsychotika. I přes jejich širokou škálu druhů s nespornými pozitivními účinky při léčbě schizofrenie však mohou mít i celé spektrum negativních dopadů, které významně ovlivňují kvalitu života jejich uživatelé. Medikamentózní léčba je však nezbytná po celý život pacienta, protože jen to je možnost, jak eliminovat hrozbu relapsů končících tragicky. Mezi negativa antipsychotik ovlivňující kvalitu života můžeme zmínit přibývání na váze, finanční náročnost či rizika vzniku metabolických vad. (Voruganti, 2008)

1.5.1 Léčba schizofrenie v minulosti z pohledu Vacka

Až do třicátých let našeho století prakticky neexistovala efektivní léčba schizofrenie. Teprve později se objevily šokové metody. Nejznámější ze šokových metod byly inzulinové šoky. Manfred Sakel (1900-1957) podával svým pacientům ráno nalačno poměrně velkou dávku inzulinu, čímž dosáhl hypoglykemického kómatu, jednalo se tedy o inzulinový šok. Pacienta, který se ocitl v bezvědomí, následně budil podáním cukru sondou, zavedenou do žaludku. Stav pacienta se po prodělaném inzulinovém šoku zlepšil. Léčba inzulinovým šokem se záhy rozšířila do celého světa, avšak dnes se již nepoužívá. (Vacek, 1996)

Lékař maďarského původu, neurolog, Lászlo von Meduna (1896-1974) se zabýval patologickými změnami na mozku u zemřelých pacientů trpících schizofrenií. Při svých zkoumáních si povšiml, že schizofrenní jedinci nemívají epilepsii a ani epileptičtí pacienti povětšinou nebývají schizofrenní. Tato zjištění inspirovala Medunu k léčbě schizofrenie epileptickými záchvaty. Vědomě předávkoval pacienta léky na povzbuzení krevního oběhu, což vyvolalo epileptický záchvat. Pro tuto metodu nejprve testoval kafr a následně zvolil kardizol. Tato metoda však sebou nesla i svá úskalí. Po vstříku kardizolu do žíly pacient dostal křeče a upadl do bezvědomí, než však do bezvědomí upadl, prožil si chvíle plné hrůzy, a proto byla tato metoda velmi obávaná. (Vacek, 1996)

Ve druhé polovině let třicátých se objevují dva italsí psychiatři Ugo Cerletti (1908-1963) a Lucio Bini (1908-1964). Tito dva psychiatři se významnou měrou zasloužili o zavedení elektrošoků. Jejich předností bylo, že pacient již nebyl odkázán na prožívání chvíle hrůzy, jako tomu bylo kardizolových šocích. Svou elektrošokovou metodu testovali nejprve na zvířatech a ne vždy to dopadlo dobře, docházelo i k usmrcení zvířat. Později se však elektrody začaly zvířatům přikládat na spánek. Toto se osvědčilo jako bezriziková metoda a nedocházelo k úhynu zvířat. K prvnímu předvedení elektrošokové metody došlo dne 28. března 1938 na římské klinice. Pro ukázkou si zvolili pacienta s těžkou schizofrenií, který halucinoval, byl značně citově oploštělý, netečný a řeč byla inkoherentní. Efekt, který se po aplikaci elektrošoku dostavil, byl ohromující, neboť pacient se očividně zlepšil. Usuzovalo se tedy, že byl konečně nalezen převratný způsob léčby schizofrenie. Časem se však prokázalo, že nadšení, které uvedení nové léčebné metody vyvolalo, bylo předčasné, neboť elektrošoky byly v léčbě úspěšné pouze u některých pacientů (zejména s katatonii formou schizofrenie). (Vacek, 1996)

Mylné byly také domněnky, že léčí samotný elektrický proud a že křeče jsou při této terapii nutné. Až po testu doktora Benetta v roce 1940 se zjistilo, že elektrošoky jsou stejně úspěšné i pokud se utlumí křeče. Dnes se tedy před samotnou aplikací elektrošoku podají tzv. myorelaxancia a vše proběhne v narkóze a používá se proud do 100 voltů s minimální intenzitou po dobu do jedné sekundy. (Vacek, 1996)

Od šedesátých let se však od aplikace elektrošoků začalo ustupovat, i přesto, že měla prokazatelně dobré výsledky. Ke znovupoužívání elektrošoků se však opět vracíme, neboť se prokázalo, že všechny protišokové argumenty, které uváděli hrůzné následky po aplikaci elektrošoku, jsou mylné. (Vacek, 1996)

Další, do té doby neznámou metodu při léčbě schizofrenie, objevil Antonio Caetano Egas Moniz (1874-1955). Ten se na klinice ve Frankfurtu nad Mohanem dozvěděl, že nutkavé myšlenky, trápící schizofreniky, souvisí s mozkovými drahami probíhajícími z čelních laloků do mozkového kmene. Napadlo ho, zda by nebylo možné tyto dráhy chirurgicky přerušit. Navedl svého přítele, lisabonského neurochirurga Almeida Limu, aby se o to pokusil. Lima vymyslel speciální nůž (leukotom) a odebral s ním kousek tkáně z čelního laloku. Technika se časem zdokonalila a leukotomie nebo lobotomie, jak byla metoda nazvána, se již běžně prováděla. Avšak výsledky této nové metody byly problematické. Metoda se prováděla povětšinou u beznadějných případů. Osobnost pacienta se značně změnila. Zmizela sice agresivita, avšak pacient se stal vyhaslým, zplanělým a proto se od ní tedy poměrně brzy upustilo. (Vacek, 1996)

Ke konci padesátých let nastala psychofarmakologická revoluce, která přináší pro lidi s nemocnou duší velkou naději. Její objevení je však dílem náhody. V laboratořích v Paříži začali v období po druhé světové válce hledat lék na alergie. V roce 1950 se jim však podařilo syntetizovat zcela nový lék chlorpromazin. Spolu s chlorpromazinem se do historie zapsali také dva francouzští psychiatři Jean Paul Delay a profesor Pierra G. Deniker. Chlorpromazin měl velmi přesvědčivý antipsychotický efekt. Profesor Delay navrhl pro léky působící antipsychoticky, název neuroleptika, který se zažil a používá se dodnes. Konec roku 1955 a začátek roku 1956 se stal mezníkem počátku úplně nové éry a zrodil se obor nazývaný farmakopsychiatrie. Nových psychofarmak začalo přibývat. Významným se stal také rok 1958, kdy byl v belgických laboratořích vyvinut zcela nový lék haloperidol, který se stal zatím nejefektivnějším lékem při léčbě schizofrenie. Průlomem se stalo také objevení depotních neuroleptik, kdy pacient dostane lék do svalu injekčně v několikátýdenním intervalu a nemusí tak denně brát pilulky. (Vacek, 1996)

1.5.2 Léčba schizofrenie v současnosti

V dnešní době již víme, že při léčbě schizofrenního pacienta je zapotřebí především přistupovat komplexně. Samozřejmostí je podávání léků, dále pak rozhovory s pacientem a rozebírat s ním jeho příznaky, denní režim, způsob života a také udržovat kontakt a vést rozhovory s pacientovou rodinou, pokud je tomu i ona nakloněna a souhlasí. Nezbytností je také zapojování pacienta do rehabilitačních aktivit, což je často velmi složité, protože pacienti dávají větší přednost pobytu doma a bezduchému bloumání po obydlí, městě, či jinému málo čínorodému trávení svého volného času. (Kučerová, 2010)

Co se léků týče, je nutné podávat antipsychotika a v některých případech také antidepresiva. V současné době jsou preferovány antipsychotika II. Generace (atypická), protože příznivě ovlivňují negativní a také afektivní příznaky a jsou také lépe snášena. Dále můžeme říci, že zlepšují kvalitu života, zvyšují pacientovu spokojenost a snižují potřebu zdravotní péče. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Nutná je také dlouhodobá léčba, která snižuje riziko relapsů. Je prokázáno, že pacienti, kteří léčbu vysadí, mají až třikrát pravděpodobnější výskyt relapsu. U části nemocných se však relaps může dostavit i přes dlouhodobé dodržování léčby. Důvodem relapsu může být přirozený průběh onemocnění, nespolupráce pacienta, psychosociální faktory. Nutností je také dodržování ambulantních kontrol u svého lékaře, což podle výzkumů až 50% pacientů nedodržuje. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Volba vhodných antipsychotik by měla být vždy založena na faktorech spojených s:

- *pacientem* – zda je pacient ochoten lék užívat, srozumění s vedlejšími účinky léku, postoje rodiny k užívání antipsychotik;
- *lékařem*- jakou má lékař osobní zkušenost s daným typem antipsychotik, do jaké míry je erudovaný v této oblasti;
- *lékem*- Jak je lék snášen, jaká je jeho účinnost, forma podávání léků a také jeho finanční dostupnost; (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Při volbě vhodných antipsychotik lékař musí zhodnotit nejen psychické příznaky svého pacienta, ale také fyzický stav pacienta. Výběr antipsychotik je dobré provádět společně s pacientem, pokud to jeho stav umožňuje a také s jeho příbuznými. Nutností je také poskytnout nejen pacientovi, ale i rodině pacienta dostatek informací jak o nemoci samotné, tak také o léčbě. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Nezanedbatelnou úlohu při výběru vhodného léku hraje v dnešní době jeho cenová dostupnost a dostupnost léčby somatických komplikací léčby. Je-li pacient zaměstnán, je žádoucí jeho udržování v pracovním procesu. V případě, že přistoupíme k invalidizaci, je dobré získání chráněného zaměstnání. Invalidizace s sebou totiž velmi často nese sociální izolaci s negativním vlivem na celý terapeutický proces. (Svoboda, Češková, Kučerová, 2006)

Antipsychotika jsou nejúčinnější metodou v léčbě schizofrenie, neboť změni rovnováhu chemických látek v mozku a pomáhají tak kontrolovat příznaky. Mohou mít také ale množství nežádoucích účinků (např. závratě, pocity nejistoty, ospalost, zpomalené pohyby, tremor, přibývání na váze). Avšak jejich léčebné účinky mnohonásobně převažují nežádoucí účinky a tak by měli být vždy nedílnou součástí léčby schizofrenního pacienta. (Kučerová, 2010)

Schizofrenie je celoživotním onemocněním a většina lidí musí zůstat na antipsychoticech po celý svůj život. (A.D.A.M, 2013)

2 Kvalita života

2.1 Historie pojmu kvalita života

Historie tohoto pojmu je poměrně dlouhá. Poprvé jsme jeho výskyt zaznamenali ve 20. letech 20. století. Někteří autoři (Hnilicová, 2005 in Mareš, 2006) se domnívají, že pojem kvalita života se vyskytoval již v diskuzích o vztahu ekonomických a sociálních hledisek při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva.

Zejména američtí autoři (Snoek, 2000 in Mareš, 2006) si myslí, že byl tento pojem použit až v pracích dvou amerických ekonomů Ordwaye a Osborna, kteří poukazovali na nebezpečí ekologických dopadů ideje neomezeného ekonomického růstu.

Do hlubšího povědomí lidí však tento pojem vstupuje až v šedesátých letech 20. století, kdy představuje výraz metaforický shrnující sociálně – politické cíle americké administrativy za vlády prezidenta L. B. Johnsona. President Johnson pojem kvality života zmínil ve svém projevu. (Mareš, 2006)

V sedmdesátých letech se pak pojem kvalita života ustaluje také ve slovníku sociologů, kteří se zaměřují hlavně na objektivní měření kvality života (zejména pak ekonomické ukazatele).

V tomto období v USA také probíhalo vůbec první zjišťování kvality života občanů. Hlavním cílem tohoto šetření bylo definovat subjektivně vnímané indikátory kvality života, tedy to, jak lidé vnímají svůj život a také jak ho hodnotí. To odstartovalo etapu vědeckého zkoumání, vytváření konceptů a samotného měření kvality života. (Mareš, 2006)

Posledních 20 let se dá považovat za zlatý věk kvality života, neboť se do dané problematiky angažují odborníci z nejrůznějších odvětví od environmentalistů, ekonomů až po psychology a také pedagogy. (Ludíková, 2012)

2.2 Vymezení pojmu kvality života

Pojem kvalita vznikl složením dvou slov: kvalita a život. Termín kvalita má svůj původ v latině, pochází od slova *qualis*, jež jde do češtiny přeložit jako jakost. Život můžeme vnímat jako obecné označení pro život všech bytostí anebo jako život specifického druhu. (Křivohlavý, 2008)

S kvalitou života jako pojmem se setkáváme v nejrůznějších oborech, například v sociologii, ekonomii, filozofii, ekologii, antropologii, biologii, pedagogice, demografii a

dalších. Většinou se jedná o obory, jejichž zájmu je člověk, život člověka či dopady problémů společnosti na život člověka. (Michalík, 2013)

Kvalita života je v běžné komunikaci většinou spojována s kladným pojetím pojmu (kvalitní = dobrý). Naopak v odborných kruzích se pojem kvalita života využívá k popisu pozitivních, ale i negativních aspektů života. Hodnocení toho, zda náš život je nebo není kvalitní, je založeno na srovnání našeho života s úrovní existence, která je očekávaná nebo žádaná, či na srovnávání s životem druhých lidí. (Gurková, 2011)

Problematika kvality života má mnohostranný rozměr. Tato multidimenzionálnost s sebou však přináší mnoho konceptů a také mnoho názorových proudů. I přes zmiňovanou multidimenzionálnost můžeme hovořit o čtyřech hlavních proudech, které pojednávají o kvalitě života a osobní pohody (well-being). Směr první neodráží význam vztahu obou konstruktů (myšleno kvalitu života a osobní pohodu). Druhý směr považuje, stejně jako WHO, kvalitu života za velmi širokou kategorii, která v sobě zahrnuje i osobní pohodu. Třetí ze čtyř směrů zdůrazňuje totožnost kvality života a osobní pohodu. Čtvrtý směr vidí osobní pohodu jako indikátor kvality štěstí. (Ludíková, 2012)

Koncept kvality života, díky své multidimenzionálnosti, zatím nemá žádnou všeobecně přijatou definici, stává se předmětem mnohých rozprav, mezi kterými nepanuje všeobecný konsenzus a nemá ani jednotnou metodologii či koncept. (Gurková, 2011)

Kvalitu života lze vnímat jako kvalitu života jednoho konkrétního člověka anebo také jako kvalitu života celé skupiny, například národa, třídy, obyvatelů města.

Na kvalitu lze nazírat z různých úhlů. Lze ji pojímat staticky, dynamicky či deskriptivně a preskriptivně. Pojetí statické se vztahuje k určitému časovému údaji. Dynamické pojetí pak sleduje změny, které v čase nastaly. Popis stávajícího vztahu je charakteristické pro deskriptivní pojetí. Preskriptivní pojetí je pak pohledem do budoucna, hledáním cíle a žádané je také naše snažení. (Křivohlavý, in Ludíková, 2012)

Kvalitu života Mareš (2006) ve své publikaci rozděluje na subjektivní kvalitu života, pod kterou myslí všeobecnou spokojenost s vlastním životem, jež vychází z kognitivního hodnocení a citového prožívání. A objektivní kvalitu života, pod kterou vidí splnění základních materiálních a sociálních podmínek pro život jedince, jeho sociální status a zdraví fyzické. (Mareš, 2006)

2.3 Definice pojmu kvalita života

Jak už jsme popsali výše, neexistuje v současné době jednotná a všemi akceptovaná definice kvality života. Je to zapříčiněno multidimenzionalitou přístupu ke kvalitě života. Uvádíme zde tedy některé definice, vztahující se ke kvalitě života.

„Kategorie kvality životanespočívá kvůli svému multidimenzionálnímu, kulturně podmíněnému, dynamickému a značně subjektivnímu charakteru na jednoznačném teoretickémzákladu. Spíše bychom mohli tvrdit, že leží na průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definičně vymezit.“(Dragomerická, Škoda in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

WHO definuje kvalitu života: *„jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí.“*(in Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 11)

Podle Jesenského(2000) představuje kvalita života velmi rozsáhlou oblast faktorů, které jedinci s hendikepem umožňují žít v běžné společnosti. Tyto faktory Jesenský rozděluje do dvou základních skupin:

1) První skupina zahrnuje **vnitřní činitele** – somatické a psychické vybavení jedince ovlivněné onemocněním, poruchou, defektem či defektivitami. Dále sem řadí všechny aspekty, které ovlivňují rozvoj a integritu osobnosti handicapovaného.

2) Do skupiny **vnějších činitelů**řadí podmínky existence osob s hendikepem.Jedná se o ekologické, společensko-kulturní, pracovní, výchovně-vzdělávací, materiálně-technické ekonomické faktory. Tato oblast koresponduje svým obsahem s objektivní dimenzí kvality života

Matoušek (2003, s. 100) popisuje kvalitu života ve své definici takto: *„komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. o životní spokojenost.“*

2.4 Kvalita života související se zdravím

Pojem kvalita života aplikovaný do zdravotnictví a oborů s ním souvisejících, má své specifické označení: HRQL – *health – related – qualityoflife*. Tento ústřední pojem bývá v medicíně používán u dospělých osob, ale také v souvislosti s dětmi a dospívajícími jedinci. Jedná se o mezinárodně používanou zkratku. Tento anglický termín však není jednoduché přesně přeložit do češtiny nebo slovenštiny. A proto při vymezování tohoto pojmu nepanuje shoda. V odborné literatuře se můžeme setkat s několika překlady, například kvalita života vztahovaná ke zdraví, kvalita života ve vztahu ke zdraví, kvalita života vztahující se ke zdravotnímu stavu či kvalita života ovlivněná zdravím.(Gurková, 2011)

Centers, 2000 (in Mareš 2006, s. 30) vymezuje HRQL takto: „*zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální podpory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.*“

Mareš (2006) se přiklání k používání termínu kvalita života související se zdravím, protože se na něm shodlo největší množství autorů a je svým obsahem neutrální, nezahrnuje jednoznačně příčinný vztah a nechává prostor také pro souvislost kvality života s nemocí.

Koncept HRQL se začal objevovat od osmdesátých let a jako první jej použili autoři Kaplan a Bush (1989). Počátek jeho používání navazoval na konceptualizaci zdraví, podpory zdraví (*healthpromotion*) a hodnocení možných dopadů na zdraví (*healthimpactassessment*). Pozornost byla nejdříve zaměřena na tvorbu nejrůznějších a všestranných nástrojů měření a pak teprve na konceptualizaci tohoto pojmu. První koncepční modely HRQL byly vytvořeny až v polovině let devadesátých. Vzhledem k rychlému rozvoji konceptuálních modelů, ve kterém bylo využíváno velké množství specifických a generických nástrojů měření vznikla disproporce mezi teorií a výzkumem HRQL, tedy nepoměr mezi množstvím nástrojů měření a naprostým nedostatkem teoretických východisek.(Gurková, 2011)

HRQL byla vytvořena v rámci zdravotní péče za účelem klinických a ekonomických analýz.

Zdraví jako zásadní proměnná kvality života každého člověka je specifickým prvkem HRQL. Úzká zaměřenost na zdraví je předmětem kritiky konceptu HRQL spolu s nástroji

jeho měření. Úzkost zaměření sklízí kritiku především ze strany psychologů. Ti vyčítají, že HRQL se zaměřuje pouze na jednu z oblastí kvality života a tou je spokojenost se zdravím. Psychologové dále upozorňují, že tento jednostranný pohled podceňuje význam vzájemné propojenosti zdravotního stavu a jiných aspektů lidského života, kterými jsou například změna příjmu financí, pracovní status, osobní vztahy, zodpovědnost nebo obraz o sobě samém. (Gurková, 2011)

Významným posunem ve zkoumání oblasti kvality života související se zdravím je obrat od zkoumání nemoci, jako ústředního bodu zájmu odborníků směrem k pacientovi a jeho životu s nemocí nebo k životu po vyléčení se z nemoci. Měli bychom mít zájem na tom, aby pacient sám vypověděl o tom, jak se cítí a nikoliv, aby tak bylo činěno v zastoupení jeho osoby příbuznými či zdravotníky. Nutností je obrat zájmu výzkumníků k jedincovu zdraví, nikoliv pouhý zájem o nemoc, která u pacienta právě probíhá nebo proběhla. (Mareš, 2006)

2.5 Měření kvality života

Pod pojmem měření se myslí proces, při kterém určitým jevům či objektům bývá přiřazováno číslo. Nejčastěji bývá měření prováděno v několika úrovních:

- poměrové
- intervalové – rozdíly, které jsou mezi proměnnými, jsou měřitelné
- ordinální – proměnné je možné seřadit
- nominální – proměnné můžeme pouze vyjmenovat, nejslabší druh

měření(Ludíková, 2012)

Vaňurová, Mühlpachr (2005, s. 40) pro měření kvality života uvádějí několik hodnotících škál:

- *„oddělené odpovědi – používá kategorie odpovědi jako výborný – dobrý – průměrný – špatný*
- *LIKERT stupnice – používá popis názorů pro určení stupně souhlasu nebo nesouhlasu se sérií tvrzení. Některé stupnice jsou označovány jako podobné LIKERT, neboť hodnotí tvrzení i v jiných dimenzích, např. spokojenost nebo důležitost*
- *Vizuální analogie – používá škálu ukotvenou slovy pouze v jejích extrémech, žádná jiná slova se na ní nevyskytují*
- *Adjektivní – používá kontinuum odpovědí na škále. Princip je podobný jako u vizuální analogie, pouze s tím rozdílem, že adjektivní škála obsahuje slova.“*

Samozřejmostí při měření kvality života je dodržování metodologicky uznávaných náležitostí, kterými jsou validita, reliabilita či citlivost údajů. Nejpodstatnější je pro úspěšný proces měření kvality života správná volba nástroje měření. (Ludíková, 2012)

Mareš (2006) dělí metody zjišťování kvality života podle jejich podoby na *kvantitativní* (sem řadí především dotazníky a posuzovací škály), *kvalitativní* (do této kategorie řadí např. rozhovory, kresbu), *smíšené* metody.

Z hlediska použitelnosti metod je Mareš rozděluje na:

- generické, které lze obecně využít bez ohledu na to, zda je přítomna nemoc, bez ohledu na typ přítomného onemocnění;
- specifické, ty jsou použitelné pouze v jednom konkrétním kontextu (např. metody, které hodnotí kvalitu života u pacientů s onkologickým onemocněním);
- smíšené, kdy je generický přístup doplňován ještě speciálním modulem, který se zaměřuje na hodnocení specifických problémů, jež souvisejí s určitou nemocí či vadou.

Ludíková (2012) rozeznává dvě skupiny nástrojů: obecné, specifické.

Obecné nástroje měření v sobě zahrnují měření schopností (utility measure) v jednotlivých oblastech života a profily zdraví, jež jsou nejčastěji tvořeny jako dotazníky, které mají za úkol zjistit nejdůležitější aspekty kvality života jedince. Tyto nástroje jsou mnohostranné, mapují mnoho oblastí bez ohledu na zdravotní stav zkoumané osoby. Nejvíce je těchto nástrojů využíváno v průzkumech zdravotního stavu či při komparaci jednotlivých nemocí. Značnou nevýhodou těchto nástrojů však je nízká citlivost v některých oblastech měření. Nejběžnějšími obecnými nástroji, které jsou využívány pro měření kvality života, bývají: Sickness Impact Profile, Nottingham Health Profile či Dotazník SF – 36.

Do skupiny **Specifických nástrojů** měření kvality života Ludíková (2012) řadí ty metody, které se zaměřují na hlediska, jež jsou považována za nejdůležitější pro danou oblast měření. Největší výhodou těchto metod spatřuje v jejich specializaci (výzkumným zacílením), která dává prostor pro citlivé hodnocení specifické oblasti. Příkladem specifických nástrojů mohou být: Arthritis Impact Measurement Scale, Epilepsy Surgery Inventory. (Ludíková, 2012)

Dle Gurkové (2011) patří do skupiny specifických nástrojů takové metody, které jsou výsledkem snahy co nejpřesněji identifikovat faktory, jež ovlivňují kvalitu života. Tyto

metody hodnotí relativně úzké spektrum faktorů, které nějakým způsobem souvisí se stavem člověka.

Dle Vaňurové, Mühlpachra (2005, s. 52) je při hodnocení kvality života nutné dodržet tyto kroky:

- „Popsat účel hodnocení,
- Popsat vzorek populace,
- Konceptualizovat závěry kvality života,
- Vybrat nástroje pro měření kvality života,
- Provést pre-testování nebo pilotní studii,
- Shromáždit data,
- Analyzovat závěry.“

2.5.1 Kvalitativní a kvantitativní metody pro zjišťování kvality života

S rozvojem pojmu kvalita života přibývá také v odborné literatuře i klinické praxi kvantitativních metod, zejména pak dotazníkových, pro hodnocení kvality života. Děje se tak zejména z důvodu, že odborná veřejnost je zvyklá na předkládání kvantifikovaných údajů a jejich statistické vyhodnocování. (Mareš, 2007)

Avšak je třeba si uvědomit, že se jedná o měření kvality života a není možné všechny komponenty této oblasti převést do dotazníkových otázek a čísel. Použití dotazníkových metod má však svá úskalí, která uvádíme následně:

- Jsou koncipovány pro průměrné osoby, které však v reálně neexistují
- Své zjišťování zaměřují na běžné, standardní situace, s nimiž se lidé setkávají
- Nedávají možnost reagovat na originální, nestandardní odpovědi
- Příliš nezohledňují možné kulturní, náboženské a sociální rozdíly mezi lidmi
- Nepočítají s individuálními osudy lidí či s individuálními strategiemi zvládání nemoci, úrazu či postižení
- Předpokladem pro vyplnění dotazníků je velmi dobrá znalost jazyka, ve kterém je dotazník napsán a administrován
- Předpokládají, že respondenti mají dobře osvojenou dovednost číst a psát
- Míní, že lidé, kteří dotazník vyplňují, jsou schopni pozorovat a sebehodnotit vlastní osobu, zamýšlet se nad sebou samým, předpokladem je také rozvinutější sebereflexe

- Až na individuální výjimky nepředpokládají, že by respondenti (zejména pak, když se jedná o dítě či dospívajícího) své odpovědi neformulovali přesně, zkreslovali, či že by u nich fungoval efekt sociální žádoucnosti.(Mareš, 2007)

Zejména z důvodů, které jsme popsali, výše se začíná přistupovat k možnostem využití kvantitativních metod výzkumu kvality života nebo také možnosti metod smíšených, které kombinují metody kvalitativní a kvantitativní.(Mareš, 2007)

Rozdíl mezi kvalitativními a kvantitativními metodami je značný. Při využití metod kvalitativního přístupu jsou data zpracovány induktivně. Neověřují se hotové teorie a ani předem vytvořené hypotézy. Badatel, který zpracovává své měření, dopředu neví, co by mu mělo vyjít, co chce, aby se potvrdilo či vyvrátilo. Nové teorie se postupně objevují ze získaných dat. (Mareš, 2007)

V rámci praktické části naší diplomové práce jsme se rozhodli využít kvalitativní metody výzkumu, a sice kazuistiku jedné konkrétní osoby trpící schizofrenií a rozhovor s touto konkrétní osobou.

3 Kvalita života osob se schizofrenií

Jednotlivé podkapitoly této části naší diplomové práce jsou řazeny tak, aby korespondovaly s rozhovorem, který je součástí praktické části. Stejně, jako jsou řazeny jednotlivé podkapitoly, je nestrukturován také rozhovor do jednotlivých oblastí, mapující kvalitu života, kterou zkoumáme u konkrétní osoby právě v těchto oblastech.

Zvláštní zájem vzbuzující se o kvalitu života jedinců trpících onemocněním zvaným schizofrenie datujeme od roku 1960 – 1970, kdy byl započat proces deinstitucionalizace. Začínalo být zřejmé, že samotné poznatky o psychopatologických projevech onemocnění, ke zlepšení péče nepřispějí. Nutností se stává zohlednění také sociálních faktorů a kvality života, proto, aby bylo možné zefektivnit léčbu schizofrenie a tím zvýšit kvalitu života pacientů. (Galuppi et al, 2010)

Pojem kvality života se může zdát lehké pochopit, avšak obtížné definovat. Můžeme se setkávat s definováním kvality života prostřednictvím výrazů, jako je: štěstí, pohoda, spokojenost, nespokojenost. Vědci na poli sociologie, politici či ekonomové spojují pojem kvality života materiálním a nemateriálním blahobytem. Kvalita života související se zdravím je vyjádřením osobní spokojenosti s životem v kontextu daného onemocnění. (Vorunganti, 2008)

Schizofrenie je onemocněním dlouhodobým a probíhajícím v několika fázích. Pokud jedinec přežije počáteční fáze onemocnění spojené s bouřlivým obdobím, často provázenými pokusy o sebevraždu, zaměřuje se nikoli na dlouhověkost, jako tomu bývá u některých zdravých jedinců, jejichž snahou je dožít se co nejvyššího věku, ale především na to, aby jejich život byl plnohodnotný a kvalitní. (Vorunganti, 2008)

Schizofreničtí pacienti mají zvláštní potřeby, které vyvíjí hluboký vliv na jejich existenci i subjektivně vnímanou pohodu. Například osoby se schizofrenií velmi často musí řešit stigma spojené s jejich onemocněním, mnozí nemají dostatek finančních zdrojů. Kvalita života nemocného bývá ovlivněna také tím, jak jej vnímá vlastní rodina, rodiče, sourozenci, zda jej podporují v jeho léčbě či jej naopak ze svého kruhu vytěsňují. Nemalé procento pacientů je nuceno žít v některém z ústavních zařízení a nemohou plně naplnit významné životní milníky, které jsou samozřejmostí pro zdravé jedince. Takovými milníky máme na

mysli sňatek, založení vlastní rodiny, či být výdělečně činný. (Dostupné z: http://www.medscape.com/viewarticle/430847_3)

Faktory ovlivňující kvalitu života pacientů trpících schizofrenií, však nejsou prozatím přesně dostatečně známy. Mezi další skutečnosti, které kvalitu života ovlivňují, se uvádí sociální podpora, neuspokojené základní potřeby nebo také vedlejší účinky léků, které jsou k terapii schizofrenie indikovány. V posledních letech se také objevují názory, že negativní symptomy, které schizofrenii provází, mají daleko větší vliv na kvalitu života než symptomy pozitivní. (Galuppi et al, 2010)

3.1 Rodina osob trpících schizofrenií

Schizofrenie je velmi vážné onemocnění, které postihuje nejen samotného nositele této choroby, ale také vážně zasahuje do jeho okolí. Nejbližšími osobami člověka jsou nejčastěji rodinní příslušníci. I jejich životy ovlivňuje onemocnění člena rodiny. Schizofrenii je tedy nutné přizpůsobit život a rytmus celé rodiny pacienta. Pacienti často vyjadřují názor, že žít bez rodiny není možné, ale žít s rodinou je pro ně také velmi obtížné, pokud nedojde k zásadním změnám v životě celé rodiny. Právě rodina bývá tím, kdo zaznamenává první změny v chování nemocného a přivádí jej k lékaři. I když přesvědčit svého blízkého o tom, že s ním není něco v pořádku a že by měl navštívit lékaře je především u pacientů, kterým je později diagnostikována schizofrenie obzvláště těžké, neboť oni sami ve svém chování žádné změny ani zvláštnosti neshledávají. (Smith a Segal, 2014)

Magdová (2009) se domnívá, že onemocnění schizofrenií s sebou přináší také výrazné sociální stigma a je nadměrnou zátěží pro celou rodinu. Toto stigma zasahuje do života všech členů rodiny, přináší s sebou sociální exkluzi, snížení sociálního statusu, předsudky a stereotypy při kontaktech s nemocnými a jejich rodinami. Schizofrenie s sebou přináší změnu a především zhoršení kvality života. Proces vyrovnání se s diagnózou psychického onemocnění a reakce rodiny na tuto diagnózu s sebou přináší zvýšenou zátěž pro všechny zúčastněné.

V důsledku diagnózy schizofrenie může docházet také ke změnám ve vztazích. Drtivá většina členů rodiny si vytváří jistý odstup od nemocného. Vágnerová (2012) uvádí dva extrémy v postavení rodiny k nemocnému členovi:

- nemocný se dostává do středu veškeré pozornosti a péče, problémy ostatních členů jsou zatlačovány do pozadí a nemají šanci vzbudit jakoukoliv pozornost, a z tohoto důvodu začínají hledat zázemí jinde, než ve vlastní rodině;
- nemocný je pro rodinu přítěží, nepříjemný, je izolován na okraj společnosti, nikdo se o něj nijak nezajímá a přetrvává popírání reality.

Ani jeden z těchto extrémů nevede ke stabilizaci rodiny, naopak, výsledkem bývá vyšší riziko rozpadu celé rodiny. (Vágnerová, 2012)

Magdová (2009) se domnívá, že hyperprotektivní přístup je problematický obzvláště tehdy, je-li nemocným jeden z rodičů a je mu tak věnována veškerá pozornost rodiny a zapomíná se na potřeby dětí. Mimořádně náročné se stává skloubení péče o nemocného člena rodiny a o děti. Na zdravého rodiče to klade mimořádně zvýšené nároky. Toto může být příčinou zvýšeného zájmu širší rodiny, což se však v mnohých případech jeví jako kontraproduktivní.

Proto, aby se rodinní příslušníci lépe vypořádali s diagnózou schizofrenie, musí přijmout toto onemocnění a pochopit potíže, které s sebou přináší, být realističtí v tom, co můžou od svého blízkého nemocného schizofrenií očekávat, jaké na něj mohou klást nároky a nepropadat depresivnímu ladění. Rodina by se měla pokusit vytvořit takové prostředí, aby se nemocný člen rodiny cítil co nejlépe, měl by cítit, že rodina jej přijímá takového, jaký je. Zároveň by však neměla rodina zaměřovat celou svou pozornost pouze na tohoto jednoho člena a jeho onemocnění. Jednotliví členové rodiny se musí zaměřovat také na uspokojování svých vlastních potřeb, protože pokud oni sami budou spokojeni, jen tak mohou pomáhat nemocnému. (Smith, Segal, 2014)

3.2 Partnerství osob se schizofrenií

Pro osoby s touto nemocí je velmi obtížné najít si partnery. Nesnadné je pro ně tvořit s někým blízký vztah a tak mají osoby se schizofrenií spíše tendence zůstat svobodní. Většina těch, co žijí v partnerském svazku, si své partnery našli ještě pře propuknutím onemocnění. Pro člověka, jehož partner onemocnění schizofrenií je to šok, protože onemocnění může zcela změnit chování i osobnost jedince. Péče o partnera, který trpí schizofrenií je nesmírně náročná, únavná a frustrující. Důležitá je podpora poskytovaná partnerům, v jejichž vztahu se

schizofrenie vyskytla. Pečovatelé mají totiž tendenci sami propadat depresivnímu ladění. Pro samotného nemocného je však nezbytně nutné, aby slýchal slova jako: miluji tě, mám tě rád. Dodává jim to pocit jistoty, bezpečí a lásky. Stejná slova však chce slýchat i druhá strana. Osoba trpící schizofrenií se však může jevit jako značně emocionálně oploštělá, což způsobuje nemalé komplikace v partnerském vztahu. Partner osoby trpící schizofrenií může mít pocit, že jeho láska není opětována a může tedy dojít až k rozpadu vztahu. Každý partnerský vztah se zabývá řešením otázek financí, rozdělení povinností v domácnosti a intimity. Schizofrenie bohužel postihuje všechny tyto oblasti. (Brichford, 2009)

- **Finance:** Schizofreničtí pacienti nejsou v mnoha případech schopni vrátit se do práce a to ani po té, co se jejich stav stabilizuje. Navíc léky, které nemocný musí užívat, jsou finančně nákladné. Problémem tedy může být, že partner nemocného musí hradit veškeré náklady pouze ze svých příjmů.
- **Rozdělení povinností v domácnosti:** Schizofrenní jedinec většinou není schopen přemýšlet o tom, co je potřeba udělat v domácnosti. Často je pro něj problémem vykonávat i banální domácí práce. Schizofrenie má také značný vliv na to, jak si pacient vysvětluje sociální narážky. Partner nemocného tak může mít pocit, že také veškerá péče o domácnost spočívá jen na něm a může to vyvíjet zvýšený tlak nejen na osobu partnera, ale také na celkový partnerský vztah. Zejména, pokud tato situace trvá dlouho
- **Intimita:** Schizofrenie může přímo způsobovat snížení zájmu o sexuální aktivity. Některé antipsychotické léky navíc značně ovlivňují libido nemocného. Pokud toto výrazně narušuje partnerský vztah, je nutné promluvit si s lékařem o změně léků, kterými je pacient léčen, nebo o přidání léků, které by se zaměřovaly na poruchy erekce či zvýšení sexuálního libida. (Brichford, 2009)

3.3 Rodičovství osob se schizofrenií

Mateřství je významnou událostí v životě většině žen. U žen trpících schizofrenií je tento stav však spojen s mnoha riziky. Děti těchto matek jsou vystavovány vysokému riziku vzniku a rozvoji závažných psychických onemocnění. Proto bývá těhotenství žen s diagnózou schizofrenie často diskutováno a ve většině případů není lékaři těhotenství doporučeno a pacientky jsou tak nuceny se chránit před nežádoucím otěhotněním. Těhotenství je totiž nebezpečné nejen pro plod, ale také pro samotnou ženu, která trpí schizofrenií. Vlivem mnohých hormonálních změn, které žena v tomto období prodělává, se zvyšuje riziko

zhoršení stavu pacientky. A to zejména závažnější epizodické příznaky psychóz, s tím související zhoršení mezilidských vztahů, poruchy nálad, kognitivní obtíže a také obtíže s chováním. Tyto problémy představují zhoršení podmínky přípravy na nastávající rodičovskou roli. Pokud již k těhotenství dojde, je nutný neustálý lékařský dohled, monitoring dítěte a péče o duševní zdraví matky. Ženy často rodí děti, které mohou zdědit geny schizofrenie. Toto může vést k vývojovým odchylkám dítěte nejen v prenatálním období, ale také v období postnatálním a klade to zvýšené nároky na péči o takové dítě. Matka je tedy neustále vystavená vysoce rizikovým stresovým situacím. (Seeman, 2002)

Ženy, jimž byla diagnostikována schizofrenie, jsou více ohroženy nadužíváním a sklony k alkoholismu či k užívání jiných návykových látek. Toto riziko se ještě zvětšuje v těhotenství. Po porodu jsou navíc vysoce ohroženou skupinou matek, u kterých je riziko rozvoje poporodní deprese. Pokud se tak stane, není matka schopna se o své dítě starat a nevyvíjí se tak optimální vztah mezi matkou a dítětem. Děti matek, jimž byla schizofrenie diagnostikována často přichází na svět předčasně a s nižší porodní hmotností než u zdravých matek. Děti jsou často matkám z péče odebrány a umístovány do některého z ústavních zařízení. Následně bývají děti nabídnuty k adopci, avšak pravděpodobnost, že si dítě někdo osvojí je výrazně menší než u dětí žen, které schizofrenií netrpí a to zejména z důvodu vysokého rizika rozvoje schizofrenie, či jiné duševní choroby u těchto dětí. Toto riziko se však lehce snižuje, pokud je dítě adoptováno v nízkém věku a je vychováváno ve vhodném prostředí a jsou-li adoptivní rodiče správně obeznámeni se všemi úskalími, která s sebou výchova a péče o takové dítě přináší. Zůstane-li dítě s matkou trpící schizofrenií, je nutné poskytovat této rodině komplexní služby. Zahrnovat by měly služby diagnostické, léčebné, spolupráce se školami, právní služby, zapojení do podpůrných skupin, zabezpečení dostatečných příjmů a bydlení. Vhodné je zajištění služeb ještě před narozením dítěte. Matky často zanedbávají předporodní péči. Proto je nutností matku neustále monitorovat. (Seeman, 2002)

3.4 Volnočasové aktivity osob se schizofrenií

Osoby trpícím vážným psychickým onemocněním, kterým schizofrenie bezesporu je, mají stejnou potřebu pocitu osobní spokojenosti a sounáležitosti jako kdokoliv jiný. Úsilí, které vynakládají sociální pracovníci, rodina či nejrůznější neziskové organizace se zaměřuje nejvíce k tomu, aby nemocní získali vlastní samostatné bydlení, dobré zaměstnání, vzdělání nebo zdravotní péči. Méně pozornosti se již vynakládá na volný čas těchto osob. Ten však

tvorí nedílnou a podstatnou součást života každého člověka, tedy i toho s psychickým onemocněním. Sociální aktivity, fyzická činnost a volnočasové aktivity přispívají vysokou měrou ke zvyšování kvality života. Podstatné jsou činnosti, které pomáhají lidem cítit se součástí lidské populace, jako například stravování v restauraci, návštěva kina, knihovny či procházky v parku. Důležitý pro spokojený a kvalitní život osob nejen se schizofrenií, ale s psychickými poruchami všeobecně, je také sport a fyzická aktivita, které ovlivňují vztah mezi fyzickým a duševním zdravím. Avšak tito lidé jsou mnohem méně aktivnější a méně motivovanější než běžná populace a tak svůj volný čas často tráví pasivně. Je nutné tedy pacienta neustále aktivně stimulovat, motivovat a podněcovat k fyzické aktivitě. (Dostupné z: http://tucollaborative.org/comm_inclusion/recreational_leisure.html)

Fyzická aktivita

Zapojením do fyzických aktivit je umožněno pacientovi s psychickým onemocněním vést aktivnější, plnohodnotnější a zdravější život. Existuje množství rekreačních aktivit, které při své realizaci vyžadují zapojení velkých svalových skupin, aerobní cvičení je prospěšné pro kardiovaskulární systém. Ideálními aktivitami jsou pěší turistika, cykloturistika, plavání nebo práce na zahradě nebo tanec. Fyzická aktivita je prospěšná při léčbě psychických onemocnění zejména, pokud se praktikuje v pravidelných intervalech. Při sportování nebo jiné fyzické aktivitě člověk prožívá pocity štěstí, spokojenosti sami se sebou, tedy pocity, které osoby s psychiatrickými diagnózami jindy nemusí prožívat vůbec. Volnočasové aktivity spojené s fyzickou aktivitou s sebou přináší také úlevu od stresu, který člověk prožívá a který je u pacientů se schizofrenií přítomen ve zvýšené míře. Pravidelné provádění těchto aktivit se může stát také dobrou prevencí proti stresu, člověk se naučí lépe ovládat strategie zvládnání stresových situací nebo se naučí, jak těmto situacím předejít. (Dostupné z: http://tucollaborative.org/comm_inclusion/recreational_leisure.html)

Pravidelné mírné aerobní cvičení napomáhá zmírnit pocity deprese, sociální izolaci a také nízké sebevědomí schizofreniků. Cvičení může také zmírnit sluchové halucinace, podporuje zdravý spánek, napomáhá udržet optimální váhu, která u schizofreniků často kolísá vlivem medikamentózní léčby. Pro schizofrenii je typické, že pacienti jsou méně aktivní a často posedávají či leží, což také vede k rozvoji nadváhy. Lékaři je nyní osobám se schizofrenií doporučováno každodenní cvičení alespoň po dobu třiceti minut, stejně, jako je tomu u ostatní populace. (Sarao, 2014)

Sociální aktivita

Neméně důležité jako sport a rekreační aktivity jsou také sociální aktivity. Tato dvě odvětví spolu však velmi úzce souvisí. Při sportovních aktivitách se významným způsobem rozvíjí sociální vztahy, a to zejména při provádění kolektivních činností. Také rekreační nebo společenské aktivity, jako například hrací karty, zvyšují pravděpodobnost zapojení do sociálních vztahů. Významné se zdají být různá skupinová setkávání, kde si pacienti se schizofrenií mohou popovídat o shlédnutých filmech, hudbě, či přečtených knihách a získávají tak blízké osoby, které mají stejné zájmy jako oni. Přínosné jsou nejrůznější vzdělávací nebo rekvalifikační kurzy, jež mimo jiné pomáhají vést jedinci s duševním onemocněním společenský život a navazovat nové kontakty i mimo svou rodinu a okruh svých nejbližších. Nicméně pro mnoho lidí s psychickým onemocněním je stále velmi obtížné rozvíjet sociální či fyzické aktivity neboť mnoho poskytovatelů sociálních služeb se tyto pacienty do svých programů bojí zapojit. (Dostupné z: http://tucollaborative.org/comm_inclusion/recreational_leisure.html)

Pomoci v kontaktu se sociálním prostředím může osobám se schizofrenií trénink sociálních dovedností. Pokud je typ a frekvence tréninku spojen s akutní fází onemocnění, mohou se pacienti naučit udržet sociální kontakt i v těch fázích onemocnění, kdy manifestace příznaků toto značně komplikuje. Osoby, které jsou vybaveny schopnostmi řešit stresové životní situace, každodenní nepříjemné situace a kteří jsou více zblhli v řešení problémů a výzev, vyskytujících se v jejich životě, mají menší pravděpodobnost relapsu onemocnění a větší k lepšímu zvládnání především negativních příznaků nemoci. (Dostupné z: http://tucollaborative.org/comm_inclusion/recreational_leisure.html)

Jedinci s vyšší úrovní sociálních dovedností pozitivněji působí na sociální okolí, což vyvolává pozitivní reakce tohoto okolí a zvyšuje tam motivovanost člověka se schizofrenií ke komunikaci a zapojení do sociálního dění v jeho okolí. Trénink sociálních dovedností by měl být jednou ze složek komplexní rehabilitace a léčby osob se schizofrenií, neboť nepochybě zvyšuje nejen účinnost léčby samotné, ale také má pozitivní vliv na zvyšování kvality života jedince se schizofrenií. (Dostupné z: http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/suppl_1/S12.full)

Schizofrenie s sebou přináší mimo jiné i hrozbu **sociálního vyloučení**, které mívá negativní dopad na kvalitu života takto nemocného jedince. Vlivem onemocnění se člověk může dostat do sociální izolace, a to především tehdy, kdy příznaky schizofrenie, jako

například halucinace, bludy, jsou patrné na první pohled. Tyto příznaky negativně ovlivňují sociální interakci s okolními lidmi. Většina populace neví, jak se k těmto lidem má chovat, schizofrenní chování pod vlivem bludů nebo halucinací může nahánět lidem strach. Pomoci pacientům s diagnózou schizofrenie by mohlo stanovit si cíle, čeho chce schizofrenní jedinec dosáhnout při kontaktu se svým okolím a při vytváření sociálních vztahů. Zaměřit by se měl tento jedinec především na otázky typu: S kým chci trávit volný čas, jaké činnosti chci vykonávat s ostatními lidmi, o čem chci hovořit s ostatními lidmi? Jakmile si pacient dostatečně uvědomí své cíle, a čeho chce dosáhnout, mělo by mu být jeho nejbližší okolí, popřípadě sociální pracovník, nápomocen při naplňování těchto cílů. Pacient trpící onemocněním zvané schizofrenie, potřebuje neustálou podporu a pomoc svého okolí při kontaktu s lidmi a postupovat se při nábízení těchto dovedností musí vždy velmi opatrně a v pomalých krocích jinak může být tato osoba vážně ohrožena sociální exkluzí. (Harrison, 2012)

3.5 Zaměstnání osob se schizofrenií

Zaměstnání může pomoci osobě se schizofrenií vykročit z pomyslného kruhu, který tvoří nemocnice – běžný život – ambulantní léčba. Zaměstnání se může znamenat pro pacienta smysluplnou náplň jeho života a může tak výrazně přispět k lepší kvalitě života těchto osob. Výkon zaměstnání napomůže ke strukturování času, zlepšení a rozvíjení kognitivních funkcí, nábízení dovedností, rozvoj komunikace a v neposlední řadě výrazně přispěje ke zvýšení sebevědomí nemocného. (Pražko et.al., 2005)

Zaměstnání má také dopad na oblast léčby schizofrenií. Krize se vyskytují méně často, dají se lépe a včasně podchytit, když už nastanou, hospitalizaci pacienti lépe snášejí či se jí dá dokonce díky zaměstnání úplně vyhnout. (Pražko et.al., 2005)

Osoby se schizofrenií mohou dle své kvalifikace uplatnit jak na odborných kvalifikovaných pozicích, tak na pomocných pozicích. Ve velké většině případů uvítají sníženou pracovní zátěž, práci méně náročnou na stres. Výhodou může být snížení pracovního úvazku či úprava pracovního prostředí tak, aby vyhovovalo pracovníkovi, jež má diagnózu schizofrenie. (Beguvinová et. al., 2007)

Výhody zaměstnání osob se schizofrenií:

- Pozitivní dopad na pověst organizace, jež tuto osobu zaměstnává
- možnost pracovní asistence a další podpory od poskytovatelů pracovní rehabilitace
- splnění státem stanovené kvóty pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením
- možnost využití státních dotací a příspěvků pro zaměstnavatele zaměstnávající osoby zdravotně postižené
- daňové úlevy
- dobrý pocit z toho, že myslíte na druhé lidi (Green Dors, 2009)

Rizika zaměstnávání osob se schizofrenií:

- častější absence potřebné k návštěvám lékaře
- možná dlouhodobější pracovní neschopnost
- pomalejší pracovní tempo - úpravou pracovní doby lze tento nedostatek minimalizovat
- možná větší míra podpory při zapracování, déle trvající adaptace na nové prostředí a kolektiv nových lidí – tuto podporu může poskytnout pracovní konzultantka. (Green Dors, 2009)

3.6 Bydlení osob se schizofrenií

System péče o duševní zdraví můžeme rozdělit na péči intramurální, tzn. na péči institucionální poskytovanou na psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách, a na péči extramurální poskytovanou mimo zařízení institucionálního charakteru. Mohou to být denní centra, či chráněné bydlení. Na rozhraní intramurální a extramurální péče leží semimurální péče psychiatrické ambulance a krizová centra. Psychiatrická zařízení bývají zřizována jako samostatná pracoviště nebo jako součást vyššího zdravotnického zařízení. Existují také kombinace různých typů intermediárních, nemocničních a ambulantních zařízení dle místních potřeb, možností. (Marková, 2013)

Dle Markové (2006) můžeme lůžkovou péči v oboru psychiatrie rozdělit následovně:

- psychiatrická oddělení nemocnic,
- psychiatrické kliniky fakulturních nemocnic,
- psychiatrické léčebny,
- gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti,
- sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí,

- oddělení pro poruchy paměti,
- lázeňská psychiatrická zařízení.

Chráněné bydlení:

Chráněné bydlení je druh pobytové služby, která je poskytována lidem se sníženou soběstačností a to z důvodů zdravotního postižení nebo chronického onemocnění. Jejich situace si vyžaduje pomoc další fyzické osoby. Chráněné bydlení může být realizováno formou skupinového nebo individuálního bydlení. Jedná se o formu zařízení pro dospělé osoby se zdravotním postižením, kteří jsou zaměstnáni nebo docházejí do různých center a institucí pro zaměstnávání i volný čas. Služby, které chráněné bydlení svým klientům nabízí je závislé na stupni jejich potřeb a míře jejich postižení. Chráněné bydlení by mělo být pro své klienty především trvalým domovem, proto by zde neměli být klienti ubytováni jako např. v týdenním zařízení. (Švarcová, 2011)

Chráněné bydlení je modernější formou celoroční péče o osoby se zdravotním postižením. Spočívá v tom, že několik uživatelů sdílí společné prostory v bytě nebo domě. Mají zde svůj vlastní pokoj, o který se také mohou, ale nemusí, dělit s jiným uživatelem této sociální služby. Tato forma bydlení je charakteristická tím, že klienti zde mají společnou domácnost, kde jim pomáhají pracovníci sociálních služeb nebo pracovníci sociální péče s úklidem, vařením, se sebeobsluhou a s dalšími činnostmi, které klienti bez pomoci nezvládnou. (Švarcová, 2011)

II Praktická část

4 Výzkum kvality života osoby se schizofrenií

Praktická část diplomové práce se zaměřuje na zjištění jednotlivých oblastí kvality života konkrétní osoby trpící schizofrenií. Pro realizaci šetření jsme si zvolili kvalitativní výzkumné metody. Konkrétně metodu kazuistiky (případové studie). Vzhledem k tomu, že výzkumným vzorkem je pouze jedna osoba, jedná se o jednopřípadovou studii. Další použitou metodou je rozhovor.

Výzkumným vzorkem našeho šetření se stala dívka, která žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Starém Městě. V Domově však není spokojená. Byla tedy zařazena do programu Transformace sociálních služeb a čeká na umístění v chráněném bydlení v Uherském Hradišti. Přestěhovat by se měla během měsíce září tohoto roku. Vzhledem ke své diagnóze a vzhledem k tomu, že studuje, pobírá invalidní důchod. Studuje druhým rokem Střední školu Mesit o.p.s. obor Pečovatelské služby. Pracovníkům Domova pro osoby se zdravotním postižením a pracovníkům Střední školy Mesit o.p.s. velmi dlouhou dobu trvalo, než dívku přesvědčili, aby se ke studiu přihlásila. Dívka striktně odmítala dlouhou dobu opustit areál zařízení domova pro osoby se zdravotním postižením Staré Město. Nyní je schopná samostatně dojíždět každý den autobusem do školy vzdálené zhruba 10 kilometrů. V Domově se snaží zdržovat co nejméně, protože jak sama tvrdí, nemá tam klid a negativně na ni působí.

4.1 Cíl praktické části práce

Cílem praktické části diplomové práce je zmapování kvality života konkrétní osoby, trpící schizofrenií v těchto pěti oblastech:

1. Rodina a rodinné vztahy
2. Partnerství, rodičovství
3. Vzdělání
4. Volný čas
5. Zaměstnání, bydlení, budoucnost vize

První 4 a zaměstnání, bydlení z oblastí páté vychází ze 3. Kapitoly teoretické části, kde jsme teoreticky nastínili problematiku kvality života v těchto oblastech. Budoucnost a

vize zařazujeme do páté oblasti jako pohled do budoucnosti naší konkrétní osoby se schizofrenií.

4.2 Použité metody šetření

Metodu pro zjišťování kvality života této osoby, jsme si zvolili rozhovor.

Samotný rozhovor jsme realizovali v zařízení, kde Petra žije.

Před započítím celého rozhovoru byla upozorněna, že je možné rozhovor kdykoliv ukončit, na otázku, na kterou nebude znát odpověď nebo z nějakého důvodu nebude chtít odpovědět, odpovídat nemusí.

Rozhovor trval zhruba 56 minut, dívka jej ani jednou nepřerušila a po celou dobu působila klidným a vyrovnaným dojmem. Rozhovor byl proveden pouze jednou, jelikož nám dívka odpověděla na všechny otázky, nemusel se opakovat.

4.3 Vzorek šetření

Výzkumným vzorkem naší diplomové práce se stala konkrétní osoba s diagnózou schizofrenie slečna Petra (jméno je pro účely diplomové práce změněno, aby byla zajištěna anonymita této osoby). Tuto konkrétní osobu jsme si vybrali, protože nás zaujal její životní příběh, v němž nehraje nejpodstatnější roli právě onemocnění schizofrenie, avšak i přesto má vliv na kvalitu jejího života. Schizofrenie nebyla příčinou jejího pohnutého osudu, jak tomu bývá v mnoha případech pacientů se schizofrenií. Naopak její životní peripetie byly příčinou vzniku schizofrenie.

4.3.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré Město

Zařízení zahájilo svůj provoz v roce 2001. Budova byla zcela nově postavena a je situována v odlehlejší části města Staré město. Samotná budova se skládá ze dvou budov, kterou vzájemně propojeny a na které navazuje technická část objektu, kde je možné nalézt kuchyň, prádelnu, sklady, prostory pro společné akce, kaple, místnosti pro terapie, tělocvična, rehabilitační místnost a zázemí pro zaměstnance. Samozřejmostí je bezbariérový přístup do všech částí objektu, pro přemísťování klientů slouží také dva lůžkové výtahy. Ubytovací část Domova je rozdělena na čtyři oddělení. Klienti jsou ubytováni ve dvoulůžkových pokojích, které jsou standardně vybaveny, avšak klienti mají možnost si tyto pokoje doplnit o vlastní doplňky. Součástí každého z těchto oddělení jsou sociální zařízení, kuchyňka, místnost pro pracovníky a prostory, které jsou využívány jako společná jídelny či pro pořádání společných

akcí. Zařízení poskytuje celoroční ubytování i stravu pro celkovou kapacitu 64 uživatelů. V současné době je z tohoto počtu 16 mužů a 48 žen. (Sociální služby Uherské Hradiště, 2011)

Cílová skupina klientů zařízení jsou:

- Osoby s kombinovaným postižením
- Osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů služby:

- mladší dospělí (19– 26 let)
- dospělí (27 – 64 let)
- mladší senioři (65 – 80 let)
- starší senioři (nad 80 let)

(Sociální služby Uherské Hradiště, 2011)

Služby poskytované zařízením:

- ubytování
- stravování – v zařízení je zajištěna celodenní strava včetně příslušných diet vyhovujícím potřebám a zdravotnímu stavu klientů
- hygiena – poskytování pomoci při úkonech běžných při osobní hygieně
- úschovna cenných věcí
- zdravotní a ošetrovatelská péče – přímo v zařízení je poskytována zdravotní péče v ordinaci lékaře, k dispozici jsou také ošetrovatelky. Zařízení zprostředkovává lékařskou péči a odborné lékaře, prováděna je také v omezené míře rehabilitace klientů.
- volnočasové aktivity – zařízení nabízí svým klientům škálu pracovních výchovných činností i produktivní pracovní činnosti, dále nejrůznější aktivizační činnosti, rozmanité druhy terapií i zájmových kroužků. Organizovány jsou také společenské, kulturní a sportovní akce. Klienti Domova mohou využít také nabídky pravidelných bohoslužeb konaných v kapli, která je součástí zařízení.
- Sociálně právní pomoc – klientům je poskytována pomoc při zajišťování sociálních služeb, které poskytují jiné organizace či zařízení, pomoc při uplatňování práv klientů, pomoc je poskytována také k oblasti obstarávání osobních záležitostí, kontakt se

společenským prostředím a nákupy osobních věcí klientů. (Sociální služby Uherské Hradiště, 2011)

Volný čas klientů:

Uživatelé Domova pro osoby se zdravotním postižením Staré Město mohou během celého dne využívat nabízené aktivity a terapie, dle svých vlastních potřeb. Z terapií zařízení nabízí ergoterapii, muzikoterapii. Oblíbené jsou také aktivity zaměřené na procvičení jemné a hrubé motoriky. Využívat mohou také tělocvičnu, která nabízí zázemí pro realizaci rehabilitace. Součástí každého oddělení je malá, vybavená kuchyňka, kde se klienti mohou učit vařit a připravovat jednoduché pokrmy pod dohledem personálu. K dispozici je klientům také místnost s počítači a internetem. Volný čas mohou uživatelé trávit také na přilehlé zahradě, která je přizpůsobena svým vybavením, aby sloužila k regeneraci a odpočinku. Každý den jsou organizovány vycházky do blízkého okolí. Pravidelně zařízení pro své klienty organizuje rehabilitační pobyty a kulturní akce všeho druhu, které slouží k lepšímu začleňování lidí se zdravotním postižením do společnosti. (Sociální služby Uherské Hradiště, 2011)

4.3.2 Charakteristika prostředí šetření

Rozhovor vznikl v místě bydliště Petry, tedy v Domově pro osoby se zdravotním postižením, v době jarních prázdnin po předchozí telefonické domluvě s ředitelkou tohoto zařízení. Pokoj sdílí s další klientkou domova, která však v době konání rozhovoru na pokoji nebyla. Petra má na polici v rámečcích fotky své matky, otce a bratra, které mě sama ukázala a popsala. Fotografii sestry jsem nenalezla a sama se o ní ani nezmínila. Dále se na polici nacházely předměty, které jí patrně připomínají původní domov a rodinu.

4.4 Metody prováděného šetření

Při našem výzkumu jsme využili kvalitativní výzkumné metody, kazuistiku a rozhovor.

Kvalitativní výzkumné metody

Pokud chceme zmapovat kvalitativní rozdíly mezi jevy, musíme se u jednotlivých jevů pokusit zaměřit se také na jejich množství, tedy kvantitu. Při využívání kvalitativního přístupu k realitě získáváme názorný, plastický a konkrétní obraz skutečnosti, který je však

ovlivněn zkušeností badatele, ze které vychází, a proto je často tento pohled subjektivní. (Chráska, 2006)

Kvalitativní výzkum se vyznačuje používáním především třemi typy dat: data získaná z rozhovorů, data získaná z pozorování a data získaná z dokumentů. Výzkumníci tedy pracují se slovy a textem. Hypotézy nejsou dopředu stanovovány a výzkumný projekt není žádným způsobem závislý na teorii, kterou již někdo předtím rozpracoval. Cílem je hluboce a prozkoumat jistý široce definovaný jev a zjistit o něm maximální množství informací. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Kazuistika

Kazuistika (lat. casus= případ) slouží k popisu jednotlivých případů. (Musilová, 2003)

Pro kazuistiku bývá v moderních vědách využíváno též synonymum případová studie. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

V současnosti je kazuistika řazena do kategorie neexperimentálních metod jako výzkumná metoda, která se zabývá studiem jednotlivých případů či životem jednotlivce. Podrobná kazuistika nejčastěji zahrnuje rodinnou i osobní anamnézu, detailní popis současného stavu u zkoumaného jedince, stanovení pravděpodobných faktorů, které zapříčinily stav, a prognózu, která obsahuje příslušná opatření a doporučení. (Musilová, 2003)

Jednopřípadová studie nemá primární výzkumný účel, spíše se soustřeďuje na účel diagnostický, výukový nebo terapeutický. Jde o velmi podrobnou studii zaměřující se jen na jednu osobu, kdy se soustředíme na jednotlivé oblasti jejího života a snažíme se o vytvoření komplexního obrazu daného případu v co nejširších souvislostech. (Miovský, 2006)

Zdroje dat a výchozí materiály pro případové studie dle Miovského (2006):

- lékařská dokumentace
- memoáry, deníky, autobiografie, životopisy, korespondence
- případová akta státní správy (dokumentace z průběhu výkonu trestu, soudní a vyšetřovací spis)
- historie rekonstrukce rodu, rodiny
- rozhovory, pozorování, ohniskové skupiny

Kazuistiku v naší diplomové práci jsme sestavili na základě studia dokumentů, které nám byly poskytnuty zařízením, v němž respondentka žije. Dílčí informace jsme získali také z rozhovoru, který jsme provedli se samotnou dívkou.

Rozhovor

Miovský (2006) hodnotí rozhovor jako jednu z nejobtížnějších, ale současně i nejvýhodnějších metod sloužících k získávání kvalitativních dat.

Jedná se o metodu shromažďování dat, která spočívá v bezprostřední verbální komunikaci badatele a respondenta. Nespornou výhodou rozhovoru jako výzkumné metody, oproti jiným kvalitativním metodám, je navázání osobního kontaktu s respondentem, který umožní důkladnější proniknutí do motivů a postojů respondenta. Rozhovor můžeme rozdělit na základě toho, zda je řízen badatelem či nikoliv na rozhovor řízený a rozhovor neřízený (volný). Podle způsobu vedení rozhovoru a podle způsobu kladení otázek můžeme rozhovory dále dělit na standardizované a nestandardizované. (Chráska, 1998)

Nestandardizovaný rozhovor se silně přibližuje přirozené, běžné mezilidské komunikaci. Badatel si musí, stejně jako u standardizovaného rozhovoru, dopředu rozmyslet, které informace potřebuje od respondenta získat. Velkou výhodou nestandardizovaného rozhovoru je také to, že umožňuje jednodušší navázání kontaktu mezi respondentem a tazatelem. Rozhovor je dále možné dělit také podle počtu respondentů na skupinový a individuální. (Švaříček, Šed'ová, 2007)

Švaříček a Šed'ová (2007, str. 159) vymezují rozhovor jako: „ *nestandardizované dotazování jednoho účastníka výzkumu zpravidla jedním badatelem pomocí několika otevřených otázek.* “

V naší diplomové práci je využito **rozhovoru řízeného, nestandardizovaného, individuálního.**

Rozhovor je strukturován do pěti oblastí. Každá oblast obsahuje jednotlivé otázky, které z oblastí vychází. Rozhovor je vytvořen na základě vymezení jednotlivých oblastí kvality života, které uvádíme ve 3. kapitole nazvané Kvalita života osoby se schizofrenií. Jednotlivé otázky byly kladeny respondentce tak, jak jsme si je dopředu připravili. Otázky jsme se snažili pokládat tak, aby jim dotyčná osoba porozuměla a aby odpovídaly její mentální úrovni. Rozhovor byl proveden v přirozeném prostředí dívky, na základě jejího

souhlasu i za souhlasu paní ředitelky Domova pro osoby se zdravotním postižením Staré Město, a po předchozí telefonické dohodě.

4.5 Analýza a interpretace získaných dat

Analýzu získaných dat jsme provedli na základě studia dokumentů, které nám byly poskytnuty Domovem pro osoby se zdravotním postižením ve Starém Městě. Konkrétně to byl zařízením vypracovaný profil klienta a bylo nám také umožněno nahlédnout do lékařských záznamů spisu klientky. Další informace nám byly poskytnuty Střední školou Mesit o.p.s., formou umožnění nahlédnutí do katalogového listu, evidenčního listu, individuálního vzdělávacího plánu a byly nám poskytnuty informace o prospěchu studentky.

Další informace jsme získali samotným rozhovorem provedeným s respondentkou, která si velmi dobře pamatuje na vše, co se v jejím životě událo a nemá problém o tom s kýmkoli hovořit.

4.5.1 Kazuistika

Osobní anamnéza

Dívka se narodila 10. 11. 1981 v Uherském Hradišti jako třetí ze tří dětí. Prvorozená byla sestra a druhorozený byl bratr. Matce bylo v době porodu dívky Petry 38 let, otci 46 let. Těhotenství matky probíhalo bez zjevných potíží a také porod proběhl bezproblémově.

Petře je v současné době 32 let a žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením. Navštěvuje Střední školu Mesit o.p.s., obor Pečovatelské služby.

V červenci roku 1995 byla dívka hospitalizována v psychiatrické léčebně Brno. Důvodem této hospitalizace byla náhlá, prudká změna chování. Subjektivně tyto změny dívka popisuje jako křik, nadávky, grimasy, noční nespavost, rušilo ji prakticky všechno, každý pohyb, šramot či chrápání. Hospitalizace na oddělení psychiatrické léčebny Brno trvala dva měsíce a byla medikamentózně léčena. Výstupem této hospitalizace byla diagnóza schizotypní porucha s hebefrenními projevy vázanými na domácí prostředí.

Diagnóza této dívky byla v roce 2002 změněna na reziduální schizofrenii.

V současné době je u naší respondentky stabilizovaný zdravotní stav. Schizofrenní projevy jsou díky nepřetržité medikaci pod kontrolou, příznaky jsou bez manifestace.

Rodinná anamnéza

Dívka pochází ze tří sourozenců. Vyrůstala v úplné rodině, která žila v panelovém bytě na sídlišti. Matka pracovala jako učitelka na Základní škole a otec jako seřizovač v leteckém průmyslu. Narodila se jako nejmladší z dětí. Mezi sourozenci nepanovaly nejlepší vztahy, avšak výrazné patologie se začaly objevovat až po onemocnění a následném úmrtí matky. Otec se uchýlil k alkoholu, na jehož nadužívání také později zemřel.

Ve stejném roce, kdy zemřela matka na rakovinu prsu, otec dívky vyhodil z domova její starší sestru, kvůli neustálým neshodám a nevoli sestry starat se o nemocnou matku. Otec chtěl vyhodit z domova také bratra, neboť ani ten se o matku nechtěl starat a neustále křičel a ničil vybavení bytu, avšak k vyhazovu nakonec nedošlo. Otec měl v úmyslu umístit matku dívky do hospicové péče, protože se domníval, že péči o ni nezvládají. Po úmrtí matky chtěl otec také Petru svěřit do ústavní péče, protože vlivem prožitého traumatu ze smrti matky došlo k manifestaci příznaků schizofrenie, a protože se nesnesla s bratrem, který s nimi žil ve společné domácnosti. Úřady však tento úmysl zamítly.

Dalším mezníkem v životě dívky byl příchod pracovnice Městského úřadu, která rodině oznámila, že byt ve kterém žijí, jim bude nabídnut k odkoupení. Rodina však na zaplacení bytu neměla finanční prostředky a byla tedy nucena byt opustit. Pár dní přebývala v hotelu, ale poté co byly finanční rezervy vyčerpány, byli nuceni opustit také hotel. Otec se ubytoval u kamaráda, bratr zůstal na ulici a žil jako bezdomovec a dívka byla odeslána do Psychiatrické léčebny v Kroměříži. Po čtyřměsíčním pobytu v Psychiatrické léčebně, se jí sociální pracovnice ptaly, zda se chce vrátit k otci, který žil na ubytovně nebo zda chce být umístěna do Domova pro osoby se zdravotním postižením. Vybrala si druhou možnost, a tak byla 10. 10. 2002 přesunuta do Domova pro zdravotně postižené ve Starém Městě. V roce 2006 zemřel dívčin otec, který podlehl nadměrnému užívání alkoholu. Od doby, kdy se dostala do Domova pro osoby se zdravotním postižením, se však viděli pouze párkrát a neměla o něm téměř žádné informace.

Z rodiny udržuje kontakt s bratrem, který bydlí na ubytovně ve Zlíně. Do prosince roku 2013 se vídali pouze minimálně, na Vánoce či narozeniny, kdy ji bratr přijel navštívit do Domova. V prosinci roku 2013 jim však zemřela na rakovinu hrtanu nejstarší sestra, se kterou se od roku 2006 neviděli ani o ní neměli žádné informace a o její smrti se bratr dověděl souhrou náhod. Tato skutečnost však zapříčinila, že bratr Petru nyní navštěvuje pravidelně, každou sobotu a jejich vztah se tak výrazně zlepšil. Bratr však nemá zaměstnání, žije na ubytovně a existuje podezření, že holduje alkoholu.

Vzdělávací anamnéza

Dívka navštěvovala mateřskou školu a následně nastoupila na základní školu v místě svého bydliště. V polovině páté třídy byla přeložena na základní školu, kde pracovala také její matka. Důvodem tohoto přeložení byla šikana, které byla dívka vystavena v původní škole. V základní škole, kam byla přeložena, se však opět začala šikana rozvíjet.

Po propuštění z léčebny dívka opět nastoupila na základní školu, kterou následně absolvovala již bez přerušení s příznivými studijními výsledky. V devátém ročníku si podala přihlášku na gymnázium, kam se však nedostala. Současně se hlásila také na obchodní akademii, kde úspěšně složila přijímací zkoušky. V této době však byla matce diagnostikována rakovina prsu. Dívka tak odmítala nastoupit na obchodní akademii, neboť nebyla v místě bydliště a musela by bydlet na internátu a otec jí zařídil studium na Střední zemědělské škole, obor Ekonomika zemědělství – výživy. Již v prvním ročníku však dívčina matka podléhá rakovině. Úmrtí matky nesla velmi těžce, po celou dobu její nemoci se o matku pečlivě starala a byla jí oporou. Střední zemědělskou školu dívka nedokončila, jelikož se opět stala obětí šikany a do třetího ročníku již odmítla nastoupit.

V roce 2010 začali na praxi do Domova pro osoby se zdravotním ve Starém Městě docházet studenti oboru Pečovatelské služby střední školy Mesit o.p.s., kteří pod dohledem paní učitelky a pracovníků Domova pomáhali s péčí o klienty zařízení. Petra se postupně začala zapojovat do činností, které vykonávali studenti, a zjistila, že ji to baví. Sociální pracovnice spolu s paní učitelkou, která vedla žáky na praxi, začaly s přesvědčováním Petry, aby nastoupila ke studiu tohoto oboru a mohla pak dál vykonávat povolání pečovatelky, což by jí zároveň umožnilo se osamostatnit a měla by šanci získat místo v chráněném bydlení, po kterém toužila. Dva roky však přemlouvání odolávala, neboť se obávala toho, že bude ve škole opět šikanována, jak tomu bylo ve všech jejích předchozích školách. V roce 2012 však nastoupila do prvního ročníku Střední školy Mesit o.p.s. obor Pečovatelské služby a její život se začal výrazně měnit. Díky práci pedagogů a všech zaměstnanců Střední školy Mesit o.p.s. velmi dobře zapadla do kolektivu. Ve třídě je spolu s dvanácti spolužáky. Škola ji začala velmi bavit a dosahuje vynikajících studijních výsledků, dokonce dostala i pochvalu ředitele školy za výborný prospěch. Ve třídě získala kamarádky, se kterými se nyní občas setkává také mimo vyučování, jedna z nich ji navštěvuje v Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Starém Městě. Dosahuje velmi dobrých studijních výsledků a jejím cílem je úspěšně složit závěrečné zkoušky a následně se přihlásit na obor s maturitou.

Sociální anamnéza

S nástupem do školy a výraznou proměnou jejího života se však rapidně proměnil její postoj k zařízení, kde doposud žije. Petra se zde necítí dobře, stěžuje si na nepřátelský přístup personálu ve vztahu k její osobě a ke změnám, které ve svém životě započala. V současné době se snaží v Domově pro osoby se zdravotním postižením trávit co nejméně času, a proto chodí na dlouhé procházky po městě, po obchodech a do přírody. Za pomoci jednoho z pracovníků Domova si zakoupila jízdní kolo, na kterém chce jezdit do školy. Naučila si sama připravit snídaní i svačiny do školy a je schopná se o sebe sama postarat. Ráda by se ještě naučila vařit.

V nadcházejících týdnech začne navštěvovat kurzy plavání na Aquaparku v Uherském Hradišti, které si sama zařídila (vyzvedla si přihlášku, kterou sama vyplnila a odnesla ji zpět), zakoupila si předplatné do Slováckého divadla v Uherském Hradišti, které si také sama obstarala a pravidelně navštěvuje bohoslužby ve Staroměstském kostele i následná Setkávání mládeže.

Petra začala pracovat na svém vzhledu, zajímá se o módní trendy, v čemž jí pomáhají její spolužačky, které jí radí, jak se má oblékat. Nechává si narůst dlouhé vlasy, po kterých již několik let toužila.

Současně se připravuje na přesun do chráněného bydlení, které jí bylo nabídnuto v rámci projektu Transformace sociálních služeb v Uherském Hradišti. Přibližně v září letošního roku by se mohla přestěhovat.

Ve volném čase nejraději chodí ven na procházky, prochází se po městě nebo po nákupních centrech. Před 6 měsíci si v bazaru zakoupila jízdní kolo, které momentálně hojně využívá k vyjížděnkám do přírody. Volný čas tráví nejraději sama, ale občas se k ní přidává spolužačka a kamarádka ze školy. V zařízení, ve kterém v současné době bydlí, žádnou kamarádku nemá.

4.5.2 Rozhovor

V rozhovoru je použita forma tykání, jelikož jsme s dívkou přibližně stejného věku a ona sama vyslovila přání, že by chtěla, abychom si tykaly. Před samotným rozhovorem byla seznámena s tím, že rozhovor bude součástí naší diplomové práce. O tom, že diplomová práce pojednává o její osobě, byla seznámena ještě předtím, než samotná práce začala vznikat a souhlasila s tím.

Rozhovor mapuje pět oblastí týkající se jejího života:

- Rodina
- Partnerství, rodičovství
- Vzdělání
- Volný čas
- Budoucnost, zaměstnání, bydlení, vize

Rodina

1. Co se Ti vybaví, když se řekne rodina?

„Vybaví se mi mamka, taťka, bratr a sestra.“

2. Jaké vzpomínky na svou rodinu máš?

„Byly tam nějaké problémy, my jsme se nesnášeli s bratrem a se sestrou. Taťka vyhodil sestru z bytu a to je moje nejsilnější vzpomínka na moji rodinu.“

3. Kdo Ti byl nejbližší z celé rodiny?

„Mamka.“

4. Kdo Ti nejvíc chybí z rodiny?

„Chybí mi všichni. Já mám ještě bratra, ten ještě žije, ale jinak už všichni zemřeli. Nejvíce ze všech mi ale chybí taťka.“

5. Na koho nejvíce vzpomínáš?

„Na mamku.“

6. Jaký vztah jsi měla k otci?

„Když byl opilý, když mamka zemřela.“¹

7. Jaký vztah jsi měla k matce?

¹ Skutečná odpověď respondentky.

„Moje mamka zemřela v roce 1990 na rakovinu prsu. Ale když byla ještě zdravá, tak na mě někdy řvala, třeba když jsem ze školy přinesla známku 1- tak mi třeba řekla, že jsem nejhlupejší děcko na světě. A o prázdninách velkých, v srpnu už jsme se museli učit, to nám mamka poručila. Ona byla učitelka.“

8. Jaký vztah měli Tvůj bratr a sestra s matkou?

„Oni se nesnášeli, sestra nesnášela všechny.“

9. Jaký vztah měl Tvůj bratr s otcem?

„Někdy mu nadával. Můj bratr celý den třeba nemluvil, pokud se ho někdo na něco nezeptal. On byl v práci nebo byl celý den na pokoji zavřený.“

10. Jaký vztah jsi měla k bratrovi a sestře?

„My jsme se nesnášeli, když jsme byli doma, ale teď se snášíme. Právě taťka nás usmířil. Se setrou jsme se taky nesnášely, ale pak jsme se usmířily dvakrát a pak jsme se od roku 2006 neviděly a teď jsem se dozvěděla, že 6. prosince 2013 zemřela na rakovinu hrtanu, měla 43 let. Ona se ale nechtěla stýkat s nikým a neměla ani žádné děti a žádnou rodinu.“

11. Jaký vztah měl Tvůj bratr k Tobě?

„My jsme se nesnášeli.“

12. Jaký vztah máš s bratrem v současnosti?

„Tak teď mě navštěvuje každou sobotu, ale mně se zdá, že má problémy, že pije. On je chudý, nemá moc peněz a bydlí na ubytovně. Když ještě žila sestra, tak jsme se vidali nepravidelně jednou za měsíc nebo třeba na Vánoce. Ale teď, jak sestra umřela, tak za mnou chodí pravidelně každou sobotu. Jednou sem jela s ním vlakem jako k němu, on bydlí ve Zlíně na ubytovně, ale už nechce, abych tam šla, a já nevím proč, ale teď on za mnou chodí pěšky. Ta cesta mu trvá tak dvě hodiny. A právě že teď nemá práci. On mi sám o sobě nic neřekne, jen to, na co se ho zeptám.“

13. Co Tvoji prarodiče, bratrance, sestřenice?

„Nikoho nemám, bratrance a sestřenice jsem v životě neviděla. Jestli jsem měla prarodiče, to nevím, ale nevím ani jak se jmenovali, ale můj taťka mi řekl, že mamka měla

bratra, který už ale taky zemřel, než já jsem se narodila a jmenoval se Jirka. Pak mi taťka řekl, že má ještě sestru, ale nevím, jak se jmenuje.“

14. A chtěla bysje někdy poznat, chtěla by ses s nimi vídat?

„No já nevím, jestli oni žijou, nikdy jsem je neviděla. Já jsem chtěla nechat hledat Poštou pro tebe sestru, ale to už nejde.“

15. Navštěvuje Tě někdo z rodiny, udržuješ s někým kontakt?

„Navštěvuje mě jen bratr, jenom bratra mám.“

16. Kdybys mohla něco změnit, z toho, co se ve Tvé rodině událo, co by to bylo?

„Aby moji rodiče ještě žili a já abych žila v normálním životě, než tady.“

17. Koho nyní považuješ za svou rodinu?

„Právě, tady moc ne, ale právě že spolužáky moje, kamarády. Dřív jsem tady byla ráda a chtěla jsem tady prožít celý život, ale teď už ne. Dřív jsem chtěla, aby paní vrchní sestra byla moje mamka, ale teď asi... no... jako mám ju ráda. A pak mám ještě jednu paní ráda, mou klíčovou pracovníci, s tou mám dobrý vztah.“

18. Chtěla bys někdy v budoucnu založit vlastní rodinu?

„Tak ani moc ne, spíš jako nějaké kamarády. Rodinu ne.“

19. Kdo je Ti nyní největší oporou v životě?

„Je to můj klíčový pracovník.“

Partnerství, rodičovství

1. Jak hodnotíš samu sebe, jaké máš kladné vlastnosti a jaké záporné?

„Tak vlastnosti, jestli su hodná a tak?“

Ano.

„Jako v učení? Tak myslím si, že se dobře učím, že spolužáci mě mají rádi, že ráda jim něco půjčím, když něco potřebují. A tady, tady mě posuzují, jakože jsem bývala hodná holka, ale teď už jako ne.“

A ty si myslíš, sama o sobě?

„Tak jako že, su hodná, si myslím. Dokud mě třeba někdo neošálí. Když třeba se někdo chová špatně, tak se musím taky zachovat. Chtěla bych jako na sobě změnit, jít z tadyma pryč a nevracet se sem. Tak chtěla bych, no ani moc ne. Ted' navštěvuju různé kulturní akce, sama si je vybírám. Tam se cítím klidnější venku. Protože, tady je moc hluku.“

2. Líbíš se sama sobě, připadáš si atraktivní?

„Jakože su hezká a tak? No ano. Ale chtěla bych mět ještě delší vlasy. Já jsem je měla krátké, ale ted' chcu chodit nějak upraveně, abych nevypadala jak z ústavu, tak se to tady dřív jmenovalo.“

3. Jak pečuješ o svůj vzhled?

„No tak dělám si culíky a snažím se kupovat nějaké věci, už jsem se ptala spolužaček, co jako mám nosit, abych se cítila ve věku, těch jsem se ptala, co si mám koupit.“

4. Chodíš třeba ke kadeřníkovi nebo na kosmetiku, na pedikúru?

„Ke kadeřníkovi nechodím, protože ta mě ostříhala na krátko a já chci dlouhé vlasy. Chodila jsem na kosmetiku, když jsem byla na základní škole, ale ted' nee.“

5. Chtěla bys něco změnit na svém vzhledu nebo povahových vlastnostech?

„Tak třeba chodit více do společnosti, abych tady nemusela být, více kamarádů. Třeba aby když se ke mně někdo zachová zle, tak abych mu to uměla vrátit.“

6. Přitahují Tě muži nebo spíše ženy?

„Jako kamarádi?“

Jako partneři.

„Jako kdyby chtěl být můj partner, tak spíš muži.“

7. Měla jsi v minulosti partnera?

„Nee. Ani na základní škole, jen jsem měla ráda Kelly Family, to jsem byla zamilovaná do toho jednoho zpěváka.“

8. Máš partnera v současnosti?

„No tak líbí se mi jeden spolužák, i já se mu líbím, ale on je spíš jako kamarád než partner. A ani bych víc nechtěla, jenom kamarádi jsme se shodli.“

9. Chtěla bys sis najít partnera?

„Ani ne, tak jenom kamaráda.“

10. Jak by měl Tvůj ideální partner vypadat, jaké by měl mít vlastnosti?

„Tak vlastnosti, neměl by kouřit, aby pít alkohol, měl by se slušně chovat, měl by říkat pravdu a hodný na mě by měl být. A na vzhledu mi nezáleží.“

11. Jaké vlastnosti by Tvůj partner rozhodně mít neměl?

„Tak třeba zlý, neměl by třeba někomu ubližovat nebo hádat se se mnou.“

12. Myslíš si, že je důležité mít životního partnera?

„No tak já myslím, že jako ani ne, třeba kamarád, kterému se můžu svěřit, aj více kamarádů.“

13. Chtěla bys mít děti?

„Ne! Tak jako ne, nepřemýšlela jsem o tom.“

14. Proč bys nechtěla mít děti?

„Protože jsou s nima jako starosti, ale jestli bysme jako, kdybych měla partnera, mohlo by nastat, že by mohl nastat rozvod. Mám ráda děti, ale radši cizí. Radši to neriskovat.“

15. Myslíš si, že bys byla schopna se postarat o dítě?

„To nejsou si jistá. Jestli bych měla finance a tak.“

16. Jaký vztah k malým dětem máš?

„Mám je ráda. Kdybych měla děti, tak bych je hlídala.“

17. Kdyby ses stala v budoucnu matkou, chtěla bys být v něčem jiná, než byla Tvoje matka nebo dělala bys naopak něco stejně jako ona?

„Tak já bych rozhodně třeba na ty děti nekřičela bez nějakého důvodu, kdyby třeba by dostalo špatnou známku, tak bych nekřičela, jak moje mamka.,“

18. Cítíš se někdy osaměle?

„Jako teď ne, ale cítila jsem se, než jsem začala chodit do školy, ale teď ne, mám kamarády. Teď radši chodím ven, než tady byt.“

19. Máš nějaké přání, které by sis chtěla v oblasti partnerství a rodičovství splnit?

„Ani moc ne.“

20. Je něco, čeho by ses jako rodič chtěla vyvarovat nebo něco co by Tě inspirovalo při výchově vlastních dětí ve srovnání s tím, jací byli Tvoji rodiče?

„Tak já bych nechtěla třeba, i kdyby jako se hádat s mým manželem a aby mě manžel bil. Chtěla bych, aby bylo všechno jinak, mamka se třeba hádala s tatškou a tatka vyhrožoval, že mamku zabije.“

21. Jak vidíš samu sebe za deset let, co se týče partnerství a rodičovství?

„Tak budu starší. Chtěla bych kamarády a něco jiného než, tady. (v Domově)“

Vzdělání

1. Jakého vzdělání jsi zatím dosáhla?

„Mám ukončenou základní školu, devítiletou.“

2. Proč jsi nedokončila předchozí školu?

„Mě šikanovali a z finančních důvodů a z důvodu úmrtí mé matky.“

3. Jaké vzpomínky máš na základní školu či předchozí školu, kterou jsi navštěvovala?

„No tak jako špatné, že mě tam všichni šikanovali, i na té základní škole.“

4. Bylo Tvé vzdělání důležité pro Tvé rodiče?

„Ano, mamka chtěla, abych měla samé jedničky, já jsem chtěla být učitelka, ale to se jako nesplnilo. Já jsem dělala zkoušky na gympl, ale neudělala jsem je.“

5. Mrzelo rodiče, že ses nedostala na gymnázium? Jak to vnímali?

„Oni právě neřekli. Neřekli nic.“

6. V době, kdy jsi do žádné školy nechodila, chybělo Ti z ní něco?

„Tak 12 roků jsem nechodila, protože jsem to odmítala. Nic mi nechybělo, ale teď chci dokončit tu školu.“

7. Co Tě přimělo přihlásit se po dlouhé době do školy?

„Tak jako mě přimělo, že jako... že mě přesvědčila a dodala odvalu můj klíčový pracovník, ta mě přemluvila. V roce 2011 jsem to odmítala. Ale paní učitelky mě přemlouvali a paní sociální pracovníce mě taky přemlouvala. Řekli mi, že se můžu tak vrátit do normálního života, že mi to pomůže.“

8. Proč jsi školu odmítala?

„Já mám svůj názor, že mi pracovníce říkaly, ať tam nechodím, že to nebudu zvládat.“

9. A bála ses toho taky nebo jsi jim jen uvěřila, když Tě pracovníce zrazovaly?

„Já jsem jim jako věřila, ale až mi paní sociální pracovníce řekla, že mi seberou invalidní důchod. Já jsem jako chtěla, ale pak jsem jako zase nechtěla a tak to bylo pořád střídavě.“

10. Co Tě nejvíce baví v současné škole a co Tě nebaví?

„Tak všechny předměty, aj kamarádi a všecko.“

11. Co si myslíš o škole a vzdělání?

„Že je to důležité. Že je to lepší než na základní škole, že spolužáci se ke mně chovají velice pěkně, jsou na mě hodní a že je tam jako legrace, sranda, že se tam zasměju.“

12. Které předměty máš nejraději?

„Tak všechny. Na všechny se těším.“

13. Baví Tě víc praxe nebo výuka ve škole?

„Tak obojí stejně.“

14. Kolik času denně věnuješ přípravě do školy?

„Když přijdu ze školy, tak zhruba tak 2-3 hodiny. Spíš večer nebo sobotu, nedělu.“

15. Je pro Tebe důležitý Tvůj prospěch?

„Ano. Chci mít samé jedničky.“

16. Kdo Tě při studiu nejvíce podporuje?

„Tak já se učím sama. Ale, chodím tam kvůli kamarádům, ale jsem ráda, že jsem ve společnosti.“

17. Co je Tvou motivací ve studiu?

„Chcu si najít nějaké zaměstnání v budoucnu.“

18. Zajímá se někdo o Tvé studijní výsledky?

„Ano, málokdo. Svěřuji se třeba paní vedoucí nebo paní sociální, když ji stihnu. A mému klíčovému pracovníku.“

19. Jakého vzdělání bys chtěla dosáhnout?

„Ještě bych si chtěla udělat nádstavbové studium. Maturitu.“

20. Máš v třídním kolektivu nějaké přátele?

„Všechny, v celé třídě. S klukama je sranda.“

21. Je pro Tebe někdo ve škole vzorem?

„Všichni.“

22. Proč chodíš ráda do školy?

„Že jako z tadyma vyjdu ven, jinak u musím být celý den, že je tam jako sranda.“

23. Ve které ze škol, které jsi zatím navštěvovala, jsi se cítila nejlépe a proč?

„V žádné škole jsem se necítila dobře, protože mě všude šikanovali.“

24. Účastníš se nějakých akcí pořádaných školou? (lyžařský kurz, den otevřených dveří, školní výlety...)

„Když byla exkurze jako třeba do kina tak to jo, ale na víc dnů ne. Na lyžák jet nechci. Neláká mě to. Jela bych třeba na výlet, aby to nebylo pře noc.“

25. Myslíš si, že Ti Tvé vzdělání pomůže při hledání zaměstnání?

„Ano.“

26. Chtěla bys ses v budoucnu věnovat profesi, kterou studuješ?

„Já bych chtěla být třeba i někde v prádelně nebo tak. Chtěla bych pečovat o lidi aj o věci, ale ještě si to rozmyslím.“

27. Co se Ti na Tvém budoucím povolání nejvíce líbí a má naopak nějaká negativa?

„Líbí se mi vše. Tak chtěla bych lidem pomáhat, nějakou pomocnou sestru.“

28. Je něco, čeho v oblasti svého vzdělávání lituješ a co bys chtěla změnit, kdyby to šlo?

„Nee, vůbec, jsem spokojená, jak to je“

29. Chtěla jsi být vždycky pečovatelkou?

„Dřív jsem chtěla být učitelkou, ale teď už ne. Teď chci být pečovatelkou.“

Volný čas

1. Co pro Tebe volný čas představuje?

„Tak třeba když mám jako o víkendu, tak chodím na procházky, třeba po Hradišti se projít nebo si jako do Špáru nebo do Lídlu nebo na kole, které jsem si koupila v bazaru za 800Kč, ale to jsem ještě na kole neuměla jezdit, ale jako oni mě to museli naučit, jako vychovatele.“

2. Kolik volného času máš?

„Třeba v sobotu můžu třeba celý den chodit ven a večer třeba taky můžu. Když přijdu ze školy tak si uklidím pokoj, ale jinak se starám sama o sebe.“

**3. Myslíš si, že máte dostatek volného času? S kým nejraději svůj volný čas trávíš?
Nudíš se často?**

„Ano mám dostatek času, mám to dovolené, ale chtěla bych být víc venku než tady, protože venku se cítím líp, protože tady je velký hluk a třeba tady na mě aj pracovnice křičí a nevím proč a třeba když se něco zeptám na můj názor, tak ony se napučí. Ale když jsem

Jim dřív pomáhala, tak to jsem byla jejich zlatíčko. Jim se nelíbí, že jsem se hodně změnila a ony si myslí, že na nich žaluju.“

4. S kým nejraději svůj volný čas trávíš? Nudíš se často?

„Volný čas nejraději trávím sama, protože nemám s kým tady. Ale kdybych měla možnost ho trávit s někým, tak bych chtěla být s kamarádkami. Ted' v pondělí mě navštívila moje spolužačka. Ted' už se nenudím, ale než jsem začala chodit do školy, tak jsem se nudila hodně. Ale ted' mám co dělat a su ráda.“

5. A ty jsi sama se sebou spokojená, jakou změnu jsi udělala?

„Já ano, chodím víc do společnosti a že si můžu dělat věci kolem sebe, že si můžu chystat třeba večeři nebo svačiny, to je lepší než když mi to dělaly tady ty pracovnice.“

6. O tom, co ve volném čase budeš dělat, rozhoduješ Ty sama nebo někdo jiný?

„Jako já si rozhoduju sama o sobě, můžu si dělat, co chci.“

7. Co ve volném čase nejraději děláš?

„Zajdu si na vycházku, ted' sem začala chodit do kostela do Starého Města, jak je hřbitov na mše, třeba v sobotu, neděli, to jsem dřív nechodila, ale ted' se mi to začalo líbit. Protože jsem tam šla o Vánocích. Tam bylo takové zpívání a to mě zaujalo, tak jsem začala chodit.“

8. Jaké máš koníčky?

„Tak na počítači se jako, dole, na internetu nebo si poslouchám písničky, nebo ráda vyšívám nebo ráda na kole si někam zajedu a to je asi všechno.“

9. Navštěvuješ kino, divadlo, koncerty? Kdy naposledy jsi na něčem takovém byla?

„Ted' půjdu zítra do divadla, protože jsem si koupila předplatenku, kterou jsem si sama vyřídila a tak budu chodit pravidelně a jinak třeba do kina se školou. No a že třeba ted' jsem byla na karnevalu, tam jak je Sokolovna a to bylo jako skvělé, strašně se mi to líbilo.“

10. A dřív, než jsi začala chodit do školy, tak jsi někam chodila?

„Nee, to jsem všechno jako odmítala, i třeba bývalá paní vedoucí mi nabízela, ale já jsem nic nechtěla.“

11. Kdy jsi byla naposledy na dovolené?

„Na dovolené? Tak to jsem byla u moře, v roce 2011 s paní vedoucí bývalou v Itálii.“

A líbilo se Ti tam?

„Tak trochu, ale zase bych nejela, protože neumím plavat. Ale dala jsem si teď přihlášku do aqvaparku a teď čekám, až mi pan zástupce ředitele zavolá. Sama jsem si vyplnila přihlášku a zanesla do toho aqvaparku.“

12. Jak jste trávili dovolenou, prázdniny když jsi ještě žila s rodinou?

„Já jsem s mamkou, jenom já a mamka jezdila do Jeseníků, na 14 dní. Pak jsem byla s mamkou ve Francii a v Rakousku ve Vídni a to je asi vše. Jezdívala jsem jen já a mamka.“

13. Chystáš se letos o prázdninách někam na dovolenou? Chtěla bys jet k moři nebo raději někde po ČR?

„Ani ne. Chtěla bych třeba někam na jeden den. Chtěla bych spíš po České Republice. K moři bych nechtěla, protože to byla daleká cesta autobusem a jeli jsme celou noc a všechno už mě bolelo a v autobuse se nedalo ani usnout.“

14. Navštěvuješ nějaké zájmové kroužky?

„Nee, nenavštěvuju.“

15. Děláš nějaký sport?

„Jezdím na tom kole a ještě jako v tělocviku. Vloni to jsem byla osvobozená, ale letos už ne a moc se mi to líbí. Ráda cvičím.“

16. Jakou fyzickou aktivitu máš nejraději? (míčové hry, posilování, aerobic, plavání, lyžování...)

„Hraju třeba ráda badminton.“

17. Jak si představuješ ideálně strávenou neděli?

„Tak já půjdu ven a půjdu třeba na mši, potom do cukrárny a strávím celý den venku. A mohly by se ke mně třeba přidat spolužačky, třeba bych je někam pozvala.“

18. Jsi raději v kolektivu nebo o samotě?

„Radši v kolektivu, spolužáků a těch co mám ráda.“

19. Máš v Domově nějaké nabídky, jak trávit volný čas? Využíváš něco z toho?

„Já si to hledám sama, třeba přes internet, nebo si zajdu ven nebo do knihovny chodím, ale toho co se děje v Domově se neúčastním. A ještě bych chtěla chodit do kina nebo na výstavu.“

20. Navštěvovala jsi v dětství nějaký zájmový kroužek?

„Nee.“

21. Máš ohledně svého volného času nějaké přání nebo něco, co bys chtěla v budoucnu změnit?

„Tak já bych chtěla třeba do nějakého kroužku vaření nebo do nějaké chráněné dílny chodit a seznámit se s lidma a chtěla bych ten volný čas víc trávit s někým, než sama.“

Budoucnost – zaměstnání, bydlení, vize

1. Jakou máš představu o tom, co budeš dělat, až ukončíš školu?

„Tak já bych chtěla být buď to pečovatelkou nebo někde v prádelně nebo v kuchyni, kdybych se naučila vařit. Chtěla bych pracovat.“

2. Jakou máš představu o svém budoucím bydlení?

„Já bych chtěla jít do svého bydlení, a pokud mi to půjde tak třeba nějak pokročit dále, třeba nějaké samostatné bydlení bez nějakého personálu, úplně sama prostě.“

3. Jak by vypadalo Tvé vysněné zaměstnání? Kde bys chtěla pracovat?

„Tak v nějaké chráněné dílně nebo třeba v kavárně. Já jsem se ptala, ale není tam volné místo.“

4. Chtěla bys v budoucnu žít samostatně nebo jako doposud v Domově?

„Určitě nee, vůbec, už bych se sem nechtěla nikdy vrátit.“

5. Kde bys chtěla bydlet? (Město, lokalita)

„Chtěla bych bydlet v Uherském Hradišti, protože jsme bydleli ve Štěpnicích v paneláku a tak bych chtěla bydlet v Hradišti, které znám. Chtěla bych bydlet třeba s nějakou kamarádkou, která by byla mojí sousedkou a navštěvovaly bychom se.“

6. Kolik peněz by jsi chtěla vydělávat?

„Tak aby mě to stačilo na nájem a živobytí, asi tak 15 -18 000.“

7. Máš nějaký zásadní životní cíl, kterého bys chtěla dosáhnout? (například: maturita, řidičský průkaz atd.?)

„Maturita. A úplně se osamostatnit. Chtěla bych žít běžný život a mít spoustu kamarádů.“

8. Chtěla bys v budoucnu nějak upravit vztahy se svým bratrem či nějakým jiným členem Tvé rodiny?

„Tak, jestli to půjde, tak s tím bráchou. Ale on pije. Chtěla bych se s ním potkávat častěji.“

9. Myslíš si, že využiješ toho, co se naučíš ve škole?

„Ano.“

10. Co si představíš pod pojmem „kvalitní život“?

„Že jako můžu se o sebe starat a být sama sebou, nechci být nijak závislá na nikom.“

11. Žiješ teď kvalitní život?

„Ani moc ne. Ale už se do toho pomalu začínám dostávat.“

12. Dokážeš si představit, jak bude Tvůj život vypadat za dvacet let?

„To ani moc ne. Nechtěla bych tady rozhodně byt. Představuju si samu sebe v bytě, s kamarádkou nějakou.“

4.6 Shrnutí šetření

Oblast rodiny a rodinných vztahů

Na základě realizovaného rozhovoru se můžeme domnívat, že v původní rodině dívky se vyskytovaly patologické vztahy jak mezi sourozenci, kteří spolu vzájemně nekomunikovali a měli mezi sebou neustálé rozepře a konflikty. Standardní vztahy nepanovaly ani mezi rodiči, kteří se dle výpovědi dívky často hádali, a otec matce dokonce vyhrožoval smrtí. Rodinná situace se vyhroutil, když byla matce diagnostikována rakovina a její zdravotní stav se rychle zhoršoval. V té době otec vyhodil nejstarší sestru z domova a hrozil tím i ostatním členům rodiny. Vzhledem k tomu, že naší respondentce bylo v té době devět let, mohla na ní tato situace zanechat následky, které se později manifestovaly do schizofrenie.

Dívka však přes veškeré okolnosti, které v rodině panovaly, na ni vzpomíná v dobrém. Sama by si však svou vlastní rodinu založit nechtěla, neboť se domnívá, že by nebyla schopna zabezpečit péči o ni. Tato skutečnost může být taktéž následkem situace v její původní rodině.

V otázkách, které směřovali na potenciálního partnera, vždy uváděla, že by si nepřála, aby měl vlastnosti jako například, že by byl zlý, či se s ní hádal. Je tedy možné se domnívat, že právě takové vlastnosti a taková atmosféra byla právě v jejich rodině. Přesto, že rodinná situace a vztahy v rodině nebyly ideální, rodině dívce velmi chybí a často na ně vzpomíná. Vzpomínky se vztahují nejvíce k rodičům, neboť tak také uvedla v odpovědích na otázky, kdo jí nejvíce chybí a na koho nejvíce vzpomíná. Tuto naši domněnku podporuje i fakt, že ve svém pokoji má dívka vystaveny fotografie právě svých rodičů.

Oblast partnerství, rodičovství

Za své kladné vlastnosti považuje to, že se dobře učí a že je hodná. Záporné vlastnosti neuvedla. Sama na sobě by však nejvíce chtěla změnit to, aby se osamostatnila a dostala se pryč z Domova pro osoby se zdravotním postižením. Je hrdá na to, že momentálně navštěvuje různé kulturní akce, které si také sama vybírá.

Samu sebe dle svých slov dívka vidí jako atraktivní ženu. Na svém vzhledu by chtěla změnit vlasy, které by si chtěla nechat narůst. V současné době má vlasy krátké, což dle jejích slov u lidí evokuje, že je z ústavu. Změnu svého vzhledu konzultuje se svými spolužačkami ze školy.

Dívka při rozhovoru uvedla, že jako partnery preferuje muže, nikdy však partnera neměla a v současné době nemá, přesto, že se jí ve škole líbí jeden ze spolužáků. Do budoucna si po svém boku ani žádného partnera nepředstavuje. Spíše než partnerskému vztahu by dala přednost kamarádství, které si myslí, že je důležitější než partnerský vztah mezi mužem a ženou. Děti by v budoucnu nechtěla, protože se domnívá, že péče o ně je náročná a sama by to nezvládla a také by se bála potenciálního rozvodu s partnerem. Pokud by se však přece jen stala matkou, na své děti by rozhodně nechtěla křičet. Je možné, že tento názor si vytvořila na základě svých zkušeností z původní rodiny a z toho, jak to v ní chodilo. V oblasti partnerství a rodičovství nemá žádné cíle, kterých by chtěla v budoucnu dosáhnout. Je proto možné se domnívat, že tuto oblast svého života nepovažuje za nijak důležitou.

Oblast vzdělání

Oblast svého vzdělání považuje za velmi důležitou. Rodiče na ni v minulosti kladly velké nároky, co se vzdělávání týkalo. Matka vyžadovala, aby měla samé jedničky, a když tomu tak nebylo, vyvíjela na dívku tlak.

Dalo by se říci, že škola je v jejím životě momentálně na prvním místě. Dívka si je vědoma toho, že změny, které v jejím životě nastaly, jsou úzce spjaty s tím, že opět nastoupila do školy. Nalezla zde kamarády a začala se opět setkávat i s lidmi bez zdravotního postižení. Obor, který studuje, ji naplňuje a chtěla by se tomuto povolání věnovat i ve své budoucnosti. Jejím největším cílem je udělat si maturitu. Bohužel jí v jejím vzdělávání nikdo z Domova pro osoby se zdravotním postižením, kde nyní žije, příliš nepodporuje a o její studijní výsledky se nezajímají. Dívka se spíše domnívá, že se na ni zlobí, že do školy opět začala chodit a jim tak nemůže pomáhat, stejně jako to dělala před tím, než do školy nastoupila. Největší motivací ve studiu jsou tedy její spolužáci, se kterými má velmi dobré vztahy a také pedagogové, kteří se jí snaží při studiu pomáhat a podporovat ji.

Přesto, že v minulosti chtěla být spíše učitelkou, je s volbou svého budoucího povoláním maximálně spokojena, neboť by v životě chtěla především pomáhat lidem.

Oblast volného času

Volného času má dívka dostatečné množství, kromě toho, že chodí do školy, nemá žádné jiné povinnosti. Aktivit, pořádaných pro klienty Domovem pro osoby se zdravotním postižením ve Starém Městě, se neúčastní. Sama si myslí, že volného času má dostatek a

nenudí se. Uvádí však, že předtím, než nastoupila do školy, se nudila hodně a často. Nejráději tráví volný čas mimo zařízení Domova, neboť tam je, dle jejích slov, hluk a necítí se tam dobře. Chodí proto na vycházky do města, do nákupních center či do přírody. Své volno tráví nejčastěji sama, spíše výjimečně se spolužačkami. Právě tohle by však v budoucnu chtěla změnit.

Mezi své koníčky zařadila činnosti na počítači, ráda si pouští písničky, ráda vyšívá a nyní také ráda jezdí na kole.

Koupila si také předplatné do divadla, kam se moc těší, chodí do kostela na setkání mládeže a pravidelně také na mše. V poslední době se zúčastnila například karnevalu, pořádaného místním sdružením Sokol. Ráda by ještě častěji navštěvovala nejrůznější akce všeho druhu, protože tam potkává nové lidi, se kterými může navazovat kontakty.

Dovolenou a prázdniny tráví nejčastěji v Domově, pouze jednou byla na zájezdě v Itálii. Kdyby si mohla vybrat, jela by nejráději někam po České Republice, protože tak trávila prázdniny se svou matkou, když ještě žila. S matkou cestovala často a pravděpodobně i ráda, protože s ní byla sama, sourozenci i ocet zůstávali doma.

Z fyzických aktivit dává nejčastěji přednost jízdě na kole a také má ráda badminton. Přihlásila se do kurzu plavání, protože plavat neumí a chtěla by se to naučit. Dává přednost činnostem, vykonávaným v kolektivu. V loňském roce byla ve škole osvobozena z tělesné výchovy, avšak v letošním roce se již chtěla zapojit a velmi ji to baví.

Na trávení svého volného času by nejvíce chtěla změnit to, aby jej mohla trávit ve společnosti přátel. Ráda by se také naučila vařit, protože si myslí, že by ji to mohlo bavit a bude to také potřebovat, až bude bydlet sama.

Oblast budoucnosti – zaměstnání, bydlení, vize

Ve svém budoucím životě by nejvíce ze všeho chtěla vykonávat povolání pečovatelky, ráda by také pracovala v prádelně a v případě, že by se naučila vařit, by ji bavila také práce v kuchyni. Chtěla by především pracovat, aby nebyla závislá jen na invalidním důchodu, který pobírá.

Rozhodně už by nechtěla žít v Domově, ale ráda by se osamostatnila. Ze všeho nejráději by si pořídila vlastní byt, ale ví, že to nejde. Ráda by bydlela v bytě sama, ale vedle by chtěla mít nějakou sousedku, která by byla její kamarádkou a se kterou by se často navštěvovaly.

Jejím největším životním cílem je udělat si maturitu a úplně se osamostatnit, žít svobodný život se spoustou kamarádů.

Pod pojmem kvalitní život si dívka představí být sama sebou, žít samostatně, umět se o sebe postarat a nebýt nijak na nikom závislá.

Dle svého vlastního názoru momentálně kvalitní život nežije, ale její situace se pomalu začíná zlepšovat a dělá velké pokroky. Samu sebe za dvacet let si moc neumí představit, chtěla by však žít hlavně samostatně a se spoustou kamarádů. Jediné co by nechtěla je, se ještě někdy vrátit do Domova pro osoby se zdravotním postižením.

4.7 Doporučení do budoucna

Na základně našeho provedeného šetření bychom doporučili lepší spolupráci Domova pro osoby se zdravotním postižením ve Starém Městě s respondentkou našeho výzkumu. Jako vhodné by se nám jevila větší angažovanost zájmu pracovníků tohoto zařízení o život jejich klientky a jeho kvalitu. Klientka postrádá zájem a ocenění její snahy měnit její život směrem k větší samostatnosti, což by mohlo zapříčinit možnou budoucí ztrátu její motivace směrem k těmto změnám.

Doporučovali bychom také Domovu pro osoby se zdravotním postižením se více zajímat o studijní výsledky jejich klientky a více participovat na jejím vzdělání a celkovém rozvoji jejích vědomostí, dovedností, schopností. Větší angažovanost při řešení školních záležitostí a častější účast například na rodičovských schůzkách, či konzultace s pedagogickými pracovníky týkající se nejen současného prospěchu dívky, ale také další možnosti jejího vzdělávání.

Další možností, jak podpořit kvalitu života naší dívky je nabídka volnočasových aktivit a efektivní vyplnění jejího volného času. Jak sama uvedla, chtěla by se naučit vařit. Tato dovednost se jí bude velmi hodit také vzhledem k tomu, že ji čeká přesun do chráněného bydlení, kde se o přípravu stravy bude muset sama zasazovat. Doporučovali bychom zapojit dívku do kroužku vaření, a nebo ji více zapojovat do prací spojených s přípravou stravy přímo v Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Starém Městě, vzhledem k tomu, že se zde nachází plnohodnotně vybavená kuchyně.

Jedou z možností, jak efektivně vyplnit volný čas dívky by mohlo být zapojení do dobrovolnické činnosti. V Nemocnici Uherské Hradiště, kam mimo jiné chodí dívka na odbornou praxi v rámci svého studijního oboru, je v současné době spuštěn program pro

dobrovolné pracovníky, kteří mají možnost pravidelně, i několikrát týdně, do zařízení docházet, setkávat se s pacienty vybraných oddělení a pomáhat při jednoduchých pracích na odděleních. Vzhledem k oboru, který dívka studuje a kterému by se chtěla věnovat i ve své budoucí profesi, si myslíme, že by ji tato činnost mohla bavit a došlo by tak ke spojení příjemného s užitečným.

V nadcházejících týdnech začne navštěvovat kurzy plavání na Aquaparku v Uherském Hradišti, které si sama zařídila (vyzvedla si přihlášku, kterou sama vyplnila a odnesla ji zpět), zakoupila si předplatné do Slováckého divadla v Uherském Hradišti, které si také sama obstarala a pravidelně navštěvuje bohoslužby ve Staroměstském kostele i následná Setkávání mládeže.

Současně se připravuje na přesun do chráněného bydlení, které jí bylo nabídnuto v rámci projektu Transformace sociálních služeb v Uherském Hradišti. Přibližně v září letošního roku by se mohla přestěhovat.

4.8 Diskuse

Onemocnění schizofrenie, jak jsme již několikrát zmiňovali, je onemocněním velmi komplikovaným a bohužel v současné době nelze zcela vyléčit. Ani v dnešním vyspělém světě, plném moderních technologií, vědy i pokrokového myšlení, nebyl doposud nalezen prostředek, jak tuto zákeřnou a nevyzpytatelnou nemoc zcela vyléčit. Ve světě, kdy spolu mohou lidé komunikovat i když jsou od sebe vzdálení tisíce kilometrů, v době, kdy je každým dnem léčeno tisíce lidí, kteří trpí nejrůznějšími nemocemi, které ještě před pár lety končily jednoznačně smrtí člověka, v době, kdy člověk pomýšlí na kolonizaci vesmírných planet, se dosud nenašel nikdo, kdo by našel prostředek, který by mohl miliónům lidem trpících démonem zvaným schizofrenie. Pomocí moderní medicíny dokážou odborníci pouze zmírnit příznaky, avšak objeví-li se toto onemocnění v životě člověka, již ho neopouští.

Bohužel to však není pouze život samotného jedince, trpícím touto nemocí, který je zásadním způsobem ovlivněn. Přizpůsobit se nemocnému musí život celé rodiny a nejbližšího okolí. Je důležité, aby se nemocný nestáhl do ústraní a dále se věnoval tomu, co měl rád předtím, než nemoc propukla. Podstatná je fyzická aktivita jedince, která může výrazně ovlivnit nejen kvalitu života tohoto člověka, ale také jeho zdraví a psychiku. Člověk by se neměla stahovat do nepropustné ulity a ukrývat se před světem, ale měl by se zapojovat do činností vykonávaných spolu s ostatními.

Podpora rodiny hraje neméně důležitou úlohu v boji se schizofrenií. Jsou to především nejbližší rodinní příslušníci, kteří mohou nemocného motivovat k léčbě, kteří by mu měli pomoci hledat cestu, sílu, odvahu, a dohlížet na celou léčbu. Nemocný by vždy měl vědět, že existuje někdo, kdo ho má rád a ke komu se vždy může uchýlit. Avšak ne vždy tomu tak je. Rodina sehrála zásadní roli v životě dívky, o které pojednává naše práce. Otázkou na vždy zůstane, zda by se něco změnilo, kdyby se narodila do rodiny, kde jsou fungující vztahy nejen mezi rodiči, ale také mezi sourozenci. Změnilo by se něco, kdyby rodiče nezemřeli tak v brzkém věku? Byla by jiná, kdyby se u ní již v poměrně mladém věku nevyskytla schizofrenie? Dokázala by se s ranami osudu, které jí život přichystal lépe vyrovnat nebýt schizofrenie?

V případě této naší slečny rodina nefungovala tak, jak by bylo ideální, aby fungovala. Cesty osudu ji zavedly až do ústavní péče, kdy po dlouhé roky přežívala v naprosté apatii a letargii, bez chuti do života. Nyní to však vypadá, že objevila jakousi „druhou mízu“, znovu chuť žít. Postupně vylézá ven ze své ulity a boží zdi, které si kolem sebe vystavěla po dlouhá léta. Otvírá se před ní možnost, jak začít znovu od začátku. Nepochybně se však před ní otvírá dlouhá cesta, plná překážek, které bude muset překonat, aby dosáhla svého snu, žít samostatný život, stejně jako ostatní lidé. Jestli se jí toto snažení povede, je však otázkou budoucnosti.

Závěr

Diplomová práce je rozdělena na dvě části, na teoretickou a praktickou. V teoretické části jsme se věnovali problematice onemocnění schizofrenie, kvalitě života a kvalitě života osoby se schizofrenií. V praktické části jsme realizovali výzkum zaměřený na zjištění kvality života konkrétní osoby, již byla diagnostikována schizofrenie.

Cílem naší diplomové práce bylo zmapování kvality života konkrétní osoby s diagnózou schizofrenie. Pro zjištění kvality života jsme použili kvalitativní výzkumné metody kazuistiky a rozhovoru. Kazuistiku jsme sestavili na základě prostudování dostupných materiálů týkající se osoby, o níž práce pojednává, a rozhovoru, který jsme s dotyčnou osobou provedli. Rozhovor byl strukturován do pěti oblastí a to: rodina, partnerství, rodičovství, vzdělání, volný čas, budoucnost, zaměstnání, bydlení, vize.

Z provedeného rozhovoru jsme zjistili, že dívka již nemá žádnou svou rodinu, z původní rodiny žije pouze bratr, se kterým však udržuje pravidelný kontakt. Vztahy v její rodině nebyly nikdy idylické, což se mohlo, spolu s faktem, že si několikrát prošla ve školním prostředí šikanou, podílet na rozvoji schizofrenie. Přesto však na svou rodinu vzpomíná ráda a často.

Svou vlastní rodinu v budoucnu založit neplánuje a nepovažuje za důležité ani partnerské vztahy. Dívka v současné době nemá žádného partnera a nikdy ani neměla. Spíše než partnera by chtěla ve svém budoucím životě spoustu kamarádů, kteří by ji obklopovali a pomáhali. Netouží ani po dětech neboť se domnívá, že péče o ně je velmi náročná a sama by tuto starost nebyla schopna zvládnout.

Za momentálně nejpodstatnější část svého života považuje školu a vzdělání. Ve škole dosahuje vynikajících výsledků, což ji velmi těší a motivuje k dalšímu studiu. Největším přáním v oblasti vzdělání je získání maturitní zkoušky. Studovaný obor ji baví a chtěla by se profesi, na kterou se momentálně připravuje, věnovat i v budoucnu. Jejím přáním je především pomáhat lidem. Škola jí také výrazně pomáhá v navazování kontaktů s ostatními lidmi. Nalezla si zde kamarádku, se kterou se setkává i mimo školní vyučování.

Svůj volný čas nejraději tráví mimo zařízení, v němž žije, protože se zde, jak sama uvedla, necítí dobře. V současné době nemá žádnou efektivní náplň volného času a tak jej nejčastěji tráví vycházkami do okolí nebo blouděním po obchodních centrech. Z fyzické

aktivity dává přednost jízdě na kole a badmintonu. Chtěla by se také naučit plavat, a proto se sama přihlásila do plaveckého kurzu. Zajímá se o kulturní dění a tak si zakoupila předplatné do divadla, navštěvuje knihovnu a některé společenské akce, například karneval. Začala pravidelně chodit do kostela, kde se setkala s lidmi, kteří ji přivedli k pravidelnému Setkávání mladých křesťanů.

V budoucnu by dívka především chtěla dále pracovat na svém osamostatnění a především na rozšiřování svých přátel. Jejím největším přáním je žít svobodným, samostatným životem, odpovídající jejímu věku. Chtěla by si najít vhodné zaměstnání, nejlépe v oboru, který vystuduje a prostřednictvím této práce pomáhat lidem, kteří pomoc potřebují. O svém bydlení má také jasnou představu. Chce bydlet sama v bytě v Uherském Hradišti a na blízku mít své přátele. Je dobře orientována v tom, kolik musí mít finančních prostředků, aby tento samostatný život zvládla. O vzdálenější budoucnosti, v horizontu například dvaceti let, nemá představu a nedokáže si ji ani příliš udělat.

Sama naše respondentka si v současné době myslí, že kvalita jejího života není moc vysoká. Avšak usilovně pracuje na tom, aby se to změnilo. Pod pojmem kvalita života nebo kvalitní život, si ve vztahu ke své osobě, představuje hlavně být sama sebou a nebýt na nikom a na ničem závislá.

Aby člověk prožil kvalitní život, tedy takový, se kterým by byl sám spokojen, je snahou každého z nás. Schizofrenie je však onemocnění, které osobě, již byla diagnostikována, tyto snahy výrazně komplikuje. Avšak i s touto složitou nemocí se dá žít život, který za kvalitní považovat lze.

Literatura

- GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing, ISBN. 978-80-247-3625-9.
- CHRÁSKA, M., 1998. *Základy výzkumu v pedagogice*. Vyd. 2 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN. 80-7067-798-8.
- CHRÁSKA, M, 2006. *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Vyd. 2 Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN. 80-244-1367-1.
- JESENSKÝ J., 2000. *Andragogika a gerontagogikahandicapovaných*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, ISBN. 80-7184-823-9.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2008. *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, ISBN. 978-80-7367-407-6
- KUČEROVÁ, H. 2010. *Schizofrenie v kazuistikách*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing, ISBN. 978-80-247-2045-6.
- LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2012. *Pohledy na kvalitu života osob se senzorickým postižením*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN. 978-80-244-3286-1.
- MAREŠ, J. a kol. 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Vyd. 1. Brno: MSD, ISBN. 80-86633-65-9.
- MAREŠ, J. a kol. 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Vyd. 1. Brno: MSD, ISBN. 978-80-7392-008-1
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, ISBN. 80-7178-549-0.
- MICHALÍK, J. 2013. *Rodina pečující o člena se zdravotním postižením: Kvalita života*. Vyd. 1. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN. 978-80-244-3643-2.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: GradaPublishing a.s., ISBN. 80-247-1362-4.
- MUSILOVÁ, M. 2003. *Případová studie jako součást pedagogické praxe*. Vyd. 2. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, ISBN. 80-244-0749-3.
- PRAŠKO, J. 2005. *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách: příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Vyd. 1. Praha: Medical Tribune Group, ISBN. 80-239-5482-2

ŘÍČAN, P. a KREJČÍŘOVÁ, D.1997. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3. Praha: GradaPublishing, ISBN. 80-7169-512-2

SVOBODA, M., ČEŠKOVÁ, E., KUČEROVÁ, H. 2006. *Psychopatologie a psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Portál, ISBN. 80-7367-154-9.

ŠVARCOVÁ, I.2011.*Mentální retardace:vzdělávání, výchova, sociální péče*. 4. přepracované vydání.Praha : Portál, ISBN 987-80-7367-889-0.

ŠVAŘÍČEK, R. a ŠEĐOVÁ.K.2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd.1. Praha: Portál, ISBN. 978-80-7367-313-0.

VACEK, J. 1996.*O nemocech duše: Kapitoly z psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Mladá fronta, ISBN. 80-204-0535-6.

VAĐUROVÁ, H., MÜHLACHR, P. 2005. *Kvalita života - Teoretická a metodologická východiska*. Brno: PDF - MU, ISBN. 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, ISBN. 978-80-262-0225-7.

ZVOLSKÝ, P. 2001. *Speciální psychiatrie*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, ISBN. 80-7184 -203-6

Internetové zdroje

BEGUIVINOVÁ, L. *Proč, jak, kde zaměstnávat lidi s duševní nemocí*. [online]. 2014[cit. 2014 - 18-04] Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/zamestnavani-osob-se-zdravotnim-postizenim>

BRICHFORD, C. *Schizophrenia and Relationships* [online]. 2014[cit. 2014 - 28-02] Dostupné z: <http://www.everydayhealth.com/schizophrenia/schizophrenia-and-relationships.aspx>

COYLE,K.,SHANK, J. *Recreational and LeisureActivities* [online]. 2014[cit. 2014 - 11-02] Dostupné z: http://tucollaborative.org/comm_inclusion/recreational_leisure.html

DAVID, B. *HealthGuide*[online]. 2013[cit. 2013-10-28]. Dostupné z: <http://www.nytimes.com/health/guides/disease/schizophrenia/treatment.html>

GALUPPI, A.;TUROLA, M.C.; NANNI, M.G.;AZZONI,P., GRASSI, L. *Schizophrenia and qualityoflife: howimportant are symptoms and functioning?* [online]. 2014[cit. 2014 - 8-02]. Dostupné z: <http://www.ijmhs.com/content/4/1/31>

Green Dors [online]. 2014 [cit.2014–18-04]. Dostupné z: <http://www.greendoors.cz/zamestnavani-osob-se-zdravotnim-postizenim>

HARRISON, C. *LivingWithSchizophrenia*[online]. 2014[cit. 2014 - 8-02] Dostupné z: http://schizophrenia.about.com/od/livingwithschizophrenia/a/LivIndependence_2.htm

KOPELOWICZ, A.; LIBERMAN, R.P.; ZARATE, R. *Recent Advances in Social Skills Training for Schizophrenia*[online]. 2014[cit. 2014 - 13-02] Dostupné z: http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/32/suppl_1/S12.full

MAGDOVÁ, P. *Kvalita života rodiny so schizofrenikom*. [online]. 2014[cit. 2014 - 8-02]. Dostupné z: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Slancova2/pdf_doc/magdova.pdf

MARKOVÁ, M. *Kvalita života osob s diagnózou schizofrenie*. [online]. 2014[cit. 2014 - 18-04]. Dostupné z: https://dspace.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/21190/markova_2013_bp.pdf?sequence=1

Mezinárodní klasifikace nemocí 10. Revize [online]. 2013 [cit. 2013-10-28]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf

Measuring Quality of Life in Schizophrenia[online]. 2014[cit. 2014 - 8-02]. Dostupné z: http://www.medscape.com/viewarticle/430847_3

ROGER, W.; HARMS, M.D. *Diseases and Conditions Schizophrenia*[online]. 2013[cit. 2013-10-28]. Dostupné z: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/schizophrenia/basics/tests-diagnosis/con-20021077>

SARAO, C. *Exercise & Schizophrenia*[online]. 2014[cit. 2014 - 11-02] Dostupné z: <http://www.livestrong.com/article/417782-exercise-schizophrenia/>

SEEMAN, D. *Women With Schizophrenia as Parents*[online]. 2014[cit. 2014 - 13-02] Dostupné z: <http://primarypsychiatry.com/women-with-schizophrenia-as-parents/>

Schizophrenia Symptoms[online]. 2013[cit. 2013-10-28]. Dostupné z:

<http://www.schizophrenia.com/diag.php#diagnosis>

SMITH, M.; SEGAL, J. *Helping a Person with Schizophrenia*[online]. 2014[cit. 2014 - 8-02] Dostupné z: http://www.helpguide.org/mental/schizophrenia_helping_family_member.htm

Sociální služby Uherské Hradiště [online]. 2014[cit. 2013-3-20]. Dostupné z:

<http://www.ouss-uh.cz/dzp/dzp-stare-mesto/zakladni-informace>

Sociální služby Uherské Hradiště [online]. 2014[cit. 2013-3-20]. Dostupné z:

<http://www.ouss-uh.cz/dzp/dzp-stare-mesto/cilova-skupina>

Sociální služby Uherské Hradiště [online]. 2014[cit. 2013-3-20]. Dostupné z: <http://www.ouss-uh.cz/dzp/dzp-stare-mesto/poskytovane-sluzby>

VORUGANTI, L.P. *Medications and Quality of Life With Schizophrenia* [online]. 2014[cit. 2014-8-02].

Dostupné z: <http://www.psychiatrictimes.com/articles/medications-and-quality-life-schizophrenia>

World Health Organization [online]. 2013[cit. 2013-10-28]. Dostupné z: (<http://www.mentalhealth.com/icd/p22-ps01.html>)

Seznam zkratk

Např.	například
Atd.	a tak dále
MKN 10	mezinárodní klasifikace nemocí, desátá revize
IQ	inteligenční kvocient
CT	Computer Tomography, počítačová tomografie
MR	Magnetická rezonance
IPDE	International Personality Disorder Examination
USA	United States of America
WHO	World Health Organization
HRQL	Health Related Quality of Life
o.p.s.	Obecně prospěšná společnost

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Alena Mazůrková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Lucia Pastieriková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Kvalita života osoby se schizofrenií
Název v angličtině:	The life quality of a person with schizophrenia
Anotace práce:	Tématem práce je kvalita života konkrétní osoby, již byla diagnostikována schizofrenie. Cílem práce je zjistit kvalitu života v oblastech: rodina a rodinné vztahy, partnerství, rodičovství, vzdělání, volný čas, budoucnost, zaměstnání, bydlení, vize. Práce je rozdělena na teoretickou část, která popisuje v jednotlivých kapitolách schizofrenii, kvalitu života a kvalitu života osoby se schizofrenií. Praktická část zahrnuje výzkum kvality života. Výzkumnými metodami jsou rozhovor a kazuistika.
Klíčová slova:	Schizofrenie, kvalita života, osoba se schizofrenií
Anotace v angličtině:	The topic of the thesis is a life quality of a factual person, who has been diagnosed with schizophrenia. The main goal of the thesis is to find out the life quality in some areas: in a family and family relationships, partnerships, parentships, education, leisure time, future, employment, living, visions. The thesis is divided into theoretical part where a schizophrenia, lifequality and lifequality of a person with schizophrenia is described in particular chapters. The practical part involves the life quality research. The interview and casuistry are explorational methods.
Klíčová slova v angličtině:	Schizophrenia, life quality, person with schizophrenia
Přílohy vázané v práci:	bez příloh
Rozsah práce:	81 stran
Jazyk práce:	Jazyk český