



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Kvalita života osob se schizofrenií

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **SOCIÁLNÍ PRÁCE**

Autor: Natálie Langerová

Vedoucí práce: Mgr. Jana Stejskalová, Ph.D.

České Budějovice 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou/diplomovou práci s názvem **Kvalita života osob se schizofrenií** jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 29.4.2024

.....

Natálie Langerová

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Janě Stejskalové, Ph.D., za odborné vedení mé práce, ochotu, trpělivost a za cenné rady, které mi pomohly bakalářskou práci zkompletovat. Mé poděkování patří též sociálním pracovnícům z Fokusu za spolupráci při získávání údajů pro výzkumnou část a též respondentů, kteří souhlasili s poskytnutím informací.

Kvalita života osob se schizofrenií

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá tématem schizofrenie a jaká je kvalita života těchto osob. Bakalářská byla rozdělena na dvě části na teoretickou a praktickou část. V teoretické části byla představena definice schizofrenie, typy schizofrenie, průběh, výskyt a také je zde zmíněná i deprese u schizofrenie. Jsou zde zmíněny nejrůznější faktory, které ovlivňují kvalitu života těchto osob. Také jsem popsala sociální služby.

V praktické části bylo pomocí kvantitativního výzkumu doplněného polostrukturovaným rozhovorem zjišťováno, jaká je kvalita života osob se schizofrenií. Výzkum byl realizován pomocí dotazníku SEIQoL a polostrukturovaného rozhovoru. Z výzkumu vyplynuly následující cíle: rodina, přátelé, práce, záliby, finance, zdraví a víra.

Klíčová slova

Schizofrenie; kvalita života; sociální služby; role sociálního pracovníka

Quality of Life of People with Schizophrenia

Abstract

The bachelor's thesis deals with the topic of schizophrenia and what is the quality of life of these people. The bachelor's course was divided into two parts, a theoretical and a practical part. In the theoretical part, the definition of schizophrenia, types of schizophrenia, course, occurrence and depression in schizophrenia were also mentioned. Various factors that influence the quality of life of these persons are mentioned here. I also described social services.

In the practical part, the quality of life of people with schizophrenia was determined using quantitative research supplemented by a semi-structured interview. The research was carried out using the SEIQoL questionnaire and a semi-structured interview. The following goals emerged from the research: family, friends, work, hobbies, finances, health and faith.

Key words

Schizophrenia; quality of life; social services; the role of a social worker

Obsah

Úvod.....	8
1 Schizofrenie	9
1.1 Definice	9
1.2 Historie	10
1.3 Etiologie	11
1.4 Symptomy	16
1.5 Pozitivní a negativní příznaky.....	18
1.6 Typy Schizofrenie	22
1.7 Průběh.....	25
1.8 Výskyt	26
1.9 Deprese u schizofrenie	26
1.10 Léčba.....	27
1.10.1 Psychofarmaka.....	27
1.10.2 Psychoterapie	28
2 Kvalita života	33
2.1 Kvalita života obecně.....	33
2.2 Metody a nástroje pro měření kvality života, modely hodnocení kvality života	
	34

2.3	<i>Kvalita života osob se schizofrenií</i>	35
2.4	<i>Sociální služby pro osoby se schizofrenií</i>	38
2.5	Role sociálního pracovníka.....	40
3	Cíl práce.....	42
4	Metodika.....	43
4.1	<i>Použité metody a techniky výzkumu</i>	43
4.2	<i>Etika výzkumu</i>	44
4.3	Metody a techniky sběru dat.....	45
4.4	<i>Charakteristika výzkumného souboru</i>	46
4.5	<i>Jak respondenti vnímají kvalitu života</i>	48
4.6	Analýza rozhovorů.....	50
5	Diskuze.....	54
6	Závěr.....	57
7	Seznam použitých zdrojů.....	58
8	Seznam příloh.....	62
9	Použité zkratky.....	66

Úvod

„Schizofrenie není krátkodobí problém, ale dlouhodobý životní úkol.“

(Viktor E. Frankl)

Schizofrenie je vážné duševní a rozšířené psychiatrické onemocnění, které ovlivňuje nejen jednotlivce, ale také celé jejich okolí. Jedná se o poruchy duševního zdraví, která se projevuje různými symptomy, včetně halucinací, bludných představ a narušeného myšlení. Toto onemocnění výrazně ovlivňuje každodenní život postižených osob, a to jak ve sféře sociální, pracovní, tak i osobní.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala z důvodu, že i v této době často média označují osoby se schizofrenií jako nebezpečné lidi, ve většině případů jsou zejména nebezpečný sami sobě. Často se tato diagnóza zaměňuje za jiné, a zároveň existuje spousta dalších mýtů. V práci jsem se zaměřila na nejdůležitější informace, které se týkají tohoto onemocnění. Je třeba si uvědomit, že tato nemoc může vzniknout u kohokoliv, a že člověk zažívá opravdu těžké chvíle.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je představena definice schizofrenie a sní i spjatá historie, dále je popsána etiologie, symptomy, jsou zde vysvětleny různé typy schizofrenie, průběh výskyt a je zde zmíněná i deprese u schizofrenie. Dále se zabývám léčbou farmakoterapií a psychofarmaky, jsou zde popsány různé terapie. Jsou zde zmíněny nejrůznější faktory, které ovlivňují kvalitu života těchto osob. Také jsem popsala sociální služby, které mohou osoby se schizofrenií navštěvovat a mohou jim zlepšit jejich stav. Na závěr jsem popsala, jaká je práce sociálního pracovníka s osobami s duševním onemocněním.

V praktické části bylo pomocí kvantitativního výzkumu doplněného polostrukturovaným rozhovorem zjišťováno, jaká je kvalita života osob se schizofrenií. Výzkum byl vytvořen pomocí dotazníku SEIQoL a polostrukturovaného rozhovoru.

Výsledky z mého šetření jsou uvedeny v závěru bakalářské práce.

1 Schizofrenie

1.1 Definice

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních chorob (Češková, 2007). Termín schizofrenie je odvozen z řeckého jazyka, kde „*schizo*“ znamená štěpit se a „*phren*“ znamená rozum a myšlení (Praško, c2005). Schizofrenie se projevuje řadou více či méně specifických příznaků (Bankovská & Španiel, 2013). Aby byla diagnostikována schizofrenie, musí být její příznaky jasně vyjádřeny po dobu nejméně jednoho měsíce. Obvykle nedochází k poškození vědomí nebo intelektuálních schopností. Typickými příznaky schizofrenie jsou: poruchy vnímání, poruchy myšlení, poruchy emocí, poruchy chování. Příznaky lze často rozdělit na pozitivní – nadměrná nebo narušená funkce a negativní – oslabená nebo ztracená funkce. Negativní příznaky jsou obvykle obtížně léčitelné (Orel, 2020).

Pro stanovení diagnózy musí být přítomen jeden z následujících příznaků a musí trvat alespoň jeden měsíc: slyšení vlastních myšlenek, a intrapsychické halucinace, bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, případné prožitky pasivity, slyšení hlasů komentujících pacientovy myšlenky a chování. Pokud není přítomen žádný z předchozích příznaků, musí být přítomny dva z následujících příznaků: dlouhodobé halucinace, formální poruchy myšlení, katatonní příznaky, negativní symptomy, výrazné změny v chování. Kromě negativních příznaků hovoříme i o příznacích pozitivních, jako jsou halucinace, bludy, formální poruchy myšlení, nezvyklost v chování (Pavlovský, 2009).

Schizofrenie patří do velkého šuplíku duševních poruch zvaných psychózy (Jarolínek, 2021). Psychóza je chápána jako „závažné duševní onemocnění, při kterém je obvykle ztracen kontakt jedince s realitou, vnímání, prožívání, emoce a vůle jsou silně zkreslené a chybí perspektiva nemoci“ (Preiss & Přikrylová Kučerová, 2006). Poučné je srovnání psychózy se skupinou duševních poruch zvaných neurózy. Mezi nimi jsou značné rozdíly. Lidé s neurózou trpí stejnou úzkostí, strachem a depresí jako lidé se schizofrenií, ale tyto potíže jim umožňují zcela normální fungování v běžném životě. V případě schizofrenika jsou jeho obtíže tak intenzivní a hluboké, že zcela prostupují a velmi ovlivňují jeho život. Pro takové lidi je pak velmi těžké rozhodnout, co je pravda a co ne. Je to trochu jako snění v bdělém stavu. Říká se, že neurotici si prý celý život staví vzdušné zámky, kdežto schizofrenici v nich žijí (Jarolínek, 2021). Schizofrenie je v současnosti

považována za heterogenní klinický syndrom charakterizovaný chronickými nebo recidivujícími psychotickými symptomy, které vedou k narušení sociálního a pracovního fungování, toto onemocnění může dočasně a v mnoha případech trvale narušit schopnost pacienta ovládat svůj život (Bartůšková, 2021). Brání pacientům jednat s jasným cílem. Pacienti se odcizují svému okolí, vzdalují se realitě a vytvářejí si vlastní „imaginární svět“. Schizofrenie prostupuje celou osobností pacienta, ovlivňuje jeho myšlení, pocity a chování. Kvalita lidského života je snížena a pacient není schopen dlouhodobě žít plnohodnotný život a uspokojivě plnit životní role (Preiss & Příkrylová Kučerová, 2006).

Přibližně 25 % ročně přijatých pacientů na psychiatrii 50 % hospitalizovaných pacientů na psychiatrii má tuto diagnózu. Onemocnění bývá chronické, často vede k trvalé invaliditě a je jednou z deseti hlavních příčin všech invalidit na světě (Češková, 2007). Obecně platí, že všichni pacienti podstoupí vyšetření mozku nebo EEG v první fázi onemocnění. Ale to jsou pomocné metody zaměřené na vyloučení jiné patologie. Neexistuje žádná laboratorní metoda k prokázání schizofrenie (Bankovská & Španiel, 2013).

Schizofrenie je klasifikována jako chronické multifaktoriální onemocnění podobné cukrovce, hypertenzi, bipolární poruše či velké depresivní poruše. To jsou nemoci, které jsou nyní hlavní příčinou nemocnosti a úmrtnosti. Je prokázáno, že léčba těchto onemocnění je účinnější, když lékař a pacient vzájemně spolupracují. V případě schizofrenních onemocnění nejde jen o spolupráce pacienta a lékaře, ale důležitým partnerem při léčbě jsou i příbuzní pacienta (Bankovská Motlová, 2012). Tento termín je však často nesprávně chápán, zejména širokou veřejností, jako je „rozštěpení osobnosti“, jako by existovaly dvě nebo více různých osobností současně. Podstata schizofrenní zkušenosti je však mnohem složitější, a proto termín rozdvojená osobnost není zcela správný (Praško, c2005).

1.2 Historie

Tato duševní nemoc pravděpodobně existovala již dávno a její příznaky vyvolaly ve společnosti velmi bouřlivé reakce. Její první popis nalezený v 3400 let starém ájurvédském fragmentu, popisuje podivné projevy, které by se daly považovat za symptomy schizofrenie - „stav vyvolaný d'áblem charakterizovaný obžerstvím, chlípností, svlékáním do naha, amnézií a abnormálním způsobem pohybu“. Přesnější definice nemoci a její název však pochází až z mnohem pozdější doby, z počátku

minulého století (Vágnerová, 2008). Popisy klinických obrazů schizofrenie byly v literatuře navrhovány již od starověku, terminologie a diagnózu jsou spojeny se jmény: P. Pinela, E. Kraepelina, E. Bleulera a K. Schneidera (Bartůšková, 2021).

Z lékařského hlediska si tohoto jevu poprvé všiml dr. Kraepelin v roce 1896 a dal této nemoci termín „*dementia praecox*“, protože byl přesvědčen, že jde o nezvratné změkčení mozku (Jarolímek, 2021). Důvodem tohoto závěru byl brzký nástup onemocnění v adolescenci nebo mladé dospělosti, postupné zhoršování kognitivních funkcí a zhoršení osobnosti pacienta do té míry, že lze hovořit o demenci (Vágnerová, 2008).

Švýcarský profesor dr. Eugen Bleuler v roce 1911 poprvé použil slovo „schizofrenie“ jako lékařskou diagnózu (Jarolímek, 2021). Pro diagnostiku schizofrenie definoval tzv. základní a doplňkové příznaky „*Bleulerova čtyři A*“, asociační porucha, porucha myšlení, porucha nálady, ambivalence, autismus. Schizofrenii považoval za skupinu různých onemocnění s podobným klinickým obrazem. V roce 1957 Schneider definoval tzv. symptomy I. a II. řádu a popsal tři typy schizofrenie – paranoidní, simplexní a katatonní. V roce 1980 Crow navrhl klasifikovat schizofrenní příznaky jako typ I nebo typ II podle přítomnosti pozitivních nebo negativních symptomů (Bartůšková, 2021).

1.3 Etiologie

Přesná etiologie schizofrenie je bohužel stále neznámá. Byly zkoumány různé rizikové faktory pro rozvoj schizofrenie, od genetických a pre-, peri- a postnatálních vlivů včetně infekcí, podvýživy, zneužívání drog přes morfologické a biochemické abnormality až po psychologické, sociální a duchovní faktory (Bartůšková, 2021). Pokud chcete stručně charakterizovat příčiny poruch duševního zdraví, asi by se hodil termín komplexní, různorodý, mnohostranný či komplikovaný. Navíc u mnoho duševních poruch jsou stále velkou neznámou (Orel, 2020). Obecně se předpokládá, že duševní poruchy jsou způsobeny souhrou mezi genetickými, enviromentálními a epigenetickými faktory (Hosák, at al., 2022).

Etiologicky se jedná o multifaktoriální onemocnění, u něhož je rozhodující interakce genetiky a prostředí, jakmile se nemoc rozvine (Bankovská Motlová, 2012). Schizofrenie se v podstatě může objevit v souvislosti s jakoukoli stresovou situací, například odloučením od rodiny, úmrtím v rodině, přesčasy, přestěhováním se do zahraničí atd. Schizofrenii může vyvolat marihuana, amfetaminy, halucinogeny a další drogy (Praško,

& Látalová, 2013) Disintegrace sociální sítě, životní nejistota z důvodu dlouhodobé invalidity, nedostatek vhodných pracovních příležitostí a bezdomovectví jsou jen některé z dalších nepříznivých zkušeností (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Mnoho z těchto rizikových faktorů může působit velmi brzy v perinatálním období a vést k narušení vývoje mozku, který zvyšuje zranitelnost vůči stresu. Předpokládá se, že vnější faktory souvisejí s genetickými faktory a interagují s nimi, což pak může vést k rozvoji klinicky manifestního psychotického onemocnění. U schizofrenie je pozorována řada strukturálních a do určité míry odpovídajících funkčních abnormalit. Pomocí magnetické rezonance zjišťujeme zmenšení objemu u některých mozkových struktur, popsán byl i pokles bílé hmoty mozkové.

Obecně se předpokládá, že základní nemocí schizofrenie je porucha procesu zpracování informací. (Češková, 2007). Nepříznivé stavy jsou často zjišťovány během života jedince v původní rodině – negativní vlivy již během těhotenství matky, porodní problémy nebo dysfunkce rodiny (Praško & Látalová, 2013). Několik specifických faktorů během těhotenství a porodu, zejména preeklampsie, vakuové sání, fetální hypoxie a anoxie, bylo spojeno se zvýšeným rizikem schizofrenie (Bankovská & Španiel, 2013). Při porodu se často objevují biologické komplikace, zejména přidušení plodu pupeční šňůrou (Jarolímek, 2021). Zdá se, že důležitým faktorem je také porodní hypoxie, nedostatečné okysličení plodu, vyskytující se asi u 20 až 30 % lidí se schizofrenií ve srovnání s 5 až 10 procenty v běžné populaci (Ocisková & Praško, 2015). Jiné studie se zaměřily na kojení. Mateřské mléko je důležité pro vyvíjející se mozek. Ty, které byly v dětství kojeny, měly 2-3x nižší riziko rozvoje schizofrenie než ty, které kojeny nebyly (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Dalším velmi zajímavým rizikovým faktorem je věk otce. Čím je otec v době početí starší, tím je větší riziko, že se u potomka onemocnění rozvine. Zdá se, že zde hraje roli vyšší počet de novo mutací u starších dospělých zploditelů (Bankovská & Španiel, 2013) Pokročilý věk u otce je v poslední době v literatuře více podporován jako rizikový faktor pro rozvoj schizofrenie. Několik populačních studií v mnoha zemích podpořilo souvislost mezi vyšším věkem otce a schizofrenií. Jedna studie ukázala, že relativní riziko rozvoje schizofrenie trvale rostlo v každé 5leté skupině otcovského věku. Pokročilý věk matek se nezdál být rizikovým faktorem. Současný populační kohortový výzkum naznačuje, že tento trend byl pozorován pouze u jedinců bez rodinné anamnézy schizofrenie, což může naznačovat možnost spontánních mutací spermií (Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia, 2012).

Negativní je dvojitá vazba, což je komunikační situace, kdy matka dítěte sděluje dvě protichůdné informace, např. laská dítě po hlavě, ale zároveň nadává: říká, že ho má ráda, ale říká to apaticky (Praško & Látalová, 2013). Koncept „schizofrenních matek“ pochází z 50.let 20.století, jeho podstatou je, že škodlivé vzorce interakce mezi matkou a dítětem mohou zvýšit pravděpodobnost, že bude dítěti později diagnostikována schizofrenie. Za nejškodlivější je považováno přehnaně protektivní a panovačné chování matky. Na počátku 60.let byl tento koncept zpochybněn. Následný výzkum skutečně ukázal, že neobvyklé chování mezi osobou s diagnostikovanou schizofrenií a její rodinou není příčinou onemocnění, ale může ovlivnit průběh onemocnění a frekvenci recidiv (Thornicroft, c2011). Později vstupují do hry psychosociální faktory. Za nejdůležitější období se považuje pět let. Co se týče nástupu schizofrenní poruchy, je to především mezi druhým a třetím rokem. Během této doby se formují základní funkce mozku a jakýkoli psychosociální stres může mít významný negativní dopad. V pozdějších letech, kdy je mozek ještě organizován, vedou možné psychosociální stresory k mírnějším psychickým poruchám, jako jsou hraniční poruchy osobnosti, psychosomatické, narcistické a neurotické potíže. Nejčastějšími psychosociálními stresory jsou stabilita nebo nestabilita vztahů v primární rodině, nepřítomnost jednoho z rodičů, dramatické změny v prostředí, v němž jedinec vyrůstal, například přestěhování do jiného města, a ekonomická a sociální nestabilita. Mezi následné stresory patří zlomové situace, jako je nástup do jeslí, mateřské a základní školy nebo jiné skupiny (Jarolímek, 2021).

Výzkumy ukazují, že v případě schizofrenie je datum narození o 5-8 % častěji v zimě a na jaře (Bankovská & Španiel, 2013). Bylo také zjištěno, že podíl pacientů se schizofrenií narozených v tomto období se zvyšuje po vypuknutí virových onemocnění, jako jsou chřipka, spalničky a plané neštovice (Ocisková & Praško, 2015). Na severní polokouli se lidé se schizofrenií většinou rodí mezi lednem a březnem (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Celoživotní riziko nejčastější psychotické-poruchy, schizofrenie, je vyšší u mužů než u žen, ale nebyly zjištěny významné genderové rozdíly v prevalenci psychotických poruch ve stáří (Cohen & Meesters, 2019). Mužské pohlaví se zdá být rizikovým faktorem pro závažnější, a tudíž snáze rozpoznatelnou formu schizofrenie (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Ačkoli je nástup onemocnění u žen opožděný, několik studií zjistilo, že ženy mají vyšší pravděpodobnost onemocnění než muži. Dalším ukazatelem je riziko onemocnění, tedy podíl lidí v populaci, kteří mohou v určité věkové skupině očekávat diagnózu schizofrenie (Preiss & Příkrylová Kučerová, 2006). U žen se

uvádí, že propuknutí schizofrenie je v pozdějším věku. Jedna studie zjistila prevalenci schizofrenie u starších dospělých dvakrát vyšší u žen než u mužů. To může částečně odrážet vyšší pravděpodobnost přežití do vysokého věku u žen s časným nástupem schizofrenie, ale zdá se, že starší ženy mají také vyšší výskyt psychóz než starší muži (Cohen & Messters, 2019).

U pacientů, kteří byli v dětství adoptovaní a pochází z negativní rodinného prostředí byla mnohonásobně vyšší pravděpodobnost, že se tito jedince rodí v zimních měsících, než u pacientů pocházejících z pozitivního rodinného prostředí a kontrolní případy v obecné populaci. Na druhou stranu se pacienti s pozitivní rodinnou anamnézou rodili častěji v mírnějším podnebí, zejména na jaře a na podzim. Zimní datum je častější u osob s negativní rodinnou anamnézou, což naznačuje, že se na ní mohou podílet dosud neznámé sezónní vlivy (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Genetické studie rodin, dvojčat a adoptovaných dětí ukázaly, že genetické faktory hrají důležitou roli u schizofrenie (Češková, 2007).

Je všeobecně známo, že mnohé vlastnosti, osobnostní rysy, vzhled, nadání a různé nemoci jsou dědičné. Pokud někdo v rodině trpí schizofrenií, je pravděpodobné, že se u příbuzných tato nemoc také rozvine. Je dokázáno, že pokud jeden rodič trpí schizofrenií, je asi 10 % šance, že se rozvine i u jeho dítěte. Pokud jsou oba rodiče nemocní, riziko schizofrenie jejich dítěte stoupá na 30-40 %. Celkově se zdá. Že schizofrenie je onemocnění, u kterého je asi 70 % výskytu pod kontrolou genetiky. Dědičnost je však složitá. Na vzniku onemocnění se podílí několik genů, které se musí v člověku spojit, aby nemoc propukla. Některé z těchto genů samy svým nositelům nedělají nic špatného. Mohou se předávat v rodinách z generace na generaci, aniž by se u někoho projevila schizofrenie. Případně se mohou u svého nositele projevit jednoduše jako zvláštní, často excentrická osobnost. Jinými slovy lze říci, že predispozice ke schizofrenii je do jisté míry dědičná, ale schizofrenie jako nemoc nikoli (Praško, c2005).

Lidé narození v městských oblastech mají asi dvojnásobné riziko rozvoje schizofrenie. Čím vyšší je hustota a populace, tím je vyšší riziko schizofrenie. Schizofrenie je obvykle spojována s nízkým sociálním postavením a nízkým dosaženým vzděláním, ale vyskytuje se i mezi vysoce vzdělanými, kreativními lidmi a lidmi z vyšších vrstev. Následovaly studie, které replikovaly spojení schizofrenie s městským životem a nízkým socioekonomickým statusem. Vyšší výskyt schizofrenie byl vyšší v nižších sociálních

vrstvách. Schizofrenie se vyskytovala častěji ve vyšších třídách než v nižších, zejména u dívek, prvorozenými dětmi, dětmi matek mladších 30 let a obyvateli měst. Přestože se sociální třída nezdá být významným rizikovým faktorem pro schizofrenii, má určitý vliv na věk, kdy léčba začíná. Sociální nerovnost je tedy zvláštním rizikovým faktorem schizofrenie v dospělosti a opět poukazuje na významný vliv prostředí (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Četnost a prevalence imigrantů je vyšší. Zdá se, že stres a potíže s adaptací na novou kulturu ovlivňuje vývoj zranitelných lidí (Češková, 2007). Vysokou prevalenci schizofrenie v subarktickém severním Švédsku lze vysvětlit vysokým sdílením genů v geneticky izolované populaci dvou známých předků. Vyšší prevalenci schizofrenie v chorvatské Istrii lze zase vysvětlit negativní selekcí v populaci s vysokou mírou migrace. Zdraví lidé z Istrie se většinou přistěhovali do Spojených států nebo jiných zaoceánských zemí (Preiss & Přikrylová Kučerová, 2006)

U schizofrenních pacientů je vysoká prevalence návykových poruch. Nikotin je jednoznačně nejčastěji užívanou drogou mezi lidmi se schizofrenií. Frekvence užívání se pohybuje mezi 70-90 % ve srovnání s 26 % v běžné populaci. Před léčbou bylo již kuřáky s první epizodou zhruba 77 % pacientů. Zneužívání alkoholu se vyskytuje třikrát častěji u lidí se schizofrenií než u lidí bez duševních poruch. 20-60 % lidí se schizofrenií zneužívá alkohol. Závislost na alkoholu byla významně spojena s mužským pohlavím a větší paranoiditou. Užívání nelegálních drog, jako je marihuana, amfetaminy, kokain a vzácné opiáty, halucinogeny, je častější u lidí se schizofrenií než u běžné populace a u pacientů s jinými psychiatrickými onemocněním (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Bylo zjištěno, že nejnebezpečnějším faktorem pro vznik a průběh schizofrenie je kouření marihuany neboli konopí. Za posledních deset až patnáct let se samotné kouření marihuany stalo nebezpečnější drogou než pervitin (Jarolímek, 2021). Dnes se odhaduje. Že užívání marihuany způsobuje asi 8 až 14 % případů schizofrenie mezi mladými lidmi (Bankovská & Španiel, 2013).

Další návykovou látkou, se kterou se u našich psychotických pacientů setkáváme nejčastěji, je metamfetamin. Tato původně typická česká droga může u takového člověka spustit takzvanou toxickou psychózu nebo spustit neaktivní schizofrenní proces. Typickým projevem toxické psychózy jsou „stíhy“ neboli pocit pronásledování, přičemž tyto psychotické příznaky obvykle vymizí do pár dnů po odvykání závislého (Jarolímek, 2021). Užívání drog je vážným a častým problémem schizofrenie: u 50 % pacientů je v současnosti diagnostikováno škodlivé užívání nebo závislost (Bankovská & Španiel,

2013). Schizofrenie, stejně jako schizofrenie s pozdním nástupem, je spojována se zvýšeným rizikem demence. Tato asociace bude pravděpodobně multifaktoriální. Mezi možné příčiny patří vyšší výskyt cerebrovaskulárních onemocnění a zneužívání návykových látek ve srovnání s běžnou populací (Cohen & Meesters, 2019). Zdá se, že schizofrenie vyžaduje dva momenty: zaprvé určitou zranitelnost a pak spouštěč, který tuto tendenci aktivuje (Praško & Látalová, 2013). Podle současné definice schizofrenie se jedná o multifaktoriální poruchu, takzvaně na jejím vzniku se podílejí biologické, sociální a psychologické faktory, což je nepochybně všeobecně platná pravda. Pro někoho jsou skutečně nejdůležitější biologické faktory, u jiného jasně dominují faktory jiné. Výrazná kombinace různých důležitých faktorů přirozeně ovlivní výskyt, vývoj a prognózu jednotlivého onemocnění a samozřejmě i jeho vhodnou léčbu (Jarolímek, 2021).

1.4 Symptomy

Schizofrenie se projevuje jako řada více či méně specifických příznaků (Bankovská & Španiel, 2013). Nejčastějšími příznaky jsou bludy, halucinace, dezorganizované myšlení, řeč a chování, emoční, motorické a kognitivní poruchy. Tyto příznaky se objevují v pozdní adolescenci a rané dospělosti (Bankovská Motlová, 2012).

Více či méně specifické příznaky schizofrenie lze rozdělit do čtyř skupin: psychotické příznaky (pozitivní příznaky), poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením (negativní příznaky), poruchy kognitivních funkcí, zejména paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (kognitivní příznaky) a depresivní příznaky nebo mánie (afektivní příznaky). Klinický obraz s nespecifickými příznaky. Jako poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkost a nervozita. U schizofrenie myšlenky někdy vycházejí nahlas. Člověk má pocit, že někdo ovlivňuje jeho myšlení tím, že mu vkládá myšlenky do hlavy. Nepříjemné je i odmítání myšlenek, mají pocit, že se jejich mysl stává jako otevřená kniha, že si kdokoli může přečíst, na co myslí, nebo jim myšlenky vzít, a že jejich soukromí je zcela ztraceno. Dalším projevem akutní psychózy je dezorganizovaná řeč a chování. Zmatené chování a hovoření nesmyslů jsou výsledkem formální poruchy myšlení. Řeč lidí se schizofrenií může být v mnoha oblastech zmatená. Chaotické chování se projevuje zanedbáváním péče o vzhled, včetně viditelnosti v oblečení, například nošením podprsenky na hlavě nebo zimní bundy v parném létě. Nemocný nepřijímá potravu, neboť si jí nedokáže obstarat, bloudí, neudrhuje pořádek kolem sebe ani rozvrh dne. U schizofrenie

se mohou objevit poruchy pohybu. Může se zvýšit motorická aktivita, pacient je bezcílně neklidný nebo rozrušený nebo se vůbec nehýbe (Bankovská & Španiel, 2013).

Motorické úkoly jsou neefektivní, provádějí je pomaleji, jsou přerušované a pacienti mají sníženou schopnost učít se z chyb a napravovat je (Preiss, Kučerová a kol., 2006). Schizofrenní pacienti si často stěžují na problémy s pozorností, neschopnost soustředit se na jednu konkrétní věc. Někdy je jejich mysl plná naléhavých myšlenek, které však ostatním lidem nedávají smysl. Neurčitá stížnost spočívá v tom, že si nemusí pamatovat nedávné události. Mohou se cítit „odpojeni“ od ostatních lidí. Myšlení někdy ztrácí logickou souvislost a soudržnost. Klienti tento stav prožívají jako pocit zmatenosti. Nesouvislé myšlenky mohou dosáhnout takového stupně, že obsah, který se snaží sdělit, je zcela nesrozumitelný. Poté hovoříme o tzv. slovním salátu. Někdy se klient zastaví uprostřed věty a nepokračuje. Podobnou obavou je obtížné rozhodování mezi dvěma možnostmi, v jejímž důsledku může být klient imobilizován v neobvyklé situaci (Probstová & Peč, 2014).

Výzkum kognitivních funkcí lidí se schizofrenií se v posledních letech zvýšil. Kognitivní deficity jsou považovány za jeden z hlavních příznaků schizofrenie: vyskytují se asi u 40 až 60 % pacientů. Kognitivní deficity jsou považovány za důležitou dimenzi onemocnění, stojící za dalšími příznaky schizofrenie, ovlivňují léčbu, sociální adaptaci a kvalitu života. Mezi nejvíce narušené kognitivní procesy patří zpracování informací, paměť a výkonné funkce (Preiss & Přikrylová Kučerová, 2006).

Důležitým rysem je narušení orientace v realitě. Takzvané zkreslení reality je jedním ze základních příznaků schizofrenie (Vágnerová, 2008). U mnoha dětí se začnou objevovat nenápadné neurotické příznaky, jako jsou noční děsy a pomočování, nadměrná nervozita, úzkost a strach. Příznaky schizofrenie se stále častěji objevují přibližně od 12 let věku. To může souviset s tím, že první kontakt s návykovými látkami, zejména s marihuanou je v mladším věku. Užívání THC jako druh svépomoci může dočasně zmírnit vnitřní posílení, jako je jinakost, izolace a uzavření se do sebe. Mladí lidé ohrožení schizofrenií jsou většinou nápadní ještě před propuknutím onemocnění. Jejich vývoj je mírně odlišný od jejich vrstevníků. Jsou to většinou vzorní studenti, ale duševně nedonošení. Lidé se sklonem k psychopatickému onemocnění jsou obecně vnímavější, zranitelnější a psychomotoricky neobratnější, a proto méně pronikaví. Raná psychóza se obvykle rozvíjí plíživě a nenápadně a může se projevat například špatným soustředěním. Student sedí

pět hodin u knížky, učení mu nejde do hlavy, neví, proč to dřív šlo a teď ne. Má vnitřní napětí a může se dokonce cítit provinile vůči svým rodičům, kteří očekávají, že se stane lékařem nebo právníkem. Dostává špatné známky, rodiče chtějí, aby chodil do školy, ale on nechce. Začne se vyhýbat lidem, protože se kolem nich cítí nejistě. Má pocit, že ho lidé kolem něj příliš sledují a posměšně komentují jeho chování nebo mu dokonce říkají, aby se podle toho choval. Čas od času začne slyšet hlasy, tedy má sluchové halucinace, které ho většinou kritizují a někdy mu říkají, aby podle nich jednal. Například se jim snaží vzdorovat tím, že kouří marihuana. Marihuana ho dočasně uklidňuje, ale dlouhodobě ho oslabuje, je citlivější, vnímavější, a tudíž zranitelnější. Snaží se řešit problémy sám, bojuje s podivnými stavy a bojí se o nich mluvit (Jarolínek, 2021).

Schizofrenní pacienti jsou odpojeni od okolního světa, kde se nedokážou dostatečně orientovat, například nepoznávají své rodiče. Jeden pacient považuje svou matku za „paní, které tam bydlí“. Světu nerozumí, může se mu zdát neznámý a cizí. Pro pacienta je svět zdrojem příliš silných a těžko pochopitelných podnětů, které jsou mu nepříjemné, a proto se schizofrenik v rámci svých obranných reakcí stahuje do vlastního fantazijního světa. Tyto projevy schizofrenie se nazývají autismus (Vágnerová, 2008). Když jsou psychotičtí pacienti požádáni, aby si vzpomněli, co se stalo před jejich relapsem, často se jedná o několik měsíců před jejich hospitalizací (Bankovská & Španiel, 2013). Průměrná délka neléčeného období od nástupu příznaků do zahájení léčby je jeden rok (Jarolínek, 2021).

1.5 Pozitivní a negativní příznaky

Pozitivní příznaky

Mezi ně patří především ozvučování myšlenek, přidávání nebo odebrání myšlenek a vysílání myšlenek. Následující jsou bludy kontrolování, ovlivňování a ovládání, různé pohyby těla nebo končetin, podivné myšlenky, činy nebo pocity a iluze. Halucinace hlasů, které komentují chování pacienta nebo spolu mluví, nebo jiné typy hlasů vycházející z určitých částí těla. Vždy se mohou objevit různé typy bludů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nevhodné. Příkladem může být dovednost ovládat počasí anebo navazovat kontakty s mimozemšťany z jiných světů. Psychotické příznaky jsou doprovázeny neurčitými příznaky jako je nespavost, změny chuti k jídlu, úzkost a strach (Bankovská & Španiel, 2013).

Pozitivní symptomy, tzv. psychotické příznaky jsou nejčastějším důvodem hospitalizace (Češková, 2007). Blud je falešná představa, která se člověku zdá zcela pravdivá a nelze ji vyvrátit (Jarolímek, 2021). Mluvíme o nezpochybnitelném rozsudku (Praško, c2005). Bludy vznikají postupně. U schizofrenie často začínají vztahovačně (Bankovská & Španiel, 2013). Jsou časté, někdy se vyskytují u více než 90 % pacientů během propuknutí schizofrenie. Důležitým pilířem v historii vzniku koncepce bludu je dílo Karla Jasperse. Poznamenal, že někteří duševně nemocní lidé trvají na svém přesvědčení s nezvyklou pevností a nepřijímají protiargumenty nebo přesvědčení ze životní zkušenosti. Obsah těchto přesvědčení je často podivný a nepravděpodobný. Emil Kraepelin identifikoval 6 podtypů iluzí a definoval je podle obsahu, Kurt Schneider stejně jako Jaspers považoval formu symptomů za důležitější než obsah. Podle něj by se bludy neměly diagnostikvat podle jejich obsahu, ale podle postupu, jimž se tento názor udržuje (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Pacient má pocit, že se na něj soustředí okolní svět. Lidé v dopravě se na něj dívají a mluví o něm. Je si jistý, že telefon je odposloucháván, dopravní značky na ulici mají zvláštní význam, všimne si, že kolem projíždí několik aut s SPZ, v níž jsou samé trojky. A červená barva oblečení ostatních chodců je výstražným znamením, stejně jako slogany na billboardech (Bankovská & Španiel, 2013). Představuje si, že byl u něj někdo doma a prohledával mu zásuvky. Věří, že ho policie pronásleduje, bojí se, přestává spát a celé dny pozoruje z okna dění na ulici. Nakonec začne činit kroky, nevychází ven a zabarikádjuje se v bytě (Praško, c2005).

Religiózní bludy jsou klinicky relevantní, protože jsou spojeny se sebepoškozováním a horšími výsledky léčby. Autoři dospěli k závěru, že náboženské bludy si zaslouží další zkoumání, protože jsou u schizofrenie běžné a jejich nositelé jsou vážněji nemocní než ostatní schizofrenici (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Dochází také k pohybovým jevům. Někdy pacient mluví o tom, že mu někdo z dálky pohybuje končetinami, jako by nad nimi stál loutkař a tahal za nitky. Pohyby tedy nezávisí na vůli člověka, někdy všechny pohyby zmizí a pacient doslova „ztuhne“ a nehýbe se, někdy bezcílně běží (Bankovská & Španiel, 2013). Schizofrenie je primárně charakterizována podivnými bludy, i když je zřejmé, že podivnost má také své vlastní kulturní charakteristiky. Podivný blud je zjevně nepravděpodobný, nepochopitelný nebo neodvoditelný z běžné životní zkušenosti. Pacient je přesvědčen, že mu někdo na dálku přenesl orgány z dutiny břišní do hrudníku a naopak, aniž by zanechal jizvu. Bizarní bludy jsou tedy bludy, které zahrnují ztrátu kontroly nad myslí nebo tělem. Do této

kategorie jsou také zahrnuty intrapsychické halucinace – přesvědčení o odstranění nebo přidání myšlenek vnější silou, jako jsou mimozemšťané (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Nedoporučuje se blud vyvracet, ale ani potvrdovat. Pokusy o jeho vyvrácení mohou být naopak škodlivé. Pokud pacient opakovaně zažívá nepochopení ze strany svého okolí, které odmítá přijmout jeho bludy a snaží se je vyvrátit, může to prožívat jako sebeodmítání. Nedůvěra blízké osoby vede k nedůvěře v jeho okolí. Na druhou stranu souhlasit s bludem a potvrdovat ho také není dobrý nápad. Stále ještě existuje jakási zlatá střední cesta. Je na místě říci: „Věřím ti, že si to tak vykládáš, na druhou stranu mě napadá, že může být i jiné vysvětlení, ale především věřím, že ti to způsobuje velkou úzkost, velký strach.“ Svým způsobem musíte být na jeho straně. Ukázat, že berete vážně dopad, který pro něj má realita, zejména jeho bludy a halucinace, na jeho prožívání (Jarolímek, 2021).

Halucinace jsou výsledkem zkresleného vnímání okolní reality. Halucinace vznikají v důsledku bujné, nekontrolovatelné představivosti. Člověk vidí, slyší nebo cítí věci, které nikdo jiný nemůže vidět, slyšet nebo cítit (Jarolímek, 2021). Můžeme halucinovat všemi smysli. Sluchové halucinace se nejčastěji vyskytují u schizofrenie přibližně u 50 % pacientů, zrakové u 15 % pacientů a hmatové halucinace u 5 % pacientů. Pacienti slyší jeden nebo více hlasů, mužských nebo ženských, které o nich někdy mluví ve třetí osobě a odlišuje je od jejich vlastních myšlenek. Pro schizofrenii jsou typické hlasy, které neustále komentují myšlenky nebo chování pacienta (Bankovská & Španiel, 2013). Někdy mohou být tyto zvuky pacientovi příjemné, jako by mu dělaly společnost. Někdy jsou zvuky velmi nepříjemné, až hroživé. Hlasy, které velí nemocným, jsou velmi nebezpečné. Pod jejich vlivem se může objevit impulzivní jednání. Někdy pacienti popisují pocit, jako by slyšeli nahlas opakovat své vlastní myšlenky. Během zrakových halucinací může pacient vidět barvy, různé tvary nebo lidi a celé barevné scény. Tyto halucinace jsou často spojovány s náboženskými představami. Čichové halucinace jsou často spojeny se smyslem pro chuť a jsou součástí bludů. Pacient cítí různé pachy, většinou nepříjemné, například pekelnou síru. Tělesné halucinace souvisí především se zvláštními vjemy, objevuje se pálení, elektrizování, změny tělesných orgánů, různé doteky, trans (Praško, c2005).

Náhodné zaslechnutí svého jména nebo jiného hlasu, například zazvonění mobilního telefonu zapomenutého sto kilometrů daleko, není považováno za psychotický příznak (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Lékař může rozpoznat přítomnost hlasů podle

takzvaného halucinatorního chování: pacienti si například zakrývají uši, neodpovídají na otázky, jsou ponořeni do toho, co se jim děje v hlavě, a pozorně naslouchají (Bankovská & Španiel 2013).

Negativní příznaky

Nejčastějšími projevy jsou plochý afekt, snížená emoční reaktivita, špatná řeč, ochuzení zájmů a snížený zájem o společenské aktivity a ztráty iniciativy (Bankovská & Španiel, 2013). Obecně lze hovořit o jakémisi citovém vyčerpání v důsledku neprožívání vlastního chování. Mezi negativní příznaky patří postupný pokles nebo ztráta motivace. Pacienti mohou trátit zájem o své cíle, plány a zájmy. Cítí se bez energie a mají potíže se základními činnostmi, včetně hygieny. Emocionální prožitek se ochuzuje, jako by se pacienta nic nedotklo, vše pro něj není důležité. Pacient ztrácí zájem o přátele a raději tráví čas sám často nicneděláním. Často také pociťuje silný pocit izolace a osamělosti. Negativní příznaky jsou obecně méně stresující a viditelné než pozitivní příznaky. Obvykle se vyvinou časem během delšího období nemoci a v současnosti se hůře léčí (Praško, c2005).

Negativní příznaky schizofrenie jsou pro psychiatrii kupodivu problematictější než pozitivní příznaky. Tyto příznaky často vyžadují hospitalizaci, protože osoby, které jsou letargické nebo depresivní a nejsou schopny docházet na plánované návštěvy lékaře, je velmi obtížné léčit ambulantně (Jarolímek, 2021). Pacient se cítí neschopný, zpomalený, nemůže vymyslet program, nemá inspiraci, nic nechce dělat, neumí se radovat ani plakat, vyhýbá se druhým, je apatický a o nic nejeví zájem. Pacient a často i jeho blízcí se domnívají, že jde o lenost a při troše dobré vůle by měl tento člověk odhodlat. Ale je to vůle, která pacientovi chybí. Souvisí to s nemocí a říká se tomu abulie (Bankovská & Španiel, 2013).

Abulie nebo hypobulie znamená, že i když má pacient představu o tom, co chce dělat, nemůže to udělat. Tyto negativní příznaky jsou obzvláště klamné, protože okolí pacienta si je často vykládá jako lenost a neochotu pro sebe něco udělat. Přílišná kritika ze strany ostatních lidí pak může přispět k recidivě nemoci. Přestože duševní onemocněné není tak viditelné jako mentální postižení, následky mohou být podobné. Nemocný má představu se ráno probudit a jít do práce, ale nezvládne to, nemá na to dostatek vůle. Po prvním záchvatu jsou výrazně narušeny funkce pozornosti i exekutivní funkce, takzvaně schopnost říct si, že to udělám, a opravdu to zrealizovat (Jarolímek, 2021). Pokud se

k tomu přidá depresivní nálada, ztráta potěšení a beznaděj, pacient se stává beznadějnými a nemohou popřít sebevražedné chování. Je proto nezbytné aktivně pátrat po sebevražedných myšlenkách, zejména u mladých pacientů po první atace, protože riziko sebevraždy je během prvního roku po stanovení diagnózy vysoké (Bankovská & Španiel, 2013).

1.6 Typy Schizofrenie

V současnosti existují dvě hlavní klasifikace duševních poruch – 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN10) a Diagnostický a statistický manuál IV. Vydání (DSM IV.). Tyto klasifikace nemocí, vypracované Světovou zdravotnickou organizací (SZO) a Americkou psychiatrickou asociací (APA), jsou stanoveny na přesně popsanych požadavcích. K dispozici jsou strukturované rozhovory, které jsou vhodné pro výzkumné účely a pomáhají klinickým lékařům stanovit diagnózy, vyloučit jiné diagnózy a identifikovat komorbidity, které ovlivňují průběh nemoci, odpověď na léčbu a prognózu. Oba diagnostické systémy formulují schizofrenii srovnatelně. Hlavní rozdíl je v délce trvání příznaků. Šest měsíců v DSM IV ve srovnání s jedním měsícem v MKN 10 plus DSM IV vyžaduje funkční postižení, takže DSM IV je o něco užší. Spolehlivost diagnózy je vysoká, stabilita diagnózy se nejvíce liší při nástupu onemocnění (Češková, 2007). Klasifikace schizofrenie podle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10: *F20 Schizofrenie, 20.0 Paranoidní schizofrenie, Parafrenie, 20.1 Hebefrenní schizofrenie, Desorganizovaná schizofrenie, Hebefrenie, 20.2 Katatonní schizofrenie, Katatonní stupor, Schizofrenní – katalapsie, katatonie, flexibilitas cerea, 20.3 Nediferencovaná schizofrenie, Atypická schizofrenie, 20.4 Postschizofrenní deprese, 20.5 Reziduální schizofrenie, Chronická nediferencovaná schizofrenie, Restzustand (schizofrenní), Schizofrenní reziduální stav, postschizofrenní defekty, 20.6 Schizofrenia simplex, 20.8 Jiná schizofrenie, Cenestopatická schizofrenie, Schizofreniformní: porucha, psychóza, 20.9 Schizofrenie* (Jarolímek, 2021).

Paranoidní schizofrenie (F 20.0), jde o nejčastější typ schizofrenie a je poměrně snadno diagnostikovatelný. V klinickém obrazu dominují relativně trvalé halucinace, nejčastěji paranoidní, obvykle doprovázené halucinacemi, nejčastěji sluchovými. Často hlasy, které pacientovi vyhrožují nebo přikazují (Češková, 2007). Halucinace jsou častěji sluchové než jiné formy, ale některé jsou komplexní (Ocisková & Praško, 2015). Kromě toho jsou často přítomny čichové a chuťové vjemy, sexuální a jiné tělesné halucinace. Zrakové

halucinace jsou vzácné (Malá & Pavlovský, 2002). Pacienti jsou patologicky podezřívaví vůči svému okolí, jsou vztahovační a ve svých bludech jsou přesvědčeni, že jsou ohroženi, pronásledováni nebo ohroženi patologickou žárlivostí. Ohrožující bludy se mohou týkat nejen nadpřirozených bytostí, jako jsou mimozemšťané, ale také určitých lidí, například členů rodiny, sousedů a kolegů. Postižení jedinci riskují, že na tyto bezbranné lidi zaútočí, aby se před hrozbou ve své soukromé logice ochránili. Kromě toho, že se lidé s paranoidní schizofrenií cítí ohroženi a podezřívaví, bývají citově otupěly nebo přinejmenším nevýrazní. Mají také poruchy vůle, bývají hypobuličtí, nedokáží se odhodlat k určité aktivitě, která je spojena s jejich paranoidními bludy a halucinacemi. Myšlení je zkreslené, zejména kvůli klamnému výkladu realita. Při akutní atace jsou myšlenky pacienta nesouvislé (Vágnerová, 2008). Poruchy v emocionalitě, vůli nebo katatonní symptomy jsou obvykle méně výrazné nebo chybí, ačkoli epizody nemoci mohou být velmi afektivní (Orel, 2020). Paranoidní schizofrenie se může rozvinout později v životě, někdy kolem 40. roku života (Vágnerová, 2008). Pokud pacienti spolupracují a jsou motivováni k léčbě, mohou zůstat v relativně dobré remisi (Mahrová & Venglářová, 2008).

Hebefrenní schizofrenie (F 20.1), Hebefrenní schizofrenie se objevuje v dospívání a rané dospělosti, mezi 15 a 25 lety. Má špatnou prognózu, protože přerušuje vývoj osobnosti v době, kdy by se měla utvářet nová identita člověka. Pokud v této fázi vývoje propukne vážná duševní choroba, nová identita se nevytváří a původní sebepojetí dětství může být stabilní základnou. Hebefrenní forma schizofrenie se projevuje prohloubenou a prodlouženou pubertou se zvláštním způsobem myšlení, nápadnými nesmysly a nezdržlivým chováním, které neodpovídá věku (Vágnerová, 2008). Ignorují své povinnosti a chovají se jako puberťáci ve stylu „všechno vím, všechno znám“. V popředí nemoci je karikatura, přehnaný projev nezralosti v mírné pubertě (Ocisková & Praško, 2015). Existuje zde sklon k sociální izolaci (Praško & Látalová, 2013). Kdežto bludy a halucinace se neobjevují vůbec nebo jsou jen mírné (Orel, 2020). Motivovat tyto pacienty ke spolupráci na léčbě je obtížné (Mahrová & Venglářová, 2008). Léčba je obvykle složitější (Ocisková & Praško, 2015).

Katatonní schizofrenie (F 20.2): Katatonní schizofrenie je dnes vzácnou formou schizofrenie (Pavlovský, 2009). Psychomotorické poruchy jsou v popředí klinického obrazu katatonní formy. Tyto oscilují mezi nabýváním dynamiky s bezcílým neklidem na jedné straně a pokles hybnosti až do stuporu na straně druhé. Důležitým projevem je

katatonická strnulost, která může být spojena se zaujímáním nepřírodných poloh (Praško & Látalová, 2013). V obou případech je třeba vzít v úvahu, že nebezpečné impulzivní činy nejsou doprovázeny varováním, jako jsou následky nebo příprava na čin. Pacient se schizofrenií, který nehybně seděl v kuchyni, náhle vstal, sebral matce, která krájela zeleninu kuchyňský nůž a bodl jí jim. Později své jednání vysvětlil tím, že ho to prostě napadlo (Pavlovský, 2009). Klinický obraz musí zahrnovat jeden z následujících příznaků nebo jejich kombinaci: katatonní strnulost, mutismus, negativismus, rigiditu (Malá & Pavlovský, 2002). Mohou se objevit sny a živé halucinace (Orel, 2020).

Nediferencovaná schizofrenie (F 20.3): Jedná se o psychotické stavy, které splňují diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale nelze je přiřadit k žádnému z podtypů F20.0 až F20.2. mají více než jeden z těchto příznaků bez mnoha zřetelných diagnostických znaků (Praško & Látalová, 2013).

Postschizofrenní deprese (F 20.4): Postschizofrenní deprese je diagnostikována, pokud se v posledním roce objevily jasné příznaky schizofrenie a v posledních dvou týdnech příznaky deprese (Pavlovský, 2009).

Reziduální schizofrenie (F 20.5): Reziduální schizofrenie se týká chronické progresse schizofrenie, kdy negativní symptomy přetrvávají poté, co pozitivní symptomy vymizí nebo zmizí. V této podobě se stále používá termín „*postschizofrenní defekt*“ (Pavlovský, 2009). Projevuje se výstředností, zanedbáváním sebe sama i okolí (Češková, 2007).

Simplexní schizofrenie (F 20.6.): Jde o poměrně vzácnou, ale prognosticky významnou formu onemocnění (Praško & Látalová, 2013). Zhoršuje se citová otupělost, špatné myšlení, autismus a hypobulie (Pavlovský, 2009). Nedbají na hygienu a nejsou schopni pracovat ani vést společenský život (Malá & Pavlovský, 2002). Nemocní jedinci ztrácejí zájem o své dřívější koníčky, povinnosti, citové vztahy, vyhýbají se společností, tráví den ležením a zajímají se jen o jídlo a kouření (Pavlovský, 2009). Emoce jsou přehnané (Praško & Látalová, 2013).

Jiná schizofrenie (F 20.8): Tato skupina má příznaky všech psychopatologických rysů schizofrenie. Jde o stavy, které často následují a přetrvávají i po odeznění akutních příznaků schizofrenie (Praško & Látalová, 2013). K této hlavičce lze přidat Huberovu cenestopatickou schizofrenii, která způsobuje problémy při hodnocení tělesných vjemů

pacienta. Teprve interpretace jejich specifík a původu nakonec povede ke správné diagnóze schizofrenie (Pavlovský, 2009).

1.7 Průběh

Schizofrenie se obvykle objevuje jako epizoda akutních psychotických příznaků, nejčastěji ve věku 20 až 30 let. Prvním záchvatům předcházejí prodromy v podobě nespecifických příznaků, jako je podrážděnost a náladovost, nedostatek sebevědomí a energie, často již od 15 let. Z popisu prodromálních příznaků je zřejmé, že jsou těžko odlišitelné například od komplikované puberty. Včasné varovné příznaky před relapsem (Bankovská & Španiel, 2013).

Epizodický průběh: onemocnění se projevuje pouze jedním záchvatem a postupně dochází k přijatelné adaptaci zdravotního stavu. Recidivující průběh: Období atak a remisí se může měnit v pravidelných nebo nepravidelných intervalech. K recidivě dochází přibližně u 60 % pacientů. Maligní průběh: náhlý nástup onemocnění a poměrně rychlý rozvoj poruchy osobnosti. Chronický průběh: souvisí s recidivou nemoci a doprovodnými škodlivými změnami vedoucími ke ztrátě takzvané adaptability. V tomto případě může dojít k rozvoji reziduální poruchy nebo k postupnému zhoršování osobnosti pacienta. Tento průběh se vyskytuje asi u 30 % pacientů. Reziduální nebo chronický průběh onemocnění je charakterizován přetrváváním některých, obvykle takzvaných negativních symptomů, charakterizovaných narušením nebo ztrátou normálního fungování. U chronicky nemocných pacientů může docházet k postupnému poklesu různých schopností. Tento stav se nazývá *syndrom zlomené pružiny*. Nemocní lidé většinou nezvládají stejnou práci, jsou pomalí, hůře přizpůsobiví a nesnesou běžnou a banální zátěž (Vágnerová, 2008). Schizofrenní příznaky mohou časem slábnout a stát se neurotickým problémem nebo úplně vymizet. To znamená, že i při schizofrenii je možné úplné uzdravení. Stále používáme tzv. *bleuelerovské třetinové pravidlo*, podle kterého má jedna třetina pacientů velké naděje na uzdravení, zatímco další třetina má opakované ataky, což vede ke snížení jejich role v běžném životě, pracovním, osobním, sociálním. U poslední třetiny se nemoc vyskytuje tak často, a tak intenzivně, že projevy této nemoci doslova žerou životy těchto lidí a většina z nich tráví zbytek života v psychiatrických ústavech azylových domů (Jarolímek, 2021).

1.8 Výskyt

Obecné statistiky ukazují, že schizofrenie se vyskytuje u 1-2 % populace, lze tedy předpokládat, že lidí s psychotickými příznaky je kolem nás velké množství. Někteří z nich skončí v systému psychiatrické léčby, jiní dosahují úžasných výsledků ve vědě, umění, hudbě. To je možná největší charakteristika termínu schizofrenie – pro někoho prokletí a pro jiného dar. Je důležité pochopit, že žádný z nich není předem určen, na kterou stranu mince jejich životní mince padnou. Záleží na mnoha faktorech v raném dětství, dospívání i později (Jarolímek, 2021). Četnost výskytu je u obou pohlaví stejná, tzv. 2-4 případy na 10 000 za rok. U žen je pozorován benignější průběh onemocnění, onemocnění začíná později, většinou ve věku 25-35 let, u mužů v 15-25 letech, ženy jsou hospitalizovány méně často a lépe společensky fungují. To je pravděpodobně způsobeno účinkem estrogenů na dopaminergní systém (Češková, 2007). Katatonní schizofrenie je vzácná a představuje asi jednu setinu všech případů schizofrenie (Praško & Látalová, 2013).

1.9 Deprese u schizofrenie

Více než 25 % schizofreniků trpí dříve či později depresí se všemi riziky sníž jsou spojeny. Deprese u schizofrenie je nositelem špatných zpráv. Významně ovlivňuje prognózu základního onemocnění, kvalitu života pacienta a vyžaduje terapeutický přístup, který není vždy kompatibilní s léčbou ostatních příznaků. Jejím projevem v praxi je často poslední varování před závažnými komplikacemi psychózy, jako je snížení kvality života a následná neúčast na léčbě nebo náhlá sebevražda, kdy deprese může být významným rizikovým faktorem. Deprese u schizofrenie je jednou z nejzávažnějších zdravotních a sociálních komplikací základního onemocnění, ale je překvapivě málo prozkoumaní. V epidemiologických studiích má prevalence deprese u časně schizofrenie velmi široké rozmezí 7-75 % s průměrnou hodnotou přibližně 25 %. Celoživotní prevalence deprese u schizofrenie se pohybuje mezi 60 a 80 procenty. Frekvence deprese v podskupině osob s chronickou schizofrenií je pouze 4-25 % pacientů. Pro srovnání, celoživotní prevalence deprese v běžné populaci se pohybuje od 8 do 26 % (Maršálek, c2007).

1.10 Léčba

Na prahu 21. století již není cílem léčby schizofrenie jen úleva od příznaků, ale „uzdravení“. Zotavení, velmi subjektivní pojem, neznamena jen absenci symptomů, ale také schopnost zvládat životní role. Výzkum ukazuje, že takového definitivního uzdravení lze dosáhnout kombinací farmakoterapeutických a psychosociálních intervencí (Bankovská & Španiel, 2013). Schizofrenie je léčitelné onemocnění. Většina pacientů však podléhá dlouhodobé léčbě. Přestože existují pacienti, kteří se z první epizody schizofrenie plně zotaví a již nikdy v životě nemají další epizodu, nelze je předem identifikovat. I když je léčba schizofrenie vždy složitá, přesto je vždy komplexní, a kromě farmakoterapie zahrnuje i psychosociální intervence (Bankovská Motlová & Koukolík, 2004). Pacienti s psychotickými symptomy jsou poprvé viděni v různých klinických prostředích, včetně ordinací poskytovatelů primární péče, psychiatrů, nelékařských poskytovatelů duševní péče (psychologové, sociální pracovníci, sestry a další) a na pohotovostech (Marder, 2014).

1.10.1 Psychofarmaka

Nejdůležitější roli v léčbě psychotických poruch, zejména ve fázi akutních příznaků, hrají bezesporu psychofarmaka (Jarolímek, 2021). Kdykoli je to možné, měli by pacienti před zahájením léčby antipsychotiky absolvovat fyzikální vyšetření a laboratorní testy. Vzhledem k tomu, že akutní léčba antipsychotiky je relativně bezpečná, existují okolnosti – zvláště když jsou pacienti rozrušení nebo agresivní –, kdy lze léčbu zahájit bez upřednostňovaného hodnocení (Marder, 2014). Antipsychotika jsou široce dostupná a všeobecně přijímaná jako léčba psychózy, ale jsou účinná pouze tehdy, když je pacient užívá. Způsobují celkové zmírnění pacienta již v prvních dnech po zahájení užívání a případně vedou ke zmírnění typických příznaků schizofrenie, jako jsou iluze a halucinace (Jarolímek, 2021). Antipsychotika poskytují rychlou úlevu od potíží spojených s nemocí a při dlouhodobém užívání pomáhají udržet dobrý funkční stav a zabránit relapsu nemoci (Praško, 2005).

Studie ukázaly, že prvním roce léčby léky neužívá až 40 % a při dvouletém sledování léky neužívalo 75 %. Jiné studie ukázaly, že 25 % pacientů přestane lék užívat do 10 dnů po opuštění nemocnice a 54 % po 2 měsících, ačkoliv by jej měli užívat alespoň rok (Bankovská Motlová a kol). Přestože bylo prokázáno, že antipsychotika jsou dlouhodobě účinná a s určitou jistotou zabraňují recidivě, až 80 % pacientů s psychózou v léčbě

nepokračuje (Bankovská & Španiel2013). Antipsychotika neužívá mnoho z pacientů, tak jak jim byla předepsána, mají nedostatek informací o jejich prevenci, o povaze a vývoje schizofrenie, včetně rizika návratu onemocnění. Důležitou roli ve spolupráci hrají adekvátní znalosti o léku, povědomí o prospěšnosti léku a podpora okolí pacienta (Bankovská Motlová a kol.). Léky sice odstraňují příznaky, ale neodbourají stres a od toho existují psychosociální přístupy, jejichž cílem je zvýšení odolnosti vůči stresu. Mohou to být např.: Psychoedukace, Podpůrná psychoterapie, Kognitivně behaviorální psychoterapie, Rehabilitace kognitivních funkcí, Nácvik sociálních dovedností, Rodinná psychoedukace, Intenzivní individuální komunitní péče, Zaměstnání s podporou a Chráněná bydlení (Praško, c2005).

1.10.2 Psychoterapie

Níže uvádím různé druhy psychoterapie:

Psychoedukace

Schizofrenní psychoedukace je účinný způsob prevence recidivy schizofrenie, protože poskytuje pacientovi a jeho blízkým zásadní, dostatečně hluboké, komplexní a aktuální informace. Psychoedukace pro příbuzné: Speciální témata pro příbuzné zahrnují informace o příčinách schizofrenie, povaze a progresi symptomů schizofrenie a důležitosti komunikace. Jejím cílem je poskytnout pacientům a jejich blízkým komplexní a relevantní informace o nemoci, naučit je dovednostem, které jsou důležité pro úspěšnou dlouhodobou léčbu, a nabídnout podporu všem zúčastněným. Důležitost rodiny v léčbě schizofrenie je zásadní. Přibližně 65 % pacientů se po propuštění vrací do své původní rodiny. Menší ataky lze léčit i bez hospitalizace buď ambulantně nebo v denním stacionáři. Pacient pak žije u příbuzných. Je pro něj důležité vytvořit v rodině příznivou atmosféru bez násilných pocitů, výčitek, vedení a hádek (Praško & Látalová, 2013).

Psychoedukace pro pacienty: hlavní náplní psychoedukace pro pacienty jsou informace o povaze příznaků a popis původu a vývoje psychotických zkušeností. Kromě toho se probírá průběh onemocnění, včetně praxe rozpoznávání jednotlivých časných varovných příznaků, a samozřejmě význam preventivní medikace, ale zle očekávat problémy s nedodržením medikace. Jedná se o rady, jak lépe uspořádat svůj každodenní život a jak si zapamatovat léky a nezapomínat na ně. Informace o lécích mohou pacientům pomoci pochopit význam léků v dlouhodobé léčbě a motivovat je k jejich užívání

(Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Cílem podpory účasti na těchto aktivitách je zabránit sociální izolaci, která je považována za významný faktor zhoršující prognózu. Poskytování naděje, povzbuzení a optimismus, směřuje k hlavnímu cíli, kterým je vést pacienty k co největší funkční rekonvalescenci a plnohodnotnému životu s ohledem na omezení spojená se schizofrenií (Bankovská, Motlová, 2012).

Psychoterapie

Psychoterapii nelze při léčbě schizofrenie opomíjet. Důvodem je široká škála problémů, se kterými se pacienti potýkají: mezilidské potíže, deprese a nutnost vypořádat se s často přetrvávajícími a znepokojujícími psychotickými příznaky (Bankovská, Motlová & Koukolík, c2004.). Psycho terapie je léčebná metoda, která se snaží pozitivně ovlivnit proces onemocnění (psychický i fyzický) psychologickými prostředky (Malá & Pavlovský, 2002). Cílem psychoterapeutického snažení je zmírnění nebo odstranění obtíží klienta (Orel, 2020) Individuální psychoterapie: Pomáhá obnovit důvěru a vytvořit silnou interpersonální osobu, na kterou se pacient může v krizových situacích spolehnout. Největším pozitivem individuální psychoterapie je větší míra času věnována pacientovi. Skupinová psychoterapie: Pomáhá ujasnit si svou pozici ve světě, pochopit, jak se chovat k ostatním, a uvědomit si vzorce chování vedoucí ke stresu (Praško & Látalová, 2013). Schizofrenie si vybírá daň i na ostatních členech rodiny. Rodiny potřebují získat podporu nejen pro své duševně nemocné příbuzné, ale také pro sebe. Zdraví členové rodiny mají své vlastní potřeby a života a nemohou se zcela obětovat pro nemocného. Rodin může podpořit nějaká forma psychoterapie nebo svépomocné skupiny (Vágnerová, 2008).

Nácvik sociálních dovedností

Většina pacientů se schizofrenií má tendenci postrádat sociální a interpersonální dovednosti. Jejich nácvik je léčebnou strategií, která se zaměřuje na porozumění a správné sdělování signálů sociální komunikace (Praško & Látalová, 2013).

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální psychoterapie je vhodná zejména v případech, kdy jsou bludy a halucinace chronické a přetrvávají, přestože pacient užívá léky. Lze ji také úspěšně použít při depresi a úzkosti. Cílem terapie je ovlivnění kognitivních a hodnotících funkcí a následného chování (Jarolímek, 2021). Je třeba vypracovat konkrétní a praktické cíle se zaměřením na současnost a na udržitelné prvky. Cílem je vést klienta k soběstačnosti.

Jedním ze základních rysů KBT je její orientace na spolupráci mezi terapeutem a klientem jako rovnocennými partnery. V kognitivně behaviorální terapii se používá srozumitelný jazyk, proto je tendence používat běžné termíny při popisu a vysvětlování psychických poruch a při vysvětlování významu jednotlivých metod psychoterapie (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

V 70. letech 20. století se tato terapie zaměřovala výhradně na nácvik sociálních a pracovních dovedností. V 80. letech 20. století se léčba schizofrenie posunula směrem ke snížení počtu tzv. psychotických relapsů. Výhodiskem terapie je pomoci pacientovi porozumět možným spouštěcím mechanismům, jako jsou psychotické krize, naučit ho rozpoznávat tzv. varovné příznaky, tzv. symptomy, které předcházely vzniku jeho psychotické krize, a tak mu nabídnout možnost vhodně zasáhnout, pokud se krize bude opakovat. V pozdější fázi KBT již byly učiněna pokusy proniknout do psychotických symptomů, jako jsou halucinace a bludy. V posledních letech se kognitivní terapie vzdálila od praktických aplikací a zaměřila se na subjektivní vnímání zúčastněných osob. O tom, jak on sám prožívá svou nemoc, která ho zabrzdila v mnoha oblastech života, jak se vyrovnává s tím, že rodiče jeho nemoc vůbec nepřijímají a jak přemýšlí, jak tuto skutečnost sdělit svému potenciálnímu partnerovi atd. Základním pilířem KBT je úvodní konzultace. Během této konzultace se snažíme společně s pacientem formulovat problém nebo potíže, pro které hledá pomoc. Kognitivně behaviorální terapie vytváří pro pacienta tzv. individuální terapeutický plán, který zahrnuje četnost a délku jednotlivých sezení a domácí úkoly. V průběhu následné léčby je pak s pacientem vyhodnoceno dosažení cílů stanovených v pravidelných intervalech a v případě potřeby jsou cíle znovu stanoveny (Peč & Probstová, 2009).

Expresivní terapie

Existují čtyři hlavní oblasti expresivní terapie známé jako kreativní terapie „*art-therapies*“ nebo nonverbální terapie. Zahrnuje čtyři hlavní oblasti: arteterapii (výtvarné umění), dramaterapii (divadlo), muzikoterapii (hudbu) a tanečně-pohybovou terapii (tanec). Základem expresivních terapií je kreativita a lidská touha tvořit. Tato potřeba pramení z prehistorických jeskynních maleb, které zobrazují lidi v tanci, dramatu, hudbě a rituální interakci. Lidé pravděpodobně objevili léčivou sílu tvořivosti již při pravěkých rituálech. Uzdravování nemocných hudbou, literaturou, uměním a tancem je důležitou součástí lidských dějin.

Arteterapie

Zahrnuje veškeré kreativní činnosti s uměleckými materiály jako je hlína, kámen, dřevo, papír, plátno, barvy, kreslicí potřeby apod. Pomáhá také uvědomovat si pocity při vnímání vlastností určitých materiálů, jako je tvrdý – měkký, tekutý – pevný, horký – studený, velký – malý. Tvoření s materiály se dostáváme do kontaktu se světem (zákonitosti materiálů) a se sebou samými (naše vlastní reakce a emocionální vnímání). Výsledek (artefakt) se stává našim ekvivalentem. Umělecká díla nejsou hodnocena (podle estetických nebo uměleckých parametrů), ale stávají se důležitými ve vztahu k jejich tvůrcům, jejich životům a léčebným procesům. Arteterapeutická intervence vznikají poskytnutím materiálů a námětů (Peč & Probstová, 2009).

Kresby a malby poskytují nový a bohatý materiál pro pokračování psychoterapeutické práce (Orel, 2020.). Arteterapie má také rehabilitační účinek v podobě rozvoje koncentrace a zručnosti. Klienti nemusí mít žádné předchozí zkušenosti s uměním. Metody činnosti závisí na terapeutově teoretickém pojetí terapie a na cílech, které si s klientem stanoví. Umělecké aktivity probíhají souběžně s reálným životem. Častými tématy jsou důvěra, sebeúcta, stigmatizace, emoce, psychotické zážitky (halucinace a hlasy), vztah mezi vnitřním a vnějším světem, léčení traumat z dětství, vyrovnávání se s minulostí, vztahy, tělesná schémata atd. (Setting – (příprava materiálů, organizace materiálů): Prostor (např. kde pracovat, kolik místa je potřeba, jaká je atmosféra, když pracujeme ve stoje u stolu, na stojanu...) – připravuje terapeut. Harmonogram (většinou 30-90 minut) – dle dohody s klientem. Formát (skupinová nebo individuální práce, s asistentem terapeuta...) – dle indikace a na základě rozhovoru klienta. Materiál (nutnost zásahu závisí i na finančních možnostech a náročnosti techniky) – připravuje terapeut. Hlavní část, tzv. proces samotný – práce terapeuta. Procesní motivace, intervence v průběhu procesu, překonání kreativní krize, vytvoření tvorby, zastavená tvorby. Reflexe tvorby a procesu – klient a terapeut dohromady. Kompletace, rozloučení či archivace předmětu, úklid – klient a terapeut společně (Peč & Probstová, 2009).

Muzikoterapie

Muzikoterapie: jak název napovídá, termín muzikoterapie pochází ze dvou kořenů: *moisika*, *musika* tudíž hudba a *therapeineino*, což znamená léčit nebo uzdravovat. Muzikoterapie využívá hudbu a zvuk k terapeutickým a léčebným účelům. V tomto ohledu se muzikoterapie odlišuje od jiných hudebních aktivit, jejichž hlavním účelem je

estetická, kulturní, volnočasová zábava nebo hudební výchova, i když mají také terapeutické účinky, jako je relaxace a snižování stresu. Metoda muzikoterapie pro osoby s psychózou vychází z obecnějšího přístupu používaného v muzikoterapii pro osoby s psychózou. Kromě toho se terapie zaměřuje na specifické obtíže spojené s psychotickými příznaky. Pro mnoho lidí, kteří prožívají psychózu, je snazší vyjádřit své prožitky a pocity prostřednictvím hudby než verbálně. Toto zaměření zahrnuje hudební aktivity, které podněcují kreativitu, radost a emoční vyrovnanost, navozují relaxaci, podporují pocit sebeuvědomění, sociální akceptaci a vzdělávání. Obohacují každodenní život klientů tím, že stabilizují jejich aktuální emoční stav a nacházejí nové perspektivy do budoucna, zlepšují jejich sociální dovednosti a schopnosti a stimulují a rehabilitují jejich sociální aktivity. Při práci s lidmi s psychózou lze hudbu použít k rozptýlení a přehlušení hlasů psychózy. I když je tohoto efektu dosaženo až při hudební produkci, může to znamenat výraznou úlevu pro člověka, který je neustále pod kontrolou zvuků a jehož běžný život je omezen. Je to příležitost odpočinout si, relaxovat, načerpat síly a začít se cítit silnější proti hlasu, který je jinak příliš silný. Práce se zvukem vám pomůže rozlišit váš vnitřní zvuk (hlas) od zvuků vnějšího světa (Peč & Probstová, 2009)

Dramaterapie

Stopy používání dramatu jako léčebného a terapeutického nástroje lze nalézt hluboko v naší historii. Prvními byli bezpochyby šamani, kteří používali rituály, tanec, hudbu a hraní rolí k léčení nemocných ve svých komunitách. Dramaterapie je založena především na skupinových aktivitách a skupinové dynamice. Na rozdíl od psychodramatu klienti nehrají sami sebe, ale vstupují do projektivních rolí. Jednotlivci hrají různé role, které hrají ve svém každodenním životě (rodinném, pracovním, biologickém.), a jsou vnímáni jako nositelé těchto rolí (Peč & Probstová, 2009) Mezi prostředky dramaterapeutických technik patří neverbální hry a cvičení, dramatické hry, improvizace, drama, hraní rolí, pantomima, výzkum, práce s příběhem, s maskami, loutková hra, taneční drama, psychologické drama, sociální drama, četba, divadlo Fórum, Neviditelné divadlo a další (Mátel, 2019).

Tanečně pohybová terapie

Historie tanečně pohybové terapie sahá až do starověkých kultur a jejich léčebných rituálů zahrnujících tanec, rytmus a společné pohyby. Často zde hrály důležitou roli vedle kulturních a léčebných a duchovních aspektů. Tanečně pohybová terapie je založena na

myšlenky propojení těla a mysli. Naše duševní pochody se odrážejí i v našem těle – pohybech, postojích, vzorcích chování. Jinak naše tělo reaguje, když máme z něčeho radost, jinak když se bojíme, jinak když jsme naštvaní. Podobně si můžeme všimnout rozdílu v našich fyzických interakcích s blízkou osobou, kterou chceme vidět, nebo s někým, komu nedůvěřujeme. Změny na psychické úrovni se projevují i změnami pohybů, polohy těla, napětí těla a tak dále. Pokud v terapeutickém procesu usilujeme o nějakou změnu myšlení a cítění, pak se tato změna projevuje i jako změna na fyzické úrovni. Tanečně-pohybová terapie, stejně jak mnoho dalších expresivních terapií, využívá kreativitu, metaforu, konkretizaci a abstrakci i léčivou sílu kreativity. Tanečně pohybová terapie řeší abstraktní a těžko postřehnutelné emoce, pocity a nálady (Peč & Probstová, 2009).

Cvičení je možné a bezpečné i pro schizofrenii pacienty, kterým zlepšuje nejen somatické, ale i psychické zdraví. A u některých pacientů se zlepšuje kvalita života. Každopádně programy PA jsou možné a prospěšné pro lidi se schizofrenií (Raboch, 2019).

Cvičení je přirozenou součástí života a lze ho přirozeně využít při léčbě duševních poruch. Pravidelná fyzická aktivita přispívá k normalizaci a zlepšení mozkové a duševní činnosti tím, že zlepšuje krevní oběh a celkovou kondici tělesných funkcí. Fyzická aktivita mimo jiné přispívá k optimalizaci mediátorových systémů (např. dopaminového a serotoninového systému). Cvičební programy jsou součástí léčby mnoha psychických poruch (Orel, 2020).

Spirituální pomoc

Současně s touto základní a praktickou formou podpory duševně nemocných dochází k výraznému posunu odborníků i široké veřejnosti směrem ke spiritualitě duševně nemocných. Mnozí jsou věřící a členové různých náboženských organizací. Tam často nacházejí nejen blízkou společnost, ale také odpovědi na své vnitřní otázky (Jarolímek, 2021).

2 Kvalita života

2.1 Kvalita života obecně

Definovat kvalitu života je obtížné, neboť kvalita života obsahuje řadu různorodých oblastí zkušenosti člověka. Fyzické funkce, dosahování životních cílů až po zažívání

životního štěstí (Gurková, 2011). Kvalita života (QoL) je komplexní, vícerozměrný a interdisciplinární pojem, který je však problematický i proto, že se používá v obecné rovině (Mandincová, 2011). Kvalita života je často definována jako „subjektivní hodnocení životních podmínek člověka“. Co se týká kvality života jedná se o pojem zahrnující například ekonomické a politické aspekty, proto lze v tom případě užití termínu „*health-related quality of life*“, tedy „*ke zdraví vztážená kvalita života*“, „*kvalita života týkající se zdraví*“ ve sféře onemocnění a jeho léčby (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Jednou z nejstarších definic, kterou lze chápat jako odbornou definici kvality života, je definice zdraví, kterou již v roce 1948 navrhla a schválila Světová zdravotnická organizace WHO. Tato definice uvádí, že: „*zdraví není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody (well-being)*“ (Heřmanová, 2012 s.32).

2.2 Metody a nástroje pro měření kvality života, modely hodnocení kvality života

Kvalita života je hodnocena podle objektivních a subjektivních kritérií. Objektivní kritéria jsou podobná tomu, co nazýváme životní úrovní nebo sociálním statutem, a zahrnují položky, které lze snadno měřit a kvantifikovat, například příjem, počet let vzdělání a zaměstnání. Subjektivní kritéria představují spokojenost s objektivními faktory, kterou si sami udávají, například subjektivní spokojenost s prací. Kvalita života je však především subjektivní charakteristikou: Kvalita života je to, jak člověk vnímá své místo ve světě ve vztahu ke kultuře, v níž žije, ke svým hodnotám, cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004).

Nástrojem pro měření kvality života je dotazník nebo strukturovaný rozhovor. Účelem měření kvality života není určovat přítomnost a závažnost symptomů onemocnění. Důraz je kladen na osobní zkušenost jednotlivce s projevem nemoci a během léčby a na to, zda je tato zkušenost popisná nebo je vnímána jako relativní priorita různých zdravotních problémů. Kvalita života je definována jako „míra spokojenosti s příležitostmi“ související s životem člověka. Pojem schopnosti je spojen jak s příležitostmi nebo překážkami, se kterými se člověk setkává během interakcí se svým prostředím, ale také s rovnováhou mezi těmito souvisejícími protiklady (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015).

2.3 Kvalita života osob se schizofrenií

Kvalitou života se rozumí životní úroveň a spokojenost pacienta. Životní úroveň odráží objektivní kritéria, jako je bydlení, partnerské vztahy, vzdělání, zaměstnání, postavení v něm a finanční stabilita, tj. fungování v každodenním životě (Maršálek, c2007).

Jednou z největších odlišností schizofreniků od zdravých jedinců je abnormální míra fantazie. Fantazie by se dala definovat jako určitá schopnost neomezené představivosti. U schizofreniků se často racionální myšlení nahrazuje fantazií. Často je napadají nereálné myšlenky, ale Jašík (2019) uvádí, že mít takové myšlenky, často může být darem, nikoli nemocí. Problémem není prvotní myšlenka, ale její následné věnování pozornosti. Dalším omezením u schizofrenních osob je strach ze společnosti, kvůli kterému osoby nevycházejí ven a izolují se z důvodu, že by byli společností stigmatizováni (Jašík, 2019).

Z důvodu negativního vlivu médií a filmového průmyslu, například oceňované filmy jako je *Přelet nad kukaččím hnízdem*, kde roli vraha měla osoba právě se schizofrenní diagnózou (Jarolímek, 2011). Schizofrenie je stigmatizující nemoc. Protože stigma ovlivňuje struktury kolem nich, čelí lidé se schizofrenií mimořádným okolnostem. V důsledku toho se snižuje jejich sebevědomí, omezují se jejich sociální sítě a mohou přijít o příjem. Z toho vyplývá, že stigma je pro pacienty zátěží. Stres spojený se stigmatizací zhoršuje průběh schizofrenie. Je proto důležité stigma odstranit a usnadnit pacientům život kvůli jejich obtížím (Bankovská & Španiel 2013). Často je to právě tato představa o nebezpečí, impotence nebo nezodpovědnost a nevládnost. Stigma a diskriminace mají často závažnější dopad na kvalitu života než samotná duševní nemoc (Raboch, 2019).

Mýty, které se konkrétně týkají lidí s duševním onemocněním, jako například: schizofrenie znamená rozdvojenou osobnost. Všichni „schizofrenici“ jsou násilníci a jsou nebezpeční. Lidé s těžkým duševním onemocněním jsou zcela nekompetentní. Schizofrenie znamená, že nikdy nebudete schopni udělat nic smysluplného se svým životem. Jsou to líní lidé, kteří se dostatečně nesnaží. Všechno je to o genech. Neumí pracovat. Neumí se sami rozhodovat. Pro lidi s duševním onemocněním není naděje. Nikdy se nemůžete úplně vyléčit. Duševní nemoc je způsobena slabou osobností. Duševní nemoc je to samé jako mentální zaostalost. Duševní poruchy nejsou skutečná nemoc jako cukrovka. Deprese pochází z charakterových vad nebo slabé povahy a lidé se

mohou snadno dostat z deprese, pokud se jen trochu snaží. Deprese je normální součástí stárnutí. Pokud máte duševní nemoc můžete ji překonat silou vůle, a pokud se léčíte s duševní poruchou, tak jste nějak „selhali“ nebo jste slabí. Skutečnost, že mnohé z těchto myšlenek jsou stále široce přijímány, ukazuje, jak málo obecná populace stále rozumí duševním chorobám. Tam, kde chybí informace, tyto mýty kvetou (Thornicroft, c2011).

Největším rizikovým faktorem, pro vznik schizofrenie je strach, který se v našich životech objevuje od samého začátku a vyskytuje se v běžných situacích jako je sledování hororů, pomlouvání od okolí a strach z neúspěchu či ztráty. Jedním z příkladů může být i strach z obyčejné chůze po chodníku, kdy nám tento pocit vnutí média, které nás upozorňují na to, že nebezpečí čeká na každém rohu (Jašík, 2019). Vědění, porozumění a strach jsou spojeny dohromady, takže strach z neznámého je možná největším strachem ze všech. Pokud lidé vědí, čemu čelí, mohou vymyslet strategii, jak se s tím vyrovnat nebo dokonce překonat. A i když jsou postaveni před zdrcující situaci, mohou se alespoň psychicky přizpůsobit důsledkům, které vidí, jak se vyvíjejí. Nevědět, jen se bát, je běžná situace jak u lidí trpících schizofrenií, tak u těch, kteří se o ně starají a pečují o ně (Kingdon & Turkington, 1994).

Dalším omezením jsou hlasové halucinace, které trápí přibližně 50 % osob. Nemocný slyší hlasy, které se mezi sebou hádají nebo kritizují to, jak se chová. Ve většině případů mu přikazují, co má udělat (Bankovská & Španiel, 2013). K poruchám myšlení řadíme především bludy, jsou to falešně a nepravdivé představy, které považuje nemocný jako pravdivé. Případá mu, že ho venku sledují červená auta nebo že po něm jde policie. To v něm vyvolá strach, nespí a celé dny sleduje co se děje na ulici, kvůli tomu přestane vycházet ven a zabarikáduje se doma (Praško, c2005).

Z důvodu braní antipsychotik při léčbě, se u 15-72 % objevuje nárůst váhy, což je úzce spjato se stravovacími návyky. Z důvodu větší chuti k jídlu a menšího výdeje energie. U mnohých je vysoké riziko obezity, a také je známo, že mají více kardiovaskulárních chorob než většina populace (Bankovská & Španiel, 2013). Ukázalo se, že pacienti s duševními poruchami tráví sezením až 11 hodin denně (Raboch, 2019).

Ti, kteří se těší dobrému zdraví a jsou fyzicky zdatní, lépe zvládají stres. Schizofrenie je však spojena se zvýšeným výskytem fyzických onemocnění. Globálně mezi ně patří: infekce HIV, hepatitida, osteoporóza, snížená citlivost a bolest, sexuální dysfunkce,

porodní komplikace, kardiovaskulární onemocnění, již zmiňovaná nadváha a obezita, cukrovka, problémy se zuby a polydipsie (Bankovská & Španiel, 2013).

Je také známo, že duševně nemocní lidé umírají na somatická onemocnění častěji než duševně zdraví lidé. Lidé se schizofrenií mají o 50 % vyšší riziko úmrtí na tělesné nemoci a o 20 % kratší průměrnou délku života. Zvláštní pozornost je věnována úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění odpovídající populačnímu problému (Češková, 2007).

Důležitou potřebou biopsychosociálních potřeb je partnerství, popřípadě založení rodiny. Jejich pocit odlišnosti od ostatních lidí posiluje to, že jsou na svůj věk psychosexuálně nezralí. Sociální okruh jako jsou kamarádi mají velmi malý, a to z toho důvodu, že raději zůstávají v bezpečném prostředí jako jsou rodiče a sourozenci. Ve většině případů nevykonávají běžné volnočasové aktivity jako jsou sport nebo hry, které vedou k opětovnému projevení příznaků ve smyslu bludů a halucinací. Obtížné je pro ně seznámení se s druhým pohlavím, z důvodu vrozené plachosti. Intimní zkušenosti mají mnozí ve většině případů nepříjemné nebo vůbec žádné. Specifickou oblastí, je která se týká založení rodiny (Jarolímek, 2021). Otěhotnění ženy, jenž omezuje psychóza, by mělo být velmi promyšleno, neboť se objevuje riziko. Prvním příznakem psychického onemocnění může také být, pokud člověk neočekávaně opustí domov. Odchod může souviset s onemocněním a jeho následnými obtížemi jako jsou úzkosti, pocit ohrožení nebo jim sluhové halucinace odchod nařídí (Praško, c2005).

Lidé se schizofrenií se potýkají s menšími sociálními problémy. Nejsou schopni udržovat osobní hygienu či samostatně udržovat domácnost, dělá jim problém hospodaření s penězi nebo rovněž zapojení se do různých sociálních kolektivů. Právě kvůli této problematice jsou zřízeny chráněné a tréninkové bydlení, aby se psychicky nemocný člověk naučil v rámci možností fungovat v normálním životním prostředí (Jarolímek, 2021).

Psychóza může omezit i blízké nemocného, tím že u nich může vzniknout syndrom vyhoření (Praško, c2005). Také dochází k omezení pacienta na lůžku použitím kurtů nebo hospitalizace na uzavřeném lůžku v psychiatrických léčebnách. Ovšem ve většině případů jsou na uzavřených odděleních uzavřeny dobrovolně. Omezení v léčbě je takovým posledním prostředkem, kdy je potřeba zvládnout stav z důvodu agresivity či neklidu (Praško, c2005). Všeobecně je známo, že velcí kuřáci jsou právě ti lidé, kteří se dlouhodobě léčí pro schizofrenii. Psychiatrická léčebna byla právě místo, kde se mnozí

z nich naučili kouřit (Jarolímek, 2021). Po opuštění psychiatrické nemocnice se může člověk ocitnout v těžké situaci, v pracovní neschopnosti, bez práce, hledá důvěru sám v sebe. Aby se cítili lépe a byli spokojenější vezmou si drogu. Ta pro ně znamená jednu z nejnebezpečnějších pastí (Praško, c2005).

Uvádí se, že jeden z deseti pacientů s touto diagnózou ukončí svůj život sebevraždou (Jarolímek 2021, s. 15). Přičemž u onemocnění psychózou nastává vyšší riziko sebevraždy než u zdravého jedince. Přibližně 90 % lidí, kteří spáchají sebevraždu, trpí nějakou formou duševní poruchy. U nich je nejvyšší riziko, že se do jednoho roku od pokusu o sebevraždu pokusí o sebevraždu znovu. Ve srovnání se sebevražděnými pokusy v běžné populaci jsou sebevražedné pokusy u pacientů se schizofrenií obvykle závažnější a obvykle vyžadují lékařské ošetření. Metody používané při sebevražedných pokusech u schizofrenních pacientů jsou navíc smrtelnější než metody používané v běžné populaci. Komorbidita s psychoaktivními látkami je u schizofrenie častá a zvyšuje riziko sebevraždy. Sebevraždou jsou ohroženi zejména mladí uživatelé návykových látek. Délka jejich života je pak podle Jarolímků (2021) v průměru 48 let (Jarolímek, 2021).

2.4 Sociální služby pro osoby se schizofrenií

Sociální služby jsou nabízeny znevýhodněným osobám, jejichž cílem je zlepšit kvalitu života jejich života nebo je co nejvíce začlenit do společnosti nebo ochránit společnost před riziky spojenými s těmito osobami. Sociální služby tedy zohledňují identitu uživatele a jeho rodiny, skupiny, do které patří, nebo zájmy širší komunity (Matoušek, 2007).

Podporované bydlení

Mělo by být první možností pro pacienty, kteří nechtějí nebo nemohou žít se svou rodinou, ale jsou schopni žít samostatně. Ostatní formy pobytových služeb se podobají malým nemocnicím a mají vedlejší účinek v podobě zvýšení sociální izolace pacienta. Míra sociální integrace je pro každého pacienta optimální. Pacienti by neměli být nuceni do vztahů které jsou pro ně ztěžující (Matoušek, 2015). Klienti žijí ve vlastních bytech, kam za nimi v různých intervalech docházejí podpůrné služby, nebo mohou sami vyhledat pomoc, pokud ji potřebují. S pomocí a radami sociálních pracovníků, terapeutů a zdravotníků se učí lépe fungovat v domácím prostředí (Mahrová & Venglářová, 2008).

Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je poskytování důstojného bydlení za dostupné ceny (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Pacienti jsou ubytováni jednotlivě nebo ve dvojicích. Pokud si s něčím nevědí rady, mají možnost obrátit se na asistenta. Pro některé pacienty je nemožné si představit, že by si našli vlastní byt a odstěhovali se od rodičů. Díky chráněnému bydlení se mnozí mohou konečně osamostatnit (Jarolímek, 2021). V současné době je preferován model spolupráce mezi běžnými poskytovateli bydlení a osobními asistenty. Asistent pomáhá pacientovi najít bydlení, které odpovídá jeho potřebám a požadavkům (Bankovská Motlová & Koukolík, c2004). Mají svoje vlastní režimy a způsoby udržování vnitřních předpisů. Například zakazují užívání návykových nebo psychoaktivních látek a umožňují návrat domů do určité noční doby. Cílem těchto zařízení je snížit délku a četnost nákladných hospitalizací a omezit bezdomovectví, kriminalitu a šíření infekčních nemocí. Důležitým cílem je zlepšit kvalitu života pacientů (Praško & Látalová, 2013). Většina těchto institucí je založena a provozována několika neziskovými organizacemi. Umístění duševně nemocného do těchto zařízení je zamýšleno tak, aby se dotyčný naučil v omezeném čase fungovat v relativně normálním prostředí (Jarolímek, 2021).

Sociální rehabilitace

Přechod z lůžkové péče do ambulantní je usnadněn využíváním specializovaných denních stacionářů. Tam mohou navázat na reintegrační plán vytvořený během hospitalizace. Neméně důležité jsou organizace na podporu rodin, kluby, dílny a chráněné bydlení. Pracovní terapie může pacientům pomoci udržet si sebevědomí a rozvíjet kreativně zajímavé dovednosti. Pacienti jsou úspěšnější v zaměstnání a zlepšují se jejich sociální dovednosti. Vhodnými pomůckami jsou arteterapie a muzikoterapie (Praško & Látalová, 2013). Cílem sociální rehabilitace je dosáhnout nezávislosti, samostatnosti a soběstačnosti člověka prostřednictvím rozvoje jeho specifických schopností a dovedností, posilování jeho návyků a nácviku vykonávání běžných činností nezbytných pro samostatný život alternativním způsobem s využitím jeho zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Jedná se o řadu specifických činností (Arnoldová, 2016).

Sociální poradenství

Tuto službu poskytují dva typy odborníků: sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Jejich práce je v podstatě stejná. Poskytují praktickou podporu lidem v sociálních službách. Poskytují podporu lidem s duševním onemocněním v oblastech,

jako je správa financí, bydlení, pomoc při výběru a zajištění vhodného zaměstnání a jednání s úřady ohledně jejich pracovní neschopnosti, postižení nebo invalidity. V mnoha případech je to skutečně terénní pracovník, kdo je s klientem v úzkém kontaktu, navštěvuje ho v jeho domácnosti a pomáhá mu řešit i ty nejmenší problémy s udržení domácnosti (Jarolímek, 2021). Klíčovou osobou v sociální rehabilitaci je sociální pracovník, který je nezastupitelným členem multidisciplinárního rehabilitačního týmu. Sociální pracovníci vyhledávají rady v oblasti sociální pomoci, provádějí sociální šetření a působí jako prostředníci při jednání mezi klienty a úřady nebo organizacemi zdravotně postižených (Sládková, 2021).

2.5 Role sociálního pracovníka

Dle Matouška (2015) Sociální pracovníci mohou pracovat s lidmi s duševním onemocněním v zařízeních jako je: psychiatrická léčebna, psychiatrické oddělení nemocnice, nespécializovaná zařízení v Čechách též ústavy sociální péče pro mentálně postižené, ale také běžný domov důchodců. Dále komunitních institucích jako je: denní stacionář, krizové centrum, zařízení podpory práce a bydlení, centra denních aktivit.

Předpokladem pro práci s osobami s duševní poruchou je základní znalost příznaků i dynamiky duševního onemocnění, terapeutických intervencí (včetně účinků léků), znalost standardů zdravotní a sociální péče a pravidel zdravotnických a sociálních zařízení, ve kterých pracovník pracuje. Kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi, jeho okolí a zázemí, které zjišťuje pomocí sociálního šetření. Vypracovat a realizovat intervenční plány, vyhodnotit výsledky a ukončit práci s klientem. K tomu využívá své schopnosti navazovat kontakt, vést rozhovor, naslouchat, věnovat pozornost verbálním i neverbálním projevům klientů a ostatních respondentů a být všímavý. Umí komunikovat ústně i písemně s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi. Má jasnou představu o své pracovní morálce a o tom, jak nakládá s informacemi o klientovi.

Sociální pracovníci také připravují pacienty na přechod z lůžkových zařízení do přirozené komunity. Zprostředkování navazující péče a životních podmínek jako je práce, bydlení, vztahy, finanční stabilita) jsou základními aspekty sociální práce ve fázi hospitalizace, zejména prevence „syndromu otáčivých dveří“ (opakované krátkodobé hospitalizace). Sociální pracovníci pomáhají budovat most, po kterém se klienti mohou vrátit z instituce

do svého domácí prostředí a pokračovat v léčbě, například docházením do stacionáře nebo programu denních aktivit.

Sociální pracovník zastává mnoho rolí. Buduje vztahy s pacienty založených na respektu a partnerství. Plní roli vyslance, obhájce, budovatele vztahů a prostředníka mezi lidmi s duševním onemocněním a komunitou, jejíž podmínky zná velmi dobře. Snaží se podporovat sociální integraci, to znamená změnu postoje těch, kteří se bojí lidí označených za duševně nemocné. Sociální pracovníci koordinují služby jménem klientů a pro klienty. Spolupracují s rodinami, okolím klienta, institucemi a někdy i s veřejností (Matoušek, 2015).

3 Cíl práce

Ve výzkumné části této práce bych se především chtěla zabývat, jak klienti vnímají svoji kvalitu života a jaké aspekty ji ovlivňují.

Výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jaká je kvalita života osob se schizofrenií?

4 Metodika

4.1 Použité metody a techniky výzkumu

Kvantitativní přístup v podstatě předpokládá, že zkoumané jevy sociálního světa (jeho různé aspekty, objekty procesy atd.), jsou nějak měřitelné nebo alespoň nějak klasifikovatelné či uspořádatelné. Informace o nich lze získat v podobě, která je kvantifikovatelná a pokud možno formálně srovnatelná. Statistické metody se pak používají k jejich analýze se záměrem ověřit platnost představ o výskytu určitých charakteristik, jejich vztahu k jiným objektům, jejich vlastnostech atd (Reichel, 2009).

Kvantitativní výzkum odpovídá na otázku kolik. Určuje, kolik jednotek (jednotlivců, domácností atd), zastává určitý názor a určitým způsobem se chová. Kvantitativní data lze vytvářet dotazováním respondentů, ale také měřením, zaznamenáváním událostí atp (Tahal, 2022)

Zjednodušeně řečeno, nástrojem kvantitativního výzkumu je dotazník, zatímco nástrojem kvalitativního výzkumu je rozhovor. Toto pojedí vede ke značnému zjednodušení rozdílů mezi oběma metodologickými přístupy. Například rozhovory lze úspěšně použít v obou přístupech, liší se však svým účelem a formou (Švaříček & Šed'ová, 2007).

Například postupem kvalitativní metodologie a následně kvantitativní metodologie lze vytvořit dostatečně hlubokou teorii a potvrdit ji na širokém vzorku. Oba přístupy lze použít k doplnění a identifikaci různých aspektů (Švaříček & Šed'ová, 2007).

Výzkumníci stále častěji kombinují kvalitativní a kvantitativní výzkumné metody v rámci jedné výzkumné akce. Tímto způsobem se snaží využít oba přístupy k řešení svého výzkumného problému. Proto je popsáno využití smíšených výzkumných plánů a smíšených výzkumných strategií (Hendl, 2023).

Postupně nabývá pochopení, že kvalitativní i kvantitativní studie přispívají svým vlastním způsobem k prohlubování znalostí o člověku a sociální sféře. Výsledky získané z obou výzkumných strategií se doplňují (Hendl, 2023).

Existuje mnoho metod měření kvality života. SEIQoL– Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, která umožňuje měřit kvalitu života jedince. Mezi další

subjektivní dotazníky kvality života používané v ČR patří SQUALA a WHOQOL (Mandincová, 2011).

Nástroj pro hodnocení kvality života při individuální práci s klienty. Respondenti určují svých pět nejdůležitějších životních cílů. K určení důležitosti každého životního cíle, jeho hlubšího významu a interpretace se používá metoda analýzy názorů a přesvědčení. Zaznamenává se také míra úspěšnosti a dosažení stanovených cílů (Křivohlavý, 2009).

Subjektivní hodnocení kvality života je ovlivněno subjektivní vahou jednotlivých dimenzí a jejich změnami v čase. V případě metody SEIQoL se kvalita života hodnotí na základě spokojenosti s dosažením určitých cílů, které dotyčný považuje za nejdůležitější. Míra spokojenosti je uvedena v procentech od nejnižší spokojenosti (0 %) po nejvyšší spokojenost (100 %) u pěti vybraných cílů. Dále je uvedena relativní váha každého z pěti cílů (které dohromady činí 100 %) (rovněž v procentech) a celková spokojenost se životem je znázorněna (křížkem) na přímce s minimálním a maximálním pólem (Paulík, 2017).

Polostrukturovaný rozhovor

Dále jsem zvolila pro doplnění informací polostrukturovaný rozhovor. Polostrukturované rozhovory (známé také jako řízené nebo polořízené rozhovory) se vyznačují připraveným souborem témat nebo otázek k rozhovoru, které nejsou předem striktně seřazeny. Tazatel může často znění otázek částečně upravit, ale je nezbytné, aby byly všechny otázky prodiskutovány (Reichel, 2009). Okruhy rozhovorů může tazatel dále rozvést formou konkrétních otázek, které dávají jistotu, že studující téma nezapomene a bude se ptát na všechny oblasti zájmů. Myšovič (2019) v této souvislosti uvádí, že polostrukturované rozhovory zahrnují připravené otázky, které vedou k identifikaci výzkumných témat prostřednictvím následujících podrobných odpovědí. (Hricová et al., 20223) Polostrukturované rozhovory lze do jisté míry považovat za přechodový bod mezi kvalitativními a kvantitativními výzkumnými strategie, neboť strukturované rozhovory se nacházejí na pomezí čistě kvalitativních výzkumných strategií (Hricová et al., 2023).

4.2 Etika výzkumu

Před každým rozhovorem jsem si od klienta vyžádala souhlas s provedením výzkumu. V rámci samotného výzkumu je nutné zajistit souhlas subjektu s účastí na výzkumu a sběrem dat, takzvaně získat informovaný souhlas. Tento souhlas může mít mnoho podob,

ale v každém případě musí být doložitelný (příkladem aktivního souhlasu je podpis prohlášení, příkladem pasivního souhlasu je vyplnění dotazníku), pokud takovýto informovaný souhlas nelze udělit, je vyžadován také souhlas zákonného zástupce (Hricová et al., 2023.) Poté jsem respondenty ujistila, že informace budou použity pro mou bakalářskou práci, že zůstanou v anonymitě. Dále jsem měla připravené dotazníkové šetření pomocí metodologie SEIQoL.

Vzhledem k výše uvedenému byly respondenti seznámeni s průběhem rozhovoru, cílem výzkumu a souhlasili s nahráváním rozhovoru na diktafon. Z důvodu zachování anonymity označuji respondenty jako R1 – R6.

4.3 Metody a techniky sběru dat

Při vytváření mé výzkumné části jsem se věnovala výběru vhodného vzorku. Sběr dat byl prostřednictvím dotazníku SEIQoL doplněný polostrukturovaným rozhovorem. Výzkumný soubor práce byl vybrán na základě metody záměrného výběru dat s ohledem na srozumitelnost vzhledem k onemocnění, kritéria onemocnění, využívají nějakou sociální službu a ochota podílet se na výzkumné části mé bakalářské práce. Rozhovory s respondenty jsem vedla v chráněném bydlení a probíhaly v březnu roku 2024. Každý rozhovor se lišil svou délkou, trvaly v rozsahu 30-45 min v odpoledních hodinách. Odpovědi byly nahrány do mobilního telefonu, následovalo jejich přepsání do textové podoby a poté byla nahrávka smazána. Měla jsem připravené doplňující otázky, které navazují na dotazníkové šetření SEIQoL.

4.4 Charakteristika výzkumného souboru

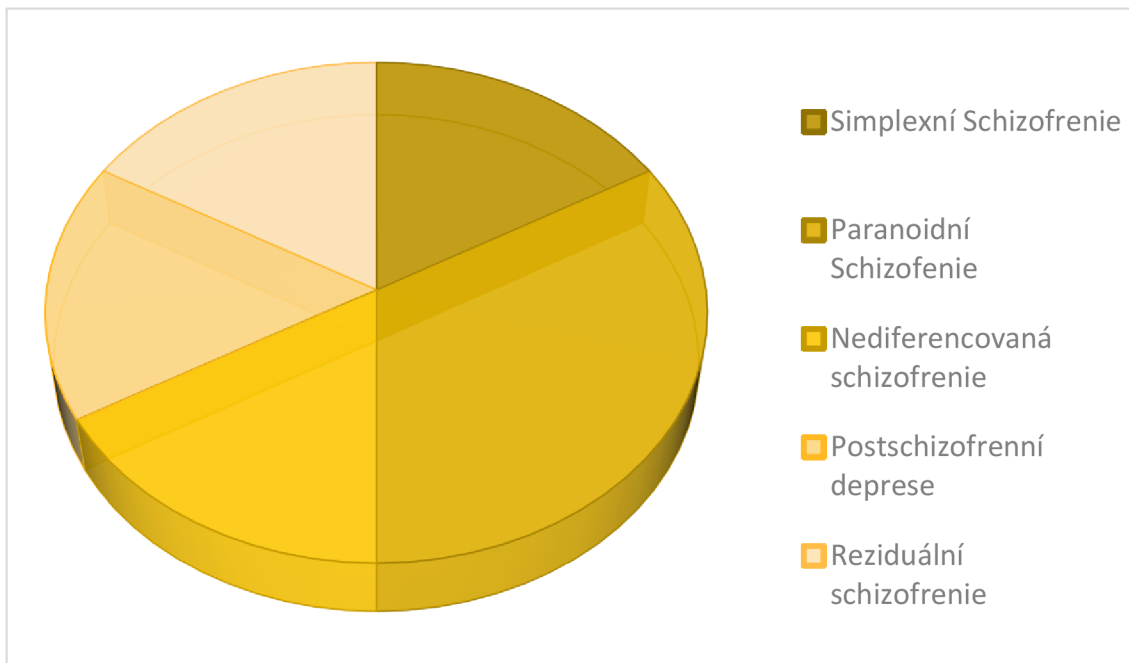
Tabulka č. 1 Charakteristika respondentů

Respondenti	Pohlaví	Věk	Nejvyšší dosažené vzdělání	Bydliště
R1	Muž	36	Vyučen	Město
R2	Muž	46	Základní	Město
R3	Muž	41	Základní	Město
R4	Žena	53	Střední s maturitou	Vesnice
R5	Muž	42	Vyučen	Vesnice
R6	Muž	50	Vyučen	Město

Zdroj: Vlastní zdroj

Výzkumný soubor tvořila skupina dospělých lidí, s různými typy schizofrenie. Dohromady výzkumný soubor tvořilo dohromady 6 respondentů, z nichž bylo 5 mužů a 1 žena ve věkové kategorii 36–53 let. Prvním respondentem je 36letý muž s diagnózou postschizofrenní deprese, je svobodný, bezdětný a žije sám. Není věřící a objevují se u něj suicidální sklony. Pobírá 1.stupeň invalidního důchodu. Dalším respondentem je 46letý muž s diagnózou schizofrenie simplex, je svobodný, bezdětný a žije sám. Věřící není a pobírá invalidní důchod. Dalším respondentem je 41letý muž s diagnózou paranoidní schizofrenie, je svobodný, žije sám a je silně věřící. I tento klient pobírá invalidní důchod. Dalším respondentem je 53letá žena s diagnózou paranoidní schizofrenie, je svobodná, žije sama a pobírá invalidní důchod. I tato klienta je věřící. Dalším respondentem je 42letý muž s diagnózou nedifencovaná schizofrenie. Kvůli nemoci nastal rozchod, do té doby měl 1 dceru. Žije sám a také pobírá invalidní důchod

a není věřící. Šestým respondentem je 50letý muž s diagnózou reziduální schizofrenie je rozvedený a bezdětný. Žije sám, pobírá invalidní důchod a je věřící.



Obrázek 1: Typy schizofrenie

Zdroj: Vlastní zdroj

4.5 Jak respondenti vnímají kvalitu života

Tabulka č. 2 výsledky z měření kvality života pomocí dotazníků SEIQoL

Výsledky měření kvality života	
	Celková hodnota QoL
R1	49,8 %
R2	52,5 %
R3	25 %
R4	58 %
R5	70,3 %
R6	36,5 %

Zdroj: Vlastní zdroj

U míry spokojenosti se životem, která se zaznamenává křížkem, a která je určitým druhem „teploměru vaší životní spokojenosti“ od 0 do 100 % uvedli klienti nejčastěji škálu 50–60 %. Pouze jeden z klientů uvedl podprůměr a to 20 %, zrovna tento klient jako jediný uvedl, že získává podporu od rodiny a přátel, že má přátele i mimo organizaci. Ale co se týká zdravotního hlediska tento klient byl diagnostikovaný F20.6 Simplexní schizofrenie, a uvedl, že onemocnění velmi oslabuje jeho fyzickou kondici, a že by si přál plnohodnotný život.

Tabulka č3: Rozbor jednotlivých životních cílů

Kategorie životních cílů	Jednotlivé cíle respondentů
<p>Rodina</p>	<p>R1: „lepší vztah s matkou“ R2: „udržet si rodinnou pohodu“ R4: „najít si cestu zpět k rodině“ R5: „dostat se k rodině“ R6: „návštěva sestry“</p>
<p>Přátelé</p>	<p>R4: „mít více přátel“ R1: „Aby mi byli pořád oporou“ R3: „aby mi poskytovali větší oporu“</p>
<p>Práce</p>	<p>R1: „Chtěl bych stabilní práci“ R2: „Pracovat v motto dílně“ R3: „najít si práci, abych si mohl kupovat co chci“ R5: „Mít nějakou tu práci“</p>
<p>Záliby</p>	<p>R1: „procházky s pejskem“ R2: „zlepšovat svoje dovednosti ve vaření“ R4: „procházky v přírodě“ R5: „editování hudba“ R6: „poslouchání hudby“</p>
<p>Finance</p>	<p>R2: „Mít více peněz“ R3: „potřeboval bych více peněz“ R4: „Uvědomit si hodnotu peněz“ R5: „nebýt omezen“</p>

	R6: „potřeboval bych více peněz“
Zdraví	R1: „mít více energie a síly“ R4: „lepší ranní vstávání“ R3: „chci být fit a plný síly“ R2: „plnohodnotný život“ R5: „cítit se normálně, jako do teď“ R6: „uzdravit se“
Víra	R3: „v něco věřit musím.“ R4: „ano, hlasy“ R6: „je to jakýsi můj zdroj podpory“

Zdroj: Vlastní zdroj

Rodinu do svých životních cílů uvedlo **5 respondentů**, pouze jeden z nich uvedl, že cítí ze strany rodiny a přátel podporu, ostatní uváděli, že by si chtěli najít zpět cestu k rodině, zlepšit vztahy, či někoho navštívit. **Přátele** uvedli **3** respondenti, kteří touží po tom jich mít více, mají jich jen pár. **Záliby** uvedlo **5 respondentů**, nejvíce byla zmiňovaná **hudba** a to u **2 respondentů** stejně jako **procházky** v přírodě nebo s domácím mazlíčkem také u **2 respondentů**. **Finance** uvedlo **5 respondentů**, cítí se být omezeni, a nemají jich dostatek. **Zdraví** uvedli všichni **respondenti**, u hodně klientů se vyskytuje vyčerpání z důvodu onemocnění, touží po tom mít plnohodnotný život a uzdravit se. **Víru** jako nějaký zdroj síly uvedli **3 respondenti**, u jedné z klientek se objevila odpověď R4: „ano, hlasy“.

4.6 Analýza rozhovorů

Oblast rodina

R1: „Přátele moji nemoc přijali. S rodinou nemám dobré vztahy zvláště s matkou no, ale chtěl bych.. Ano přátele mám i mimo Fokus“.

R2: „Rodina mě velice podporuje, nejvíce mi pomáhá přátelství a diagnózu přijali všichni tak nějak normálně“.

R3: „No moc né, nevím, nějaké přátele mám. Chtěl bych, aby se mi více věnovali“.

R4: „Diagnózu přijali, ale až po delší době. S rodinou jsme si odcizeni. Mám pár přátel, a od nich nějakou podporu mám a chtěl bych si najít ještě nějaké“.

R5: „Skoro všichni mi pomáhají, když něco potřebuju na poštu, tak s poštu no, na Vánoce. Normálně přijali mou diagnózu. Mám přátele, kteří mě podporují“.

R6: „Žádná podpora, dělali ze mě akorát tak chudáka, ale nějaké přátele mám, ale málo“.

Oblast přátelé

Oblast Fyzická

R1: „Citím se často vyčerpaný, i po méně namáhavé práci. Léky mi pomáhají se udržet ve fungujícím stavu. Spouštěčem byla šikana, nefungující rodina v dětství a dospívání.“

R2: „Onemocnění mě oslabuje, ano změny po lécích pociťuju, spouštěčem onemocnění bylo vyčerpání.“

R3: „Ubralo mi to fyzickou sílu. Léky mi vyhovují, co bylo spouštěčem, to nevím.“

R4: „Těžko se mi stává, ano změny pociťuji, je to lepší. Stres a muži.“

R5: „Nepociťuji nějaké velké změny, normálně. Léky mi vyhovují výborně. No minimalizovaná porušen abstinence.“

R6: „Nene nepůsobí, cítím se dobře. Na léky jsem zvyklí, drží mě. Hm byl jsem vyčerpán.“

Oblast financí

R1: „S financemi vycházím z výplaty do výplaty. Ne uspokojení vlastních potřeb je dostačující. Nepobírám.“

R2: „Tak asi citový naladění a mám nedostatek financí. Ano pobírám invalidní důchod.“

R3: „Mám nedostatek financí, nemůžu si kupovat co chci. Peníze mi vystačí pouze na základní potřeby. Ano pobírám.“

R4: „*Neuvědomuju si tolik hodnotu peněz. Pobírám 3. stupeň invalidního důchodu.*“

R5: „*Jsem z velké části omezen, chtěl bych si najít práci no abych nebyl. Ano pobírám.*“

R6: „*Mám jich méně, než bych potřeboval. Ano pobírám invalidní důchod.*“

Oblast stigmatizace

R1: „*O své diagnóze před cizími lidmi nemluším.*“

R2: „*Ignoruji to.*“

R3: „*Nijak, ne neovlivňuje.*“

R4: „*Neřeším to.*“

R5: „*Nepocítuji. Nevšímají si mě.*“

R6: „*At' mi políbí p****.*“

Oblast zdroje síly

Jaké jsou Vaše největší zdroje síly a inspirace v boji s vaším onemocněním?

R1: „*Můj pejsek Maxík, čas s blízkými přáteli, hudba, příroda.*“

R2: „*Jídlo, vaření, kafe, knihy, rádio a televize.*“

R3: „*Nevím, nic mě nenapadá teď.*“

R4: „*Knihy hlavně ty romantické, procházky v přírodě.*“

R5: „*Jazyky, kreslení, hudba, četba.*“

R6: „*Hudba.*“

Oblast přání

R1: „*Mít samostatné bydlení a stabilní práci.*“

R2: „*Tak určitě ten plnohodnotnej život. Zaměstnání třeba v té moto dílně, hm to by se mi líbilo.*“

R3: „*Mít PlayStation.*“

R4: „*Být s rodinou, no.*“

R5: „*Dostat se k rodině a mít práci.*“

R6: „*Nejvíc si přeju navštívit mou sestru.*“

5 Diskuze

Podkladem pro tuto diskuzi jsou informace ze zdrojů použitých v mé teoretické části a výsledky mého výzkumu. Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce bylo zjistit, jaká je kvalita života osob se schizofrenií. Cíl práce nebyl pojat obecně, ale týká se jen vybraných jedinců. K dosažení cíle jsem použila dotazník kvality života SEIQoL doplněný polostrukturovaným rozhovorem pro upřesnění cílů. Existují i přímo dotazníky zjišťující kvalitu života osob se schizofrenií, ale nepoužila jsem je, protože zjišťovaly kvalitu života v posledních sedmi dnech. Má představa o počtu respondentů byla větší než se v realitě ukázalo, proto mám ve své bakalářské práci pouze šest respondentů.

Jarolínek (2021) uvádí, že sociální okruh jako jsou kamarádi mají velmi malý, a to z toho důvodu, že raději zůstávají v bezpečném prostředí jako jsou rodiče a sourozenci. Pouze dva z šesti respondentů uvedli, že mají pouze pár přátel. Co se týče rodiny, pouze jeden klient uvedl, že ho rodina podporuje. Pět respondentů se shodlo na tom, že jsou si s rodinou odcizení a nejsou v kontaktu. Dále dle Jarolímka (2021) tyto lidé ve většině případů nevykonávají běžné volnočasové aktivity jako jsou sport nebo hry, které vedou k opětovnému projevení příznaků ve smyslu bludů a halucinací. S tímto úplně nesouhlasím, neboť všichni respondenti uvedli jakožto svůj životní cíl záliby nebo různé využití volného času jako největší zdroj síly. Od hudby, kresby, procházky s domácím mazlíčkem až po přírodu.

Dle Jarolímka (2021) nastává u osob onemocněných duševních poruchou vyšší riziko možného suicidálního jednání než u zdravé populace. V 90 % lidí, které spáchají sebevraždu trpí většinou nějakou formou duševní poruchy. Z 6 respondentů na můj dotaz, zda mají nějaké suicidální myšlenky mi odpověděl jeden z respondentů, že ano. Preis a Kučerová (2006) se domnívají, že přesto že je nástup onemocnění u žen opoždění, několik studií zjistilo, že ženy mají vyšší pravděpodobnost onemocnění než muži. Můj výzkum tvořilo 5 mužů a 1 žena, takže převaha byla jednoznačně na straně mužů. Hlasy, které se velmi často objevují u schizofrenie popisuje Praško (2005) jako v nějakých případech pro člověka mohou být tyto zvuky příjemné a dělat mu společnost na druhou stranu mohou být nepříjemné až hroživé. Když jsem se respondentů ptala, zda jsou věřící a jestli to považují za nějaký zdroj podpory, respondentka mi odpověděla, že ano, hlasy, kterým ona důvěřuje. Jarolínek (2021) uvádí, že mnozí jsou věřící a členové různých náboženských

organizací. Tam často nacházejí nejen blízkou společnost, ale také odpovědi na své vnitřní otázky. Dva respondenti uvedli, že jsou věřící a považují to za nějaký zdroj podpory.

Dle Bankovské a Koukolíka (2004) lidé, kteří jsou narozeni v městských oblastech mají asi dvojnásobné riziko rozvoje schizofrenie. Protože čím vyšší je hustota a populace, tím je vyšší riziko schizofrenie. Při zjišťování osobnějších údajů jsem došla k výsledku, že čtyři respondenti žijí ve městě s počtem obyvatel do 25 000 a dva respondenti žijí na vesnici s počtem obyvatel zhruba do 1000. Bankovská a Koukolík (2004) dále uvádějí, že schizofrenie je obvykle spojována s nízkým sociálním postavením a nízkým dosaženým vzděláním, ale vyskytuje se i mezi vysoce vzdělanými, kreativními lidmi a lidmi z vyšších vrstev. Dva z dotazovaných respondentů mají nejvyšší dosažené vzdělání pouze základní školu, tři respondenti jsou vyučeni (učiliště) a jedna respondentka má střední školu s maturitou.

Podle Bankovské a Koukolíka (2004) Lidé se schizofrenií zneužívají třikrát více alkoholu než lidé bez duševních poruch. 20-60 % lidí se schizofrenií zneužívá alkohol. Závislost na alkoholu byla významně spojena s mužským pohlavím a větší paranoiditou. Také užívání nelegálních drog, jako je marihuana, amfetaminy, kokain a vzácné opiáty, halucinogeny, je častější u lidí se schizofrenií než u běžné populace a u pacientů s jinými psychiatrickými onemocněními. Jeden z respondentů právě uvedl že spouštěčem jeho onemocnění byla právě minimalizovaná porušená abstinence. Někteří si neuvědomují, co mohlo být spouštěčem, ale nejvíce se respondenti shodli na tom, že to byl právě stres nebo celkové vyčerpání. Praško a Látalová (2013) se domnívají, že se schizofrenie může objevit v případě různých stresových situací jako je například odloučením od rodiny, úmrtím v rodině, přesčasy, přestěhováním se do zahraničí atd.

Češková (2007) uvádí, že Paranoidní schizofrenie F20.0 je nejčastějším typem schizofrenie, rovněž je i snadno diagnostikovatelná. Dva z dotazovaných respondentů jsou diagnostikováni právě tímto typem schizofrenie. Další respondenti byli diagnostikováni: Nediferencovaná schizofrenie (F20.3), Postschizofrenní deprese (F20.4), Reziduální schizofrenie (F20.5) a Simplexní schizofrenie (F20.6.). Praško a Látalová (2013) charakterizují Simplexní schizofrenii (F20.6) jako poměrně vzácnou, ale prognosticky významnou schizofrenii. Malá a Pavlovský (2002) jsou toho názoru, že tyto lidé nedbají o svoji hygienu a nejsou schopni pracovat ani vést společenský život. Respondent, který má právě tuto diagnózu zaznamenal křížek na ose s mírou spokojenosti

života pouze na 20 %. Praško a Látalová (2013) ještě uvádějí, že u těchto jedinců jsou emoce přehnané. Podle Bankovské (2012) již v prvním roce léčby léky neužívá až 40 % a během dvouletého sledování léky neužívá 75 %. Otázky ohledně farmakoterapie, zda klienti pocítují nějaké změny jsem dostala odpovědi skoro od všech dotazovaných kladné, že se po nich cítí lépe, jeden respondent uvedl, že mu pomáhají žít. Co se týká užívání léků, užívají je pravidelně, protože se po nich cítí lépe a pomáhají jim.

V metodě SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) respondenti určují pět svých životních cílů. Dle Křivohlavého (2002) jsou nejčastěji zmiňovány cíle: zdraví, rodina, práce, víra, finance a vzdělání. Ukazují se také cíle jako je: politika, estetika a volný čas. Respondenti zmínili skoro všechny, které jsou nejčastěji zmiňovány: rodina, zdraví, víra, finance dále záliby nebo volný čas, jak rádi tráví. Dále zmínili ještě přátele.

Výzkumná část mé bakalářské práce se soustředila na to, jaká je kvalita života osob se schizofrenií. Dle Bankovské a Španiela (2013) je schizofrenie stigmatizovaná nemoc. Člověk se schizofrenií čelí některým neobvyklým situacím, protože stigma ovlivnilo strukturu kolem něj. Výsledkem může být nízké sebevědomí, omezená sociální síť a ztráta příjmu. Z toho vyplývá, že stigma je pro pacienty zátěží. Stres související se stigmatem může zhoršit průběh schizofrenie. Ovšem všichni respondenti se shodli na tom, že nepocítují žádnou stigmatizaci od okolí, před cizími lidmi o své diagnóze nemluví, popřípadě to neřeší.

Uvědomuji si, že získané informace se nedají zobecnit.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala kvalitou života osob se schizofrenií. Cílem této práce bylo zjistit, jaká je kvalita života osob se schizofrenií, a jak ji jednotlivé aspekty ovlivňují. K dosažení toho cíle bylo nezbytné získat odpovědi na následující otázku: „*Jaká je kvalita života osob se schizofrenií?*“.

Výzkum v praktické části byl proveden pomocí kvantitativní výzkumné strategie dotazníku SEIQoL doplněného technikou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly provedeny s 6 respondenty. Získána data byla následně analyzována a vyhodnocena. Výsledky ukázaly, že kvalita života těchto jedinců je souvisí s nedostatečnou podporou, špatné vztahy s blízkými, pouze jeden s respondentů uvedl, že ho rodina podporuje a mají dobré vztahy, málo financí, co se týče fyzické stránky, cítí se celkově velmi vyčerpaní, mají problém ráno vstát a jsou unaveni i po krátké práci. Zároveň respondenti uvedli, že touží po práci. Nejlépe se respondentům hovořilo o svém volném čase a různých zálibách. Za určité zdroje síly nejvíce považují hudbu, procházky v přírodě nebo s pejskem, a vaření. Jsou to věci, které je pomáhají se dostat na jiné myšlenky a jsou pro ně velmi důležité.

Dle výše uvedeného se domnívám, že cíl bakalářské práce byl naplněn a podařilo se mi úspěšně zodpovědět na výzkumnou otázku. Cíl práce zjistit, jaká je kvalita života osob se schizofrenií, nebyl pojat obecně, ale týká se jen vybraných jedinců.

Výsledky této práce mohou mít význam pro organizace zabývající se duševním zdravím, veřejnou politikou a pro práci s osobami se schizofrenií. Ve světle těchto zkušeností je tato bakalářská práce důležitým příspěvkem ke zkoumání a porozumění kvalitě života osob se schizofrenií. Doufám, že výsledky této práce budou inspirací pro další výzkum a praxi v této oblasti.

7 Seznam použitých zdrojů

Arnoldová, A. (2016). *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. GRADA Publishing.

Bankovská Motlová, L., & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Galén.

Bankovská Motlová, L. (2012). *Psychoedukace u schizofrenie*. Psychiatrické centrum Praha.

Bankovská Motlová, L., & Španiel, F. (2013). *Schizofrenie: jak předejit relapsu aneb terapie pro 21. století* (2. vyd). Mladá fronta.

Bartůšková, L. (2021). *Psychóza a spiritualita: vybrané aspekty vzájemného vztahu*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Clinical Manual for Treatment of Schizophrenia. (2012). Velká Británie: American Psychiatric Publishing.

Cohen, C. I., & Meesters, P. D. (Eds.). (2019). *Schizophrenia and psychoses in later life: new perspectives on treatment, research, and policy*. Cambridge University Press.

Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře* (2., rozš. vyd). Maxdorf.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch* (2., přepracované vydání). Grada Publishing.

Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Grada.

Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Páté, přepracované vydání). Portál.

Heřmanová, E. (2012). *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Sociologické nakladatelství (SLON).

- Hosák, L., Malekirad, M., & Látalová, K. (2022). *The etiology of mental disorders: concise, clear and synoptical*. Charles University, Karolinum Press.
- Hricová, A., Ondrášek, S., & Urban, D. (2023). *Metodologie v sociální práci*. Grada.
- Jarolímeck, M. (2021). *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Vyšehrad.
- Jašík, J. (2019). *Cesta ze schizofrenie*. Jindřich Jašík.
- Kingdon, D. G., & Turkington, D. (1994). *Cognitive-behavioral therapy of schizophrenia*. Guilford Press.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (Vyd. 3). Portál.
- Látalová, K., Končelíková, D., & Praško, J. (2015). *Suicidialita u psychických poruch*. Grada.
- Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.
- Malá, E., & Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Portál.
- Malík Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Grada.
- Marder, S. R. (c2014). *Schizophrenia*. Oxford University Press.
- Maršálek, M. (c2007). *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (Eds.). (2015). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (Vyd. 2). Portál.
- Matoušek, O. (2007). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Portál
- Mátel, A. (2019). *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Grada Publishing.

- Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.
- Orel, M. (2020). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše* (3., aktualizované a doplněné vydání). Grada.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Pavlovský, P. (2009). *Soudní psychiatrie a psychologie* (3., rozš. a aktualiz. vyd). Grada.
- Pěč, O., & Probstová, V. (2009). *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Triton.
- Praško, J. (c2005). *Léčíme se s psychózou: co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách : příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Medical Tribune Group.
- Praško, J., & Látalová, K. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Mladá fronta.
- Preiss, M., & Přikrylová Kučerová, H. (2006). *Neuropsychologie v psychiatrii*. Grada.
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Portál.
- Raboch, J. (2019). *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Mladá fronta.
- Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.
- Sládková, P. (2021). *Sociální a pracovní rehabilitace*. Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- Švaříček, R., & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál
- Tahal, R. (2022). *Marketingový výzkum: postupy, metody, trendy* (2. vydání). Grada Publishing.
- Thornicroft, G. (c2011). *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vyd. 4., rozš. a přeprac). Portál.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Dotazník SEIQoL

Příloha 2 – Obrázky

Příloha 3 – Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Metoda SEIQoL SEIQoL - Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life Program hodnocení individuální kvality života

Do rukou se Vám dostal dotazník, který slouží k vyhodnocení kvality života. Dotazník je zcela anonymní. Kvůli zajištění úspěšnosti výzkumu Vás prosím, abyste odpovídal a podle pravdy.

důležitost	Životní cíl, hodnota, CUE	Spokojenost

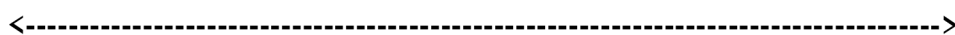
Σ 100%

od 1 do 100%

Míra spokojenosti se životem

Velmi špatné

Velmi dobré



Uved'te u každé oblasti zájmu, jak moc je pro Vás důležitá. Vyjádřete v procentech. Představte si, že pro všech pět témat, máte k dispozici celkem 100 %. Vaším úkolem je rozdělit těchto 100% mezi uvedená témata podle toho, jak moc je to či ono téma pro Vás důležité. Součet všech čísel v levém sloupečku musí dávat součet 100 %.

Uved'te u každého tématu, jak se Vám podle Vašeho zdání daří uskutečňovat to, čeho jste chtěli dosáhnout. Tj. jak jste s daným tématem spokojeni. Uved'te to v procentech od 0 % - 100 % kde 0 % je nejnižší míra spokojenosti a 100 % znamená, že jsem zcela spokojen/á s daným zaměřením života. (Daří se mi to dokonale)

Nakonec udělejte křížek na čáře, která je určitým druhem „teploměru vaší životní spokojenosti“

Děkujeme Vám.

Příloha č.2 seznam obrázku

Obrázek 1

Příloha č.3 Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Vážená paní, vážený pane,

obracím se na Vás s prosbou o spolupráci. V současné době vypracovávám závěrečnou práci, v rámci, které provádím výzkum, jehož cílem je zjistit jaká je kvalita života osob se schizofrenií. Zvolila jsem dotazník kvality života SEIQoL s pěti životními cíli a pro doplnění potřebných informací jsem zvolila techniku polostrukturovaného rozhovoru.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Studentka mne informovala o podstatě výzkumu a seznámil/a mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, stejně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány a použity pro účely vypracování závěrečné práce studentky.

Měl/a jsem možnost si vše řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit. Měl/a jsem možnost se studenta/ky zeptat na vše pro mne podstatné a potřebné. Na tyto dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu, způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasím s účastí ve výše uvedeném výzkumu.

Datum: _____

Podpis: _____

9 Použité zkratky

R1 – respondent 1

R2 – respondent 2

R3 – respondent 3

R4 – respondent 4

R5 – respondent 5

R6 – respondent 6

SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual QQ