

Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta  
Katedra sociální patologie a sociologie

**Sociální aspekty života schizofreniků a prevence  
relapsu onemocnění**

Bakalářská práce

Autor: Vitvarová Dominika  
Studijní program: B 7507 Specializace v pedagogice  
Studijní obor: Sociální patologie a prevence  
Vedoucí práce: PhDr. Hubert Jan  
Oponent práce: PhDr. Pelcák Stanislav, Ph.D.



## Zadání bakalářské práce

|                                |   |
|--------------------------------|---|
| <b>Autor:</b>                  | <b>Dominika Vitvarová</b>   |
| Studium:                       | P17P0383  |
| Studijní program:              | B7507 Specializace v pedagogice   |
| Studijní obor:                 | Sociální patologie a prevence   |
| <b>Název bakalářské práce:</b> | <b>Sociální aspekty života schizofreniků a prevence relapsu onemocnění</b>  |
| Název bakalářské práce AJ:     | A Social Life Aspects of People with Schizophrenia and a Relapse Prevention |

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Bakalářská práce se zaměřuje na sociální aspekty života schizofreniků, jako jsou kupříkladu vztahy mezi klientem a rodinou či spolupráce se sociálním pracovníkem. Dále je bakalářská práce zaměřena na prevenci relapsu, tedy znovupropuknutí, nemoci schizofrenie. V souvislosti s relapsem onemocnění jsou zmíněny jak rizikové faktory pro jeho vznik, tak i způsoby, jak lze relapsu předejít. Empirická část je tvořena dotazníkovým šetřením, jež mapuje právě sociální aspekty života schizofreniků a prevenci relapsu onemocnění z pohledu klientů psychiatrické nemocnice.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017. 157 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1 LÁTALOVÁ, Klára, KAMARÁDOVÁ, Dana a PRAŠKO, Ján. Suicidialita u psychických poruch. Vydání 1. Praha: Grada, 2015. 212 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4305-9 MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Vydání 1. Praha: Grada, 2008. 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5 OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Vydání 1. Praha: Grada Publishing, 2015. 374 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5199-3

Garantující pracoviště: **Katedra sociální patologie a sociologie,  
Pedagogická fakulta**

Vedoucí práce: PhDr. Jan Hubert

Oponent: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 13.2.2019

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího bakalářské práce PhDr. Jana Huberta a ve spolupráci s Centrem psychosociálních služeb Psychiatrické nemocnice Bohnice samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu. Dále prohlašuji, že bakalářská práce je uložena v souladu s Rektorským výnosem č. 13/2017 (Řád pro nakládání s bakalářskými, diplomovými, rigorózními, dizertačními a habilitačními pracemi na UHK) a zároveň je bakalářská práce v souladu s Rektorským výnosem č. 09/2020 (Přechodná změna způsobu odevzdávání bakalářských a diplomových prací).

V Jičíně dne 7. 5. 2020

---

Vitvarová Dominika

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala mému vedoucímu bakalářské práce PhDr. Janu Hubertovi za odborné vedení a cenné rady, které mi během konzultací předal. Mé poděkování též patří Centru psychosociálních služeb Psychiatrické nemocnice Bohnice za ochotu spolupracovat na empirické části této bakalářské práce a současně děkuji všem zaměstnancům jednotlivých oddělení, kteří též projevili ochotu spolupracovat. Na závěr chci poděkovat samotným respondentům, jež se dobrovolně stali součástí dotazníkového šetření.

## **Anotace**

VITVAROVÁ, Dominika. *Sociální aspekty života schizofreniků a prevence relapsu onemocnění*. Jičín: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2020. 73 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá sociálními aspekty života schizofreniků a prevencí relapsu, tedy znovupropuknutím, schizofrenie. V teoretické části kupříkladu popisují, co schizofrenie je, jaké má symptomy či jak se za pomoci psychoedukace rodina s onemocněním blízkého člověka vyrovnává. Dále zmiňují sociálně patologické jevy, jako jsou deprese či riziko sebevražd, jež s nemocí souvisejí a neopomínám ani sociální práci se schizofreniky. Konkrétněji zmiňují možnosti sociální péče a sociální prevence, jež mohou klienti využívat. Empirickou část bakalářské práce tvoří dotazníkové šetření, kterého se dobrovolně účastnili vybraní klienti Psychiatrické nemocnice Bohnice a pacienti, kteří v době vyplňování dotazníku nebyli v žádné psychiatrické nemocnici hospitalizováni, ale byla jim schizofrenie diagnostikována.

Klíčová slova: schizofrenie, prevence, relaps, sociální prevence, sociální péče

## **Annotation**

VITVAROVÁ, Dominika. *Social aspects of schizophrenic life and prevention of relapse of this disease*. Jičín: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2020. 73 pp. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor degree thesis deals with the social aspects of schizophrenic life and the prevention of relapse, that is a re-emergence of schizophrenia. In the theoretical part, for example, I describe what schizophrenia is, what symptoms it has or how with the help of psychoeducation a family copes with a close person's illness. I also mention socially pathological phenomena, such as depression or suicide risk, which are linked to the disease and I don't neglect social work with schizophrenics. More specifically, I mention the options for social care and social prevention the clients can enjoy. The empirical part of the bachelor's work is a questionnaire investigation voluntarily attended by selected clients of Psychiatric Hospital Bohnice and patients who were not hospitalized at any psychiatric hospital at the time the questionnaire was completed but where diagnosed with schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, prevention, relapse, social prevention, social care

## Obsah

|  |    |
|--|----|
| Úvod.....  | 8  |
| 1 Schizofrenie.....                              | 10 |
| 1.1 Symptomy schizofrenie.....                   | 10 |
| 1.2 Subtypy schizofrenie podle MKN-10 .....      | 16 |
| 1.3 Stigmatizace a sebestigmatizace .....        | 17 |
| 1.4 Léčba schizofrenie.....                      | 22 |
| 2 Sociálně patologické jevy u schizofrenie ..... | 23 |
| 2.1 Riziko sebevražd .....                       | 23 |
| 2.2 Abúzus návykových látek .....                | 25 |
| 2.3 Trestné činy spáchané pod vlivem bludů ..... | 27 |
| 3 Mezilidské vztahy .....                        | 29 |
| 4 Sociální práce .....                           | 32 |
| 4.1 Etika v sociální práci .....                 | 35 |
| 5 Relaps .....                                   | 36 |
| 5.1 Prevence vzniku relapsu.....                 | 38 |
| 6 Dotazníkové šetření.....                       | 40 |
| 6.1 Cíle a hypotézy.....                         | 40 |
| 6.3 Výzkumný vzorek .....                        | 46 |
| 6.4 Odpovědi respondentů.....                    | 47 |
| 6.5 Diskuse a závěr.....                         | 68 |
| Závěr.....                                       | 71 |
| Seznam použitých zdrojů .....                    | 73 |
| Příloha A .....                                  | 1  |
| Příloha B.....                                   | 3  |

## Úvod

Schizofrenie patří mezi nejznámější psychózy, a i přesto se domnívám, že prevenci tomuto onemocnění není věnována přílišná pozornost. Proto jsem se ve své práci rozhodla věnovat právě schizofrenii a zaměřit se mimo jiné i na prevence znovu propuknutí onemocnění.

V teoretické části bakalářské práce se zabývám schizofrenií a sociálními aspekty života takto nemocných jedinců. Konkrétně se zaměřuji na to, co schizofrenie je, jaké jsou symptomy tohoto onemocnění či jak tato diagnóza ovlivňuje nejbližší okruh lidí nemocného jedince. Dále zmiňuji sociálně patologické jevy, jako jsou deprese a riziko sebevražd, jež s nemocí komorbidují. V souvislosti s patologickými jevy zmiňuji i trestnou činnost schizofreniků spáchanou pod vlivem bludů. Následně neopomínám ani sociální práci s takto nemocnými jedinci a problematiku relapsů onemocnění.

Empirickou část tvoří informace o zvolené výzkumné metodě, tedy dotazníku, o skupině osob, jež se stali součástí dotazníkového šetření a v závěru empirické části se nachází vyhodnocení dotazníků. Respondentů bylo celkem 43 a jednalo se o hospitalizované pacienty v Psychiatrické nemocnici Bohnice a o pacienty, kteří v době vyplňování dotazníku již hospitalizovaní nebyli.

Hlavním cílem práce je **zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje již zmíněné sociální aspekty života pacienta a jakým způsobem se pacient snaží zabránit relapsu onemocnění**. Dílčími cíli jsou:

- **zjistit, zda a jak schizofrenie ovlivnila vztahy mezi pacientem a rodinou,**
- **vyhodnotit postoje, či změny postojů, okolí pacienta v souvislosti s jeho diagnózou,**
- **zjistit, zda respondenti s diagnózou schizofrenie mají zkušenosti s návykovými látkami či zda mají diagnostikovanou závislost na návykových látkách,**
- **identifikovat problémy, se kterými se klienti nejčastěji obracejí na sociálního pracovníka a jak nahlízejí na společnou spolupráci,**
- **zjistit, zda v rámci prevence relapsu onemocnění jsou klienti zaměstnaní a jaké aktivity ve svém volném čase vykonávají,**
- **analyzovat náhled a postoje pacienta k diagnóze schizofrenie a získat informace o lékařské péči.**



K dosažení všech stanovených cílů mi dopomohli pacienti Psychiatrické nemocnice Bohnice, kteří se stali součástí dotazníkového šetření. Pacienti Psychiatrické nemocnice Bohnice vyplnili v tištěné formě mnou vytvořený polostrukturovaný dotazník. Celý dotazník naleznete v příloze B. Přílohu A tvoří žádost o vyjádření etické komise, kterou bylo nutné mít, abych mohla dotazníkové šetření v Psychiatrické nemocnici Bohnice provádět. Dále mi dopomohli pacienti, jež v době vyplňování dotazníku nebyli hospitalizováni, ale mají schizofrenii diagnostikovanou. Ti vyplňovali dotazník v poupravené elektronické podobě.

# 1 Schizofrenie

Dle Benda je schizofrenie „*duševní porucha charakterizovaná závažným narušením většiny základních psychických funkcí. Zahrnuje poruchy myšlení, vnímání, pozornosti, paměti, vůle, efektivitu, poruchy „jáství“, narušení interpersonálních vztahů a vztahů k okolnímu světu. K charakteristickým symptomům patří depersonalizace, dezorganizované nebo katatonii chování, abulie, oploštělá nebo nepřiléhavá emotivita, bludy, halucinace.*“<sup>1</sup> Přičemž abulie, dle speciálně-pedagogické terminologie, znamená nedostatek či úplné chybění vůle.<sup>2</sup>

Malá ve své knize uvádí, že schizofrenie je „*klinické označení pro neurovývojovou poruchu neznámé etiologie.*“<sup>3</sup> Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je schizofrenie zařazena mezi poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). Konkrétněji spadá pod podkapitolu schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20-F29). V této části je schizofrenii věnována samotná kapitola s názvem schizofrenie pod označením F20.<sup>4</sup>

Co se týče vzniku schizofrenie, není dosud přesně definována její etiologie. Ví se však, že nejčastěji nemoc propuká mezi 15. a 25. rokem u mužů a u žen je to v období mezi 25. a 35. rokem. Také bylo zjištěno, že při rozvoji onemocnění hrají důležitou roli tři oblasti: prefrontální kůra, bazální ganglia a limbický systém. Dále hraje částečnou roli dědičnost a vnější faktory jako jsou viry a toxiny.<sup>5</sup>

## 1.1 Symptomy schizofrenie

Níže jsou uvedeny symptomy, které se u pacientů s diagnózou schizofrenie objevují, přičemž pojem symptom používáme v případě, kdy hovoříme o příznacích onemocnění.<sup>6</sup>

### 1. psychotické symptomy (pozitivní symptomy)

Na psychotických symptomech je dnes dle Motlové a Španiela diagnóza schizofrenie založena. Uvedení autoři řadí mezi psychotické symptomy: ozvučování, vkládání a odnímání

---

<sup>1</sup> BENDA, Jan. *Mystika a schizofrenie: mystické zážitky jako předmět klinického zájmu*. Ústí nad Labem: Jan Benda, 2007, s. 45

<sup>2</sup> KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016, s. 182. Pedagogika (Grada)

<sup>3</sup> MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005, s. 22. Psyché (Grada)

<sup>4</sup> *Mediatelly.co* [online]. © MediatellyMD [cit. 2020-01-22]

<sup>5</sup> MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Míra BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2006, s. 235. Sestra (Grada)

<sup>6</sup> O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005, s. 79. Sestra (Grada)

myšlenek, bludy, halucinace, dezorganizaci a poruchy motoriky. <sup>7</sup> Přičemž je zapotřebí vysvětlit především rozdíl mezi bludy a halucinacemi.

Bludy jsou „*mylná přesvědčení. Jsou časté a během vývoje schizofrenie se vyskytují někdy u více než 90 % nemocných. Bludné přesvědčení je natolik pevné, že i když existují doklady o tom, že to není pravda, nelze je nemocnému vymluvit. Ostatní toto přesvědčení s nemocným nesdílejí. Blud vzniká postupně. U schizofrenie začíná nejčastěji vztahovačností.*“ <sup>8</sup>

Tabulka 1: Příklady bludů u schizofrenie <sup>9</sup>

| Konkrétní typ bludu                | Projev   |
|------------------------------------|--|
| <b>Bludy zevní kontroly</b>        | Pacient si je jistý, že mu někdo na dálku přemístil orgány z dutiny břišní do hrudníku a obráceně, aniž by to zanechalo jizvy.                             |
| <b>Bludy vztahovačnosti</b>        | Pacient je přesvědčen, že lidé v metru o něm všechno vědí a povídají si o něm, písničky v rádiu jsou pro něj.  |
| <b>Bludy paranoidně-perzekuční</b> | Pacient se cítí pronásledovaný a ohrožený sousedem, který na něj působí laserem přes zeď, proti laseru se proto chrání speciální folií umístěnou na stěně. |
| <b>Bludy inventorní</b>            | Pacient představuje obranný přístroj sestavený k ničení vln, jimiž mu mimozemšťané na dálku ruší myšlení a spaní.  |

Halucinace jsou „*vjemy bez reálného podkladu, vznikající zcela bez objektivního smyslového podnětu. (...) Halucinující člověk je nevyvratně přesvědčen o jejich realitě.*“ <sup>10</sup>

<sup>7</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 16-17. Aeskulap

<sup>8</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 16-17. Aeskulap

<sup>9</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 18. Aeskulap

<sup>10</sup> SCHULER, Matthias, OSTER, Peter a SUCHARDOVÁ, Ivana. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010, s. 125. Sestra (Grada)

Tabulka 2: Halucinace, které se mohou vyskytovat u schizofrenie <sup>11</sup>

| <b>Druh halucinace</b>  | <b>Projev</b>   | <b>Příklad</b>  |
|-------------------------|---|---|
| <b>Sluchové (hlasy)</b> | Slyšení jednoho nebo více mužských či ženských hlasů, zpravidla nepřijemného obsahu, někdy hovořící o pacientovi ve třetí osobě. Pro schizofrenii jsou charakteristické hlasy nepřetržitě komentující pacientovy myšlenky či chování. | „Jsi nepřítel lidstva, za tohle budeš ztrestán!“ slyší ve své hlavě nemocný, který se v koupelně snaží přehlušit hlasitě tekoucí vodou dialog dvou hlasů domlouvajících se na jeho likvidaci. |
| <b>Zrakové (vidiny)</b> | Velikost halucinovaného objektu může být normální, menší (mikropsie), větší (makropsie), objekt se může jevit více či méně známý a reálný (dejavu, derealizace), nebo bizarní.  | „Andělé létali nad náměstím Republiky a současně zmizely všechny vstupy do metra.“<br>„Jsou kolem mě malí mužičci, když na ně chci sáhnout, uhnou.“   |
| <b>Taktilní</b>         | Pacient referuje o dotecích, často v kontextu s bludy zevní kontroly.   |   |

<sup>11</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 19. Aeskulap

| <b>Druh halucinace</b>               | <b>Projev</b>  | <b>Příklad</b>  |
|--------------------------------------|--|---|
| <b>Čichové a chuťové</b>             | Pacient cítí příjemné vůně či nepříjemné pachy. Vjem je často spjatý s bludem otrávanosti z kategorie paranoidně-perzekučních bludů. | Najednou pociťovala fialky a rozkvetlou louku (v zimě). Cítí chemikálie vypuštěné do pokoje, požaduje pečlivou analýzu ovzduší a odmítá spát v ložnici.<br>Jídlo zapáchalo, protože bylo otrávené, a tak nejí a nepije. |
| <b>Intrapsychické halucinace</b>     | Přesvědčení, že jsou dotyčnému do hlavy vkládány cizí myšlenky, případně z ní odebírány vlastní myšlenky.                            | Pacientka se obává, že její hlava je jako otevřená kniha, v níž si všichni mohou přečíst, co si myslí, či ji o myšlenky okrást. Stěžuje si na úplnou ztrátu soukromí.   |
| <b>Verbálně motorické- Séglasovy</b> | Přesvědčení, že někdo cizí hovoří pacientovými ústy a vkládá mu do úst slova, která by sám neřekl.                                   | Mužské hlasy ji nutily mluvit proti její vůli, používaly věty, které nikdy neslyšela, pak slyšela hlasy jako by se hýbaly skrz její oči.  |

Souhrnně lze tedy říci, že blud je poruchou myšlení, kdežto halucinace řadíme mezi poruchy vnímání.

Co se týče dezorganizace, jedná se v tomto případě o dezorganizaci řeči (viz. na následující straně uvedená tabulka) i chování. „*Dezorganizace chování se projevuje zanedbáním péče o zevnějšek včetně nápaditosti v oblečení (například nošení podprsenky na hlavě či zimníku v parném létě). Pacient nepřijímá potravu, protože si ji neobstará, toulá se, neudrží kolem sebe pořádek ani jakýkoli denní režim.*“<sup>12</sup>

<sup>12</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 20. Aeskulap

Tabulka 3: Příklady dezorganizace řeči a formální poruchy myšlení u schizofrenie <sup>13</sup>

|  | <b>Projev</b>  | <b>Příklad</b>   |
|--|--|--|
| <b>Neologismy</b>                      | Pojmy vymyšlené pacientem, jimiž nikdo jiný nerozumí.  | „Kombilidi a kombilodónii žijí ve vesmíru:“  |
| <b>Ztráta asociací a tangencialita</b> | Neschopnost udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov nebo frází. | Na otázku „Kdo je váš terapeut?“ pacient odpoví: „Můj terapeut se jmenuje doktor Šípek. Šípek je keř šípkový růžový.“ (A ukazuje na keř před pavilonem.) |
| <b>Inkoherence</b>                     | Projev nemá „hlavu ani patu“, věta postrádá gramatické vazby.  | „Kopec kopec slepice kam, kdo chce kam, tam...koblížky...však vy víte...“  |
| <b>Zárazy</b>                          | Myšlení se zastaví, další myšlenka nenavazuje.   | „Na náměstí Republiky zmizely všechny vchody do metra, vlaky...“ (mlčí)  |
| <b>Echolalie</b>                       | Pacient opakuje to, co říká terapeut.  | Na otázku „Máte domácí zvíře?“ odpověď: „Domácí zvíře.“  |
| <b>Mutismus</b>                        | Pacient nemluví.   |  |
| <b>Verbigerace</b>                     | Opakování specifických slov beze smyslu.   | „Lalok, lalok, lalokloklok...“   |

Všechny výše zmíněné symptomy řadíme mezi tzv. pozitivní symptomy a to proto, že na rozdíl od negativních symptomů reagují na léčbu antipsychotiky rychleji, jejich léčba je úspěšnější a trvá kratší dobu. <sup>14</sup>

<sup>13</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 20. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1

<sup>14</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 33. Aeskulap

## 2. poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením (negativní symptomy)

*„Ze subjektivního pacientova pohledu – i pohledu jeho blízkých – se negativní příznaky naplno manifestují záhy po návratu z nemocnice. Pacient si připadá neschopný, zpomalený, nevymyslí si program, nemá nápady, motivaci ani chuť něco dělat, nedovede se radovat ani plakat, vyhýbá se ostatním, je apatický a bez zájmu o cokoli. Nemocný a často i jeho blízcí se domnívají, že jde o lenost a že při troše vůle by se přece dotyčný měl vzchopit. Jenže právě vůle nemocnému chybí. Je to projev nemoci, kterému se říká abulie.“<sup>15</sup>*

Všechny negativní příznaky, které se vyskytují u schizofrenie, znázorňuje níže vytvořená tabulka negativních příznaků.

Tabulka 4: Negativní příznaky<sup>16</sup>

| Negativní příznak                       | Projev  |
|---|---|
| <b>Afektivní oploštění nebo otupění</b> | Neměnný výraz v obličeji, chudost pohybů, nedostatek expresivních gest, absence očního kontaktu, afektivní netečnost, neadekvátní afekt, nedostatečná modulace hlasu. |
| <b>Alogie</b>                           | Chudost řeči, chudost obsahu řeči, zárazy, latence při odpovědi.  |
| <b>Apatie</b>                           | Nedostatečná péče o zevnějšek, nedostatek energie.  |
| <b>Anhedonie a sociální stažení</b>     | Neschopnost prožívat radost, nezájem o sociální aktivity.   |

<sup>15</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 21-22. Aeskulap

<sup>16</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 22. Aeskulap

### **3. poruchy poznávacích funkcí, především paměti, pozornosti a exekutivních funkcí (kognitivní symptomy)**

*„U schizofrenie se nejčastěji zjišťují poruchy pozornosti, rychlosti zpracování informace, poruchy pracovní i dlouhodobé paměti, exekutivních funkcí, abstraktního myšlení a poruchy sociální kognice.“<sup>17</sup>*

### **4. symptomy depresivní nebo manické (afektivní symptomy)**

Tyto symptomy sice nesplňují kritéria pro samostatnou diagnózu afektivní poruchy, ale i přesto patří dle Motlové mezi symptomy, které zasluhují klinickou pozornost, jelikož schizofrenii doprovázejí poměrně často a mohou být i nebezpečné – př.: sebevražedné myšlenky. Mezi časté symptomy schizofrenie autorka uvádí tyto následující: depresivní náladu, úzkost, celkové vnitřní napětí a podrážděnost. Dále autorka tvrdí, že *„depresivní nálada s pocity méněcennosti a sebevýčitkami se někdy objevuje v období získávání náhledu na nemoc, je důsledkem obav, že život nebude jako dřív, nemocný se ptá „proč právě já“ . Přidá-li se k tomuto bilancování, beznadějí a sebevražedné myšlenky, je třeba neprodleně vyhledat lékaře.“<sup>18</sup>*

Dle Motlové a Španiela doprovázejí klinický obraz další tzv. nespecifické symptomy, kam lze kupříkladu zařadit poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkost či pocity napětí.<sup>19</sup>

## **1.2 Subtypy schizofrenie podle MKN-10**

MKN-10 je označení pro Mezinárodní klasifikaci nemocí, která je v současné době platná, a číslo 10 znamená, že se jedná o desátou revizi této klasifikace. Všechny změny, ke kterým v rámci revizí došlo, byly schváleny WHO – Světovou zdravotnickou organizací.<sup>20</sup> V této 10. revizi MKN nalezneme subtypy schizofrenie, které představuje tabulka na následující straně.

---

<sup>17</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 22. Aeskulap

<sup>18</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 23. Aeskulap

<sup>19</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 23. Aeskulap

<sup>20</sup> Tabeleární část. *Old.uzis.cz* [online]. © WHO/ÚZIS ČR, 2019 [cit. 2020-01-22]



Tabulka 5: Subtypy schizofrenie podle MKN-10<sup>21</sup>

| Subtypy schizofrenie            | Popis  |
|---------------------------------|--|
| <b>Paranoidní</b>               | Paranoidní bludy obvykle doprovázené sluchovými halucinacemi.  |
| <b>Hebefrenní</b>               | Proměnlivé bludy a halucinace, nevhodné a nepředvídatelné chování, manýrování, nepřiměřená nálada, inkoherece. |
| <b>Katatonní</b>                | Psychomotorické příznaky, hyperkinéza, stupor, povelový automatismus, negativismus.                            |
| <b>Nediferencovaná</b>          | Obsahuje rysy více subtypů.  |
| <b>Postschizofrenní deprese</b> | Depresivní epizoda po odeznění floridních schizofrenních příznaků.   |
| <b>Reziduální schizofrenie</b>  | Dlouhodobé negativní příznaky, zhoršená sociální výkonnost.  |
| <b>Simplexní</b>                | Plíživý rozvoj podivínského chování.   |

### 1.3 Stigmatizace a sebestigmatizace

#### Stigmatizace

Většina jedinců, jež má diagnostikovanou schizofrenii se během svého života musí vypořádat s nějakou formou stigmatizace. Stigma je obecně „*znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace svého nositele. (...) Termín pochází z antického Řecka a poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo z morálního hlediska špatném*“.<sup>22</sup> Hartl a Hartlová definují stigmatizaci jako „*společenský předsudek vůči někomu, jemuž jsou pak přisuzovány záporné vlastnosti; předem dané záporné*

<sup>21</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 31. Aeskulap

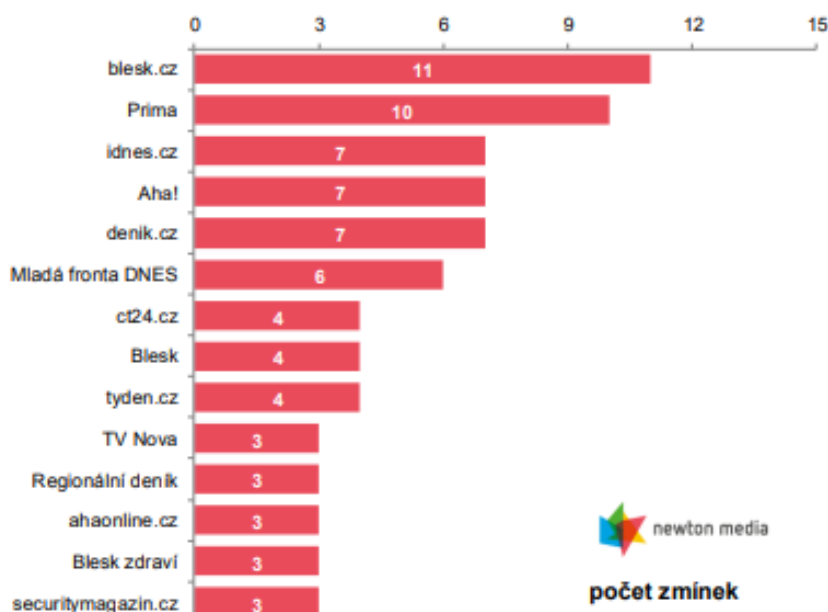
<sup>22</sup> OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 11. Psyché (Grada)

hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci“.<sup>23</sup> Jednou z nejvíce stigmatizovaných skupin jsou právě osoby s psychickou poruchou.

Společnost má duševně nemocné jedince sklony izolovat a je zahrnuta předsudky vůči těmto lidem. Problémem je i očekávání nebezpečnosti duševně nemocných jedinců, přičemž toto očekávání nám podsouvají i média, která o duševně nemocných smýšlí jako o blázních či šílencích. Například v roce 1998 čtyři psychiatři publikovali studii, která ukázala, že 6 z 23 schizofrenních pacientů má během psychotické epizody u sebe zbraň. Den po zveřejnění studie se v novinách *Sunday Express* objevil titulok: „*Ozbrojený a nebezpečný: veřejné riziko psychiatrických pacientů, kteří uniknou z péče*“. Tímto článkem novinář prezentoval veřejnosti, že 1250 psychicky nemocných osob v britské komunitě má zbraň a představuje vážné ohrožení pro veřejnost. Proti špatnému mediálnímu obrazu duševně nemocných jedinců se snaží bojovat kupříkladu charitativní organizace Mind.<sup>24</sup>

Osvětová kampaň 100 000 neviditelných se snaží, aby se lidé zbavili strachu ze schizofrenie, dát pacientům naději a v souvislosti s tím tato kampaň vydala Analýzu mediálního obrazu schizofrenie, kde mimo jiné uvádí top média, která podporují mýty o schizofrenii a top média, jež mýty vyvracejí. O jaká média se jedná je uvedeno v následujících grafech.

Graf 1: Média podporující mýty<sup>25</sup>

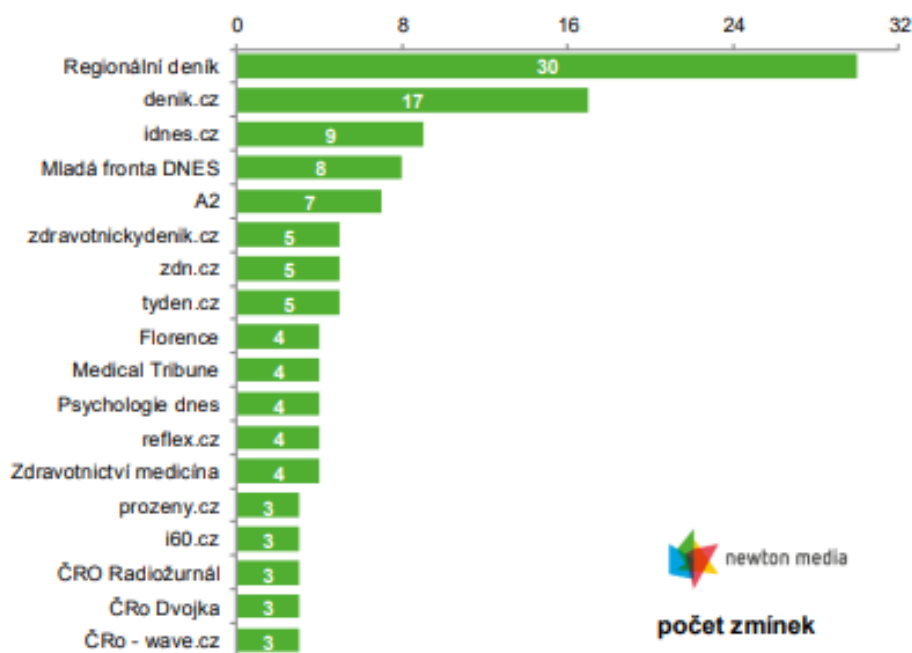


<sup>23</sup> HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 500. Psyché (Grada)

<sup>24</sup> OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 57. Psyché (Grada)

<sup>25</sup> Analýza mediálního obrazu SCHIZOFRENIE: TOP média píšící o mýtech. *100tisicneviditelných.cz* [online]. 2018 [cit. 2020-02-20]

Graf 2: Média vyvracející mýty <sup>26</sup>



Duševně nemocní mohou být vystaveni kritice či ponižování nejen ze strany celé společnosti a médií, ale i uvnitř rodiny. Oddělení od rodiny, přátel, ztráta zaměstnání apod., vede k pocitu osamělosti, vyloučení, a to vše může způsobit chronifikaci potíží. Příkladem může být příběh pana Michala, uvedený v knize Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch: „Panu Michalovi je 29 let. Schizofrenie u něj byla poprvé diagnostikována už v 17 letech. Zažil několik vážných atak s typickými pozitivními příznaky, jakou jsou halucinace a paranoidní přesvědčení, že po něm jdou neznámí lidé. Viděl je na ulicích, jezdili v autech, byli v tramvaji, autobuse, obchodě apod. Po léčbě na psychiatrické klinice akutní příznaky vždy během čtyř až šesti týdnů odezněly. Michal však doma často vysazuje medikaci. Většinou se nudí, ale také rodiče mu dávají najevo, že je k ničemu, když se doma jen tak povaluje, nic nedělá, bere sice invalidní důchod, ale ten je extrémně nízký. Vyčítají mu, že ho prakticky musí živit a šatit a on ani doma nepomůže. Michal je přesvědčen, že mu léky nedělají dobře, proto musí stále ležet a do ničeho nemá chuť. Po čase léky vždy vysadí, protože přesvědčení, že mu nedělají dobře, převládne. Ale také aby mohl experimentovat s drogami a různými přípravky, které na sobě zkouší. Nejde ani tak o závislost, jako o potřebu zajímavosti, překonání nudy. Bez antipsychotik zpravidla do dvou měsíců vzplane pozitivní symptomatologie a rodina odváží Michala k hospitalizaci. Tam je mu

<sup>26</sup> Analýza mediálního obrazu SCHIZOFRENIE: TOP média píšící o mýtech. 100tiscineviditelnych.cz [online]. 2018 [cit. 2020-02-20]

*docela dobře, oddělení i personál zná, jsou na něj hodní. Vždy si tam najde kamarády, se kterými pokecá na kuřárně. To doma nemá. Jediné, co mu vadí, že zase musí brát ty léky a zpočátku nemůže na vycházky. Taky ho vyhánějí z postele, kde by nejraději strávil celý den.“<sup>27</sup>*

Ministerstvo zdravotnictví si problém stigmatizace duševně nemocných uvědomuje a v roce 2013 na návrh Psychiatrické společnosti vymezilo destigmatizaci jako jeden z hlavních cílů reformy psychiatrické péče v ČR.<sup>28</sup> V současné reformě psychiatrické péče Ministerstvo zdravotnictví řeší potřebu navázání nadresortní spolupráce.<sup>29</sup>

V České republice nyní proti stigmatizaci působí kupříkladu Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, což je nevládní nezisková organizace působící od roku 1995. V současné době je organizace zapojena do projektu Umíme se domluvit – Rozvoj a zkvalitnění sociální práce s lidmi s duševním onemocněním ve veřejné správě, „jehož hlavním přínosem je rozvoj kompetencí v oblasti koordinace služeb a prohloubení dovedností a znalostí pracovníků v přímé péči pro práci s touto cílovou skupinou“.<sup>30</sup>

Mezi další snahy o snížení stigmatizace duševně nemocných jedinců usiluje festival Mezi ploty. „Jedná se o již tradiční událost, jež probíhá od roku 1991, a to v pražských Bohnicích, v brněnské drnovické a v plzeňské dobřanské léčebně. (...) Součástí programu jsou také zábavné aktivity pro děti a diskuze se známými osobnostmi, které se potýkaly s psychickými potížemi, nebo s odborníky na duševní zdraví. Na programu se podílí profesionální umělci i lidé s psychickými poruchami, kteří jsou rovněž návštěvníky.“<sup>31</sup>

Za zmínku dále stojí kupříkladu následující nadace, jež se podílejí na destigmatizaci, jsou to: Vida, Green Doors, Práh, Fokus, Sympathea či ESET-HELP. Mezi občanská sdružená bojující za destigmatizaci lze zařadit: Altan, Baobab, Epoché či Mens Sana.<sup>32</sup> Na školách se žáci a studenti ve věku od 15 do 20 let mohou účastnit primárně preventivního programu

---

<sup>27</sup> OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 56. Psyché (Grada)

<sup>28</sup> OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2016, s. 20, 22

<sup>29</sup> Reforma péče o duševní zdraví potřebuje nadresortní spolupráci, tu definuje nový národní akční plán. *Mzcr.cz* [online]. Praha: MZČR, 2010 [cit. 2020-01-23]

<sup>30</sup> Umíme se domluvit. *Cmhcd.cz* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017 [cit. 2020-01-23]

<sup>31</sup> OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2016, s. 22

<sup>32</sup> OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2016, s. 22

s názvem Blázníš? No a!, který je věnován duševnímu zdraví a nemoci. Během programu se vystřídá vzdělávací, interaktivní i zážitková část.<sup>33</sup>

## Sebestigmatizace

Sebestigmatizace je dle Ociskové aktivní proces vztahování společenských předsudků na sebe samého. Alternativním pojmem je internalizované stigma, které označuje „stav, kdy jedinec s psychickou poruchou přijme za své předsudky týkající se osob s psychickými potížemi, které převládají ve společnosti, a vztahuje je na sebe samého.“<sup>34</sup>

Zvnitřnění stigmatu prochází určitými fázemi, které též popisuje Ocisková. První fázi definuje jako stav, kdy člověk předsudky okolí vůči psychicky nemocným vnímá, ve druhé fázi s předsudky společnosti již souhlasí. Další fáze je charakteristická tím, že veškeré předsudky vztáhne na sebe samého a v poslední, čtvrté fázi zvnitřnění stigmatu, dochází k negativním důsledkům, jež způsobily společenské předsudky. Pacientům se však může stát, že zůstanou v některé z fází interiorizace a do dalších fází se již neposouvají. Negativní následky nastupují tehdy, když si pacient vztáhne předsudky k sobě samému, dříve nikoliv.<sup>35</sup>

Mezi negativní následky, které se v souvislosti se sebestigmatizací mohou u pacientů objevit, řadí Praško sklony k sociální izolaci a možnost propuknutí sociální fobie. Chování pacienta, jenž se ztotožnil s předsudky společnosti, je maladaptivní a výjimečně může dojít až ke změně identity. Dále má takový člověk sníženou sebedůvěru i sebevědomí, hůře pracuje v sociální i pracovní oblasti, zvyšuje se u něho závažnost příznaků nemoci a klesá pacientova spolupráce při léčbě.<sup>36</sup>

Pro zvládnutí zbavit se sebestigmatizace fungují tzv. svépomocné skupiny, které mají za cíl poskytnout psychickou podporu pacientům i jejich rodině. Pomáhají vyrovnat se s nemocí i se stigmatizací. Taková skupina využívá téměř všechny terapeutické faktory skupinové psychoterapie – soudržnost, altruismus, chování nápodobou, universalitu či dodávání naděje.<sup>37</sup>

---

<sup>33</sup> *Blaznis-no-a.cz* [online]. [cit. 2020-01-23]

<sup>34</sup> OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2016, s. 24

<sup>35</sup> OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2016, s. 24-26

<sup>36</sup> OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 59-60. Psyché (Grada)

<sup>37</sup> OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s.71. Psyché (Grada)

## 1.4 Léčba schizofrenie

Jelikož jsem od svých respondentů v rámci dotazníkového šetření zjišťovala, jak probíhá jejich léčba, jak často navštěvují lékaře či zda si myslí, že se dá schizofrenie vyléčit, zabývá se tato podkapitola právě těmito otázkami. Celková léčba schizofrenie má dle Vlčka tři základní cíle, které popisuje následovně:

- léčba akutní epizody – zmírnění, odstranění chorobných příznaků,
- dlouhodobá udržovací terapie – prevence relapsu,
- rehabilitace a resocializace – obnovení schopností, které byly nemocí postiženy, součást akutní o udržovací léčby.<sup>38</sup>

Schizofrenii lze léčit pomocí farmakoterapie, tedy léků, elektrokonvulzivní terapií a psychosociální terapií, jež tvoří podpůrnou léčbu onemocnění. V souvislosti s onemocněním schizofrenie je léčba farmakoterapií využívána jako první volba. Konkrétně se jedná o tzv. antipsychotika, která jsou rozdělena do dvou generací, přičemž „*antipsychotika první generace působí pouze na zlepšení pozitivních příznaků schizofrenie (...) a antipsychotika druhé generace působí na pozitivní, negativní i kognitivní příznaky onemocnění.*“<sup>39</sup>

Jak uvádí Libiger, u schizofrenie je především důležitá tzv. adherence nemocného k léčbě. To znamená, „*jak dodržuje doporučení lékaře včetně řádného užívání léků.*“<sup>40</sup> Též dodává, jak ověřování adherence probíhá. „*Pacienta se ptáme, jakým způsobem léky užívá, případně to zjišťujeme u jeho rodiny. V některých případech léky doma chystají a podávají nemocnému jeho příbuzní. Pokud léky nejsou užívány dostatečně, hrozí relaps onemocnění s následnou hospitalizací. Kromě utrpení pacienta a jeho blízkých jsou podstatné také ekonomické následky relapsu.*“<sup>41</sup>

Další, již zmíněnou možností léčby schizofrenie, je léčba elektrokonvulzivní terapií. Dle Duška se elektrokonvulzivní terapie, tedy léčba elektrošoky, využívá pouze u katatonní formy schizofrenie, kde dochází k rychlému nástupu účinku léčby. Jde o proces, během kterého je stimulována centrální nervová soustava a je to proces zcela bezpečný.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> VLČEK, Jiří a Magda VYTRÍŠALOVÁ. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 213

<sup>39</sup> DOLEŽAL, Martin a kol. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum, 2013, s. 58-59

<sup>40</sup> HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, s. 194

<sup>41</sup> HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, s. 194

<sup>42</sup> DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 573-574

Mezi psychosociální postupy terapie patří „*různé formy psychologických intervencí: psychologická pomoc, podpůrná terapie, individuální a skupinová terapie, relaxace, systémová a rodinná terapie, komunitní intervence, psychoedukace pacienta a jeho rodiny, nácvik dovedností, pracovní terapie, procvičování kognitivních funkcí a socioterapie.*“<sup>43</sup> To vše společně s farmaky tvoří základ léčby schizofrenie. Často se pracuje s klientem i jeho rodinou a psychosociální terapie je využívána jako podpůrná léčba. V závěru „*následná péče o pacienty probíhá při pravidelných ambulantních kontrolách. Vhodná je péče v denních stacionářích, které nabízejí sociální, event. pracovní rehabilitaci.*“<sup>44</sup>

Co se týče celkového vyléčení schizofrenie, bývá tato diagnóza označovaná jako „*třetinová nemoc, protože pacienty můžeme rozdělit do tří různých kategorií: zhruba 1/3 schizofreniků se vyléčí a vrátí se k běžnému životu, pro 1/3 pacientů je typické, že dojde ke zlepšení, ale některé příznaky se vrací a neustále jim zneprjemňují život, u poslední 1/3 schizofreniků jsou příznaky chronické a nereagují na žádnou léčbu.*“<sup>45</sup>

## 2 Sociálně patologické jevy u schizofrenie

„*Sociálně patologické jevy jsou takové jevy, které se negativně odchyľují od norem a hodnot uznávaných v dané společnosti, Vyznačují se určitou masovostí, trvalostí a rozšířeností ve shodných sociálních podmínkách. (...) Existují nezávisle na tom, zda si je subjekt, jednotlivec, uvědomuje či nikoliv.*“<sup>46</sup> S diagnózou schizofrenie se pojí především sociálně patologický jev sebevraždy, abúzus návykových látek a ve své práci zmiňují i páčání trestné činnosti pod vlivem bludů.

### 2.1 Riziko sebevražd

Se suicidálním jednáním u pacientů se schizofrenií je často spojena deprese, kterou lze chápat jako důsledek sociálně patologického jevu sebevraždy. Deprese mimo jiné „*ze všech příznaků schizofrenie nejvíc zhoršuje kvalitu života a je také nejnebezpečnější kvůli riziku sebevraždy,*“<sup>47</sup> jak uvádí Maršálek. Zprvu tedy vymezím, co je deprese. Ta je v různých

---

<sup>43</sup> Léčba schizofrenie: Psychosociální terapie. <https://www.janssen4patients.com/> [online]. Polsko: Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o., 2019 [cit. 2020-02-20]

<sup>44</sup> HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLÍČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, s. 194

<sup>45</sup> Pro schizofrenii jsou typické bludy a halucinace. Jak toto duševní onemocnění léčit? [Zdravi.euro.cz](http://Zdravi.euro.cz) [online]. Zdravi.Euro.cz, 2020 [cit. 2020-02-20]

<sup>46</sup> BĚLÍK, Václav, Stanislava HOFERKOVÁ, Blahoslav KRAUS a kol. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017, s. 80. Pedagogika (Grada)

<sup>47</sup> MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2007, s. 62. Farmakoterapie pro praxi

pramenech literatury definována odlišně. Kupříkladu Sovák ve své knize uvádí následující definici: „*deprese (z lat. depressio = stlačení) je široký symptomový komplex, afektivní stav obecně charakterizovaný pocitem skleslosti, úzkosti, smutku, obav, strachu, snížením životního tempa, zpomalením myšlení.*“<sup>48</sup> Hartl společně s Hartlovou definují depresi jako „*duševní stav charakteristický pocitem smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodnosti, spolu s útlumem a zpomalením duševních i fyzických procesů, ztrátou zájmů a pokleslým sebevědomím, úzkostí, apatií, sebeobviňováním a útlumem.*“<sup>49</sup> Dle Váňové, v knize Karla Lukáše a Aleše Žáka, je deprese „*chorobně smutná nálada, která je součástí depresivního syndromu společně se zpomaleným myšlením a utlumenou psychomotorikou.*“<sup>50</sup>

Souběžný výskyt schizofrenie a depresivních příznaků je častý. Studie dokazují, že souběžný výskyt je prokazatelný až u 65 % pacientů.<sup>51</sup> V periodiku České a Slovenské psychiatrie se dokonce uvádí, že deprese u schizofrenie se může objevit až u 75 % pacientů.<sup>52</sup>

Jak je zde již zmíněno, deprese je rizikovým faktorem suicidálního jednání. Sebevraždu dle dostupné literatury spáchá 10 % schizofreniků, přičemž vyšší riziko sebevraždy je u schizofreniků v mládí a u mužů.<sup>53</sup> Maršálek dále jako rizikovou skupinu pacientů kromě mladých a mužů uvádí i nemocné se schizofrenií, jež se v posledním roce o sebevraždu pokusili, agresivní a impulsivní osoby, nemocné s nestabilní psychózou, jež souvisí s častými rehospitalizacemi.<sup>54</sup> Dle Látalové jsou v případě schizofrenie zásadní časté relapsy, závažnost onemocnění, deteriorace sociálních a pracovních dovedností, celkový průběh nemoci a realistický náhled na devastující účinek nemoci. Dále tvrdí, že schizofrenici ve srovnání s běžnou populací používají drastičtější metody, jež zvyšují pravděpodobnost úmrtí. Pokud je pokus o sebevraždu neúspěšný, často tyto pokusy opakují. Ve své knize Suicidita u psychických poruch Látalová také vyzdvihuje, že je zapotřebí dbát zvýšené opatrnosti před suicidálním jednáním zejména v období po propuštění z nemocnice, jelikož právě tehdy pacienti často propadají beznaději. Jednou z příčin, proč právě po propuštění

---

<sup>48</sup> SOVÁK, Miloš. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: Grada, 2000, s. 62-63. Pedagogika (Grada)

<sup>49</sup> HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 105. Psyché (Grada)

<sup>50</sup> LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014, s. 31

<sup>51</sup> MOHR, Pavel a Jan ČERMÁK. Deprese u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2006, 6(3), s. 133

<sup>52</sup> ČEŠKOVÁ, Eva. Deprese u schizofrenní poruchy. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2011, 107(3), s. 155

<sup>53</sup> BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 3. upr. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 198. Pedagogika (Grada)

<sup>54</sup> MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2007, s. 56. Farmakoterapie pro praxi



z nemocnice pacienti propadají beznaději, může být ta, že opouštějí bezpečné nemocniční prostředí, kde o něho bylo postaráno.<sup>55</sup>

## 2.2 Abúzus návykových látek

Abúzus je dle Fischera a Škody „zneužívání psychoaktivní látky, při kterém dochází k poškození zdraví.“<sup>56</sup> Zneužívání návykových látek, stejně jako deprese, zvyšuje riziko sebevražd. Dále „schizofrenní pacienti, kteří užívají drogy, mají více pozitivních příznaků, zejména halucinací, a mají více sebevražedných pokusů.“<sup>57</sup> Zároveň je látková závislost u schizofreniků rozšířenější než u běžné populace. „Abúzus nebo závislost na návykových látkách je nejčastější komorbiditou schizofrenie. Prevalence se uvádí od 15 do 65 procent podle toho, o jakou návykovou látku se jedná. (...) Jak v běžné populaci, tak v populaci pacientů se schizofrenií je nejčastější abúzus tabáku a alkoholu. Na třetí místo se dostává ilegální látka, kterou je kannabis. (...) Podle zjištěných dat preferují pacienti se schizofrenií psychostimulační drogy před tlumícími a užívají je dvakrát až pětkrát častěji než běžná populace. U těchto pacientů se přitom vyskytuje častěji abúzus než závislost a užívání těchto látek může často souviset i s pokusem o samoléčení.“<sup>58</sup>

V souvislosti s abúzem návykových látek můžeme mluvit o tzv. rizikových a protektivních činitelích, kteří zvyšují nebo naopak snižují riziko problémů, jež jsou návykovými látkami způsobeny. Pro lepší přehlednost je na následující stránce umístěna tabulka, která uvádí některé z možných příkladů takovýchto činitelů, přičemž jsem se zaměřila na aspekt rodiny, školy, zaměstnání a vrstevníků.

---

<sup>55</sup> LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, s. 35-37. Psyché (Grada)

<sup>56</sup> FISCHER, Slavomil a Jirí ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014, s. 86. Psyché (Grada)

<sup>57</sup> LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, s. 36. Psyché (Grada)

<sup>58</sup> KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Problematika abúzu a závislosti u pacientů se schizofrenií. *Medical Tribune*. MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o, 2017, 13(2), s. 20

Tabulka 6: Rizikové a protektivní činitele abúzu návykových látek <sup>59</sup>

|                   | <b>Rizikový činitel</b><br>(= zvyšující riziko)  | <b>Protektivní činitel</b><br>(= snižující riziko)   |
|-------------------|--|--|
| <b>Rodina</b>     | Nedostatečný dohled, nesoustavná a přehnaná přísnost, zneužívání návykových látek.                               | Jasná rodinná pravidla, přiměřená péče, dostatek času, pevné citové vazby, generační hranice.  |
| <b>Škola</b>      | Škola nekomunikuje, nespolupracuje, alkohol, tabák a drogy v blízkosti školy, neexistence systematické prevence. | Škola provádí prevenci, spolupráce s rodiči, rozumná a přiměřená pravidla, mimoškolní aktivity.  |
| <b>Zaměstnání</b> | Hodně stresu v práci, trojsměnný provoz, nezaměstnanost.   | Možnost organizace práce, dobrá komunikace na pracovišti, jasné hranice.   |
| <b>Vrstevníci</b> | Problém s autoritami, pozitivní vztah k alkoholu a drogám, šikana ze strany vrstevníků, sklon dítě zesměšňovat.  | Respektování dobrých dospělých autorit, odmítání drog a alkoholu, přijímání dobrých hodnot od dospělých, přátelé žijící zdravým životním stylem. |

Co se týče prevence abúzu návykových látek, uvedu jako příklad zásady prevence v rodině uváděné Nešporem, jež pramení v dětství:

- získat důvěru dítěte,
- umět hovořit s dětmi o alkoholu a o drogách,
- předcházet nudě, zdravá pravidla v rodině,
- pomoci dítěti bránit se nevhodné společnosti, posílit zdravé sebevědomí dítěte,
- účinně spolupracovat s dalšími dospělými. <sup>60</sup>

<sup>59</sup> NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Návykové látky: prevence a časná intervence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1996, s. 7-9

<sup>60</sup> NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Návykové látky: prevence a časná intervence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1996, s. 16-18

## 2.3 Trestné činy spáchané pod vlivem bludů

Jak je již na začátku práce u podkapitoly symptomy schizofrenie zmíněno, bludy jsou „mylná přesvědčení. Jsou časté a během vývoje schizofrenie se vyskytují někdy u více než 90 % nemocných. Bludné přesvědčení je natolik pevné, že i když existují doklady o tom, že to není pravda, nelze je nemocnému vymluvit. Ostatní toto přesvědčení s nemocným nesdílejí. Blud vzniká postupně. U schizofrenie začíná nejčastěji vztahovostí.“<sup>61</sup> Právě kvůli silnému přesvědčení, že blud je realitou, vznikají mnohá nedorozumění a v některých případech se pacient ovlivnění bludy uchýlí k páčání trestné činnosti. Trestný čin je dle Trestního zákoníku „protiprávní čin, který trestní zákon označuje za trestný a který vykazuje znaky uvedené v takovém zákoně. K trestní odpovědnosti za trestný čin je třeba úmyslného zavinění, nestanoví-li trestní zákon výslovně, že postačí zavinění z nedbalosti.“<sup>62</sup>

Mezi známé schizofreničky, jež spáchaly trestný čin pod vlivem bludů, patří Barbora Orlová, která v říjnu roku 2014 ve Žďáru nad Sázavou ubodala na tamní škole šestnáctiletého studenta Petra Vejvodu. Tehdy dívka přišla do tamní školky obchodní akademie s vojenským nožem a pepřovým sprejem. Po příchodu do školy si vybrala za svoji oběť dívku, kterou pobodala. „*Takřka okamžitě se zraněné pokusil pomoci její spolužák Petr Vejvoda, i jeho ale Orlová bodla. (...) V 7:36 zavolala jedna ze studentek na linku 155 a hned minutu poté informovali záchranáři policisty. (...) V 7:45 přivolali policejního vyjednavče. Za další dvě minuty přijela sanitka, lékaři začali mladého hrdinu oživovat, bohužel ale neúspěšně.*“<sup>63</sup> Po příjezdu vyjednavče, Orlová držela nůž pod krkem pobodané dívky. Vyjednavči se podařilo Orlovou přesvědčit a se zajatou dívkou se vyměnil, též byl pobodán. Před devátou hodinou na místo činu dorazila zásahová jednotka z Dukovan a paralyzérem Orlovou zadrželi. Vyjednavč i pobodaná dívka přežili. Matka Orlové následně sdělila, že její dcera druhý den nevěděla, že zabila chlapce a svého činu upřímně litovala.<sup>64</sup> Jelikož psychologické testy prokázaly, že Barbora byla v době spáchaní trestné činu nepřítomná, soud ji poslal do zabezpečovací detence. „*Soud opakovaně zamítl její žádost o přerazení do léčení v psychiatrické nemocnici.*“<sup>65</sup>

---

<sup>61</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, s. 16-17. Aeskulap

<sup>62</sup> ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 9. 2. 2009 trestní zákoník. In: Sbírnka zákonů České republiky, 2009, částka 11, s. 356

<sup>63</sup> CIMICKÝ, Jan. *Téměř jasný případ*. Praha: BARONET, 2016, s. 180

<sup>64</sup> CIMICKÝ, Jan. *Téměř jasný případ*. Praha: BARONET, 2016, s. 180

<sup>65</sup> BÁRTA, Jirí. Před pěti lety útočnice zabila studenta u šaten, jeho otec cítí zlost. *Idnes.cz* [online]. MAFRA, 2019 [cit. 2020-02-23]

Dalším tragickým trestným činem proti životu, kdy schizofrenik vraždil pod vlivem bludů, je kupříkladu případ, kdy Jan Heidinger v roce 2010 v Českých Budějovicích zastřelil svou matku a svého nevlastního otce. „*Heidinger nejdřív vyhrožoval matce a jejímu druhému manželovi, známému hudebníkovi Pavlu Malhockému. Později se vloupal do jejich bytu a dvojici zastřelil. (...) Zadržený později rozeslal z vazby dopis, v němž uvedl, že ho oba rodiče týrali a pomstil se jim tak za příkoří, která mu způsobili. (...) Státní zástupce obvinění z vraždy zastavil. V době vraždy byl Heidinger nepřičetný, a nebyl tedy trestně odpovědný.*“<sup>66</sup> Již v roce 2013 byl Heidinger propuštěn z Bohnické psychiatrické nemocnice do ambulantní léčby, která probíhala v Praze. Poslední zveřejněné zprávy o tomto případě pocházejí z roku 2017, kdy se Heidinger, který se nechal přejmenovat na Reitingera, nedostavil na kontrolu k psychologovi a policie po něm vyhlásila pátrání. Syn zavražděných manželů Malhockých (nevlastní bratr Jana) se v souvislosti s vyhlášeným pátráním po Heidingerovi zmínil, že mu kdysi říkal o nějakém guru v Indii, který mu údajně viděl do hlavy a mohl číst jeho myšlenky. Policie tak pracovala s myšlenkou, že by se mohl ukrývat v Indii.<sup>67</sup> Kde se od roku 2017 Heidinger skutečně pohybuje, však není nikde zveřejněno.

To, že média prezentují trestné činy duševně nemocných jedinců jako „hororové“, podporuje ve společnosti stigmatizaci takto nemocných osob. Je pravdou, že předchozí uvedené trestné činy jsou kruté, ale nejsou o nic více kruté, než vraždy a jiné trestné činy spáchané psychicky zdravými jedinci. Petr Šturma, jenž se zabývá problematikou duševních onemocnění v Občanském sdružení Fokus v Mladé Boleslavi říká, že „*počet trestných činů spáchaných lidmi trpícími schizofrenií v podstatě nijak nevybočuje z průměru celé společnosti. Naopak, mnohem častěji, než je průměr, se stávají obětí trestných činů. Udává se také, že pokud už dojde u nemocného schizofrenií k násilnému činu, v polovině případů to bývá vůči členům jeho vlastní rodiny, zatímco vůči cizímu člověku to bývá minimálně. Z mé vlastní praxe mohu říct, že ze zhruba 350 klientů, které má v péči můj tým jich v minulosti spáchalo násilný čin tuším 5 nebo 6, tedy velmi nízké procento.*“<sup>68</sup>

---

<sup>66</sup> Heidinger do vězení nepůjde, vraždil v nepřičetnosti. *Zpravy.aktualne.cz* [online]. Economia, 2010 [cit. 2020-02-23]

<sup>67</sup> PELÍŠEK, Antonín. Dvojnásobný vrah se schizofrenií nepřišel k lékaři, může být v Indii. *Idnes.cz* [online]. MAFRA, 2017 [cit. 2020-02-23]

<sup>68</sup> ŠTURMA, Petr. Nebezpečný schizofrenik vraždil. *Cmhcd.cz* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017 [cit. 2020-02-23]

### 3 Mezilidské vztahy

Pro každého z nás jsou mezilidské vztahy, a zvláště ty dobré mezilidské vztahy, něčím, co nás v životě ovlivňuje, a chceme, abychom s druhými vycházeli dobře. Jsou tedy jednou z velmi důležitých oblastí našeho života. Helus dokonce říká, že „*dobré mezilidské vztahy zakládají pocity štěstí a spolehlivého životního zakotvení, v němž se lze nadít vzájemného lidského souznění a opory v náročných situacích. A naopak, jsou-li vztahy nevydařené, plné konfliktů a zklamání, zmáhají nás pocity smutku, oploštělosti a bezradnosti.*“<sup>69</sup> U pacientů se schizofrenií však není lehké navazovat mezilidské vztahy, a pokud jde kupříkladu o rodinu, je nutné s ní pracovat, aby vůbec takto nemocného člena rodiny dokázala přijmout a kladně tak posílila léčbu pacienta. Proto jsem se v následujících podkapitolách zaměřila na práci s rodinou a na přátelské vazby.

#### Rodina a schizofrenie

Jak uvádí Motlová, u schizofrenie nejde jen o spolupráci pacienta s lékařem, ale významným partnerem v léčbě je bezesporu i rodina nemocného. V současné době se s rodinou nemocného pracuje v rámci tzv. psychoedukace popřípadě psychoedukace rodiny. Mezi rodinné psychoedukační intervence lze kupříkladu dle Motlové zařadit:

- behaviorální rodinné přístupy,
- rodinnou psychoedukaci,
- skupinovou rodinnou psychoedukaci,
- individuální rodinnou psychoedukaci doplněnou skupinovou psychoedukací pouze pro příbuzné,
- rodinnou konzultaci,
- skupinovou rodinnou edukaci vedenou vyškolenými laiky, absolventy programu.<sup>70</sup>

Libiger proces psychoedukace popisuje jako „*systematické a strukturované poučení o povaze nemoci a o její léčbě. Zahrnuje i poučení o prevenci, event. rehabilitaci, o interpersonálních a sociálních problémech s nemocí spojených. Psychoedukace je určena pacientům i jejich blízkým. (...) Psychoedukační program zlepšuje spolupráci pacienta.*

---

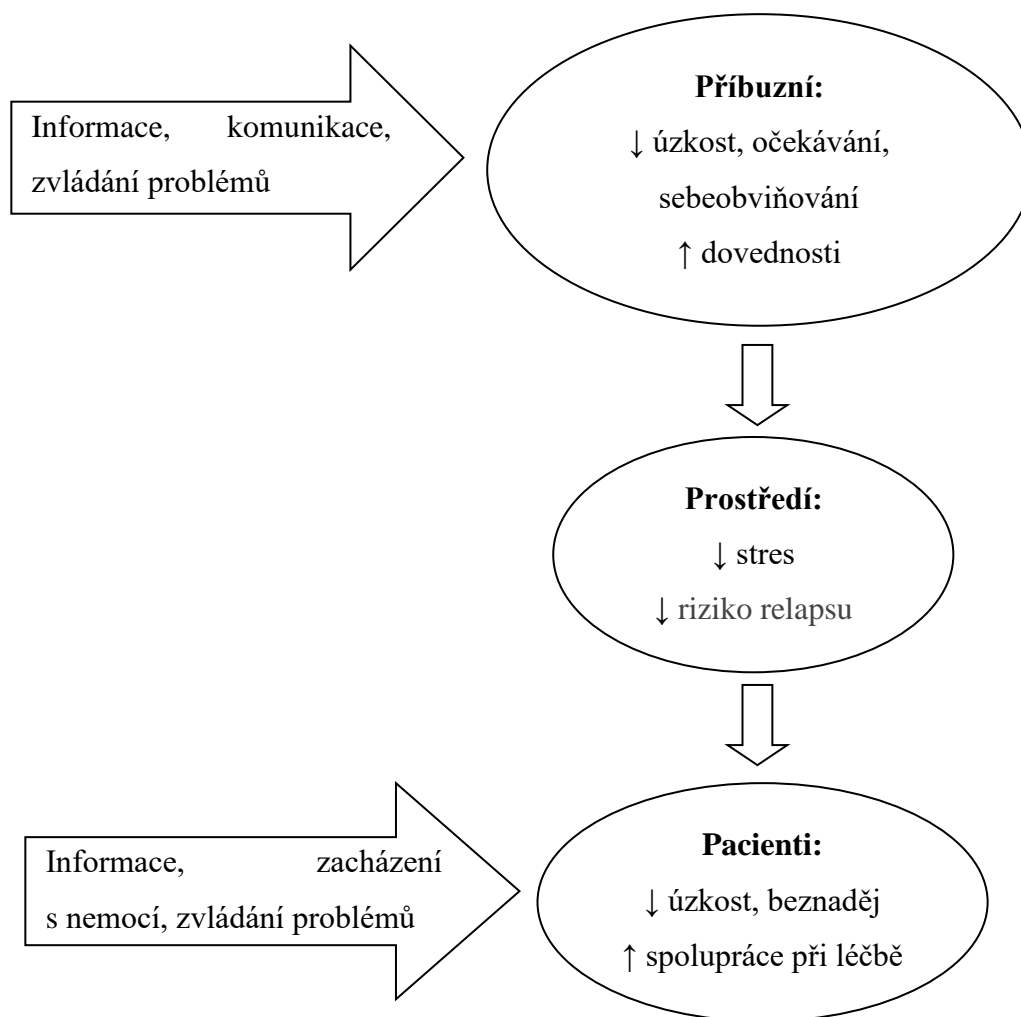
<sup>69</sup> HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018, s. 190

<sup>70</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 10-11

*Zvyšuje pravděpodobnost, že si pacient léky svévolně z nedbalosti nebo bezradnosti sám nevysadí.“<sup>71</sup>*

Jakým způsobem rodinná psychoedukace funguje, shrnuje níže vytvořené schéma mechanismu účinku rodinné psychoedukace.

Schéma 1: Mechanismus účinku rodinné psychoedukace<sup>72</sup>



Uvedené schéma předpokládá, že „průběh schizofrenie a výsledný stav pacienta jsou výsledkem dynamického spolupůsobení biologické zranitelnosti, stresu a odolnosti neboli schopnosti stresu čelit. (...) Chronickým stresorem může být stresující

<sup>71</sup> HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLÍČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, s. 194

<sup>72</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 16

rodinná atmosféra, jejíž negativní působení zhoršuje průběh schizofrenie. Cílem rodinné intervence proto je tento chronický stres odstranit či zmírnit a zajistit pacientovi bezpečné, předvídatelné a přiměřeně stimulující prostředí. Současně je třeba posílit pacientovu schopnost stresu čelit. Pacient bude stresu lépe čelit, pokud se naučí základům zvládnání nemoci, tedy pokud pochopí význam medikace, omezí nadužívání návykových látek, vytvoří si síť sociálních kontaktů a bude se zabývat smysluplnými aktivitami.“<sup>73</sup>

Psychiatrická nemocnice Bohnice vydala příručku pro rodinu a blízké nemocného s názvem Jak zvládnout duševní onemocnění v rodině, kde je mimo jiné zmíněno, že „většina rodičů je konfrontována s vážným duševním onemocněním svého potomka až při první hospitalizaci na psychiatrickém oddělení (...) Rodiče obvykle nejsou připraveni na zásadní proměnu života svého syna nebo dcery a celé rodiny. Trápí se výčitkami, že onemocnění zavinili, nevědí, co na to řeknou příbuzní, sousedi. Musí se vyrovnat s tím, že onemocnění jejich potomka může znamenat nezbytnost přehodnocení dosavadních plánů a cílů. Blízcí potřebují, aby jim někdo pomohl s orientací v situaci, aby jim nabídl podporu (někdy i psychoterapeutickou péči) a pomoc. Je tedy dobré najít pomoc a podporu také pro sebe. Zkušenosti ostatních a sdílení těch vlastních mohou být posilující. Existují různé svépomocné, podpůrné a edukační skupiny pro rodiče a blízké lidí s duševním onemocněním.“<sup>74</sup> Se zvládnutím onemocnění, jak ze strany nemocného, tak ze strany rodičů a rodiny, napomáhá právě již zmíněná rodinná psychoedukace.

### **Přátelské vazby**

Definice přátelství je velmi složitá, jelikož přátelství pro každého znamená něco jiného. „Pod tímto pojmem se můžeme setkat se širokým spektrem vztahů od těch „s nimiž si tykáme“, až po hluboké a trvalé vztahy „na život a na smrt“. Přátelství souvisí s kulturními a společenskými zvyklostmi a s nimi se také proměňuje. (...) V ideálním, pravém a recipročním přátelství se projevuje náklonnost, respekt a věrnost. Říká se, že přátelský svazek je silnější než pokrevní nebo příbuzenský, protože své přátele jsme si vybrali sami, kdežto rodiče nám byli dáni osudem.“<sup>75</sup>

Navazování a udržování přátelství je pro mnohé lidi v běžném životě obtížné a o to více je toto obtížnější pro lidi trpící schizofrenií. Toto tvrzení však příliš nepotvrzuje výzkum,

---

<sup>73</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 16-17

<sup>74</sup> ŠIMKOVÁ, Romana, Martina HÁLOVÁ, Václav PIŠTĚCKÝ a Josef GABRIEL. *Jak zvládnout duševní onemocnění v rodině: příručka pro rodinu a blízké nemocného*. Praha: Astron studio CZ, 2016, s. 1, 9

<sup>75</sup> VOŘÍŠEK, Karel a Jitka VYSEKALOVÁ. *Jak být přesvědčivý a neztratit se v davu*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 43

který byl zveřejněn v roce 2018 spolkem Revenium, což je spolek tvořený odborníky z různých oborů a mají za cíl lidem s různým typem znevýhodnění poskytnout kariérní pomoc, mentoring i psychologickou pomoc.<sup>76</sup> V roce 2018 ale odborníci provedli výzkum zaměřený na otázku, zdali lidé, kteří mají ve svém okolí schizofrenika nebo lidé, kteří mají povědomí o tomto onemocnění, považují schizofrenii za překážku v přátelství. Došli k závěru, že „celkem 86 procent z pětistovky dotázaných uvedlo, že schizofrenii nepovažují za překážku v přátelství.“<sup>77</sup>

V dostupné literatuře se však, uvádí, že schizofrenici zejména působením negativních příznaků ztrácejí schopnost navazovat přátelské či intimní vztahy.<sup>78</sup> Rozporuplný závěr výzkumu a informací uváděné v literatuře jsem se rozhodla sama si ověřit či vyvrátit hypotézou, která zní, že **více jak 80 % respondentů odpoví na otázku, zda ztratili některé z přátel poté, co se dozvěděli o jejich onemocnění, negativně.** K jakému závěru jsem došla je uvedeno v empirické části práce.

## 4 Sociální práce

Posláním sociální práce je dle Řezníčka „poskytování služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Účelem těchto služeb je pomoci klientům vyrovnat se s nezaměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit, případně přispět ke zlepšení situace tam, kde je možná úprava sociálních poměrů.“<sup>79</sup>

Sociální práce se řídí zákonem číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, jehož hlavní cíle shrnuje Gulová následovně:

- podpora procesu sociálního začleňování uživatelů sociálních služeb,
- vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb lidí,
- zabezpečení základního rámce k zajištění potřebné podpory a pomoci.<sup>80</sup>

Dále Gulová uvádí, že se u sociálního pracovníka předpokládají znalosti z různých oborů. Zájemci o tuto pracovní pozici musí splňovat kvalifikaci sociálního pracovníka, jež zákon o sociálních službách též zmiňuje.

---

<sup>76</sup> Home: Co nabízíme. *Revenium.cz* [online]. [cit. 2020-02-20]

<sup>77</sup> Schizofrenie. Podle průzkumu není překážkou v práci ani v přátelství. *Denik.cz* [online]. VLTAVA LABE MEDIA, 2018 [cit. 2020-02-20]

<sup>78</sup> OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s.48. Psyché (Grada)

<sup>79</sup> ŘEZNIČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stáží studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, s. 21. Studijní texty (Sociologické nakladatelství)

<sup>80</sup> GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011, s. 31. Pedagogika (Grada)



Konkrétně se jedná o následující kvalifikace:

- „vyšší odborné vzdělání – sociální práce,
- vysokoškolské vzdělání (Bc., Mgr.) v oboru sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, speciální pedagogika,
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů (minimálně 200 hodin, minimálně 5 let praxe) za podmínky ukončeného vysokoškolského studia v jiné oblasti,
- sociální pracovník má povinnost dalšího vzdělávání (specializační vzdělávání, VŠ, VOŠ, akreditované kurzy, odborné stáže, školicí akce).“<sup>81</sup>

Uživatel sociálních služeb se nazývá klient, jenž je rovnocenným partnerem sociálního pracovníka. Pokud však sociální pracovník pracuje s lidmi s duševním onemocněním, jedná se o role patientské. Důležité je, jak připomíná Mahrová, že klient s duševním onemocněním je především člověk a sociální pracovník by na jeho diagnózu neměl nahlížet jako na problém. Také by měl sociální pracovník myslet na to, že klienti s duševním onemocněním mají specifické potřeby a je zapotřebí též specifický přístup.<sup>82</sup>

Do sociální práce s duševně nemocnými jedinci zahrnujeme i práci s jejich rodinami a lidmi v jejich okolí. „Určitě největší základ tvoří rodina, přátelé, učitelé nebo spolupracovníci, komunita, ve které žije. Ti jsou nedílnou součástí jeho sociálního světa, nejlépe ho znají a provázejí ho životem. (...) Lidé s duševním onemocněním často vyhledávají službu sami. Někteří potřebují pomoc a podporu. Rodina, přátelé, spolupracovníci jsou tak blízko, že problém nevidí, nechtějí vidět, nebo ho zcela popírají.“<sup>83</sup> Spolupráce s rodinou, blízkými přáteli a okolím je tedy z pohledu sociální práce velmi důležitá. Tato spolupráce všech zmíněných subjektů by měla být aktivní, aby mohl být sociální pracovník pro klienta co nejvíce prospěšným.

Mahrová též shrnuje, v jakých oblastech pacienti se schizofrenií potřebují nejvýrazněji péči a pomoc sociálního pracovníka. Jedná se o následující oblasti:

- „překonávání společenské izolace a stigmatizace,
- získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností (př.: pracovní terapie, ergoterapie, pohybové aktivity),

---

<sup>81</sup> ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. 3. 2006 o sociálních službách. In: Sbirka zákonů České republiky, 2006, částka 37, s. 1285

<sup>82</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 27, 28. Sestra (Grada)

<sup>83</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 44, 45. Sestra (Grada)

- *chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné (domy na půl cesty, chráněné byty, podporované bydlení, sociální byty),*
- *chráněná práce (tréninkové resocializační kavárny, přechodné zaměstnávání – podpora terapeuta omezená na šest měsíců, podporované zaměstnávání – v případě potíží se klient smí obrátit na svého terapeuta),*
- *smysluplné trávení volného času.“<sup>84</sup>*

Ještě specifitější je sociální práce s dítětem, které je duševně nemocné, přičemž pro efektivní práci je nutná spolupráce rodiny. *„Pro práci s dítětem s duševním onemocněním potřebujeme vědět, kdo všechno v rodině výchovně ovlivňuje dítě a jak rodina plní svoje funkce.“<sup>85</sup>* Matoušek navazuje na spolupráci s rodinou duševně nemocného dítěte a říká, že *„při práci s klienty se pomáhající často setkává s rodinou rekonstruovanou, v níž je jeden z manželů biologickým rodičem dítěte a druhý nikoliv.“<sup>86</sup>* Tato skutečnost však nevyovídá o tom, zda taková rodina dostatečně plní funkce rodiny a funguje správně či naopak.

Mahrová souhrnně shrnuje rozdíly mezi sociální prací s dospělým klientem a dítětem, přičemž uvádí následující zásady, které by měl mít sociální pracovník na paměti při práci s duševně nemocným dítětem:

- *„primárním cílem je intervence dítěte, rozvoj jeho osobnosti, jeho bezpečí po všech stránkách,*
- *preferujeme individuální přístup a ten je opravdu nezbytný,*
- *s rodinou pracujeme především v zájmu dítěte (řešíme problémové situace rodiny),*
- *konfliktní prostředí může zhoršovat psychický i zdravotní stav dítěte – sociální pracovník může přispět k hledání řešení.“<sup>87</sup>*

Komplexní léčba duševně nemocného jedince je často doprovázena dlouhodobou hospitalizací. Hartl říká, že dlouhodobá hospitalizace *„nepříznivě ovlivňuje vývoj dítěte spočívající v tom, že je odloučeno od lidí, kteří jej mají ve většině případů velmi rádi. Nízká podnětnost nemocničního prostředí v něm nevzbudí zájem o své okolí, dítě se přestane aktivně projevovat a stagnuje ve svém vývoji. Tento syndrom je pojmenován jako hospitalizmus. Podobně jako u dítěte je ohrožen komplexem problémů z dlouhodobé závislosti na*

<sup>84</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 129-132. Sestra (Grada)

<sup>85</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 101. Sestra (Grada)

<sup>86</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 182. Sestra (Grada)

<sup>87</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 102. Sestra (Grada)

*institucionalizované péči i dospělý pacient, ale u něj jde o potlačení již získaných sociálních dovedností, protože jsou mu veškeré materiální potřeby předkládány spolu s léčbou.“<sup>88</sup>*

## **4.1 Etika v sociální práci**

Pojem etika je dle Jandourka „*souhrn všech principů, podle kterých se ve společnosti posuzuje správnost jednání. (...) Etika vychází z obecného přesvědčení, že je třeba konat dobré věci a nekonat špatné.*“<sup>89</sup> V současné době není výjimkou setkat se s etickými problémy v práci sociálního pracovníka. Mahrová uvádí, že pro tyto případy formulovala Společnost sociálních pracovníků etické normy v práci. „*Tato pravidla fixují žádoucím způsobem profesionální chování zejména s ohledem na náročné, nejednoznačné, konfliktní situace. (...) Odpovědnost sociálního pracovníka je etickým standardem definována nejen vůči klientům, ale také vůči kolegům, vlastní profesi i celé společnosti (...) Velká pozornost se věnuje zejména profesní etice – je to druh morálky společnosti obsažené v normách, předpisech a v pravidlech chování, v hodnocení morálních aktivit pracovníka, kteří pracují s lidmi*“<sup>90</sup> Mezi etické principy/normy v pomáhajících profesích Mahrová řadí:

- princip neškození,
- princip dobřechinění,
- respekt k autonomii,
- princip spravedlnosti.<sup>91</sup>

### **Etický kodex**

Průcha definuje etický kodex jako „*nástroj, který pomáhá zajišťovat, aby každodenní aktivity a činnosti podniku a jednání jednotlivých členů organizace odpovídaly stanoveným zásadám. (...) Etický kodex organizace vymezuje standardy profesionálního (žádoucího) jednání a chování pracovníka.*“<sup>92</sup> Aby pracovníci nezneužívali své případné moci a privilegii nad klienty, je tento kodex nutný. Konkrétně Mahrová uvádí čtyři následující témata etických kodexů:

- respektování hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti,
- podpora seberegulace klienta,

---

<sup>88</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 103. Sestra (Grada)

<sup>89</sup> JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012, s. 73. Pedagogika (Grada2)

<sup>90</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 48-49. Sestra (Grada)

<sup>91</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 49. Sestra (Grada)

<sup>92</sup> PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník: 2., aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: Grada Publishing, 2014, s. 103

- podpora sociální spravedlnosti,
- profesní integrita /celistvost, neporušení.<sup>93</sup>

Elichová upozorňuje na fakt, že v sociální práci nejde jen o to, aby se neporušovala klientova práva, ale také klientům jejich lidská práva v co největší míře zajistit.<sup>94</sup>

## 5 Relaps

V průběhu onemocnění schizofrenie rozlišujeme dle Motlové tři fáze nemoci: časné varovné příznaky (= délka trvání dny nebo týdny, poruchy spánku, pocit, že se kolem něco děje), ataku (= pozitivní psychotické příznaky, hospitalizace), po zotavení z ataky dochází k období bez příznaků, a relaps.<sup>95</sup> Relaps je „*návrat příznaků psychózy*.“<sup>96</sup> Přičemž relapsy s sebou dle Motlové nesou obrovskou zátěž nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. S relapsem jsou spojeny dlouhodobé hospitalizace a konkrétně u schizofrenie se v České republice v průměru jedná o hospitalizaci trvající 112 dnů. Obecně „*schizofrenie a schizoafektivní porucha jsou onemocnění s vysokým výskytem relapsů. (...) Do jednoho roku od první epizody dojde k opětovnému vzplanutí u 30–50 % nemocných, do dvou let u 40–60 % a do pěti, stejně jako do 15 let, až u 80 % pacientů*“.<sup>97</sup>

### Vznik relapsu

Relaps často vzniká z důvodu vysazení či nepravidelného užívání léků. „*Zatímco v době akutních příznaků doprovázených značným diskomfortem (pramenícím z nespavosti, tenze, úzkosti, imperativních halucinací) pacienti medikaci užívají, jelikož pocítují její bezprostřední přínos, význam dlouhodobé preventivní léčby jim již tak jasný není. Přitom pokud se neužívají preventivně léky, postihne nové vzplanutí nemoci během prvního roku přibližně 75 % pacientů. Riziko relapsu je vyšší zejména při snižování dávky či vysazování léku. Léky sníží riziko relapsu na 10 až 15 % a při pozorném sledování stavu pacienta se mu lze téměř vyhnout. Pokud se tedy preventivní léčba přeruší příliš brzy, prodělá relaps téměř každý pacient. Je proto nesmírně důležité pokračovat v léčbě dlouhodobě, i když nejsou*

<sup>93</sup> MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 50. Sestra (Grada)

<sup>94</sup> ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, s. 61

<sup>95</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 39

<sup>96</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 51

<sup>97</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 51

*přítomny žádné příznaky.*“<sup>98</sup> Nelze však říci, že relaps vzniká pouze tehdy, když pacient přestane brát léky. Relaps se „vyskytuje i u pacientů, kteří prokazatelně léky užívají, a to především v situaci dlouhodobější nadměrné stresové zátěže. Stresorem se v tomto případě rozumí například neadekvátní zátěž (například předčasný návrat ke studiu či do práce, nebo práce ve směnném provozu). Stejně tak je významným stresorem užívání návykových látek.“<sup>99</sup>

Souhrnně můžeme hovořit o tzv. rizikových faktorech pro vznik relapsu, kam dle Praška patří:

- snížení nebo vysazení medikace,
- stres,
- užívání alkoholu a drog,
- silně vyjadřované emoce v rodině,
- samota, nedostatek podpory ze strany rodiny, přátel,
- špatná spolupráce s lékařem,
- nejasné mezilidské vztahy,
- chaotický životní styl, ztráta zaměstnání nebo opuštění školy,
- konfliktní mezilidské vztahy,
- prázdný a nenaplněný volný čas.<sup>100</sup>

Jelikož se relaps onemocnění ohlašuje časnými varovnými příznaky, dá se dle Motlové dobře předvídat. Mezi nejčastější varovné příznaky řadí:

- nespavost, nesoustředěnost,
- nervozitu, netrpělivost,
- pocit, že jsem zesměšňován,
- pocit, že jsem středem zájmu,
- zhoršení paměti, nechutenství,
- ztrátu zájmu o společenský kontakt.<sup>101</sup>

---

<sup>98</sup> PRAŠKO, Ján, et al. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. Praha: Medial Tribune CZ, 2005, s. 25

<sup>99</sup> ONDERKOVÁ, Veronika. *Časné varovné příznaky a prevence relapsu schizofrenie*. Praha, 2007. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Lucie Motlová

<sup>100</sup> PRAŠKO, Ján, et al. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. Praha: Medial Tribune CZ, 2005, s. 28

<sup>101</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 54

## 5.1 Prevence vzniku relapsu

Prevenčí se rozumí „soubor aktivit, opatření nebo procesů zaměřených na předcházení vzniku nebo snižování důsledků ohrožení, narušení nebo postižení.“<sup>102</sup>

V souvislosti s prevencí vzniku relapsu Motlová uvedla rady pro pacienta, kterými by se měli řídit, aby tak zabránili vzniku relapsu. Jedná se o tyto rady:

- užívejte antipsychotika,
- naučte se rozpoznat časné varovné příznaky relapsu,
- neužívejte drogy,
- nestresujte se,
- dodržujte pravidelný denní režim a zdravou životosprávu.<sup>103</sup>

### Zaměstnání jako prevence relapsu onemocnění

Významným faktorem snižující riziko vzniku relapsu onemocnění je najít si zaměstnání a setrvat v něm. O práci Buchtová tvrdí, že „zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení. Je důležitou podmínkou jeho důstojné existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.“<sup>104</sup>

U schizofreniků ale nastává problém ve chvíli, kdy si jedinec či potenciální zaměstnavatel uvědomí, že práce schopnost pacientů se schizofrenií je ovlivněna mnoha faktory. „Mezi ty zásadní patří přítomnost a intenzita psychopatologických symptomů a přítomnost a míra kognitivního deficitu. Téměř 50 % osob s vážnou duševní poruchou se proto uplatňuje na chráněném trhu práce, v případě nemocných se schizofrenií je zaměstnáno pouze 10 % nemocných. A to i přesto, že je známo, že pravidelné zaměstnání, bez stresu a s jasně vymezenými povinnostmi je pro nemocné zvládnutelné a prospěšné. Naopak napomáhá nemocnému zůstat mimo nemocnici.“<sup>105</sup>

Česká a Slovenská psychiatrie shrnuje poznatky různých prací na téma zaměstnávání schizofreniků v chráněném zaměstnání, přičemž většina prací se ve výsledku shoduje na tom, že „pracovní zařazení duševně nemocných v podmínkách chráněného zaměstnávání vede

---

<sup>102</sup> KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016, s. 38. Pedagogika (Grada)

<sup>103</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, s. 52-53

<sup>104</sup> ŠMAJSOVÁ BUCHTOVÁ, Božena. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002, s. 75. Psyché (Grada)

<sup>105</sup> VENCLÍKOVÁ, Simona a Libor USTOHAL. Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2016, 112 (4), s. 173

*k subjektivnímu i objektivnímu zlepšení kvality života nemocných. Ještě větší efekt pak má začlenění nemocných zpět do běžného zaměstnání. To je spojeno se zlepšením jak v objektivních indikátorech kvality života (tedy s navýšením ekonomické úrovně a zlepšením sociálního fungování), tak se zvýšením subjektivně prožívané kvality života. Jako vysoce přínosný se ukázal i program individuální podpory nemocných, který vedl k lepšímu zvládnutí pracovních povinností a setrvání v zaměstnání, a také přispěl k významnému snížení počtu rehospitalizací. Zajímavým výstupem realizovaných prací jsou tedy i ekonomické dopady spojené se zaměstnáním/nezaměstnáním duševně nemocných. Zaměstnání této populační skupiny na otevřeném trhu práce má pozitivní ekonomické výstupy jak pro jedince, tak i pro celou společnost.“<sup>106</sup>*

Často se stává, že i když by byl pacient schopný pracovat a vykonávat svou práci dobře, zaměstnavatel se takového člověka bojí zaměstnat. Osvětu přináší kupříkladu organizace Green doors a na svých webových stránkách nabádá zaměstnavatele, aby se nebáli zaměstnat osoby se schizofrenií. Konkrétní píší: *„není se čeho bát – stačí být jen o trošku trpělivější nadřízený. Lidé s duševním onemocněním chtějí pracovat, ale uplatnění shánějí těžce. Zaměstnejte jednoho našeho klienta a my vám pomůžeme s jeho zaučením.“<sup>107</sup>* Dokonce se na webových stránkách organizace nachází výčet výhod, které s sebou zaměstnání schizofrenika přináší. Jedná se o následující výhody:

- vstřícný přístup zlepší firemní reputaci v očích veřejnosti
- získáte nárok na daňové úlevy a státní příspěvky,
- splníte státní kvótu zaměstnanců se zdravotním postižením.<sup>108</sup>

---

<sup>106</sup> VENCLÍKOVÁ, Simona a Libor USTOHAL. Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2016, 112 (4), s. 176

<sup>107</sup> Zaměstnejte člověka s duševním onemocněním. *Greendoors.cz: Pomáháme lidem s duševním onemocněním chytit balanc* [online]. Praha [cit. 2020-02-21]

<sup>108</sup> Zaměstnejte člověka s duševním onemocněním. *Greendoors.cz: Pomáháme lidem s duševním onemocněním chytit balanc* [online]. Praha [cit. 2020-02-21]

## 6 Dotazníkové šetření

Pro svoji bakalářskou práci jsem se rozhodla využít dotazník jako jednu z metod standardizovaného vědeckého výzkumu, jelikož pacienti se schizofrenií tvoří velmi specifickou skupinu osob a provést s nimi rozhovor by nebylo možné.

Gavora definuje dotazník jako „*způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí.*“<sup>109</sup> Chráska doplňuje, že „*samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“<sup>110</sup>

Dotazník obsahuje položky, jimiž jsou otázky, které jsou dle stupně otevřenosti děleny na uzavřené, polouzavřené a otevřené. Uzavřené otázky nabízejí respondentovi jasné, předem definované odpovědi, ze kterých si vybírá pro něho nejvhodnější odpověď. Pokud má respondent na výběr pouze odpověď ano či ne, jedná se o dichotomické odpovědi. Dále otázky polouzavřené též nabízejí předem danou odpověď, ale respondent má zároveň možnost vyjádřit se k otázce dle svého či svou odpověď doplnit (př.: pokud ano, proč). Otevřené otázky dávají respondentovi volnost odpovědi dle svého uvážení a nemají možnost svou odpověď vybrat z předem daných odpovědí.<sup>111</sup> Dotazník, jež vyplňovali respondenti k této bakalářské práci, obsahoval všechny typy výše zmíněných otázek, kterých bylo celkem 34.

### 6.1 Cíle a hypotézy

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, **jak schizofrenie ovlivňuje sociální aspekty života pacienta** (*mezilidské vztahy, kontakt se sociálním pracovníkem, ovlivnění života schizofrenií, zkušenosti s návykovými látkami apod.*), **jak probíhá jeho léčba** (*četnost pravidelných lékařských prohlídek, způsob léčby apod.*) a **jakým způsobem se pacient snaží zabránit relapsu onemocnění.**

Jako první jsem si stanovila hypotézu týkající se prvního dílčího cíle práce, jež bylo zjistit, zda a jak schizofrenie ovlivnila vztahy mezi pacientem a rodinou. Vágnerová říká, že kvůli schizofrenii dochází v rodině k velkým změnám, ať už v dělbě práce, v komunikaci či v bydlení, a z důvodu jisté náročnosti změn často rodina schizofrenika nezvládá.<sup>112</sup> Jarolínek k problematice tohoto onemocnění v rodině dodává: „*Vztah k nemocnému bývá ovlivněn*

---

<sup>109</sup> GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 99. Edice pedagogické literatury

<sup>110</sup> CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, s. 163. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4

<sup>111</sup> GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, s. 102-104. Edice pedagogické literatury

<sup>112</sup> VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, s. 358



obtížným rozlišením potíží, které přímo vyplývají z chorobného stavu, a těch které jsou důsledkem změněné životní situace i chování okolí. Příčinou vzniku některých problémů může být i nepřiměřená tolerance ke všem projevům nemocného jedince nebo naopak nepřiměřená kritika všeho co nemocný dělá. Tyto dva extrémní přístupy jsou mezi blízkými velmi rozšířené, přestože jsou oba podobně škodlivé.“<sup>113</sup> Na základě uvedených informací jsem stanovila hypotézu, ve které předpokládám, že **více jak 50 % respondentů uvede, že s nimi rodina zachází nepřiměřeně.**

Má druhá hypotéza vyplývá z výzkumu, jenž byl zveřejněn v roce 2018 spolkem Revenium. Výzkum zjišťoval, zda lidé, kteří mají ve svém okolí schizofrenika nebo lidé, kteří mají povědomí o tomto onemocnění, považují schizofrenii za překážku v přátelství.<sup>114</sup> Na základě výsledků jsem stanovila hypotézu, že **více jak 80 % respondentů odpoví na otázku, zda ztratili některé z přátel poté, co se dozvěděli o jejich onemocnění, negativně.** Hypotéza zapadá do dílčího cíle s cílem vyhodnotit postoje, či změny postojů, okolí pacienta v souvislosti s jeho diagnózou. Rozhodující bude odpověď respondentů na dvanáctou otázku, tedy na otázku, zda ztratili některé z přátel poté, co se dozvěděli o jeho nemoci.

Na základě výzkumu zveřejněného v říjnu roku 2019 jsem pro svoji bakalářskou práci stanovila následující třetí hypotézu, která zní: **dle mého předpokladu více jak 70 % respondentů jsou aktivní kuřáci/kuřačky.** Můj předpoklad se odvíjí od již zmíněného výzkumu, ve kterém vědci z univerzity v Bristolu zkoumali vliv kouření tabáku na vznik depresí a schizofrenie. Své výsledky shrnují následovně: „*strong effects of smoking as a risk factor emphasises the detrimental public health consequences of smoking, especially for mental health. (...) Smoking prevalence is higher amongst individuals with schizophrenia and depression compared with the general population.*“<sup>115</sup> Ve volném překladu vědci dospěli k názoru, že kouření tabákových výrobků skutečně zvyšuje pravděpodobnost rizika propuknutí duševního onemocnění a také prokázali, že tyto skupiny osob tabákové výrobky častěji vyhledávají. Pro potvrzení či nepotvrzení mé hypotézy, zda jsou respondenti aktivními kuřáky, jsem vytvořila následující dílčí cíl: zjistit, zda respondenti s diagnózou schizofrenie mají zkušenosti s návykovými látkami či zda mají diagnostikovanou závislost na návykových látkách. Pan doktor Hubert (dle osobního sdělení) zastává názor, že kouření nemusí být jen

---

<sup>113</sup> JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006, s. 22

<sup>114</sup> Schizofrenie. Podle průzkumu není překážkou v práci ani v přátelství. *Denik.cz* [online]. VLTAVA LABE MEDIA, 2018 [cit. 2020-02-20]

<sup>115</sup> WOOTTON, Robin et al. Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: a Mendelian randomisation study. *Psychological Medicine* [online]. B. m.: Cambridge University Press, 2019, s. 7

faktor zvyšující propuknutí onemocnění, ale může se jednat o tzv. prodromální příznak. Jelikož nikotin zvyšuje hladinu dopaminu, lidé si za pomoci kouření navodí pocit pohody, který duševně nemocní mohou vyhledávat. Výzkumný dílčí cíl byl tedy obohacen o další návykové látky a o závislost na návykových látkách globálně. K vyhodnocení hypotézy týkající se aktivního kouření tabáku mi posloužila otázka číslo 14, tedy otázka následující: jste v současné době aktivním uživatelem návykových látek? Přičemž jednou z nabízených možností byl nikotin, který je v tabáku obsažen.

Důležitou součástí práce je následující dílčí cíl, jenž má identifikovat problémy, se kterými se klienti nejčastěji obracejí na sociálního pracovníka a zjistit, jak nahlízejí na společnou spolupráci. Zde byla mou inspirací pro sestavení hypotézy kniha od Styxe, ve které se zabývá především komunikací duševně nemocných. V knize píše, že „*schizofrenie mnohdy ztěžuje či neumožňuje kontakt klienta trpícího schizofrenií s jeho sociálním okolím. Jednání a chování nemocného klienta pro okolí bývá často zmatené, nevysvětlující nebo jednoduše zvláštní.*“<sup>116</sup> Z tohoto tvrzení usuzuji, že **alespoň 60 % respondentů, jež spolupracuje se sociálním pracovníkem, se na něho nejčastěji obrací s problémy v komunikaci.**

Pátá hypotéza, kterou mi mé dotazníkové šetření potvrdí či vyvrátí, zní: **maximálně 10 % respondentů bude v současné době (v době vyplňování dotazníku) zaměstnaných.** Zde vycházím z faktu, uvedeném ve vědeckém časopise Česká a Slovenská psychiatrie, kde je v souvislosti se zaměstnáváním schizofreniků uvedeno, že pouze 10 % všech nemocných schizofreniků má zaměstnání a řádně pracuje.<sup>117</sup>

Poslední hypotéza se týká samotné diagnózy schizofrenie a její léčbě. Důležité v tomto případě je, aby si pacient svou nemoc připustil a následně ji léčil. Jelikož je v souvislosti s léčbou schizofrenie dle Vlčka využívána jako první volba farmakoterapie,<sup>118</sup> předpokládám, že **nejméně 95 % respondentů uvede jako způsob své léčby farmakoterapii.** Dílčím cílem pro tuto hypotézu je analyzovat náhled a postoje pacienta k diagnóze schizofrenie a získat informace o lékařské péči. Nezjišťuji tedy pouze to, jak jsou respondenti v současné době léčeni, ale i to, jak sami na sobě vnímají dopad onemocnění.

Pro větší přehlednost jsou zde vypsány všechny stanovené hypotézy pohromadě:

**H1: Více jak 50 % respondentů uvede, že s nimi rodina zachází nepřiměřeně.**

---

<sup>116</sup> STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi.* Brno: Computer Press, 2003, s. 130. Edice pedagogické literatury

<sup>117</sup> VENCLÍKOVÁ, Simona a Libor USTOHAL. Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie.* Praha: Galén, 2016, 112 (4), s. 173

<sup>118</sup> VLČEK, Jiří a Magda VYTRÍSALOVÁ. *Klinická farmacie II.* Praha: Grada Publishing, 2014, s. 213

H2: Více jak 80 % respondentů odpoví na otázku, zda ztratili některé z přátel poté, co se dozvěděli o jejich onemocnění, negativně.

H3: Dle mého předpokladu více jak 70 % respondentů jsou aktivní kuřáci/kuřačky.

H4: Alespoň 60 % respondentů, jež spolupracuje se sociálním pracovníkem, se na něho nejčastěji obrací s problémy v komunikaci.

H5: Maximálně 10 % respondentů bude v současné době (v době vyplňování dotazníku) zaměstnaných.

H6: Nejméně 95 % respondentů uvede jako způsob své léčby farmakoterapii.

Celý můj koncept, jak a s jakým cílem byl dotazník sestaven, jsem shrnula do následující tabulky.

Tabulka 7: Koncept dotazníku

| Cíl výzkumného šetření   | Dílčí cíle  | Příslušné otázky  |
|--|---|---|
| Zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje sociální aspekty života pacienta ( <i>mezilidské vztahy, kontakt se sociálním pracovníkem, ovlivnění života schizofrenií, zkušenosti s návykovými látkami apod.</i> ), jak probíhá jeho léčba ( <i>četnost pravidelných lékařských prohlídek, způsob léčby apod.</i> ) a jakým způsobem se pacient snaží zabránit relapsu onemocnění | Identifikační otázky  | 1. Jste muž nebo žena?  |
|  |   | 2. Kolik Vám je let?  |
|  |   | 3. V kolika letech Vám byla diagnostikována schizofrenie?   |
|  | Zjistit, zda a jak schizofrenie ovlivnila vztahy mezi pacientem a rodinou | 4. Domníváte se, že je Vaše rodina řádně seznámena s tím, co je schizofrenie?                                     |
|  |   | 5. Myslíte si, že Vaše rodina pochopila, co schizofrenie obnáší?  |
|  |   | 6. Vnímáte, že by Vaše onemocnění mělo vliv na vztahy mezi Vámi a Vaší rodinou?                                   |
|  |   | 7. Máte někdy pocit, že s Vámi rodina zachází „nepřiměřeně“? Například, že kvůli Vašemu onemocnění podceňuje Vaše |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>Zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje sociální aspekty života pacienta (<i>mezilidské vztahy, kontakt se sociálním pracovníkem, ovlivnění života schizofrenií, zkušenosti s návykovými látkami apod.</i>), jak probíhá jeho léčba (<i>četnost pravidelných lékařských prohlídek, způsob léčby apod.</i>) a jakým způsobem se pacient snaží zabránit relapsu onemocnění</p> | <p>Zjistit, zda a jak schizofrenie ovlivnila vztahy mezi pacientem a rodinou</p>   | <p>schopnosti, znalosti apod.?</p> <p>8. Zhodnotil/a byste Váš vztah s rodinou jako kladný?</p>  |
|   | <p>Vyhodnotit postoje, či změny postojů, okolí pacienta v souvislosti s jeho diagnózou</p>   | <p>9. Zpozoroval/a jste, že by se změnilo chování Vašeho okolí vůči Vám poté, co se dozvěděli o schizofrenii?</p>  |
|   |  | <p>10. Setkal/a jste se s tím, že by Vám lidé přisuzovali různé charakteristiky jako například: <i>smutný, nervózní, náladový, úzkostný, nesoustředěný, šílený, blázen apod.?</i></p>    |
|   |  | <p>11. Měl/a jste někdy pocit, že by se Vás blízké okolí kvůli Vaší nemoci stranilo?</p>   |
|   |  | <p>12. Ztratil/a jste některé z přátel poté, co se dozvěděli o Vaší nemoci?</p>  |
|   | <p>Zjistit, zda respondenti s diagnózou schizofrenie mají zkušenosti s návykovými látkami či zda mají diagnostikovanou závislost na návykových látkách</p> | <p>13. Požil/a jste během svého života tzv. tvrdé drogy? (<i>toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack, LSD, lysohlávky, kokain, pervitin, extáze, efedrin, kodein, alkohol</i>)</p> |
|   |  | <p>14. Jste v současné době aktivním uživatelem návykových látek?</p>  |
|   |  | <p>15. Byla Vám diagnostikována závislost na návykových látkách?</p>   |
|   |  | <p>16. Léčíte se zde v Psychiatrické nemocnici Bohnice zároveň se závislostí na návykových látkách?</p>  |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <p>Zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje sociální aspekty života pacienta (<i>mezilidské vztahy, kontakt se sociálním pracovníkem, ovlivnění života schizofrenií, zkušenosti s návykovými látkami apod.</i>), jak probíhá jeho léčba (<i>četnost pravidelných lékařských prohlídek, způsob léčby apod.</i>) a jakým způsobem se pacient snaží zabránit relapsu onemocnění</p> | <p>Identifikovat problémy, se kterými se klienti nejčastěji obracují na sociálního pracovníka a zjistit, jak nahlíží na společnou spolupráci</p> <p>Identifikovat problémy, se kterými se klienti nejčastěji obracují na sociálního pracovníka a zjistit, jak nahlíží na společnou spolupráci</p> | <p>17. Jak dlouho již spolupracujete se sociální pracovníkem?</p> <p>18. Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?</p> <p>19. V jaké oblasti Vám sociální pracovník dle Vašeho názoru nejvíce pomáhá?</p> <p>20. Považujete spolupráci se sociálním pracovníkem za přínosnou?</p> |   |
|   | <p>Zjistit, zda v rámci prevence relapsu onemocnění jsou klienti zaměstnáni a jaké aktivity ve svém volném čase vykonávají</p>  | <p>21. Víte, co znamená pojem „relaps“ onemocnění?</p> <p>22. Jste v současné době zaměstnán/a?</p> <p>23. Věnujete se ve svém volném čase pravidelně nějaké zájmové činnosti?</p>   |   |
|   |   | <p>Analyzovat náhled a postoje pacienta k diagnóze schizofrenie a získat informace o lékařské péči</p>   | <p>24. Cítíte se být v současné době nemocný/á?</p> <p>25. Myslíte si, že Vám byla Vaše diagnóza stanovena správně?</p> <p>26. Co Vás v současné době nejvíce trápí?</p> <p>27. Přisuzujete tyto stavy (<i>viz. nabízené odpovědi u předchozí otázky + úzkosti, deprese, poruchy chování, paměti, pozornosti apod.</i>) skutečně schizofrenii?</p> <p>28. V čem Vás nemoc a její léčba nejvíce omezuje?</p> <p>29. Pozorujete na sobě zhoršenou paměť, poruchy pozornosti či změny v chování?</p> <p>30. Jak jste v současné době léčen/a?</p> <p>31. Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a?</p> |

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
|  | Analyzovat<br>a postoje<br>k diagnóze<br>a získat<br>o lékařské péči | náhled<br>pacienta<br>schizofrenie<br>informace | 32. Jak často chodíte na lékařské kontroly?       |
|  |  |   | 33. Myslíte si, že se dá schizofrenie vyléčit?    |
|  |  |   | 34. Máte pocit, že Vás nemoc i v něčem obohatila? |

### 6.3 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek dotazníkového šetření tvořili pacienti Psychiatrické nemocnice Bohnice, a to z různých oddělení, a dále pacienti s diagnostikovanou schizofrenií, kteří v době vyplňování dotazníku nebyli v žádné psychiatrické nemocnici hospitalizováni.

Na jednotlivá oddělení jsem do Psychiatrické nemocnice Bohnice (= PNB) dojížděla osobně a byla svědkem, jak pacienti dotazníky v tištěné formě vyplňují. Tato možnost, být s pacienty v přímém kontaktu, mi přišla velmi obohacující, jelikož jsem mohla pozorovat neverbální komunikaci pacientů během výzkumného šetření. Překvapující pro mne bylo, jak odlišné mohou pacienti se stejnou diagnózou být. Někteří zvládali běžnou komunikaci se mnou i se sestrami na oddělení bez problémů, dokonce mi často říkali, že jsou rádi, že mohou mluvit s někým „z venku“, jelikož hospitalizace některých pacientů trvala řádově i několik měsíců a dokonce let. A naopak někteří pacienti nebyli schopni vést běžnou konverzaci, nechápali otázky, které dotazník obsahoval a činilo jim velký problém na otázky odpovídat či si je jen přečíst. Časová náročnost dotazníku se tak u některých pacientů zvýšila.

V průběhu sbírání dotazníku k mé bakalářské práci začal v České republice platit nouzový stav a do všech nemocnic byl zakázán vstup návštěv. Místo osobního kontaktu, jsem dotazníky do PNB zasílala poštou, ale jejich návratnost nebyla příliš vysoká, a hlavně byl celý proces časově hodně náročný. Proto jsem se rozhodla, že dotazník upravím (neptala jsem se přímo na PNB, ale obecně) a distribuovala jsem ho mezi uzavřenou skupinu schizofreniků, kteří v současné době nejsou nikde hospitalizováni, ale mají s hospitalizací zkušenosti a mají diagnostikovanou schizofrenii. Na tuto uzavřenou skupinu jsem dostala doporučení od jedné známé a pomohla mi dotazníky elektronickou formou mezi pacienty rozšířit.

Z výše zmíněného vyplývá, že dotazník měl svou tištěnou i elektronickou verzi a dle potřeby jsem využívala jeho konkrétní formu. Jelikož se jedná o velmi specifickou a uzavřenou skupinu osob – pacientů, podařilo se mi získat celkem 43 vyplněných dotazníků, za které respondentům děkuji.

## 6.4 Odpovědi respondentů

Polostrukturovaný dotazník celkem vyplnilo 43 respondentů s diagnózou schizofrenie, přičemž z toho bylo 20 žen a 23 mužů. Jak jednotliví respondenti na otázky odpovídali, jsem rozpracovala do tabulek obsahujících název otázek a odpovědi, ze kterých respondenti vybírali, popřípadě odpovědi, které svévolně doplnili. Jak jsou jednotlivé tabulky koncipovány, je popsáno pod konkrétními tabulkami. Zda se mi hypotézy potvrdily či vyvrátily, naleznete v podkapitole diskuse a závěr.

Tabulka 8: Otázka 1

| 1. Jste muž nebo žena? |    |
|------------------------|----|
| a) muž                 | 23 |
| b) žena                | 20 |

Tabulky koncipované tímto stylem v pravém sloupci informují, kolik respondentů uvedlo jednotlivé možnosti, jež jsou vypsány ve sloupci levém. V případě, že je tabulka koncipována jinak, je pod ní vysvětleno, jakým způsobem je tabulka vytvořena.

Tabulka 9: Otázka 2

| 2. Kolik Vám je let? (doplňte číslovku) |    |
|---|----|
| 18-22                                   | 6  |
| 30-35                                   | 6  |
| 36-42                                   | 14 |
| 43-51                                   | 12 |
| 55-58                                   | 5  |

Respondenti byli osoby v různých věkových kategoriích, přičemž je možné konstatovat, že se výzkumného šetření zúčastnili osoby napříč věkových kategorií 18-58 let. Většinu respondentů (60,5 %) tvořili lidé ve věkové kategorii 36-51 let. Ostatní věkové kategorie byly početně vcelku vyrovnané.

Tabulka 10: Otázka 3

| <b>3. V kolika letech Vám byla diagnostikována schizofrenie? (doplňte číslovku)</b> |    |
|---|----|
| méně než 15   | 1  |
| 15-22   | 13 |
| 25-32   | 12 |
| 35-40   | 9  |
| 42-45   | 4  |
| nevím   | 4  |

Tabulka uvádějící, v kolika letech byla respondentům schizofrenie diagnostikována, se poměrově liší od věku jednotlivých respondentů. Nejčastěji respondenti uváděli, že jim bylo onemocnění diagnostikováno mezi 15-32 roky. V literatuře se lze dočíst, že nejčastěji je schizofrenie diagnostikována mezi 25. a 35. rokem věku u žen a v letech mezi 15. a 25. rokem u mužů.<sup>119</sup> Odpovědi by tedy souhlasily s dostupnou literaturou. Též musím poznamenat, že jeden respondent mi k otázce doplnil, že ví, že má schizofrenii již od pěti let, ale byla mu diagnostikována až v pozdějším věku. V tomto případě si myslím, že je v tak nízkém věku na diagnostiku schizofrenie příliš brzy.

Tabulka 11: Otázka 4

| <b>4. Domníváte se, že je Vaše rodina řádně seznámena s tím, co je schizofrenie?</b> |    |
|--|----|
| a) ANO   | 21 |
| b) NE  | 5  |
| c) nedokážu posoudit   | 17 |

Výše je viditelné, že 21 respondentů uvedlo, že se domnívá, že je jejich rodina řádně seznámena s tím, co schizofrenie je. Další podstatná část respondentů (17) uvedla, že toto nedokáží posoudit. Tyto výsledky pro mne nebyly překvapující, jelikož se osobně domnívám, že se rodina většinou o diagnózu svých příbuzných zajímá a má o ní informace.

<sup>119</sup> OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, s. 46. Psyché (Grada)



Tabulka 12: Otázka 5

| <b>5. Myslíte si, že Vaše rodina pochopila, co schizofrenie obnáší?</b> |    |
|---|----|
| a) ANO  | 15 |
| b) částečně ano   | 7  |
| c) NE   | 10 |
| d) nedokážu posoudit  | 11 |

Zde už byly výsledky poměrně odlišné. I přesto, že se 21 respondentů domnívá, že jejich rodina ví, co schizofrenie je, už jen 15 respondentů má pocit, že jejich rodina vážně pochopila, co schizofrenie skutečně obnáší. Domnívám se, že do těchto odpovědí se promítl vlastní náhled každého respondenta a jedná se o subjektivně zabarvenou otázku ze strany pacientů. Vždy je těžké vcítit se do situace, kterou osobně neprožíváme a neznáme, proto si mohou respondenti myslet, že rodina zcela nepochopila, co vše schizofrenie obnáší.

Tabulka 13: Otázka 6

| <b>6. Vnímáte, že by Vaše onemocnění mělo vliv na vztahy mezi Vámi a Vaší rodinou?</b> |    |
|--|----|
| a) ANO   | 22 |
| b) spíše ano   | 10 |
| c) NE  | 8  |
| d) spíše ne  | 3  |

Z odpovědí jasně vyplynulo, že více jak polovina respondentů (32) vnímá, že má jejich onemocnění vliv na vztahy mezi nimi a rodinou. Respondenti nejčastěji odpovídali, že tento pocit ovlivnění onemocněním zcela vnímají a dále že si nejsou zcela jistí, ale spíše se přikláněli k tomu, že vztahy schizofrenií ovlivněny jsou, tedy vybírali odpověď spíše ano. Pouhých 11 respondentů celkově se přiklonilo k názoru, že jejich vztahy s rodinou ovlivněny nejsou či spíše nejsou.

Tabulka 14: Otázka 7

| <b>7. Máte někdy pocit, že s Vámi rodina zachází „nepřiměřeně“? Například, že kvůli Vašemu onemocnění podceňuje Vaše znalosti, dovednosti apod.?</b> |    |
|--|----|
| a) ANO   | 14 |
| b) občas ano   | 18 |
| c) NE  | 11 |

Pocit nepřiměřeného zacházení ze strany rodiny zcela potvrdilo 14 respondentů a dalších 18 uvedlo, že tento pocit vnímají jen občas. Nepřiměřeným zacházením se myslí například podceňování dovedností či znalostí pacienta ze strany rodiny. Jedenáct ze čtyřiceti tří respondentů nepřiměřené chování rodiny nezaznamenalo.

Tabulka 15: Otázka 8

| <b>8. Zhodnotil/a byste Váš vztah s rodinou jako kladný?</b> |    |
|--|----|
| a) ANO   | 15 |
| b) spíše ano   | 20 |
| c) NE  | 3  |
| d) spíše ne  | 2  |
| e) nedokážu posoudit   | 3  |

Výše jsem zjišťovala, jak by sám pacient zhodnotil svůj vztah s rodinou – zda kladně či negativně. Kladně či spíše kladně zhodnotilo svůj vztah s rodinou 35 respondentů. Tři respondenti nepovažují své vztahy za kladné a další dva se přiklonili k názoru, že jejich vztahy jsou spíše negativní. Tři pacienti vztahy v rodině nedokázali posoudit. Myslím si, že zde negativní vztahy nelze vyvozovat jen z diagnózy schizofrenie, jelikož je v populaci běžné, že i v rodinách, kde se tato diagnóza nevyskytuje, jsou vztahy negativní. Abych mohla říci, že jsou negativní vztahy respondentů zapříčiněny diagnózou schizofrenie, muselo by takových respondentů, co na výše uvedenou otázku odpověděli ne či spíše ne, být více.

Tabulka 16: Otázka 9

| <b>9. Zpozoroval/a jste, že by se změnilo chování Vašeho okolí vůči Vám poté, co se dozvěděli o schizofrenii?</b> |    |
|---|----|
| a) ANO – kladně   | 5  |
| b) ANO – negativně  | 24 |
| c) NE   | 14 |

Výše položená otázka, na rozdíl od těch přechozích, zjišťovala změnu chování v rámci celého okolí respondenta, tedy ne pouze chování jeho rodiny. I odpovědi jsou odlišné, zatímco 35 respondentů v předchozí otázce uvedlo, že mají i přes své onemocnění vztah s rodinou zcela nebo spíše kladný, tady se ukázalo, že chování okolí se vůči 24 pacientům změnilo a to negativně. Usuzuji tedy, že změny v chování okolí jsou pro pacienty značnější než negativní změny chování v rámci rodiny. Pouhých pět respondentů zaznamenalo kladnou změnu chování okolí a zbylých 14 respondentů žádné změny nezaznamenali.

Tabulka 17: Otázka 10

| <b>10. Setkal/a jste se s tím, že by Vám lidé přisuzovali různé charakteristiky jako například: smutný, nervózní, náladový, úzkostný, nesoustředěný, šílený, blázen apod.?</b> |    |
|--|----|
| a) ANO ( <i>doplňte jaké</i> )   | 32 |
| a. smutný (7x)   |    |
| b. nervózní (4x)   |    |
| c. úzkostný (3x)   |    |
| d. šílený (6x)   |    |
| e. blázen (15x)  |    |
| f. depresivní (3x)   |    |
| g. náladový (6x)   |    |
| h. divný (2x)  |    |
| i. nesoustředěný (3x)  |    |
| j. nervózní (1x)   |    |
| k. málomluvný (1x)   |    |
| l. neprůbojná (1x)   |    |
| b) NE  | 11 |

Výše zmíněná tabulka v levém sloupci obsahuje dvě nabízené odpovědi (ano/ne) na otázku číslo deset. U odpovědi ano pacienti doplňovali, které charakteristiky jim lidé přisuzují. Charakteristiky, jež pacienti doplnili, jsou vypsány pod možností ano a v závorce je uvedeno, kolikrát se tato charakteristika v odpovědích respondentů objevila, přičemž každý

respondent mohl uvést více jak jednu charakteristiku. V pravém sloupci je uveden počet respondentů, kteří zvolili odpověď ano či ne. Jeden respondent mohl uvést i několik charakteristik najednou.

Nejčastěji se objevovaly charakteristiky „blázen“, „smutný“ a „šílený“. Tyto charakteristiky dle mého názoru souvisejí s problémem stigmatizace, který jsem v bakalářské práci zmiňovala. Uvedenými odpověďmi respondenti potvrdili, jak silný vliv stigmatizace vůči schizofrenikům tu je, a že ho samotní pacienti vnímají a možná i částečně přijímají a sebestigmatizují se.

Tabulka 18: Otázka 11

| <b>11. Měl/a jste někdy pocit, že by se Vás blízké okolí kvůli Vaší nemoci stranilo?</b> |    |
|--|----|
| a) ANO   | 19 |
| b) NE  | 16 |
| c) tyto pocity si nepřipouštím   | 8  |

Devatenáct respondentů uvedlo, že již zažili pocit, že se jich okolí kvůli jejich onemocnění stranilo. Z mých zkušeností z osobních návštěv Psychiatrické nemocnice Bohnice musím říct, že takto nemocní lidé vytvářejí různý dojem. Někteří pacienti vůbec nepůsobili nemocně, plně komunikovali, zajímali se o různá témata, o můj studijní obor apod. a naopak někteří jen seděli, smáli se sami pro sebe, různě se pohybovali a občas jejich chování ve mně způsobovalo až strach. Dovedu si tedy představit, že se okolí třeba i na veřejnosti lidem se schizofrenií straní právě kvůli jejich netypickým projevům chování. Je hezké, že se dotazníkového šetření zúčastnili i pacienti, kteří si toto nepřipouští a nejsou tak chováním druhých ovlivněny. Mile mě překvapilo, že 16 respondentů uvedlo, že se s tímto nesetkali a pocit, že bych se jich někdo stranil nezažili.

Tabulka 19: Otázka 12

| <b>12. Ztratil/a jste některé z přátel poté, co se dozvěděli o Vaší nemoci?</b> |    |
|---|----|
| a) ANO  | 27 |
| b) NE   | 16 |

Ze zveřejněného výzkumu v roce 2018 vyplynulo, že lidé nepovažují schizofrenii za překážku v přátelství. V mém výzkumném šetření se ale objevilo více odpovědí v neprospěch tohoto výzkumu a zároveň ve prospěch informací uváděných v literatuře, kde je možné se dočíst, že lidé se schizofrenií ztrácejí schopnost vytvářet a udržovat přátelství. Většina respondentů (63 %) uvedla, že některé ze svých přátel kvůli schizofrenii ztratila.

Tabulka 20: Otázka 13

| <b>13. Požil/a jste během svého života tzv. tvrdé drogy? (toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack, LSD, lysohlávky, kokain, pervitin, extáze, efedrin, kodein, alkohol)</b> |    |
|---|----|
| a) ANO, pouze alkohol   | 16 |
| b) ANO (napište které)  | 10 |
| a. LSD (5x)   |    |
| b. lysohlávky (2x)  |    |
| c. extáze (7x)  |    |
| d. heroin (2x)  |    |
| e. pervitin (6x)  |    |
| c) ANO, ale nechci uvádět které   | 6  |
| d) NE   | 11 |

Na otázku, zda během svého života respondenti požili tvrdé drogy, mohli odpovědět hned několika způsoby – viz. levý sloupec, přičemž u druhé odpovědi měli možnost napsat, o jaké tvrdé drogy se jednalo, výčet tvrdých drog též obsahovala otázka. V závorce uvádím, kolikrát byla jednotlivá možnost zvolena. Pravý sloupec informuje obecně o celkovém počtu respondentů, kteří příslušnou odpověď označili.

Následující otázka společně s odpověďmi je pro lepší přehlednost uvedena na následující straně práce.

Tabulka 21: Otázka 14

| 14. Jste v současné době aktivním uživatelem návykových látek? |    |
|--|----|
| a) ANO ( <i>níže zakroužkujte kterých</i> )                    | 17 |
| a. alkohol (7x)  |    |
| b. nikotin (12x)   |    |
| c. marihuana (4x)  |    |
| d. LSD (2x)  |    |
| e. hašiš (1x)  |    |
| f. lysohlávka  |    |
| g. Braun   |    |
| h. heroin (1x)   |    |
| i. kodein  |    |
| j. morfin  |    |
| k. pervitin  |    |
| l. kokain  |    |
| m. crack   |    |
| n. extáze  |    |
| o. efedrin   |    |
| p. jiných ( <i>doplňte</i> )                                   |    |
| q. kratom (1x)   |    |
| b) ANO, ale nechci uvádět kterých                              | 1  |
| c) NE  | 25 |

Předchozí uvedená tabulka informuje čtenáře bakalářské práce o tom, jak respondenti odpovídali na otázku číslo 14 – tedy zda jsou v současné době aktivním uživatelem návykových látek. Pravý sloupec informuje o počtu, kolik respondentů uvedlo danou odpověď, přičemž levý sloupec obsahuje možnosti, ze kterých respondenti volili a v závorce u vyjmenovaných návykových látkách je uvedeno, kolikrát byla daná látka respondenty zvolena. Na tuto otázku bylo možné zakroužkovat více než jednu odpověď a zároveň měli respondenti možnost doplnit odpověď vlastní.

Jedinou doplněnou odpovědí byl kratom, o takové návykové látce jsem osobně neslyšela a musela jsem si na internetu dohledávat, o jakou návykovou látku se jedná. Našla jsem, že kratom je stimulant, analgetikum, antidepressivum, afrodiziakum, slouží k relaxaci a v 19. století byl v Thajsku předepisován jako lék na léčbu závislosti na opium.<sup>120</sup>

<sup>120</sup> *Herbal-store.cz* [online]. Jablonec nad Nisou, 2020 [cit. 2020-04-17]

Tabulka 22: Otázka 15

| <b>15. Byla Vám diagnostikována závislost na návykových látkách?</b> |    |
|--|----|
| a) ANO   | 14 |
| b) NE  | 29 |
| c) nevím   | 0  |

U otázek týkajících se problematiky závislosti na návykových látkách usuzuji, že respondenti nebyli vždy zcela upřímní a pravdiví. V některých dotaznících se objevilo, že respondent nikdy nepožil žádnou návykovou látku, ale zároveň ten samý respondent uvedl, že mu byla závislost na návykových látkách diagnostikována. Také samotní zaměstnanci PNB často zmiňovali, že jejich pacienti jsou aktivními uživateli návykových látek a nejedná se pouze o alkohol a nikotin, jak z dotazníkového šetření (předchozí otázky) vyplývá. Celkem 14 respondentů dotazníkové šetření má závislost na návykových látkách diagnostikovanou.

Tabulka 23: Otázka 16

| <b>16. Léčíte se (zde v Psychiatrické nemocnici Bohnice) zároveň se závislostí na návykových látkách?</b> |    |
|---|----|
| a) ANO  | 4  |
| b) NE   | 39 |

Výše položenou otázku jsem pokládala odlišně pacientům PNB v tištěné verzi dotazníku a pacientům mimo PNB v elektronické formě. Elektronická forma neobsahovala upřesnění „zde v Psychiatrické nemocnici Bohnice“ a ptala jsem se tedy obecně, zda se respondent léčí se závislostí na návykových látkách. I přesto, že z předchozích odpovědí vyplynulo, že se v dotazníkovém šetření sešlo 14 osob s diagnostikovanou závislostí na návykových látkách, zde vidíme, že pouze 4 respondenti se zároveň ze zmíněné závislosti léčí.

Tabulka 24: Otázka 17

| <b>17. Jak dlouho již spolupracujete se sociálním pracovníkem? (pokud se sociálním pracovníkem nespolečujete, pokračujte otázkou 21, pokud se sociálním pracovníkem spolupracujete, doplňte časový údaj)</b> |    |
|--|----|
| 2 měsíce   | 1  |
| 3 měsíce   | 2  |
| 6 měsíců   | 1  |
| 1 rok  | 4  |
| 2 roky   | 1  |
| 3 roky   | 1  |
| 6 let  | 2  |
| 10 let   | 1  |
| nevím  | 8  |
| se sociálním pracovníkem nespolečuje   | 22 |

V levém sloupci je respondentem uvedený časový údaj vypovídající o tom, jak dlouho již spolupracuje se sociálním pracovníkem a sloupec pravý informuje o tom, kolik respondentů odpovědělo totožně. V dotaznících se však objevila i odpověď, že se sociálním pracovníkem respondent vůbec nespolečuje, pro tento případ je výše napsáno: se sociálním pracovníkem nespolečuje a pravý sloupec udává, kolik takových respondentů se mého dotazníkového šetření zúčastnilo.

U této otázky mě odpovědi respondentů překvapily. Nepředpokládala jsem, že pouze necelá polovina respondentů bude spolupracovat se sociálním pracovníkem. Zde ale nabývám dojmu, že respondenti možná nevědí, že ten, s kým zrovna řeší své problémy, je právě sociální pracovník.

Tabulka 25: Otázka 18

| <b>18. Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?</b> |     |
|---|-----|
| a) oblast bydlení   | 10x |
| b) oblast trávení volného času  | 1x  |
| c) oblast zaměstnání  | 7x  |
| d) zdravotní situaci  | 5x  |
| e) oblast financí   | 7x  |
| f) oblast socializace   | 1x  |
| g) oblast komunikace  | 0x  |
| h) jinou oblast ( <i>doplňte jakou</i> )  | 0x  |



U otázky číslo 18 mohli respondenti uvést více než jednu odpověď. Pravý sloupec informuje, kolikrát se daná odpověď v dotaznících objevila, přičemž z předchozí otázky víme, že se sociálním pracovníkem spolupracuje 21 respondentů. Z odpovědí vyplývá, že se pacienti nejčastěji na sociální pracovníky obrací, když vyžadují pomoc v oblasti bydlení. Dále pak vyžadují pomoc v oblasti zaměstnání a chtějí poradit s financemi. V odpovědích se objevily téměř všechny nabízené odpovědi kromě oblasti komunikace, kterou jsem osobně v dotaznících čekala.

Tabulka 26: Otázka 19

| 19. V jaké oblasti Vám sociální pracovník dle Vašeho názoru nejvíce pomáhá? |    |
|---|----|
| a) v oblasti bydlení  | 8x |
| b) v oblasti trávení volného času   | 0x |
| c) v oblasti zaměstnání   | 7x |
| d) se zdravotní situací   | 4x |
| e) v oblasti financí  | 7x |
| f) v oblasti socializace  | 2x |
| g) v oblasti komunikace   | 0x |
| h) v jiné oblasti ( <i>doplňte v jaké</i> )                                 | 0x |

Obdobně jako u předchozí tabulky, i tato výše uvedená nás v pravém sloupci informuje, kolikrát se daná odpověď u respondentů shodovala. Na odpovědích se podílelo 21 respondentů, jež uvedli, že spolupracují se sociálním pracovníkem. Obdobně jako u předchozí otázky i zde dominuje oblast bydlení a následuje pomoc v oblasti zaměstnání a pomoc s financemi. Sociální pracovník tedy respondentům nejvíce pomáhá v oblastech, které se sociálním pracovníkem nejčastěji řeší.

Tabulka 27: Otázka 20

| 20. Považujete spolupráci se sociálním pracovníkem za přínosnou? |    |
|--|----|
| a) ANO   | 20 |
| b) NE  | 1  |

Pouhý jeden respondent, jenž spolupracuje se sociálním pracovníkem, nepovažuje vzájemnou spolupráci za přínosnou. Zde šlo o vlastní náhled a zhodnocení spolupráce, nemohu tedy říci, zda je jejich spolupráce opravdu pacientovi neprospěšná či nikoli.

Tabulka 28: Otázka 21

| <b>21. Víte, co znamená pojem „relaps“ onemocnění?</b>  |    |
|---|----|
| a) ANO, relaps znamená <i>(doplňte)</i><br>a. vyhoření (1x)<br>b. opakovaná ataka (3x)<br>c. navrácení nemoci/znovuzplanutí (21x)<br>d. stabilizace (1x)<br>e. opakované užití drogy (1x) | 27 |
| b) NE   | 16 |

V levém sloupci výše vytvořené tabulky jsou uvedeny odpovědi, ze kterých pacienti vybírali a pod možností ano jsou uvedeny definice pojmu relaps, jež pacienti uvedli a považují je za správnou. V pravém sloupci je uveden počet respondentů, kteří volili odpověď ano či ne.

Dvacet sedm respondentů uvedlo, že ví, co relaps onemocnění znamená a doplnili vlastní definici. Za správné definice lze považovat odpovědi dvaceti čtyř z nich. Téměř všichni ze zmíněných 24 respondentů (21) uvedli, že se jedná o navrácení či znovuzplanutí nemoci, což je odpověď zcela správná. Další tři respondenti relaps onemocnění správně popsali jako opakovanou ataku. V odpovědích se objevily i tři nesprávné odpovědi, kdy respondenti uvedli, že se jedná o stabilizaci, vyhoření a o opakované požití drogy.

Tabulka 29: Otázka 22

| <b>22. Jste v současné době zaměstnán/a?</b>                          |    |
|---|----|
| a) ANO  | 11 |
| b) NE, v současné době se necítím na to, abych pracoval/a             | 15 |
| c) NE, ale aktivně si práci hledám                                    | 12 |
| d) NE, nemůžu si již dlouhodobě práci najít z důvodu <i>(doplňte)</i> | 0  |
| e) NE, nemám zájem pracovat   | 5  |

Z otázky číslo 22 vyplývá, že 15 respondentů se v současné době necítí na to, aby pracovali. Zaměstnávání schizofreniků je celkově obtížné jak ze strany zaměstnavatelů, tak právě ze strany zaměstnanců – schizofreniků. Sami respondenti hodně doplňovali, že jim léčba komplikuje právě oblast zaměstnání a taky bylo na předchozích odpovědích viditelné, že tuto oblast pacienti řeší se sociálním pracovníkem a trápí je. Ze 43 respondentů jich celkem 11 řádně pracuje, přičemž někteří z těchto respondentů stranou uvedli, že pracují v chráněných pracovištích.

Tabulka 30: Otázka 23

| <b>23. Věnujete se ve svém volném čase pravidelně nějaké zájmové činnosti?</b>   |    |
|--|----|
| a) ANO, pravidelně se věnuji ( <i>doplňte čemu</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>a. kultura (1x)</li> <li>b. hudba (3x)</li> <li>c. vaření (3x)</li> <li>d. procházky (1x)</li> <li>e. četba (6x)</li> <li>f. keramika, tvorba šperků (1x)</li> <li>g. fotografování (1x)</li> <li>h. péče o domácího mazlíčka (1x)</li> <li>i. sport (1x)</li> <li>j. facebook, pc (2x)</li> <li>k. tanec (1x)</li> <li>l. křížovky (2x)</li> <li>m. kolo (1x)</li> <li>n. cizí jazyk (2x)</li> <li>o. počítač (2x)</li> </ul> | 21 |
| b) OBČAS se věnuji ( <i>doplňte čemu</i> ) <ul style="list-style-type: none"> <li>a. četba (3x)</li> <li>b. luštění křížovek (1x)</li> <li>c. politika (1x)</li> <li>d. chemie (1x)</li> <li>e. fyzika (1x)</li> <li>f. kosmologie (1x)</li> </ul>   | 5  |
| c) NE, žádné zájmové činnosti se nevěnuji  | 17 |

Stejným způsobem, jako již některé zde okomentované tabulky, je vytvořena i tabulka mapující odpovědi respondentů na otázku číslo dvacet tři. V levém sloupci jsou uvedeny nabízené odpovědi, přičemž u prvních dvou odpovědí pacienti doplňovali, čemu se

konkrétně věnují. Zájmové činnosti, jež pacienti uvedli, jsou pod jednotlivými odpověďmi vypsány. V závorkách je uveden počet, kolikrát se konkrétní zájmová činnost v dotaznících objevila. Pravý sloupec uvádí, kolik respondentů označilo jednotlivé odpovědi.

Dvacet šest respondentů se ať už pravidelně či občas věnuje nějaké zájmové činnosti a zbylých 17 respondentů se žádné zájmové činnosti nevěnuje. Zájmové činnosti respondentů jsou velmi rozmanité a odlišné, některé z nich, jako kupříkladu četba se i přesto v dotaznících objevily vícekrát. Zbylé odpovědi jsou zaznamenány v levém sloupci pod příslušnými odpověďmi.

Tabulka 31: Otázka 24

| <b>24. Cítíte se být v současné době nemocný/á?</b> |    |
|---|----|
| a) ANO  | 15 |
| b) částečně ano                                     | 18 |
| c) NE   | 10 |

Pro mne zajímavé byly odpovědi u otázky číslo 24, kdy se respondenti vyjadřovali, zda se cítí být nemocní. Překvapilo mě, kolik z nich vyplnilo, že ano (15) či částečně ano (18). Po tom, co jsem si o schizofrenii měla možnost načíst, jsem očekávala, že budou respondenti uvádět, že se nemocní necítí. Takových respondentů bylo ale pouhých deset.

Tabulka 32: Otázka 25

| <b>25. Myslíte si, že Vám byla Vaše diagnóza stanovena správně?</b> |    |
|---|----|
| a) ANO  | 19 |
| b) NE   | 8  |
| c) nedokážu posoudit  | 16 |

Zde jsem si chtěla ověřit, zda si opravdu mnoho pacientů nemoc nepřipouští, jak jsem četla v literatuře, a nesouhlasí s tím, že mají opravdu schizofrenii. Musím poznamenat, že i v individuálních odpovědích mimo zadání se několikrát objevilo, že schizofrenii nemají, že jsou vyvolení či že mají nadpřirozené schopnosti, kterých si třeba v jiných kulturách lidé váží.

V provedeném dotazníkovém šetření však ve výsledku převážila odpověď, kdy si respondenti myslí, že jim byla diagnóza stanovena správně. Pouze osm respondentů si o své diagnóze myslí, že není stanovena správně a 16 respondentů nedokáže správnost diagnózy posoudit.

Často respondenti mimo otázku doplnili, že jejich stavy začaly halucinacemi, bludy, paranoidními představami či depresemi a až po čase jim byla diagnostikována právě schizofrenie. V tu chvíli pro ně nastával moment, kdy své diagnóze nevěřili, později ale někteří uvedli, že nyní věří, že opravdu schizofrenii mají.

Tabulka 33: Otázka 26

| 26. Co Vás současné době nejvíce trápí?  |     |
|--|-----|
| a) slyšení hlasů   | 11x |
| b) vidiny  | 2x  |
| c) přesvědčení, že se všichni proti mně spikli   | 1x  |
| d) to, že mě někdo (něco) pronásleduje   | 4x  |
| e) to, že na mě (o mně) všechno (všichni) mluví  | 1x  |
| f) snížená schopnost prožívat radost   | 15x |
| g) problémy ve sféře komunikace  | 5x  |
| h) jiné problémy ( <i>doplňte jaké</i> )   | 4x  |
| a. jsem zamilovaná do svého hodného hlasu a nevím, co s tím, protože jsem vdaná a mám rodinu |     |
| b. občasný pocit osamělosti, občasné pocity, že mi život teče mezi prsty, strach             |     |
| c. labilní výkon a schopnost vykonávat činnosti, vracející se horší období                   |     |
| d. deprese, sebevražedné myšlenky  |     |
| i) nic   | 10x |

U výše položené otázky, co pacienty v současné době nejvíce trápí, mohli respondenti označit více odpovědí současně, rozhodla jsem se tedy opět uvést v pravém sloupci počet, kolikrát se jednotlivé odpovědi v dotazníku opakovaly. Neuvádí se zde tedy

celkový počet respondentů, který byl 43. Respondenti však mohli uvést i vlastní odpovědi, které uvádím v levém sloupci pod možností „jiné problémy“.

Z nabízených možností převažuje snížená schopnost prožívat radost, o čemž jsem se domnívala, že pacient nemůže sám dostatečně vnímat. Překvapily mě i odpovědi, které byly respondenty doplněny. Nejvíce překvapující pro mne byla odpověď respondentky zamilované do svého hodného hlasu. Zaujalo mě na tom, že respondentka dodala, že se tím trápí, jelikož je vdaná a má rodinu. Je pro mne fascinující, že se nad tímto může někdo až takhle hluboce zamýšlet a trápit se něčím, co vlastně reálně dobré fungování rodiny na bytostné úrovni neohrožuje. Zároveň si nedokážu představit, jak těžké to pro respondentku musí být a s jakým pocitem žije.

Tabulka 34: Otázka 27

| <b>27. Přisuzujete tyto stavy (viz. nabízené odpovědi u předchozí otázky + úzkosti, deprese, poruchy chování, paměti, pozornosti apod.) skutečně schizofrenii?</b>            |    |
|---|----|
| a) ANO  | 22 |
| b) ANO, ale pouze některé ( <i>napište které</i> )<br>mám pocit, že mi tyto stavy způsobuje i jiná psychická porucha, která mi nebyla diagnostikovaná a způsobuje mi problémy | 1  |
| c) NE   | 6  |
| d) NE, žádné tyto stavy nepocítuji  | 4  |
| e) nedokážu posoudit  | 10 |

Zde se mohli respondenti vyjádřit, zda pocítují stavy jako je deprese apod. (viz. výčet možností u předchozí otázky) a pokud ano, zda je přisuzují schizofrenii či toto nedokáží posoudit. Kolik respondentů volilo jednotlivé odpovědi, informuje pravý sloupec výše uvedené tabulky. Odpověď b) je odpověď, ke které mohli respondenti sami doplnit, jaké konkrétní stavy připisují schizofrenii. Této možnosti využil pouze jeden respondent, uvedený stav, jež respondent v dotazníku uvedl, je zapsán pod příslušnou odpovědí. Jedná se ale spíše o odpověď, jež lze zařadit mezi odpověď ne, jelikož respondent zmíněné stavy pocítuje, ale nepřisuzuje je schizofrenii.

Je zajímavé, že přestože v otázce 25 uvedlo pouze 19 respondentů, že si myslí, že mají skutečně schizofrenii, se jich v téhle otázce našlo 22, kteří své stavy připisují

schizofrenii. Nesoulad mezi některými odpověďmi je dle mého názoru dán skupinou osob, jež dotazník vyplnili.

Tabulka 35: Otázka 28

| <b>28. V čem Vás nemoc a její léčba nejvíce omezuje?</b>   |    |
|--|----|
| a) schizofrenie a její léčba mě nejvíce omezuje v <i>(doplňte)</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. komunikaci (2x)</li> <li>b. prožíváním okolního světa (3x)</li> <li>c. projevy úzkosti (1x)</li> <li>d. zpomalené myšlení (1x)</li> <li>e. zaměstnání (8x)</li> <li>f. ve vztazích (2x)</li> <li>g. únava (1x)</li> <li>h. vedlejší účinky léků (1x)</li> <li>i. nemohu si udělat řidičský průkaz (1x)</li> <li>j. nesamostatnost (1x)</li> <li>k. výběr rozhodování (1x)</li> <li>l. řádně se učit cizí jazyk (1x)</li> <li>m. ve všem (2x)</li> </ul> | 24 |
| b) schizofrenie a její léčba mě v ničem zásadně neomezuje  | 19 |

Odpovědi respondentů na otázku číslo dvacet osm shrnuje tabulka na předchozí straně. Tabulka je koncipována stejně jako ostatní tabulky, kde bylo možno doplnit svou vlastní upřesňující odpověď. V případě, že pacienti označili, že je schizofrenie a její léčba omezuje, měli možnost doplnit v čem. Jejich odůvodnění jsou vypsána v levém sloupci pod příslušnou odpovědí. V závorkách je zapsán počet, kolikrát se totožná upřesňující odpověď opakovala. Pravý sloupec opět zaznamenává počet respondentů, kteří volili konkrétní odpovědi.

Nejvíce respondenti uváděli, že je nemoc a její léčba nejvíce omezuje v zaměstnání, poté byly zbylé možnosti voleny individuálně či se shodli maximálně tři respondenti. Devatenáct respondentů uvedlo, že je nemoc ani léčba v ničem zásadně neomezuje.

Tabulka 36: Otázka 29

| 29. Pozorujete na sobě zhoršenou paměť, poruchy pozornosti či změny v chování?  |    |
|---|----|
| a) ANO, konkrétně na sobě pozorují<br>(doplňte z výše nabízených možností)<br>a. zhoršenou paměť (4x)<br>b. poruchy pozornosti (2x)<br>c. změny v chování (1x)<br>d. vše (16x)<br>e. neupřesněno (2x) | 23 |
| b) NE, z výše nabízených možností<br>žádné změny nepozorují, ale pozorují<br>na sobě jiné změny (doplňte jaké)<br>a. horší vyjadřování (1x)   | 1  |
| c) NE, žádné změny na sobě nepozorují   | 19 |

Výše zmíněná otázka mapuje, zda na sobě respondenti pozorují zhoršenou paměť, poruchy pozornosti či změny v chování. Pokud ano, kroužkovali první odpověď, přičemž jasně uvedli, co vše z nabízených možností na sobě pozorují – možno uvést více odpovědí. Kolikrát se jednotlivý aspekt v dotaznících vyskytl, je uvedeno v závorkách u odpovědí v levém sloupci. Pokud na sobě změny pozorují, ale jiné, než bylo v otázce uvedeno, mohli svévolně doplnit, o jakou změnu či o jaké změny se konkrétně jedná – této možnosti využil pouze jeden respondent, který uvedl, že na sobě pociťuje horší vyjadřování. Pravý sloupec informuje čtenáře o celkovém počtu respondentů jednotlivých odpovědí.

Šestnáct respondentů uvedlo, že na sobě pozorují zhoršenou paměť, poruchy pozornosti i změny chování. Našli se ale i tací, kteří vybrali pouze jednu z nabízených odpovědí, nebo zakroužkovali, že na sobě změny pozorují, ale neupřesnili jaké. Zbylých devatenáct respondentů uvedlo, že na sobě žádné změny nepozorují – pro upřesnění se jednalo právě o ty respondenty, jež uvedli, že je jejich onemocnění ani léčba neomezuje.

Následující otázka společně s odpověďmi je pro lepší přehlednost uvedena na následující straně práce.



Tabulka 37: Otázka 30

| 30. Jak jste v současné době léčen/a?                                      |     |
|--|-----|
| a) farmakoterapií ( <i>léky</i> )  | 33x |
| b) elektrokonvulzivní terapií ( <i>elektrošoky</i> )                       | 0x  |
| c) psychosociální terapií ( <i>podpůrná léčba</i> )                        | 7x  |
| d) jinak ( <i>doplňte jak</i> )<br>a. přes internet (1x)<br>b. kratom (1x) | 2x  |
| e) nejsem odborně léčen/a  | 1x  |

Pravý sloupec informuje, kolikrát byla daná odpověď respondenty zvolena, u této otázky měli respondenti možnost vybrat více odpovědí. V levém sloupci jsou pod nabízenou odpovědí d) uvedeny rozšiřující odpovědi respondentů, přičemž čísla v závorkách znázorňují, kolikrát se stejná rozšiřující odpověď v dotaznících objevila. I přesto, že zde mohli respondenti zakroužkovat i více odpovědí (kupříkladu farmakoterapii společně s psychosociální terapií), všichni respondenti zvolili pouze jednu.

Z tabulky lze vyčíst, že více jak polovina respondentů (77 %) je léčena pomocí léků, a dokonce jeden respondent uvedl, že se odborně neléčí. Nemyslím si, že je to správně a doporučila bych respondentovi se na odborníka obrátit. Zároveň ale nemohu zaručit pravdivost odpovědí a je možné, že i ten jeden respondent odborně léčen je.

Tabulka 38: Otázka 31

| 31. Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a?   |    |
|---|----|
| a) hospitalizován/a jsem byl/a ( <i>doplňte kolikrát</i> )<br>a. 1x (7x)<br>b. 2x (6x)<br>d. 4x (4x)<br>e. 5x (3x)<br>f. 6x (3x)<br>g. 12x (3x)<br>h. 20x (3x)<br>i. 33x (2x)<br>j. 35x (1x)<br>k. nevím (9x) | 41 |
| b) hospitalizován/a jsem nikdy nebyl/a  | 2  |

Tabulka týkající se hospitalizace respondentů je koncipována obdobně jako některé předchozí. Pravý sloupec říká, kolik respondentů zvolilo příslušnou odpověď a v levém sloupci se lze pod první odpovědí dočíst, kolikrát respondenti uvedli, že byli hospitalizováni. Počet hospitalizací byl velmi různorodý, avšak i zde v závorkách uvádím počet, kolikrát se respondenti v počtu hospitalizací shodli. Nejvyšší počet hospitalizací byl v dotazníkovém šetření 35 a nejnižší byla pouze jedna hospitalizace, jež se týkala sedmi respondentů. Devětkrát se objevila odpověď, že pacienti nevěděli, kolikrát byli kvůli svému duševnímu onemocnění hospitalizováni.

Tabulka 39: Otázka 32

| <b>32. Jak často chodíte na lékařské kontroly?</b>          |    |
|---|----|
| a) na lékařské kontroly chodím ( <i>doplňte jak často</i> ) | 42 |
| a. 3x měsíčně (1x)  |    |
| b. 2x do měsíce (2x)  |    |
| c. 1x měsíčně (22x)   |    |
| d. jednou za dva měsíce (3x)                                |    |
| e. jednou za tři měsíce (6x)                                |    |
| f. jednou za šest měsíců (3x)                               |    |
| g. často (2x)   |    |
| h. nevím (3x)   |    |
| b) na lékařské kontroly nechodím                            | 1  |

Výše uvedená tabulka shrnuje odpovědi respondentů na otázku, jak často chodí na lékařské kontroly. V pravém sloupci je uveden počet respondentů jednotlivých odpovědí, přičemž v levém sloupci jsou u první odpovědi zaznamenány individuální odpovědi respondentů a číslo v závorce opět informuje o tom, kolikrát byla totožná odpověď uvedena.

Pouze jeden respondent uvedl, že na lékařské kontroly nechodí, jinak se nejčastěji objevil časový údaj lékařské kontroly v intervalu jednou za měsíc. To je dle mého pohledu správné, pokud je totiž nemocný pravidelně pod lékařským dohledem, dá se snadněji předejít relapsu, což je pro pacienta žádoucí.

Tabulka 40: Otázka 33

| 33. Myslíte si, že se dá schizofrenie vyléčit? |    |
|--|----|
| a) ANO   | 17 |
| b) NE  | 19 |
| c) nevím                                       | 7  |

Jak je v práci uvedeno, schizofrenie je tzv. tretinová nemoc, tudíž se dajú považovať za správne odpovedi ano i ne. Sedm respondentů uvedlo, že neví. Dle mého názoru by pacient měl o své nemoci vědět, zda se jedná o nevyléčitelné onemocnění či nikoli. Tímto tvrzením však uvedených sedm respondentů kvůli jejich neznalosti neodsuzuji.

Tabulka 41: Otázka 34

| 34. Máte pocit, že Vás nemoc i v něčem obohatila?       |    |
|---|----|
| a) ANO ( <i>doplňte v čem/jak</i> )                     | 12 |
| a. v pochopení lidského života a lidských kontaktů (1x) |    |
| b. víc si vážím života (1x)                             |    |
| c. mám radost z obyčejných věcí (1x)                    |    |
| d. lepší představivost (1x)                             |    |
| e. vyšší stupeň originality (1x)                        |    |
| f. setkání se se zvláštními lidmi (1x)                  |    |
| g. můj dobrý hlas mě naučil lépe žít (1x)               |    |
| h. v ataku více chápu lidi (1x)                         |    |
| i. větší empatie (1x)                                   |    |
| j. zkušenosti s ostatními lidmi (1x)                    |    |
| k. invalidní důchod (1x)                                |    |
| l. více relaxace (1x)                                   |    |
| m. více volna (1x)                                      |    |
| n. zkušenosti (1x)                                      |    |
| b) NE   | 31 |

Poslední tabulka je koncipována obdobně jako již některé tabulky na předchozích stránkách. Tedy pravý sloupec zaznamenává, kolik respondentů zvolilo nabízenou možnost. V levém sloupci nalezneme pod první možnou odpovědí otevřené odpovědi respondentů, jež

do dotazníku zaznamenali, a číslo v závorce uvádí, kolikrát se stejná odpověď u respondentů opakovala.

Dvanáct respondentů má pocit, že je jejich onemocnění i v něčem obohatilo. Odpovědi byly různorodé a každý jeden respondent měl na tuto otázku svou vlastní odpověď/své vlastní odpovědi a u nikoho se žádná z nich neztotožňovala. Domnívám se, že uvědoměním si, že nás nemoc může i obohatit, může napomoci k jejímu zvládnutí a doporučila bych všem na své nemoci něco obohacujícího nalézt.

## 6.5 Diskuse a závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala sociálními aspekty života schizofreniků a prevencí relapsu tohoto onemocnění. Empirickou část práce tvoří polostrukturovaný dotazník, jehož respondenti byli hospitalizovaní pacienti v Psychiatrické nemocnici Bohnice a pacienti, jež v době vyplňování dotazníku hospitalizovaní nebyli, ale mají schizofrenii diagnostikovanou. Původně měli být respondenti pouze pacienti z PNB, ale současný nouzový stav, který pro Českou republiku platí, mi znemožnil dále jednotlivá oddělení PNB navštěvovat a pacientům osobně dotazníky v tištěné formě předávat a ihned si je z PNB odvézt. Zvolila jsem tedy možnost zaslání dotazníků na jednotlivá oddělení poštou, ale jejich návratnost nebyla vysoká a tento způsob získávání dotazníků byl časově velmi náročný. Naštěstí se ke mně dostala informace, že pacienti se schizofrenií mají svou uzavřenou skupinu, kde sdílejí své prožitky a zkušenosti týkající se právě tohoto onemocnění. Využila jsem tedy možnost distribuovat dotazník v elektronické formě i mezi tyto pacienty. Jelikož se ale jedná o velmi specifickou skupinu osob a zároveň o skupinu osob, jež je těžké přimět ke spolupráci, podařilo se mi získat jen 43 vyplněných dotazníků, ze kterých jsem vyvodila závěry pro mé následující hypotézy. Z počtu dotazníků je zřejmé, že se nejedná o žádné zcela platné závěry pro celou skupinu schizofreniků. Procentuálně jsou výsledky dotazníku zaokrouhleny.

Má první hypotéza se týkala dílčího cíle, který měl za úkol zjistit, zda a jak schizofrenie ovlivnila vztahy mezi pacientem a rodinou. K tomuto dílčímu cíli jsem si stanovila hypotézu, ve které předpokládám, že **více jak 50 % respondentů uvede, že s nimi rodina zachází nepřiměřeně**. I přesto, že dvacet jedna ze čtyřiceti třech respondentů uvedlo, že jejich rodina je řádně seznámena s tím, co schizofrenie je a 15 ze 43 respondentů uvedlo, že jejich rodina pochopila, co schizofrenie obnáší, tak 14 respondentů uvedlo, že s nimi rodina

zachází nepřiměřeně a dalších 18 respondentů uvedlo, že s nimi takto rodina zachází pouze občas. Sečteme-li 18 respondentů, kteří mají tento pocit občas, a 14 respondentů, kteří uvedli ano, vychází, že **32 ze 43 respondentů má pocit, že s nimi rodina zachází nepřiměřeně**. Z toho lze vyvodit, že **má první hypotéza se potvrdila**. Celkem tuto možnost označilo **74 % respondentů**.

Druhá hypotéza: **více jak 80 % respondentů odpoví na otázku, zda ztratili některé z přátel poté, co se dozvěděli o jejich onemocnění negativně**, se vztahovala k dílčímu cíli, jež měl za cíl vyhodnotit postoje, či změny postojů, okolí pacienta v souvislosti s jeho diagnózou. Zde se má hypotéza **nepotvrdila**. Na tuto otázku totiž 27 respondentů uvedlo, že některé z přátel ztratili čili odpověděli ano, tedy pozitivně. Negativně odpovědělo 16 respondentů, což je ve výsledku pouhých **37 %**. Nepotvrdila se mi hypotéza na základě výzkumu, jenž byl zveřejněn v roce 2018 spolkem Revenium (kde se ukázalo, že lidé nepovažují schizofrenii za překážku v přátelství), ale mé výsledky souhlasí s informacemi v dostupné literatuře, kde se uvádí, že lidé se schizofrenií mají problémy s navazováním přátelství.

Třetí hypotézu jsem si ověřovala k dílčímu cíli, kde jsem chtěla zjistit, zda respondenti s diagnózou schizofrenie mají zkušenosti s návykovými látkami či zda mají diagnostikovanou závislost na návykových látkách. Předpokládala jsem, že **více jak 70 % respondentů jsou aktivní kuřáci/kuřačky**. V dotazníkovém šetření se objevilo celkem 12 respondentů, jež uvedli, že jsou v současné době aktivními uživateli nikotinu, tedy uvedli, že jsou aktivními kuřáky/kuřačky. V přepočtu bylo mezi respondenty pouhých **28 % aktivních kuřáků/kuřaček**, můj předpoklad se tedy **nepotvrdil**.

Následně jsem se pokusila identifikovat problémy, se kterými se klienti nejčastěji obrazejí na sociálního pracovníka a zjistit, jak nahlízejí na společnou spolupráci. K tomuto dílčímu cíli jsem si stanovila následující hypotézu: **alespoň 60 % respondentů, jež spolupracuje se sociálním pracovníkem, se na něho nejčastěji obrací s problémy v komunikaci. Platnost této hypotézy nebyla potvrzena, jelikož z respondentů neuvedl problémy v komunikaci jako důvod své spolupráce se sociálním pracovníkem**.

Dále jsem se zaměřila na relaps onemocnění a chtěla jsem zjistit, zda v rámci prevence relapsu onemocnění jsou klienti zaměstnáni a jaké aktivity ve svém volném čase vykonávají. Vzhledem k dostupné literatuře jsem si stanovila hypotézu, kde jsem předpokládala, že **maximálně 10 % respondentů bude v současné době (v době vyplňování dotazníku) zaměstnaných**. Ani tato hypotéza se mi **nepotvrdila**. Mého dotazníkového šetření se

zúčastnilo celkem jedenáct zaměstnaných pacientů, tedy **26 % respondentů bylo v době vyplňování dotazníků zaměstnaných.**

Má poslední hypotéza: **alespoň 95 % respondentů uvede jako způsob své léčby farmakoterapii**, se týká dílčího cíle analyzování náhledu a postojů pacienta k diagnóze schizofrenie a získání informací o lékařské péči. Ani má poslední hypotéza **nebyla potvrzena**. V rámci dotazníkového šetření se pomocí léků léčí pouze **77 % respondentů**, tedy třicet tři.

Pokud bych měla možnost dotazník znovu tvořit, určitě bych zvolila jednodušší formulace otázek, jelikož se mi zdálo, že někteří pacienti měli se zněním otázky menší problémy. Také bych se snažila dotazník zkrátit, mnoho se mi jich vracelo nedokončených právě z důvodu délky dotazníku. Pro přehlednost uvádím všechny hypotézy, a zda se mi potvrdily či vyvrátily, níže.

H1: Více jak 50 % respondentů uvede, že s nimi rodina zachází nepřiměřeně.

**Potvrzeno (74 %)**

H2: Více jak 80 % respondentů odpoví na otázku, zda ztratili některé z přátel poté, co se dozvěděli o jejich onemocnění, negativně.

**Platnost nepotvrzena (37 %)**

H3: Dle mého předpokladu více jak 70 % respondentů jsou aktivní kuřáci/kuřačky.

**Platnost nepotvrzena (28 %)**

H4: Alespoň 60 % respondentů, jež spolupracuje se sociálním pracovníkem, se na něho nejčastěji obrací s problémy v komunikaci.

**Platnost nepotvrzena (0 %)**

H5: Maximálně 10 % respondentů bude v současné době (v době vyplňování dotazníku) zaměstnaných.

**Platnost nepotvrzena (77 %)**

H6: Nejméně 95 % respondentů uvede jako způsob své léčby farmakoterapii.

**Platnost nepotvrzena (77 %)**

Důvod, proč se mi potvrdila pouze jedna hypotéza, vidím v tom, že jsem neměla příliš dotazníků a bylo tedy těžké se procentuálně do mých předpokladů trefit. Jsem si tedy vědoma, že výsledky mohou být zkreslené. Nicméně se mi celé šetření zdá přínosné a pro mě bylo obohacující. V závěru bych chtěla všem respondentům velmi poděkovat, že se stali součástí výzkumného šetření, a všem přeji mnoho sil a zdraví.

## Závěr

Svou bakalářskou práci jsem zaměřila na problematiku schizofrenie, konkrétně na sociální aspekty života schizofreniků a zabývala jsem se i relapsem tohoto onemocnění. Zprvu jsem se zabývala samotným onemocněním a v počátku práci jsem nastínila, co schizofrenie je, o jaké onemocnění se jedná, jaké jsou její symptomy, subtypy a jak se dá toto onemocnění léčit. Uvedla jsem, že se jedná o tzv. třetinovou nemoc, což znamená, že jedna třetina pacientů se uzdraví a jsou po stabilizaci až do konce života bez dalších projevů, druhá třetina se s nemocí v průběhu svého života opakovaně potýká, přičemž se jednotlivci vracejí jen některé projevy nemoci, a u zbylé třetiny pacientů má nemoc chronický průběh a obtížně reaguje na léčbu. V souvislosti s onemocněním jsem neopomenula ani stigmatizaci a sebestigmatizaci nemocných osob.

Dále jsem se ve své práci věnovala problematice sociálně patologických jevů spojených právě s diagnózou schizofrenie. Konkrétně jsem vyzdvihla riziko sebevražd, které je kvůli závažnosti onemocnění u pacientů vyšší, abúzus návykových látek, jelikož mnoho pacientů se s touto závislostí potýká, a zmínila jsem i dva trestné činy, jež spáchali schizofrenici pod vlivem bludů. Jednalo se o trestný čin spáchaný v roce 2014 mladou Barborou Orlovou, která ve škole ve Žďáru nad Sázavou ubodala chlapce a dvě další osoby zranila a o trestný čin z roku 2010, kdy Jan Heidinger zabil v Českých Budějovicích svoji matku a jejího přítele.

Od problematiky sociálně patologických jevů jsem se přesunula do osobního života schizofreniků, přičemž jsem se zaměřila na mezilidské vztahy v rámci rodiny a přátel. Poté jsem představila sociální práci s duševně nemocnými jedinci a celou práci jsem zakončila relapsem onemocnění a možnou prevencí jeho vzniku.

Dotazníkovým šetřením jsem splnila cíl práce, který jsem si na počátku stanovila. Dala jsem si za cíl zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje sociální aspekty života pacienta (*mezilidské vztahy, kontakt se sociálním pracovníkem, ovlivnění života schizofrenií, zkušenosti s návykovými látkami apod.*), jak probíhá jeho léčba (*četnost pravidelných lékařských prohlídek, způsob léčby apod.*) a jakým způsobem se pacient snaží zabránit relapsu onemocnění. Z šesti stanovených hypotéz se mi potvrdila pouze jedna. Důvodem, proč se mi tolik hypotéz nepotvrdilo, je dle mého fakt, že se na dotazníkovém šetření zúčastnilo pouhých 43 respondentů. Musím však poznamenat, že se jedná o velmi specifickou skupinu osob, kterou je též těžké přimět ke spolupráci. Nicméně jsem si vědoma toho, že při zobecnění

výsledků je třeba být opatrný, jelikož je nutné přihlédnout k poměrně nízkému počtu zúčastněných respondentů.

Na závěr práce bych chtěla vyzdvihnout, že je z mého pohledu zapotřebí více s touto skupinou pracovat v rámci psychoedukace a do procesu sociální práce zapojovat v co největší míře rodinu a nejbližší okolí pacienta. Důležité také je, aby sociální pracovníci byli řádně pro tuto specifickou skupinu osob proškoleni a věděli, jak s nemocnými i rodinou jednat. Měli by se tedy s duševně nemocnými jedinci setkávat již v průběhu praxí a měli by v průběhu studia získat hlubší teoretické znalosti. Domnívám se, že by nebylo špatné, kdyby globálně probíhala větší osvěta o duševně nemocných a zbavovali jsme se společně bariér i stigmatizace. Duševně nemocných se totiž není třeba bát.



## Seznam použitých zdrojů

Analýza mediálního obrazu SCHIZOFRENIE: TOP média píšící o mýtech. *100tisticneviditelnych.cz* [online]. 2018 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z:

<https://www.100tisticneviditelnych.cz/uploads/media/files/0001/01/29b2d609ae36e35070d7e3b915d3205bc258900b.pdf>

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. *Psychoedukace u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012, 71 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-87142-16-5

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3., přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta, 2017, 160 s. Aeskulap. ISBN 978-80-204-4287-1

BÁRTA, Jiří. Před pěti lety útočnice zabila studenta u šaten, jeho otec cítí zlost. *Idnes.cz* [online]. MAFRA, 2019 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: [https://www.idnes.cz/jihlava/zpravy/vyroci-utok-skola-vrazda-petr-vejvoda-zdar-nad-sazavou-barbora-orlova-nuz-vyjednavac-vysocina-polici.A191014\\_507857\\_jihlava-zpravy\\_mv](https://www.idnes.cz/jihlava/zpravy/vyroci-utok-skola-vrazda-petr-vejvoda-zdar-nad-sazavou-barbora-orlova-nuz-vyjednavac-vysocina-polici.A191014_507857_jihlava-zpravy_mv)

BEER, M. Dominic, Stephen M. PEREIRA a Carol PATON. *Intenzivní péče v psychiatrii*. 3. upr. vyd. Praha: Grada, 2005, 296 s. Pedagogika (Grada). ISBN 80-247-0363-7

BĚLÍK, Václav, Stanislava HOFERKOVÁ, Blahoslav KRAUS a kol. *Slovník sociální patologie*. Praha: Grada, 2017, 120 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0599-1

BENDA, Jan. *Mystika a schizofrenie: mystické zážitky jako předmět klinického zájmu*. Ústí nad Labem: Jan Benda, 2007, 80 s. ISBN 978-80-254-0367-9

*Blaznis-no-a.cz* [online]. [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <http://www.blaznis-no-a.cz/index.php>

CIMICKÝ, Jan. *Téměř jasný případ*. Praha: BARONET, 2016, 256 s. ISBN 978-80-269-0458-8

ČESKO. Zákon č. 40 ze dne 9. 2. 2009 trestní zákoník. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2009, částka 11, 464 s. ISSN 1211-1244

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 31. 3. 2006 o sociálních službách. In: Sbíрка zákonů České republiky, 2006, částka 37, 1360 s. ISSN 1211-1244

ČEŠKOVÁ, Eva. Deprese u schizofrenní poruchy. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2011, 107 (3), 192 s. ISSN 1212-0383

Databáze léků. *Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. Praha: © SÚKL, 2010 [cit. 2020-02-09]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/search.php>

DOLEŽAL, Martin. *Farmaceutická chemie léčiv působících na centrální nervový systém*. Praha: Karolinum, 2013, 187 s. ISBN 978-80-246-2382-5

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 648 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9

ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014, 232 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5046-0

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000, 207 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011, 208 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, 776 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-7367-569-1

Heidinger do vězení nepůjde, vraždil v nepřítomnosti. *Zpravy.aktualne.cz* [online]. Economia, 2010 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/heidinger-do-vezeni-nepujde-vrazdil-v-nepricetnosti/r~i:article:673819/>

HELUS, Zdeněk. *Úvod do psychologie*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2018, 312 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3

*Herbal-store.cz* [online]. Jablonec nad Nisou, 2020 [cit. 2020-04-17]. Dostupné z: <https://www.herbal-store.cz/clanek/73/jake-ma-kratom-ucinky/>

Home: Co nabízíme. *Revenium.cz* [online]. [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <http://revenium.cz/>

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015, 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007, 272 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4

JANDOUREK, Jan. *Slovník sociologických pojmů: 610 hesel*. Praha: Grada, 2012, 264 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3679-2

JAROLÍMEK, Martin. *O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*. Praha: Občanské sdružení Baobab, 2006, 26 s. ISBN 80-254-8919-2

KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Problematika abúzu a závislosti u pacientů se schizofrenií. *Medical Tribune*. MEDICAL TRIBUNE CZ, s.r.o, 2017, 13(2), 36 s.

KROUPOVÁ, Kateřina. *Slovník speciálněpedagogické terminologie: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2016, 328 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5264-8

LÁTALOVÁ, Klára, Dana KAMARÁDOVÁ a Ján PRAŠKO. *Suicidialita u psychických poruch*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015, 216 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4305-9

Léčba schizofrenie: Psychosociální terapie. <https://www.janssen4patients.com/> [online]. Polsko: Janssen-Cilag Polska Sp. z o.o., 2019 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.janssen4patients.com/cz/nemoci/schizofrenie/lecba-schizofrenie/alternativni-formy-biologicke-lecby/psychosocialni-terapie>

LUKÁŠ, Karel, Aleš ŽÁK a kol. *Chorobné znaky a příznaky: diferenciální diagnostika*. Praha: Grada, 2014, 928 s. ISBN 978-80-247-5067-5

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, 176 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5

MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada, 2005, 196 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0737-3

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče: vybrané pojmy*. Praha: Grada, 2006, 352 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1151-6

MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2007, 80 s. Farmakoterapie pro praxi. ISBN 978-80-7345-116-5

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 80-7178-549-0

*Mediatelly.co* [online]. © MediatellyMD [cit. 2020-01-22]. Dostupné z: <https://mediatelly.co/cz/icd/F00-F99/set/F20-F29/cls/F20/schizofrenie>

MOHR, Pavel a Jan ČERMÁK. Deprese u schizofrenie. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc: Solen, 2006, 6(3), 150 s. ISSN 1213-0508

NEŠPOR, Karel a CSÉMY, Ladislav. *Návykové látky: prevence a časná intervence*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 1996. 77 s.

OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015, 376 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3

OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2016, 268 s. ISBN 978-80-87895-57-3

O'CONNOR, Margaret a Sanchia ARANDA. *Paliativní péče: pro sestry všech oborů*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2005, 324 s. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1295-4

ONDERKOVÁ, Veronika. *Časné varovné příznaky a prevence relapsu schizofrenie*. Praha, 2007. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze 3. lékařská fakulta. Vedoucí práce Lucie Motlová

PELÍŠEK, Antonín. Dvojnásobný vrah se schizofrenií nepřišel k lékaři, může být v Indii. *Idnes.cz* [online]. MAFRA, 2017 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: [https://www.idnes.cz/ceske-budejovice/zpravy/patrani-po-janu-reitingerovi.A170221\\_083220\\_budejovice-zpravy\\_epkub](https://www.idnes.cz/ceske-budejovice/zpravy/patrani-po-janu-reitingerovi.A170221_083220_budejovice-zpravy_epkub)

PRAŠKO, Ján, et al. *Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách*. 1. Praha: Medial Tribune CZ, 2005, 96 s. ISBN 80-239-5482-2

Pro schizofrenii jsou typické bludy a halucinace. Jak toto duševní onemocnění léčit? *Zdravi.euro.cz* [online]. Zdraví.Euro.cz, 2020 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/leky/schizofrenie-priznaky-lecba/>

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. *Andragogický slovník: 2., aktualiz. a rozš. vyd.* Praha: Grada, 2014, 320 s. ISBN 978-80-247-4748-4

Reforma péče o duševní zdraví potřebuje nadresortní spolupráci, tu definuje nový národní akční plán. *Mzcr.cz* [online]. Praha: MZČR, 2010 [cit. 2020-01-23]. Dostupné

z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-nadresortni-spolupracitu-definuje-novy\\_17050\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-pece-o-dusevni-zdravi-potrebuje-nadresortni-spolupracitu-definuje-novy_17050_1.html)

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stáží studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 80 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1

Schizofrenie. Podle průzkumu není překážkou v práci ani v přátelství. *Denik.cz* [online]. VLTAVA LABE MEDIA, 2018 [cit. 2020-02-20]. Dostupné z: <https://www.denik.cz/zdravi/schizofrenie-podle-pruzkumu-neni-prekazkou-v-praci-ani-v-pratelstvi-20180606.html>

SCHULER, Matthias, OSTER, Peter a SUCHARDOVÁ, Ivana. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. Praha: Grada, 2010, 336 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4

SOVÁK, Miloš. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Jinočany: Grada, 2000, 418 s. Pedagogika (Grada). ISBN 80-86022-76-5

STYX, Petr. *O psychiatrii: jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7226-828-7

ŠIMKOVÁ, Romana, Martina HÁLOVÁ, Václav PIŠTĚCKÝ a Josef GABRIEL. *Jak zvládnout duševní onemocnění v rodině: příručka pro rodinu a blízké nemocného*. Praha: Astron studio CZ, 2016, 10 s. ISBN 978-80-906518-7-6

ŠMAJSOVÁ BUCHTOVÁ, Božena. *Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha: Grada, 2002, 236 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-9006-8

Tabelární část. *Old.uzis.cz* [online]. © WHO/ÚZIS ČR, 2019 [cit. 2020-01-22]. Dostupné z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

ŠTURMA, Petr. Nebezpečný schizofrenik vraždil. *Cmhcd.cz* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017 [cit. 2020-02-23]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/stopstigma/poradna/stigma-a-diskriminace/nebezpecny-schizofrenik-vrazdil/>

Umíme se domluvit. *Cmhcd.cz* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2017 [cit. 2020-01-23]. Dostupné z: <http://www.cmhcd.cz/centrum/aktualni-projekty/umime-se-domluvit-cs/>

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, s. 872. ISBN 80-7178-802-3

VENCLÍKOVÁ, Simona a Libor USTOHAL. Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. *Česká a Slovenská psychiatrie*. Praha: Galén, 2016, 112 (4), 202 s. ISSN 1212-0383

VLČEK, Jiří a Magda VYTRÍŠALOVÁ. *Klinická farmacie II*. Praha: Grada Publishing, 2014, 255 s. ISBN 978-80-247-9156-2

VOŘÍŠEK, Karel a Jitka VYSEKALOVÁ. *Jak být přesvědčivý a neztratit se v davu*. Praha: Grada Publishing, 2015, 224 s. ISBN 978-80-247-49679-6

WOOTTON, Robin et al. Evidence for causal effects of lifetime smoking on risk for depression and schizophrenia: a Mendelian randomisation study. *Psychological Medicine* [online]. B. m.: Cambridge University Press, 2019, 9 s. Dostupné z: [https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/AA82945360EC59FEC4331A7A567309C9/S0033291719002678a.pdf/evidence\\_for\\_causal\\_effects\\_of\\_lifetime\\_smoking\\_on\\_risk\\_for\\_depression\\_and\\_schizophrenia\\_a\\_mendelian\\_randomisation\\_study.pdf](https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/AA82945360EC59FEC4331A7A567309C9/S0033291719002678a.pdf/evidence_for_causal_effects_of_lifetime_smoking_on_risk_for_depression_and_schizophrenia_a_mendelian_randomisation_study.pdf)

Zaměstnávejte člověka s duševním onemocněním. *Greendoors.cz: Pomáháme lidem s duševním onemocněním chytit balanc* [online]. Praha [cit. 2020-02-21]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/>

## Seznam tabulek, schémat a grafů

|  |    |
|--|----|
| Tabulka 1: Příklady bludů u schizofrenie .....   | 11 |
| Tabulka 2: Halucinace, které se mohou vyskytovat u schizofrenie .....                  | 12 |
| Tabulka 3: Příklady dezorganizace řeči a formální poruchy myšlení u schizofrenie ..... | 14 |
| Tabulka 4: Negativní příznaky .....  | 15 |
| Tabulka 5: Subtypy schizofrenie podle MKN-10 .....                                     | 17 |
| Graf 1: Média podporující mýty .....   | 18 |
| Graf 2: Média vyvracející mýty .....   | 19 |
| Tabulka 6: Rizikové a protektivní činitele abúzu návykových látek .....                | 26 |
| Schéma 1: Mechanismus účinku rodinné psychoedukace .....                               | 30 |
| Tabulka 7: Koncept dotazníku .....   | 43 |
| Tabulka 8: Otázka 1 .....  | 47 |
| Tabulka 9: Otázka 2 .....  | 47 |
| Tabulka 10: Otázka 3 .....   | 48 |
| Tabulka 11: Otázka 4 .....   | 48 |
| Tabulka 12: Otázka 5 .....   | 49 |
| Tabulka 13: Otázka 6 .....   | 49 |
| Tabulka 14: Otázka 7 .....   | 50 |
| Tabulka 15: Otázka 8 .....   | 50 |
| Tabulka 16: Otázka 9 .....   | 51 |
| Tabulka 17: Otázka 10 .....  | 51 |
| Tabulka 18: Otázka 11 .....  | 52 |
| Tabulka 19: Otázka 12 .....  | 52 |
| Tabulka 20: Otázka 13 .....  | 53 |
| Tabulka 21: Otázka 14 .....  | 54 |
| Tabulka 22: Otázka 15 .....  | 55 |
| Tabulka 23: Otázka 16 .....  | 55 |
| Tabulka 24: Otázka 17 .....  | 56 |
| Tabulka 25: Otázka 18 .....  | 56 |
| Tabulka 26: Otázka 19 .....  | 57 |
| Tabulka 27: Otázka 20 .....  | 57 |
| Tabulka 28: Otázka 21 .....  | 58 |
| Tabulka 29: Otázka 22 .....  | 58 |



|                             |    |
|-----------------------------|----|
| Tabulka 30: Otázka 23 ..... | 59 |
| Tabulka 31: Otázka 24 ..... | 60 |
| Tabulka 32: Otázka 25 ..... | 60 |
| Tabulka 33: Otázka 26 ..... | 61 |
| Tabulka 34: Otázka 27 ..... | 62 |
| Tabulka 35: Otázka 28 ..... | 63 |
| Tabulka 36: Otázka 29 ..... | 64 |
| Tabulka 37: Otázka 30 ..... | 65 |
| Tabulka 38: Otázka 31 ..... | 65 |
| Tabulka 39: Otázka 32 ..... | 66 |
| Tabulka 40: Otázka 33 ..... | 67 |
| Tabulka 41: Otázka 34 ..... | 67 |

## Příloha A



PSYCHIATRICKÁ  
NEMOCNICE BOHNICE  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8  
tel.: 284 016 111  
<https://www.bohnice.cz/>

### **Žádost o vyjádření etické komise PNB**

k bakalářské práci zahrnující dotazníkové šetření, jež plánuji provést mezi klienty PNB

**Název bakalářské práce:** Sociální aspekty života schizofreniků a prevence relapsu onemocnění

**Autor:** Dominika Vitvarová

**Vedoucí bakalářské práce:** PhDr. Jan Hubert

**Spolupracující subjekt:** Centrum psychosociálních služeb PNB

**Respondenti:** klienti PNB

**Popis bakalářské práce:**

Bakalářská práce se zaměřuje na sociální aspekty života schizofreniků, jako jsou například vztahy mezi klientem a rodinou či spolupráce se sociálním pracovníkem. Dále je bakalářská práce zaměřena na prevenci relapsu, tedy znovupropuknutí, nemoci schizofrenie.

V souvislosti s relapsem onemocnění jsou zmíněny jak rizikové faktory pro jeho vznik, tak i způsoby, jak lze relapsu předejít. Empirická část je tvořena dotazníkovým šetřením, jež mapuje právě sociální aspekty života schizofreniků a prevenci relapsu onemocnění z pohledu klientů Psychiatrické nemocnice Bohnice.

**Dotazníkové šetření:**

Hlavním cílem dotazníkového šetření je zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje sociální aspekty života klienta (*mezilidské vztahy, kontakt se sociálním pracovníkem, ovlivnění života schizofrenií, zkušenosti s návykovými látkami apod.*), jak probíhá jeho léčba (*četnost pravidelných lékařských prohlídek, způsob léčby apod.*) a jakým způsobem se klient snaží zabránit relapsu onemocnění. Celý dotazník je anonymní a jeho vyplnění je pouze osobní volbou každého klienta.

**Etické aspekty dotazníkového šetření:**

Vyplnění dotazníku je dobrovolné a klient se může kdykoli rozhodnout, že v jeho vyplňování nebude nadále pokračovat. Klienti jsou pravdivě informováni o účelu dotazníkového šetření. Účast při šetření je anonymní a získaná data jsou důvěrná a nebudou zneužita ani využita k jiným účelům, než jako podklad k empirické části bakalářské práce.

Dne: 28. 1. 2018

Vitvarová Dominika

## Příloha B

### Sociální aspekty života schizofreniků a prevence relapsu onemocnění z pohledu pacientů PNB

Vážení respondenti,

jmenuji se Dominika Vítvarová a jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, kde studuji obor Sociální patologie a prevence. V rámci mé bakalářské práce s názvem *Sociální aspekty života schizofreniků a prevence relapsu onemocnění* provádím toto dotazníkové šetření, jehož hlavním cílem je zjistit, jak schizofrenie ovlivňuje sociální aspekty života pacienta (*mezilidské vztahy, kontakt se sociálním pracovníkem, ovlivnění života schizofrenií, zkušenosti s návykovými látkami apod.*), jak probíhá jeho léčba (*četnost pravidelných lékařských prohlídek, způsob léčby apod.*) a jakým způsobem se pacient snaží zabránit relapsu onemocnění. Pokud máte zájem být součástí tohoto šetření, prosím Vás o pravdivé vyplnění následujícího dotazníku. Vaše odpovědi označujte zakroužkováním písmenka u Vámi vybrané odpovědi (př.:  a) ANO b) NE). Lze zakroužkovat i více odpovědí. U některých otázek máte možnost sami odpověď doplnit, pokud tato možnost chybí, a i přesto byste měli zájem odpovědět jinak, tedy pokud si nevyberete z nabízených možností, nebojte se Vaši odlišnou odpověď do volného místa k otázce doplnit. Celý dotazník je anonymní, jeho vyplnění Vám nezabere příliš času (*34 otázek*) a bude sloužit jen jako podklad pro empirickou část již zmíněné bakalářské práce.

1. Jste muž nebo žena?

- a) muž
- b) žena

2. Kolik Vám je let? (*doplňte číslovku*): \_\_\_\_\_

3. V kolika letech Vám byla diagnostikována schizofrenie? (*doplňte číslovku*): \_\_\_\_\_

4. Domníváte se, že je Vaše rodina řádně seznámena s tím, co je schizofrenie?

- a) ANO
- b) NE
- c) nedokážu posoudit

5. Myslíte si, že Vaše rodina pochopila, co schizofrenie obnáší?

- a) ANO
- b) částečně ano
- c) NE
- d) nedokážu posoudit

6. Vnímáte, že by Vaše onemocnění mělo vliv na vztahy mezi Vámi a Vaší rodinou?
- a) ANO
  - b) spíše ano
  - c) NE
  - d) spíše ne
7. Máte někdy pocit, že s Vámi rodina zachází „nepřiměřeně“? Například, že kvůli Vašemu onemocnění podceňuje Vaše schopnosti, znalosti apod.?
- a) ANO
  - b) občas ano
  - c) NE
8. Zhodnotil/a byste Váš vztah s rodinou jako kladný?
- a) ANO
  - b) spíše ano
  - c) NE
  - d) spíše ne
  - e) nedokážu posoudit
9. Zpozoroval/a jste, že by se změnilo chování Vašeho okolí vůči Vám poté, co se dozvěděli o schizofrenii?
- a) ANO – kladně
  - b) ANO – negativně
  - c) NE
10. Setkal/a jste se s tím, že by Vám lidé přisuzovali různé charakteristiky jako například: *smutný, nervózní, náladový, úzkostný, nesoustředěný, šílený, blázen apod.?*
- a) ANO (*doplňte jaké*): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - b) NE

11. Měl/a jste někdy pocit, že by se Vás blízké okolí kvůli Vaší nemoci stranilo?

- a) ANO
- b) NE
- c) tyto pocity si nepřipouštím

12. Ztratil/a jste některé z přátel poté, co se dozvěděli o Vaší nemoci?

- a) ANO
- b) NE

13. Požil/a jste během svého života tzv. tvrdé drogy? (*toluen, aceton, heroin, morfin, durman, crack, LSD, lysohlávky, kokain, pervitin, extáze, efedrin, kodein, alkohol*)

- a) ANO, pouze alkohol
- b) ANO (*napište které*): \_\_\_\_\_
- c) ANO, ale nechci uvádět které
- d) NE

14. Jste v současné době aktivním uživatelem návykových látek?

a) ANO (*níže zakroužkujte kterých*):

- |               |                               |
|---------------|-------------------------------|
| a) alkohol    | j) morfin                     |
| b) nikotin    | k) pervitin                   |
| c) marihuana  | l) kokain                     |
| d) LSD        | m) crack                      |
| e) hašiš      | n) extáze                     |
| f) lysohlávka | o) efedrin                    |
| g) Braun      | p) jiných ( <i>doplňte</i> ): |
| h) heroin     | _____                         |
| i) kodein     |                               |

b) ANO, ale nechci uvádět kterých

c) NE

15. Byla Vám diagnostikována závislost na návykových látkách?

- a) ANO
- b) NE
- c) nevím

16. Léčíte se zde v Psychiatrické nemocnici Bohnice zároveň se závislostí na návykových látkách?

- a) ANO
- b) NE

17. Jak dlouho již spolupracujete se sociálním pracovníkem? *(pokud se sociálním pracovníkem nespolečujete, pokračujte otázkou číslo 21, pokud se sociálním pracovníkem spolupracujete, doplňte časový údaj):* \_\_\_\_\_

18. Jakou oblast Vašeho problému se sociálním pracovníkem nejčastěji řešíte?

- a) oblast bydlení
- b) oblast trávení volného času
- c) oblast zaměstnání
- d) zdravotní situaci
- e) oblast financí
- f) oblast socializace
- g) oblast komunikace
- h) jinou oblast *(doplňte jakou):* \_\_\_\_\_

19. V jaké oblasti Vám sociální pracovník dle Vašeho názoru nejvíce pomáhá?

- a) v oblasti bydlení
- b) v oblasti trávení volného času
- c) v oblasti zaměstnání
- d) se zdravotní situací
- e) v oblasti financí
- f) v oblasti socializace
- g) v oblasti komunikace
- h) v jiné oblasti (*doplňte v jaké*): \_\_\_\_\_

20. Považujete spolupráci se sociálním pracovníkem za přínosnou?

- a) ANO
- a) NE

21. Víte, co znamená pojem „relaps“ onemocnění?

- a) ANO, relaps znamená (*doplňte*): \_\_\_\_\_
- b) NE

22. Jste v současné době zaměstnán/a?

- a) ANO
- b) NE, v současné době se necítím na to, abych pracoval/a
- c) NE, ale aktivně si práci hledám
- d) NE, nemůžu si již dlouhodobě práci najít z důvodu (*doplňte*):  
\_\_\_\_\_
- e) NE, nemám zájem pracovat

23. Věnujete se ve svém volném čase pravidelně nějaké zájmové činnosti?

- a) ANO, pravidelně se věnuji (*doplňte čemu*): \_\_\_\_\_
- b) OBČAS se věnuji (*doplňte čemu*): \_\_\_\_\_
- c) NE, žádné zájmové činnosti se nevěnuji



24. Cítíte se být v současné době nemocný/á?

- a) ANO
- b) částečně ano
- c) NE

25. Myslíte si, že Vám byla Vaše diagnóza stanovena správně?

- a) ANO
- b) NE
- c) nedokážu posoudit

26. Co Vás v současné době nejvíce trápí?

- a) slyšení hlasů
- b) vidiny
- c) přesvědčení, že se všichni proti mně spikli
- d) to, že mě někdo (něco) pronásleduje
- e) to, že na mě (o mně) všechno (všichni) mluví
- f) snížená schopnost prožívat radost
- g) problémy ve sféře komunikace
- h) jiné problémy (*doplňte jaké*): \_\_\_\_\_
- i) nic

27. Přisuzujete tyto stavy (*viz. nabízené odpovědi u předchozí otázky + úzkosti, deprese, poruchy chování, paměti, pozornosti apod.*) skutečně schizofrenii?

- a) ANO
- b) ANO, ale pouze některé (*napište které*): \_\_\_\_\_
- c) NE
- d) NE, žádné tyto stavy nepocítuji
- e) nedokážu posoudit

28. V čem Vás nemoc a její léčba nejvíce omezuje?

- a) schizofrenie a její léčba mě nejvíce omezuje v (*doplňte*): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) schizofrenie a její léčba mě v ničem zásadně neomezuje

29. Pozorujete na sobě zhoršenou paměť, poruchy pozornosti či změny v chování?
- a) ANO, konkrétně na sobě pozoruji (*doplňte z výše nabízených možností*):  
\_\_\_\_\_
  - b) NE, z výše nabízených možností žádné změny nepozoruji, ale pozoruji na sobě jiné změny (*doplňte jaké*): \_\_\_\_\_
  - c) NE, žádné změny na sobě nepozoruji
30. Jak jste v současné době léčen/a?
- a) farmakoterapií (*léky*)
  - b) elektrokonvulzivní terapií (*elektrošoky*)
  - c) psychosociální terapií (*podpůrná léčba*)
  - d) jinak (*doplňte jak*): \_\_\_\_\_
  - e) nejsem odborně léčen/a
31. Kolikrát jste byl/a hospitalizován/a?
- a) hospitalizován/a jsem byl/a (*doplňte kolikrát*): \_\_\_\_\_
  - b) hospitalizován/a jsem nikdy nebyl/a
32. Jak často chodíte na lékařské kontroly?
- a) na lékařské kontroly chodím (*doplňte jak často*): \_\_\_\_\_
  - b) na lékařské kontroly nechodím
33. Myslíte si, že se dá schizofrenie vyléčit?
- a) ANO
  - b) NE
  - c) nevím
34. Máte pocit, že Vás nemoc i v něčem obohatila?
- a) ANO (*doplňte v čem/jak*): \_\_\_\_\_
  - b) NE

Tímto Vám děkuji za Váš čas a ochotu dotazník vyplnit. Děkuji a přeji Vám hezký den,  
Vitvarová Dominika