

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Role spirituality u pacientů s psychotickým onemocněním v remisi
(The role of spirituality of patients with psychotic illness in remission)**



Magisterská diplomová práce

Autor: Monika Malá
Vedoucí práce: PhDr. Daniel Dostál, Ph.D.

Olomouc
2016

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma Role spirituality u pacientů s psychotickým onemocněním v remisi vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 30.11.2016

.....

Podpis

Děkuji PhDr. Danielu Dostálovi, Ph.D. za vedení magisterské diplomové práce, trpělivost a cenné rady. Také děkuji uživatelům a zaměstnancům zařízení Horizont Zlín a Camino Vsetín za čas a ochotu, kterou věnovali tomuto výzkumu.

Obsah

Úvod.....	5
1 Psychotické onemocnění.....	6
1.1 Typy psychotických onemocnění.....	6
1.2 Schizofrenie (F20).....	8
1.2.1 Typy schizofrenie.....	9
1.2.2 Epidemiologie.....	10
1.2.3 Prognóza.....	10
1.2.4 Příčiny vzniku onemocnění.....	11
1.2.5 Příznaky a průběh onemocnění.....	13
1.2.6 Léčba.....	18
2 Spiritualita.....	22
2.1 Typy spirituality.....	25
2.2 Spiritualita versus náboženství a religiozita.....	27
2.3 Vztah mezi psychologíí a vírou.....	28
2.4 Pojetí spirituality a religiozity v různých náboženstvích.....	29
2.5 Metody měření spirituality.....	30
2.6 Spiritualita a psychická onemocnění.....	33
2.7 Výzkum spirituality u lidí se schizofrenií	38
3 Kvalita života.....	43
3.1 Definice kvality života.....	46
3.2 Příbuzné pojmy.....	48
3.3 Metody měření kvality života.....	51
3.4 Kvalita života a schizofrenie	53
3.5 Výzkum kvality života a spirituality u lidí se schizofrenií.....	54
4 Výzkumná část.....	57
4.1 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky	57
4.2 Metodologie výzkumu.....	59
4.2.1 Výzkumný soubor.....	62
4.2.2 Metody zpracování dat.....	66
4.2.3 Etika Výzkumu.....	67
4.3 Výsledky.....	68
4.4 Zhodnocení hypotéz a výzkumných otázek.....	80
4.5 Diskuze.....	83
4.6 Závěry výzkum.....	89
Souhrn.....	90
Seznam použitých symbolů a zkratek.....	94
Seznam tabulek.....	96
5 Seznam grafů.....	98
Seznam použitých zdrojů a literatury.....	99
Přílohy diplomové magisterské práce.....	104

Úvod

Když jsem si volila téma mé magisterské diplomové práce, musela jsem si nechat nějaký ten čas na rozmyšlenou a musím říci, že to vůbec nebylo na škodu. V té době jsem právě začínala pracovat s lidmi s psychotickým onemocněním a jelikož to pro mě byla nová cílová skupina chtěla jsem se o ní dozvědět, co nejvíce, aby nám to ulehčilo vzájemnou spolupráci. Při četbě různé literatury a při kontaktu a rozhovorech s klienty a kolegy mě nakonec zaujal vztah spirituality u lidí s psychotickým onemocněním. Z počátku mi vůbec nebylo jasné jaký ten vztah vlastně je. Proto jsem se o toto téma začala více zajímat.

Různé odborné články se ve svých názorech lišily. Objevovaly se různé názory o negativní a pozitivní působení spirituality na pacienty. Často tyto publikace byly zdánlivě velmi jednoznačné a striktní ve svých tvrzeních a obhajovaly si právě tu svou pravdu. Ale objevovaly se také ty, které psaly spíše a kombinaci pozitivního a negativního působení spirituality na lidi s psychotickým onemocněním.

Když jsem se blíže zaměřila na to, co se skrývá pod negativním a pozitivním působením na člověka, byla jsem překvapena množstvím možností, které se objevily. Mnohé kazuistiky připojené k výzkumům, uváděly různé případy, které si byly v mnohém podobné, a přesto se lišily v konečném působení spirituálních praktik. V jednom případě byl dopad na jedince jednoznačně převážně negativní, kdy došlo k značnému úpadku života člověka a propojení spirituality s onemocněním a v jiném zase převážně pozitivní, kdy se dalo hovořit o navýšení kvality života, obohacení o novou dimenzi života, nalezení smyslu nemoci aj. Objevovaly se také kazuistiky a články poukazující na kombinaci pozitivního a negativního dopadu spirituality. V konečném důsledku tedy nebylo jednoznačné, které prvky spirituality jsou ty, které působí převážně pozitivně a které naopak negativně.

V mé práci se objevují témata spojená s psychotickým onemocněním, spiritualitou a kvalitou života a také jejich propojení, které dané problematiku staví do poněkud jiného světla. Doufám, že zjištěné poznatky přispějí k hlubšímu pochopení role spirituality u lidí s psychotickým onemocněním a budou podnětem i pro mě samotnou se touto problematikou dále a hlouběji zabírat.

1 Psychotické onemocnění

Psychotické onemocnění je závažné onemocnění, které do značné míry ovlivňuje život nemocného. Zasahuje do osobních vztahů, rodiny, pracovního života a v neposlední řadě také do fyziologického fungování těla, do značné míry tedy ovlivňuje kvalitu života v mnoha oblastech. Hartl & Hartlová (2004) definují psychózu jako „označení těžkých duševních chorob, při nichž zpravidla za a) je ztracen kontakt jedince s realitou, b) vnímání, prožívání, cítění i vůle jsou těžce deformovány, c) chybí vědomí nemoci, z hlavních psychóz jsem patří schizofrenie, endogenní deprese, paranoia, v MKN-10 ponechána psychóza akutní a přechodná = F20 – F29 (F23).“ (Hartl & Hartlová, 2004, 489).

Bouček et al. popisuje psychózu následujícím způsobem: „Psychóza hluboce naruší vztah člověka ke skutečnosti a dochází při ní ke změnám osobnosti. Ty vedou mnohdy k tomu, že nemocný nedokáže pokračovat v životě ta, jak to odpovídá jeho životní dráze do počátku onemocnění. Jedná se o vleklé onemocnění se sklonem k chronicitě. Postihuje pracovní schopnost člověka, a tak snižuje jeho společenské uplatnění. To je výrazné především ve společnostech, které zdůrazňují individuální výkon a zodpovědnost.“ (Bouček et al., 2006, 49). Psychóza je tedy onemocnění postihující celou osobnost, zasahující do mnohých oblastí života člověka, které často do značné míry kvalitativně proměňuje.

1.1 Typy psychotických onemocnění

Psychotické onemocnění dle MKN – 10 zahrnuje schizofrenii, poruchy schizotypální a poruchy s bludy pod kódem F20-F29.

- F20 Schizofrenie: Je popsána v kapitole typy schizofrenie.
- F21 Schizotypální porucha: Je typická příznaky schizofrenie v prodromální stádiu jako je úzkost, vztahovačnost, stažení se do sebe, zvláštní vnímání reality, zvláštní projevy chování, které neodpovídají situacím. Občas se objevují bludy nebo halucinace, které ale vymizí a příznaky nemají takovou intenzitu jako u schizofrenie (Orel et al., 2012).

- F22 Trvalé poruchy s bludy: Lze diagnostikovat, pokud se u jedince objevují po dobu delší než 3 měsíce bludy a mimo tyto bludy je jedinec schopen normálního fungování. Halucinace se u této poruchy většinou nevyskytují (Orel et al., 2012).
- F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy: Jsou svými projevy shodné s příznaky schizofrenie, ale mají náhlý začátek a trvají kratší dobu než jeden měsíc. Objevují se bludy a halucinace, které jsou ale často proměnlivé a porucha se rozvíjí většinou jako reakce na nějakou životní změnu nebo zátěžové období. Tyto poruchy mohou odeznít nebo přejít přímo do schizofrenního onemocnění (Orel et al., 2012).
- F24 Indukovaná porucha s bludy: Jedná se o typ poruchy, která se typicky vyskytuje u blízkých osob lidí se schizofrenním onemocněním a lze ji charakterizovat přítomností tzv. indukovaného, neboli sdíleného bludu. Jak již vyplývá z názvu, blízký příbuzný tento blud sdílí s nemocným psychózou a zpravidla po oddělení těchto osob indukovaný blud vymizí (Orel et al., 2012).
- F25 Schizoafektivní poruchy: Jsou charakteristické kombinací příznaků ze schizofrenních onemocnění a také příznaky, které se objevují u poruchy nálady, nebo netypickými příznaky jako je zmatenost nebo delirium. Aby mohla být diagnostikována schizoafektivní porucha, neměly by příznaky žádné poruchy viditelně převažovat (Orel et al., 2012).
- F28 Jiné neorganické psychotické poruchy: Tyto poruchy nelze charakterizovat jednoznačně příznaky z výše uvedených diagnostických skupin.
- F29 Neurčené neorganické psychózy: Tyto psychózy není možné diagnostikovat jednoznačně příznaky, které jsou charakteristické pro výše uvedené diagnostické skupiny.

Z výše uvedeného textu je patrné, že psychózy mohou mít poměrně pestrý klinický obraz a také mohou utvářet kombinace s jinými druhy psychických onemocnění. Psychotické příznaky se mohou objevovat také u jiných psychických onemocnění např. při organických poruchách mozku, nebo po užití psychoaktivních látek, u poruch nálady aj. Tyto poruchy ovšem nejsou předmětem mé práce, proto je zde zmiňuji pouze okrajově.

1.2 Schizofrenie (F20)

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které zasahuje do života člověka velmi zásadním způsobem a mění tak jeho dosavadní fungování. Podle Češkové (2007) je schizofrenie „...*duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou, narušenou schopností srozumitelného chování a jednání.*“ (Češková, 2007, 13).

Motlová & Španiel (2011) poukazují na původ slova schizofrenie, a tak vysvětlují jeho význam. Schizofrenie je složenina dvou řeckých slov, schizein, které se překládá jako rozštěp a phren, jehož význam je mysl. Čili rozštěp mysli. Pojem schizofrenie zavedl Eugen Bleuler.

Vinař (2002) o schizofrenii dodává: „*Lze říci, že zdravý člověk má aktivitu svého dopaminového systému pod kontrolou, ví kdy je opravdu ohrožen a kdy se musí bránit, a kdy je strach z ohrožení zdánlivý.*“ (Vinař, 2002, 8)

Youngson (2000) podotýká, že schizofrenie, jaká byla kdysi, už dnes není k nalezení. Vznáší hypotézu, že lidé se schizofrenií reagují tak, jak si myslí, že se od nich očekává. Přičemž příznaky nemoci se mohou měnit podle toho, co si pacienti myslí, že se od nich očekává, nebo očekávání mohou dle názoru vyplývat z jejich nevědomých představ o nemoci. Dále také symptomy nemoci se mění v čase, ovlivňuje je také kulturní, intelektuální zařazení pacienta nebo také dosažené vzdělání.

Marek Vonnegut (1999) ve své autobiografii popisuje schizofrenii takto: „*Většinu chorob lze oddělit od lidského ega a vidět je jako cizí, rušivý prvek. Schizofrenie je v tomto ohledu poněkud nešťastná výjimka. Nastuzení, vředy, chřipku nebo rakovinu, to všechno můžete dostat. Ale schizofrenikem se člověk stane. Schizofrenie nahlodá základní stavební kameny vašeho já.*“ (Vonnegut, 1999, 9).

Kučerová (2010) zdůrazňuje provázanost charakteru nemoci a osobnosti schizofrenika, tím se schizofrenie stává velmi rozmanitou nemocí, dochází k její proměně v průběhu času a také je velmi integrovaná každý příznak lze pochopit pouze v kontextu s ostatními příznaky.

Výše uvedené definice poukazují především na pestrost, se kterou se schizofrenie projevuje a také na její provázanost s osobností nemocného.

1.2.1 Typy schizofrenie

Schizofrenii lze rozdělit do několika typů, jak uvádí Kučerová (2010) dle MKN-10:

- 1) F20.0 Paranoidní schizofrenie: Typické jsou pro ni obvykle trvalé perzekuční bludy, které jsou přítomny v kombinaci se sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání. Objevují se také poruchy afektu, vůle, řeči a občas se také objevují katatonní symptomy, nebo naopak přítomny nejsou (Kučerová, 2010).
- 2) F20.1 Hebefrenní schizofrenie: Je charakteristická změnami v oblasti afektu a chování, které je nepředvídatelné, nezodpovědné, objevuje se manýrismus. Nálada bývá nepřiměřená, řeč a myšlení dezorganizované. Bludy a halucinace přítomny pouze v omezené míře. Lidé s tímto typem schizofrenie mají tendenci k sociální izolaci. Prognóza u tohoto typu bývá špatná kvůli rozvoji negativních symptomů, především snížení až ztrátě vůle a také oploštění emocí. Diagnóza by měla být přidělována pouze v dospívání či u mladých dospělých (Kučerová, 2010).
- 3) F20.2 Katatonní schizofrenie: Schizofrenie, která se manifestuje v oblasti psychomotoriky, může se projevovat „...*hyperkinézou a stuporem nebo povelovým automatismem a negativismem.*“ (Kučerová, 2010, 22).
- 4) F20.3 Nediferencovaná schizofrenie: Splňuje diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale je natolik atypická, že se nedá zařadit do žádného jiného typu, nebo je kombinací těchto typů bez zjevné převahy některého z nich (Kučerová, 2010).
- 5) F20.4 Postschizofrenní deprese: Stav, který se projevuje jako deprese a následuje bezprostředně po atace schizofrenie, přičemž některé příznaky schizofrenie jsou nadále alespoň v minimální podobě přítomny (Kučerová, 2010).
- 6) F20.5 Reziduální schizofrenie: Chronické stádium schizofrenie, které je typické dlouhodobými ale ne nutně nezvratnými negativními symptomy, např.: pasivita, snížená péče o sebe, snížená afektivita (Kučerová, 2010).
- 7) F20.6 Schizophrenia simplex: Charakteristická pozvolným, progresivním vývojem. Jsou popisovány podivnosti chování, takový nemocný nemůže vyhovět společenským normám. Objevují se příznaky podobné reziduální schizofrenii, jako ztráta vůle, oploštění afektu, ale chybí typické psychotické příznaky (Kučerová, 2010).

- 8) F20.8 Jiná schizofrenie: Do této kategorie spadá cenestopatická schizofrenie (MKN - 10).
- 9) F20.9 Schizofrenie nespecifická: schizofrenie, která charakterem svým příznaků, nespadá do žádného konkrétního typu.

Jmenované typy schizofrenie jsou pouze orientační, jelikož při diagnostice se často setkáváme s tím, že příznaky se pouze podobají popsaným typům, či se různě překrývají, ale některý z příznaků je vždy dominantní. Nebo mohou být příznaky natolik pestré, že nespádají do žádného konkrétního typu. Nejčastěji se však dle Příkryla a Khollové (2012) v České republice objevuje paranoidní schizofrenie (84%), dále pak reziduální schizofrenie (7%), nediferencovaná schizofrenie (3,3%) a ostatní typy byly zastoupeny pouze ve velmi malém procentu.

1.2.2 Epidemiologie

Množství lidí nemocných schizofrenií se v populaci vyskytuje asi 1 %, přičemž studie z roku 2007 odkazuje na celoživotní prevalenci 2-3 %. Počty nemocných v populaci mužů a žen se neliší. Nejčastěji se tato nemoc objevuje mezi 20. - 30. rokem života. U žen je průběh onemocnění často méně závažný a nemoc se projevuje také v pozdějším věku asi mezi 25. a 35. rokem, kdežto u mužů se onemocnění rozvíjí častěji mezi 15. a 25. rokem života. Ženy bývají méně často hospitalizovány a také se u nich objevuje schopnost do značné míry lépe fungovat v sociální oblasti. Výzkumy poukazují na to, že mírnější dopad nemoci je zapříčiněn vlivem estrogenu na dopaminerní systém (Češková 2007 & Motlová & Španiel, 2011).

1.2.3 Prognóza

Podle Češkové (2007) prognóza schizofrenního onemocnění zahrnuje negativní faktory jako mužské pohlaví, časný začátek onemocnění, který je nenápadný, spouštějící faktory nejsou známy, v době před onemocněním je typické špatné sociální fungování a život bez partnera, přítomnost schizofrenního onemocnění u rodinných příslušníků, chování, které je typické pro autisty, oploštělá emotivita, větší množství negativních příznaků, závislost na návykových látkách, dezorganizovaný nebo nediferencovaný typ schizofrenie, život vedený v rodině, kde je přítomen vysoký stupeň emoční atmosféry a je dysfunkční,

špatná reakce na léčbu, nespolupráce pacienta, velký kognitivní deficit, přítomnost atrofie mozku (Češková, 2007).

Motlová & Španiel (2011) uvádějí, že schizofrenici se v 5-8 % rodí častěji v zimě nebo na jaře. Dále, že čím dále člověk žije od města, tím je riziko onemocnění schizofrenií menší. Naopak riziko onemocnění schizofrenií je větší u dětí, jejichž otec má při početí vysoký věk, nebo u jedinců, kteří užívají marihuanu (Motlová & Španiel, 2011).

1.2.4 Příčiny vzniku onemocnění

Přesné příčiny vzniku schizofrenního onemocnění doposud nejsou přesně známy. Existuje tzv. koncept rozpojení (disconnection), který hypoteticky mluví o rozpojení mezi prefrontální mozkovou kůrou, limbickým systémem, dále také v oblasti mozkové kůry a také zvažuje možnost rozpojení pravé a levé hemisféry (Češková, 2007).

Výzkumy poukazují na fakt, že schizofrenní onemocnění je způsobeno souborem různých vlivů. Konkrétně jde o vlivy genetické zahrnující teorie o dědičných dispozicích, hormonální vlivy, které se zabývají vlivem především dopaminu a glutamátu a vlivy prostředí, kam spadají např. teorie zátěže a neurovývojové modely, které předpokládají poruchy ve vývoji jedince.

Motlová & Španiel (2011) tvrdí, že genetická podmíněnost schizofrenie je až 60 %. Genetické příčiny jsou patrné nejvíce ve dvojčecích studiích. Češková (2007) uvádí, že děti, které se narodí rodičům se schizofrenií, mají desetkrát vyšší riziko, že u nich propukne schizofrenie. Další rizikové faktory jsou spojeny nejčastěji s obdobím perinatálním a patří mezi ně onemocnění CNS jako například roztroušená skleróza (sclerosis multiplex), dysfunkce CNS spojená s různými látkami (amfetaminová psychóza) anebo genetická predispozice, kterou je například přítomnost schizofrenie v rodině, dále také mezi rizikové faktory patří nitroděložní komplikace spojené s porodem (viróza), zevní faktory, pod které spadá závislost na návykových látkách a vývoj doprovázený stresem. Rizikové faktory spojené s perinatálním obdobím mohou vést k narušení vývoje mozku, což následně způsobuje zvýšenou vulnerabilitu vůči stresu (Češková, 2007 & Motlová & Španiel, 2011).

V rámci genetických příčin schizofrenie se také často zmiňuje evoluční hypotéza Tima Crowa, která za příčinu vzniku schizofrenie považuje „...zpoždění nebo neschopnost

ustanovit dominanci hemisfér pro jazyk...“ (Motlová & Koukolík, 2004, 113), která se může projevat neschopností určit dominanci pro hlavní komponenty „...s následnou poruchou mechanismu přiřazování, umožňujícího mluvčímu odlišit jeho vlastní myšlenky od řečových výstupů, které vytváří sám a které přijímá od ostatních.“ (Motlová & Koukolík, 2004, 113).

Mezi další příčiny vzniku schizofrenního onemocnění patří hormonální vlivy, především se mluví o ovlivnění dopaminerním a serotoninovým systémem a také glutamát. Co se lidí se schizofrenním onemocněním je přenos dopaminu nadměrné a následně vede k tomu, že podněty z vnějšího prostředí nejsou v souladu s vnitřními podněty člověka (Češková, 2007). Motlová & Španiel (2011) doplňují, že dopamin „zodpovídá“ za zprostředkování významnosti podnětu a dle této významnosti se poté spustí vylučování dopaminu. U lidí se schizofrenií dochází k tomu, že tato funkce zprostředkování významnosti podnětu, je narušena a projevuje se „*vadným a náhodným připisování významu událostem mimo patřičný kontext.*“ (Motlová & Španiel, 2011, 56).

Neurotransmitter, který je také spojen se schizofrenním onemocněním, je glutamát. Genetické vlivy jsou často spojeny s fungováním glutamátového systému, především přenosu glutamátu. Výzkumy také prokázaly, že u některých pacientů se schizofrenií je v CNS nižší hladina glutamátu (Češková, 2007).

Dále mezi příčiny vzniku schizofrenie patří vlivy prostředí, jako například socioekonomická situace. Výzkumy poukazují na to, že schizofrenie se častěji rozvíjí u lidí ve městech s nižším socioekonomickým statusem. Existuje k tomuto dvojí vysvětlení tzv. sociální posun, kdy schizofrenici vlivem své nemoci a jejich prodromů jsou finančně znevýhodněni anebo tzv. sociální příčina, kdy stres spojený se sociálními a ekonomickými situacemi ve společnosti jsou rizikovými faktory pro schizofrenii (Češková, 2007).

Do vlivů prostředí lze také zahrnout užívání návykových látek, které se na rozvoji schizofrenie významným způsobem podílí, především pokud k užívání dochází v období adolescence. Na příklad užívání marihuany v adolescenci způsobí vznik schizofrenie v 4 - 8 % případů (Motlová & Španiel, 2011).

Mezi vlivy prostředí lze zařadit také prožití nějakého traumatu. Velké množství pacientů, kteří trpí schizofrenií, zažilo nějakou formu traumatu a to buď v dětství, nebo v dospělosti. Pacienti mají tendence disociovat traumatické události, což následně může vést ke vzniku

psychózy a trauma se může projevovat v halucinacích a bludech (Vrbová, Talová & Sandoval, 2012).

Dále mezi vlivy prostředí zahrnujeme nutriční vlivy, metabolické vlivy a virové infekce, nebo také nedostatečná výživa matky v období těhotenství (Motlová & Koukolík, 2004, Tůma, 1999).

Krom výše uvedených příčin se předpokládá možná změna vývoje některých mozkových struktur v časném období vývoje života člověka. Tyto změny mohou výrazně přispět při rozvoji schizofrenního onemocnění a v důsledku těchto změn dochází ke kognitivnímu deficitu, který ovšem nemusí být patrný. Změny mozkových struktur zvyšují u jedince vulnerabilitu k behaviorálním poruchám, v kombinaci s dalšími vlivy poté mohou být jednou z příčin způsobujících rozvoj schizofrenie (Tůma, 1999).

Jsem si vědoma faktu, že výše uvedený výčet možných příčin schizofrenie není kompletní, nicméně uvádím nejčastější příčiny, které jsou se schizofrenním onemocněním spojovány např. schizofrenie jako porucha pracovní paměti, porucha sebeuvědomění.

1.2.5 Příznaky a průběh onemocnění

Češková (2007) dělí příznaky schizofrenního onemocnění na pozitivní, negativní, afektivní:

- 1) Pozitivní příznaky jsou především bludy a halucinace, tedy vše, co je v psychice člověka pomyslně navíc, jsou nejčastější příčinou hospitalizace a také jsou spojeny se zvýšenou dopaminovou aktivitou (Češková, 2007).
- 2) Negativní příznaky souvisí s oblastí frontálního kortexu a se sníženou aktivitou dopaminových center. Jsou typické sníženou motivací a aktivitou (Češková, 2007).
- 3) Afektivní příznaky zahrnují depresi, která je přítomná především v počátečních fázích onemocnění. Deprese je často součástí akutní psychotické ataky, ale její projevy jsou do značné míry překryty pozitivními příznaky, po odeznění pozitivních příznaků se deprese více projevuje, jedná se o tzv. postpsychotickou depresi. Depresivní symptomatiku je důležité sledovat, jelikož 10 % případů lidí, kteří onemocněli schizofrenií, spáchá sebevraždu (Češková, 2007).

Motlová a Španiel (2011) mluví o 4 typech typických symptomů:

- 1) psychotických, které jsou totožné s tím, co popisuje Češková (2007) jako pozitivní příznaky, tedy bludy a halucinace. Motlová a Španiel (2011) dodávají ještě např. ozvučování myšlenek, ukládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludy kontroly, ovlivňování ovládání, zvláštní myšlenky a činnosti, pocity, bludné vnímání, halucinace komentující pacientovo chování, dále také dezorganizace patrná jak v řeči, tak i v chování a myšlení. Dezorganizace řeči se projevuje přítomností neologismů, ztrátou asociací a tangencialitou, která se projevuje např. neschopností udržet téma, nenavazování myšlenek, nedodržení gramatiky věty. Dezorganizace chování se projevuje atypickou úpravou zevnějšku či jeho zanedbáváním, toulavostí a nedodržováním denního režimu. Objevují se také poruchy motoriky od zvýšené bezcílné aktivity po minimální aktivitu až stupor (Motlová & Španiel, 2011).
- 2) poruchách iniciativy a motivace, jehož součástí je i sociální stažení a opět je popisuje také Češková (2007) a nazývá je jako negativní příznaky. Tyto poruchy také zahrnují afektivní oploštění např. absence očního kontaktu, ztrnulý výraz v obličeji, neadekvátní afektivní prožívání a modulace tónu hlasu (Motlová & Španiel, 2011).
- 3) poruchy poznávacích funkcí, které lze spojovat především s pamětí, pozorností a také s exekutivními funkcemi. Problematické se jeví především plánování, konstruktivní řešení problémů, flexibilní reagování na změnu, rychlost zpracování informace, abstraktní myšlení či sociální vnímání, přičemž se poruchy exekutivních funkcí projevují především, pokud je třeba použít novou kombinaci současných znalostí (Motlová & Španiel, 2011 & Tůma, 1999). Výskyt kognitivního deficitu je prokazatelný u 40-60 %, pouze u 15 % nemocných se v remisi udrží úroveň kognitivních funkcí jako u zdravého člověka (Tůma, 1999).
- 4) depresivní nebo manické symptomy, lze ztotožňovat s afektivními symptomy tak, jak je uvádí Češková (2007). Přítomnost deprese u schizofrenie je značně proměnlivá. Motlová & Koukolík (2004) uvádějí, že přítomnost deprese u schizofrenních pacientů s chronickou formou je 7 %, přičemž ale u jedinců po první hospitalizaci byla přítomnost deprese prokázána v 75 % případů (Motlová & Koukolík, 2004). Deprese může být předvojem psychotického procesu

a v průběhu let se v psychózu vyvinout, nebo naopak může označovat akutní nástup psychotického procesu, či v pozdějším stádiu nemoci může psychóza přejít do deprese. Přítomnost deprese výrazně ovlivňuje prognózu psychotického onemocnění a také snižuje kvalitu života nemocného. Může směřovat až k sebevražednému pokusu, který se u každého 10. nemocného povede dokonat (Maršálek, 2007).

Dále se také zmiňují symptomy, které jsou nespecifické, např. „*poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkost a pocity napětí.*“ (Motlová & Španiel, 2011, 14)

Blud definují Motlová a Španiel (2011) jako „...*mylná přesvědčení. Při jejich vzniku hraje významnou roli mylná interpretace vjemů či prožitků ...*“ (Motlová & Španiel, 2011, 15). „*DSM- IV definuje blud jako mylné osobní přesvědčení vyvozené z nesprávného závěru o zevní realitě, které je pevně zastáváno bez ohledu na existenci nevyvratitelného a zřejmého důkazu o opaku. Nejedná se však o přesvědčení, která jsou obvykle akceptována ostatními členy kultury nebo subkultury, k níž jedinec přísluší (například náboženskou víru).*“ (Motlová & Koukolík, 2004, 21). Blud má svůj postupný vývoj začíná vztahováním a pocitem zaměřenosti okolí na jedincovu osobu (Motlová & Španiel, 2011). Vyskytuje se až 90% případů (Motlová & Koukolík, 2004).

Existují různá dělení bludů např. dle jejich obsahu perzekuční, paranoidní, somatický, religiózní, grandiózní (Motlová & Koukolík, 2004).

Halucinace jsou spojeny se všemi smysly, jejich obsah je často nepříjemný. Motlová & Koukolík (2004) uvádějí definici halucinací: „*Halucinace jsou vjemy bez zevně existujícího objektu.*“ (Motlová & Koukolík, 2004, 23). Nejčastěji se objevují halucinace sluchové až v 50 %, zrakové v 15 % a taktilní v 5 % případů (Motlová & Španiel, 2011). Pacienti často popisují, že slyší jeden nebo více hlasů, které mohou být mužské nebo ženské a jsou jimi odlišovány od jejich vlastních myšlenek. Halucinace lze dělit dle smyslu, ke kterému se váží, na „...*zrakové, sluchové, čichové, chuťové, taktilní, somatické, kinestetické.*“ (Motlová & Koukolík, 2004, 24).

Schizofrenie je také typická úbytkem mozkové hmoty. Neurobiologické výzkumy zaměřující se na schizofrenii přichází s tvrzením, že u lidí se schizofrenií, dochází ke „*snížení celkového objemu mozku a rozšíření postranních komor*“ (Motlová & Španiel, 2011, 38). Mozek je strukturálně asymetrický, avšak u lidí se schizofrenií se tato asymetrie

neobjevuje. 8% úbytek mozkové hmoty je spojen s oblastí hipokampu. Velké úbytky jsou pozorovány také v šedé hmotě s tím, že velká intenzita příznaku, chronifikace onemocnění, velký počet relapsů či neléčená psychóza, tento úbytek ještě prohlubuje. Úbytky jsou sledovány také v bílé hmotě mozku v oblasti frontálního a temporálního laloku (Motlová & Španiel, 2011).

Magnetická rezonance také ukazuje úbytek mozkové hmoty při onemocnění schizofrenií. Ke zmiňovanému úbytku hmoty mozku dochází především v oblasti temporálního laloku, amygdaly, dorzolaterálního a prefrontálního kortexu a také se úbytek projevuje v oblastech bílé hmoty. U lidí se schizofrenním onemocnění se také objevuje poškození neurotransmitterových systémů a přenosu signálu v rámci buněk (Češková, 2007).

Výše uvedené Zaplatálek (1983) doplňuje ve své studii o to, že u 30 % nemocných byla prokázána komorová atrofie a u 26 % se prokázal také kognitivní deficit. Nejvíce nám o atrofii mozku a úbytku kognitivních funkcí prozrazují dvojčecí studie. Koukolík (1992) popisuje úbytek kognitivní výkonnosti u monozygotních dvojčat, z nichž jedno trpí schizofrenií a druhé je zdravé, u zdravého jedince se úbytek kognitivní výkonnosti nevyskytuje, ale u nemocného jedince je velmi významný. Dále Bergman et al. (1992) poukazují na výsledky své studie, kdy prokázali nižší prokrvení prefrontální oblasti, při řešení testových úloh, kdy byla zatížena právě tato oblast. Nižší prokrvení se neprokázalo u zdravých sourozenců (Tůma, 1999).

Neurobiologické výzkumy zaměřující se na schizofrenii přichází s tvrzením, že u lidí se schizofrenií, dochází ke „*snížení celkového objemu mozku a rozšíření postranních komor*“ (Motlová & Španiel, 2011, 38). Mozek je strukturálně asymetrický, avšak u lidí se schizofrenií se tato asymetrie neobjevuje. Osmiprocentní úbytek mozkové hmoty je spojen s oblastí hipokampu. Velké úbytky jsou pozorovány také v šedé hmotě s tím, že velká intenzita příznaku, chronifikace onemocnění, velký počet relapsů či neléčená psychóza, tento úbytek ještě prohlubuje. Úbytky jsou sledovány také v bílé hmotě mozku v oblasti frontálního a temporálního laloku (Motlová & Španiel, 2011).

Průběh onemocnění se odlišuje u mužů a žen, jak je uvedeno v kapitole Epidemiologie. Je pro něj dále typická přítomnost tzv. prodromů, které lze charakterizovat nespecifickými příznaky jako je podrážděnost, náladovost, nedostatek sebevědomí a energie a často se tyto příznaky objevují již v období kolem 15. roku života. Poté této fázi onemocnění propuká

ataka, která obvykle trvá cca 6 měsíců, jedinec ztrácí kontakt s realitou a náhled. Poté následuje hospitalizace (Motlová & Španiel, 2011).

První známky schizofrenního onemocnění lze prý pozorovat již v dětství. Děti mohou trpět poruchami pozornosti, hyperaktivitou, objevují se problémy ve čtení, matematice. Rozdíly jsou také patrné v emočních a motorických projevech. Je patrné větší množství negativních emočních reakcí či zvláštní projevy v motorice až motorické dysfunkce, nejvíce jsou patrné v prvních dvou letech života. V případě, že děti mají rodiče schizofreniky a objevuje se u nich kognitivní deficit např. v podobě poruchy pozornosti, je riziko rozvoje schizofrenního onemocnění mnohem vyšší (Tůma, 1999).

Průběh schizofrenie je také popsán v MKN-10:

- *„F20.x0 kontinuální (chronický): žádná remise psychotických příznaků v průběhu období pozorování*
- *F20.x1 epizodický (v atakách) s narůstajícím defektem: postupný rozvoj „negativních“ příznaků v období mezi psychotickými epizodami*
- *F20.x2 epizodický (v atakách) se stabilním defektem: trvalé ale nenarůstající „negativní“ příznaky v období mezi psychotickými epizodami*
- *F20.x3 Epizodický (v atakách) s remisemi: úplná nebo téměř úplná remise mezi psychotickými epizodami*
- *F20.x4 neúplná remise*
- *F20.x5 úplná remise*
- *F20.x8 jiný*
- *F20.x9 období sledování kratší než jeden rok“ (Motlová & Koukolík, 2004, 34).*

U schizofrenního onemocnění platí tzv. třetinové pravidlo. Jedna třetina nemocných se po jedné, dvou nebo několika atakách dokáže vrátit k předchozí formě života a nemoc se u nich už neobjeví. Druhá třetina se po celý život objevují ataky schizofrenního onemocnění, které se střídají s remisemi, tito lidé se nemohou navrátit k předchozímu způsobu života a často skončí na invalidním důchodě. A poslední třetině se v průběhu celého života objevují příznaky psychózy, nedokáží bez pomoci samostatně žít, často jsou nuceni se spoléhat na péči rodiny, či zdravotnického zařízení (Češková, 2007 & Vinař, 2002). Češková dále uvádí, že „... méně než 10 % nemocných pracuje na celý úvazek a žije samostatně.“ (Češková, 2007, 23).

Češková (2007) uvádí, že „Podle recentních údajů prodělá jednu epizodu bez následného postižení 22 % nemocných, několik epizod bez postižení nebo s minimálním postižením 35 %, postižení po první epizodě s následnými exacerbacemi a bez návratu k normě 8 %, několik epizod se zvyšujícím se postižením bez návratu k normě 35 % nemocných.“ (Češková, 2007, 22).

Příznaky schizofrenního onemocnění jsou pestré a ve velké míře se na nich podílí individualita jednotlivých osobností, které jsou touto nemocí postiženy. Tato pestrost se také promítá do průběhu onemocnění, nelze s jistotou odhadnout, jaký průběh bude mít schizofrenie u různých jedinců. Příznivý průběh nezaručuje ani vyhnutí se rizikovým faktorům.

1.2.6 Léčba

Léčba schizofrenie je poměrně náročná, jelikož zahrnuje kombinaci několika metod a také se její průběh liší v různých stádiích onemocnění, nebo je specifická léčba dána individuálními projevy nemoci u každého jedince.

Léčba má několik fází. Konkrétně jde o fázi akutní léčby, fázi stabilizace, fázi stabilní a případnou fázi relapsu.

- 1) Fáze akutní léčby: Pro tuto fázi je doporučováno užívání antipsychotik po určitou dobu a v přiměřené dávce, což je cca 3-6 týdnů a dávka se stanovuje podle typu léků. Cílem této fáze léčby je zmírnění nebo vymizení pozitivních příznaků. V rámci psychosociální intervence je důležité usilovat o minimalizování stresu, poskytnout toleranci a podporu, zajistit strukturovanost a jasnost prostředí a komunikace, podporovat spolupráci klienta prostřednictvím edukace, navázat spolupráci s rodinnými příslušníky (Češková, 2007).
- 2) Fáze stabilizace: V této fázi je pacient náchylný k propuknutí relapsu. Důležité je s pacientem pracovat na edukaci o jeho onemocnění a také budovat jeho důvěru k lékaři, aby lépe spolupracoval (Češková, 2007).
- 3) Fáze stabilní: Jedná se o fázi, kdy pacient bere léky a hlavním cílem je dosáhnout a udržet stav remise. Klade se důraz na znovu nabití kompetencí, které měl pacient před léčbou a zlepšení kvality jeho života prostřednictvím snížení vedlejších

účinků. V rámci psychosociální intervence je žádoucí udržet léčbu, pracovat na spolupráci pacienta s lékaři, práce s rodinou, pokusy nemocného zapojit do pracovního procesu, pracovat na nácviku dovedností, dochází také k rehabilitaci kognitivních funkcí (Češková, 2007). Žádoucí je také pracovat na prevenci relapsu, což může zahrnovat navyšování odolnosti vůči stresu, udržet stabilní a pravidelný denní režim, zdravý životní styl (Motlová & Španiel, 2011).

- 4) Fáze relapsu: Se vyskytuje u asi 20-30 % pacientů ročně, i přes dodržení léčby. Relaps vede k nižší reaktivnosti až resistenci na léčbu, při narůstající četnosti psychotických epizod, se zvyšuje pravděpodobnost, že bude následovat epizoda další (Češková, 2007).

Pro léčbu schizofrenie je v první řadě užíváno nejčastěji antipsychotik dříve neuroleptik. Existují dva typy antipsychotik – antipsychotika první generace, které dobře působí proti pozitivním příznakům a také se nazývají jako tzv. klasická antipsychotika. Antipsychotika druhé generace, se nazývají též atypická antipsychotika. Působí účinně proti pozitivním, ve větší míře proti negativním příznakům, ovlivňují afektivní symptomy a kognitivní dysfunkce a mají méně vedlejší účinků. V současné době je tendence vyvíjet antipsychotika třetí generace, která by účinkovala především v oblasti kognitivního deficitu (Češková, 2007).

Klasická antipsychotika se dle jejich působení na:

- 1) bazální: mají sedativní či hypnosedativní účinek (např.: chlorpromazin, plegomazin, tiserčin, egis, lundbeck atd.) (Češková, 2007).
- 2) incizivní: časté extrapyramidové syndromy a neurologické vedlejší účinky při akutní léčbě jako např.: akutní dystonie (svalové napětí), akatizie (chorobná neposednost), zvýšený svalový tonus (parkinsonoid) a při dlouhodobé léčbě se objevuje tarditivní dyskineze (porucha motoriky) (např.: haloperidol, buronil, fluanxol, atd.) (Češková, 2007).

Atypická antipsychotika se dělí na:

- 1) specifické D2 a D3 antagonisty („*antagonista (antagonist) chemická látka, která blokuje receptor některého nervového přenašeče.*“ (Hartl & Hartlová, 2004, 47)). - příkladem může být např. sulpirid , amisulprid. Amisulpirid se užívá

především při léčbě negativních příznaků schizofrenie a také se u psychóz užívá častěji než sulpirid. Mezi časté vedlejší účinky patří nespavost, úzkost, agitovanost, zácpa, pocit sucha v ústech a nevolnosti, zvýšená produkce prolaktinu a extrapyramidové symptomy (Češková, 2007).

- 2) antagonisty serotoninu a dopaminu (SDA), mezi které lze řadit risperidon, ziprasidon, sertidol. Risperidon se užívá především při léčbě agitovanosti, extrapyramidových symptomů a také agresivity. Ziprasidon je typický minimálním přibíráním na váze, ale má větší riziko extrapyramidových symptomů. Vedlejší účinky jsou podobné jako již u výše zmíněných antipsychotik (Češková, 2007).
- 3) multireceptorové antagonisty (MARTA) – patří mezi ně třeba klozapin, olanzapin, quetiapin, zotepin. Klozapin „*Je nejúčinnější , ale také relativně nejnebezpečnější z atypických antipsychotik. Redukuje agresivitu u těžkých psychotických stavů, může zlepšovat tarditivní dyskinezi, snižuje suicidální myšlení a jednání u schizofrenie.*“ (Češková, 2007, 47). Nevýhodou je, že způsobuje nárůst hmotnosti s možností vzniku diabetu. Quetiapin je antipsychotikum, které má pozitivní účinek u nemocných, kterým jiná antipsychotika nezabírají (Češková, 2007).
- 4) dopaminové a serotoninové stabilizátory – příkladem je aripiprazol, který patří do antipsychotik třetí generace, v ČR se zatím moc neužívá. Jsou pro něj typická snížená rizika vzniku kardiovaskulárních onemocnění, diabetu a také přírůstku na váze (Češková, 2007).

Mezi další vedlejší účinky, které jsou popisovány, patří neklid, oploštění afektu, poruchy paměti, suchost sliznic, zvýšené pocení, nárůst fotosenzitivity, sexuální problémy např.: pokles libida aj. (Češková, 2007).

Četnost vedlejších účinků antipsychotik je různá nejčastěji se objevuje parkinsonoid, poté akatazie, dystonie a tarditivní dyskineze. Vedlejšími účinkům, jako je parkinsonoid, či akutní dystonie, lze předcházet či zmírnit jejich projevy užíváním antiparkinsonik (Češková, 2007).

Mimo antipsychotika je v léčbě hojně užívána rehabilitace, která probíhá v denních stacionářích, sociálních službách a komunitní péči. Rehabilitaci lze rozlišit na sociální,

psychologickou, dále také pracovní a činnostní. Sociálně-psychologická rehabilitace může zahrnovat psychoedukaci, do které je snaha zapojovat i rodinné příslušníky, nácvik sociálních dovedností, v rámci programů IPT (zahrnuje 5 podprogramů „*kognitivní diferencování, sociální vnímání, verbální komunikace, sociální dovednosti, interpersonální řešení problémů*“ (Bouček, 2006, 74)) nebo SILS (podstatou je reaktivace adekvátních sociálních dovedností, používá se hraní rolí a zpětná vazba). Dále do sociálně-psychologické rehabilitace lze zařadit podporu zdravého životního stylu, tělesná cvičení, kognitivní rehabilitaci. Součástí rehabilitace pracovní-činnostní je ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie, biblioterapie či chráněné bydlení (Motlová & Španiel, 2011 & Bouček, 2006).

Mimo výše zmíněnou rehabilitaci v různých podobách je také velmi efektivní v léčbě individuální, rodinná či skupinová psychoterapie. Individuální psychoterapie se doporučuje především na začátku léčby. Na individuální psychoterapii může navazovat skupinová psychoterapie. Skupinová psychoterapie se obecně považuje za velmi účinnou léčebnou metodu. Pěč a Probstová tvrdí, že „*Skupina je prostor, ve kterém se klienti mohou v pokud možno co nejvíce deinstitutionalizovaných službách postupně ujímat svých práv, ale i zodpovědností, které vyplývají z požadavků prostředí pracovního, spolubydlení nebo aktivizačních činností. Tyto rehabilitační skupiny jsou místem přirozené podpory, ale i korektivních emočních zkušeností, odkud může vést cesta ven z patologicky symbiotických vztahů ke vztahům zralejším, které souvisí se silící úzdravou či zotavením klientů.*“ (Pěč, O. & Probstová, V. et. al., 2009, 159). Je ovšem nutné při skupinové psychoterapii dodržet některá pravidla jako je direktivita, schopnost rozběhnou dynamiku skupiny a také kotvení v přítomném okamžiku (Kratochvíl, 2012). Yalom dělí psychotiky do dvou skupin dle důrazu na jejich psychický stav:

- skupina s vyšší úrovní: Členové se nachází v relativně dobrém psychickém stavu. Terapeut hledá varianty pokroku „*tady a teď*“, usiluje o podporu kladného chování a kladných stránek klientů. Poskytuje zpětnou vazbu, která by měla být většinou nekritická a pozitivní (Kratochvíl, 2012).
- skupina s nižší úrovní: Dbá se na přípravu úkolů tak, aby klienti zažívali úspěch. U těchto skupin se volí většinou kratší čas trvání asi 45 minut z důvodu v nižší schopnosti koncentrace (Kratochvíl, 2012).

Mimo skupinovou psychoterapii se také doporučuje rodinná terapie, která podle Rahn & Mahnkopfa (2000) může vést ke snížení počtu recidív po první atace až o více než polovinu. Při práci s rodinou je důležité pracovat s motivy a představami o problémech jednotlivých členů rodiny. Není příliš žádoucí přímo zasahovat do rodinného systému (Rahn & Mahnkopf, 2000).

V některých případech se také doporučuje léčba v terapeutických komunitách. Jedná se o intenzivní formu léčby, kdy je klient součástí komunity s jasně danými pravidly, taková komunita se u nás nachází např. v Mýtě. Komunita umožňuje pobyt po dobu jednoho roku a je zde kladen důraz především na sociální a pracovní rehabilitaci.

Pokud klient řádně dodržuje po určitou dobu léčbu a nachází-li se ve stabilizovaném stavu je možné, že již psychoterapii nebude potřebovat. Pro udržení stabilizovaného psychického stavu je ovšem dobré, aby navštěvoval podpůrné komunity např. v podobě svépomocných skupin. Právě svépomocná skupina může být nápomocná při řešení každodenních událostí a také při prevenci relapsu či včasném rozpoznání začínající taky nemoci.

V rámci léčby schizofrenie se tedy doporučuje podpora spolupráce mezi lékařem a pacientem, která je často zárukou dodržení farmakologické léčby. Dále se doplňkově doporučuje sociálně - psychologická rehabilitace a pracovní - činnostní rehabilitace a dále také psychoterapie a to jak individuální, tak skupinová či jiné forma následné podpory a léčby.

2 Spiritualita

Vysvětlení slova spiritualita není zcela jednoznačné, jelikož je odůvodnitelné až v posledních letech, kdy dochází více k odlišování slov religiózní neboli náboženský a spirituální. Významu přídavného jména religiózní se zabývám v následující kapitole.

Vojtíšek spatřuje původ slova spirituální v křesťanské tradici a odvozuje jej od slova „spiritualis“, které má svůj původ ve slově „spiritus“, jež je možné přeložit jako duch nebo též dech a poukazuje na přítomnost třetí osoby v životě člověka (Vojtíšek, 2012). „*Spiritualita je tedy v tomto pojetí vnitřní život člověka, iniciovaný působením ducha a prodchnutý Bohem, jeho duchovní život.*“ (Vojtíšek, 2012, 10). Vojtíšek dále pokračuje

upřesněním, co podle něj znamená slovo spirituální: „*Stal se označením pro individuální, nezávazný a na instituci nezávislý náboženský zájem, pro nějž je charakteristická hodnota vnitřního zážitku a praktického, denního používání, jež by umocňovalo a rozšiřovalo schopnosti člověka.*“ (Vojtíšek, 2012, 11).

Zmíněné individuální pojetí náboženského zájmu např. dokládá ve své knize Marek Vonnegut „*Přemýšlel jsem o věcech, které jsem studoval, když jsem se chtěl stát pastorem, a o tom, že hodně z nich najednou dává smysl. Nějakým způsobem jsem se dotknul podstaty, o které mluvil Ježíš, Buddha a další. Vzpomněl jsem si na pasáže z bible a jiných svatých knih, které jsem kdysi nechápal, a nejednou byly jasné a srozumitelné. Začal jsem si uvědomovat harmonii a celistvost života, které mi dřív unikaly. Nelogičnost byla najednou zcela jasně iluzorní.*“ (Vonnegut, 1999, 100-101).

Schermer považuje spiritualitu za základ lidské zkušenosti. Tvrdí, že spiritualitu lze nacházet i u ateistů, kteří popírají existenci Boha, protože také tito lidé hledají smysl života (Schermer, 2007). Ateisté hledají různé způsoby, jak smysl života nacházet a jedním ze způsobů je důvěra vkládaná ve vědu (Vojtíšek, 2012).

Pargament (1999,2005)definuje spiritualitu jako „...*hledání posvátna...*“ (In Říčan, 2007, 45). Přičemž Říčan dodává, že daná definice je platná pro především evropské a americké náboženství, ale např. v hinduismu či buddhismu příliš k hledání posvátna nedochází (Říčan, 2007). Také Vojtíšek zmiňuje spiritualitu v podobném kontextu jako Pargament. Podle Vojtíška ji lze také pojímat jako složku osobnosti, která je charakteristická vnímáním posvátného a vytváření si vztahu k posvátnu, tento vztah se podílí na rozvoji osobnosti. Zde je také namístě pozastavit se u slova posvátný, které je možné vysvětlit odkazováním člověka k posvátnu či transcendentním skutečnostem nebo k Bohu , se kterým si člověk vytváří vztah. Tento vztah je ale typický vnímáním jinakosti oproti vztahům jiným a tuto jinakost prožívá nejen jedinec ale celé společenství (Vojtíšek, 2012).

Dále např.: Emmons (1999) za spiritualitu považuje „*hledání smyslu, jednoty, propojenosti (connectedness), transcendence a vyššího lidského potenciálu.*“ (In Říčan, 2007, 45). Emmons (2003) dokonce zavádí kategorii spirituální inteligence, která zahrnuje ty schopnosti a dovednosti, které potom vedou k možnostem využívat spirituální informace, které patří k základním znalostem osobnosti o možnostech řešení

problémů a také o úspěšné adaptaci (Vojtíšek, 2012). Spirituální inteligence je charakteristická několika schopnostmi „...překračovat fyzické a materiální, zažívat zesílené stavy vědomí, posvěcovat každodenní zkušenost, využívat duchovní zdroje k řešení problémů a být mravný.“ (In Vojtíšek, 2012, 13).

Reich poté mluví o vnímání smyslu v něčem, co má velkou hodnotu (Říčan, 2007).

Říčan (2007) také dodává, že prožitek spirituality by měl člověka vnitřně měnit a jeho součástí je silný prožitek, ať už příjemný nebo nepříjemný (Říčan, 2007).

Schermer předpokládá, jak je již výše zmíněno, že spiritualita je součástí každého člověka. Definiuje spiritualitu „...jako schopnost a odhodlání žít plně v kontextu bytí a víry, vycházejícího z puzení být v kontaktu s nekonečnem a s něčím či někým mimo hranice každodenního smyslového vnímání sebe sama a světa. Spiritualita je tou stránkou naší duše, která se vždy natahuje po jednotě s tajemstvím a tím, co je mimo nás.“ (Schermer, 2007, 32). Považuje spiritualitu za kvalitu života, která je spojena se souborem vlastností u každého člověka, které je možné dále rozvíjet (Schermer, 2007).

Vojtíšek (2012) se také zmiňuje o sedmi rovinách spirituality

- 1) Předpoklady, které má člověk vzhledem k okolnímu světu a tyto předpoklady mu umožňují orientaci v tomto světě a také mu poskytují smysl (Vojtíšek, 2012). Např. se jedná o: „...koncepce božských osobností (teologie), koncepce člověka (antropologie), koncepce, jak člověk může překročit svá omezení (koncepce spásy, soteriologie), nebo koncepce světa a jeho začátku, směřování a někdy i konce (kosmologie).“ (Vojtíšek, 2012, 20).
- 2) Tyto předpoklady se odrážejí v obřadech, které mohou být individuální či kolektivní (Vojtíšek, 2012).
- 3) Další rovinu lze spatřovat v posvátných normách a hodnotách., které nejsou stvořeny člověkem, ale byly nám dány odjinud (Vojtíšek, 2012).
- 4) Následující rovinou jsou posvátná vyprávění, která se často stávají zdrojem inspirace pro vytváření obřadů a rituálů (Vojtíšek, 2012).
- 5) Posvátná vyprávění pravděpodobně pocházejí z další roviny spirituality a to z přímých spirituálních zážitků, které jsou vysvětlovány na základě nauk daného náboženství. Mohou být získávány záměrně či zcela náhodně

a často vedou k pochopení duchovních pravd (Vojtíšek, 2012).

- 6) Šestou rovinou spirituality je společenství, které uchovává např. příběhy o mystických zážitcích, či etické normy a usiluje o další rozvoj skrze obřady, které svým účastníkům poskytují duchovní zážitky, často intenzivní, seberozvoj a chápání své bytosti v kontextu společenství (Vojtíšek, 2012).
- 7) Sedmá rovina spirituality je umělecká a materiální tvořivost (Vojtíšek, 2012).

Zvýše uvedeného tedy vyplývá, že na spiritualitu existují různé pohledy, které se mohou prolínat. Lze říci, že podle některých autorů je spiritualita duchovní či vnitřní život člověka, který je individuální a podle určitých autorů přítomný i u ateistů, u nichž se tato spiritualita vyznačuje hledáním smyslu např. skrze vědu.

Dále autoři uvádějí pojem spiritualita v kontextu úsluví hledání posvátna, což ale platí pouze pro evropské a americké náboženské tradice. Další možností jak chápat spiritualitu je například jako složku osobnosti, přičemž tato složka osobnosti vede skrze posvátno k rozvoji osobnosti. Podobným pojetím je chápání spirituality jako formy inteligence. Tato teorie je ovšem více zaměřena na schopnosti a dovednosti, kdežto teorie spirituality jako složky osobnosti více mluví o vztahu k posvátnu.

V rámci této práce se nejvíce přikláním k definicím spirituality, které mluví o spirituálních zážitcích jako o zážitcích niterných a individuálních, které mohou ale nemusí být nutně spjaty s nějakým náboženstvím.

2.1 Typy spirituality

Spiritualitu je možné dělit do různých podtypů. V následující kapitole uvádím dělení na náboženskou a nenáboženskou spiritualitu. Dále je možné spiritualitu dělit na partikulární a univerzální čili dílčí a všeobecnou. Dle Allporta a Rosse (1967) lze religiozitu dělit na intrinsickou a extrinsickou, kdy intrinsická orientace je chápána jako vnitřně prožívaná a autentická (Říčan, 2007) jedinec ji žije (Vojtíšek, 2012), čili dle mého názoru ji lze chápat jako spiritualita, jak ji v mnohých ohledech chápou mnozí dnešní autoři. Extrinsická orientace směřuje k nabývání vnějších zisků (Říčan, 2007) a také jedinec mající tuto orientaci náboženství tzv. používá k zajištění svých základních potřeb, čili náboženství samo o sobě pro něj není až takovou hodnotou

(Vojtíšek, 2012). Myslím si, že naopak tento pojem lze ztotožňovat s dnešním většinovým pojetím religiozity.

Vojtíšek (2012) mluví o tzv. osobní spiritualitě, která se projevuje individuálním chápáním smyslu života a roli člověka na zemi, také autentickým vnímáním etických a mravních hodnot či výběrem významných příběhů z nauk nebo prožitými vrcholnými zážitky.

Vojtíšek (2012) také zmiňuje další typy spirituality:

- Konzistentní x fragmentární spiritualita: Konzistentní spiritualita zahrnuje podněty, které se objevují při rituálech a vysvětlují se skrze význam konzistentního celku např. křesťanství. Fragmentární spirituality se skládá z podnětů, které jsou bez přímé spojitosti, např. propojování náboženských praktik křesťanství a buddhismu (Vojtíšek, 2012).
- Explicitní x implicitní spiritualita: Explicitní spiritualitu tvoří tyto zdroje: náboženství, duchovní tradice. Implicitní spiritualita je představována podněty, které vedou k tomu, že okolí člověka ho pod jejich ovlivnění vnímá jako spirituálnějšího, (např.: jeho rodina pro něj byla vším) mohou mít stejný důsledek jako explicitní zdroje, vycházejí z osobních myšlenkových koncepcí, soukromých rituálů, životních zásad aj. Poté jsou tu ještě implicitní zdroje, které zasahují do všech rovin spirituality ... jsou to „...symbolické systémy, které uvádějí do pohybu národní a politická hnutí, třeba komunistické.“ (Vojtíšek, 2012, 35) nebo např. také věda (Vojtíšek, 2012)
- Inštituční x neinštituční spiritualita: Inštituční je spíše spojená s konzistentní spiritualitou. Neinštituční spiritualita může vést k tomu, že se spiritualita pak stane pouze fádni součástí životního stylu (Vojtíšek, 2012).
- Potvrzující a protestní spiritualita: Protestní spiritualita je dána poměrem „...k přesvědčením, postojům, normám, či hodnotám, které jsou sdíleny většinovou společností.“ (Vojtíšek, 2012, 41). Příkladem protestní spirituality je buddhista v naší většinové společnosti s jeho pohledem na konzumní život avšak potvrzující je v případě postojů ohledně sebe zlepšení, soucitu a etických principů. Protestní postoj je typický pro nová náboženská hnutí a také sekty a mizí, když přestanou být nová (Vojtíšek, 2012).

Je patrné, že spiritualitu lze dělit podle mnohých kritérií např. na náboženské a nenáboženskou, partikulární a univerzální, intrinsickou a extrinsickou či dělení dle Vojtíška (2012): spiritualita osobní, konzistentní a fragmentární, explicitní a implicitní, instituční a neinstituční nebo potvrzující a protestní.

2.2 Spiritualita versus náboženství a religiozita

V této kapitole bych ráda zdůraznila rozdíl mezi spiritualitou a náboženstvím, jelikož v průběhu vývoje slov náboženský a spirituální dochází k čím dál většímu rozrůžňování těchto slov.

Říčan (2007) uvádí „*Náboženstvím rozumíme to, čím se zabývá religionistika, věda o náboženství.*“ (Říčan, 2007, 33). Dále zdůrazňuje pestrost jednotlivých náboženství, která je dána kulturou, individualitou člověka jako osobnosti a také osobitým životním údělem. Z tohoto důvodu někteří autoři považují užívání slova náboženství v jednotném čísle za nevyhovující. Dále autor zmiňuje možnost vytvoření vlastní definice náboženství, která bude nejlépe vyhovovat výzkumnému záměru (Říčan, 2007).

Údajně přesnějším výrazem než náboženství či náboženský je slovo *religiózní*. Pochází z latinského slova *religare*, které je možné přeložit jako „vzájemně svázat“ člověka a skutečnost, která je jeho přesahem (Říčan, 2007).

Podle Fromma (1950) je náboženství postaveno na oddanosti, kterou lidé pocítují vůči určitému objektu a která jim poskytuje systém myšlení, který slouží k orientaci ve světě a také člověku poskytuje sílu. To též je podle Fromma možné nalézt v marxistickém humanismu (Říčan, 2007).

Říčan dále vysvětluje vztah spirituality a náboženství na pojetí spirituality dvou autorů. Pargament považuje náboženství za širší pojem než spiritualitu. Spiritualita je podle něj funkcí náboženství, kdy náboženství hledá něco významného a vztahuje se k posvátnu a spiritualita se soustředí na hledání posvátna. Naopak Zinnbauer vnímá jako zastřešující pojem pro náboženství spiritualitu. Spiritualita má podle něj různé projevy a právě jedním z těchto projevů je například spiritualita náboženská, spiritualita se tedy může vyskytovat i mimo náboženství např. ve vrcholných zážitcích v přírodě apod. (Říčan, 2007).

V rámci odlišení pojmů spiritualita a náboženstvím také může napomoci dělením

spirituality do různých typů. Říčan (2007) například zmiňuje spiritualitu náboženskou a nenáboženskou. Kdy nenáboženská spiritualita obsahuje podle něj stejné nebo podobné druhy vrcholných prožitků, které se vyskytují v rámci např. náboženských praktik, ale k těmto zážitkům dochází mimo rámec náboženských organizací. Podobně Vojtíšek (2012) mluví o spiritualitě jako o kladně hodnoceném souboru zážitků, který je spíše spojen s vnitřním světem člověka a jeho rozvojem a naopak slovo religiózní chápe jako „*spjatost s určitou duchovní tradicí (především křesťanskou, méně též s židovskou) a jejími institucemi*“ (Vojtíšek, 2012, 11), která nese negativní význam upjatosti a strnulosti.

Religiozita je také odlišná od spirituality v tom jak chápe posvátno, přistupuje k němu neosobně, jak uvádí Vojtíšek (2012).

Dle mého názoru nejvíce variabilně popisují možné pohledy na rozdíl mezi spiritualitou a religiozitou Pergament a Zinnbauer, přičemž Pergament považuje za zastřešující pojem náboženství a Zinnbauer spirituality. Ostatní teorie lze připodobnit více méně k jednomu či druhému pohledu.

2.3 Vztah mezi psychologií a vírou

Ve své práci také uvádím kapitolu, které se zabývá tématem vztahu psychologie a víry, jelikož právě tento vztah je podle mě důležitý pro pochopení hranic v rámci dialogu dvou rozličných pohledů na podobná témata, které lze vztahovat, jak k víře čili náboženství, tak k psychologii.

Schlaghech mluví o 5 modelech, které charakterizují vztah mezi psychologií a vírou:

- boj – jelikož víra a psychologie přistupují ke skutečnostem odlišným způsobem a z hlediska víry postoj psychologie není považován za kompetentní (Sudbrack, 2002).
- ohraničení – zdůraznění oddělenosti psychologie a víry (Sudbrack, 2002).
- filosofie v roli prostředníka – filosofie hledá závěry a teorie, které by umožňovali propojení psychologie a víry (Sudbrack, 2002).
- vzájemná kritika – dochází k vzájemné směně a přijímání zkušeností druhé strany (Sudbrack, 2002).

- kritický dialog – zachycuje snahu hledat a nacházet pravdu prostřednictvím sdílení vzájemné kritiky (Sudbrack, 2002).

Uvedené modely svědčí o omezených možnostech hledání podobných či jiných pohledů na stejná témata, přičemž důležité je uvědomit právě ony hranice poznání na obou stranách.

2.4 Pojetí spirituality a religiozity v různých náboženstvích

Na začátku kapitoly o spiritualitě se zmiňují o rozdílném vnímání spirituality, jak ji definuje Pargament (1999,2005) tedy jako „...hledání posvátna...“ (In Říčan, 2007, 45), jelikož hinduismus či buddhismus k hledání posvátna nepovažují za důležité.

Saroglou a Duphis (2006) vnímají také různé rozdíly v religiozitě buddhismu a tradičních náboženství v Evropě a Americe. Konkrétně jim zde chybí v rámci buddhistických náboženství vztah k autoritě, konzervativita, vazba na předky, jistá forma institucionalizace religiozity a také restriktivní morálka (Říčan, 2007).

Capra (1975), Zukav (1979) a jiní zdůrazňují rozdíl mezi západním a východním myšlením. Pro západní myšlení je typické rozlišovat skutečnost v rámci dvou kategorií a to „bud/anebo“, kdežto východní způsob myšlení a pojmání skutečnosti usiluje o pojetí v co největší celistvosti, budhisté se povznášejí nad tuto dvojí logiku, odmítají protiklady a snaží se přijmout realitu plně (In Schermer, 2007). Schermer zdůvodňuje hojnost vyhledávání buddhismu v západních zemích. Za příčinu považuje jeho příchod v tzv. čisté podobě. Což znamená, že výklady buddhistických myšlenek nejsou ovlivněny laickým chápáním, jak je tomu v buddhistických zemích např. vlivem předávání víry po generace, V Evropě je potřeba více vycházet přímo z textů a jejich výkladů od současného Buddha a jeho žáků. Schermer také popisuje stav narušení komplexnosti věcí a tím i ducha. Je to stav, kdy výrok a jeho negace jsou pravdivé. A tento stav je typický pro západní svět. Východní pojmání skutečnosti se snaží vyhnout hodnocení skutečnosti, a proto k narušení celistvosti nedochází. Východní spiritualita také pracuje s rozvíjením schopnosti nepřipoutat se a má snahu dopomoci lidem k tomu, aby jejich mysl byla prázdná či nebyla vůbec. Tohoto je možno dosáhnout skrze bytí v přítomné okamžiku (Schermer, 2007).

Ve zkratce rozdíly mezi náboženstvími západními a východními tkví především v pohledu na skutečnosti. Typický západní pohled je typický dualismem, rozlišování na buď a nebo, kdežto pohled východních kultur se spíše zakládá na celistvosti.

2.5 Metody měření spirituality

Metod určených k měření spirituality existuje celá řada, proto jsem zvolila pouze některé z nich.

- Jednou z prvních škál, které se vztahovaly ke spiritualitě, byla *Religious Orientation Scale* od autorů *Allporta a Ross* z roku 1967, které určovala převažující orientaci religiozity a dělí ji tak na extrinsticky orientovanou a intrinsickou orientovanou (Říčan, 2007). Pojmy jsou vysvětleny v kapitole Typy spirituality. Dotazník také pochází z doby, kdy jednotlivé pojmy spiritualita a religiozita nebyly tak striktně oddělovány, jako je tomu dnes.
- *Hood* v roce 1975 zhotovil *Škálu mysticismu*, jež má 32 položek podle fenomenologických charakteristik mysticismu dle W. T. Stace. Díky ní je možné zachyt' intenzivní individuální zážitky jednoty či nicoty s okolním světem. Výzkumy zachycují 3 faktory: extrovertní mysticismus (pocit jednoty s vnějším světem), náboženskou interpretaci a introvertní mysticismus (pocit jednoty s nicotou) (Stříženeč, 2003). Jeho poslední revize proběhla roku 2003. Jedná se o univerzální nástroj, který je také kulturně neutrální (Říčan, 2007).
- *Ellison* v roce 1984 prezentoval *Index spirituální zralosti (SMI)*, tato škála vychází z evangelické křesťanské teologie a spirituální zralost dle autora vychází z projevů autonomie, jasného vnímání skutečnosti a také z tvořivosti v denní rutině. Je složena ze 30 položek, z nichž každá má 6 stupňů (Stříženeč, 2003).
- *Elkins et al.* (1988) vytvořili *Dotazník spirituální orientace*, který není závislý na typu náboženství. Skládá se z 9 komponent:
 - „*Transcendentální dimenze*“ – uvědomování si existence této dimenze skrz zkušenost v podobě vrcholného zážitku.

- „*Osobní jistota smyslem života*“ – získaná prostřednictvím jeho hledání.
 - „*Životní poslání*“ – projevující se pocíťováním odpovědnosti za život.
 - „*Zakoušená posvátnost celého života*“ – součástí jsou také prožitky, které lze považovat za běžné.
 - „*Nezávislost na materiálních hodnotách*“ – vědomí, že materiální hodnoty nemohou vést k naplnění člověka.
 - „*Altruismus*“ – zahrnuje soucit, lásku a tužbu po spravedlivosti pro všechny.
 - „*Idealismus*“ – víra ve zlepšení světa.
 - „*Vědomí tragičnosti lidské existence*“ – dodává vážnost životu a také jeho cenu.
 - „*Ovoce spirituality*“ – pozitivní vliv na život jedince v různých oblastech jeho života (Říčan, 2007, 56).
- *Kass et al.* (1991) uvádějí škálu *Index jádrových spirituálních zkušeností (INSPIRIT)*. Tato škála obsahuje sedm položek, které se bodují na stupnici 1 až 4 a lze ji charakterizovat jako dobře validní i reliabilní. Jádrové zkušenosti jsou pak podle této škály specifické z hlediska určité události, která vede ke kognitivnímu zhodnocení a následně osobnímu přesvědčení o tom, že Bůh existuje a k přesvědčení, že mezi Bohem a člověkem je velmi zvnitřněný vztah (Stříženeč, 2003).
- V roce 1991 *R. F. Paloutzian a C. W. Ellison* představují *Dotazník spirituální pohody (SWB)*. Škála pracuje s 20 položkami, které mají 6 stupňů a také s dvěma subškálami, vertikální (zaměřená na vnímanou pohodu ve svém spirituálním životě) a horizontální (též sociálně psychologická, vztahující se k existenciálním otázkám např. smysl života, a přizpůsobení se komunitě a prostředí). Škála je vysoce reliabilní a validní (Stříženeč, 2003).
- Jiným příkladem je projektivní metoda *Test spirituálních témat a religiózních odpovědí (STARR)* od autorů *M. S. Saur a W. G. Saur* (1993), která je podobná projektivní metodě TAT. Metoda pracuje s 11 černobílými fotografiemi, na kterých jsou zobrazeni lidé při modlitbě. Cílem je zachycení myšlenek, emocí

a konfliktů zkoumané osoby, které se následně třídí do kategorií: „...náboženské instituce, reprezentace Boha, podstata světa, životní témata, náboženské symboly, modlitba, závislost...“ (Stříženec, 2003, 549). (Stříženec, 2003).

- Dotazníky *Kompendium Measures of Religiosity* od autorů Hill a Hood (1999) zjišťují míru souhlasu s články o křesťanské nauce, míru praktikování náboženských činností a také zda tyto činnosti přinášejí odpovídající prožitky (Říčan, 2007).
- Poté je zde také *Piedmontův dotazník* (též *Škála spirituální transcendence - STS*) z roku 1999. Vztahuje se ke schopnosti jedince pohlížet na skutečnost života v širší perspektivě, než jen z hlediska času a prostoru (Stříženec, 2003). Tato škála zjišťuje vztah jedince k transcendentu, které definuje jako „oddanost nepostižitelným skutečností a emoční podpora získávaná za tuto oddanost“ (In Říčan, 2007, 57). Měří i další složky spirituality jako je např. tolerance paradoxů, neposuzování, vděčnost aj., ale především pracuje se třemi škálami:
 - Škála naplnění modlitbou – zaměřuje se na vrcholné zážitky spojené s modlitbou (Říčan, 2007).
 - Škála univerzalita – „...pocity a názory, že veškerý život, zejména lidský, je smysluplně sjednocen podle vesmírného řádu, který nezruší ani smrt.“ (In Říčan, 2007, 58).
 - Škála propojenost – „...vztahy vděčnosti, odpovědnosti a loajality vůči jedincům a pospolitostem současným, minulým i budoucím.“ (In Říčan, 2007, 58).
- Dalším měrným nástrojem spirituality je *Pražský dotazník spirituality*, jehož autory jsou Říčan a Janošová a jeho poslední revize pochází z roku 2005. Tento dotazník vychází z 6-ti škál – hlubinná ekologie, etický entuziasmus, sounáležitost, mystické prožitky, svědomitá starostlivost, latentní monoteistická orientace. Dále tento dotazník hodnotí 5 faktorů:
 - mystická zkušenost – „pocit sjednocení s něčím, co člověka přesahuje“ (Říčan, 2007, 58)
 - eko-spiritualita – pocit jednoty s přírodou a vědomí odpovědnosti, kterou za ni

neseme

- pospolitost – radost z lidské blízkosti
 - etické zaujetí - „*touha začít znovu a lépe, děs z možnosti nezvratně pokazit svůj život, obdiv k mimořádnému dobru u druhých lidí, soucit s trpícími a znechucení zlem atd.*“ (Říčan, 2007, 58)
 - latentní monoteistická zkušenost – nadšení vyšší pravdou (Říčan, 2007)
- Posledním mnou uvedenou škálou bude *ESI (Expressions of Spiritual Inventory)*, jejíž autorem je *D. A. MacDonald*. Původní verze obsahovala 98 položek, které se hodnotily na 5-ti bodové škále, ale v současnosti existuje zkrácená 32 – položková verze. ESI se zaměřuje na 5 škál: kognitivní orientace na spiritualitu, zkušenostně – fenomenologická dimenze spirituality, existenciální pohoda, paranormální přesvědčení a religiozita. Více o této metodě uvádím v kapitole 4.2.2 Metodika výzkumu.

2.6 Spiritualita a psychická onemocnění

Schizofrenie a spiritualita jsou dvě základní témata, kterými se především zabývám ve své práci. Je známým faktem, že lidé, kteří trpí nějakou nemocí ať už psychického rázu či rázu tělesného, inklinují k náboženství. Náboženství a spiritualita mohou člověku poskytnout zvýšení integrity osobnosti, ovšem kdy je spiritualita člověku obecně prospěšná, nejde mnohdy snadno rozlišit. Nejprve se v této kapitole budu věnovat popisu toho, kdy jedinci spiritualita může být v neprospěch. Přičemž nejde vždy o to, zda je spirituální prožitek spojen s pozitivními emocemi, ale spíše o to, jak si jedinec daný prožitek interpretuje a začlení do svých zkušeností.

Uvedu zde několik popisů situací v životě jedince, které mohou vést k vývoji spirituality, která je člověku spíše na škodu. Na příklad Říčan (2007) popisuje vývoj krutého a sadistického superega jako důsledek náboženské výchovy v rodině. Takový jedinec se potom ve větší míře zaměřuje na témata jako je hříšnost a mravnost a je pro něj typické, že se v jeho životě objevuje úzkost, perfekcionismus, potlačování a vytěsňování přání a impulzů, které se vztahují k agresivitě a sexualitě, zajímají se drobnosti a skutečnosti, které není snadné a někdy vůbec možné ověřit s jistotou (Říčan, 2007).

Jung chápe rozvoj schizofrenních onemocnění jako důsledek zaplavení psychiky obsahy z nevědomí (Říčan, 2007).

Dále Laing (2000) popisuje, jak může vzniknout rozštěpení „*U našich pacientů však rozštěpení není jednoduchou vratnou reakcí na specifickou ohrožující situaci. Je to naopak jejich základní životní orientace. Když se vracíme jejich životy nazpět, obvykle zjišťujeme, jako by se tento rozštěp objevil už v časných měsících raného dětství. U „normálního“ jedince se v situaci prokazatelně ohrožující jeho bytí a nenabízející žádnou reálnou možnost úniku rozvine schizoidní stav jako pokus dostat se z této situace když ne fyzicky, alespoň psychicky: stane se duševním pozorovatelem, který odtažitě a apaticky pohlíží na to, co jeho tělo dělá nebo co se mu děje.*“ (Laing, 2000, 80). Na závěr dodává, že takový člověk vnímá okolní svět jako ohrožující.

Schermer mluví o duchovní nemoci, kterou popisuje jako oddělení duše od těla. Toto oddělení způsobuje jakési odcizení se vlastní osobě a také svým kořenům, člověk tak Schermer dále charakterizuje psychotického jedince, zdůrazňuje, že takový „...jedinec promítá velkou část vlastní rozpadlé osobnosti do „defektních“ kontejnerů. „zbláznil se“, protože nebyl schopen najít nic a nikoho, kdo by byl schopen přijmout a udržet jeho špatné myšlenky.“ (Schermer, 2007, 83).

Grof podotýká, že velká část jevů, které klinická psychologie označuje jako patologické, jsou transpersonální psychologii považovány za zážitky mystické (In Sudbrack, 2002).

Dále také nedostatečný vývoj osobnosti je jednou z možných příčin dysfunkční spirituality, která je typická pro psychicky nemocné lidi. Např. Říčan (2007) uvádí eriksonových 8 stádií vývoje člověka a poukazuje na nich, která témata spjatá s vírou by věřící jedinec měl zvládnout.

- Bazální důvěra – jedná se o stádium, které trvá do 1 roku a základním úkolem je dosáhnout základní důvěry, se kterou potom pracují mnohé náboženství.
- Autonomie – toto stádium je typické pro období 1-3 let a vývojovým úkolem je dosáhnout autonomie v řádu v rámci náboženství.
- Iniciativa – trvá od 3 do 6 let, úkoly tohoto stádia jsou přijetí hranic iniciativy a také vývoj svědomí a přiměřené viny.
- Snaživost – od 6 do 12 let, stádium, kdy jedinec v rámci náboženství přijímá role

a činnosti, které jsou v souladu s jeho vývojem.

- Identita – od 12 do 19 let, hledání první identity, v tomto stádium je jedinec náchylný ke konvertování k jiné náboženské skupině nebo k podlehnutí různým sektám
- Intimita – od 19 do 25 let, člověk hledá bytost, se kterou by mohl sdílet intimitu, před kým by mohl být otevřený a sdílet s ním své silné i slabé stránky a naučit se důvěře, respektu k osobnosti a také k jeho svobodě. Touha po intimitě se také odráží ve vztahu k Bohu.
- Generativita – od 25 do 50 let, stádium, které je typické potřebou tvořit a pečovat o jinou bytost nebo také být provázejícím.
- Integrita – od 50 let výše, stádium, kdy jedinec znovu prožívá svůj život skrze vzpomínky a díky tomu dospívá k osobní moudrosti. Také je konfrontován s tématem smrti.
- Přijetí závislosti – od 90 let, stádium, které doplnila Eriksonova žena a jehož hlavním úkolem je přijetí závislosti na bližních (Říčan, 2007).

Dalším autorem, který uvádí různá stádia vývoje víry je Fowler, v jeho stádiích se odráží vývojová stádia Eriksona, Piageta a Kohlberga.

- Intuitivně – projektivní víra (0-7 let): Jedná se o nediferencovanou víru, která je typická pro rané dětství. V tomto období je důležité dosáhnou základní důvěry a vzájemnosti vůči blízkým dospělým. Víra je ovlivněna schopností imaginace, která slouží k vývoji obrazů směřujících k Bohu. Je zde nebezpečí vzniku obrazů, které jsou destruktivní (Říčan, 2007).
- Mýticko – doslovná víra (7 – 12 let): Víra, která se rozvíjí ve chvíli, kdy je dítě schopno konkrétních logických operací, které vychází z principu „... když ... pak“. V tomto období je rizikem rozvoj perfekcionismu a také přehnaný pocit hříšnosti (Říčan, 2007).
- Synteticko - konvenční víra (od 12 let): Období, kdy je dítě schopno formálních operací. Jeho víra je osobitější a slouží ke kvalitativní orientaci ve světě a přijetí hodnot a přesvědčení. Objevují se zde dvě rizika a to připoutání se na osoby, na kterých mu záleží skrze zvnitřnění hodnot a očekávání nebo tendence k izolaci,

která se objeví v důsledku zrady či pocitu zoufalství, které pochází ze zklamání se ve vztahu k jinému člověku či přímo k Bohu (Říčan, 2007).

- Individuačně-reflexní víra: Stádium, u kterého nebyl uveden věk, ale pravděpodobně bude souviset s obdobím rané dospělosti, jelikož jeho hlavním úkolem je hledání vlastní cesty skrze konfrontaci osobních zkušeností a náhledu autorit, který byl získán v předchozím stádiu. Často nastává v důsledku nějaké události či zklamáním apod., některé otázky nemají odpověď a ta je nahrazena nejistotou. Rizikem tohoto stádia je přílišné spoléhání se na kritické a vědomé myšlení a tendence se více přizpůsobovat novým myšlenkám v náhledu na druhé lidi (Říčan, 2007 & Vojtíšek, 2012).
- Spojující víra: Tento typ víry je charakteristický pro druhou polovinu života. A vztahuje se k dosažení vědomí, že i přes rozpory, lze ve víře spatřovat jednotu. Rizikem tohoto stádia je sklon k cynismu a samolibosti, která plyne z pasivity nebo uvědomování si relativnosti věcí (Říčan, 2007).
- Víra směřující k univerzalitě: „*Výjimeční jedinci jdou ještě dále. Prožijí radikálně, že nejsou středem, odpoutají se od svých osobních zájmů a „obejmou svět“ jako svou komunitu, plně se oddají spravedlnosti a lásce.*“ (Říčan, 2007, 254).

Zdravý jedinec se obvykle může dostat až k vývojovému stupni, který Fowler nazývá spojující víra. Naopak nemocný jedinec obvykle ustrne v některém s nižším vývojových stupňů.

Také Schermer mluví o duchovním vývoji, kdy na počátku matka slouží jako prostředek k naučení se důvěry v bezpečnost okolí a ta je i součástí obracení se na boha. Poté dítě přechází k tzv. přechodovému objektu (např. plyšák). V náboženství jsou potom přechodovými objekty liturgické předměty či rituály, posvátné objekty.

Výše uvedené vývojové teorie víry mohou být vodítkem při posuzování toho, na které vývojové úrovni jedinec neprošel dostatečně vývojovými úkoly. Také Sudbrack (2002) popisuje možnost ustrnutí na dětském stupni vývoje jako jednu z možných příčin rozvoje duševní nemoci. Konkrétně zmiňuje narušení koloběhu mezi tím, co je ve víře považováno za mediální (čili obecné, nejednoznačné) a figurální (čili jednoznačné). Takové narušení může mít dvojí podobu a to zvýšenou inklinaci k jednomu nebo druhému pólu, tedy směřování k jednoznačnosti všeho anebo naopak

k odmítání všeho, co je konkrétní (Sudbrack, 2002).

Allport (1953) popisuje, že u některých lidí náboženství pomáhá rozpouštět předsudky a u některých je spíše ospravedlňuje a konzervuje, hovoří o tzv. zralém náboženském sentimentu. Jedná se o soubor schopností plynoucích ze zkušeností, které jedinci umožňují příznivě a tak, jak je pro něj typické, reagovat na pojmy a principy, které pro jedince mají největší hodnotu. Nezralost se pak projevuje v tom, že jedinec není schopen důležité pojmy a principy a reakce na ně užitečně určit a rozpoznat (Allport, 1953 dle Vojtíšek, 2012).

Pargament o spirituálně zralých lidech tvrdí, že používají vnitřní i vnější funkci, které náboženství přináší (Vojtíšek, 2012).

Dále také Mareš et al. (2007) uvádí, že rozvoj spirituality, která povede k degradaci osobnosti nebo naopak k jejímu rozvoji závisí na těchto 3 faktorech:

- charakter traumatu: v případě, že je trauma chronické může vést spíše k degradaci osobnosti
- zdroje zvládnání: se skládají z jedincova osobního systému (interní zdroje) a systému sociální opory (externí systém). Zdroje sociální opory mohou být například náboženská skupina. Zdrojem rozvoje jedincova systému mohou napomoci světské metody (pozitivní přehodnocení, reinterpretace, akceptování situace, zvládnání zaměřené na řešení problému) či metody náboženské metody (velkorysé, vlídné spirituální přehodnocení negativní události, opora v Bohu, nalezení duchovních souvislostí)
- systém duchovní orientace: obecný systém orientace je složen z dispozic, hodnot, vztahů, obecných přesvědčení a osobních charakteristik. Tento systém potom vytváří vztahový rámec, který určuje pojetí sebe a světa. Systém duchovní orientace zahrnuje duchovní integraci, duchovní rozlišování (ve smyslu tolerance ke složitosti a komplexnosti, otevřenost k novým myšlenkám), flexibilitu (chápanou jako schopnost měnit duchovní názory, postoje aj. vzhledem ke změnám prostředí a okolností), stupeň shovívavosti a laskavosti (Mareš et al., 2007)

V roce 2008 Mareš et al. tvrdí ve své knize, že k posttraumatickému rozvoji dochází pokud:

- dochází ke změně chápání života a také k jeho porozumění

- změně vztahu k druhým lidem
- uvědomění si svých silných a slabých stránek
- vnímání toho, že nemoc znamená otevření nových možností (nové zájmy, či nová životní cesta)

Výše uvedené informace mohou být obecnými vodítky pro pochopení víry psychicky nemocných jedinců. V následující kapitole se budu zabývat konkrétním prožíváním spirituality u jedinců se schizofrenií.

2.7 Výzkum spirituality u lidí se schizofrenií

Prožívání spirituality u lidí se schizofrenním onemocněním se mohou do značné míry odlišovat od prožívání většinové populace.

Běžně spirituální prožitky mohou zahrnovat úctu, strach, víru, důvěru, naději, lásku, pocit pokoje, radost, potřebu sdílet, pokoru, pocitování svobody, vděčnosti a inspirace, nalezení subjektivní jistoty a smyslu života, prožitky čistoty, pravdy, touhy po osobní dokonalosti, prožívání tzv. svatého hněvu a také zkušenost vyslyšené modlitby, nebo např. dojem, že je někdo přítomen (Říčan, 2007). Tyto prožitky jsou pro jedince zdrojem osobního růstu a rozvoje. Koenig a Larson (2001) zpracovali několik stovek výzkumů, aby zjistili, čím lze charakterizovat religiózního člověka. Podle jejich zjištění *„jsou religiózní lidé méně úzkostní a depresivní, šťastnější, častěji vidí svůj život jako smysluplný, méně suicidují, méně užívají alkohol a zakázané drogy, mají šťastnější a stabilnější manželství atd.“* (In Říčan, 2007, 122).

Grof (1999) usiluje o odlišení pravých spirituálních prožitků od těch prožitků, které jsou patologické, a zdůrazňuje, že v pravých spirituálních prožitcích se objevuje pocitování hlubokého vnitřně prožívaného míru, také klidu nebo uvolněnosti. Dále vědomí vlastního božského původu nechápe jako něco mimořádného (Grof, 1999 dle Sudbrack, 2002). Také Danbolt et al. (2011) mluví o důležitosti odlišení toho, co je projev spirituality a co je projev psychopatologie, jelikož spiritualita může přinášet různé copingové strategie a pokud bude v tomto případě spiritualita mylně považována za projev psychopatologie, může tím být poškozen pacient. O spiritualitě jako součásti copingových strategií se zmiňuji v kapitole 3.5 Výzkum kvality života a spirituality u lidí se schizofrenií.

Důležitost odlišení spirituálních zážitků a psychopatologie také dokládá tvrzení Hugueleta et al. (2006), kteří uvádějí ve svém výzkumu, že pacienti často o svých spirituálních zážitcích nemluví z obavy možného návrhu hospitalizace, nebo dle Yanga et al. (2011) z důvodu obav z prodloužení hospitalizace. Dále dokládají, že při stabilizaci onemocnění, existuje jen málo pacientů, u kterých by se jejich víra překrývala s psychopatologií.

Spirituální zážitky mohou být spojeny s psychopatologií např. ve formě religiózních bludů, o kterých se zmiňují níže, ale je nutnost je odlišovat od zážitků, které přítomnost psychopatologie nevykazují. Danbolt et al. (2011) popisuje jako typický zážitek, nevykazující přítomnost psychopatologie, zážitek pocitu boží přítomnosti, kdežto mimořádné spirituální zážitky, již s psychopatologií spojuje ve větší míře. Hustoft et al. (2013) popisuje rozdíl mezi náboženským bludem a normální vírou je v tom, že víra má kontinuitu a normální věřící mají skóry v testech rovnoměrné. Dále také uvádí, že je pouze malá část pacientů, u nichž by jejich spiritualita byla součástí psychopatologie. Dle jeho názoru jako problematické lze spíše vnímat, negativní pohled na svou nemoci např. jako trest od boha. Také bylo zjištěno, že mnoho religiózních bludů pochází z původních sluchových halucinací a tyto jsou potom připisovány bohu nebo ďáblu (Hustoft et al., 2013).

Přítomnost spirituálních témat může být také brán jako projev osobnostního nastavení nábožensky orientovaného jedince. Tak jej popisuje např. Říčan (2007). Mluví o tom, že lidé se schizofrenií, čerpají při tvorbě bludů a halucinací především ze svých zkušeností a pokud se jedná o nábožensky vychovaného člověka, pak je vysoká pravděpodobnost, že jeho bludy a halucinace budou náboženského charakteru. Danbolt et al. (2011) ovšem také uvádějí, že osobní náboženská víra nemusí být nutně vždy předpoklad pro vznik religiózních bludů a pokud jsou religiózní bludy přítomny, pak nemusí nutně znamenat horší průběh onemocnění.

Motlová & Koukolík (2004) tvrdí, že: *„Religiózní bludy jsou klinicky významné, protože jsou spjatý se sebepoškozováním a horším terapeutickým výsledkem. Existuje řada kazuistik o činech s fatálními důsledky, které byly vykonány pod vlivem religiózních bludů. Siddle et al. Zjistili, že ze 193 studovaných pacientů mělo 24 % religiózní bludy. Tito pacienti dosahovali vyšších skóre psychopatologie ve Škále po hodnocení pozitivních*

a negativních symptomů (PANNS...), horších výsledků ve funkčních skórech (GAF – Global Assessment of Functioning) a bylo jim předepisováno větší množství psychofarmak než pacientům se schizofrenií, kteří měli jiné typy bludů. Autoři uzavírají, že religiózní bludy zasluhují další výzkum, protože jsou u schizofrenie časté a jejich nositelé jsou oproti ostatním pacientům se schizofrenií závažněji nemocní.“ (Motlová & Koukolík, 2004, 22). Siddle et al. (2002) a Suhail & Ghauri (2010) dokládají, že pacienti se schizofrenií, kteří mají „silnou náboženskou víru“ nebo mají náboženské bludy, mají zvýšené riziko recidivy nemoci a horší výsledek z léčby. Přičemž obsah religiózních bludů je proměnlivý a často ovlivněn kulturou či náboženskou skupinou. Také Keks & D’Souza (2003) mluví o tom, že spiritualita může vést k negativnímu ovlivnění osobnosti, identity, sebeúcty a důvěry nemocného, ale může také pomoci zmírnit či zpracovat devastující dopady schizofrenie. Spiritualita a religiozita se ale také mohou stát náhradou něčeho ztraceného a mohou být zdrojem podpory a uzdravení stejně jako bolesti, viny, vyloučení a také religiózní témata mohou být součástí psychopatologie.

Dále je třeba si říci, jakou ještě podobu může mít spiritualita u lidí se schizofrenií, čili jaké aspekty života u těchto lidí výrazně ovlivňuje. Danbolt et al. (2011) ve svém výzkumu uvádějí, že pacienti se schizofrenií vnímali pozitivní vliv spirituality na jejich schopnost vyrovnání se svým onemocněním, tato schopnost byla ale pozorována nižší u jedinců s vyšší přítomností negativních příznaků. Dále se také lidé se schizofrenií zabývají existenciálními otázkami, které jsou spojeny se smyslem života, smrtí, identitou, sebepřijetím, hanbou, vinou, a spásou, pokud jsou ovšem pacienti věřící, zabývají se těmito otázkami méně (Danbolt et al., 2011). Mohr et al. (2010) dále doplňují, že náboženství může přispět k osvojení si pozitivního sebevědomí, dále se zasloužit o snížení dopadu příznaků a také se může stát zdrojem sociálních kontaktů, či vést ke snížení rizika suicidálního jednání

Mimo ovlivnění spirituality v různých aspektech života, je také podstatným tématem vývoj spirituality v čase. Mohr et al. (2010) tvrdí, že náboženství se projevuje jako stabilní v čase u 63 % pacientů, změna k pozitivnímu byla prokázána u 20 % (tzn. změna negativního vnímání náboženství na pozitivní) a změna k negativnímu u 17 % (tzn. náboženství bylo původně vnímáno jako přínos, ale teď je vnímáno negativně). Je tedy patrné, že náboženství u lidí se schizofrenií, v 37 % případů není stabilní. Danou nestabilitu vysvětlují snížením sociálních vztahů, které vede k nižšímu

kontaktování se s náboženskou komunitou, dále zmiňují hledání vyléčení z onemocnění, které se nedostavilo, nebo také přímo nesnadnost odlišení psychotických příznaků a spirituálních zážitků, kdy jedinec prožívání období, kdy převažují psychotické příznaky ve větší míře a poté období, kdy převažují spirituální prožitky. Také zmiňují, že u jedinců, kteří mění svůj postoj k náboženství, ať už je změna k pozitivnímu postoji či změna k negativnímu postoji, se objevují pocity utrpení a prožívají prokazatelně nižší spokojenost s kvalitou života a společenskými aktivitami (Mohr et al. 2010).

Podstatné je také v rámci pochopení spirituality lidí se schizofrenií jejich vztah k Bohu.

Kirkpatrick a Shaver (1992) popisují 3 typy vztahu vůči Bohu:

- vztah bezpečný: se vyznačuje chápáním Boha jako laskavého, vřelého, toho, kdo poskytuje oporu a ochranu a kdo reaguje na prosby člověka
- vyhýbavý: Bůh je popisován jako neúčastný, vzdálený, nezajímající se o jejich problémy, nemající rád či jako nestarostlivý
- úzkostně – ambivalentní: Bůh je vnímán jako nestálý, vrtkavý, někdy ukazující péči a lásku a někdy naopak nezájem a neúčast (In Mareš et al., 2007).

Tento vztah, pokud je bezpečný zvyšuje životní spokojenost. Vztah k Bohu se projevuje na používání různého oslovení např. Danbolt et al. (2011) uvádějí, že lidé, kteří věří v Boha, jej častěji vnímají jako milujícího, dávajícího podporu, péči apod.. Objevili se ale také pacienti, jejichž pojetí Boha zahrnovalo přísnost, či trestání. Bylo prokázáno spojení vnímání Boha s používaným oslovením. Ti, kteří užívají oslovení „Síla“, či jiné neurčité oslovení mají častěji pozitivnější vnímání Boha, jelikož si jej nespojují s konkrétním obrazem, kdežto lidé používající oslovení „Bůh“, mají častěji negativnější vnímání (Danbolt et al., 2011). Mareš et al. (2008) dokládá 3 možnosti posttraumatické reakce na vztah k Bohu: utvrzení v ateismu, prohloubení víry, duchovní přerod k jinému náboženskému kultu.

Dalším důležitým tématem v rámci spirituality lidí se schizofrenií je uplatňování náboženských praktik. Danbolt et al. (2011) dodává, že nejčastější soukromou náboženskou praktikou je modlitba a pokud jde o kolektivní náboženské praktiky, pak nejčastěji lidé chodí do kostela o církevních svátcích. Modlitba také věřící jedince utvrzuje o smyslu života a dává jim pocit podpory, která plyne z jejich víry, což se méně

často objevuje u věřících, kteří se nemodlí. Ovšem až u 80 % pacientů, kteří jsou věřící, a mají negativní vnímání Boha jako trestajícího apod., byla přítomna modlitba (Danbolt et al., 2011).

Suhail & Ghauri (2010) poukazují na fakt, že psychiatrickí pacienti v Evropě a Severní Americe jsou častěji věřící než pacienti, kteří nemají psychiatrickou diagnózu. Jedna studie uvádí, že pro 2/3 zkoumaných je jejich spiritualita důležitá v každodenním životě a 57 % lidí ovlivňuje jejich náboženské přesvědčení ve vnímání jejich nemoci, jak uvádějí Borrás et al. (2007). Autoři považují spiritualitu za vhodný copingový mechanismus, který může vést k rehabilitaci a to i v případě patologické víry a spirituality, jež mohou být změněny díky změně používání náboženského učení.

Huguelet et al. (2015) propojuje chápání spirituality u lidí se schizofrenií s tématem attachmentu (vazby, přilnutí). Kdy právě u nemocných se schizofrenií byla ve většině případů prokázána vyšší úroveň nejisté vazby. U věřících schizofreniků je právě jejich attachment k duchovní bytosti v některých aspektech podobný attachmentu mezi rodiči a dítětem a v rámci kompenzační hypotézy je pak vztah k duchovní bytosti chápán jako snaha o náhradu chybějícího pocitu bezpečí a dle výsledků u 2/3 nemocných právě tato duchovní bytost funguje jako náhrada za vazebnou figuru, která je ale na rozdíl od původní vazebné figury podpůrná. Jistá vazba slouží k rozvoji schopnosti mentalizace (schopnost pochopit chování, pocity a myšlenky jiného člověka). Pokud jedinec nemá možnost tuto jistou vazbu rozvinout s primární blízkou osobou, je tím narušen i rozvoj schopnosti mentalizace. Pokud pacienti měli jistou vazbu, byla jejich schopnost mentalizace vyšší než u pacientů, kteří měli vazbu nejistou, a také se u pacientů s jistou vazbou k duchovní bytosti objevilo menší množství příznaků nemoci v oblasti emocí, šlo především o zmírnění depresivity a úzkosti (Huguelet et al., 2015).

Závěrem lze shrnout, že pravé spirituální prožitky se spojují s hlubokým niterným prožíváním klidu a míru, což u patologických spirituálních prožitků přítomno není. Nejčastějším příkladem patologického spirituálního prožitku, přítomného např. u lidí se schizofrenií, je religiózní blud, který nejčastěji vzniká v důsledku původní náboženské zkušenosti nábožensky orientovaného člověka, ovšem není tomu tak vždy. Důležitým aspektem kvality spirituálních prožitků, ve smyslu toho zda se jedná o pravé či patologické spirituální prožitky, je také stabilita náboženského přesvědčení, která vede

častěji ke zvýšení spokojenosti s kvalitou života. Ovšem jsou i autoři, kteří mluví, o přítomnosti religiózních bludů a vysoké míry náboženského zaujetí, jako o faktorech, které potom vedou ke komplikovanějšímu průběhu léčby a zvýšenému riziku recidivy nemoci.

3 Kvalita života

První výzkumy kvality života je možné zařadit mezi 60.- 70. léta 20. století, kdy kvalita života byla hodnocena především vzhledem ke stavu společnosti, se zaměřením na ekonomické a sociální aspekty kvality života (materiální zajištění, právní jistota, zdravotní péče, atd.). Přičemž bylo zjištěno, že subjektivně vnímaná kvalita života a její výše příliš nesouvisí s kvalitou objektivních životních podmínek. V 80. letech se poté výzkum kvality života spíše zaměřuje na osobnostní a vnitřní faktory kvality života (Gurková, 2011).

Slovní spojení kvalita života zahrnuje dvě slova kvalitu a život. Slovo kvalita znamená jakost či hodnota (Hartl & Hartlová, 2004). Lze ho odvodit z latinského slova qualis, kdy kořenem slova je qui, což se překládá jako kdo? ve významu „kdo to je“ či „jaké to je?“ (Křivohlavý, 2004). Existují dvě hlediska určování kvality a to kvantitativní a kvalitativní. Kvantitativní hledisko je objektivně dané a měřitelné a kvalitativní je ovlivněno hodnotovým systémem toho, kdo kvalitu posuzuje. Procesem, který je spojen s kvalitou života, je tedy hodnocení. V našem případě jde o hodnocení života, který může spíše směřovat k hodnocení dobrý až skvělý či naopak k hodnocení špatný, důležité je vždy vůči jakému průměru je kvalita života posuzována. Podstatné se jeví určit, jaký život hodnotíme, zda půjde o život individuální či o život nějaké skupiny, společnosti nebo populace, či ze sociologického pojetí o hodnocení kvality života národa či obyvatel. Život lze charakterizovat jako průměrný život jednotlivce (Gurková, 2011).

Kvalitu života můžeme rozlišovat na objektivní a subjektivní. Objektivní kvalita života zahrnuje materiální a sociální požadavky v rámci života a také fyzické zdravé jedince. Subjektivní kvalita života je pak spojena s pocitem subjektivní pohody a spokojenosti se životem, v souvislosti s osobními cíli, očekáváními, zájmy, hodnotami a životním stylem (Gurková, 2011).

Křivohlavý rozděluje kvalitu života z hlediska *makro – roviny* (kvalita života je chápána jako kvalita života velkých společenských celků jako jsou např. státy, kde typickými problémy, které jsou řešeny patří hladomor, chudoba, terorismus aj.), *mezo – roviny* (kdy je hlavní zájem upírána na malé sociální skupiny jako např. školní třídy, kde se zkoumá uspokojování či neuspokojování základních potřeb, existence sociální opory apod.) a *osobní roviny* (kde je hodnocena kvalita života jedince) (Křivohlavý, 2002).

Problematikou kvality života se výzkumně zabývají různé vědní obory jako psychologie, andragogika, sociologie, pedagogika, filosofie a mnohé další (Gurková, 2011 & Křivohlavý, 2004). Podle Hnilicové (2005) existují 3 základní přístupy ke kvalitě života: psychologický (spojen s pojmy pohoda, štěstí, spokojenost, smysl života apod.), sociologický (zaměřuje se na sociálně ekonomické aspekty, atributy sociální úspěšnosti např. status, životní úroveň aj.) a medicínský (zaměřující se na kvalitu péče atd.) (In Gurková, 2011).

Kvalita života je pojem multidimenzionální a vzhledem k tomu se často mluví o různých dimenzích, aspektech či doménách, ze kterých se skládá. Zde uvádím pouze několik možných pojetí multidimenzionality kvality života.

Základní aspekty kvality života jsou podle Kučery (2004):

- 1) Tělesné zdraví
- 2) Osobní bezpečí
- 3) Materiální/finanční zabezpečení
- 4) Interpersonální vztahy
- 5) Participace ve společenství
- 6) Možnost růstu
- 7) „Sebe naplnění“

WHO (1993) uvádí 6 dimenzí kvality života:

- 1) Tělesná oblast – prožívání bolesti, pohyblivost, pracovní způsobilost, závislost na lécích, schopnost relaxovat, subjektivní hodnocení množství fyzické energie
- 2) Prostředí – sociální a fyzikální aspekty prostředí tzn. bydlení, prostředí, ve kterém člověk žije, finanční situace aj.

- 3) Psychická oblast – prožívání emocí, sebehodnocení, prožívání spirituální, schopnost pozornosti a učení se apod.
- 4) Nezávislost – ve smyslu být odkázaný na pomůcky a léky
- 5) Sociální vztahy – hodnocení sociální opory, sexuálního života a osobních vztahů
- 6) Spiritualita – v kontextu náboženských přesvědčení (In Gurková, 2011).

Podrobnější škála kvality života je poté uváděna pracovníky Quality of Life Research Unit – Centre for Health Promotion, tzv. model kvality života „3B“:

1. Bytí (Being) – Kým člověk je
 - a) fyzické bytí (fyzické zdraví) – osobní hygiena, výživa, cvičení, péče o vzhled a oblečení, fyzický vzhled
 - b) psychologické bytí (psychické zdraví a nastavení) – kognice, pocity, sebevědomí, sebepojetí a sebekontrola
 - c) spirituální bytí (osobní hodnoty) – osobní normy chování, spirituální přesvědčení
2. Sounáležitost, patřit někam (Belonging) – kontakt s okolním prostředím
 - a) fyzické místo ve světě – domov, práce/škola, sousedství, komunita,
 - b) místo mezi lidmi – intimní partner, rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé a lidé z komunity
 - c) místo ve společnosti – adekvátní plat, zdravotní a sociální služby, zaměstnanost, výukový program, odpočinkový program, komunitní události a aktivity
3. Realizovat se (Becoming) – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací
 - a) každodenní život – domácí aktivity, placená práce, školní či dobrovolnické aktivity, pohlížení na zdravotní a sociální potřeby
 - b) volnočasové – aktivity, které podporují relaxaci a redukci stresu
 - c) růstové, plány do budoucna – aktivity, které poskytují udržení nebo zlepšení

schopností a dovedností, adaptaci na změnu (Kučera, 2004)

Podle Blatného et al. (2005) je vnímání kvality života také ovlivněno osobnostními charakteristikami, konkrétně lze mluvit o sebehodnocení, které by mělo vyšší ale realistické, rotterovo vnitřní locus of control¹, heiderova káuzální atribuce², atribuční styly³, protektivní prvky jako resilience⁴, hardiness⁵, sence of coherence⁶, self – efficacy⁷, dále pozitivní a negativní emotivita, úroveň kvalita a také originalita při zvládání stresových situací aj. (Blatný et al., 2005).

S pojmem kvality života úzce souvisí i jiné pojmy jako například osobní pohoda (well – being), rozdílem mezi pojmy kvalita života a osobní pohoda se více zabývám v kapitole 3.2 Příbuzné pojmy.

Míra kvality života může být do značné míry ovlivněna schopností adaptace, za předpokladu, že pod kvalitu života zahrnujeme prožívání osobní pohody. Schopnost adaptace může snižovat závislost mezi prožíváním subjektivní pohody a fyzickými aspekty zdraví (Gurková, 2011).

Kvalita života je komplikovaný pojem, který je nahlížen z různých aspektů. V této práci se zaměřuji na subjektivní vnímání kvality života u lidí se schizofrenií, přičemž kvalita života je v této práci chápána jako ukazatel vlivu spirituality na životy nemocných.

3.1 Definice kvality života

Definovat kvalitu života není jednoduchým úkolem, jednotná definice prozatím nebyla stanovena. Jedná se o multidimenzionální pojem, který zahrnuje „...*sociální, kulturní, politické, ekonomické, medicínské, interpersonální, psychologické, filosofické a historické aspekty lidského života* ...“ (Gurková, 2011, 23). Joyce (2003) použil rozličné obecné

1 Vnitřní locus of control – „...*vnitřní – osobní ohnisko řízení vlastní činnosti*“ (Křivohlavý, 2009, 70).

Lidé s vnitřním locus of control očekávají, že těžkou situaci musejí vyřešit oni sami. (Křivohlavý, 2009)

2 Kauzální atribuce - „...*připisování příčin zejména chování vlastnímu a ostatních lidí.*“ (Hartl & Hattlová, 2004, 61)

3 Atribuční styly – Lidé mají „...*určité styly, kterými připisují příčiny událostem svého života.*“ (Atkinson et al., 2003, 506)

4 Resilience – tzv. nezdolnost, schopnost vzpamatování se z těžké situace či pružnost (Křivohlavý, 2009)

5 Hardiness – překládána též jako nezdolnost, vysvětluje se jako schopnost „být“ bez nemocí, i přes přítomnost závažných stresových faktorů v životě ((Atkinson et al., 2003)

6 Sence of coherence – osobnostní charakteristika vysvětlovaná jako smysl pro integritu, která se skládá ze tří komponent – srozumitelnost, smysluplnost, zvládnutelnost. (Křivohlavý, 2009)

7 Self - efficacy - důvěra ve vlastní schopnosti, která zahrnuje pocit kontroly situace (Křivohlavý, 2009)

termíny pro kvalitu života, které vyplývají z různých definic. Kvalitu života lze tedy chápat jako „...*mentální stav, osobnostní rys, vnímání, reakce v dané situaci, kognitivní hodnocení vlastního života, emoční stav, racionální posouzení apod....*“ (In Gurková, 2011, 24).

Podle Gurkové (2011) existují různé typy definic kvality života, je možné je rozdělit do 3 skupin:

- 1) obecné definice
- 2) definice, které kvalitu života dělí do několika částí
- 3) definice, které se zaměřují jenom na jednu nebo několik domén kvality života

Obecné definice se zabírají v malé míře možnými doménami kvality života, ale nejčastěji ji definují v kontextu spokojenosti nebo nespokojenosti se životem.

Příkladem obecné definice druhého typu může být všechny následující definice. WHO v roce 1946 definovala kvalitu života jako „... *stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci...*“ (In Dragomirecká & Prajsová, 2009). Dále Dragomirecká & Šelepová (2004) uvádějí definici kvality života dle WHO, přičemž kvalita života je „...*to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, v které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.*“ (In Dragomirecká & Šelepová, 2004, 92).

Kučera (2004) uvádí definici kvality života jako „...*úroveň osobní pohody (well – being) spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení pramenící z faktorů vnějšího prostředí.*“ (Kučera, 2004, 108). Spíše tedy vnímá kvalitu života jako něco, co je závislé na vnějších faktorech spojených s prostředím.

V rámci jednotlivých metod v konstruktivním HRQoL jsou uváděny definice zaměřené na kvalitu života v kontextu zdraví a nemoci. Na příklad definice Schumakera a Naughtona (1995, 7), kdy kvalita života je podle nich „*Subjektivní hodnocení dopadu aktuálního zdravotního stavu, zdravotní péče nebo aktivit na podporu zdraví na schopnost jednotlivce dosahovat a udržovat fungování, které mu umožňují dosahovat žádoucí životní cíle a které*

se odrážejí v prožívání subjektivní pohody. Oblasti fungování významné ve vztahu HRQoL tvoří – sociální, tělesné a kognitivní fungování, úroveň sebepéče, mobilita a emocionální pohoda.“ (In Gurková, 2011, 48).

Třetí typ definice zahrnuje pouze malé množství domén kvality života, přičemž se vždy zaměří pouze na těchto několik málo domén.

Pro větší přehlednost zde uvádím definující znaky kvality života dle Gurkové (2011), které dokládají nejpodstatnější charakteristiky kvality života:

- 1) kvalita života je hodnotící proces individuálních životních podmínek či subjektivní vnímání těchto podmínek
- 2) relativní nezávislost na zdraví
- 3) zdraví je nejvýznamnějším předpokladem, jež by měl být měřen samostatně
- 4) subjektivní
- 5) multidimenzionální
- 6) hodnotově orientovaná
- 7) kulturně podmíněná
- 8) je stabilní i dynamická v čase
- 9) zacílení v pozitivních i negativních dopadech nemoci

V rámci své práce se nejvíce přikláním k definicím, které vztahují kvalitu života k prožívání životní spokojenosti, ovšem jsou konkrétní z hlediska definování domén kvality života. Právě proto jsem si zvolila jako měrný nástroj kvality života ve své práci WHOQOL, který právě se životní spokojeností pracuje.

3.2 Příbuzné pojmy

S pojmem kvality života úzce souvisí tzv. osobní pohoda (well-being), jejíž význam není mezi autory tak jednoznačně vymezen. V určitém kontextu je osobní pohoda spojena s mírou kvality života čili životní spokojeností. Právě životní spokojenost je často měřena

jak v rámci kvality života, tak v rámci osobní pohody (Gurková, 2011). Čorňaničová (2005) a Ondrejka (2006) ovšem od sebe pojmy osobní pohoda a spokojenost odlišují. Spokojenost se životem chápou jako samostatný pojem, který není podřízen osobní pohodě (In Gurková, 2011). A například WHO chápe kvalitu života jako nadřazený pojem pojmům osobní pohoda a životní spokojenost (Gurková, 2011). Osobní pohodu lze definovat jako „...*emocionální stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem.*“ (Šolcová & Kebza, 2004, 21). Jde o pojem, který lze řadit mezi afekty, nálady ale také osobnostní rysy a jeho součástí je také postojová komponenta. Díky tomu je osobní pohoda z časového hlediska chápána jako déle trvající stav, který ale také může mít charakter krátkodobějšího trvání, jelikož je ovlivněn náladami, aktuálním psychickým stavem a životními událostmi. Osobní pohodu ovlivňuje životní styl jedince a jeho tělesná zdatnost (Šolcová & Kebza, 2004).

Blatný et al. (2005) rozlišuje dva typy osobní pohody a to subjektivní a objektivní. Subjektivní osobní pohoda se skládá ze 4 komponent: psychická osobní pohoda (např. pozitivní a negativní afektivita, štěstí, životní spokojenost, aj.), sebeúcta (self – esteem), sebeuplatnění (self – efficacy) a osobního zvládnutí (personal kontrol, mastery) a objektivní osobní pohoda je určena funkční kapacitou organismu, zdravotním stavem a socioekonomickým statutem (Blatný et al., 2005).

Osobní pohoda se skládá podle Gurkové (2011) ze třech komponent:

- 1) životní spokojenosti
- 2) morálky
- 3) štěstí

Životní spokojenost je orientována do minulosti a její obsah je kognitivní (Šolcová & Kebza, 2004). Barnard et al. (2007, 607) definuje životní spokojenost jako „*Individuální hodnocení úrovně, ve které je život pro jedince uspokojivý a smysluplný, ve smyslu naplnění životních cílů, kontroly nad životem, vztahů s jinými, osobnostního růstu, participace v činnostech, které mu přinášejí radost.*“ (In Gurková, 2011, 50).

Spokojenost se životem nezávisí jen na finanční, zdravotní a sociální situaci, ale je také dána osobnostními charakteristikami, především temperamentem. Sklony k extraverci jsou

typické pro častější prožívání pozitivních emocí a také pro vyšší životní spokojenost, kdežto neuroticismus, pro který je typické spíše prožívání negativních emocí, vede spíše k prožívání nižší životní spokojenosti. Temperament vede ke stabilitě životní spokojenosti v čase a vnější okolnosti ji mohou ovlivnit pouze, když přesáhnou hranice schopnosti adaptovat se na situaci. Vzhledem k pohlaví je v ČR, co se týče vnějších faktorů ovlivňujících životní spokojenost, zdrojem snížení životní spokojenosti problémy v oblasti ekonomické a sociální stejně u mužů i u žen. Ženy tento stres ventilují internalizovanými příznaky stresu (úzkost, somatizace, deprese), muži externalizovanými (hostilita) (Blatný, 1997).

Morálka je v pojetí Šolcové a Kebzy (2004) chápána jako systém morálních zásad člověka, který má střední míru kognitivního obsahu a jeho orientace směřuje do budoucna.

Štěstí je chápáno jako emoční reakce v každodenním životě, kognitivní obsah je nízký a je vztahováno k současnosti (Šolcová & Kebza, 2004).

Osobní pohoda má podle Ryffové a Keyesové (1995) 6 základních dimenzí:

- 1) Sebe přijetí – např. zahrnuje pozitivní postoj k vlastní osobě, sebestorozumnění, přijetí dobrých i špatných vlastností své osobnosti
- 2) Pozitivní vztahy s druhými – zájem o druhé osoby a schopnost empatie, uspokojující vztahy s druhými lidmi
- 3) Autonomii – nezávislost, odolávání sociálním tlakům, očekávání a hodnocení druhých lidí
- 4) Zvládání životního prostředí – pocit zvládání každodenního života
- 5) Smysl života
- 6) Osobní rozvoj (In Šolcová & Kebza, 2004)

Osobní pohodu ovlivňují různé faktory podle Levina a Chattersové (1998) jde především zdravotní stav, objektivní ukazatele činnosti a fyzických funkcí, subjektivní posouzení celkového zdraví, sociálně ekonomický status, věk a zapojení do náboženských aktivit, či etnicita, okolnosti penzionování, vdovství, rodičovství, sociální opora, životní události, osiření a sebeúcta (In Šolcová & Kebza, 2004).

Osobní pohoda je pojmem, na jehož podrobné vysvětlení by mohla být zaměřena celá

samostatná práce, ale zde uvádím pouze méně podrobné objasnění pojmu, jelikož práce je zaměřena více na kvalitu života.

3.3 Metody měření kvality života

Jak již uvádím, výše snaha o měření kvality života se začala objevovat v 60. - 70. letech 20. století. Z počátku se měrné nástroje zaměřovali na hodnocení fyzického zdravotního stavu; například *SIP (Sickness Impact Profile)* nebo *NHP (Nottingham Health Profile)*. Poté byly vytvořeny měrné nástroje, které se kromě fyzické dimenze zdraví zajímaly také o dimenzi psychickou, sociální a také existencionální. Jde především o *SF – 36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form)* a *EQ – 5D (EuroQoL)* (Gurková, 2011). Tyto nástroje popisují níže. V oblasti měrných nástrojů hodnocení kvality života panuje ale dle určitých autorů zmatek, jelikož nejsou dostatečně odlišeny měrné nástroje pro kvalitu života od měrných nástrojů kvality zdravotního stavu (Gurková, 2011).

Křivohlavý (2004) dělí metody měření kvality života do dvou základních skupin:

- 1) Metody, které jsou pevně dány externě stanovenými kritérii. Tyto metody lze zahrnout metody kvantitativní.
- 2) Metody, které se zaměřují na zjištění subjektivně stanovené chápání pojmu kvality života, je možné zařadit do kategorie kvalitativních metod.

Křivohlavý (2002) uvádí také jiné dělení metod měření kvality života:

- 1) Metody, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba např.: *APACHE – II (Akute Physiological and Chronic Health Evaluation)*, *Karnofskyho index*, symbolické vyjádření kvality života, slovní vyjádření kvality života
- 2) Metody, kdy kvalitu života hodnotí osoba sama např.: *HRQoL*, který popisují níže, nebo *SWLS*
- 3) Metody, které jsou kombinací obou výše uvedených např.: *MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of Life)*

Ve své práci dále uvádím několik měrných nástrojů kvality života. Vzhledem k jejich velkému počtu se zde zabývám pouze některými způsoby měření kvality života, například specifické nástroje měření kvality života zde vůbec neuvádím.

- V 80. letech byla kvalita života zjišťována 5 – ti položkovým dotazníkem *VAS (vizuální analogová stupnice Křivohlavého)*. (Dragomirecká & Šelepová, 2004)
- *SF – 36 (Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form)* je dotazník hojně používaný k hodnocení kvality života především v lékařských oborech, zachycuje také sociální rozměr kvality života. Zjišťuje 9 domén kvality života: „...*fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, fyzické nebo emoční omezení sociálních funkcí, bolest, všeobecné duševní zdraví, vitalita, všeobecné vnímání vlastního zdraví a změny ve vlastním zdraví.*“ (Kalová & Petr, 2004, 103).
- *EQ – 5D (EuroQoL)* tento měrný nástroj je ovšem více zaměřen na měření zdravotního stavu u pacientů . Hodnotí dva ukazatele a to subjektivní a objektivní. Objektivní se skládá z 5 – ti položek pohyblivost, sebeděče, obvyklé činnosti, bolest/potíže, úzkost/deprese, které se hodnotí na 3 – stupňové škále. Subjektivní ukazatel je hodnocen na stupnici 0-100, kdy 100 znamená nejlepší zdravotní stav a 0 nejhorší. Subjektivní způsob hodnocení byl poté také používán samostatně pod označením EQ – 5D VAS (Gurková, 2011).
- *SWLS (The Satisfaction with Life Scale)*: neboli stupnice spokojenosti se životem vyvinutá Edem Dienerem v roce 1994. Tento dotazník se zaměřuje na široké pojetí kvality života, jelikož faktorovou analýzou byl zjištěn jeden hlavní faktor, který je v dotazníku zachycován v 5 otázkách, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále kdy 1 znamená minimum souhlasu a 7 maximum (Křivohlavý, 2002).
- *SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life)* – též *Systém Individuálního hodnocení kvality života* je dotazník, který klade důraz na individualitu v oblasti systému hodnot, aspektů života. Klade důraz na osobní představy o tom, co je a není pro danou osobu důležité (Křivohlavý, 2002).
- *Konstrukt HRQoL* - Se zaměřuje na měření kvality života související se zdravím v kontextu zdravotní péče, kterou je možné ovlivnit klinickými intervencemi. Podle některých autorů (Ferransová, 2005) ovšem tento konstrukt pracuje i s doménami kulturními, společenskými a politickými. Zahrnuje množství specifických nástrojů, které jsou uzpůsobeny svými škálami na mnohá konkrétní onemocnění. V současné době panují názory, že tento konstrukt by se měl více

zacílit do oblasti, kdy by měly být více opisovány, vysvětlovány či by se měl predikovat charakter vztahu mezi doménami a komponentami kvality života, než aby se vytvářely další měrné nástroje (Gurková, 2011).

- *QOLP (Quality of Life Profil)* byl vytvořen v Torontu, vychází z modelu kvality života „3B“. Obsahuje 54 položek a pracuje s 9 subškálami: fyzické bytí, psychologické bytí, duchovní bytí, místo ve světě, místo mezi lidmi, místo ve společnosti, každodenní život, volný čas a plány do budoucna (Gurková, 2011).
- *WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life)* je dotazník sestavený světovou zdravotnickou organizací (WHO). Má různé varianty např. WHOQOL – 100, jeho zkrácenou verzi o 26 položkách WHOQOL – BREF, který se budu ještě zabývat podrobněji, a verze WHOQOL-OLD, která je určena pro seniory.

3.4 Kvalita života a schizofrenie

Nemoc v životě člověka může jeho kvalitu života ovlivňovat dvěma směry. Buď pozitivně jako například sekundární zisky z nemoci v podobě péče aj., nebo negativně jako omezení dosavadního životního stylu s důrazem na změnu hodnot či životních podmínek. Vliv nemoci je také spojen s dimenzí času, jak uvádí Gurková (2011), nemoc může propuknout v různém životním období a také může mít různý vývoj v čase.

Lehman v kontextu tématu snížení kvality života v důsledku onemocnění schizofrenií mluví o negativním ovlivnění a problémech, které o zasahují do finanční oblasti (omezení finančních prostředků) a také o sociálních problémech, které pramení na příklad ze společenské stigmatizace a vedou k ochuzení mezilidských vztahů. Také se ale zmiňuje o tom, že v oblasti trávení volného a pracovních aktivit je jejich spokojenost srovnatelná se zdravou populací (in Motlová & Koukolík, 2004).

Americké studie uvádějí, že u všech skupin pacientů se projevila snížená kvalita života oproti normální populaci v oblastech financí, sociálních vztahů a zaměstnání. Vyšší kvalita života se objevila u jedinců, kteří žili s nějakým rodinným příslušníkem, což poukazuje na podpurný faktor rodinného prostředí. Vyšší kvalitu života měli také pacienti, kteří byli zadaní, jelikož díky tomuto udržovali více sociálních vztahů. Oproti tomu svobodní muži

vykazovali nižší kvalita života než svobodné ženy, které měly tendenci se více socializovat a věnovaly se více užitečné práci (Motlová & Koukolík, 2004).

Nicméně někteří autoři kritizují sebesposuzující metody, jelikož schizofrenie zasahuje kognitivní funkce, podílí se na výkyvech nálad a jedinec je ovlivněn medikací, tudíž posouzení jeho zdravotního stavu může být těmito fakty zkreslen. Zjištěné hodnoty mohou být ovlivněny nadhodnocováním, které je důsledkem např. emočního stažení, snížené schopnosti náhledu či adaptace na situaci. Mimo to je také důležité říci, že je podstatné, s jakou skupinou je hodnocení kvality života lidí se schizofrenií porovnáváno. Je typické, že pacienti s lepším náhledem na svou situaci mají více sebevražedných sklonnů (Motlová & Koukolík, 2004).

Kvalita života je v kontextu onemocnění schizofrenií nejvíce zasažena v oblasti sociálních vztahů, financí a zaměstnání, přičemž někteří autoři kritizují sebesposuzující metody kvality života, jelikož je nepovažují za dostatečně vypovídající.

3.5 Výzkum kvality života a spirituality u lidí se schizofrenií

Mohr et al. (2011) ve své studii uvádí, že 83 % z jeho výzkumného vzorku vykazuje pozitivní náboženské zvládání a pouze u 14 % se objevuje negativní náboženské zvládání, které se projevuje zhoršení příznaků nemoci. Což v obecné podobě dokládá i Mareš et al. (2007), kdy popisují, že zbožnost a spiritualita jsou častěji propojeny s aktivními formami zvládání než s pasivními a jen velmi vzácně se spojují s popíráním skutečnosti.

Jak již uvádím výše, v kapitole 2.7 Výzkum spirituality u lidí se schizofrenií, Danbolt et al. (2011), považuje za hlavní funkci spirituality vyrovnání se s onemocněním, nalezení smyslu života, vyrovnání se se smrtí, identitou, sebepřijetím, hanbou, vinou, a spásou. Dále Mohr et al., 2010 považují náboženství jako nápomocné při vštěpování pozitivního sebevědomí, snižování dopadu příznaků a hledání zdrojů sociálních kontaktů (Mohr et al., 2010). Ale také dokládají ve své studii, že jedinci, kteří proměňují svůj postoj k náboženství, mají prokazatelně nižší spokojenost v rámci kvality života a společenských aktivit.

Mohr et al. (2010) tvrdí, že k duševnímu zotavení se ze schizofrenie mohou napomoci tyto

4 procesy a to nacházení naděje, opětovné obnovení identity, hledání smyslu života, a nést odpovědnost za úzdravu, které do určité míry poskytuje náboženství.

Revheim et al. (2010) ve svém výzkumu uvádějí významnou korelaci spirituality s self - efficacy, jak v rámci sociální fungování, tak i u negativních příznaků. Prováděli porovnání dvou skupin, z nichž jedna se účastnila speciálního programu, v rámci, kterého se účastníci učili zvládat situace v životě prostřednictvím náboženských praktik, a druhá skupina se tohoto programu neúčastnila. Skupina, která se programu účastnila, se odlišovala mírou spirituality, byla spirituálnější. Neprokázano se ovšem korelace spirituality a kvality života, ani korelace self – efficacy a kvality života. Účastníci skupinového programu vykazovali ovšem prokazatelně více nadějnosti než jedinci, kteří se skupiny neúčastnili (Revheim et al, 2010).

Yang et al. (2011) mluví ve svém výzkumu o tom, že spiritualita pomohla pacientům k optimismu, osobní proměně a ocenění bohatosti života. Blíže to specifikují Shah et al. (2011), kteří považují náboženství a spiritualitu za zdroje pozitivního pohledu na svět, který poskytuje optimismus a naději a také je pomocnou rukou při řešení problémů, poskytuje také vzor v posvátných knihách. Díky tomuto vzoru je možné nalézt smysl v utrpení a zmatku a tím ji jakousi kontrolu nad skutečnostmi i nad sebou samým a v neposlední řadě také poskytují sociální podporu v náboženské komunitě, kdy účast přináší snížení sociální izolace a osamělosti. Náboženství a spiritualita mohou vést k větší integritě osobnosti. Studie ukazují, že přítomnost náboženství u pacientů se schizofrenií je v 61 až 80% nápomocná při vyrovnávání se s příznaky a také zlepšuje prognózu. Shah et al. (2011) zkoumají převažující copingové strategie u lidí se schizofrenií, kteří jsou věřící. Přičemž uvádí 8 obecných základních copingových strategií: konfrontace, distancování, sebekontrola, hledání sociální podpory, přijetí odpovědnosti, uniknout – vyhnout se, plánovité řešení problémů a pozitivní přehodnocení. Přičemž duchovní, náboženská či osobní víra působí pozitivně na volení si aktivních a adaptivních copingových strategií u pacientů se schizofrenií – konkrétně jde o např. pozitivní přehodnocení, přijetí odpovědnosti či distancování se.

Shah et al. (2011) v jiném článku uveřejněné v Psychiatry Research uvádí, že vnitřní mír a spiritualita nejvíce ovlivňuje všechny ostatní aspekty kvality života. Vnitřní mír vysvětluje 22 – 38 % rozptylu celkového skóre kvality života, spiritualita pak objasňuje

34 % rozptylu.

Naproti tomu Keks & D'Souza (2003), jak uvádím výše, mluví o tom, že spiritualita může vést k negativnímu ovlivnění osobnosti, identity, sebeúcty a důvěry nemocného a také spiritualita a religiozita mohou být zdrojem bolesti, viny, vyloučení, nebo religiózní témata mohou být součástí psychopatologie. Čímž dle mého názoru mohou významně ovlivnit kvalitu života.

Dle většiny autorů má náboženská víra spíše pozitivní dopad na kvalitu života člověka. Pomáhá mu vyrovnat se s onemocněním, smrtí, identitou, sebepřijetím, hanbou vinou, vštěpuje mu pozitivní sebevědomí, snižuje dopad příznaků nemoci, je zdrojem sociálních kontaktů, naděje, optimismu, odpovědnosti za úzdravu, zvyšuje vnímání bohatosti života a integrity osobnosti a také působí na výběr copingových strategií, kdy si věřící jedinec osvojuje a vybírá při řešení problémů spíše pozitivní copingové strategie. Oproti tomu při tendenci k proměnlivosti náboženského přesvědčení může víra vést k snížení kvality života.

4 Výzkumná část

Předchozí část je dělena do tří základních částí. První se zabývá popisem témat vztahujícím se k psychotickým onemocnění s tím, že primárně se zaměřuje na schizofrenii. V druhé části poté popisují téma spirituality, kdy zvláštní podkapitola je také věnována výzkumu spirituality u lidí se schizofrenií. Poslední úsek teoretické části se vztahuje k tématu kvality života, kde je možné dobře pozorovat působení spirituality na život člověka, také je zde zvláštní podkapitola věnující se tématu kvality života a spirituality u lidí se schizofrenií.

Následující část práce by měla sloužit k přiblížení představy o spiritualitě a její prospěšnosti pro lidi se schizofrenním onemocněním, také blíže specifikovat rozdíly mezi spiritualitou lidí se schizofrenií a věřících bez schizofrenního onemocnění v pěti dimenzích podle dotazníku ESI. Konkrétně jde o kognitivní orientaci na spiritualitu, zkušenostně – fenomenologickou dimenzi spirituality, existenciální pohodu, paranormální přesvědčení a religiozitu.

4.1 Výzkumný problém, cíle práce, výzkumné otázky

Roli spirituality u lidí se schizofrenií považují za aktuální téma, jelikož lidé s nějakým zdravotním hendikepem obecně více inklinují k náboženství a víře, protože jim mohou být nápomocny při zvládání nemoci a také mohou napomoci v některých případech k uzdravě. Otázkou ale vždy zůstává, zda náboženství a víra jsou vždy nápomocné či někdy také ne a pokud mohou také dopomoci ke zhoršení stavu, pak je možné si klást otázku, za jakých podmínek.

Cílem mé práce je tedy pokusit se nalézt ty složky spirituality, které pomáhají člověku se schizofrenií vést subjektivně kvalitnější život.

Předpokládám, že existuje statisticky významný rozdíl skladby spirituality mezi lidmi s psychózou v remisi a lidí, kteří nemají psychotické onemocnění. Konkrétně předpokládám, že vyjde u lidí s psychózou v dotazníku ESI zvýšená zkušenostně-

fenomenologická dimenze spirituality, dimenze paranormální přesvědčení, religiozita. Naopak snížení u této skupiny předpokládám u dimenze kognitivní orientace na spiritualitu, u dimenze existenciální pohody. Vzhledem k povaze onemocnění bývají zasaženy kognitivní funkce a také je ovlivněn či někdy až narušen smysl existence bytí a s tím související pocit pohody.

Dále předpokládám nízké hodnoty u dotazníku WHOQOL-BREF v oblasti prožívání a v oblasti sociálních vztahů. Takové hodnoty odpovídají hodnocení nízké kvality v těchto oblastech. Také vycházím z povahy a příznaků zkoumaného onemocnění, které vede ke zhoršení v oblasti prožívání a také v oblasti sociálních vztahů.

Tato práce je určena dvěma základními výzkumnými otázkami:

- **Je skladba spirituality rozdílná u lidí s psychózou v remisi a u lidí bez psychotického onemocnění?**
- **Souvisí míra spirituality se subjektivně hodnoceným dopadem psychózy na kvalitu života jedince?**
- Z první výzkumné otázky vyplývají následující hypotézy:
 - **H1:** Liší se statisticky významně kognitivní orientace spirituality u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.
 - **H2:** Liší se statisticky významně zkušenostně-fenomenologická dimenze spirituality u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.
 - **H3:** Liší se statisticky významně existenciální pohoda u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.
 - **H4:** Liší se statisticky významně paranormální přesvědčení u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.
 - **H5:** Liší se statisticky významně religiozita u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.

Druhá výzkumná otázka obsahuje dílčí pod otázky, jelikož nelze s jistotou říci, které škály z dotazníku ESI souvisí s jednotlivými škálami z dotazníku WHO - QOL

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením se ve škále fyzického zdraví u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti prožívání u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?
- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti sociálních vztahů u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?
- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením prostředí, ve kterém se pohybují, u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

4.2 Metodologie výzkumu

Pro výzkum výše dané problematiky byl zvolen kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je vzhledem k hypotézám práce vhodnější, jelikož umožňuje statistické porovnání dvou skupin.

Všichni účastníci ze skupiny schizofreniků byly stručně informovány o výzkumu, podepsali informovaný souhlas, jehož součástí byl základní záměr, poučení o ochraně osobních údajů, dobrovolnosti a anonymitě. Lidé ze skupiny sloužící pro srovnání potvrdili souhlas s výzkumem, tím že dané informace měly uvedeny v úvodu dotazníku a výzkumu se účastnit nemuseli, tak že dotazník nebyli nuceni vyplnit. Vyplnění dotazníku trvalo v průměru 30 – 50 minut.

Ve své práci jsem na začátek baterie dotazníků umístila úvodní dotazník, který je u skupiny schizofreniků složen z osmi uzavřených otázek, přičemž poslední otázka má šest podotázek a dále také obsahuje 3 otevřené otázky. U skupiny sloužící pro porovnání pak byl vytvořen obdobný úvodní dotazník, kdy byly vynechány otázky vztahující se k době stanovení diagnózy, počtu hospitalizací a také otázka na dobu od poslední hospitalizace. Otevřené otázky byly vynechány.

Po úvodním dotazníku jsem u lidí se schizofrenií zařadila hodnotící škálu pro dodržování užívání léků (MARS). MARS je škála tvořena 10 otázkami, kdy se u nich volí z možností ano a ne. Na příklad : „*Když se někdy cítíte lépe, přestanete někdy brát léky?*“. Tato škála zachycuje ve zjednodušené podobě míru compliance u pacientů. Žádoucí odpověď na prvních šest otázek a na otázku 9 a 10 je ne na otázky 7 a 8 je naopak žádoucí odpovídat ano. Tuto škálu jsem použila, jelikož mi připadalo důležité mít tuto oblast zmapovanou. Vzhledem k tomu, že projevy spirituality se mohou u schizofreniků, kteří dodržují léčbu

lišit od těch, kteří ji nedodržují, což se také může projevit na hodnocení kvality života. Domnívám se, že daná škála byla vyplněna pravdivě, jelikož v úvodních instrukcích jsem zdůrazňovala anonymitu informací uvedených v baterii dotazníků,

Poté jsem do baterie dotazníků zařadila Dotazník projevů spirituality (ESI). ESI je složen ze 32 otázek, přitom poslední dvě se do celkového skóru nezapočítávají. Pracuje s pěti škálami – kognitivní orientace, zkušenostně - fenomenologická dimenze, existenciální pohoda, víra v paranormální jevy a religiozita, každá tato škála je zastoupena 6 otázkami.

- Škála kognitivní orientace (COS – Cognitive Orientation Towards Spirituality) se zaměřuje na přesvědčení, postoje a představy spojené se spiritualitou člověka.
- Zkušenostně – fenomenologická dimenze (EPD - Experiential – Phenomenological Dimension of Spirituality) je složena z otázek, vztahujících se ke zkušenostem s něčím vyšším, transcendentálním, spirituálním, mystickým.
- Škála existenciální pohody (EWB – Existencial Well – Being) zahrnuje otázky na vnímání existenciální pohody a spokojenosti. Dále také testuje, jak daná osoba vnímá svou schopnost zvládat těžké situace ve svém životě. Tato škála má všechny položky reverzibilní.
- Škála víry v paranormální jevy (PAR Paranormal Beliefs) se zaměřuje na to, zda jedinec věří v paranormální jevy jako je čarodějnictví nebo psychokineze apod. s tím, že jedna položka v této škála je reverzibilní.
- Škála religiozity (REL – Religiousness) je vztažena ke křesťanské víře a mimo jiné se zaměřuje také na praktikování náboženských rituálů a také na náboženské chování.

Tyto škály jsou hodnoceny od 0 do 4 s tím, že 0 znamená rozhodně nesouhlasím a 4 rozhodně souhlasím. Na příklad se v dotazníku vyskytují takováto tvrzení: „*Spiritualita je základní složkou lidské existence.*“. Tento dotazník obsahuje 7 reverzibilních položek, například: „*Mnohé z toho, co v životě dělám, se mi zdá náročné.*“. Tento dotazník byl použit i u lidí, kteří o sobě napsali, že jsou ateisté, jelikož lze předpokládat, že i takoví lidé mají jistou míru spirituality.

Ve své práci jsem si zvolila jako měrný nástroj pro kvalitu života WHOQOL . Tedy jeho zkrácenou verzi WHOQOL – BREF vzhledem k mnou zvolené výzkumné populaci.

Tento dotazník jsem si také zvolila kvůli tomu, že pracuje s kvalitou života z hlediska životní spokojenosti, což jsem si i já určila jako hlavní kritérium chápání kvality života v mé práci. WHOQOL-BREF se skládá z 26 otázek. WHOQOL-BREF má 4 subškály - fyzické zdraví, psychická oblast, sociální vztahy a prostředí. Škála fyzického zdraví je zastoupena 7 otázkami, škála prožívání 6, škála sociální oblasti 3 a škála prostředí 8 otázkami. Otázky jsou hodnoceny od 1 do 5, přičemž 1 znamená nejnižší kvalitu a 5 nejvyšší kvalitu. Vyskytují se zde dvě obecné otázky zaměřující se na obecné hodnocení kvality života a zdraví, například: „*Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?*“. Tento dotazník ve své práci používám ve dvou provedeních, přičemž první z nich vede respondenty k vyplnění dotazníku za období posledních 14 dní, na příklad se zde vyskytují tato otázka: „*Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?*“. Druhý dotazník probandi vyplňují retrospektivně se zaměřením na dobu před vypuknutím onemocnění, například: „*Jak moc jste tehdy potřeboval/a lékařskou péči, aby jste mohl/a fungovat v každodenním životě?*“.

U skupiny, která sloužila pro srovnání, pak byly vytvořeny dvě verze. První se skládala z WHOQOL-BREF mapující kvalitu života za poslední dva týdny a ze stejného dotazníku dotazující se na dobu před 13 lety a dle této charakteristiky upraveného. Tato doba byla vypočítána určením průměru doby, kdy byla u schizofreniků účastnících se výzkumu určena diagnóza a byla použita u 30 lidí. Druhá verze byla také tvořena dotazníkem WHOQOL-BREF zaměřující se na dobu posledních dvou týdnů a následoval také dotazník WHOQOL-BREF, který se zaměřoval na dobu před 6,5 lety. Tato doba byla určena také výpočtem průměru doby určení diagnózy u lidí se schizofrenií, kteří byli z věkové skupiny, která byla věkově výrazně nižší cca kolem 20 let a do této skupiny spadali 3 lidé.

WHOQOL zachycuje subjektivní vnímání dopadu onemocnění a také je možné zachytit efektivnost konkrétní terapeutické intervence v tomto případě dopad spirituality na kvalitu života a s tím spojenou životní spokojenost. Jsem si vědoma faktu, že podle Motlové a Koukolíka (2004) někteří autoři považují sebezposuzující metody za nevhodné pro hodnocení kvality života, jelikož např. schizofrenie, jak uvádím výše zasahuje kognitivní funkce, souvisí s výkyvy nálad a také jedince ovlivňují účinky medikace. Zjišťované hodnoty mohou být nadhodnoceny.

Na závěr bylo umístěno poděkování a také zde byla poskytnuta možnost projevit zájem o zaslání výsledků.

4.2.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor mé práce byl tvořen 33 lidmi se schizofrenií, přičemž jsem k těmto lidem dohledávala probandy pro srovnání, kteří byly stejného pohlaví, přibližně stejného věku s odchylkou +/- 5 let a také přibližně stejného vzdělání. Podařilo se mi získat 48 dotazníků pro srovnání, z toho bylo 15 dotazníků vyřazeno, jelikož nevyhovovaly kritériím. Průměrný věk ve skupině schizofreniků je 39,6 let, probandi z této skupiny byli ve věku od 20 do 65 let. Ve skupině sloužící pro srovnání byl průměrný věk určen na 38,6 let a probandi z této skupiny byli ve věku od 23 do 70 let. V následujících tabulkách je uvedeno věkové rozlišení obou skupin v rozmezí 10 let dle pohlaví.

Další kritériem pro párování bylo pohlaví. Výzkumu se ve skupině schizofreniků účastnilo 20 mužů a 13 žen a stejný počet mužů a žen byl i ve skupině lidí bez psychotického onemocnění. Bylo tak vytvořeno 33 párů.

Věk	Muži	Ženy	Celkem
20 - 30	7	2	9
30 - 40	6	3	9
40 - 50	3	4	7
50 - 60	2	3	5
60 - 70	2	1	3

Tabulka 1: Počet probandů v každé věkové skupině u lidí s psychotickým onemocněním

Věk	Muži	Ženy	Celkem
20 - 30	8	2	10
30 - 40	3	3	6
40 - 50	5	5	10
50 - 60	3	3	6
60 - 70	1	-	1

Tabulka 2: Počet probandů v každé věkové skupině u lidí bez psychotického onemocnění

Posledním kritériem, které musely probandi alespoň přibližně splňovat bylo vzdělání. Přičemž se v rámci daného páru nesměli odlišovat o více než 2 stupně vzdělání. To znamená, že například nebyl porovnáván proband se základním vzděláním s probandem s vysokoškolským vzděláním, ale maximálně se vzděláním na SOŠ.

	Muži	Ženy	Celkem
ZŠ	6	1	7
Učiliště	6	3	9
SOŠ	7	4	11
Gymnázium	-	3	3
VŠ	1	2	3

Tabulka 3: Rozložení vzdělání u lidí s psychotickým onemocněním lidí bez psychotického onemocnění a u mužů a žen

	Muži	Ženy	Celkem
ZŠ	-	-	-
Učiliště	4	1	5
SOŠ	11	6	17
Gymnázium	-	1	1
VŠ	5	5	10

Tabulka 4: Rozložení vzdělání u lidí bez psychotického onemocnění

Jak již bylo zmíněno výzkumu se ve skupině schizofreniků účastnilo 20 mužů a 13 žen, z toho bylo 20 věřících (9 žen, 11 mužů), z těchto 20 věřících 5 zastávalo jinou víru než křesťanskou (2 ženy a 3 muži) a dále se také zapojilo 13 ateistů⁸ (4 ženy a 9 mužů). Stejně množství mužů a žen se zapojilo i ve skupině sloužící pro srovnání a také množství věřících a ateistů i s rozložením pohlaví v jednotlivých skupinách odpovídá skupině schizofreniků.

	Muži	Ženy	Celkem	Celkem (%)
Křesťané	8	7	15	45,5
Ateisté	9	4	13	39,4
Jiné	3	2	5	15,1

Tabulka 5: Rozložení věřících, ateistů a lidí s náboženským vyznáním u jedné skupiny

Součástí úvodní části u skupiny lidí s psychotickým onemocněním byla také otázka na počet hospitalizací, která slouží k dokreslení představy o nasbíraném vzorku.

⁸ Pojem ateista v této práci zahrnuje jedince, kteří neuvedli žádnou víru. Součástí této práce není jemnější dělení na ateisty agnostiky a jiné skupiny ateistů.

	Muži	Ženy	Celkem
1-krát	3	4	7
2-krát	2	-	2
3-krát	1	2	3
4-krát – 10-krát	5	2	7
Více než 10 -krát	-	1	1

Tabulka 6: Počet hospitalizací u věřících lidí

	Muži	Ženy	Celkem
1-krát	4	1	5
2-krát	1	1	2
3-krát	1	-	1
4-krát – 10-krát	1	2	3
Více než 10 -krát	2	-	2

Tabulka 7: Počet hospitalizací u ateistů

Z důvodu vyloučení účasti byla v úvodním dotazníku u lidí s psychotickým onemocněním, také použita otázka na dobu, která uplynula od poslední hospitalizace. Jelikož si myslím, že např. uplynutí doby, která je menší než 1 měsíc od absolvování léčby, by mohlo zkreslit výsledky a také by mohli vést k negativnímu psychickému ovlivnění takových účastníků. Pracovníci daných zařízení byli také požádáni, aby takové klienty neoslovovali. Z následujících tabulek je patrné, že se podařilo tuto podmínku dodržet a také, že se přibližně 75% lidí ze skupiny s psychotickým onemocněním nachází minimálně 6 měsíců od poslední hospitalizace.

	Muži	Ženy	Celkem
Méně než měsíc	-	-	-
1 – 3 měsíce	1	1	2
3 – měsíce	-	-	-
6 měsíců – 1 rok	-	2	2
1 – 2 roky	3	-	3
Více než 2 roky	7	6	13

Tabulka 8: Množství uplynutého času od poslední hospitalizace věřící lidé

	Muži	Ženy	Celkem
Méně než měsíc	-	-	-
1 – 3 měsíce	4	-	4
3 – měsíce	2	-	2
6 měsíců – 1 rok	1	-	1
1 – 2 roky	1	1	2
Více než 2 roky	1	3	4

Tabulka 9: Množství uplynutého času od poslední hospitalizace ateisté

Vzhledem k tomu, že vnímání spirituality také může ovlivňovat dodržování léčby, byla zařazena také škála, která tuto skutečnost mapuje. Přičemž bylo zjištěno, že většina lidí s psychotickým onemocněním léčebná doporučení dodržuje alespoň z 50%.

Množství bodů	Muži	Ženy	Celkem	%
1	1	-	1	5
2	-	-	-	-
3	1	1	2	10
4	1	-	1	5
5	-	-	-	-
6	4	3	7	35
7	2	2	4	20
8	2	2	4	20
9	-	1	1	5
10	-	-	-	-

Tabulka 10: Dodržování léčby věřící lidé

Množství bodů	Muži	Ženy	Celkem	%
1	-	-	-	-
2	2	1	3	23,08
3	-	-	-	-
4	-	1	1	7,69
5	1	-	1	7,69
6	-	-	-	-
7	5	-	5	38,46
8	1	2	3	23,08
9	-	-	-	-
10	-	-	-	-

Tabulka 11: Dodržování léčby ateisté

Účastníci výzkumu byli do výzkumu zapojeni dobrovolně, na základě svého rozhodnutí. Jako součást představení baterie dotazníků a výzkumu bylo zařazeno poučení o anonymitě. Záměr výzkumu, dobrovolnost a také anonymita byly zdůrazněny v informovaném souhlasu a jednotlivé probandy ze skupiny schizofreniků jsem na tyto informace vždy ještě ústně upozornila při představování výzkumu a baterie dotazníků. V rámci výzkumu jsem spolupracovala se dvěma zařízeními ve Zlínském kraji (sociální rehabilitace Horizont Zlín a sociální rehabilitace Camino Vsetín), které mi dopomáhaly možností oslovit jejich klienty. Klienti byli vybíráni záměrnými výběrem na základě doporučení pracovníků, šlo tedy o záměrný výběr přes instituci. Tím se také předešlo tomu, aby se výzkumu účastnili probandi, kteří by vůbec nedodržovali léčbu, nebo byli bezprostředně po hospitalizaci. Pro kontrolu byli do výzkumu zahrnuti také otázky na toto téma a také škála compliance, která měla za úkol zjistit, zda většina vzorku nemá pouze velmi nízkou complianci. Jejich výsledky jsou uvedeny v tabulkách. Také do výzkumu nebyli zařazeni lidé s duální diagnózou.

Skupinu lidí sloužící pro srovnání jsem oslovovala prostřednictvím emailu. Zde byla také použita také metoda záměrného výběru a také metoda sněhové koule, jelikož oslovení lidé byli žádání o rozesílání emailu také svým známým.

4.2.2 Metody zpracování dat

Probandi byli seřazeni tak, aby na každém řádku byl vždy člen ze skupiny lidí

s psychotickým onemocněním a odpovídající člen ze skupiny lidí bez psychotického onemocnění. Ostatní dotazníky byly vyřazeny. Dvojici bylo vždy přiděleno číslo, tak aby bylo zřejmé, že se jedná o pár. Dotazníky byly zpracovány programem Microsoft Office Excel 2007, dále byly kódovány podle předem určeného postupu. Analýza zpracovaných dat byla provedena v programu SPSS.17.0.

Hypotézy, vztahující se k první výzkumné otázce, byly vyhodnocovány t – testem pro závislé vzorky. Hledání odpovědí na výzkumné otázky mapující vztah škál ESI s jednotlivými škálami z WHO – QOL byl využil Pearsonsův korelační koeficient.

4.2.3 Etika Výzkumu

Celý výzkum byl představen vedoucím sociálním pracovníkům a pracovníkům obou spolupracujících organizací (Horizont Zlín, Camino Vsetín) a schválen. Probandi byli vybíráni na základě doporučení těchto pracovníků, čímž bylo možné částečně zmírnit riziko možného poškození.

Vytipovaným probandům byla možnost účasti ve výzkumu, i s informacemi o obsahu baterie dotazníků, nabídnuta v dostatečném předstihu, aby si svoji případnou účast mohli promyslet. V rámci etických zásad byl po probandech požadován podpis informovaného souhlasu s účastí ve výzkumu. Tento dokument obsahoval informace o výzkumu a také informaci o tom, že je výzkum anonymní a dobrovolný. Probandy jsem také informovala o možnosti svoji účast ve výzkumu ukončit, budou-li pociťovat, že výzkum může výrazným způsobem negativně ovlivnit jejich psychický stav nebo je poškodit a nebo pokud si to přejí. Dále jsem probandům sdělila, že je možné na otázku či otázky neodpovědět, opět budou-li pociťovat, že výzkum může výrazným způsobem negativně ovlivnit jejich psychický stav nebo je poškodit a nebo pokud si to přejí.

Proces vyplňování probíhal v odpovídajících podmínkách, tedy na tichém, klidném místě s dostatečným množstvím světla a osamotě. V úvodní fázi bylo důležité navázat kontakt a důvěru. Probandům byl vysvětlen postup při vyplňování dotazníků a také jim byli sděleny jejich možnosti a práva. Poté byli požádáni s vysvětlením o podpis informovaného souhlasu. Celý výzkum probíhal, tak aby nepoškodil účastníky výzkum a neovlivnil negativně jejich psychický stav a v případě, že by se tak stalo po ukončení výzkumu, by účastníkům pracovníci daného zařízení předali kontakt na výzkumníka a celá situace by

byla dále řešena.

Skupina sloužící pro srovnání vyplňovala dotazníky elektronicky. Výzkumník si předem ověřil bezpečnost takového vyplňování dotazníků a zajistil, aby se k datům nikdo jiný nedostal.

Se získanými daty poté bylo nakládáno tak, aby jednotlivý probandi zůstali anonymní a to tak, že párování dotazníků probíhalo na základě označení číslem. Dále soubory výzkumu byly umístěny vždy v zaheslovaném souboru, kam bude mít přístup pouze výzkumník.

4.3 Výsledky

Ke zpracování určité části dat byl použit párový t – test, jelikož nebyly porušeny podmínky pro použití parametrické metody. Dle Reiterové (2011) se v párovém t - testu jedná : „...o měření, která provádíme na jednom subjektu nebo objektu dvakrát, obvykle na začátku a na konci určitého procesu, nebo v případě, že každý prvek jednoho výběru tvoří pár s jedním zcela určitým prvkem výběru druhého.“ (Reiterová, 2011, 62). A také by výběry měli mít normální rozložení v rozdílech položek, což ve většině případu krom položky QOL 1, což je otázka na obecné hodnocení kvality života a PQOL 2, což je obecné hodnocení vnímání kvality zdraví v minulosti, mají. Položka QOL 1 v Kolmogor – Smornovově testu dosahuje p - hodnoty menší než 0,05 a v Lillieforsově testu p – hodnoty menší než 0,01. Položka PQOL 2 v Kolmogor – Smornovově testu dosahuje také p - hodnoty menší než 0,05 a v Lillieforsově testu p – hodnoty menší než 0,01.

skupina	Průměr	sm. odchylka	N	Rozdíl	sm. odchylka rozdílu	t	sv	p
ESI lidé s psychotickým onemocněním	57,7	21,98						
ESI lidé bez psychotického onemocnění	63,24	13,75	33	-5,55	16,74	-1,9	32	0,07

Tabulka 12: ESI celkové skóre, výsledky párového t - testu

skupina	Průměr	sm. odchylka	N	Rozdíl	sm. odchylka rozdílu	t	sv	p
ESI lidé s psychotickým onemocněním	13,03	7,15						
ESI lidé bez psychotického onemocnění	14,03	5,3	33	-1	5,5	-1,04	32	0,3

Tabulka 13: ESI škála kognitivní orientace, výsledky párového t - testu

skupina	Průměr	sm. odchylka	N	Rozdíl	sm. odchylka rozdílu	t	sv	p
ESI lidé s psychotickým onemocněním	11,18	5,85						
ESI lidé bez psychotického onemocnění	10,7	4,08	33	0,48	6,42	0,43	32	0,67

Tabulka 14: ESI škála Zkušenostně – fenomenologické dimenze, výsledky párového t - testu

skupina	Průměr	sm. odchylka	N	Rozdíl	sm. odchylka rozdílu	t	sv	p
ESI lidé s psychotickým onemocněním	11,48	4,9						
ESI lidé bez psychotického onemocnění	16,85	3,23	33	-5,36	6,14	-5,01	32	<0,001

Tabulka 15: ESI škála existenciální pohody, výsledky párového t - testu

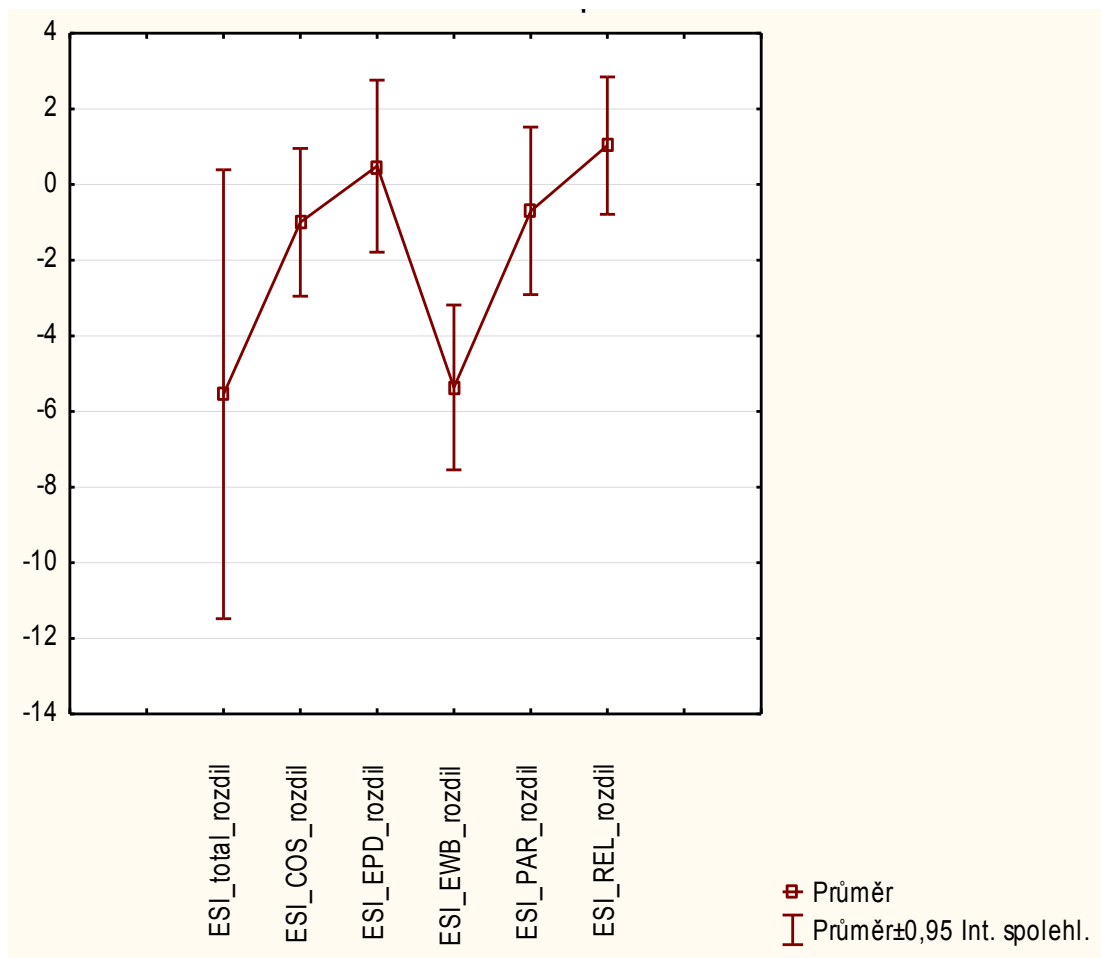
skupina	Průměr	sm. odchylka	N	Rozdíl	sm. odchylka rozdílu	t	sv	p
ESI lidé s psychotickým onemocněním	10,52	5,94						
ESI lidé bez psychotického onemocnění	11,21	3,92	33	-0,7	6,25	-0,64	32	0,53

Tabulka 16: ESI škála víry v paranormální jevy, výsledky párového t - testu

skupina	Průměr	sm. odchylka	N	Rozdíl	sm. odchylka rozdílu	t	sv	p
ESI lidé s psychotickým onemocněním	11,48	6,87						
ESI lidé bez psychotického onemocnění	10,45	3,78	33	1,03	5,13	1,15	32	0,26

Tabulka 17: ESI škála religiozity, výsledky párového t - testu

Výše uvedené tabulky poukazují na statistickou významnost porovnání jednotlivých škál v ESI. Lze říci, že statisticky významný rozdíl se projevil pouze na škále EWB, čili na škále existenciální pohody a to na hladině významnosti $p=0,001$. Na ostatních škálách není rozdíl statisticky významný. A také se statisticky významný rozdíl neprojevil ani na celkovém skóru ESI, jelikož p – hodnota byla rovna 0,07.



Obrázek 1: Graf rozdílů skupin škál ESI

Výše uvedený graf zobrazuje rozdíl škál dotazníku ESI. Nejvíce patrný a také statisticky významný je rozdíl na škála EWB, čili existenciální pohody. Dále jsou zde také patrné rozdíly na škálách COS (kognitivní orientace) a PAR (škála paranormálních jevů), které ale nejsou statisticky významné.

Proměnná	QOL fyzické zdraví	QOL prožívání	QOL sociální vztahy	QOL prostředí	QOL 1	QOL 2
ESI celkové skóre	0,46	0,41	0,04	0,09	0,3	0,36
	p=0,01	p=0,02	p=0,81	p=0,62	p=0,09	p=0,04
ESI COS	0,48	0,34	0	0,02	0,22	0,31
	p=0,01	p=0,06	p=1,00	p=0,93	p=0,22	p=0,08
ESI EPD	0,18	0,16	-0,15	0	0,36	0,24
	p=0,32	p=0,39	p=0,39	p=0,99	p=0,04	p=0,18
ESI EWB	0,42	0,56	0,37	0,55	0,45	0,66
	p=0,01	p< 0,001	p=0,03	p<0,001	p=0,01	p<0,001
ESI PAR	0	0,08	-0,05	-0,22	-0,04	-0,12
	p=0,99	p=0,65	p=0,78	p=0,223	p=0,84	p=0,52
ESI REL	0,52	0,35	0,04	0,06	0,13	0,27
	p<0,001	p=0,04	p=0,80	p=0,73	p=0,48	p=0,13

Tabulka 18: Korelace škál ESI a WHOQOL - BREF u lidí s psychotickým onemocněním

Tabulka číslo 18 zobrazuje korelace škál ESI a škál dotazníku WHOQOL-BREF. Je patrné, že se objevují vždy pouze pozitivní korelace. Což v obecné rovině znamená, že jednotlivé škály spirituality kromě škály PAR (paranormální jevy), se podílí na zvýšení kvality života v některých oblastech, přičemž krom škály PAR každá škála spirituality pozitivně koreluje alespoň s jednou škálou z dotazníku WHOQOL-BREF. Největší počet korelací je přítomný u škály ESI EWB (existenciální pohody), kdy se objevuje korelace se všemi škálami dotazníku WHOQOL-BREF. Výsledky, které souvisí s výzkumnými otázkami jsou podrobně popsány v kapitole 4.4 Zhodnocení výzkumných hypotéz a výzkumných otázek, ale jsou také patrné z této tabulky. Z dotazníku WHOQOL-BREF je přítomno nejvíce korelací u škál fyzického zdraví a prožívání. Škála fyzického zdraví pozitivně koreluje s celkovým skórem ESI, škálou COS (škála kognitivní orientace), EWB (škála existenciální pohody) a REL (škála religiozity). Škála prožívání pak pozitivně koreluje s celkovým skórem ESI, EWB (škála existenciální pohody) a REL (škála religiozity).

Škály z WHOQOL- BREF, konkrétně QOL 1 a QOL 2 nejsou součástí hypotéz ani výzkumných otázek. Škála QOL 1 dotazující se na obecné hodnocení kvality života nejvíce koreluje se škálami EPD (zkušenostně – fenomenologická škála, $p = 0,04$), jedná se o pozitivní, slabou korelaci, a pak se škálou EWB (existenciální pohody), což lze považovat za pozitivní, středně silnou korelaci na hladině významnosti $p < 0,001$. Škála QOL 2 zaměřující se na obecné hodnocení vnímání kvality zdraví, pak nejvíce souvisí s obecnou škálou ESI a EWB (existenciální pohody). Korelace celkového skóre ESI a položky QOL 2 je slabá, pozitivní korelace ($p = 0,04$). Korelace škály EWB (existenciální pohody) a položky QOL 2 je pak silná, pozitivní korelace na hladině významnosti $p < 0,001$.

Proměnná	QOL fyzické zdraví	QOL prožívání	QOL sociální vztahy	QOL prostředí	QOL 1	QOL 2
ESI celkové skóre	-0,36	-0,15	-0,32	-0,06	-0,32	-0,08
	$p=0,04$	$p=0,39$	$p=0,07$	$p=0,76$	$p=0,07$	$p=0,65$
ESI COS	-0,36	-0,28	-0,43	-0,11	-0,38	-0,03
	$p=0,04$	$p=0,12$	$p=0,01$	$p=0,54$	$p=0,03$	$p=0,89$
ESI EPD	-0,45	-0,16	-0,3	-0,12	-0,27	-0,19
	$p=0,01$	$p=0,39$	$p=0,09$	$p=0,50$	$p=0,13$	$p=0,29$
ESI EWB	0,48	0,51	0,63	0,56	0,49	0,28
	$p=0,01$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p<0,001$	$p=0,11$
ESI PAR	-0,43	-0,29	-0,39	-0,26	-0,42	-0,21
	$p=0,01$	$p=0,10$	$p=0,03$	$p=0,15$	$p=0,02$	$p=0,24$
ESI REL	-0,26	-0,13	-0,39	-0,12	-0,3	-0,08
	$p=0,14$	$p=0,46$	$p=0,03$	$p=0,49$	$p=0,09$	$p=0,64$

Tabulka 19: Korelace škál ESI a WHOQOL - BREF u lidí bez psychotického onemocnění

V tabulce 19 jsou uvedeny výsledky skupiny lidí bez psychotického onemocnění. Objevují se zde pozitivní i negativní korelace. S tím, že u škály EWB (existenciální pohody), se vyskytují pouze pozitivní korelace a to buď středně silné či silné. Kdežto u ostatních škál korelace pouze negativní, slabé až středně silné. Největší množství negativních korelací lze nalézt u škál COS (kognitivní orientace) a PAR (škála paranormálních jevů).

U dotazníku WHOQOL-BREF je nejvíce korelací přítomno u škál fyzického zdraví, sociálních vztahů a také u obecného hodnocení kvality života QOL 1. Krom korelace se škálou EWB se vždy jedná o negativní korelace slabé až středně silné.

Korelace škál ESI a škály fyzického zdraví v WHOQOL-BREF u skupiny lidí bez psychózy je poněkud odlišná. Zatímco skupina lidí s psychózou koreluje se škálami celkové ESI, COS (škála kognitivní orientace), EWB (škála existenciální pohody) a REL (škála religiozity). Skupina lidí bez psychotického onemocnění má přítomnou korelaci u všech škál mimo škálu REL (religiozity). U celkového skóre ESI se jedná o negativní, slabou korelaci, stejně tak u škály COS (kognitivní orientace), kdy $p = 0,04$ u obou škál. U škál EPD a PAR se objevuje negativní, středně silná korelace, kdy $p = 0,01$ taktéž u obou škál. Jediná pozitivní korelace se objevuje u škály EWB, kdy $p = 0,01$ a jde o středně silnou korelaci.

U lidí s psychózou koreluje škála prožívání s celkovým skórem ESI, EWB (škála existenciální pohody) a REL (škála religiozity), kdežto u lidí bez psychózy pouze se škálou EWB (škála existenciální pohody), kdy jde o středně silnou, pozitivní korelaci a $p < 0,001$.

U lidí s psychózou škála sociálních vztahů koreluje pouze se škálou EWB (existenciální pohody), ale u lidí bez psychotického onemocnění se škálami COS (kognitivní orientace), EWB (škála existenciální pohoda), PAR (škála paranormálních jevů) a škálou REL (religiozity). Škála EWB vykazuje pozitivní, silnou korelaci, $p < 0,001$, škály PAR a REL, pak negativní slabou korelaci, $p = 0,03$ u obou škál a škála COS středně silnou, negativní korelaci, kdy $p = 0,01$.

U lidí s psychózou je na škále prostředí přítomna korelace na škále EWB (existenciální pohoda) a stejně je tomu tak u lidí bez psychotického onemocnění, kdy lze tuto korelaci považovat za středně silnou, pozitivní, kdy $p < 0,001$.

U položky QOL 1 koreluje skupina lidí s psychózou se škálami EPD (zkušenostně – fenomenologická škála) a EWB (škála existenciální pohody), kdežto u lidí bez psychózy se korelace objevují u škál COS (škála kognitivní orientace), jedná se zde o negativní, slabou korelaci ($p = 0,03$), dále EWB (škála existenciální pohody), což je středně silná, pozitivní korelace na hladině významnosti $p < 0,001$ a také PAR (škála paranormálních jevů), což je středně silná, negativní korelace ($p = 0,02$).

Proměnná	RQOL fyzické zdraví	RQOL prožívání	RQOL sociální vztahy	RQOL prostředí	RQOL 1	RQOL 2
ESI celkové skóre	0,32	0,35	0,2	0,14	0,36	0,33
	p=0,07	p=0,05	p=0,26	p=0,45	p=0,04	p=0,06
ESI COS	0,34	0,36	0,22	0,17	0,36	0,31
	p=0,05	p=0,04	p=0,22	p=0,34	p=0,04	p=0,08
ESI EPD	0,11	0,04	0,04	0,04	0,31	0,17
	p=0,54	p=0,83	p=0,82	p=0,84	p=0,08	p=0,34
ESI EWB	0,35	0,41	0,33	0,34	0,37	0,38
	p=0,05	p=0,02	p=0,06	p=0,05	p=0,03	p=0,03
ESI PAR	0,04	0,07	-0,03	-0,2	0,02	0,2
	p=0,83	p=0,70	p=0,86	p=0,27	p=0,90	p=0,25
ESI REL	0,3	0,35	0,17	0,16	0,22	0,15
	p=0,09	p=0,05	p=0,35	p=0,38	p=0,22	p=0,40

Tabulka 20: Korelace škál ESI a rozdílů WHOQOL - BREF v čase u lidí s psychotickým onemocněním

Proměnná	RQOL fyzické zdraví	RQOL prožívání	RQOL sociální vztahy	RQOL prostředí	RQOL 1	RQOL 2
ESI celkové skóre	-0,13	0,02	-0,2	-0,05	0,31	0,18
	p=0,48	p=0,89	p=0,26	p=0,80	p=0,08	p=0,31
ESI COS	-0,22	-0,04	-0,32	-0,11	0,32	0,25
	p=0,22	p=0,82	p=0,07	p=0,55	p=0,07	p=0,16
ESI EPD	-0,15	0,12	-0,22	0,03	0,4	0,18
	p=0,40	p=0,51	p=0,21	p=0,86	p=0,02	p=0,30
ESI EWB	0,68	0,48	0,68	0,44	0,1	-0,09
	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,01	p=0,59	p=0,64
ESI PAR	-0,42	-0,27	-0,32	-0,23	-0,13	-0,03
	p=0,01	p=0,13	p=0,07	p=0,19	p=0,48	p=0,89
ESI REL	-0,13	-0,11	-0,29	-0,19	0,29	0,21
	p=0,47	p=0,56	p=0,11	p=0,31	p=0,10	p=0,24

Tabulka 21: Korelace škál ESI a rozdílů WHOQOL-BREF v čase u lidí bez psychotického onemocnění

Účastníci výzkumu měli také odpovídat na dotazník WHOQOL-BREF a ohodnotit tak kvalitu života před první hospitalizací a také zhodnotit, jakou kvalitu života v daných oblastech dle jejich názoru mají teď. To též měli učinit účastníci ze skupiny lidí bez psychotického onemocnění. Způsob určování doby, kterou měli zpětně zhodnotit je popsán výše.

Tabulky 20 a 21 poukazují na porovnání škál ESI a rozdílu škál z dotazníku WHOQOL-BREF. U skupiny lidí s psychotickým onemocněním jsou opět všechny korelace pozitivní, ale většinou slabé, pouze v jednom případě se objevuje středně silná korelace.

V dotazníku ESI je přítomen největší počet korelací u škály EWB, kdy koreluje se škálami fyzického zdraví, prožívání a QOL 1 a QOL 2.

Největší počet korelací v rámci dotazníku WHOQOL-BREF se objevuje na škále prožívání, která koreluje se škálami celkové skóre ESI, COS (škála kognitivní orientace), EWB (škála existenciální pohody) a REL (škála religiozity) a QOL 1, což je otázka na obecné hodnocení kvality života, a nejvíce koreluje s celkovým skórem ESI, COS (škála kognitivní orientace), EWB (škála existenciální pohody).

U skupiny lidí bez psychotického onemocnění je největší počet korelací u škály EWB, která koreluje se všemi škálami WHOQOL-BREF kromě položek QOL 1 a QOL 2.

Korelace škál ESI a škála fyzického zdraví u skupiny lidí s psychotickým onemocněním je přítomna pouze u škála EWB (škála existenciální pohody), jedná se o slabou, pozitivní korelaci na hladině významnosti $p = 0,05$. U lidí bez psychotického onemocnění pak škála fyzického zdraví koreluje se škálami EWB a PAR. U škály EWB jde o silnou, pozitivní korelaci na hladině významnosti $p < 0,001$ a u škály PAR pak o středně silnou, negativní korelaci na hladině významnosti $p = 0,01$.

Na škále prožívání se u lidí s psychotickým onemocněním objevuje korelace se škálami celkové skóre ESI, COS (škála kognitivní orientace), EWB (škála existenciální pohody) a REL (škála religiozity). U celkového skóru ESI se jedná o slabou, pozitivní korelaci, kdy hladina významnosti je $p = 0,05$, stejně jako u škály REL, kde se taktéž jedná o slabou, pozitivní korelaci se stejnou hladinou významnosti. U škály COS je pak přítomna slabá, pozitivní korelace na hladině významnosti $p = 0,04$ a u škály EWB jde o středně silnou, pozitivní korelaci s hladinou významnosti $p = 0,02$. U lidí bez psychotického onemocnění

škála prožívání koreluje pouze se škálou EWB, kdy jde o pozitivní, středně silnou korelaci s hladinou významnosti $p < 0,001$.

Škála sociálních vztahů u lidí s psychotickým onemocněním nekoreluje s žádnou škálou s ESI stejně jako škála prostředí. Kdežto u lidí bez psychotického onemocnění obě škály korelují se škálou EWB. Škála sociálních vztahů má silnou, pozitivní korelaci na hladině významnosti $p < 0,001$ a škála prostředí pak středně silnou, pozitivní korelaci s hladinou významnosti $p = 0,01$.

Otázka QOL 1 nejvíce koreluje s celkovým skórem ESI, COS (škála kognitivní orientace), EWB (škála existenciální pohody) u lidí s psychotickým onemocněním. Jedná se o slabé, pozitivní korelace, kdy hladina významnosti u celkového skóre ESI a škály COS je rovna $p = 0,04$ a škála EWB má hladinu významnosti $p = 0,03$. U lidí bez psychotického onemocnění pak tato otázka koreluje pouze se škálou EPD, jde o středně silnou, pozitivní, korelaci ($p = 0,02$).

Otázka QOL 2 u lidí s psychotickým onemocněním koreluje se škálou EWB, jde o slabou, pozitivní korelaci ($p = 0,03$). U lidí bez psychotického onemocnění pak tato otázka nekoreluje s žádnou škálou.

Součástí úvodního dotazníku byli také otevřené otázky mapující vnímání rozdílnosti období před prvními známkami onemocnění od období, která následovalo po první hospitalizaci. Z celkových 33 lidí 29 odpovědělo, že se tato dvě období podle jejich názoru odlišují a 4, že se podle nich neodlišují.

Období před první hospitalizací je u 6 probandů hodnoceno jako jen kladné, u 15 jako jen záporné, u 2 jako neutrální, u 9 je přítomna kombinace kladného a zároveň záporného hodnocení a u jednoho probanda pak kombinace hodnocení neutrálního a záporného.

Nejčastějším záporným projevem, který byl uváděn byl *problematický vztah k okolním lidem*, tento projev uvedlo 7 probandů, 4 probandi pak uváděli, že se u nich *začali objevovat bludy*. Neutrální hodnocení bylo popisováno nejčastěji jako období, které bylo charakterizováno jako *normální život*. Takto toto období popisovali 2 probandi ze 3. Kladné hodnocení tohoto období bylo charakterizováno probandi tvrzeními jako *rád/-a jsem žil/-a*, což uvedlo 6 probandů, 4 probandé toho období hodnotili tvrzením *byl/-a jsem šťastný/-á*.

Toto období bylo například hodnoceno takto: „*Období před prvními známkami onemocnění – veselost, menší soustředění, oblíbenost v kolektivu, strach ze zodpovědnosti, ze zkoušek na učilišti a z konce školy.*“

Či jiným probandem takto: „*Velmi aktivní, studium, zájímání se o věci, radost, bezstarostnost – i když jsem byla mimo domov, ráda jsem žila, všechno jsem ráda dělala, když jsem mohla donutila jsem se do kostela i v době studií, měla jsem hodně kamarádek při škole, byla jsem hodně štíhlá až hubená. Mívala jsem však starost, když jsem dělala zkoušky, a to možná bylo i důvodem mé nemoci, těžké studium, ale nelituji.*“

Nebo také o tomto období někdo mínil následujícím způsobem: „*Období před vypuknutím choroby mělo tyto příznaky: neuvědomování si datumů dnů, špatné známky ve škole, vyzkoušení si být opilý, měl jsem úzkostlivé sny a měl jsem pocit omezení svobody, malátnost.*“

Období po první hospitalizaci 12 probandy charakterizováno jako jen kladné, u 10 jako jen záporné, u 5 je popisováno jako neutrální a u 6 probandů kombinací kladného a záporného hodnocení.

Nejčastěji probandi záporně hodnotili období po první hospitalizaci tvrzením, že měli *problémy ve vztazích*, tento fakt uvádí 7 probandů, dále měli také *potíže se smiřováním se s nemocí*, což uvedlo 5 probandů a také 4 probandi uvádí jako zápornou charakteristiku tohoto období *emoční utlumenost*. Nejčastějším neutrální hodnocením tohoto období bylo označení tohoto období jako *normální*, což uvedli tři probandi. Nejčastějším kladným hodnocením v období po první hospitalizaci bylo tvrzení *bylo mi lépe*, které uvedlo 9 probandů.

Období po hospitalizaci popisuje jeden z probandů takto:

„*Doznívání nemoci, občasné záchvaty smíchu, chytání se za hrdlo, úzkosti. Po asi půl roce se toto stabilizovalo. Zvykal jsem si na léky, ze začátku jsem byl zpomalený, hodně emočně utlumený, jakoby bez citu a prožívání, to platí do teď. Akorát už nejsem tak zpomalený, ale nedokážu se dlouho soustředit, špatně se mi čte, emoční utlumení trvá, citová utlumenost také. Přestal jsem se zajímat o duchovní život a náboženství, úvahy s tím spojené. Nedokážu svoji víru už tak prožívat jako dříve, je to ve mně jakoby zablokované.*“

Jeden z dalších účastníků o tomto období říká:

„Byla jsem rozmrzelá, málo kamarádek v místě bydliště, nemohla jsem se s nemocí smířit, často jsem se vztekala, měla jsem psa, aby mi bylo líp, pracovala jsem na poli s maminkou, to byl můj smysl života, ale neradovala jsem se z toho až tolik, chodila jsem do kostela, ale nemohla jsem chodit v neděli ráno, měla jsem problémy se probudit po lécích, často jsem jezdila s maminkou na 1 denní poutě.“

Dále je jiným probandem charakterizováno toto období následujícím způsobem:

„Velké utlumení léky, spánek až do 11 dopoledne, nezájem o kolektiv, neschopnost se soustředit na čtení, kouření (často), neschopnost se o sebe postarat (oblečení), velké přibývání na váze, velmi jsem se musela nutit do práce, neschopnost se starat o děti, vynechávání léků a po čase jsem se cítila velmi dobře a pak po vynechání léků se nemoc vrátila.“

Vzhledem k faktu, že na otázku o hodnocení kvality života před prvními známkami vypuknutí nemoci odpovědělo 6 probandů kladně a po absolvování první hospitalizace hodnotilo 12 probandů toto období jako kladné, lze říci, že určitá část probandů vnímá po hospitalizaci ve svém životě zlepšení.

Mimo to mi také přišlo zajímavé porovnat jak souvisí věk, pohlaví, vzdělání a dodržování léčby se spiritualitou. Souvislost spirituality a věku se neprokázala, podobně jako souvislost mezi spiritualitou a pohlavím. Jistá souvislost se prokázala mezi škálou ESI EWB a vzděláním, ale při podrobnějším zkoumání výsledků byla tato souvislost shledána jako chybová, jelikož se jednalo o vzdělání na úrovni SOŠ, kdy u ostatních nižších stupňů vzdělání se souvislost neprokázala. Při porovnávání škál ESI a s výsledky škály MARS se objevila statisticky významná slabá, negativní korelace u škály COS, kdy hladina významnosti je rovna $p = 0,04$. Lze tedy říci, že čím větších skóru dosahují probandi v této škále, tím menší je jejich adherence k léčbě.

Proměnná	Adherence
ESI celkové skóre	-0,27
	p=0,13
ESI COS	-0,36
	p=0,04
ESI EPD	-0,22
	p=0,23
ESI EWB	0,16
	p=0,37
ESI PAR	-0,17
	p=0,35
ESI REL	-0,27
	p=0,13

Tabulka 22: Korelace ESI a škály adherence s léčbou u lidí s psychotickým onemocněním

4.4 Zhodnocení hypotéz a výzkumných otázek

Položila jsem si dvě základní výzkumné otázky:

- 1) Je skladba spirituality rozdílná u lidí s psychózou v remisi a u lidí bez psychotického onemocnění?**

Na tuto výzkumnou otázku lze říci, že existuje statisticky významný rozdíl mezi skladbou spirituality u lidí s psychózou a u lidí bez psychózy.

Další výzkumnou otázkou bylo:

- 2) Souvisí míra spirituality se subjektivně hodnoceným dopadem psychózy na kvalitu života jedince?**

Na tuto výzkumnou otázku lze odpovědět také, že existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou spirituality se subjektivně hodnoceným dopadem psychózy na kvalitu života jedince.

Konkrétněji pak pod první výzkumnou otázku spadají tyto hypotézy:

- **H1: Liší se statisticky významně kognitivní orientace spirituality u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.**

Hypotéza H1 **nebyla přijata**. V párovém t – testu byla hodnota statistické významnosti rovna $p = 0,30$.

- **H2: Liší se statisticky významně zkušenostně-fenomenologická dimenze spirituality u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.**

Hypotéza H2 **nebyla přijata**, jelikož p – hodnota v párovém t - testu byla rovna 0,67.

- **H3: Liší se statisticky významně existenciální pohoda u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.**

Hypotéza H3 **byla přijata**, jelikož p – hodnota v párovém t - testu dosahuje hladiny významnosti 0,001.

- **H4: Liší se statisticky významně paranormální přesvědčení u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.**

Hypotéza H4 **nebyla přijata**. V párovém t – testu byla hodnota statistické významnosti rovna $p = 0,53$.

- **H5: Liší se statisticky významně religiozita u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění.**

Hypotéza H5 **nebyla přijata**, jelikož p – hodnota v párovém t – testu dosahuje hladiny významnosti 0,26.

Konkrétněji pod druhou výzkumnou otázku spadají tyto dílčí výzkumné otázky:

- **Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením se ve škále fyzického zdraví u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?**

Z výše uvedené tabulky korelací, je patrné, že se škálou fyzického zdraví v WHOQOL- BREF **souvisí** celková škála ESI na hladině významnosti $p = 0,01$, jedná se o středně silnou, pozitivní korelaci, dále pak škála COS (kognitivní orientace) na hladině významnosti $p = 0,01$, lze říci, že je to také středně silná pozitivní korelace.

Se škálou fyzického zdraví koreluje také škála EWB (existenciální pohody) na hladině významnosti $p = 0,01$, lze ji považovat za také za středně silnou, pozitivní korelaci, podobně jako korelaci škály fyzického zdraví a REL (škála religiozity), hladina významnosti je $p < 0,001$. Škála EPD (zkušenostně – fenomenologická) a PAR (škála paranormálních jevů) s ní naopak **nesouvisí**.

- **Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti prožívání u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?**

S oblastí prožívání **souvisí** celková škála ESI ($p = 0,02$), kdy lze usuzovat na pozitivní, středně silnou korelaci, dále také škála EWB (existenciální pohoda) pak na hladině významnosti $p < 0,001$, zde se jedná o pozitivní, středně silnou korelaci a škála REL (religiozita, $p = 0,04$), kde je to tak pozitivní, slabá korelace korelaci. S oblastí kvality života v oblasti prožívání **nesouvisí** škály COS (kognitivní orientace), EPD (zkušenostně – fenomenologická a škála) a PAR (škála paranormálních jevů)

- **Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti sociálních vztahů u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?**

S oblastí sociálních vztahů **souvisí** statisticky významně pouze škála EWB (existenciální pohoda, $p = 0,03$). Jedná se o slabou, pozitivní korelaci. Škály, obecná škála ESI, škála COS (kognitivní orientace), škála EPD (zkušenostně – fenomenologická a škála), škála PAR (paranormálních jevů) a škála REL (religiozity), s oblastí sociálních vztahů **nesouvisí**.

- **Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením prostředí, ve kterém se pohybují, u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?**

S oblastí prostředí **souvisí** statisticky významně pouze škála EWB (existenciální pohody), a to na hladině významnosti $p < 0,001$, dá se říci, že je to středně silná, pozitivní korelace. Škály, obecná škála ESI, škála COS (kognitivní orientace), škála EPD (zkušenostně – fenomenologická a škála), škála PAR (paranormálních jevů) a škála REL (religiozity), s oblastí sociálních vztahů **nesouvisí**.

4.5 Diskuze

V diplomové práci jsou použity kvantitativní designy. Pro doplnění výzkumu byly v úvodní části výzkumu také tři otevřené otázky, které ale slouží pouze pro dokreslení. V mé práci byla zkoumána role spirituality u lidí s psychotickým onemocněním v remisi, na začátku byl zařazen úvodní dotazník. Spiritualita byla posuzována dotazníkem ESI, také byla zařazena škála pro posuzování adherence s léčbou, jelikož to považuji za důležitý fakt pro to, aby výsledky nebyly zkresleny. Oblast kvality života mi připadala jako dostačující pro zachycení vlivů spirituality, jelikož je v dotazníku WHOQOL-BREF hodnocena ve 4 škálách - fyzické zdraví, prožívání, sociální vztahy a prostředí, což jsou 4 široké oblasti, které ovlivňují život člověka. Tento dotazník byl použit 2krát. Všechny dotazníky byly použity ve zkrácené verzi, jelikož pro probandy s psychotickým onemocněním je problematické se soustředit po delší dobu na dlouhý text.

Výzkumný soubor zahrnuje probandy ve stabilizovaném stavu, kdy doba ukončení poslední hospitalizace je minimálně 1 měsíc. Jsou zastoupeni zástupci obou pohlaví, jejichž ale není stejný, také zástupci různých věkových skupin, kdy ve věkovém rozmezí od 20 do 70 let je ve skupinách dělených po 10 letech, vždy zastoupený alespoň jeden člověk. Dále se v tomto výzkumu objevují probandi různého vzdělání a jak věřící, tak také nevěřící.

Soubor těchto dotazníků jsou dala vyplnit nejprve probandům s psychotickým onemocněním a poté jsem k nim hledala probandy bez psychotického onemocnění s dodržením několika podmínek a to stejné pohlaví, přibližně stejný věk, který se neliší o více než +/- 5 let a také přibližně stejného vzdělání, kdy každý proband se liší maximálně o dva stupně vzdělání. Jsem si vědoma faktu, že subjektivní hodnocení spirituality, ale především kvality života může být do značné míry zkresleno nemocí, jak uvádí Motlová a Koukolík (2004), jelikož vzhledem k příznakům nemoci mohou být zjišťované hodnoty nadhodnoceny. Nicméně se domnívám, že míra nadhodnocení nebude příliš značná. Dále jsem provedla statistickou analýzu dotazníků.

Nejprve jsem si kladla dvě základní výzkumné otázky:

- **Je skladba spirituality rozdílná u lidí s psychózou v remisi a u lidí bez psychotického onemocnění?**

– **Souvisí míra spirituality se subjektivně hodnoceným dopadem psychózy na kvalitu života jedince?**

Na obě výzkumné otázky lze díky analýze výsledků odpovědět kladně, tedy existuje statisticky významný rozdíl spirituality u lidí s psychózou a bez psychózy a také že statisticky významně souvisí spirituality a se subjektivně vnímaných dopadem na psychózu a to tak, že ve škálách fyzické zdraví, prožívání. Konkrétně je patrné, že čím vyšší skóre bude přítomno ve škálách celkového ESI, COS, EWB a REL, tím se bude zvyšovat i vnímání kvality fyzického zdraví. Dále čím vyšší bude celkové skóre a skóre na škálách EWB a REL, tím vyšší bude i vnímaná kvalita prožívání. Dále je patrné, že v čase se u lidí s psychózou projevuje vliv spirituality především v oblasti prožívání. Konkrétně čím je vyšší skóre ve škálách celkového skóre ESI, COS, EWB a REL, tím se zlepšuje kvalita života v oblasti prožívání. Podrobnější výsledky uvádím dále u jednotlivých dílčích výzkumných otázek.

Konkrétněji pak pod první výzkumnou otázku spadají tyto hypotézy:

Hypotéza **H1** zní: Liší se statisticky významně kognitivní orientace spirituality u lidí psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H1 nebyla přijata. Což znamená, že se výzkumné vzorky v oblasti kognitivní orientace významně neliší. Předpokládala jsem, že se lidé s psychotickým onemocněním budou v této oblasti od lidí bez psychotického onemocnění odlišovat, jelikož je známým faktem, že psychotické onemocnění má dopad na kognitivní funkce. Je ovšem možné, že vzhledem k tomu, že byli vybráni probandi, kteří byli podrobováni výzkumu často minimálně 1 měsíc po ukončení poslední hospitalizace, zpravidla však nejčastěji déle než půl roku po ukončení mohlo dojít k rehabilitaci kognitivních funkcí. Dále je také možné, že zásah nemoci do kognitivních funkcí účastníků výzkumu nebyl tak velký, aby se to následně projevilo ve výzkumu. Neznačená to ovšem, že by se lidé s psychózou v této oblasti nemohli od lidí bez psychotického onemocnění odlišovat, jelikož ve větším výzkumném souboru by statisticky významný rozdíl mohl být prokázán.

Další hypotézou byla hypotéza **H2**: Liší se statisticky významně zkušenostně fenomenologická dimenze spirituality u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H2 také nebyla přijata. Také jsem předpokládala, že v oblasti zkušenostně – fenomenologické budou mít lidé s psychotickým

onemocněním výrazně vyšší skóry, oproti lidem bez psychotického onemocnění. Jelikož tato škála je složena z otázek, vztahujících se ke zkušenostem s něčím vyšším, transcendentálním, spirituálním, mystickým. Předpokládala jsem, že lidé s psychózou budou mít takových zážitků více než lidé bez psychózy, vzhledem k tomu, že určitá část bludné produkce bývá spojena s těmito tématy. Tyto výsledky si vysvětluji tak, že ve vzorku například není přítomno mnoho probandů, kteří by měli v minulosti religiózní bludy či transcendentní zážitky. Nebo na tyto otázky mohli neodpovídat pravdivě, jelikož by mohli mít vzhledem ke své nemoci obavu např. z hospitalizace, či navýšení dávky léků jak uvádějí Hugueleta et al. (2006). Lidé s psychózou by se ale v této oblasti od lidí bez psychotického onemocnění odlišovat mohli, kdyby byl například použit větší výzkumný vzorek.

Další hypotézou byla hypotéza **H3**: Liší se statisticky významně existenciální pohoda u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H3 byla přijata. Předpokládala jsem, že se lidé s psychotickým onemocněním budou na této škále odlišovat, ale opačným směrem. Vycházela jsem z předpokladu, že vlivem tohoto onemocnění dochází ke snížení kvality života a někdy až narušení smyslu existence bytí. V mém výzkumu se ale prokázalo, že existenciální kvalita života je u lidí s psychotickým onemocněním vyšší a to především vlivem spirituality. Je možné, že vyšší skóry právě v této oblasti jsou způsobeny sekundárními zisky z nemoci.

Poté jsem se také zabývala hypotézou **H4**: Liší se statisticky významně paranormální přesvědčení u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H4 nebyla přijata. Přičemž jsem předpokládala, že lidé s psychózou se budou v této škále od lidí bez psychózy odlišovat, tím, že budou mít vyšší skóry. Jelikož se tato škála zaobírá paranormálními jevy jako je psychokineze a čarodějnictví, což jsou často jevy, které mohou být součástí bludné produkce v rámci onemocnění a ze zkušenosti jim lidé s psychózou často věří, jelikož z nich mají strach. Nicméně v mém výzkumu na této škále nebyl shledán statisticky výzkumný rozdíl. Může to být způsobeno malou velikostí vzorku.

Poslední hypotézou mého výzkumu je hypotéza **H5**: Liší se statisticky významně religiozita u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H5 nebyla přijata. Přičemž jsem předpokládala, že míra religiozity bude statisticky významně

vyšší u lidí s psychózou. Dle výzkumu Danbolta et al. (2011) až u 80% věřících pacientů byla přítomna modlitba. Nicméně religiozita lidí s psychózou může být v mém výzkumu vysoká, ale neprokázal se rozdíl, jelikož religiozita lidí bez psychózy může být také velmi vysoká.

Pod druhou výzkumnou otázku spadají tyto dílčí výzkumné otázky:

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením se ve škále fyzického zdraví u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Na výzkumnou otázku, které škály z ESI souvisí s fyzickým zdravím, lze odpovědět, že se jedná o obecnou škálu ESI, COS, EWB a REL. Tyto škály mají se škálou fyzického zdraví středně silnou pozitivní korelaci. Lze říci, že míra spirituálního přesvědčení, vědomí schopnosti zvládat náročné situace a praktikování rituálů má pozitivní vliv na oblast fyzického zdraví. V průběhu času, ale nejvíce fyzické zdraví ovlivňuje škála existenciální pohody, jedná se o slabou korelaci. Nepředpokládala jsem by, že spiritualita mohla mít takto silný vliv na fyzické zdraví u lidí s psychotickým onemocněním. Nicméně tyto výsledky mohou vycházet z předpokladu, že spiritualita obecně vede ke zlepšení kvality života.

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti prožívání u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Na výzkumnou otázku, o souvislosti škály prožívání se škálami ESI, lze také odpovědět, že konkrétně souvisí s obecnou škálou ESI a škálami EWB a REL. Mimo korelaci se škálou REL se jedná o středně silné pozitivní korelace. Škále REL pak koreluje se škálou prožívání slabě. Je možné tvrdit, že zvyšování existenciální pohody a časté praktikování náboženských praktik, zvyšuje také kvalitu života v oblasti prožívání. V čase pak nejvíce tuto škálu ovlivňuje celková škála ESI, škály COS, EWB a REL. Kromě škály EWB, kdy jde o středně silnou pozitivní korelaci, se jedná o slabé, pozitivní korelace. V této oblasti jsem předpokládala vzhledem ke charakteru onemocnění spíše negativní korelaci, jelikož vycházím z charakteristik daného onemocnění a nepředpokládala jsem, že by spiritualita mohla mít takový vliv i na prožívání, jelikož tuto onemocnění jej postihuje značné míry především v jeho kvalitě.

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti sociálních vztahů u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku je že souvisí statisticky významně pouze škálou EWB (existenciální pohody). Jde se o slabou, pozitivní korelaci, která ale v čase tuto škálu jinak neovlivňuje. Lze se ale domnívat, že pokud se probandovi zvýší skóre v oblasti EWB, zvýší se tím o oblast sociálních vztahů. Předpokládala jsem spíše negativní korelaci v této oblasti vzhledem ke skupině lidí bez psychózy a k tomu, že je známo, jak toto onemocnění působí v oblasti vztahů a také problémy ve vztazích popisují probandi ve dvou otevřených otázkách, jak v období před prvními známkami nemoci, tak v období po první hospitalizaci. Nicméně se nejedná asi o statisticky významný rozdíl oproti skupině lidí bez psychotického onemocnění.

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením prostředí, ve kterém se pohybují, u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Se škálou prostředí souvisí statisticky významně pouze škála EWB (existenciální pohody), je to středně silná, pozitivní korelace, která se ale v souvislosti s časem neprojevuje. Nepředpokládala jsem, že by škála prostředí mohla mít souvislost, s některou ze škál s ESI. Důvod toho, proč škála EWB koreluje s prostředím vnímám v tom, že člověk se často díky víře účastní různých aktivit mimo domov, a také může mít vliv na jeho smířlivost se skutečnostmi v životě, tak jak jsou.

Podle Siddle et al. (2013) je vyšší míra spirituality typická pro starší, chudší lidi, kteří jsou méně vzdělaní a nebo jsou to ženy (Siddle et al., 2002). Můj výzkum umožnil tato tvrzení porovnat. Statistická významnost se neprokázala ani u věku, ani u pohlaví, což ovšem může být způsobeno velikostí vzorku. Ze stejného důvodu se neprokázala jasná souvislost mezi nižším vzděláním a spiritualitou. Zkoumání chudoby nebylo součástí mého výzkumu.

Hustoft et al. (2013) uvádí, že u spirituálnějších lidí je typičtější odmítání léčby v podobě medikace, což se v mém výzkumu projevilo jako statisticky významné u škály COS, kdy jde o slabou negativní korelaci. Čím je tedy skóre ve škále COS vyšší tím větší je pravděpodobnost pro nedodržování léčby. Což znamená, čím více přesvědčení, postojů a představ spojené se spiritualitou člověka, člověk má, tím je větší pravděpodobnost, že nebude dodržovat léčbu.

Dle Mohra (2011) je pozitivní náboženské zvládnání přítomno u 83% a negativní náboženské zvládnání pak u 14%, u negativního náboženského zvládnání je pak přítomno zhoršení příznaků a také kvality života. Dle výsledků z mého výzkumu lze říci, že ve výzkumném vzorku je pravděpodobně přítomno pozitivní náboženské zvládnání, jelikož kvalita života u lidí s psychózou je prokazatelně v mnohých škálách vyšší než u lidí bez psychotického onemocnění.

Shah et al. (2011) popisuje, že vnitřní mír a spiritualita nejvíce ovlivňují všechny osobní aspekty kvality života. Vnitřní mír vysvětluje 22 – 38% rozptylu celkového skóre kvality života a spirituality pak vysvětluje 34% rozptylu celkového skóre. Vliv spirituality na kvalitu života se prokázal také v mém výzkumu.

Naproti tomu Lanfredi et al. (2014) uvádí, že více než 67% nárůstu skóre QOL je ovlivněno poskytováním uspokojení potřeb, které vyplývá z péče. Tento předpoklad pak vysvětluje 18% rozptylu celkového skóre QOL. Z toho vyplývá, že je důležité dbát na individuální potřeby. Naproti tomu Lanfredi et al. také tvrdí, že existuje pouze slabý vztah mezi kvalitou života a existenciální pohodou, především jej chápou jako navýšení uspokojení potřeb.

Keks & D'Souza (2003) tvrdí, že spiritualita může směřovat také k negativnímu ovlivnění osobnosti, identity, sebeúcty a důvěry nemocného, nebo může být nápomocná při zmírňování či zpracovávání devastujících dopadů schizofrenie. Spiritualita a religiozita mohou nahrazovat něco ztraceného a mohou se stát zdrojem podpory a uzdravení stejně jako bolesti, viny, vyloučení a dále také religiózní témata mohou být součástí psychopatologie. Čímž poukazují na dvojí možnost působení spirituality na život nemocného. V tomto výzkumu se ovšem negativní ovlivnění na člověka neprokázalo. Což může být ovšem způsobeno tím, že se jedná o menší výzkumný vzorek.

Námětem pro další výzkum by mohl být výzkum zaměřující se na charakter vztahu mezi věřícím se schizofrenií a Bohem, konkrétněji na vnímanou kvalitu vztahu, která se může projevat i ve způsobu oslovování Boha, nebo se zaměřením na přítomnost klidu, míru a uvolněnosti ve vztahu s Bohem. Další výzkum by se mohl zaměřovat na to, zda pacienti mluví, či nemluví o svých spirituálních potřebách s psychiatrem a proč ano a proč ne. Jiný výzkum by se mohl zaměřovat na přítomnost suicidálního jednání a myšlenek u lidí s psychózou, kteří jsou věřící. Dále by se dal realizovat kvalitativní

výzkum zaměřený na popis spirituálních prožitků u lidí s psychózou. V jiném výzkumu by bylo možné zkoumat důvody ke konverzi v rámci náboženství u lidí s psychózou a působení na jejich kvalitu života, jelikož dle Mohra (2010) má tendence ke kontroverzi negativní působení na život věřících nemocných. Pak by ještě bylo možné zaměřit se v kvalitativním výzkumu na míru zapojení spirituality při vyrovnávání se s nemocí. Nebo na vztah self – efficacy a spirituality u lidí se schizofrenií.

4.6 Závěry výzkum

V mé diplomové práci jsem použila škálu adherence k léčbě MARS, dotazník ESI a dvě verze dotazníku WHOQOL-BREF s tím, že jedna z nich byla zaměřena na současnost a druhá na období před vypuknutím onemocnění. Do výzkumu bylo zapojeno 33 páru lidí s psychotickým onemocněním a k nim dle výše uvedených kritérií byli přiřazeni probandi bez psychotického onemocnění. Ve skupině lidí s psychotickým onemocněním bylo 20 mužů a 13 žen od 20 do 65 let. Ve skupině sloužící pro srovnání bylo také 20 mužů a 13 žen a probandi z této skupiny byli ve věku od 23 do 70 let.

Cílem mé práce je tedy pokusit se nalézt ty vlastnosti spirituality, které pomáhají člověku se schizofrenií vést subjektivně kvalitnější život. Výpočtem bylo zjištěno, že se jedná především o škálu EWB, která zahrnuje zvládání náročných situací v životě člověka a koreluje statisticky významně se všemi škálami z WHOQOL-BREF, nebo také o škálu REL, která koreluje statisticky významně se škálami fyzického zdraví a také prožívání. Lze tedy usuzovat, že určité vlastnosti spirituality mohou člověku se schizofrenním onemocněním pomáhat vést kvalitnější život.

Při porovnání rozdílů v čase je pak nejvíce ovlivňovanou škálou, škála prožívání, která koreluje statisticky významně s celkovou škálou ESI, škálami COS, EWB a REL. Je možné se domnívat, že určité vlastnosti spirituality mohou vést k subjektivně vnímanému zlepšení v oblasti prožívání. Těmito zjištěními byl cíl práce naplněn.

Souhrn

V diplomové práci se zabývám tématem spirituality a její rolí u lidí s psychotickým onemocněním. Samotné téma psychotického onemocnění a jeho mnohých specifíků je velmi obsáhlé, podobně jako téma spirituality a kvality života. Se spiritualitou lze propojit několik dalších témat jako je například téma osobní odolnosti či nezdolnosti, které je zde také přítomno, jak v teoretické části, tak i části praktické.

Spiritualita může být člověku zdrojem pro osobní rozvoj jak tvrdí např. Danbolt et al. (2011) a Mohr et al. (2010) nebo Borrás et al. (2007), kteří také zdůrazňují, že spiritualita se vhodným copingovým mechanismem, i když se jedná o spiritualitu původně patologickou, jelikož může být změněna, díky změně náboženského učení a může tak vést k rehabilitaci. Ale např. Sudbrack (2002) také popisuje fakt, že člověk může ustrnout na nižším vývojovém stupni v rámci vývoje spirituality a to se pak může stát jednou z možných příčin rozvoje duševní nemoci. Huguelet et al. (2015) propojuje téma spirituality také s tématem attachmentu, kdy byla prokázána nejistá vazba lidí se schizofrenním onemocněním ve vztahu ke svým rodičům. Vztah k duchovní bytosti je pak chápán jako snaha o náhradu tohoto vztahu, kdy v případě, že tento vztah má charakter jisté vazby dochází ke zmírnění příznaků nemoci.

Pro výzkum jsem si zvolila kvantitativní výzkum, kdy jsem použila škálu adherence k léčbě MARS, dotazník ESI a dvě verze dotazníku WHOQOL-BREF. Jedna z těchto verzí se zaměřovala na současnost a druhá na období před vypuknutím onemocnění. V úvodní části byly také přítomny 3 otevřené otázky, které zde byly použity pro dokreslení výzkumu.

Výzkumný soubor nebyl vybrán náhodně, ale byl použit záměrný výběr skrze instituci. Do výzkumu se zapojilo 33 páru lidí s psychotickým onemocněním a k nim byli dohledávání podle výše uvedených kritérií probandi bez psychotického onemocnění, zde byl také použit záměrný výběr a také metoda sněhové koule. Skupina lidí s psychotickým onemocněním se skládala z 20 mužů a 13 žen od 20 do 65 let. Ve skupině, která sloužila pro srovnání bylo také 20 mužů a 13 žen a probandi z této

skupiny byli ve věku od 23 do 70 let.

Data byla zpracována v programu Microsoft Excel 2007, poté analyzována v programu SPSS.17.0. Hypotézy, které navazovaly na první výzkumnou otázku, byly vyhodnocovány t – testem pro závislé vzorky. A výzkumné otázky hledající vztah škál ESI s jednotlivými škálami z WHO – QOL byly vyhodnocovány prostřednictvím korelačních matic.

Cílem mé práce bylo nalézt takové složky spirituality, které pomáhají člověku se schizofrenií vést subjektivně kvalitnější život. V této práci bylo zjištěno, že se jedná především o škálu EWB, která je charakteristická otázkami na hodnocení zvládnání náročných situací v životě člověka a projevila se u ní korelace, která statisticky významně souvisí se všemi škálami z WHOQOL-BREF. Dále tak nebo také škála REL, která vykazuje statisticky významnou korelaci se škálami fyzického zdraví a také prožívání. Při porovnání rozdílů v čase je pak škálou, kde je patrně největší ovlivnění škála prožívání, která vykazuje statisticky významnou korelaci s celkovou škálou ESI, škálami COS, EWB a REL.

Hypotézu **H1** jsem si stanovila takto: Liší se statisticky významně kognitivní orientace spirituality u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H1 se neprokázala jako statisticky významná.

Následující hypotéza **H2** zní: Liší se statisticky významně zkušenostně-fenomenologická dimenze spirituality u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H2 také nebyla vyhodnocena jako statisticky významná.

Další hypotéza **H3**: Liší se statisticky významně existenciální pohoda u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H3 byla vyhodnocena jako statisticky významná.

Dále jsem se také zabírala hypotézou **H4**: Liší se statisticky významně paranormální přesvědčení u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H4 nebyla shledána jako statisticky významná.

Poslední hypotézou v mém výzkumu byla hypotéza **H5**: Liší se statisticky významně religiozita u lidí s psychózou v remisi od lidí bez psychotického onemocnění. Hypotéza H5 nebyla shledána jako statisticky významná.

S hypotézou H3 souvisí výzkumné závěry Lanfredi et al. (2014) kdy autoři uvádějí,

že existuje pouze slabý vztah mezi kvalitou života a existenciální pohodou, a sami autoři jej vnímají pouze jako navýšení uspokojení potřeb, čili dle jejich názoru je pro zvýšení kvality života důležitější uspokojení potřeb v oblasti péče.

Dále s hypotézou H4 souvisí výzkum Danbolta et al. (2011), kdy byla pozorovaná až u 80% věřících pacientů přítomnost modlitby, kterou lze považovat za součást religiozních praktik. Její statisticky významný rozdíl oproti skupině lidí bez psychózy však prokázán nebyl.

Dále se v mém výzkumu zabývám těmito 4 výzkumnými otázkami.

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením se ve škále fyzického zdraví u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Škála fyzického zdraví souvisí s obecnou škálou ESI, COS, EWB a REL. Tyto škály korelují se škálou fyzického zdraví středně silně a jedná se o pozitivní korelaci. Dle těchto výsledků souvisí míra spirituálního přesvědčení, vědomí schopnosti zvládat náročné situace a praktikování rituálů s oblastí fyzického zdraví. V průběhu času fyzické zdraví je nejvíce ovlivněno škálou existenciální pohody, jedná se o pozitivní, slabou korelaci.

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti prožívání u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Škála prožívání má souvislost s obecnou škálou ESI a škálami EWB a REL. Kromě korelace se škálou REL jde o středně silné pozitivní korelace. Na škále REL je pak přítomna slabá, pozitivní korelace. Lze říci, že zvyšování existenciální pohody a časté praktikování náboženských praktik, zvyšuje také kvalitu života v oblasti prožívání. V čase je pak nejvíce tato škála ovlivňována celkovou škálou ESI, škálami COS, EWB a REL. Kromě škály EWB, se jedná o středně silnou pozitivní korelaci, a na škále EWB je pak přítomna slabá, pozitivní korelace.

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením v oblasti sociálních vztahů u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Škála sociálních vztahů souvisí statisticky významně pouze škálou EWB. Jedná se o slabou, pozitivní korelaci, která s časem nevykazuje žádné další ovlivnění. Lze si ale myslet, že pokud se probandovi zvýší skóre v oblasti EWB zvýší se tím i kvalita v oblasti sociálních vztahů.

- Které škály z dotazníku ESI souvisí se zlepšením prostředí, ve kterém se pohybují, u lidí s psychotickým onemocněním v remisi?

Se škálou prostředí byla nalezena statisticky významná souvislost pouze na škále EWB , jedná se o středně silná, pozitivní korelaci, která se ale v souvislosti s časem neprojevuje.

Výsledky výzkumu nelze aplikovat všeobecně vzhledem k velikosti vzorku, ale je možné je považovat za orientační např. pro výzkum v dané oblasti na větším vzorku.

Porovnání s dosavadními výzkumy např. Shah et al. (2011) popisuje, že vnitřní mír a spiritualita zapříčiňují největší ovlivnění všech osobních aspektů kvality života. Vnitřní mír dopomáhá k vysvětlení 22 – 38% rozptylu celkového skóre kvality života a spirituality pak osvětluje 34% rozptylu celkového skóre. Vliv spirituality na kvalitu života se prokázal také v tomto výzkumu.

Naproti tomu Lanfredi et al. (2014) uvádí, že více než 67% nárůstu skóre QOL je ovlivněno poskytováním uspokojení potřeb, které pochází z péče. Tento předpoklad pak objasňuje 18% rozptylu celkového skóre QOL. Dále také tvrdí, že existuje pouze slabý vztah mezi kvalitou života a existenciální pohodou, především jej chápou jako navýšení uspokojení potřeb. Což s výsledky v tomto výzkumu nesouhlasí.

Seznam použitých symbolů a zkratek

aj.	a jiné
apod.	a podobně
APACHE - II	Akute Physiological and Chronic Health Evaluation
atd.	a tak dále
CNS	Centrální nervová soustava
COS	Cognitive Orientation Towards Spirituality
DMS –IV.	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition
ČR	Česká republika
EPD	Experiential – Phenomenological Dimension of Spirituality
EQ – 5D	EuroQoL
ESI	Expressions of Spiritual Inventory
et al.	et alii
EWB	Existencial Well – Being
GAF	Global Assessment of Functioning
HRQoL	Health – related Quality of Life
INSPIRIT	Index jádrových spirituálních zkušeností
IPT	Integrovaný psychoterapeutický program
MANSA	Manchester Short Assesment of Quality of Life
MARS	The Medication Adherence Rating Scale
MARTA	multireceptoroví antagonisté
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
Např.	Například
NHP	Nottingham Health Profile
PANSS	Positive and Negative Syndrom Scale
PAR	Paranormal Beliefs
QOLP	Quality of Life Profil
REL	Religiousness
SDA	antagonisté serotoninu a dopaminu

SEIQoL	Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life
SF – 36	Short Form - 36 Item
SILS	Social and Independent Living Skills
SIP	Sickness Impact Profile
SMI	Index spirituální zralosti
SOŠ	Střední odborná škola
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STARR	Test spirituálních témat a religiózních odpovědí
STS	Škála spirituální transcendence
SWB	Dotazník spirituální pohody
SWLS	The Satisfaction with Life Scale
TAT	Tématický apercepční test
Tzn.	To znamená
Tzv.	Tak zvané
VAS	vizuální analogová stupnice
VŠ	Vysoká škola
WHO	World Health Organisation
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life
WHOQOL - 100	World Health Organisation Quality of Life - 100
WhoQOL - BREF	World Health Organisation Quality of Life - BREF
WHOQOL - OLD	World Health Organisation Quality of Life - OLD
ZŠ	Základní škola

Seznam tabulek

Tabulka 1: Počet probandů v každé věkové skupině u lidí s psychotickým onemocněním	62
Tabulka 2: Počet probandů v každé věkové skupině u lidí bez psychotického onemocnění	62
Tabulka 3: Rozložení vzdělání u lidí s psychotickým onemocněním lidí bez psychotického onemocnění a u mužů a žen.....	63
Tabulka 4: Rozložení vzdělání u lidí bez psychotického onemocnění.....	63
Tabulka 5: Rozložení věřících, ateistů a lidí s náboženským vyznáním u jedné skupiny...	63
Tabulka 6: Počet hospitalizací u věřících lidí.....	64
Tabulka 7: Počet hospitalizací u ateistů.....	64
Tabulka 8: Množství uplynutého času od poslední hospitalizace věřící lidé	64
Tabulka 9: Množství uplynutého času od poslední hospitalizace ateisté.....	65
Tabulka 10: Dodržování léčby věřící lidé.....	65
Tabulka 11: Dodržování léčby ateisté.....	66
Tabulka 12: ESI celkové skóre, výsledky párového t - testu.....	68
Tabulka 13: ESI škála kognitivní orientace, výsledky párového t - testu.....	69
Tabulka 14: ESI škála Zkušenostně – fenomenologické dimenze, výsledky párového t - testu.....	69
Tabulka 15: ESI škála existenciální pohody, výsledky párového t - testu.....	69
Tabulka 16: ESI škála víry v paranormální jevy, výsledky párového t - testu.....	70
Tabulka 17: ESI škála religiozity, výsledky párového t - testu.....	70
Tabulka 18: Korelace škál ESI a WHOQOL - BREF u lidí s psychotickým onemocněním	72
Tabulka 19: Korelace škál ESI a WHOQOL - BREF u lidí bez psychotického onemocnění	73
Tabulka 20: Korelace škál ESI a rozdílů WHOQOL - BREF v čase u lidí s psychotickým onemocněním.....	75
Tabulka 21: Korelace škál ESI a rozdílů WHOQOL-BREF v čase u lidí bez psychotického onemocnění.....	75

Tabulka 22: Korelace ESI a škály adherence s léčbou u lidí s psychotickým onemocněním
.....80

5 Seznam grafů

Obrázek 1: Graf rozdílů skupin škál ESI.....	71
--	----

Seznam použitých zdrojů a literatury

- Atkinson, R. et al., (2003). *Psychologie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Blatný, M. (1997). *Osobnost a spokojenost u chlapců a dívek*. Brno: Akademie věd České Republiky – Psychologický ústav.
- Blatný, M., Dosedlová, J., Kebza, V. & Šolcová, I. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: MSD. [online]. [2005] [25-6-2016] Dostupné z http://www.psu.cas.cz/miranda2/export/sitesavcr/data.avcr.cz/humansci/psu-brno/people-contacts/cv/blatny/Psychosocialni-souvislosti_5-2.pdf.
- Bouček, J., et al. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba* (2. vyd.). Praha: Maxdorf.
- Danbolt, L., J., Møller, P., Lien, L., Hestad, A. K. (2011). The Personal Significance of Religiousness and Spirituality in Patients With Schizophrenia. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 21, 145 – 158.
- Dragomirecká, E. & Šelepová, P. (2004). Kvalita života – Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni Kongresový sál hotelu Aurora*. 1, 91 - 101.
- Dragomirecká, E. & Prajsová, J. (2009). *WHOQOL – OLD Příručka pro uživatele české verze dotazníku Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada Publishing.
- Hartl, P. & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, Ch., Brandt, P., Y., (2006). Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatric services*. 56, 366 – 372.

- Huguelet, P., Mohr, S., Rieben, I., Hasler, R., Perroud, N., Brandt, P., Y., (2015), Attachment and coping in psychosis in relation to spiritual figures. *BMC Psychiatry* [online]. [2015] [27-3-2016] Dostupné z <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-015-0617-4>.
- Hustoft, H., Hestad, K., A., Lien, L., Møller, P., Danbolt, L., J., (2013). „If I Didn't Have My Faith I Would Have Killed Myself!": Spiritual Coping in Patients Suffering From Schizophrenia. *The International Journal for the Psychology of Religion*. 23, 126 – 144.
- Kalová, H. & Petr, P. (2004). Kvalita života – Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni Kongresový sál hotelu Aurora*. 1, 102 - 104.
- Keks, N., D'Souza, R., (2003). Spirituality and psychosis. *Australasian Psychiatry*. 2, 170 – 171.
- Kratochvíl, S. (2012). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2004). Kvalita života – Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni Kongresový sál hotelu Aurora*. 1, 9 - 20.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví* (3.vyd.). Praha: Portál.
- Kučera, Z. (2004). Kvalita života – Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni Kongresový sál hotelu Aurora*. 1, 108 - 120.
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing.
- Laing, R., D. (2000). *Rozdělené self*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Lanfredi, M., Candini, V., Buizza, Ch., Ferrari, C., Boero, E., M., Giobbio, M., G., Goldschmidt, N., Greppo, S., Lozzino, L., Maggi, P., Malegari, A., Pasqualetti, P.,

- Rossi, G., Girolamo, G., (2014). The effect of service satisfaction and spiritual well – being on the quality of life of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 216, 185 – 191.
- Mareš, J., et. al. (2008). *Kvalita života u dětí a dospívajících III.*. Brno: MSD.
 - Mareš, J., et. al. (2007). *Kvalita života u dětí a dospívajících II.*. Brno: MSD.
 - Maršálek, M. (2007). *Deprese u schizofrenie- patogeneze, klinický obraz, diferenciální diagnóza, farmakoterapie*. Praha: Maxdorf.
 - Mohr, S., Borrás, L., Rieben, I., Betrisey, C., Gillieron, Ch., Brandt, P., Y., Perroud, N., Huguelet, P., (2010). Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol*. 45, 1095–1103.
 - Mohr, S., Perroud, N., Gillieron, Ch., Brandt, P., Y., Rieben, I., Borrás, L., Huguelet, P., (2011). Spirituality and religiousness as predictive factors of outcome in schizophrenia and schizo-affective disorders. *Psychiatry Research*. 186, 177-182.
 - Motlová, L. & Španiel, F. (2011). *Schizofrenie – Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.
 - Motlová, L. & Koukolík, F. (2004). *Schizofrenie – Neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén.
 - Orel, M. et al. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing.
 - Pěč, O. & Probstová, V. et. al. (2009). *Psychózy- Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
 - Příkryl, R. & Khollová, M. (2012). Prevalence remise a úzdravy u schizofrenie v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie*. 108, 171 – 176.
 - Rahn, E. & Mahnkopf, A. (2000). *Psychiatrie-učebnice pro studium i praxi*. Praha: Grada Publishing.
 - Reiterová, E. (2011). *Základy statistiky pro studenty psychologie* (3. vyd.). Olomouc: Univerzita Palackého.
 - Revheim, N., Greenberg, W., M., Citrome, L. (2010). Spirituality, Schizophrenia,

and State Hospitals: Program Description and Characteristics of Self-Selected Attendees of a Spirituality Therapeutic Group. *Psychiatr Q.* 81, 285 – 292.

- Říčan, P. (2007). *Psychologie náboženství a spirituality*. Praha: Portál.
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., Tyagi, S., (2011). Relationship between spirituality/religiousness and coping in patients with residual schizophrenia. *Qual Life Res.* 20, 1053 – 1060.
- Shah, R., Kulhara, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R., Tyagi, S., (2011). Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia. *Psychiatry Research.* 190, 200 – 205.
- Schermer, V., L. (2007). *Duch a duše – nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii*. Praha: Triton.
- Siddle, R., Haddock, G., Tarrier, N., Faragher, E., B., (2002). The validation of a religiosity measure for individuals with schizophrenia. *Mental Health.* 3, 267 – 284.
- Stříženeč, M. (2003). Škály spirituality. *Československá psychologie.* 47 (6), 548 – 553.
- Sudbrack, J. (2002). *Náboženská zkušenost a lidská duše*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Suhail, K., Ghauri, S., (2010). Phenomenology of delusions and hallucinations in schizophrenia by religious convictions. *Mental Health.* 3, 245 – 259.
- Šolcová, I. & Kebza, V. (2004). Kvalita života – Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví. *Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni Kongresový sál hotelu Aurora.* 1, 21 - 32.
- Tůma, I. (1999). *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Vinař, O. (2002). *Schizofrenní onemocnění*. Praha: Galén.
- Vojtíšek, Z. (2012). *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- Vonnegut, M (1999). *Expres do ráje*. Praha: Argo.

- Vrbová, K. & Talová, B. & Sandoval, A. (2012). Denní stacionář pro pacienti s psychotickým onemocněním – možný prostředek k „terapii compliance“ v dlouhodobé antipsychotické léčbě. *Sjezd psychiatrické společnosti ČSL JEP – Civilizace, čas a duševní poruchy*, 1, 301 – 304.
- Yang, Ch., T., Narayanasamy, A., Chang, S., L., (2011). Transcultural spirituality: the spiritual journey of hospitalized patients with schizophrenia in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*. 358 – 367.
- Youngson, R., M. (2000). *O šílenství, podivínství a genialitě*. Praha: Portál.

Přílohy diplomové magisterské práce

- příloha č. 1 zadání diplomové magisterské práce
- příloha č. 2 abstrakt diplomové magisterské práce

Příloha č. 1 – zadání diplomové magisterské práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

Studijní program: Psychol
Forma: Kombino
Obor/komb.: Psychologie (PS'

Podklad pro zadání DIPLOMOVÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
Bc. MALÁ Monika	Bratři Hlavicki 102, Vsetín	F140628

TÉMA ČESKY:

Role spirituality u pacientů s psychotickým onemocněním v remisi

NÁZEV ANGLICKY:

The role of spirituality in patients with psychotic illness in remission

VEDOUcí PRÁCE:

PhDr. Daniel Dostál, Ph.D. - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Rešerše a studium odborné literatury zaměřené na téma role spirituality u pacientů s psychotickým onemocněním
2. Vymezení teoretických východisek zkoumané oblasti
3. Příprava metodiky výzkumné části - ověření účinnosti nástrojů k měření zkoumaných konstruktů
4. Realizace sběru dat pomocí baterie dotazníků
5. Vyhodnocení a interpretace dat
6. Zpracování výzkumné části
7. Kritická diskuze teoretických východisek, použitých metod a výsledků výzkumu

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

- Atkinson, R. et al. (2003). Psychologie. Praha: Portál.
- Bergenquast, R. & Schweitzer, R., D. (2014). Enhancing sense of recovery and self-reflectivity in people with schizophrenia: a pilot study of Metacognitive Narrative Psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87, 338-356.
- Borras, L. & Brandt, P., Y. & Gillieron, Ch. & Huguélet, P. & Mohr, S. (2009). Influence of Spirituality and Religiousness on Substance Misuse in Patients with Schizophrenia or Schizo-Affective Disorder. *Substance Use & Misuse*, 44, 502-513.
- Danbolt, L., Møller, P., Lien, L. & Hestad, K. (2011). The personal Significance of Religiousness and Spirituality in Patients With Schizophrenia. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 21, 145-158.
- Ferjenčík, J. (2000). Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duš. Praha: Portál.
- Hardt, P. & Hartlová, H., (2000). Psychologický slovník. Praha: Portál.
- Huguélet, P., Mohr, S., Borras, L., Gillieron, Ch. & Brandt, P. (2006). Spirituality and Religious Practices Among Outpatients With Schizophrenia and Their Clinicians. *Psychiatric Services*, 57, 366-372.
- Keks, N. & D'Souza, R. (2003). Spirituality and psychosis. *Australasian Psychiatry*, Vol 11, No 2, 170 - 171.
- Mohr, S. & Borras, L. et al. (2010). Evolution of spirituality and religiousness in chronic schizophrenia or schizo-affective disorders: a 3-years follow-up study. *See Psychiat Epidemiol*, 45, 1095-1103.
- Pavelková, M. (2014). *Spiritualita a postoje ke smrti*. Olomouc: Univerzita Palackého Filozofická fakulta (Bakalářská práce).
- Průška, J., et. al. (2001). Psychotická porucha a její léčba : příručka pro nemocné a jejich rodiny. Praha: Masdoef.
- Procházková, E. (2012). *Positivní potenciál klientů s diagnózou schizofrenie*. Brno: Masarykova univerzita Fakulta sociálních studií (Diplomová práce).
- Revsheim, N., Greenberg, W. & Citrome, L. (2010). Spirituality, Schizophrenia, and State Hospitals: Program Description and Characteristics of Self-Selected Attendees of a Spirituality Therapeutic Group. *Psychiatr Q*, 81, 285-292.
- Shah, R., Kulkarna, P., Grover, S., Kumar, S., Malhotra, R. & Tyagi S. (2011). Relationship between spirituality/religiousness a coping in patients with residual schizophrenia. *Qual Life Res*, 20, 1053-1060.

Podpis studenta:

Datum:

Podpis vedoucího práce:

Datum:

Příloha č. 2 – ABSTRACT MAGISTERSKÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: **Role spirituality u pacientů s psychotickým onemocněním v remisi**

Autor práce: **Monika Malá**

Vedoucí práce: **PhDr. Daniel Dostál, Ph.D.**

Počet stran a znaků: 108 (195 113)

Počet příloh: 2

Počet titulů literatury: 52

V současnosti je trendem přinášet lidem s jakoukoliv nemocí, co nejlepší péči. Součástí toho, může být i hledání cesty u těchto lidí k jejich zdravé spiritualitě. Teoretická část se zabývá tématy spirituality, schizofrenie a kvality života a jejich propojeními. Také se zde objevují okrajově témata attachmentu a pojmů, která často bývají spojovány s osobní odolností, jelikož dokreslují a rozvíjí témata hlavní. Kvantitativní výzkum vychází především ze současných studií např. Mohra et.al., nebo Hugueleta et al., či publikace Pavla Řičana. Cílem této práce bylo pokusit se hledat ty složky spirituality, které pomáhají člověku se schizofrenií vést subjektivně kvalitnější život. Výzkumný soubor je tvořen 33 páry, tyto páry jsou vždy složeny probanda s psychotickým onemocněním, ke kterému byl dohledáván proband stejného pohlaví, přibližně stejného věku a vzdělání. Výsledky analýzy kvantitativních dat přinesly zajímavé informace o propojení spirituality a kvality života u lidí s psychózou.

Klíčová slova: schizofrenie, psychóza, psychotické onemocnění, spiritualita, víra, religiozita, kvalita života, kvalita života u lidí s psychózou, kvalita života a spiritualita

ABSTRACT OF THESIS

Title: **The role of spirituality of patients with psychotic illness in remission**

Author: **Monika Malá**

Supervisor: **PhDr. Daniel Dostál, Ph.D.**

Number of pages and characters: 108 (195 113)

Number of appendices: 2

Number of references: 52

Currently, the trend is to bring people with any illness, the best possible care. Part of that may be finding a way for these people to their healthy spirituality. The theoretical part deals with themes of spirituality, schizophrenia and quality of life and their interconnections. There is also the attachment appear marginally themes and concepts that are often associated with personal resilience, as illustrate and develop the main themes. Quantitative research is based primarily on current studies, for example Mohr et al, or Hugueleta et al., Publication or Pavel Řičan. The aim of this study was to try to look for those ingredients spirituality that help a person with schizophrenia lead subjective quality of life. The research group consists of 33 pairs, these pairs are always composed of probands with psychotic illness, which was tracing proband same sex, about the same age and education. Results of the analysis of quantitative data yielded interesting information about linking spirituality and quality of life in people with psychosis.

Keywords: schizophrenia, psychosis, psychotic disorder, spirituality, faith, religiosity, quality of life, quality of life in people with psychosis, quality of life and spirituality