

Život osob s duševním onemocněním

Blanka Kadlečková

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Blanka KADLEČKOVÁ**
Osobní číslo: **H08120**
Studijní program: **B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Život osob s duševním onemocněním**

Zásady pro vypracování:

Vyhledání, analýza literárních zdrojů a zpracování teoretické části bakalářské práce.
Příprava metodiky výzkumné části bakalářské práce.
Formulace cíle, nalezení vhodných respondentů, volba výzkumných metod.
Realizace výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu.
Přijetí odpovídajících závěrů
Doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DÖRNER, K., PLOG, U. Bláznit je lidské. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7469-628-5.

FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.

KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. 2.vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V., (eds.) Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. Praha: TRITON, 2009. 256 s. ISBN 978-7378-253-3.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 4.vyd. Praha: Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Eva Šalenová

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

25. ledna 2011

Termín odevzdání bakalářské práce:

6. května 2011

Ve Zlíně dne 25. ledna 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 1.5.2011

.....
Kodličková Zlanka

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce pojednává o životě osob s duševním onemocněním, o vlivu duševní nemoci nejen na samotného nemocného, ale také na jeho rodinu a okolí, o kvalitě jejich života. V teoretické části se zaměřujeme na přehled dosavadních poznatků o duševním onemocnění a s tím související kvalitou života z obecného hlediska. V praktické části se zabýváme názory a pohledy osob s duševním onemocněním na kvalitu jejich života.

Klíčová slova: duševní nemoc, člověk s duševním onemocněním, schizofrenie, léčba, rehabilitace, rodina, kvalita života.

ABSTRACT

This bachelor paper deals with the quality of life of the people with a mental illness, the impact of the mental illness on the people affected but also on their families and the people round them. With regard to the theoretic part of the paper, we have focused on the overview of the existing knowledge of mental disorders and the quality of life involved from the general point of view. With regard to the practical part of the paper, we have investigated how the mentally ill people view the quality of their lives themselves.

Keywords: Mental illness, People with a mental illness, Schizophrenia, Treatment, Physiotherapy, Family, Quality of life.

MOTTO

„Většinu chorob lze oddělit od lidského ega a vidět je jako cizí, rušivý prvek. Schizofrenie je v tomto ohledu poněkud nešťastnou výjimkou. Nastuzení, vředy, chřipku nebo rakovinu, to všechno můžete dostat. Ale schizofrenikem se člověk stane. Schizofrenie nahlodá základní stavební kameny vašeho já.

Jako by to nestačilo, schizofrenie přijde jednou pomalu, jednou rychle, může trvat minutu, dny nebo roky, chvíli se cítíte jako v nebi a jindy je to peklo, umocní vaše schopnosti a vzápětí je zničí a tak pořád nahoru a dolů, třeba několikrát za den, a přitom zůstává hluboko zavrtaná do spletité struktury vašeho já.

Tahle nemoc může změnit váš život jen okrajově nebo ho celý obrátit vzhůru nohama a vy budete marně pátrat po tom, kdy přišla a kdy odešla a co jste ještě vy a co už je ona.“

Mark Vonnegut

Děkuji paní Mgr. Evě Šalenové za odborné a podnětné vedení při zpracování této bakalářské práce.

Děkuji také všem lidem s duševním onemocněním, kteří byli ochotni podílet se na výzkumné části práce vyplněním dotazníku.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 DUŠEVNÍ PORUCHY	11
1.1 PSYCHOTICKÁ PORUCHA	11
1.2 DRUHY PSYCHOTICKÝCH PORUCH	12
1.3 CO JE TO SCHIZOFRENIE?	13
1.3.1 Proč schizofrenie vzniká?	14
1.3.2 Jaké jsou druhy schizofrenie a její příznaky?	17
1.3.3 Průběh, prognóza a léčba schizofrenie.	21
1.4 SOCIÁLNÍ REHABILITACE A KOMUNITNÍ PÉČE U OSOB S PSYCHOTICKÝM ONEMOCNĚNÍM	29
2 KVALITA ŽIVOTA	34
2.1 KVALITA ŽIVOTA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
3 ZÁKLADNÍ INFORMACE O VÝZKUMU	38
3.1 MOŽNOSTI HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA NEMOCNÝCH	38
3.2 VÝZKUMY V OBLASTI KVALITY ŽIVOTA	39
4 VLASTNÍ VÝZKUM	43
4.1 CÍLE VÝZKUMU	43
4.1.1 Použitá výzkumná metoda	43
4.1.2 Organizace výzkumu	43
4.1.3 Stanovení výzkumných předpokladů	45
5 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	46
6 ZÁVĚRY STANOVENÝCH VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ	62
7 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	64
8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	65
ZÁVĚR	66
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	68
SEZNAM OBRÁZKŮ	70
SEZNAM TABULEK	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Smyslem života pravděpodobně každého člověka je prožít svůj život plnohodnotně, dosáhnout svých životních cílů. Tyto cíle mohou být u každého člověka jiné a cesta k jejich dosažení závisí na velikosti a náročnosti daných cílů. Pro zdravého člověka může být splnění některých jeho cílů v životě jistě nesnadné a složité, ale pokud bude chtít, s velkou pravděpodobností svých cílů dosáhne. Pro člověka, do jehož života zasáhne duševní onemocnění, bývá dosažení životních cílů a tím i prožití kvalitního života často nemožné.

Kvalita života je složitý a velmi široký pojem. Dotýká se pochopení lidské existence, smyslu života a samotného bytí. Obsahuje hledání klíčových faktorů bytí a sebepochopení. Zkoumá materiální, psychologické, sociální, duchovní a další podmínky pro zdravý a šťastný život každého člověka.

V této práci se chceme zabývat životem lidí s duševním onemocněním, konkrétně lidí, kteří onemocněli psychotickou poruchou, a ještě konkrétněji schizofrenií.

V teoretické oblasti přibližujeme přehled dosavadních poznatků o duševním onemocnění z obecného hlediska. Zabýváme se také vlivem nemoci nejen na samotného nemocného, ale také na jeho rodinu, okolí, na jeho sociální situaci.

V praktické části se, formou dotazníkového šetření, pokusíme zjistit jaký pohled na svoji nemoc a na svůj život mají sami nemocní.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ PORUCHY

Duševní poruchy jsou charakteristické souborem klinicky rozpoznatelných příznaků (symptomů) nebo poruchou chování, které narušují funkci a často bývají spojeny s pocity tísně. Pojmem „duševní porucha“ byl v mezinárodním klasifikačním systému nemocí MKN-10 nahrazen původně používaný termín „duševní nemoc“. Duševní poruchy jsou velkou specifickou skupinou nemocí. Není možno je posuzovat jako „každé jiné onemocnění“. Člověk s duševním onemocněním je v jiném postavení než člověk s onemocněním tělesným. Ostatním lidem se může jevit jako člověk slabý, neschopný a někdy i jako hloupý. Jeho chování bývá nepředvídatelné, nekontrolovatelné a někdy také nebezpečné, a proto se ho ostatní lidé mohou bát. Duševně nemocný je stigmatizován, trpí a nese tíhu hodnocení své nemoci ostatními lidmi. Na utváření negativních postojů k duševním poruchám se významným způsobem podílejí média, ale také informace z literatury, z doslechu, znehodnocující poznámky v běžné komunikaci a ustálené obraty v řeči. Pro léčbu pacientů s duševním onemocněním má stigmatizace negativní důsledky.

Duševní poruchy se řadí mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti. Z údajů WHO vyplývá, že z prvních deseti vyjmenovaných příčin celkem pět představují psychiatrické diagnózy. Duševní porucha představuje negativní psychologický i ekonomický dopad nejen na pacienta, jeho rodinu, děti a příbuzné, ale i na celou společnost. Často se vyskytují v produktivním věku, vedou k pracovním neschopnostem a k dlouhodobým hospitalizacím, k sociálnímu selhávání a ke zvyšování počtu vyměřených invalidních důchodů.¹

1.1 Psychotická porucha

Mezi duševní onemocnění, které způsobuje značné utrpení v životě nemocných i jejich rodin, patří také psychotická porucha (psychóza).

Jako psychózy bývají označovány stavy, při kterých dochází u nemocného k poruše kontaktu s realitou. Znamená to tedy, že nemocný v psychóze jinak vnímá, myslí a prožívá. Není

¹ MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

to jen jedna nemoc, jeden stav, ale jedná se o celou řadu prožitků, které jsou u každého nemocného tak rozdílné, jak rozdílné jsou různé životní prožitky každého z nás. Pohled takto nemocného člověka na svět je dost odlišný od běžného pohledu člověka zdravého. Změny v myšlení, vnímání a citech jsou tak intenzívní, že nemocný nedokáže odlišit, co je skutečné a co není. Proto lze psychózu pouze přiblížit, ale není možné ji beze zbytku pochopit.²

Pojem psychóza použil poprvé v roce 1845 E. von Feuchtersleben. V minulosti prošel mnoha změnami a v současnosti bývá dokonce někdy opouštěn a odborníci nejsou zajedno při jeho používání ani v dětské psychiatrii ani v psychiatrii dospělých.³

1.2 Druhy psychotických poruch

Psychické poruchy jsou velmi různorodé a mají i rozdílnou míru závažnosti. Velmi zjednodušeně si to můžeme představit na určité přímce, kdy na jedné straně máme zdravého člověka, někde uprostřed lidi s neurotickými problémy a na opačném konci jsou lidé, nemocní psychózou. Toto rozložení není dané a neměnné celý život. Zdravý člověk se může, při určité zátěži, posunout do oblasti neurózy i psychózy. A naopak je možný pohyb i opačným směrem. Příznaky schizofrenie mohou časem slábnout a přeměnit se v potíže neurotické, popřípadě mohou i zcela odeznít.

Psychotické poruchy se dělí do několika skupin:

Schizofrenie, schizotypální poruchy, duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, schizoafektivní poruchy a jiné poruchy.

Nejzávažnější a také nejčastější z této skupiny psychotických poruch je schizofrenie.⁴

² PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

³ MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. ISBN 80-247-0737-3.

⁴ PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

1.3 Co je to schizofrenie?

Slovo schizofrenie je řeckého původu a znamená *rozštěpení duše* („schizo“ znamená štěpit se a „phren“ znamená rozum a myšlení).

Schizofrenie, jako taková, byla popsána již v antice v nejstarších medicínských textech. Pojem schizofrenie pro toto onemocnění zavedl až německý psychiatr Eugen Bleuler. Chtěl tím zdůraznit přítomnost rozštěpení mezi myšlením, emocemi a chováním. Především laickou veřejností ale bývá tento pojem mylně vykládán, jakoby existovaly zároveň dvě nebo více osobností. Podstata schizofrenního prožívání je ale daleko složitější a termín *rozštěpení osobnosti* není vůbec správný.

Schizofrenie je poměrně časté onemocnění. Uvádí se, že onemocní 1 - 1,5% populace, to znamená přibližně jeden člověk ze sta. Onemocnění je stejně časté v různých kulturách i na různých kontinentech. Vyskytuje se stejně často u mužů i u žen, rozdíl je pouze v počátku onemocnění. Začátek onemocnění je v mladém věku, u mužů nejčastěji mezi 15 až 25 lety, u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety. Touto nemocí, stejně jako ostatními psychózami, může onemocnět úplně každý.

Onemocnění propuká obvykle ve velmi mladém věku a může proto podstatně ovlivnit celý další život nemocného i jeho rodiny. Je proto velmi důležité přistupovat k tomuto onemocnění správně již od jeho počátku. Na průběh onemocnění má vliv řada faktorů, především dobré a správně fungující rodinné zázemí, včasná a správně vedená léčba farmakologická i psychologická a také sociální rehabilitace nemocných. Je známo, že zhruba u třetiny nemocných dojde k úplnému uzdravení, u další třetiny se nemoc čas od času vrací a u poslední třetiny má chronický průběh, který v různé míře narušuje život nemocného. Je však také známo, že mnoho dobře léčených pacientů s dobrým rodinným a sociálním zázemím je schopno vést plnohodnotný život.⁵

⁵ PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

Z historie známe řadu významných osobností, které byly (nebo stále ještě jsou) nemocné schizofrenní psychózou. Je tomu tak proto, že schizofrenní lidé jsou často vnitřně velmi citlivými jedinci a zároveň jim tato nemoc přináší schopnost originálního myšlení a tvořivosti. Schizofrenií nebo podobným duševním onemocněním trpěli například: Johanka z Arku, Francisco de Goya, Georg Friedrich Händel, Isaac Newton, Vincent van Gogh, Gustave Flaubert, Ivan Blatný nebo John Nash.⁶

1.3.1 Proč schizofrenie vzniká?

I pro zdravého člověka může být okolní svět neutěšenou realitou, před kterou uniká do snění a k fantazii. Odmítání reálného světa je v různé míře přítomno u každého duševního onemocnění. Zdravý člověk, nebo méně postižený nemocný, je většinou schopen rozlišovat mezi oběma světy – mezi realitou a sněním. Člověk s psychotickým onemocněním ale přerušuje vazby na reálný svět v takové míře, která znemožňuje jeho fungování v přirozeném sociálním prostředí. Psychóza mění způsob, jakým člověk prožívá svět, druhé lidi a sám sebe. Reálný svět tak ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět fantazií a přeludů, ve kterých je nemocný uzavřen.⁷

Coby psychiatrické onemocnění byla schizofrenie poprvé popsána v polovině 19. století. Od té doby se zvažovala řada faktorů, které se podílejí na vzniku tohoto onemocnění (od psychologických až po ryze biologické, resp. genetické). U žádného z nich však nebyl prokázán jednoznačný a zásadní vliv na vznik tohoto onemocnění. V současnosti převládá názor, že se jedná o tzv. multifaktoriální onemocnění, to znamená, že se na jeho vzniku podílí jak psychosociální vlivy na straně jedné, tak vlivy biologické na straně druhé.

Mezi faktory psychosociální patří v první řadě emoční klima v základní rodině, a to především do zhruba dvou let věku dítěte. Dále zde patří vztahy a postavení jedince v různých kolektivech v dětství a dospívání jako jsou např. školní třída, parta, sportovní oddíly, aj.

⁶ JAROLÍMEK, M. *Brožura pro pacienty a jejich blízké*. Vzdělávací projekt Coopera, 2009. 09-RSP-17-0310-CZ.

⁷ STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-828-7.

Mezi faktory biologické patří především dědičnost. Jestliže jeden z rodičů trpí tímto onemocněním, je asi 10% pravděpodobnost vzniku nemoci i u dítěte. Pokud trpí schizofrenií oba biologičtí rodiče, zvyšuje se toto riziko na 40%. Dědí se určitá vloha k onemocnění psychózou, neboli náklonnost k nemoci, nikoliv nemoc sama. K dalším biologickým faktorům řadíme různé virové choroby matky v průběhu těhotenství a případné porodní komplikace, především přidušení při porodu.⁸

Podle současných zkušeností jsou vlastní příznaky psychózy způsobeny narušením některých chemických pochodů v určitých částech mozku. Jedná se o *poruchu rovnováhy mezi přenašeči nervových vzruchů, tzv. neurotransmitery*, což jsou chemické látky, pomocí kterých mezi sebou komunikují jednotlivé nervové buňky. Při rozvoji schizofrenie hrají důležitou roli neurotransmitery – dopamin a serotonin. Zjistilo se, že lidé, kteří trpí schizofrenií, mají zvýšenou činnost dopaminového systému a že se u nich vyskytuje určitá nerovnováha v souhře dopaminového a serotoninového systému. Při nadbytku dopaminu se zvýší aktivita nervových buněk, v mozku je přenášeno příliš mnoho informací, které mozek nedokáže dost dobře zpracovat. Nemocný potom není schopen odlišit např. vlastní myšlenky od toho, co slyší. Nedokáže se vyznat v okolním světě, ale ani v sobě. Vzniká tak u něj zkreslené myšlení s bludným prožíváním a zkreslené vnímání s halucinacemi. Další přenašeč – serotonin – ovlivňuje emoce, agresivitu, cyklus spánku a bdění, příjem potravy.

Dalšími biologickými faktory, které spolupůsobí při rozvoji schizofrenie, jsou určité změny ve struktuře mozku. Moderními zobrazovacími metodami bylo prokázáno, že někteří nemocní schizofrenií mohou mít nepoměr ve velikosti a fungování určitých částí mozku.

Kombinace a vzájemné působení biologických a sociálních faktorů vytvářejí dispozici k vlastnímu onemocnění. Tuto dispozici tvoří *nadměrná citlivost* (hypersenzivita) a *zvýšená zranitelnost* (vulnerabilita). Na vzájemném působení nejrůznějších příčin pak záleží, zda člověk s touto dispozicí onemocní.

⁸ JAROLÍMEK, M. *Brožura pro pacienty a jejich blízké*. Vzdělávací projekt Coopera, 2009. 09-RSP-17-0310-CZ.

V současnosti nejrozšířenějším názorem je, že k propuknutí psychózy dochází tehdy, když je člověk, který má vrozenou vlohku k psychotickému onemocnění, vystaven nadměrné záteži z okolního prostředí.⁹

Zajímavým rizikovým vlivem *okolního prostředí* se jeví např. roční doba, ve které dítě přijde na svět. Lidé, kteří onemocní schizofrenií se, asi o 5% – 8 % častěji, rodí v zimních měsících, tj. v lednu až březnu. Předpokládá se zde možnost ovlivnění mozku vyvíjejícího se plodu viry, které se častěji vyskytují v zimě a jsou příčinou tzv. chřipek. Další z možností je nedostatek světla, vitamínů a také snad účinek acylpyrinu, aspirinu, který matky užívají při chřipce, na mozek vyvíjejícího se plodu.

Rizikem vyššího výskytu schizofrenie jsou zatížení obyvatelé měst. K poněkud vyšší možnosti rizika onemocnění stačí, když se dítě ve městě jen narodí. Je to pravděpodobně dáno větším rizikem virových infekcí v hustější populaci.

Některými výzkumy byl také prokázán vliv výživy matky a tedy i plodu na vznik schizofrenie. Význam kojení na snížení rizika pozdějšího výskytu schizofrenie není zcela jednoznačný. U některých populací byl prokázán, u jiných však tento vliv doložen nebyl.

Pokud je biologický otec dítěte starším mužem, riziko rozvoje schizofrenie u dítěte roste. Pokud bylo otcům v době početí 48 a více let, bylo riziko rozvoje nemoci u dítěte téměř třikrát vyšší než u dětí otců, kterým bylo v době početí 20-24 let. Je to pravděpodobně způsobeno vyšším rizikem mutací, které postihují DNA spermií starších mužů.

Těžký psychologický stres (např. válečné strádání), který postihl těhotné ženy, je rizikovým vlivem pro vznik řady poruch u jejich dětí. U takto stresovaných potomků byl také zjištěn vyšší výskyt schizofrenie, přičemž zranitelnějšími jsou chlapani než děvčata.

Riziko možnosti vzniku schizofrenie také roste u dětí nechtěných a „nevhodně načasovaných“. Naopak nebylo prokázáno, že by se riziko rozvoje onemocnění zvyšovalo při předčasném odloučení matky od dítěte, např. při matčině onemocnění.

⁹ PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*, Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

Řadou studií byl také potvrzen rizikový vliv migrace do jiné země. Důvodem je pravděpodobně psychosociální stres, který vyplývá ze života ve zcela odlišném kulturním prostředí, který může být ještě zesílen příslušností k etnické menšině.

Schizofrenie také častěji postihuje lidi chudé, na nižším stupni společenského žebříčku, než lidi bohaté. Bývá to vysvětlováno jak původem – kdy být chudý znamená vyšší míru stresu, tak také „sociálním skluzem“. Lidé nemocní schizofrenií snadněji „sklouznou“ po sociálním žebříčku dolů, a to se může začít odehrávat často již nějakou dobu před propuknutím jasných klinických příznaků nemoci.

Až v 80 % případů byl, podle některých studií, u pacientů se schizofrenií ve věku 16 – 18 let zjištěn nějaký druh závislosti na psychoaktivní látce. Při studii tohoto vztahu, není zcela jasné, co bylo dřív. Zda rané příznaky nemoci nutí budoucí pacienty, aby hledali úlevu v psychoaktivních látkách, anebo jsou to drogy, které „spustí“ schizofrenii. Lidé nemocní schizofrenií jsou podstatně častěji kuřáci (70 – 90%), často velmi těžcí, než neschizofrenní populace (26%). Také nadměrné užívání alkoholu se u nemocných vyskytuje třikrát častěji než u neschizofrenních jedinců. U citlivých jedinců může propuknutí schizofrenie vyprovokovat marihuana, u nemocných lidí příznaky nemoci zhoršuje. Před propuknutím příznaků schizofrenie a zahájením léčby užívalo marihuanu téměř 70 % zkoumaných jedinců. Jak ukazují výsledky řady studií, není užívání marihuany druhem „sebeléčení“, ale naopak u zranitelných jedinců schizofrenii vyvolá.¹⁰

1.3.2 Jaké jsou druhy schizofrenie a její příznaky?

V mezinárodní klasifikaci nemocí, kterou vydala Světová zdravotnická organizace (MKN, 10. vydání) jsou uvedeny tyto kategorie schizofrenie:

Paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie, nediferencovaná schizofrenie, postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenie, simplexní schizofrenie, jiné schizofrenie a blíže nespecifikované schizofrenie.

¹⁰ KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše. Třetí, rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-314-3.

V praxi bývá velmi složité přiřadit schizofrenní poruchu u pacienta k určité konkrétní kategorii. Každý nemocný má *svou vlastní schizofrenii*. Smyslem pojmenování konkrétní kategorie schizofrenie u pacienta je především dorozumívání mezi profesionály (lékaři, psychologové, apod.) Příznaky u jednotlivých kategorií schizofrenie jsou různé, mohou se ale u každého pacienta v průběhu nemoci měnit, přecházet jakoby z jedné kategorie do druhé.

Pacienti s diagnózou schizofrenie se v psychiatrických léčebnách podílejí 20 – 25 % na počtu prvních hospitalizací. Zároveň také více než polovinu chronických pacientů představují pacienti původně přijatí s diagnózou schizofrenie. V posledních letech ale dochází ke změně v tom, že hospitalizace pacientů s diagnózou schizofrenie je kratší, ale pacienti jsou přijímáni vícekrát.

Ze srovnání tohoto onemocnění napříč časem a kulturami je zřejmé, že má stále stejný obraz. Bludné obsahy jsou kulturně a časově ovlivněny a podléhají mytologii i politickým podmínkám. Frekvence výskytu onemocnění a věk se při srovnávání neliší, pokud je možno důvěřovat metodám transkulturní psychiatrie. *Schizofrenním nazýváme výhradně to, co začíná v dospívání.*¹¹

Protože schizofrenie se projevuje nejčastěji v období dospívání, můžeme říci, že se jedná o onemocnění mladých lidí. Většinou však nedochází k onemocnění náhle a nečekaně. Před propuknutím onemocnění se může vyskytovat různě dlouhé období několika měsíců, případně i let, kdy se tyto lidé začnou postupně měnit, uzavírají se do sebe a přerušují sociální kontakty. Protože se onemocnění často objevuje v období puberty, příkládá okolí nemocného tyto prvotní příznaky právě projevům puberty. V začátcích onemocnění se tyto lidé často cítí podivně bez radosti, trpí nepochopitelným napětím a obavami, tělesnou únavou a nejsou schopni se soustředit. Někteří jsou tzv. bezcílne aktivní, zahajují řadu činností, ale žádnou nejsou schopni dokončit. Ztrácí schopnost komunikovat s vrstevníky, postupně mohou ztrácet sociální kontakty zcela a uzavírají se tak do svého vlastního fantazijního světa. Mají zvláštní pocity jakési předtuchy – „*něco se určitě stane, něco je ve vzduchu*“. Ve všem kolem sebe vidí zvláštní souvislosti, jsou nedůvěřiví, úzkostní a může se proto u nich projevovat neklid a nespavost. Běžné věci v jejich okolí často vnímají jako ohrožující

¹¹ DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7469-628-5.

a mající zvláštní význam. Okolní svět, ale i jejich vnitřní prožívání, jim připadá jako cizí. Mají pocit, že jakákoliv nahodilá událost a každý předmět se vztahuje k nim osobně, že se v jejich okolí mnoho změnilo. Věci a události vnímají jako schválně zinscenované. V počátcích onemocnění se řada mladých lidí stává členy různých hnutí a náboženských sekt, u nichž hledají vysvětlení toho, čemu nerozumí. Z pocitu vztahovačnosti všeho ke své vlastní osobě se mohou postupně vyvinout bludná přesvědčení a časté pocity pronásledování. To, co se dříve zdálo neurčité, dostane najednou jasný význam, který se jeví často pro nemocného velmi nebezpečný. Přestože chorobné prožívání mění realitu, nemizí zcela vzpomínka na normální skutečnost. Nemocní se často dokáží navenek přizpůsobit, orientovat se v realitě a psychotické prožívání se může objevovat jen zlomkovitě a občas. Říká se tomu *podvojně účetnictví*. Postupně se chování a jednání nemocného stává stále více ovlivněno psychotickými prožitky a vlastní logikou nemocného. Protože jsou tyto prožitky silnější než reálné, nemocný jim zcela uvěří a naopak nevěří svému okolí. Vznikají tak neshody s okolím a je velmi těžké přesvědčit nemocného o nepravdivosti těchto symptomů.

Příznaky schizofrenie se dělí na *pozitivní* a *negativní*. Zjednodušeně je možno říci, že příznaky pozitivní znamenají nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí a příznaky negativní znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí.

Mezi typické pozitivní příznaky schizofrenie patří halucinace a bludy.

Halucinace vznikají na základě zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, vznikající bez jasného zevního podnětu. Nemocný vidí, slyší nebo cítí věci, které ostatní nevnímají. Halucinace se mohou týkat všech smyslů. Nejčastěji se vyskytují halucinace *sluchové* – tzn., že nemocný může slyšet buď jednoduché zvuky (zvonění, tikání, škrábání) nebo složitější vjemy, kterými jsou tzv. *hlasy*. Tyto hlasy potom buď hovoří k nemocnému přímo anebo hovoří o něm, případně komentují jeho jednání. Velmi nebezpečné mohou být hlasy, které nemocnému dávají příkazy. Pod jejich vlivem může dojít ke zkratkovitému jednání. Nemocný může např. někomu ublížit, případně může ublížit sám sobě. Tyto hlasy může nemocný slyšet ušima, nebo je může vnímat jako ozvučené myšlenky v hlavě. Protože jsou tyto vjemy často intenzivnější než skutečnost, nemocní často se svými halucinacemi komunikují. Časté bývají také halucinace *intrapsychické*. Nemocní mají pocit jako by jim někdo jejich myšlenky odnímal anebo naopak myšlenky vnucoval. Často mají pocit, že jsou jejich myšlenky ozvučovány, zveřejňovány nebo, že je někdo jiný komentuje. Někdy mají nemocní pocit, jakoby vlastní myšlenky slyšeli nahlas opakovat.

Pokud se u nemocného objevují *zrakové* halucinace, může vidět různé osoby, různé tvary, barvy nebo celé barvitě scény. Tento druh halucinace bývá častý v souvislosti s různými náboženskými představami.

Čichové halucinace bývají nejčastěji spojeny s halucinacemi chuťovými a bývají součástí bludů. Nemocný cítí nejrůznější pachy, které jsou většinou nepříjemné, např. pekelnou síru, apod.

Halucinace *tělesné* se týkají především zvláštních tělesných pocitů, kdy se u nemocného objevují pocity elektrizování, změn tělesných orgánů, pálení, případně nejrůznějších dotyků.

Bludy patří mezi poruchy myšlení a jsou poruchou obsahu myšlení. Je to nepravdivá, falešná představa, kterou nelze nemocnému vymluvit, protože mu připadá naprosto pravdivá. Jde o tzv. nevývratné přesvědčení. Blud má většinou určitý časový vývoj. Nemocného nejprve napadá jen myšlenka a poté postupně dojde k vývoji bludného přesvědčení. Nemocný si může vytvořit velmi propracovaný systém bludů. Přestává lidem rozumět, stejně jako nerozumí sám sobě a začne být nejistý v kontaktu s nimi. Nejčastějším obsahem bludů jsou *pocity pronásledování*. Nemocní mohou mít také bludná přesvědčení o nadání *výjimečnými schopnostmi* nebo *nadpřirozenou mocí* nebo také bludy o *významném původu*. Obsah bludů bývá velmi pestrý. Někdy mají nemocní pocit, že jsou kontrolováni nějakou silou, že jim někdo vkládá do hlavy cizí myšlenky nebo, že jsou jejich myšlenky zveřejňovány pomocí rádia nebo televize. Přesvědčení nemocného o tom, že bludy jsou pravdivé, je silnější než skutečnost a nemocný tak může jednat pod jejich vlivem.

Poruchy formy myšlení jsou další poruchou myšlení. Nemocný nedokáže udržet linii rozhovoru, mluví nelogicky a obširně, zabíhavě, jeho myšlení je nesouvislé. Někdy mu vůbec nerozumíme, protože myšlení je tak nesouvislé, že potom mluvíme o *slovním salátu*.

K pozitivním příznakům patří také *různé poruchy chování*. Nemocní se často chovají v souladu se svými halucinacemi. Chovají se velmi zvláště, mohou být neklidní, urychlení a někdy i agresivní.

Typickými negativními příznaky jsou postupné *snížení a ochuzení citového prožívání*. Vypadá to, jakoby nemocnému bylo všechno jedno, jakoby se ho nic netýkalo. Je *omezená komunikace* a je také *snížená mimika obličeje*. Nemocný má také velké *obtíže rozhodovat se a plánovat*, objevují se *poruchy koncentrace pozornosti*. Nemocný ztrácí zájem o věci,

keré dříve dělal a které ho bavily, uzavírá se a stahuje se do sebe. Z těchto stavů bývá velmi obtížné jej vytrhnout. Někdy nemocní upadají do tělesné strnulosti, přestávají mluvit, pít i jíst. Toto *oslabení až ztráta vůle* je dalším z negativních příznaků schizofrenního onemocnění.¹²

Pro psychózy je charakteristické, že u nich dochází k dezintegraci jednotlivých funkcí psychiky, samotné jádro osobnosti člověka bývá zasaženo a vyskytují se u nich příznaky, které jsou tak vzdálené duševním prožitkům zdravých lidí, že je velmi těžké se do nich vcítit i při dobré empatii. Často bývá přítomen paranoidní i halucinatorní syndrom, kdy se člověku s psychotickým onemocněním svět a lidé kolem něj jeví podezřele, nebezpečně a vůči němu nepřátelsky naladěni. Paradoxně domnělou hostilitu druhých vůči sobě člověk s psychózou promítá nejčastěji právě do těch osob, které jsou mu citově nejbližší. Je dobré tuto nedůvěřivost a podezíravost, která je někdy jen mírná, jindy bludně extrémní – respektovat.¹³

1.3.3 Průběh, prognóza a léčba schizofrenie.

Onemocnění se nejčastěji rozvíjí postupně s prodromálními příznaky, což jsou vlastně příznaky, předcházející vlastnímu onemocnění. Podle provedených epidemiologických studií trvá toto prodromální období 3-5 let. Rozlišení počátku těchto prodromálních příznaků může být velmi složité. Protože prvotní projevy psychotického onemocnění vznikají často u mladých dospívajících lidí, vysvětlují si je jejich rodiny a přátelé jako normální chování dospívajících a často trvá velmi dlouho, než se vyhledá odborná pomoc. Chování nemocného bývá také občas přisuzováno charakterové slabosti nebo stresu a rodina i přátelé věří

¹² PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

¹³ CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7040-409-4.

tomu, že nemocný prochází fází, která pomine. V tomto prodromálním období si nemocní často stěžují na neurčité bolesti hlavy, zad, svalů, zažívací obtíže, pocity celkové slabosti a na časté poruchy osobnosti. Jsou proto často posíláni k praktickým lékařům s podezřením na tělesné onemocnění, které je pro nemocného i pro jeho rodinu přijatelnějším vysvětlením než podezření na duševní onemocnění. Většinou až po dlouhé době si příbuzní uvědomí, jak se jejich blízký změnil, že má problémy ve fungování v rodině, v zaměstnání, ve škole i ve společnosti. Postupně se začínají objevovat další příznaky jako je např. hloubání nad maličkostmi a nepodstatnými věcmi, zaujetí vírou nebo okultismem, zvláštnosti v chování, oblékání, v jídle, rozladění, podrážděnost, vztahovačnost, neklid, úzkost, nespavost, bludy a halucinace. Tyto potíže se postupně stupňují, až dojde k úplnému propuknutí *psychotické ataky* (tj. období akutních příznaků). Schizofrenie se často objevuje v epizodách (psychotických krizích – *atakách*) nebo posléze v opakováních – v *relapsech* (znovupropuknutí choroby). Tyto epizody většinou nevznikají náhodně, ale bývají vyprovokovány stresem (např. ztráta někoho blízkého, nadměrná kritika okolí, viróza, bezvýhodná situace, apod.). V akutní atace dochází k rozvoji příznaků psychózy a je potřebná medikamentózní léčba. Pokud jsou příznaky příliš intenzivní, nebo nemocný svým chováním ohrožuje sebe nebo okolí, je nutná hospitalizace.

Ve většině případů bývá začátek onemocnění plíživý s prodromálními příznaky. Podstatně méně často dochází k rozvoji akutní fáze z naprostého duševního zdraví. Každá nová ataka nemoci je velkou zátěží a změnou nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Dochází ke změnám nejen v psychice, ale i ve fungování ve všech oblastech života nemocného. Proto je důležité relapsům choroby předcházet. V průběhu akutní ataky nemoci mění psychotické příznaky vztah nemocného k sobě samému i k okolí. Po odeznění akutních příznaků dochází k oslabení v řadě oblastí – je zvýšena citlivost organismu na jakékoliv změny, je menší odolnost vůči zátěži, jak fyzické tak psychické. Během nemoci se změnil kontakt nemocného s okolím. Ztratil řadu přátel, zaměstnání, školu. Většinou neví jak znovu začít, do své budoucnosti se dívá s obavami, často se objevují pocity méněcennosti a nemocný má strach z nálepky duševně nemocného. S tímto bilancováním se objevují i sebevražedné pokusy. Uvádí se, že až 10 % nemocných schizofrenií spáchá sebevraždu. Pokud je po zvládnutí akutní ataky nemoci stav nemocného stejný jako před onemocněním, je další prognóza choroby příznivá. Naděje na zlepšení je ale i u chronicky probíhajících onemoc-

nění, a to především díky stále nově vyvíjeným lékům, ale i novým rehabilitačním postupům.

Je velmi důležité si uvědomit, že schizofrenní onemocnění je léčitelné.

Velké úsilí je v současné době věnováno hlavně prvním atakám nemoci, protože je zřejmé, že je velmi důležité léčit nemocného co nejdříve a zabránit tak důsledkům, které vyplývají z nerozpoznaného nebo špatně léčeného onemocnění. Proto je velmi důležitá co největší a nejlepší spolupráce s rodinou nemocného. Pro každou rodinu je takovéto onemocnění obrovským stresem a ohrožením. Mohou se zdráhat vyhledat odbornou pomoc a to z různých důvodů. Může se u nich projevit např. *popření problému* – pocit, že to mohou vyřešit sami, že se to časem spraví nebo, že vůbec nic takového neexistuje. V rodinách propuká panika a začne se (naprosto zbytečně) *hledat viník* - zklamání v lásce, špatná výchova, přísná učitelka, apod. Málokdo je schopen si, v této době, uvědomit, že v průběhu života každý člověk prochází nejrůznějšími stresy, ale zdaleka ne každý onemocní duševní chorobou. Velmi častá je obava z *nálepky duševního onemocnění*. Objevuje se také *nedůvěra ke zdravotníkům*. Praktický lékař může mít problém s rozpoznáním duševní nemoci a problém je také v dostupnosti vhodných psychiatrických zařízení, a to především na venkově. Po nasazení léku mohou, během akutní fáze, psychotické příznaky poměrně rychle odeznít. U některých nemocných však přetrvávají tzv. *zbytkové příznaky*, jako je větší unavitelnost a nižší výkonnost, pocity vnitřní prázdnoty a neprožívání, snížená schopnost se soustředit, pokleslá nálada a apatie. V tomto období je, v rámci rehabilitace, velmi důležitá spolupráce s rodinou, pro pochopení toho, co se stalo. Rychlý návrat do normálního prostředí a převzetí původní odpovědnosti může na některé nemocné působit příznivě. U jiných může způsobit relaps nemoci a u těch je potom vhodnější postupovat pomalu a postupně. Je těžké tyto dvě skupiny rozlišit. Období prvních 2 – 5 let po první akutní psychotické epizodě se považuje za kritické. V tomto období je nemocný velmi zranitelný a je nezbytné jej velmi pečlivě pravidelně sledovat. Protože se onemocnění může v jednotlivých epizodách vracet a protože se ukazuje, že častější návraty nemoci bývají spojeny s celkově horšími důsledky a průběhem nemoci, je velmi důležité vědět, jaké jsou *varovné příznaky* navracející se nemoci. Při dobré spolupráci s lékařem je možné se naučit tyto relapsy rozpoznávat a umět jim předjít. Varovné příznaky mohou být u jednotlivých nemocných různé. Může se objevit nespavost, podrážděnost, nesoustředěnost, nervozita a vnitřní pocit, že se zase něco děje. No-

vé epizody nemoci bývají často vyvolány nadměrným stresem, proto je potřeba se naučit zátěžové situace nepodceňovat.

Rozlišujeme 3 fáze léčby: léčbu akutních příznaků nemoci, stabilizaci a dosažení remise, udržení remise a prevence relapsu. Pod pojmem remise rozumíme úplné vymizení symptomů nemoci.

Příznivější prognóza je u onemocnění s náhlým, prudkým začátkem nemoci a s přítomností pozitivních příznaků (bludů a halucinací a větší tělesnou aktivitou). Onemocnění s plíživým začátkem a s přítomností spíše negativních příznaků (snížení emoční a pohybové aktivity) mají naopak prognózu méně příznivou. Příznivěji onemocnění probíhá také u těch nemocných, kteří mají partnera nebo založenou vlastní rodinu, u těch, kteří mají stálé zaměstnání nebo studují. Velmi důležitý pro příznivý vývoj nemoci je také zachování si koníčků a původního životního stylu. Neméně důležitá pro příznivou prognózu onemocnění je spolupráce nemocného a jeho blízkých s odborníky, ale také osvícená podpora veřejnosti.

U laické veřejnosti stále přetrvává názor, že schizofrenie je nejhůře léčitelným duševním onemocněním s nevratnými změnami a chronickým průběhem. Rovněž si myslí, že schizofrenií onemocní lidé s nižším intelektem anebo, že při onemocnění dochází ke zhroupení. To ale není pravda. Přítomnost symptomů nemoci pouze neumožňuje některým nemocným využívat svých schopností v takovém rozsahu, jako tomu bylo před propuknutím nemoci. U některých nemocných se pouze mění komunikační dovednosti, stávají se uzavřenější, jsou méně citově vřelí a jsou celkově pomalejší. Při vhodné terapii je však možné tyto obtíže zvládnout. Je pravda, že se jedná o závažnou nemoc s tendencí k chronickému průběhu. Velmi však záleží na včas zahájeném komplexním léčení. Při současném vývoji vědy, kdy se objevují stále nové léky s minimem vedlejších účinků a kdy jsou rozpracovány rozsáhlé psychoterapeutické a rehabilitační programy, se léčitelnost této nemoci stále zlepšuje.

Díky moderním formám léčby jsou průběh i vyhlídky psychotické poruchy v současnosti podstatně lepší, než tomu bylo dříve. U každého nemocného závisí nejen na typu jeho nemoci, ale i na něm samotném a především na jeho spolupráci s lékařem a užívání doporučených léků. Velmi důležitý je vliv rodinného a pracovního prostředí a také životních událostí, které nemocného potkají.

Léčba se liší podle fáze onemocnění, ve které se postižený právě nachází a podle míry dalšího postižení:

1. Farmakologická léčba – je nejdůležitější při akutních stavech a také k zabránění vzplanutí nových atak emoci.
2. Psychoterapeutická léčba – dostává se do popředí v období mezi akutními atakami nemoci v době zmírnění nebo vymizení akutních příznaků.
3. Socioterapeutická léčba – přichází na řadu, pokud je pacient postižen spíše sociálně, profesně, případně je invalidizován.

U každého z uvedených druhů léčby je velmi důležitá pružnost terapeuta a jeho léčebná strategie. Každý by měl využívat více než jednu metodu léčby. Ve všech fázích nemoci má velký význam spolupráce s nejbližšími příbuznými nemocného. V současnosti bývá upřednostňována ambulantní léčba nemocných. Pokud je tato forma léčby příliš zatěžující (zejména při prudkých nebo déletrvajících krizích), je možná psychiatrická hospitalizace. Tu volí lékař zpravidla také v případech kdy, díky psychotickým prožitkům, dochází k ohrožení samotného pacienta nebo druhých.

Farmakologická léčba je nejdůležitější a stojí na prvním místě v léčbě psychotických poruch. Objevení a zavedení antipsychotik do terapie duševně nemocných před zhruba 60 lety, znamenalo obrovský pokrok a zlepšilo naději nemocných na příznivý průběh nemoci. Do té doby byli nemocní s psychózou většinou odsouzeni k trvalému pobytu v psychiatrických zařízeních. *Antipsychotika* jsou léky, které vedou ke zklidnění nemocného, zmírňují úzkost a navodí spánek. Myšlení se postupně uspořádá, bludy a halucinace ztrácejí svou naléhavost a posléze mohou odeznít docela. U pacientů, trpících schizofrenií, se vyskytuje zvýšená aktivita dopaminového systému. Řadu let byli tito pacienti léčeni léky, které blokovaly dopaminové receptory, zabraňovaly dopaminovému přenosu a snižovaly aktivitu dopaminu v mozku. Tyto léky působily především na pozitivní příznaky schizofrenie (bludy, halucinace, zvýšenou tělesnou aktivitu). Tyto léky nazýváme jako klasická nebo také *typická antipsychotika*. Tyto léky mohou vyvolávat vedle svých hlavních léčebných účinků také účinky vedlejší, nežádoucí. Účinek antipsychotik se může projevit pocitem ztuhlosti svalů, nechuti k pohybu, snížením gestikulace a mimiky, mimovolnými pohyby úst a očí. Tyto příznaky sice nejsou nebezpečné a většinou zmizí při úpravě medikace, jsou ale pro nemocného velmi nepříjemné a často bývají také důvodem toho, že nemocný léky, bez

souhlasu lékaře, přestane užívat a zvýší tím riziko relapsu nemoci. Vývoj antipsychotik v současné době je zaměřen na tzv. *atypická antipsychotika*, která blokují dopaminové i serotoninové receptory v mozku a mají tak vliv nejen na pozitivní, ale i na negativní příznaky onemocnění. Jejich velkou výhodou je, že způsobují minimum vedlejších nežádoucích účinků. Do určité míry ovlivňují i náladu nemocného a díky svým vlastnostem zlepšují kvalitu života pacientů. Velmi důležité je také jaký způsob farmakologické léčby zvolíme. Někdy, obzvláště v počátku nemoci, je nutné nemocného uklidnit vyšší injekční dávkou léku. Při optimální léčebné strategii ale zvyšujeme dávku léku postupně a pomalu a sledujeme případný výskyt nežádoucích účinků. Lék je také nutno podávat dostatečně dlouhou dobu, abychom zabránili relapsu psychózy. Po první atace nemoci je doporučováno podávat lék nejméně 1 (spíše až 2) roky, čímž je možno snížit riziko relapsu až o 50 %. Po druhé, případně třetí atace nemoci se doporučuje užívat léky minimálně 5 let. V případě dalších relapsů nemoci je často nutné užívat léky již po celý život. Léky jsou většinou podávány orálně, ve formě tablet. Někteří nemocní však léky užívají neradi, případně na to zapominají. V těchto případech je možné podávat depotní injekce (s prodlouženým účinkem) léku jednou za 14 dní až měsíc. V průběhu psychotického onemocnění se někdy může objevit smutná nálada a v tomto případě je namísto podávání antidepresiv. Občas bývá také nutná úprava spánku podáváním hypnotik a na úpravu vedlejších účinků se používají anti-parkinsonika. V žádném případě se při farmakoterapii nedoporučuje kombinace s alkoholem, protože antipsychotika účinek alkoholu zvyšují.

Psychoterapeutická léčba poskytuje nemocnému určitý ochraňující prostor, ve kterém se může projevit a vyjádřit, co ho trápí. Příznaky psychotického onemocnění často zneklidňují, znejišťují, vedou k silné úzkosti a strachu. Nemocný v sobě nenachází oporu, nemůže se opřít o své vlastní zkušenosti z minulosti, ztrácí kontakt s druhými lidmi, má potíže s nimi mluvit a může tak na svého terapeuta odložit to, co se těžko vyjadřuje mimo tento ochraňovaný prostor. Psychoterapeut je tak lidským průvodcem nemocného, který mu umožní uklidnit se a postupně rozumět souvislostem. Cílem správně vedené psychoterapie je, aby se pacient mohl opět cítit sám sebou, rozumět si a také aby našel správný vztah k ostatním lidem a k jednání s nimi. Důležité je i získání zkušeností, jak se chránit před novými psychotickými krizemi. Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora zdravých částí osobnosti, které jsou i u těchto nemocných vždy přítomné. Psychoterapie pomáhá nemocnému obnovit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, myšlenkami, představami,

emocemi a chováním. Léčba psychotických poruch vyžaduje specifické psychotherapeutické přístupy, které vyžadují od terapeuta zvláštní dovednosti. Psychotherapeutická léčba u lidí, kteří prodělali psychotickou epizodu, může trvat i několik let. Může probíhat i ve skupině, ale vždy by se měla přizpůsobovat individuálním potřebám nemocného.¹⁴

Nadšení, zájem a angažování se v psychoterapii schizofrenního onemocnění, podléhá v průběhu posledních zhruba padesáti let značným výkyvům. Optimistická období, která bývají plná odvážných, mnohdy až heroických terapeutických pokusů, jsou střídána období únavy a rezignace z důvodu vážnoucích pozitivních výsledků. Přesto se řada psychoanalytiků léčbou psychotických pacientů zabývá. Terapie probíhá často podle velmi odlišných konceptů, jejichž spektrum sahá od jednoduchého podpůrného vedení pacienta až k velmi intenzivním výkladovým technikám s pěti sezeními týdně.¹⁵

V době rehabilitace jsou na poli psychoterapie používány různé přístupy. Nejčastěji používanými jsou:

Individuální psychoterapie, která poskytuje přátelskou atmosféru, přijetí a pochopení a do ničeho nenutí. Pomáhá nemocnému obnovit důvěru ve svět a vytvořit si pevný vztah s osobou, které může důvěřovat v krizových situacích.

Skupinová psychoterapie, která pomáhá nemocnému mj. také tím, že si uvědomuje, že druzí prožívají mnohdy podobné věci, může se od nich učit jak se s nemocí vyrovnat i to, jak řešit každodenní problémy.

Kognitivně-behaviorální terapie, která se soustředí zejména na nemocné s dlouhodobým postižením. Učí je zbavit se zbylých příznaků nemoci a trénuje dovednosti potřebné k se-

¹⁴ PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

¹⁵ MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-992-5.

beobstarání. Je zaměřena na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci a odstranění úzkostného způsobu myšlení. Vede ke zlepšení sociální adaptace v sebehodnocení i v hodnocení objektivním.

Rodinná psychoterapie, která je velmi důležitá ve všech fázích léčby psychotických poruch. Je velmi důležité, aby v rodině bylo vytvořeno příznivé klima, bez prudkých emocí, mentorování, hádek nebo výčitek. To bývá občas složité, protože zainteresovaní často hledají viníka, zodpovědného za nemoc, mezi sebou. Rodina neví, jak nejlépe reagovat na onemocnění a někteří nemocní tak mohou ztratit kontakt se svou rodinou. Členové rodiny ale znají pacienta nejlépe a jejich pomáhající přístup může být pro rehabilitaci nemocného nejdůležitější.

Socioterapeutická léčba slouží zejména ke znovuzařazení do života mezi zdravé lidi. Dotýká se oblasti bydlení, práce a rodiny. Po prodělané psychotické epizodě je člověk zpravidla velmi vyčerpaný a potřebuje určitý čas na obnovu sil. Toto období, které může trvat 1 až 3 měsíce, ale také podstatně déle, vyžaduje přechodné obřemenění od každodenních povinností. Protože někdy přetrvávají zbytkové psychotické příznaky, bývá obzvláště těžké vybudovat nový uspokojující každodenní život. V této době by nemělo docházet k nadměrnému přetěžování nemocného a nároky by měly být přiměřené možnostem. Na škodu mohou být jak nároky příliš vysoké, tak nároky nedostatečné. Příliš nízké nároky mohou vést k pasivitě a ztrátě zájmů. Nejlepší prevencí nového vzplanutí nemoci je rozumná rehabilitace a navázání běhu života tam, kde byl před propuknutím nemoci. Nemocní se mohou již během hospitalizace, pokud jim to jejich stav dovolí, zapojit do pracovní terapie. Zpočátku pouze na krátký čas denně a zátěž je dobré postupně zvyšovat, podle možností nemocného. Pracovní terapie ukazuje nemocnému, že není úplně neschopný, že dokáže něco udělat a také pomáhá k získání denního řádu. Velkým přínosem v rehabilitaci po psychotické epizodě mohou být různá denní sanatoria, chráněné dílny a chráněná bydlení. Cílem rehabilitace často nemusí být plná pracovní schopnost, ale taková pracovní situace, která je pro nemocného přiměřená.¹⁶

¹⁶ PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. ISBN 80-85912-65-1.

1.4 Sociální rehabilitace a komunitní péče u osob s psychotickým onemocněním

Práce s osobami s psychotickým onemocněním je velmi složitá a klade vysoké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup. Při práci s těmito lidmi je třeba se orientovat v základní psychopatologii nemoci a brát ji při jednání s klientem s tímto onemocněním v úvahu. V praxi se velmi dobře osvědčuje, když se k těmto lidem chováme přirozeně, s respektem a zájmem. Pokud klient cítí, že je o něj zájem, že nasloucháme jeho názorům a vnímáme jeho prožívání, je málo pravděpodobné, že se pečující osoba dopustí v kontaktu s tímto nemocným nějaké velké chyby. Vždy je vhodné lépe vážit slova a je nutné počítat s tím, že klient může být zvýšeně vztahovačný, a že to, co by v běžné komunikaci proběhlo pravděpodobně bez povšimnutí, může být zdrojem napětí a nedorozumění. Vzájemnou komunikaci mohou komplikovat sluchové halucinace, které jako by byly „třetí osobou“ v probíhajícím rozhovoru, která nemusí být zrovna nakloněna pečující osobě. A s tím je potřeba počítat.

V komunikaci s klientem s psychotickým onemocněním je důležité přizpůsobit se jeho možnostem a projevům. Jinak jednáme s klientem, který je ve stabilizovaném stavu, adaptovaný a jinak s klientem, který přichází v akutní krizi, atace, případně pokud je u něj již přítomný postpsychotický defekt osobnosti.

V sociální práci s lidmi s psychotickým onemocněním je potřeba brát v úvahu také častokrát sníženou vůli řešit různé životní situace. Občas se jeví jako líní, pomalí, nedůslední, zapomínající, Mnohdy jsou u nich omezeny i běžné činnosti, jako je péče o sebe, strava, hygiena, apod. Nesmíme zapomínat, že velká část těchto projevů jde na vrub duševní nemoci, případně je důsledkem dlouhodobé hospitalizace. To, že o těchto projevech víme a bereme je v úvahu, ale neznamená, že v práci s nimi, se právě toto nesnažíme pomalu měnit.

Oblasti potřebné péče

Překonání společenské izolace a stigmatizace

Lidé, kteří jsou duševně nemocní, se snadno dostanou do společenské izolace. Jejich onemocnění jim často neumožňuje přirozeně a volně budovat mezilidské vztahy a také může

znehodnotit již dříve vybudované vazby. Mohou je také omezovat fyzické nebo finanční prostředky a v souvislosti s tím pak mají limitované možnosti trávit čas ve veřejných prostorech. Díky negativnímu vnímání duševní nemoci často dochází také ke stigmatizaci nemocných a ta může být překážkou pro vytváření sociálních služeb („nemá to cenu“). Stigmatizace duševně nemocných znamená, že jsou větší částí společnosti vnímáni jako více méně homogenní skupina, méněcenná a nebezpečná. Často také dochází k tzv. selfstigmatizaci, kdy se nemocný člověk cítí jako méněcenný, má tendenci se podceňovat a má pocit, že se nehodí do okolního světa.

Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností

Již v podmínkách nemocniční péče lze cílenou rehabilitací pacienty připravit na přechod do původního sociálního prostředí. Důležitý je rozumný režim oddělení, který by měl být co nejvíce smysluplný, měl by umožnit pacientům se podílet na chodu oddělení (terapeutická komunita), měl by zahrnovat aktivizující prvky (kluby, besedy, kulturní akce). Stěžejním prvkem by měla být činnostní terapie (pracovní terapie, ergoterapie), která musí být pestrá, zajímavá a užitečná. Využívá se muzikoterapie, arteterapie, biblioterapie, pohybové aktivity. Důležité místo mají také různé programy nácviku sociálních dovedností, cvičná kuchyňka, ale také propustky, které mají připravit pacienta na přechod domů.

Psychiatrickou rehabilitaci je možno využít téměř v každé fázi léčebného procesu. Nejdůležitější se pak stává po propuštění z lůžkového zařízení. Pacienti se vrací do prostředí, které jim někdy není právě nakloněno a pod vlivem stigmatizace je vnímá nepříznivě.

Péči o tyto klienty potom přebírají návazné služby komunitní péče, které jsou do značné míry postaveny na prvcích psychosociální rehabilitace. Jedná se o denní stacionáře, sociální centra, centra denních aktivit se zájmovou činností, různé kluby a poradny.

Chráněné a podporované bydlení pro osoby s duševním onemocněním

Řada nemocných, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických zařízeních nebo se do nich opakovaně po krátkodobých remisích vrací, může celkem úspěšně fungovat ve více nebo méně chráněných podmínkách mimo psychiatrická zařízení. Je důležité, aby každý klient měl možnost využívat, podle svého zdravotního stavu, co nejvíce samostatnou formu bydlení.

Vzhledem k rozmanité klientele je nutné mít k dispozici různé formy podporovaného bydlení:

- ✚ *Domy na půl cesty (komunitní bydlení).* V jednom domě nebo jeho části bydlí společně více klientů. Podílí se na úklidu, vaření a musí se podrobit určitému režimu. K dispozici je jim terapeut, většinou 24 hodin denně. Pobyť zde bývá časově omezen a je předstupněm k přechodu k samostatnější formě bydlení.
- ✚ *Chráněné byty.* Zde mají klienti možnost, po časově omezenou dobu (většinou zhruba 1 – 1,5 roku), bydlet v samostatných nebo společných bytech. Je jim umožněn kontakt s asistentskými službami, které jim pomáhají s případnými problémy. Klienti zde mají možnost si vyzkoušet samostatné bydlení a nacvičit si některé správné návyky. Potom se v ideálním případě vrátí do vlastních bytů, ve kterých v minulosti selhávali.
- ✚ *Podporované bydlení.* V tomto případě žijí klienti ve svém vlastním bytě a v různých časových intervalech k nim docházejí pracovníci asistenční služby anebo mohou v případě potřeby sami vyhledat pomoc. Učí se tak lépe fungovat v domácím prostředí s dopomocí a radou sociálních pracovníků, zdravotníků nebo terapeutů.
- ✚ *Sociální byty.* Jedná se o formu bydlení, která je potřebná především pro mladé klienty, kteří by se chtěli a měli odpoutat od své primární rodiny. Ta může v některých případech působit na jejich psychický stav kontraproduktivně. A také je řada klientů, kteří jsou schopni samostatně žít ve svém bytě.

Chráněná práce

Chráněné dílny poskytují nejvyšší možnou míru chráněnosti pracovního prostředí. Nejznámějšími jsou tzv. tréninkové resocializační kavárny. Jak se zdá tak právě ony splňují velmi důležitou podmínku, a to smysluplnost práce. Finanční ohodnocení v těchto dílnách není buď žádné (jsou formou psychiatrické rehabilitace) anebo je jen symbolické. O to je ale více důležitá zajímavost práce, její smysl. Kromě těchto kaváren se také osvědčily dílny s náplní práce nejrůznějších starých řemesel (košíkářství, tkaní, výroba svíček, práce se dřevem, smaltem, výroba ručního papíru, drátování, aj.). Nezastupitelné místo má stále keramika, práce s hlinou, i když chráněné dílny, které jsou provozovány různými neziskovými organizacemi, se musí snažit i o prodejnost svých výrobků a to bývá v případě kera-

miky problém. Tzv. přechodné a podporované zaměstnání je už poskytováno na otevřeném trhu práce v běžných firmách a tím umožňuje přirozenou každodenní integraci zdravých a léčených lidí.

Smysluplné trávení volného času

Se sociálními dovednostmi úzce souvisí smysluplné trávení volného času ... stimuluje, strukturuje, socializuje,..... V rámci ambulantní péče se mu většinou věnují denní stacionáře. Svým klientům nabízejí nejrůznější aktivity, jako je např. výuka cizích jazyků, práce s počítačem, výlety, společenské akce, kluby, sportovní, výtvarné aktivity, aj.

Komunitní přístup v péči

V rámci komunitního přístupu, který nabízí pestrou a vzájemně provázanou nabídku služeb, probíhá optimální zajištění péče o klienty s psychotickým onemocněním. Propojuje mezi sebou nejen sociální služby, ale také oblast sociální a zdravotní. Klienti, kteří využívají systém komunitní péče, nebývají homogenní skupinou, ale některé potřeby mají stejné. Především potřebují *dlouhodobou, stálou péči a podporu*. Klienti se schizofrenním onemocněním mnohdy pomoc nevyhledávají anebo ji nejsou schopni náležitě využívat. Často se stává, že mnoho let přežívají uzavřeni ve svých bytech, ven vycházejí jen sporadicky, jsou sociálně zcela izolovaní, bez finančních prostředků, než se jim dostane lékařské péče, je diagnostikováno psychotické onemocnění a je zahájena léčba a sociální pomoc.

Komunitní péče zajišťuje klientovi komplexní péči, může být alternativou k hospitalizaci a působí preventivně.

Komunitní přístup se, na rozdíl od medicínského pojetí péče o nemocné, zaměřuje více na prostředí klienta, na podmínky, ve kterých žije, než na vlastní psychopatologii. Zaměřuje se také spíše na potenciál klienta, na jeho možnosti, více než na handicap, který jej často limituje. Klient si za pomoci profesionálního pracovníka stanovuje své potřeby z komunitní péče a je také více odborníkem na svou nemoc. Rovněž se podílí na plánování jednotlivých služeb komunitní péče. Spolupráce profesionálů v oblasti komunitní péče má jednoznačně týmový charakter (více než hierarchický). Těžištěm obsahu komunitní péče je psychosociální rehabilitace.

Další potřebné služby

Terénní mobilní týmy

Se zánikem návštěvní služby ambulantních psychiatrů vyvstala potřeba terénních mobilních týmů. Zasahují v krizi, podporují život nemocného v domácím prostředí a poskytují domácí péči. V případě krize mohou předcházet nutnosti hospitalizace, nemocný tak nevyžadává ze svého přirozeného prostředí. Poskytují pomoc také rodinným příslušníkům. Výsledkem jejich práce má být stabilizace psychického stavu pacienta, snížení počtu hospitalizací, případně zkrácení pobytu v lůžkovém zařízení.

Domácí péče

Tato velmi potřebná služba zatím v praxi v podstatě neprobíhá. Tuto péči mohou provádět psychiatrické zdravotní sestry. Jejich práce by měla probíhat v přirozeném prostředí pacienta a jejím obsahem je vyhodnocení, nácvik a udržení dovedností potřebných pro běžný život.

Case management

Je to specifická metoda komunitní práce a spočívá v koordinaci péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem. Case manager je klíčovou osobou nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče, koordinuje práci týmu a odpovídá za vytvoření, aktualizace a provádění plánu péče. Zajišťuje, aby klient využíval ze systému dostupné péče pro něj vhodné prvky a aby jednotlivé organizace a pracovníci, kteří tuto péči zajišťují, navzájem spolupracovali a informovali se. Má zajistit, aby péče nebyla bez řádu, chaotická, aby měla smysl a aby klient systém sociální péče nezneužíval.¹⁷

¹⁷ MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

2 KVALITA ŽIVOTA

Vyjádřit jednoznačně definici „kvality života“ není vůbec jednoduché. V současnosti existuje definic celá řada, ale zdá se, že žádná z nich není zcela bez výhrad akceptována.

Základ definice kvality života vychází z Maslowovy teorie potřeb, tj. naplnění základních fyziologických potřeb (nasyčení, spánek, atd.) a je předpokladem aktualizace a uspokojení potřeb subtilnějších (potřeba bezpečí, blízkosti jiných, sebeúcty, atd.).

Je mnoho různých definic kvality života, ale všechny vyjadřují jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ má zahrnovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince. Je obvykle definována jako „subjektivní posouzení vlastní životní situace“ a pohlížíme na ni jako na vícerozměrnou veličinu. Kvalita života je tedy nejen pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění nebo léčby, ale v celkovém pohledu, také psychická kondice, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty, apod. Kvalitu života ovlivňují i další ukazatele jako např. věk, pohlaví, rodinná situace, preference hodnot, ekonomická situace, vzdělání, kulturní zázemí, apod. Za celkovou kvalitu života pak můžeme považovat souhrn všeho výše uvedeného.¹⁸

K posouzení toho, jaké je postavení jedince na škále zdraví – nemoc a také pro vystižení individuálních charakteristik jeho zdraví, se používá speciální metodický postup, který vychází z pojetí tzv. „kvality života“ („quality of life“ v již používané zkratce QOL, někdy bývá také specifikována v podobě „health-related quality of life“ ze zkratkou HRQOL). Ukázalo se totiž, že pro vyjádření komplexní charakteristiky zdravotního stavu jsou dříve používané postupy již nedostačující. Dříve užívané postupy vycházely ze stanovené diagnózy případné nemoci, doby dožití, resp. tzv. střední délky života. Ukázalo se však, že je třeba identifikovat a hodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského

¹⁸ VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Ročník LXXIII, 2004, č. 1. [25. 03. 2011].

URL:<http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/fakulta/Documents/VZL/2004/VZL1_04.pdf>.

života, které se vztahují ke zdraví. Poznatků o kvalitě života v posledních zhruba 20 letech výrazně přibylo.¹⁹

2.1 Kvalita života osob s duševním onemocněním

Pokud chceme hovořit o kvalitě života nemocných, tak většinou sledujeme, jaký dopad má onemocnění na jeho fyzický nebo psychický stav, na jeho způsob života a na pocit životní spokojenosti.

Duševní onemocnění navíc postihuje nejen samotného nemocného, ale velmi citelně zasáhne jeho rodinu a nejbližší okolí. Pokud zůstaneme konkrétně u onemocnění schizofrenií, tak to je onemocnění, které asi z 60 % postihne nemocného jedince a ze 40 % dopadá na jeho rodinu. Navíc se nemocný i jeho nejbližší musí často potýkat s nepochopením a odsouzením okolí. Pokud v rodině někdo onemocní třeba rakovinou, nebo má rodina tělesně postižené dítě, většinou s nimi okolí soucítí, lituje je a snaží se jim pomáhat. Pokud onemocní někdo v rodině duševní nemocí, okolí, většinou z neznalosti a nepochopení, nebo také díky tomu, že neví, jak se má zachovat, se těmto rodinám a nemocným vyhýbá anebo je přímo odsuzuje, případně se nemocným posmívá, apod. Tato stigmatizace duševně nemocných a jejich rodin má kořeny pravděpodobně v ani ne tak dávné minulosti, kdy byli duševně nemocní, často i nedobrovolně, zavíráni do ústavů, zbavováni svéprávnosti, apod. Je pravdou, že v minulosti nebyl dostatek vhodných léků, psychotherapeutických a jiných léčebných postupů, které v současnosti umožňují velké většině duševně nemocných žít mimo psychiatrické léčebny a ústavy, léčit se ambulantně a vést celkově uspokojivější život, než tomu bylo v minulosti. Přesto u části veřejnosti přetrvávají některé mýty a předsudky vůči duševně nemocným, jako např.: „duševní onemocnění je slabost, morální poklesek nebo jeho důsledek; nemocní se schizofrenií mají větší sklon k násilí a jsou nebezpeční; lidé se schizofrenií jsou nespolehliví a nejsou schopni soustavně pracovat; schizofrenie je druh trvalé duševní zaostalosti a řada dalších“. Stigmatizace duševně nemocných tak velmi negativně působí nejen na ně samotné, ale i na jejich rodiny.

¹⁹ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

Psychotické onemocnění dopadá na kvalitu života nemocného jak v oblasti psychické, fyzické, tak v oblasti sociální. Na rozdíl od některých jiných nemocí negativně zasahuje do všech oblastí života nemocného. Protože první příznaky onemocnění se objevují ve velké většině u mladých dospívajících, kteří často nemají ukončené vzdělání, nemají založené vlastní rodiny a ve většině ani partnera, o to může být dopad této nemoci na člověka destruktivnější. Vedlejší negativní účinky léků, které musí někteří nemocní celoživotně užívat, způsobují po dlouhodobějším užívání problémy i v oblasti fyzické (např. zvýšené riziko onemocnění cukrovkou, srdeční onemocnění, hypertenze, obezita, poruchy sexuálních funkcí, aj.).

Jak vyplývá z výše uvedeného – kvalita života je definována jako „subjektivní posouzení kvality života“. Záleží tedy na každém jedinci, jak on sám nahlíží na kvalitu svého života, jak on sám ji subjektivně hodnotí. Člověk nemusí být šťastný, ani když je zdravý a naopak člověk nemocný, který se dokázal se svou nemocí vyrovnat, který má podporu ve své rodině a ve svém okolí, může, i přes problémy, které mu jeho nemoc přináší, prožít šťastný život.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 ZÁKLADNÍ INFORMACE O VÝZKUMU

V praktické části seminární práce se pokusíme ověřit teoretické poznatky, které byly získány dlouhodobým zájmem o téma duševního onemocnění a život osob s duševním onemocněním.

3.1 Možnosti hodnocení kvality života nemocných

Kvalitu života můžeme hodnotit na základě objektivních a subjektivních přístupů, kdy nejdůležitějším je subjektivní hodnocení nemocného, to jak on sám vnímá vlastní zdravotní situaci, schopnost svého uplatnění v pracovním, rodinném a sociálním prostředí. Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu života nemocného, patří:

- a. fyzická kondice – bývá určována výskytem různých symptomů onemocnění, případně i nežádoucími účinky léčby,
- b. funkční zdatnost – je to především stav tělesné aktivity, schopnost komunikace s rodinou, se spolupracovníky, schopnost uplatnění v zaměstnání, v rodinném životě, apod.,
- c. psychický stav – hodnotí se především podle převládající nálady, postoje k životu a nemoci, způsoby vyrovnání se s nemocí a léčbou, pomocí osobnostních charakteristik, prožívání bolesti, apod.,
- d. spokojenost s léčbou – celkové posouzení léčebného prostředí, zručnost ošetřujícího personálu při provádění různých léčebných výkonů, sdílnost personálu, způsob komunikace s nemocným, podávání objektivních informací o zdravotním stavu, apod.,
- e. sociální stav – údaje o vztazích nemocného k blízkým lidem, o jeho roli ve společenských skupinách, způsobech komunikace s lidmi, apod.²⁰

²⁰ VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Ročník LXXIII, 2004, č. 1. [25. 03. 2011].

URL:<http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/fakulta/Documents/VZL/2004/VZL1_04.pdf>.

3.2 Výzkumy v oblasti kvality života

K měření kvality života u nemocných jsou používány dotazníky, které hodnotí dopad nemoci na běžný život nemocného. Je vytvořena celá řada dotazníků ke zjišťování kvality života a jejich psychometrická výpovědní hodnota a spolehlivost byla testována podle současných standardů „měření zdraví“.

K základním oblastem, které ovlivňují nebo vytvářejí kvalitu života, patří:

1. fyzikální funkce – mobilita, soběstačnost, zrak, sluch, kontinence,
2. emocionalita – deprese, lítostivost, pocit strachu, apod.,
3. sociální funkce – vztahy v rodině, podpora rodiny, vztahy k okolí, náplň volného času,
4. práce, domácí práce, volný čas,
5. bolest,
6. spánek a jeho kvalita,
7. symptomy, specifické pro dané onemocnění.

Dotazníky, které se používají ke zjišťování kvality života, můžeme rozdělit na dva základní typy:

- a) dotazníky generické (obecné),
- b) dotazníky specifické.

Někdy se uvádí ještě třetí typ dotazníků, a to tzv. standardizované behaviour testy, které zjišťují funkce fyzické a kognitivní (speciální neuropsychologické testy).

Generické dotazníky hodnotí celkový stav nemocného všeobecně, bez ohledu na konkrétní onemocnění, jsou použitelné u jakýchkoliv skupin populace, bez ohledu na pohlaví, věk, apod.

Specifické dotazníky, které jsou vytvářeny již pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější. Často bývá jejich součástí právě generický dotazník.

Nejčastěji používaným generickým dotazníkem je Short Form Health Subject Questionnaire (SF 36). Pro jeho dobrou výpovědní hodnotu se používá k hodnocení kvality života v různých odvětvích medicíny.

Hodnotí 8 základních kvalit zdraví, a to:

1. limitace ve společenských aktivitách,
2. limitace ve fyzické aktivitě z důvodu zdravotních problémů,
3. limitace v běžných aktivitách z důvodu fyzického zdraví,
4. tělesná bolest,
5. duševní zdraví,
6. limitace z důvodů citových,
7. vitalita,
8. obecný pocit zdraví.

Vlastní vyhodnocení dotazníku je prováděno tzv. TS skóre (Transformed Scales Score) hodnocené v intervalech 0 – 100.

Dalším typem dotazníku je European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30), který hodnotí 6 základních kvalit zdraví, a to:

1. fyzické zdraví,
2. funkční schopnosti,
3. emoce,
4. kognitivní funkce,
5. sociální zázemí,
6. obecný pocit zdraví.

Je používán zejména v amerických studiích.

Dále je používán generický dotazník World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-100), který také hodnotí 6 základních kvalit, a to:

1. fyzické zdraví,
2. psychická úroveň,
3. úroveň nezávislosti (soběstačnosti),

4. sociální zázemí,
5. okolní prostředí,
6. duševní zdraví.

Zejména v zahraničí jsou těmito druhy dotazníků prováděny rozsáhlé studie na hodnocení kvality života u nemocných, a to hlavně z důvodu zhodnocení efektu léčby. Je zřejmé, že je zde snaha ohodnotit efekt léčby komplexněji, nejen pomocí somatických a laboratorních rozborů, ale i s pomocí hodnocení kvality života. U nás zatím probíhá hodnocení kvality života hlavně z výzkumných důvodů a není běžnou součástí léčebného programu.²¹

Dalším způsobem hodnocení kvality života je metoda Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) – Program hodnocení individuální kvality života. V případě hodnocení touto metodou, není kvalita života něčím všeobecně platným pro všechny lidi, ale je individuální. K pojetí kvality života se zde přistupuje tak, jak ji subjektivně chápe ten, kdo je dotazován. Výpovědi dotazované osoby jsou základními daty této metody. Vlastní pojetí kvality života zde závisí na vlastním systému hodnot dotazované osoby a tento je při měření kvality života zjišťován a je také plně respektován. Aspekty života, které dotazovaná osoba v dané chvíli a situaci považuje za podstatné, jsou voleny naprosto svobodně. V průběhu života se aspekty, které daná osoba považuje za důležité a podstatné, mohou samozřejmě měnit.

Formou rozhovoru (interview) s určitou osobou se tato metoda snaží zjistit, které životní aspekty jsou pro tuto osobu kriticky závažné. Jde o rozhovor do určité míry strukturovaný, i když ideální by byl zcela volný rozhovor. Tematicky je omezen pouze na nejdůležitější aspekty kvality života. Neobsahuje ale všechny aspekty, které by mohly přicházet v úvahu. Dotazovaná osoba je požádána, aby uvedla pět životních cílů (tzv. cues – podnětů k životu), které považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější ona sama. Cílů musí být

²¹ VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Ročník LXXIII, 2004, č. 1. [25. 03. 2011].

URL:<http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/fakulta/Documents/VZL/2004/VZL1_04.pdf>.

pouze pět, ani více, ani méně. Pokud by uvedla více, bere se v úvahu pět nejdůležitějších cílů.

Jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL je termín „cue“ – životní cíl. Myslí se tím, cíl snažení, tj. cílově zaměřený podnět k aktivitě. Dotazované osobě je možno jej předkládat větou typu: „*O co ti v životě jde a oč ti jde především (nejvíce)*“? Jedná se o životní úkoly a cíle, tj. na co má v životě zaměřeno v rámci celkového obrazu života.

Aby bylo zamezeno sugestivnímu ovlivňování dotazovaných osob, neuvádějí se v rozhovoru příklady různých možných zaměření. K ujasnění toho, o co jde v dotazu po vyjmenování pěti základních životních hodnot, existují konkrétní příklady cílových podnětů snažení. Patří mezi ně:

1. *rodina, manželství* (děti, vnuci, širší rodina, láska, porozumění, soudržnost, apod.)
2. *tělesné zdraví* (jeho udržování, zlepšování, apod.)
3. *duševní pohoda* (duš. zdraví, paměť, dobrá nálada, empatie, chuť do života, apod.)
4. *duchovní život* (smysl života, důležité hodnoty, svědomí, apod.)
5. *vztahy mezi lidmi* (ohled na druhé lidi, přát. vztahy, tolerance, altruismus, apod.)
6. *práce na sobě* (sebevzdělávání, nové dovednosti, apod.)
7. *kultura* (návštěvy divadel, koncertů, četba beletrie, básní, apod.)
8. *sport* (tělesná cvičení, pohyb, turistika, apod.)
9. *ruční práce* (šití vaření, úprava domova, úklid, apod.)
10. *koničky* (zahrádka, malování, zpěv, cestování, apod.)

Míra uspokojení dotazované osoby s podnětem se uvádí u každého z pěti uvedených životních cílů. Míru uspokojení uvede dotazovaná osoba v procentech, kdy dolní hranice (není vůbec spokojena s daným cílem) je rovna 0% a horní hranice (je zcela spokojena s dosahováním daného cíle) je rovna 100%.²²

²² KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4.

4 VLASTNÍ VÝZKUM

4.1 Cíle výzkumu

V praktické části bakalářské práce jsme zjišťovali, jaký názor a pohled na svůj život, na jeho kvalitu, mají sami duševně nemocní. Cílem bylo zjistit, zda hodnotí svůj život jako kvalitní, co považují při léčbě a zvládání své nemoci za nejdůležitější.

4.1.1 Použitá výzkumná metoda

Metoda sběru dat: dotazníkové šetření

Metoda analýzy dat: kvantitativní analýza

Metoda zpracování dat: deskriptivní statistika

Pro zpracování praktické části bakalářské práce byl použit aplikovaný kvantitativní výzkum, dotazníkové šetření. Tato metoda byla vybrána pro možnost zjištění potřebných údajů od co největšího počtu respondentů. Dalším důvodem výběru této metody je také anonymita, kterou tato metoda respondentům zajišťuje, a to je, zvláště u osob s duševním onemocněním, podle našeho názoru, velmi důležitý aspekt při jejich rozhodování, zda se takového šetření vůbec zúčastní.

4.1.2 Organizace výzkumu

V rámci předvýzkumu pro vypracování praktické části bakalářské práce bylo v březnu – dubnu 2010 provedeno dotazníkové šetření s cílem zjistit, zda budou lidé s duševním onemocněním vůbec ochotni a schopni na otázky, uvedené v dotazníku, odpovídat a zda jsou otázky formulovány dostatečně srozumitelně. Dotazník měl celkem 25 otázek. Byly zvoleny otázky uzavřené, polootevřené, otevřené i otázky škálové. Dotazníky byly předány formou administrátorů a byly rozdány v tištěné formě. Byly osloveny 2 instituce pro duševně nemocné, rozdáno bylo celkem 50 dotazníků a vyplněných se vrátilo celkem 30 dotazníků.

Na základě zkušeností z provedeného předvýzkumu, došlo k přehodnocení původního dotazníku, některé otázky byly nahrazeny jinými, některé byly jinak formulovány. Byl vytvořen nový dotazník, který má celkem 34 otázek. V úvodu dotazníku byli respondenti sezná-

meni s osobou výzkumníka a s cílem výzkumu. Byli ubezpečeni o anonymitě dotazníkového šetření, které slouží pouze pro účely uvedené bakalářské práce. Respondenti byli požádáni, aby zakroužkovali odpovídající položku, případně aby svou odpověď vypsali.

Typy otázek:

Otevřené: 2,8,18,20,25,29,34

Polootevřené: 5,31,22,32

Uzavřené: 1,3,4,6,7,9,10,11,12,13,14,15,16,17,19,21,23,24,26,28,30,33

Škálové: 27

Vlastní výzkum byl proveden v měsících únor – březen 2011. Bylo vybráno celkem 20 institucí z celé České republiky, které pracují nebo se zabývají osobami s duševním onemocněním. Jednalo se o centra služeb pro duševně nemocné, různá sdružení osob s duševním onemocněním, komunitní služby, psychiatrické léčebny, apod. Vybrané instituce byly osloveny e-mailem s žádostí o pomoc při zpracování bakalářské práce. Dotazník byl uveden v příloze e-mailu. Odpověď přišla celkem od 16 oslovených institucí s tím, že 13 bylo ochotno dotazníky svým klientům předat k vyplnění a 3 instituce se z různých důvodů nemohly, nebo nechtěly, výzkumu zúčastnit. A zbývající 4 neodpověděly vůbec. Následně byl s každou institucí dohodnut způsob doručení dotazníků. Deseti z nich byly dotazníky zaslány v tištěné formě poštou, dvě si dotazníky vytiskly samy a v jednom případě byly dotazníky předány osobně. Dotazníky byly tedy respondentům předány formou administrátorů a konečný výběr jednotlivých respondentů byl ponechán na těchto administrátorech. Rozesláno bylo celkem 160 dotazníků a vyplněných se vrátilo 140 dotazníků. Z tohoto počtu bylo vyřazeno celkem 8 neúplně, nečitelně nebo chybně vyplněných dotazníků. Celková návratnost tak činila 132 dotazníků, tj. 82,5%.

4.1.3 Stanovení výzkumných předpokladů

Stanovili jsme si tyto základní výzkumné předpoklady:

Předpoklad 1 (P1): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním je svobodných a že více než 40 % z nich bydlí u rodičů.

Předpoklad 2 (P2): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním nepracuje a více než 50% těch, kteří nepracují, je poživateli invalidního důchodu.

Předpoklad 3 (P3): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním navštěvuje pravidelně svého psychiatra a více než 50% z nich také dodržuje pokyny svého lékaře.

Předpoklad 4 (P4): Předpokládáme, že více než 50 % duševně nemocných má ve svém okolí někoho komu důvěřuje a s kým se může poradit.

Předpoklad 5 (P5): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním se setkalo, v souvislosti se svým onemocněním, s diskriminací ze strany ostatních lidí.

Předpoklad 6 (P6): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním nepovažuje péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou.

Ad předpoklad 1 (P1): tento předpoklad potvrdí nebo vyvrátí otázka č. 3 a č. 5 dotazníkového šetření.

Ad předpoklad 2 (P2): tento předpoklad potvrdí nebo vyvrátí otázka č. 7 a otázka č. 9 dotazníkového šetření.

Ad předpoklad 3 (P3): tento předpoklad potvrdí nebo vyvrátí otázka č. 15 a č. 17 dotazníkového šetření.

Ad předpoklad 4 (P4): tento předpoklad můžeme vyvrátit nebo potvrdit po vyhodnocení otázky č. 21.

Ad předpoklad 5 (P5): tento předpoklad potvrdí nebo vyvrátí otázka č. 26 dotazníkového šetření.

Ad předpoklad 6 (P6): po vyhodnocení otázky č. 28 dotazníkového šetření můžeme potvrdit nebo vyvrátit tento výzkumný předpoklad.

5 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Výsledky dotazníkového šetření byly zpracovány do tabulky, kterou uvádíme v příloze. V tabulce jsou uvedeny veškeré údaje, které byly dotazníkovým šetřením zjištěny, jak v konkrétních zjištěných hodnotách, tak v procentuálním vyjádření.

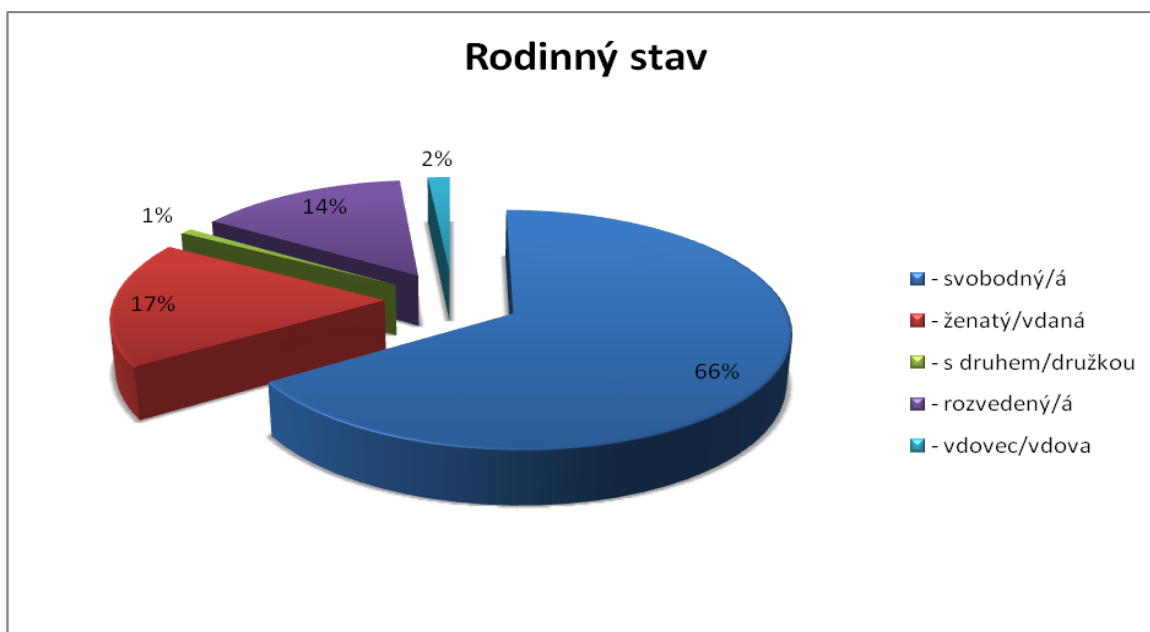
Otázka č. 1 – Pohlaví a Otázka č. 2 – Věk

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 132 respondentů, z tohoto počtu bylo 71 mužů a 61 žen. Průměrný věk u mužů byl 35,5 roku a u žen 40 let. Nejmladšímu účastníkovi výzkumu bylo 21 let a nejstaršímu 70 let.

Otázka č. 3 – Rodinný stav a Otázka č. 4 – S kým žijete a Otázka č. 5 – Jak bydlíte

Těmito otázkami se snažíme zjistit, v jakých rodinných poměrech lidé s duševním onemocněním žijí. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že z uvedeného počtu respondentů je 66 % svobodných, 17 % žije v manželství, 1 % s druhem nebo družkou, 14 % je rozvedených a 2 % z nich je ovdovělých. Respondenti, kteří se zúčastnili výzkumu, ve většině žijí s rodiči (40%), 21 % z nich žije samo, 21 % s partnerem či partnerkou, 4 % s dětmi a 14 % uvedlo, že žije s někým jiným. Na otázku č. 5 odpovědělo 41 %, že bydlí u rodičů, 2 % u příbuzných, 14 % bydlí v podnájmu, 11 % bydlí ve vlastním domě, 19 % bydlí ve vlastním nebo družstevním bytě, 1 %, uvedlo, že bydlí, kde se dá, 1% z nich je bez domova a 11 % bydlí jinak, nejčastěji uvádí chráněné bydlení.

Obrázek 1: Rodinný stav



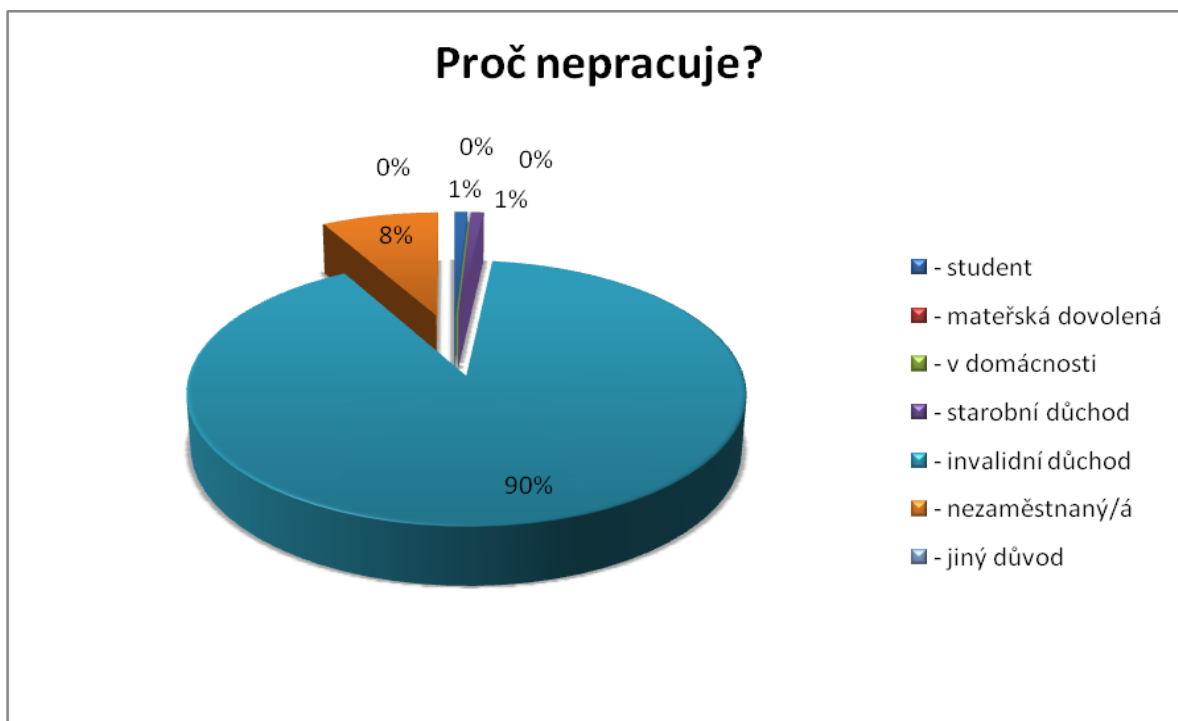
Otázka č. 6 – Ukončené vzdělání

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 40 % dotázaných má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou a 10 % z nich má dokonce vysokoškolské vzdělání. 31 % respondentů má ukončené středoškolské vzdělání bez maturity a 19 % má pouze základní vzdělání.

Otázka č. 7 – Zaměstnání a Otázka č. 8 – Uveďte své hlavní zaměstnání, případně původní profesi a Otázka č. 9 – Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů

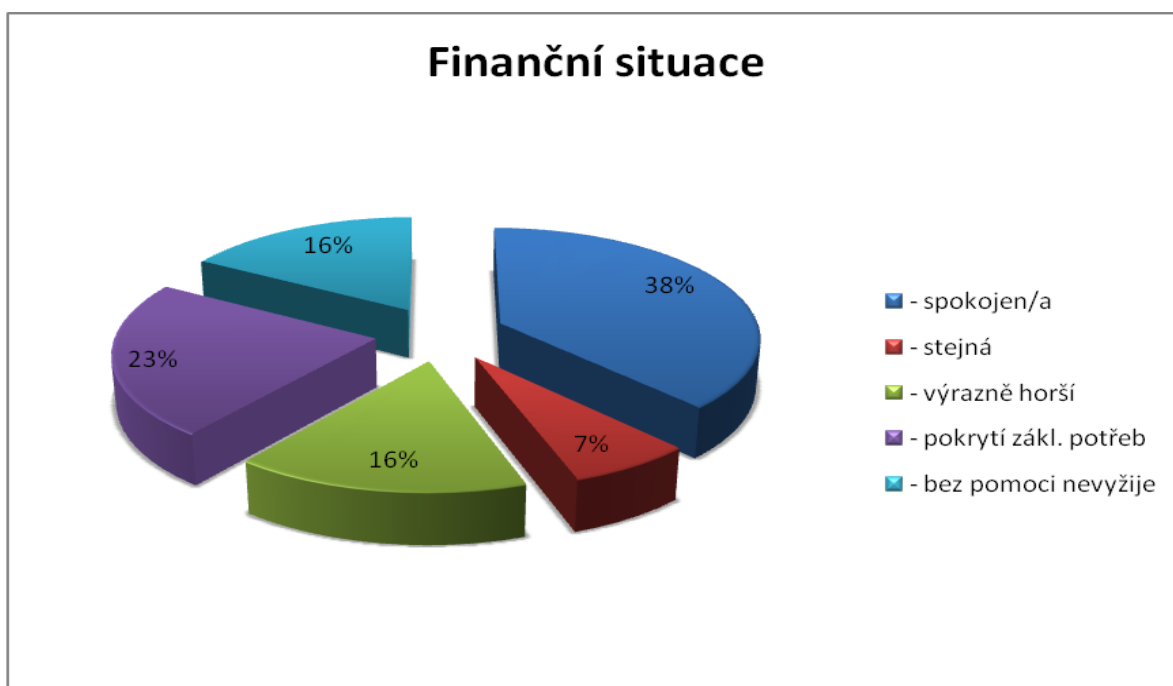
Přesto, že z výsledků výzkumů vyplynulo, že většina respondentů má středoškolské a vyšší vzdělání, z výsledků odpovědí na otázku č. 8 a č. 9 je zřejmé, že 78 % z nich nepracuje, 20 % je v zaměstnaneckém poměru a 2 % je soukromník. Spektrum zaměstnání, případně původní profese, je velmi široké od uklízečky, dělnice, přes zdravotní sestru, učitelku až po právníka, či lékařku. Duševní onemocnění může postihnout opravdu kohokoliv, z jakékoliv vrstvy společnosti, jakéhokoliv vzdělání a profese. Většina (90%) z těch, kteří jsou bez zaměstnání, uvedla, že důvodem je přiznání invalidního důchodu, 8 % z nich jsou nezaměstnaní, kteří si hledají práci, 1 % studuje a 1% je poživitelem starobního důchodu.

Obrázek 2: Důvod, proč nepracuje

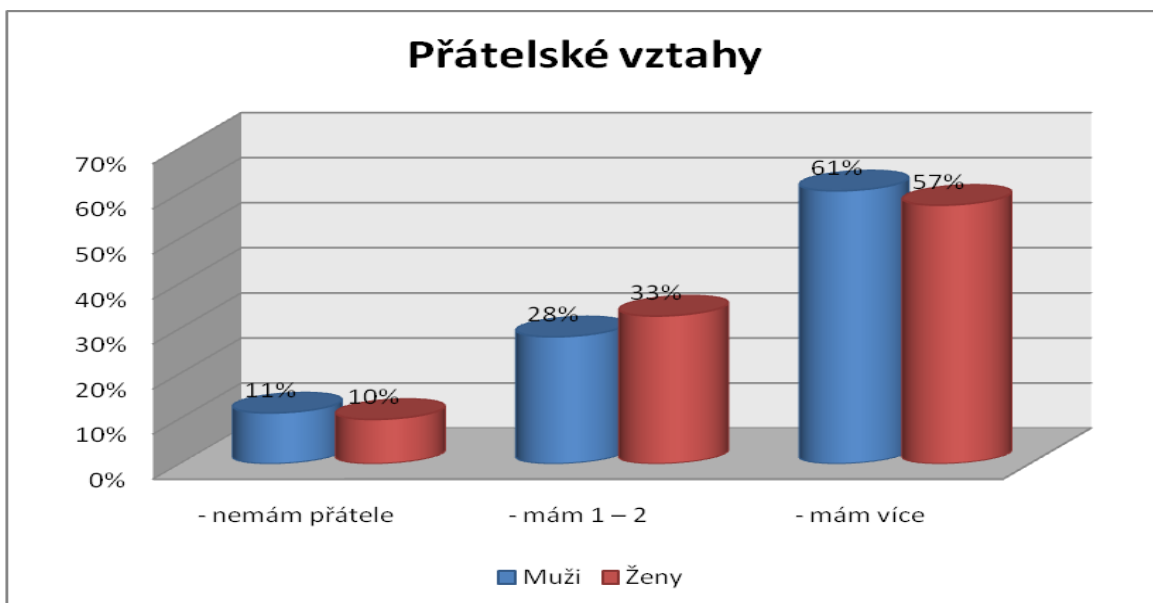


Otázka č. 10 – Jak byste hodnotil/a svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení

Celkem 55 % dotázaných hodnotí svoji finanční situaci negativně. 16 % uvádí, že jejich finanční situace je výrazně horší než před onemocněním, 23 % uvedlo, že jim peníze stačí pouze na pokrytí základních potřeb a 16 % by bez pomoci rodiny nebo přátel vůbec nevyžilo. Naopak 38 % uvádí, že je se svou finanční situací spokojeno a 7 % ji vnímá jako stejnou, s tím jaká byla před propuknutím nemoci. Je zřejmé, že dopad této nemoci na finanční situaci a hmotné zabezpečení nemocných je, zejména u chronicky probíhajících stavů, díky jejich časté invalidizaci a problémy při hledání práce, opravdu velký.

Obrázek 3: Jak hodnotí svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení**Otázka č. 11 – Přátelské vztahy**

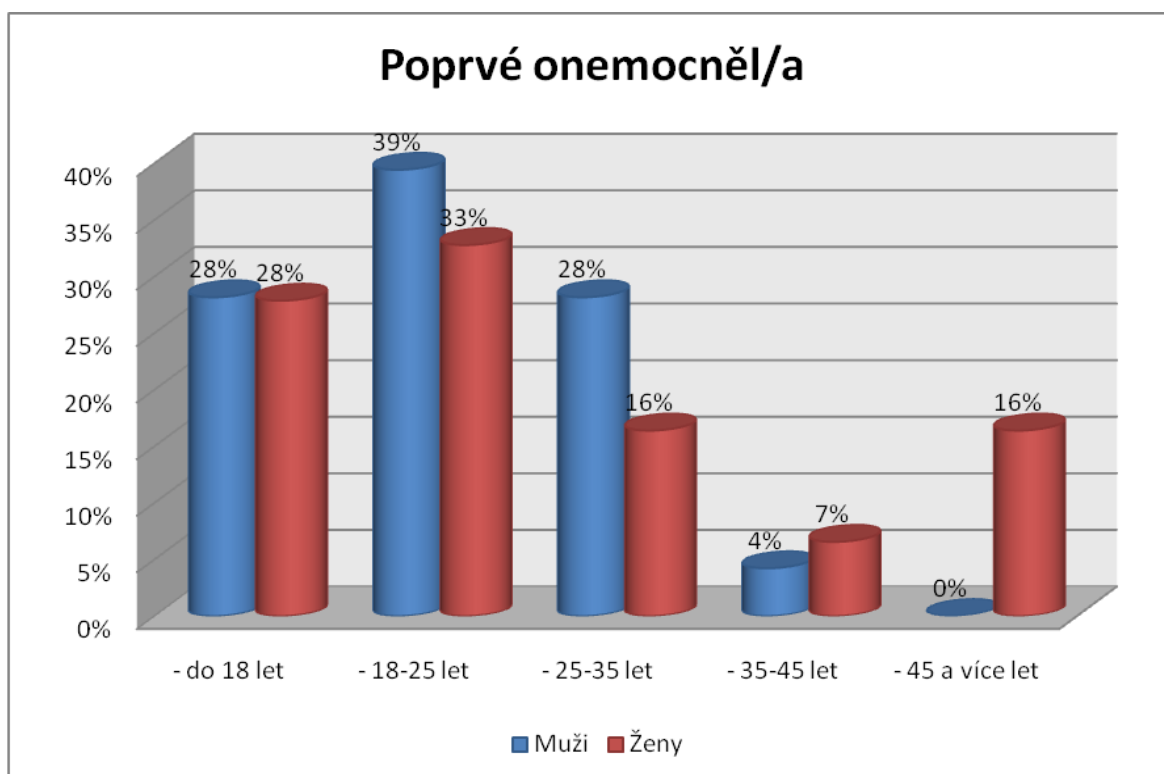
Výsledky výzkumu, které vyplynuly z této otázky, byly příjemným překvapením. Většina respondentů uvedla, že má přátele. Dokonce 59 % uvedlo, že má více přátel, 30 % uvádí, že má jednoho až dva přátele a 11 % uvádí, že nemá přátele. Pro příznivý vývoj u tohoto onemocnění jsou přátelské vztahy velmi důležité.

Obrázek 4: Přátelské vztahy – srovnání muži a ženy**Obrázek 5:** Přátelské vztahy - celkem**Otázka č. 12 – Kdy se u Vás poprvé objevilo duševní onemocnění**

Odpověď na tuto otázku ukazuje rozložení první ataky onemocnění podle různých věkových skupin. V tomto vzorku respondentů se onemocnění poprvé projevilo u 28 % ve věku do 18 let, u 36 % mezi 18 – 25 lety, 23 % z nich poprvé onemocnělo ve věku 25 – 35 let, 5 % ve věku 35 – 45 let a 8 % onemocnělo ve věku 45 a více let. Rozložení propuknutí této nemoci podle věku nemocného je velmi různorodé a je zřejmé, že duševní onemocnění

se může projevit u člověka v jakémkoliv věku. Pro zajímavost uvádíme srovnání první ataky onemocnění mezi muži a ženami. Z našeho výzkumu vyplývá, že muži nejčastěji onemocní do 35 let života. U 16 % žen se onemocnění poprvé objevilo ve věku 45 a více let.

Obrázek 6: První ataka nemoci – srovnání muži a ženy



Otázka č. 13 – Byl/a jste hospitalizována v psychiatrické léčebně a Otázka č. 14 – Byla pro Vás tato hospitalizace přínosem

Výsledky odpovědí na tyto otázky ukazují, že naprostá většina lidí, kteří onemocněli duševním onemocněním byla, kvůli této nemoci, hospitalizována v psychiatrické léčebně. 73 % bylo hospitalizováno opakovaně, 20 % bylo hospitalizováno 1 x a 7 % nemuselo být hospitalizováno vůbec. 94 % z těch, kteří byli hospitalizováni uvedlo, že pro ně byla tato hospitalizace přínosem a pomohla jim, i navzdory tomu 51 % uvádí, že i přesto, že jim hospitalizace pomohla, už by se tam nikdy nechtěli vrátit.

Otázka č. 15 – Navštěvujete pravidelně svého psychiatra a Otázka č. 16 – Jak hodnotíte Váš vzájemný vztah s psychiatrem

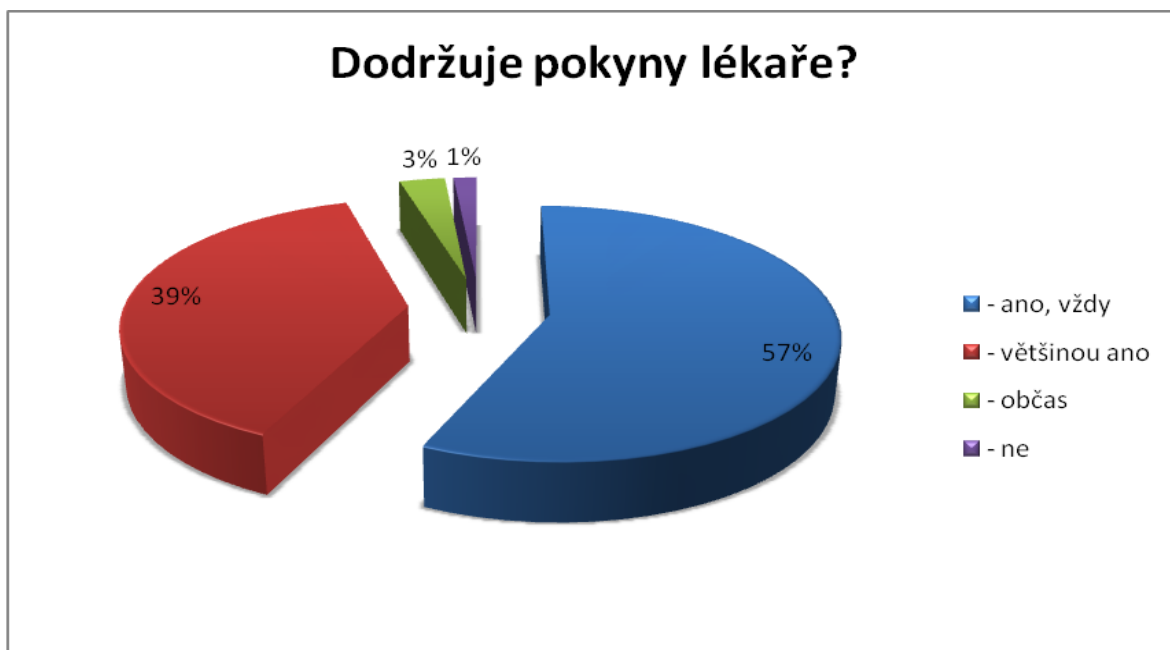
Výsledky odpovědí na tyto otázky ukazují, že naprostá většina lidí (98 %) navštěvuje pravidelně svého psychiatra a 74 % z nich uvádí, že má se svým psychiatrem velmi dobrý vztah. 10 % osob s duševním onemocněním uvádí, že na ně jejich lékař většinou nemá čas a pouze jim předepisuje léky. 3 % nemocným nemá ke svému psychiatrovi důvěru a 14 % odpovědělo, že neví jaký je jejich vzájemný vztah. 2 % nemocných psychiatra nenavštěvuje.

Otázka č. 17 – Dodržujete pokyny lékaře při léčbě Vaší nemoci a Otázka č. 18 – Uved'te, proč dodržujete nebo nedodržujete pokyny lékaře

57 % dotázaných uvádí, že vždy dodržuje pokyny svého lékaře a 39 % je většinou dodržuje. 3 % dodržují pokyny lékaře občas a 2 % je nedodržují vůbec. Nejčastěji uvádným důvodem proč dodržují pokyny lékaře bylo, že jim lékař pomáhá, bojí se zhoršení nemoci, pokud by jeho pokyny nedodržovali, že svému lékaři věří, chtějí se vyléčit, spoléhají na to, že lékař jejich nemoci rozumí, chtějí normálně fungovat a vrátit se do běžného života, nebo že spoléhají na lékaře, že jejich nemoc vyléčí. Ti, kteří jeho pokyny nedodržují uváděli, že léky, které jim lékař předepisuje, mají nepříjemné vedlejší účinky, a proto pokyny lékaře nedodržují, případně, že nemají v lékaře důvěru.

Obrázek 7: Navštěvuje pravidelně svého psychiatra?



Obrázek 8: Dodržuje pokyny lékaře?

Otázka č. 19 – Užíváte pravidelně předepsané léky a Otázka č. 20 – Uved'te, proč pravidelně užíváte nebo neužíváte předepsané léky

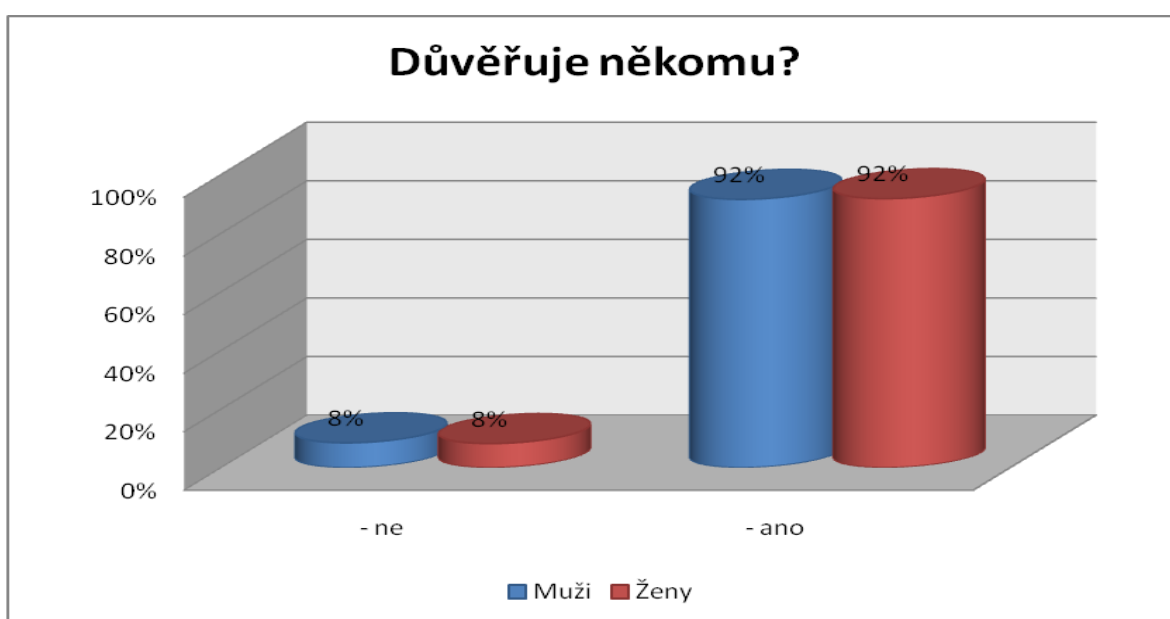
Z výsledků odpovědi na tyto otázky vyplývá, že 94 % dotázaných užívá pravidelně předepsané léky a zbývajících 6 % uvádí, že léky pravidelně neužívá. Podle odpovědí, které dotázaní uvedli u otázky č. 20, nejčastějším důvodem proč užívají pravidelně předepsané léky je, že se chtějí vyléčit, že jim léky pomáhají, zlepšují jejich zdravotní stav, aby mohli normálně fungovat, starat se o rodinu, chodit do práce, případně, že jim léky pomáhají zbavit se halucinací nebo, že pokud léky užívají lépe spí, že chtějí co nejdéle zůstat v remisi a více z nich uvedlo, že se obává opětovné hospitalizace v psychiatrické léčebně. Ti, kteří mají k lékům negativní vztah se domnívají, že léky jejich nemoc neléčí pouze potlačují a obtěžují je nepříjemné vedlejší účinky těchto léků.

Otázka č. 21 – Máte někoho, s kým se můžete poradit, někoho komu důvěřujete a Otázka č. 22 – Pokud ano, kdo to je

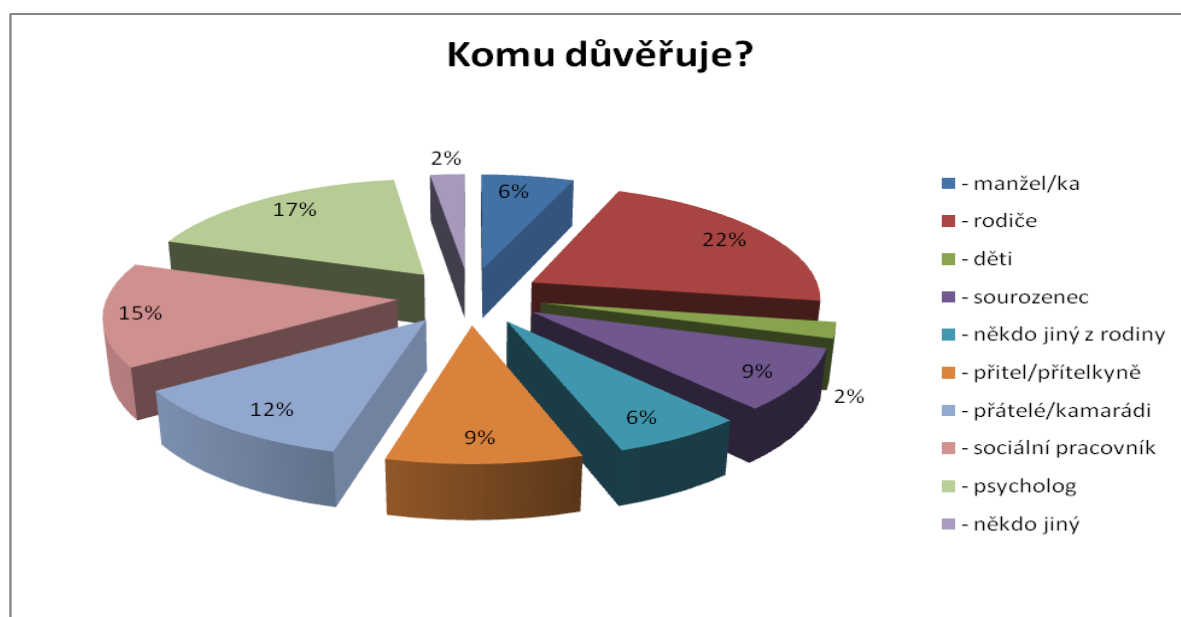
Smyslem těchto otázek bylo zjistit, zda mají lidé s duševním onemocněním ve svém okolí někoho, komu důvěřují, s kým se mohou poradit a také koho za takového člověka nejčastěji považují. Mít někoho na koho se mohu spolehnout, s kým se mohu poradit a komu důvěřuji, je v životě člověka velmi důležité a u lidí s duševním onemocněním mohou tito lidé hrát klíčovou úlohu při zvládnání jejich nemoci. Naprostá většina z dotázaných (92

%) uvedla, že takového člověka ve svém okolí má. Pouze 8 % uvádí, že žádný takový člověk v jejich okolí není. Většina dotázaných má kolem sebe více lidí, kterým důvěřuje. 58 z nich uvedlo, že jsou to rodiče, 47 za takového člověka považuje psychologa, pro 39 z nich je touto osobou sociální pracovník, 31 důvěřuje kamarádům, 25 se může obrátit na svého přítele nebo přítelkyni, 23 na sourozence. Pro 17 z dotázaných je to někdo jiný z rodiny a pro 16 manžel nebo manželka. 6 uvedlo, že se mohou spolehnout na děti a pro 6 je to někdo jiný (např. psychiatr, sousedka, spolužačka, apod).

Obrázek 9: Má někoho, komu důvěřuje – srovnání muži a ženy



Obrázek 10: Komu důvěřuje?



Otázka č. 23 – Ví lidé ve Vašem okolí o Vašem onemocnění a Otázka č. 24 - Změnily se kvůli Vašemu onemocnění vztahy s lidmi ve Vašem okolí a Otázka č. 25 – Pokud ano, napište jak

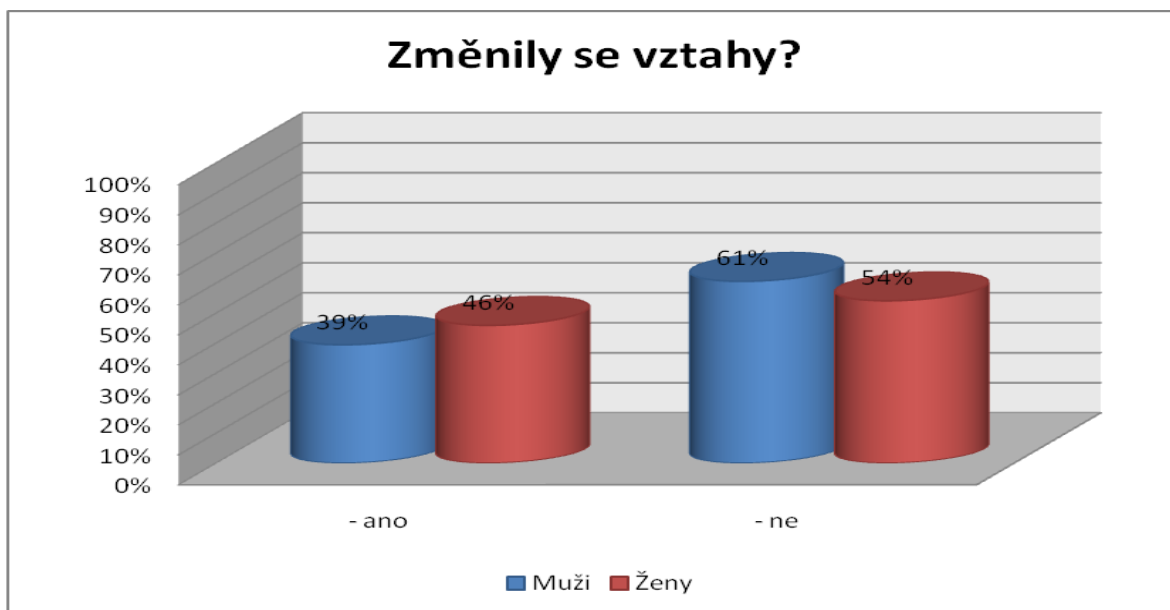
41 % dotázaných uvedlo, že o jejich onemocnění ví i jejich přátelé, 35 % uvádí, že o nemoci ví i širší okolí (např. sousedé a spolupracovníci), 17 % odpovědělo, že o jejich onemocnění ví pouze nejbližší rodina, 6 % dotázaných neví, zda lidé v jejich okolí ví o jejich onemocnění a 2 % z nich má problémy o své nemoci s někým mluvit a uvedlo, že o jejich nemoci neví téměř nikdo. Otázkou č. 24 jsem se pokusili zjistit, zda se lidé s duševním onemocněním domnívají, že se nějak změnil vztahy s lidmi v okolí kvůli jejich nemoci. 57 % uvedlo, že se vztahy s lidmi nezměnily a 43 % si myslí, že jejich vztahy s okolím se kvůli jejich nemoci změnily.

Jak se podle uvedených odpovědí změnil vztahy s lidmi v okolí:

vyhýbám se jim – příliš se mnou soucítí – chybí jim porozumění mé nemoci – jsou ke mně ohleduplnější – jsem více uzavřený – mám obavy z okolí – nechtějí se mnou mluvit o mé nemoci – stydí se za mně – bojí se dědičnosti nemoci – dívají se na mně s despektem – označují mně za blázna – podřadně mně hodnotí v práci – jsem víc sám – přestali se se mnou kamarádit – méně se s nimi stýkám – více mi pomáhají – nejsem schopen navazovat vztahy – bojí se mně – v atace nemoci jsem si rozbil hodně vztahů – jsou na mně hodnější – jinak se na mně dívají – nemám k nim důvěru – straním se lidí – dívají se na mně jako na blázna – mají ze mě strach – nerozumí mi – odsoudili mně – jsou ze mě na nervy – nechápou mně – nevěšují si mně – jsem závislý na rodině – oni si myslí svoje a já také – jsem od okolí izolován – jsem sám – nevedu plnohodnotný rodinný život – jednají se mnou arogantně – nemluví se mnou – mají ke mně jiný přístup – jednají se mnou příjemně – mám z nich strach – sesadili mně do nižší kasty – vztahy jsou lepší než dřív – vyhývají se mi – neví, jak se mnou mají mluvit – nechápou mně – přestali se mnou komunikovat.

Z uvedených odpovědí na tuto otázku vyplývá, že vzájemné vztahy s lidmi v okolí se změnil většinou k horšímu, pouze v pěti případech hodnotili změnu vztahu pozitivně.

V grafu je uvedeno srovnání odpovědí na tuto otázku u mužů a žen.

Obrázek 11: Změnily se vztahy s okolím - srovnání muži a ženy

Otázka č. 26 – Pocítil/a jste někdy diskriminaci ze strany ostatních lidí kvůli své nemoci

Diskriminace a stigmatizace duševně nemocných bývá v odborné literatuře často zmiňována a uváděna, a to zejména kvůli jejímu negativnímu působení jak na nemocného, tak na jeho rodinu a blízké. Z výsledků našeho výzkumů vyplývá, že 59 % duševně nemocných se již setkalo s diskriminací okolí kvůli svému onemocnění, z nich 7 % se s ní setkává pravidelně. 41 % dotázaných uvedlo, že se s diskriminací ze strany svého okolí nikdy nesetkalo.

Obrázek 12: Pocítil někdy diskriminaci ze strany okolí

Otázka č. 27 – Co považujete při léčbě duševního onemocnění za nejdůležitější

V této otázce bylo respondentům nabídnuto celkem 10 možností pro hodnocení důležitosti při léčbě s možností hodnocení na stupnici od 1 do 5, kdy 1 představuje nejméně důležité a 5 nejvíce důležité. U obou skupin dotázaných (tj. u mužů i u žen) se na prvním místě důležitosti objevila – podpora rodiny a přátel. Nemocní považují za nejvíce důležité to, co za velmi důležité považují také odborníci. Ti za velmi důležité považují také pravidelné užívání léků, to však nemocní uvádějí až na 5 místě v celkovém pořadí důležitosti. Může to být způsobeno tím, že léky mohou mít nepříjemné vedlejší účinky a jejich užívání je proto pro nemocné nepříjemné, i když ví, že je ve většině případů nezbytné. Za nejméně důležité v léčbě svého onemocnění považují duševně nemocní hospitalizaci v psychiatrické léčebně a to i přesto, že v odpovědi na otázku č. 14 – zda byla hospitalizace v PL přínosem, odpovědělo 87 % dotázaných kladně.

Tabulka 1: Co je při léčbě duš. onemocnění nejdůležitější, jak to vidí sami nemocní

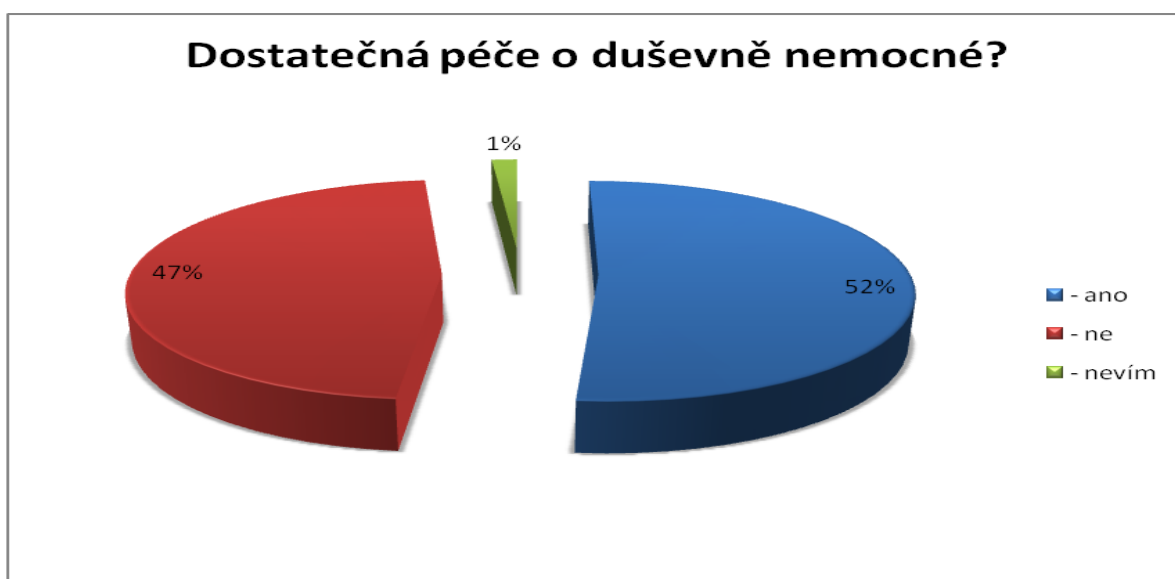
Co považuje při léčbě duševního onemocnění za nejdůležitější	Muži		Ženy		Celkem	
	Hodnocení	Pořadí	Hodnocení	Pořadí	Hodnocení	Pořadí
Podp. rodiny a přátel	4,35	1	4,42	1	4,34	1
Sociální začlenění	3,90	3	4,10	3	4,00	2
Zájmy, záliby, ...	3,69	6	4,29	2	3,99	3
Láska, partn. vztahy	3,96	2	3,93	6	3,95	4
Farmakoterapie	3,87	4	3,96	5	3,92	5
Zdravý životní styl	3,82	5	3,98	4	3,90	6
Psychoterapie	3,31	7	3,67	7	3,49	7
Práce	3,19	8	3,37	8	3,28	8
Hospitalizace v PL	3,01	9	2,59	9	2,80	9

U možnosti – něco jiného – uvedli dotazovaní např. sebevědomí, cíl a smysl života, finanční zajištění, abstinence, pochopení, lidskost, pozitivní myšlení, naděje, motlitba, včasné podchycení nemoci, cestování, domácí mazlíček, víra, spokojený sexuální život, hudba, spánek.

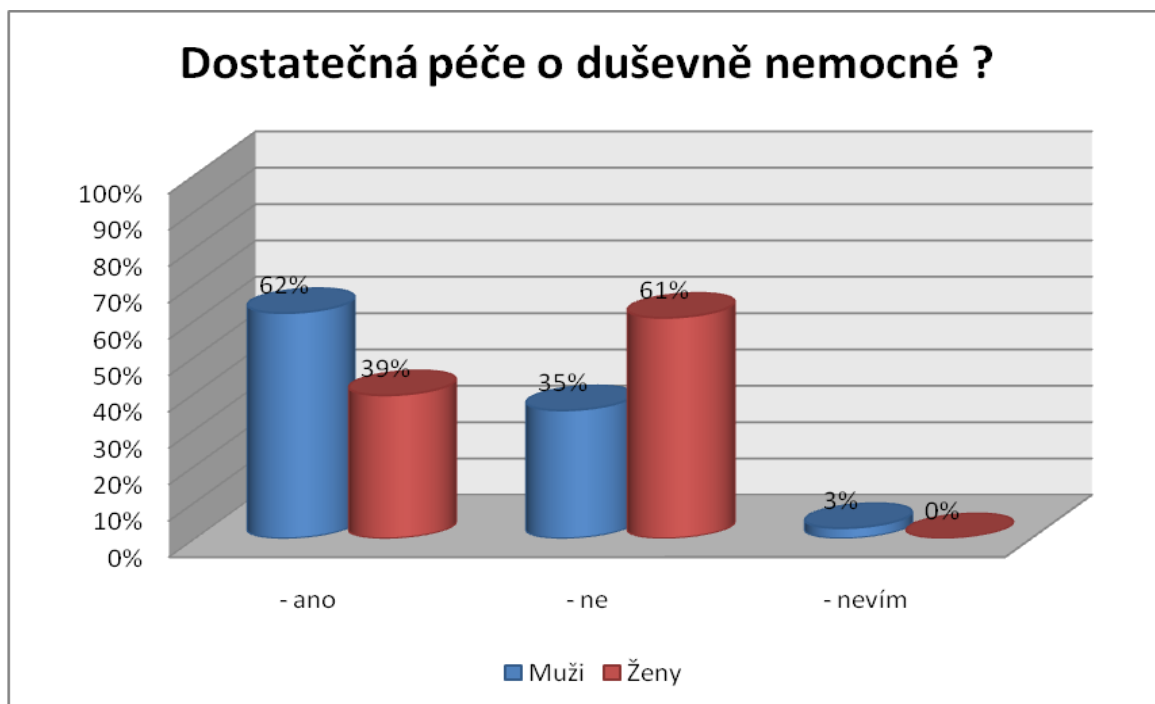
Otázka č. 28 – Považujete péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou a Otázka č. 29 – Pokud ne, proč

Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda osoby s duševním onemocněním považují péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou. Oni jsou ti, kteří tuto péči využívají a pro něž by měla být vyhovující. Celkem 52 % dotázaných odpovědělo, že péči o duševně nemocné v ČR považují za dostatečnou, 47 % z nich ji za dostatečnou nepovažuje a 1 % z celkového počtu respondentů odpovědělo, že neví.

Obrázek 13: Považuje péči o duševně nemocné za dostatečnou?



Při srovnání výsledků odpovědí na tuto otázku u mužů a žen bylo zjištěno, že je rozdíl v tom, hodnotí péči o duševně nemocné v ČR muži a jak ženy. 62 % mužů považuje péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou a 35 % ji za dostatečnou nepovažuje, 3 % mužů odpovědělo, že neví. Výsledky žen byly naprosto opačné. 61 % z dotázaných žen odpovědělo, že péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou nepovažuje a 39 % ji považuje dostatečnou.

Obrázek 14: Péče o duševně nemocné – srovnání odpovědí mužů a žen

Nejčastěji uváděnými důvody, proč nepovažují péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou byly: nedostatek osvěty, používání drastických léčebných metod, lékaři nemocným nenaslouchají, v zahraničí je péče o duševně nemocné na lepší úrovni, je málo psychologů, mystifikace duševního onemocnění, chybí lidský přístup personálu k nemocným, chybí jednotná koncepce péče o duševně nemocné, nedostatečná péče v zařízeních pro duševně nemocné, nedostatek ambulantních psychiatrů, nedostatek lůžek v PL, nedostatečné investice do psychiatrických léčen, nedostatek jiných zařízení pro duševně nemocné, problém při hledání zaměstnání, převažující farmakologická léčba a nedostatek alternativních terapií, problematika diagnóz, vyčleňování duševně nemocných na okraj společnosti, malá informovanost veřejnosti o problematice duševně nemocných, omezení péče psychiatrů pouze na kontroly a předpis medikace.

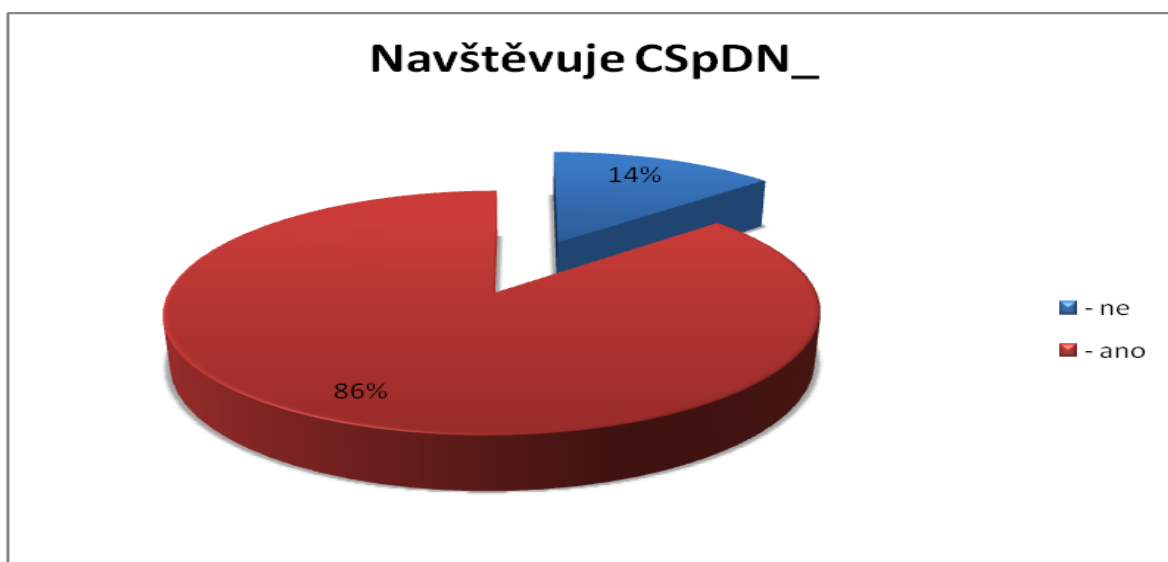
Otázka č. 30 – Navštěvujete, nebo jste někdy navštěvoval/a centrum služeb pro duševně nemocné a Otázka č. 31 – Pokud ne, uveďte důvod a Otázka č. 32 – Pokud ano, proč

Tato série otázek byla zaměřena na oblast služeb pro duševně nemocné. Jejím smyslem bylo zjistit, zda lidé s duševním onemocněním navštěvují centra služeb pro duševně nemocné, důvody proč ano a proč ne. Domníváme se, že služby těchto center jsou pro duševně nemocné v určitých fázích nemoci velmi důležité a mohou být velkou pomocí v tom,

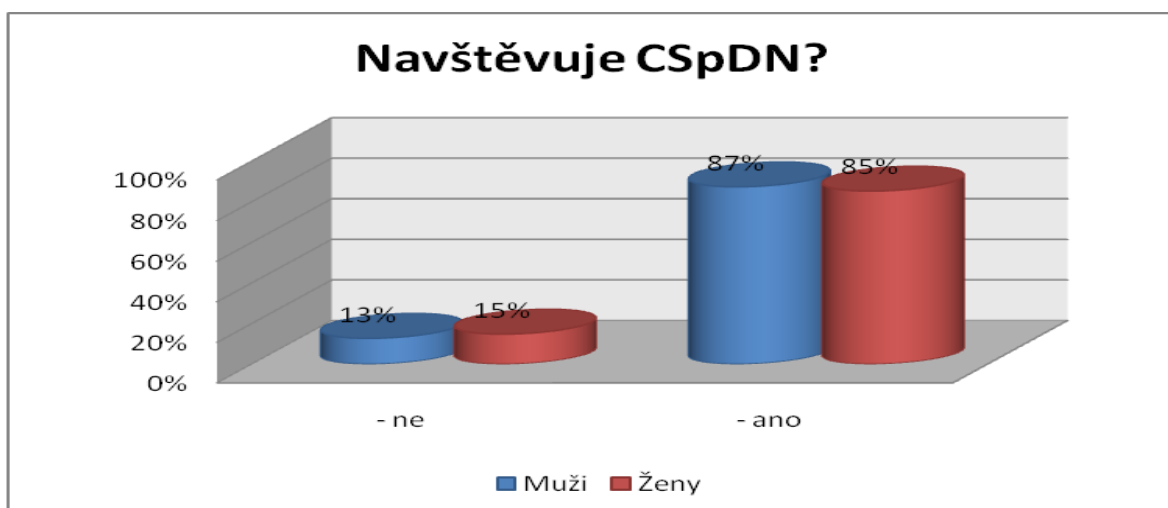
aby se objevovalo co nejméně relapsů nemoci a aby se nemocní co nejlépe a nejsnáze zařadili zpět do běžného života. Problémem, podle našeho názoru, je nedostatek těchto zařízení a jejich nedostupnost především pro nemocné z vesnic a malých měst. Tato zařízení, která jsou finančně velmi náročná, fungují především ve velkých městech a v jejich okolí, kde je větší počet obyvatel, a tím i pravděpodobnost výskytu většího množství duševních nemocí. Zůstává otázkou, zda je finančně náročnější zbudování většího množství těchto center nebo častá a opakovaná hospitalizace těchto nemocných v psychiatrických léčebnách.

Z celkového počtu dotázaných 86 % odpovědělo, že taková centra navštěvuje a 14 % z nich tato centra nenavštěvuje. Nebyl zjištěn výrazný rozdíl v tom, jak odpovídali muži a jak ženy.

Obrázek 15: Navštěvuje centra služeb pro duševně nemocné?

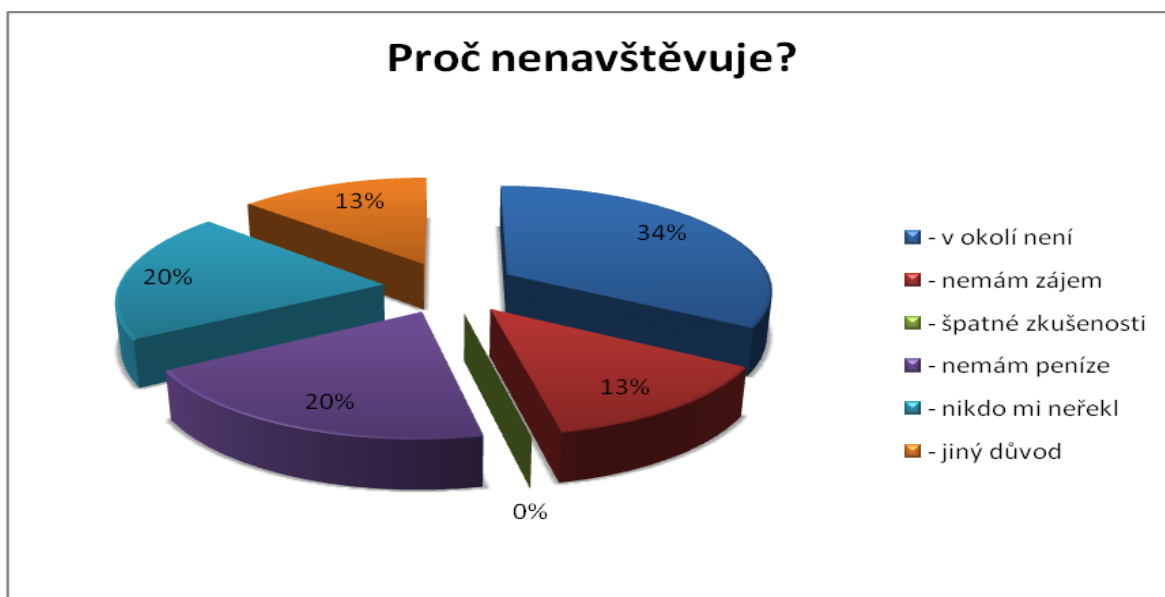


Obrázek 16: Srovnání odpovědí mužů a žen



Nejčastěji uváděným důvodem proč nenavštěvují centrum pro duševně nemocné bylo, že v jejich okolí žádné není (34 %), 20 % uvedlo, že jim o této možnosti nikdo neřekl, 20 % odpovědělo, že na to nemá peníze. 13 % uvedlo jiný důvod a 13 % o navštěvování těchto center nemá zájem.

Obrázek 17: Proč nenavštěvuje centrum služeb pro duševně nemocné?



Tabulka 2: Důvod, proč navštěvuje centrum služeb pro duševně nemocné

Proč navštěvujete centrum služeb pro duševně nemocné	Muži		Ženy		Celkem	
	Hodnocení	Pořadí	Hodnocení	Pořadí	Hodnocení	Pořadí
Učím se nové věci	34	3	38	1	72	1
Příjemné prostředí	36	1	35	2	71	2
Mám tam přátele	35	2	30	4	65	3
Zájem o problémy	31	4	32	3	63	4
Trávím tam volný čas	34	3	26	6	60	5
Návrat do života	28	5	28	5	56	6
Jsou na mně hodní	20	6	30	4	50	7
Dobře tam vaří	5	7	6	7	11	8
Jiný důvod	1	8	4	8	5	9

Otázka č. 33 – Považujete taková centra za důležitá a Otázka č 34 – Pokud ano, proč (stručně uveďte)

Posledními dvěma otázkami jsme se pokusili zjistit, zda lidé s duševním onemocněním považují centra služeb pro duševně nemocné za důležitá a pokud ano, tak z jakého důvodu. V naprosté většině (98 %) dotázaní uvedli, že tato centra za důležitá považují. Pouze 2 % z celkového počtu respondentů je za důležitá nepokládají. Všech 61 dotázaných žen uvedlo, že tato centra považují za důležitá.

Odpovědi na otázku č. 34 – Proč je považují za důležitá, byly velmi různorodé. Kromě všech důvodů, které byly zmíněny v otázce č. 32 – Proč tato centra navštěvujete, tzn., trávím tam volný čas, učím se tam nové věci, mám tam přátele, je tam příjemné prostředí, dobře tam vaří, zajímají se tam o mé problémy, všichni jsou tam na mě hodní a pomáhají mi s návratem do běžného života, uváděli i některé další.

Např. necítím se sám, supluji léčbu v PL, brání izolaci nemocných, povzbuzují mě v mém životě, mám denní program, učím se tam žít se svou nemocí, probíhají tam různé terapie, dodávají mi sílu, podporují mě v osamostatnění, je tam široká škála aktivit, ruší bariéry, zajišťují přechod mezi PL a běžným životem, setkávám se tam s lidmi s podobnými problémy, nemusím se zde stydět za svou nemoc, učí mě zvládat problémy, jsem zde užitečný, nabízí pracovní rehabilitaci, učí mě zdravé životosprávě, mám zde možnost sportovního vyžití, dozvídám se užitečné informace, umožňují mi kontakt s okolním světem, je zde možnost seznámení, zvyšují mi sebevědomí.

6 ZÁVĚRY STANOVENÝCH VÝZKUMNÝCH PŘEDPOKLADŮ

Předpoklad 1 (P1): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním je svobodných a že více než 40 % z nich bydlí u rodičů

Tento předpoklad měla potvrdit nebo vyvrátit otázka č. 3 a otázka č. 5 dotazníkového šetření.

Výsledky šetření

Celkem 66 % dotázaných odpovědělo, že jsou svobodní a celkem 41 % dotázaných bydlí u rodičů.

Z výsledků šetření vyplývá, že výzkumný předpoklad P1 byl potvrzen.

Předpoklad 2 (P2): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním nepracuje a více než 50% těch, kteří nepracují, je poživateli invalidního důchodu.

Tento předpoklad měla potvrdit nebo vyvrátit otázka č. 7 a otázka č. 9 dotazníkového šetření.

Výsledky šetření

Celkem 78 % dotázaných odpovědělo, že nepracuje a 90 % z těch, kteří nepracují, odpovědělo, že důvodem je přiznání invalidního důchodu.

Z výsledků šetření vyplývá, že výzkumný předpoklad P2 byl potvrzen.

Předpoklad 3 (P3): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním navštěvuje pravidelně svého psychiatra a více než 50% z nich také dodržuje pokyny svého lékaře.

Tento předpoklad měla potvrdit nebo vyvrátit otázka č. 15 a otázka č. 17 dotazníkového šetření.

Výsledky šetření

Celkem 98 % dotázaných odpovědělo, že pravidelně navštěvuje svého psychiatra a 57 % z nich dodržuje vždy pokyny lékaře při léčbě jejich nemoci.

Z výsledků šetření vyplývá, že výzkumný předpoklad P3 byl potvrzen.

Předpoklad 4 (P4): Předpokládáme, že více než 50% duševně nemocných má ve svém okolí někoho komu důvěřuje a s kým se může poradit.

Tento předpoklad měla potvrdit nebo vyvrátit otázka č. 21 dotazníkového šetření.

Výsledky šetření

Celkem 92 % dotázaných odpovědělo, že má někoho, s kým se může poradit, někoho, komu důvěřuje.

Z výsledků šetření vyplývá, že výzkumný předpoklad P4 byl potvrzen.

Předpoklad 5 (P5): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním se setkalo, v souvislosti se svým onemocněním, s diskriminací ze strany ostatních lidí.

Tento předpoklad měla potvrdit nebo vyvrátit otázka č. 26 dotazníkového šetření.

Výsledky šetření

Celkem 93 % dotázaných odpovědělo, že se již, v souvislosti se svým onemocněním, setkali s diskriminací ze strany ostatních lidí.

Z výsledků šetření vyplývá, že výzkumný předpoklad P5 byl potvrzen.

Předpoklad 6 (P6): Předpokládáme, že více než 50% osob s duševním onemocněním nepovažuje péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou.

Tento předpoklad měla potvrdit nebo vyvrátit otázka č. 28 dotazníkového šetření.

Výsledky šetření

Celkem 52 % dotázaných odpovědělo, že nepovažuje péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou.

Z výsledků šetření vyplývá, že výzkumný předpoklad P6 byl potvrzen.

7 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Cílem toho výzkumu bylo zjistit, jaký pohled mají duševně nemocní na kvalitu svého života, pokusit se zmapovat to, co je v jejich životě nejvíce trápí, omezuje a co je pro ně naopak přínosem a pomocí při vyrovnávání se s jejich nelehkou situací.

Z výsledků provedeného výzkumu vyplynulo, že většina námi oslovených lidí s duševním onemocněním dosáhla dobré úrovně vzdělání. Přesto většina duševně nemocných nepracuje, a to především z důvodu přiznání invalidního důchodu. Problémem je také nedostatek vhodných pracovních míst pro osoby s duševním onemocněním a s tím spojené těžkosti při uplatnění se na volném trhu práce. To je pravděpodobně i příčinou toho, že většina nemocných hodnotí svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení jako horší při srovnání se situací před vznikem onemocnění. Kladně hodnotí námi oslovení nemocní svoji situaci v oblasti přátelských vztahů a důvěry k lidem. Velká většina dotázaných má přátele a udržuje přátelské vztahy a má také ve svém okolí někoho komu důvěřuje a s kým se může poradit. Většinou jsou to rodiče, ostatní rodina a přátelé. Podporu rodiny a přátel uvedli respondenti také jako nejdůležitější při léčbě svého onemocnění. Pozitivně hodnotila většina dotázaných také přínos hospitalizace v psychiatrické léčebně v léčbě jejich nemoci a také vztah se svým psychiatrem. Negativní je naopak diskriminace ze strany ostatních lidí, se kterou se většina dotázaných, v souvislosti se svým onemocněním, setkala.

Další kapitolou je hodnocení přínosu a důležitosti center služeb pro duševně nemocné. Většina námi dotázaných tato centra navštěvuje a považuje je za velmi důležitá pro život lidí s duševním onemocněním.

Z výsledků provedeného šetření vyplývá, že hodnocení vlastní kvality života duševně nemocnými se liší v jednotlivých oblastech jejich života. Oblastí, která je, u většiny nemocných hodnocena pozitivně je např. hospitalizace a léčba v psychiatrických léčebnách a vztah nemocných s jejich ošetřujícími psychiatry. Pozitivní pohled mají nemocní také na přátelské vztahy, které udržují a na podporu rodiny a přátel při zvládnání problémů, které je v jejich nemoci potkávají. Na druhé straně nemocní negativně vnímají diskriminaci, se kterou se setkávají díky svému onemocnění, ze strany ostatních lidí a jako výrazně horší pociťují také svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení. Problémem je také, u převážné většiny z nich, nemožnost nebo neschopnost pracovat a zapojit se tak do normálního života.

8 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Domníváme se, že pro zkvalitnění života duševně nemocných je nutné zajistit co nejlepší spolupráci všech, kteří se podílejí na jejich léčbě, tzn. odborníků z psychiatrických léčeben, ambulantních psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků, aj. s rodinami a blízkými duševně nemocných. Protože lékařskou péčí a podporu rodiny přátel při zvládání své nemoci vnímají nemocní, kteří se zapojili do tohoto výzkumu ve velké většině kladně, bude zapotřebí zlepšit a zkvalitnit péči v oblasti, tzv. komunitní péče. Celosvětovým trendem je přesunutí péče o duševně nemocné z uzavřených psychiatrických léčeben právě do této komunitní péče. Pod tímto pojmem si můžeme představit soubor služeb, zařízení a programů, které by měly pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života, aby mohly být co nejlépe uspokojovány jejich potřeby zdravotní, psychologické i sociální. Česká republika má v této oblasti péče o duševně nemocné zatím velké mezery. Na většině míst ČR nemají lidé s duševní poruchou možnost komunitní služby využívat, protože tam prostě žádná nejsou a pokud existují, je jejich kapacita naprosto nedostatečná. Nerovnoměrné je také jejich geografické rozmístění. Nejvíce těchto služeb nabízejí velká města a některé kraje. Budování a provozování takových služeb je jistě finančně poměrně náročné. Finanční prostředky, vložené do podpory komunitní péče, by se ale mohly do státní pokladny vrátit, např. díky snížení počtu hospitalizovaných pacientů v psychiatrických léčebnách nebo třeba snížením počtu duševně nemocných s invalidním důchodem. Především se ale tato péče bezesporu projeví na zvýšení kvality života duševně nemocných a jejich rodin.

ZÁVĚR

Schizofrenie je onemocnění velmi závažné a velmi záhadné. Neustále se hledají možné příčiny tohoto onemocnění. Z tohoto důvodu vzniklo během 20. století mnoho různých hypotéz, teorií a pohledů. Ani přes veškeré výzkumy, které byly až do dnešní doby provedeny, není dosud jasná přesná příčina a původ tohoto onemocnění nebyl dosud vysvětlen. Předpokládá se, že vznik onemocnění je dán více faktory, které se vzájemně ovlivňují. Hovoří se ale také o skupině schizofrenií, která může představovat i několik nemocí.

Tak jako existuje více příčin vzniku nemoci, které jsou u každého nemocného trochu jiné, měl by také existovat individuální přístup k nemocným v rámci jejich léčby, rehabilitace a návratu do běžného života. Duševní onemocnění je obrovskou zátěží nejen pro nemocného, ale pro celou jeho rodinu. Podobně jako sám nemocný, musí se i rodina v krátké době vyrovnat s celou řadou problémů tak, aby mohla svému nemocnému poskytnout potřebnou pomoc a zázemí. Schizofrenikům se nejlépe daří v rozvojových zemích, ve kterých dobře funguje systém základní rodiny, rodu nebo kmene. Naše společnost má tendenci podržet duševně nemocného jen chvíli. Když se „zblázní“ potřetí, pak už s ním většinou jako se svým plnohodnotným členem nepočítá. Pokud ale člověka se schizofrenií „odepíší“ i jeho nejbližší, tak to v naprosté většině případů dopadne špatně. Rodina by se v žádném případě neměla smířit s nálepkou schizofrenika a se ztrátou perspektivy normálního osobního života, zvláště v době, kdy nemocnému není třeba ještě ani dvacet let. Smíření rodiny s tím, že jejich nemocný nebude žít, ale jen přežívat jako chronicky nemocný psychiatrický pacient je špatné. Rodiče se nesmí „vyrovnat“ s tím že jejich dítě nikdy nebude samostatně fungovat, že nikdy nebude mít své vlastní zájmy, přátele a vztahy a že nikdy nebude pracovat. Pokud budou psychiatři přistupovat velmi opatrně ke stanovení diagnózy, nemusí se další psychotická krize u nemocného projevit, ale je potřeba aby na tom nemocný s pomocí profesionálů a celé rodiny pořádně zapracoval. Dát nemocnému naději, když ne na úplné uzdravení, tak alespoň na co největší možné pozitivní ovlivnění průběhu nemoci, je významným faktorem, který předurčuje vývoj onemocnění do budoucna.

..... „Zeptáte se mě: Je blázen, který ví, že je blázen, opravdu blázen? Anebo jinak: Není v tomto šíleném světě blázen, který si je vědom svého šílenství, jediný duševně zdravý člověk? Nepospíchejme však. Máte-li popsat blázna, jak ho vyličíte? Jako cizího člověka s netečnou tváří? Usmívá se, ale necítí žádnou radost, jen všechny nervy mu hrají, a když se dostane do transu, hrají i jeho údy, myšlenky se tlačí jedna přes druhou a nejen v mozku, ale i v duši dochází často k elektrickým zkratům. Líbí se vám takový portrét? Jak jinak mluvit o šílenství než jazykem těch, kdo si ho nesou v sobě? A kdybych vám řekl, že v každém z nás, nemocném i zdravém, se nachází skrytá část, jakási tajná zóna, připravená otevřít se šílenství? Jediný špatný krok, jediná rána osudu stačí, abychom sklouzli nebo upadli bez nejmenší naděje, že se zase zvedneme. Nedostatek pozornosti, trhlina v paměti nebo chybný úsudek, to všechno může vést k celé sérii pádů“..... (Wiesel, 2007, s. 7)

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. 356 s. ISBN 80-7469-628-5.
- [2] FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
- [3] CHODURA, V. *Komunikace a duševní poruchy*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2000. 53 s. ISBN 80-7040-409-4.
- [4] CHRÁSKA, M. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- [5] JAROLÍMEK, M. *Brožura pro pacienty a jejich blízké*. Vzdělávací projekt Coopera, 2009. 31 s. 09-RSP-17-0310-CZ.
- [6] KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- [7] KOUKOLÍK, F. *Mozek a jeho duše. Třetí, rozšířené a přepracované vydání*. Praha: Galén, 2008. 263 s. ISBN 978-80-7262-314-3.
- [8] KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- [9] MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada Publishing, 2008. 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- [10] MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005. 196 s. ISBN 80-247-0737-3.
- [11] MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.
- [12] MENTZOS, S. *Dynamika duševní nemoci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 127 s. ISBN 80-7178-992-5.
- [13] PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., SEIFERTOVÁ, D., ŠÍPEK, J. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, nakladatelství odborné literatury, 2001. 90 s. ISBN 80-85912-65-1.

- [14] STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Brno: Computer Press, 2003. 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
- [15] VOJENSKÉ ZDRAVOTNICKÉ LISTY. *Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby*. Ročník LXXIII, 2004, č. 1. [25. 03. 2011].
URL:<http://www.vojenskaskola.cz/skola/uo/fvz/fakulta/Documents/VZL/2004/VZL1_04.pdf>
- [16] WIESEL, E. *Šílená touha tančit*. 1. vyd. Praha: Portal, 2007. 228 s. ISBN 978-80-7367-228-7.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Rodinný stav	46
Obrázek 2: Důvod, proč nepracuje.....	47
Obrázek 3: Jak hodnotí svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení	48
Obrázek 4: Přátelské vztahy – srovnání mužů a žen	49
Obrázek 5: Přátelské vztahy - celkem	49
Obrázek 6: První ataka nemoci – srovnání mužů a žen	50
Obrázek 7: Navštěvuje pravidelně svého psychiatra?	51
Obrázek 8: Dodržuje pokyny lékaře?	52
Obrázek 9: Má někoho, komu důvěřuje – srovnání mužů a žen	53
Obrázek 10: Komu důvěřuje?	53
Obrázek 11: Změnily se vztahy s okolím - srovnání mužů a žen.....	55
Obrázek 12: Pociťoval někdy diskriminaci ze strany okolí.....	55
Obrázek 13: Považuje péči o duševně nemocné za dostatečnou?	57
Obrázek 14: Péče o duševně nemocné – srovnání odpovědí mužů a žen	58
Obrázek 15: Navštěvuje centra služeb pro duševně nemocné?.....	59
Obrázek 16: Srovnání odpovědí mužů a žen.....	59
Obrázek 17: Proč nenavštěvuje centrum služeb pro duševně nemocné?	60

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Co je při léčbě duš. onemocnění nejdůležitější, jak to vidí sami nemocní 56

Tabulka 2: Důvod, proč navštěvuje centrum služeb pro duševně nemocné 60

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK	73
PŘÍLOHA P II: TABULKA DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	81

PŘÍLOHA PI: DOTAZNÍK

ŽIVOT LIDÍ S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Vážená paní, vážený pane,

v rámci výzkumu pro svou bakalářskou práci na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně v oboru Sociální pedagogika se zabývám životem lidí s duševním onemocněním.

Dovoluji si Vás požádat o pár minut Vašeho času a zodpovězení níže uvedených otázek.

Tento výzkum je anonymní, výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce.

Blanka Kadlečková

Zakroužkujte, prosím, odpovídající položky.

1. Pohlaví

Muž 1

Žena 2

2. Věk (doplňte) _____

3. Rodinný stav	
Svobodný/á	1
Ženatý/vdaná	2
S druhem/družkou	3
Rozvedený/á	4
Vdovec/vdova	5
4. S kým žijete?	
Sám/a	1
S rodiči	2
S partnerem/partnerkou	3
S dětmi	4
S někým jiným	5
5. Jak bydlíte?	
U rodičů	1
U přátel	2
U příbuzných	3
V podnájmu	4
Ve vlastním domě	5
Ve vlastním nebo družstevním bytě	6
Bydlím, kde se dá	7
Jsem bez domova	8
Jinak, uveďte	9
6. Ukončené vzdělání	
Neukončené základní	1
Základní	2
Střední bez maturity	3
Střední s maturitou	4

Vysokoškolské	5
7. Zaměstnání	
Bez zaměstnání	1
Zaměstnanec	2
Soukromník	3
8. Uved'te své hlavní zaměstnání, případně původní profesi	
<hr/>	
9. Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů	
Student.....	1
Mateřská dovolená.....	2
V domácnosti	3
Starobní důchodce (nepracující)	4
Invalidní důchod	5
Nezaměstnaný/á hledající práci	6
Jiný důvod	7
10. Jak byste hodnotil/a svoji finanční situaci a hmotné zabezpečení?	
Jsem spokojen/spokojena.....	1
Je stejná jako před onemocněním	2
Je výrazně horší než před onemocněním	3
Peníze mi stačí sotva na pokrytí zákl.potřeb	4
Bez pomoci rodiny/přátel bych nevyžil/a	5
11. Přátelské vztahy	
Nemám přátele.....	1
Mám 1-2 přátele	2
Mám více přátel.....	3

12. Kdy se u Vás poprvé objevilo duševní onemocnění?	
Do 18 let.....	1
18 – 25 let	2
25 – 35 let	3
35 – 45 let	4
45 a více let	5
13. Byl/a jste hospitalizován v psychiatrické léčebně?	
Ne	1
Ano (jedenkrát).....	2
Ano (opakovaně).....	3
14. Pokud ano, byla tato hospitalizace pro Vás přínosem?	
Ne, v ničem mi nepomohla.....	1
Ano, pomohla mi, ale už bych se tam nechtěl/a vrátit.....	2
Ano, pokud bude potřeba, vím, že mi tam vždy pomohou	3
15. Navštěvujete pravidelně svého psychiatra?	
Ne	1
Ano.....	2
16. Jak hodnotíte Váš vzájemný vztah s psychiatrem?	
Máme spolu velmi dobrý vztah a důvěřuji mu	1
Většinou na mně nemá čas, pouze předepíše léky.....	2
Nemám k němu důvěru	3
Nevím.....	4
17. Dodržujete pokyny lékaře při léčbě Vaší nemoci?	
Ano, vždy	1
Většinou ano	2
Jen občas.....	3
Ne, nedodržuji	4

18. Uved'te, proč dodržíte nebo nedodržíte pokyny lékaře.

.....
.....
.....

19. Užíváte pravidelně předepsané léky?

- Ne 1
Ano..... 2

20. Uved'te, proč pravidelně užíváte nebo neužíváte předepsané léky.

.....

21. Máte někoho, s kým se můžete poradit, někoho komu důvěřujete?

- Ne 1
Ano..... 2

22. Pokud ano, kdo je to?

- Manžel/manželka 1
Rodiče 2
Děti 3
Sourozenec 4
Někdo jiný z rodiny 5
Přítel/přítelkyně 6
Přátelé/kamarádi 7
Sociální pracovník 8
Psycholog..... 9
Někdo jiný, uveďte 10

23. Ví lidé ve Vašem okolí o Vašem onemocnění?

- Ví o něm pouze nejbližší rodina 1
Ví o něm i přátelé 2
Ví o něm i širší okolí (sousedé, spolupracovníci, apod.) 3

Téměř nikdo o něm neví, mám problém o tom mluvit 4

Nevím..... 5

24. Změnily se kvůli Vašemu onemocnění vztahy s lidmi ve Vašem okolí?

Ano..... 1

Ne 3

25. Pokud ano, napište jak

.....
.....
.....
.....

26. Pocítil/a jste někdy diskriminaci ze strany ostatních lidí kvůli své nemoci?

Ne, nikdy se mi to nestalo 1

Ano, už jsem se s tím setkal/a 2

Ano, setkávám se s tím celkem pravidelně 3

27. Co považujete při léčbě duševního onemocnění za nejdůležitější?

(ohodnoťte na stupnici od 1 - 5, kdy 1 je nejméně důležité a 5 je nejvíce důležité)

Hospitalizace v psychiatrické léčebně 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Farmakoterapie (užívání léků)..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Psychoterapie 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Láska, partnerské vztahy 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Podpora rodiny a přátel..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Práce..... 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Sociální začlenění (pocit, že někam patřím) 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Zájmy, záliby, koníčky 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Zdravý životní styl (sport, výživa, odpočinek) 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Něco jiného (uved'te co) 1 – 2 – 3 – 4 – 5

28. Považujete péči o duševně nemocné v ČR za dostatečnou?

Ne 1

Ano 2

29. Pokud ne, proč?

.....
.....

30. Navštěvujete, nebo jste někdy navštěvoval/a centrum služeb pro duševně nemocné?

Ne 1

Ano 2

31. Pokud ne, uveďte důvod

V mém okolí žádné není 1

Nemám zájem 2

Mám špatné zkušenosti 3

Nemám na to peníze 4

Nikdo mi o této možnosti neřekl 5

Jiný důvod, uveďte jaký 6

32. Pokud ano, proč?

(možnost i více odpovědí)

Trávím tam volný čas 1

Učím se tam nové věci 2

Mám tam přátele 3

Je tam příjemné prostředí 4

Dobře tam vaří 5

Zajímají se tam o mé problémy 6

Všichni jsou tam na mně hodní 7

Pomáhají mi tam s návratem do běžného života 8

Jiný důvod, uveďte jaký 9

33. Považujete taková centra za důležitá?

Ne 1

Ano 2

34. Pokud ano, proč (stručně uveďte)

.....

.....

.....

.....

Děkuji Vám za účast ve výzkumu a čas, který jste věnovali vyplnění dotazníku.

PŘÍLOHA P II: TABULKA DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

	Celkem dotazníků:	132	100,00%	2. Průměrný věk		Nejmladší	Nejstarší
1	- toho mužů	71	54%	- muži	35,50	21	56
	- z toho žen	61	46%	- ženy	40,00	21	71
3	Rodinný stav	Muži		Ženy		Celkem	
		Počet	%	Počet	%	Počet	%
	- svobodný/á	60	85%	27	44%	87	66%
	- ženatý/vdaná	4	6%	19	31%	23	17%
	- s druhem/družkou	1	1%	0	0%	1	1%
	- rozvedený/á	5	7%	14	23%	19	14%
	- vdovec/vdova	1	1%	1	2%	2	2%
4	S kým žijete						
	- sám/a	17	24%	10	16%	27	20%
	- s rodiči	34	48%	19	31%	53	40%
	- s partnerem/kou	9	13%	19	31%	28	21%
	- s dětmi	0	0%	5	8%	5	4%
	- s někým jiným	11	15%	8	13%	19	14%
5	Jak bydlíte						
	- u rodičů	36	51%	18	30%	54	41%
	- u přátel	0	0%	0	0%	0	0%
	- příbuzných	2	3%	1	2%	3	2%
	- v podnájmu	11	15%	8	13%	19	14%
	- ve vlastním domě	5	7%	9	15%	14	11%
	- ve vl. nebo druž. bytě	8	11%	17	28%	25	19%
	- bydlím kde se dá	1	1%	0	0%	1	1%
	- jsem bez domova	1	1%	0	0%	1	1%
- jinak	7	10%	8	13%	15	11%	
6	Ukončené vzdělání						
	- neukončené základní	0	0%	0	0%	0	0%
	- základní	12	17%	13	21%	25	19%
	- střední bez matur.	26	37%	15	25%	41	31%
	- střední s maturitou	28	39%	25	41%	53	40%
- vysokoškolské	5	7%	8	13%	13	10%	
7	Zaměstnání						
	- bez zaměstnání	55	77%	48	79%	103	78%
	- zaměstnanec	14	20%	12	20%	26	20%
	- soukromník	2	3%	1	2%	3	2%
9	Nepracuje, důvod						
	- student	0	0%	1	2%	1	1%
	- mateřská dovolená	0	0%	0	0%	0	0%
	- v domácnosti	0	0%	0	0%	0	0%
	- starobní důchod	0	0%	1	2%	1	1%
	- invalidní důchod	67	94%	44	86%	101	90%

	- nezaměstnaný/á	4	6%	5	10%	9	8%
	- jiný důvod	0	0%	0	0%	0	0%
10	Finanční situace						
	- spokojen/a	27	38%	23	38%	50	38%
	- stejná	5	7%	4	7%	9	7%
	- výrazně horší	8	11%	13	21%	21	16%
	- pokrytí zákl. potřeb	15	21%	15	25%	30	23%
	- bez pomoci nevyžije	16	23%	6	10%	22	17%
11	Přátelské vztahy						
	- nemám přátele	8	11%	6	10%	14	11%
	- mám 1 – 2	20	28%	20	33%	40	30%
	- mám více	43	61%	35	57%	78	59%
12	Poprvé onemocněl						
	- do 18 let	20	28%	17	28%	37	28%
	- 18-25 let	28	39%	20	33%	48	36%
	- 25-35 let	20	28%	10	16%	30	23%
	- 35-45 let	3	4%	4	7%	7	5%
	- 45 a více let	0	0%	10	16%	10	8%
13	Hospitalizace v PL						
	- ne	5	7%	5	8%	10	8%
	- ano (1x)	10	14%	16	26%	26	20%
	- ano (opakovaně)	56	79%	40	66%	96	73%
14	Byla přínosem						
	- ne (nepomohla)	2	3%	5	8%	7	5%
	- ano (nechci se vr)	32	45%	35	57%	67	51%
	- ano (vždy pomohou)	32	45%	16	26%	48	36%
15	Navšt. psychiatra						
	- ne	2	3%	1	2%	3	2%
	- ano	69	97%	60	98%	129	98%
16	Vztah s psychiatrem						
	- velmi dobrý	58	82%	40	66%	98	74%
	- nemá čas	4	6%	8	13%	12	9%
	- nemám k němu dův.	1	1%	3	5%	4	3%
	- nevím	8	11%	10	16%	18	14%
17	Dodržení pokynů						
	- ano, vždy	43	61%	32	52%	75	57%
	- většinou ano	25	35%	26	43%	51	39%
	- občas	2	3%	2	3%	4	3%
	- ne	1	1%	1	2%	2	2%
19	Užíváte léky						
	- ne	6	8%	2	3%	8	6%
	- ano	65	92%	59	97%	124	94%
21	Důvěřujete někomu						
	- ne	6	8%	5	8%	11	8%

	- ano	65	92%	56	92%	121	92%
22	Kdo to je						
	- manžel/ka	6	8%	10	16%	16	12%
	- rodiče	34	48%	23	38%	58	44%
	- děti	1	1%	5	8%	6	5%
	- sourozenec	13	18%	10	16%	23	17%
	- někdo jiný z rodiny	11	15%	6	10%	17	13%
	- přítel/přítelkyně	8	11%	17	28%	25	19%
	- přátelé/kamarádi	21	30%	10	16%	31	23%
	- sociální pracovník	14	20%	25	41%	39	30%
	- psycholog	24	34%	23	38%	47	36%
	- někdo jiný	1	1%	5	8%	6	5%
23	Ví lidé o onemocnění						
	- pouze nejbližší rodina	14	20%	8	13%	22	17%
	- přátelé	28	39%	26	43%	54	41%
	- širší okolí (sousedé)	24	34%	22	36%	46	35%
	- téměř nikdo	1	1%	1	2%	2	2%
	- nevím	4	6%	4	7%	8	6%
24	Změna vztahů						
	- ano	28	39%	28	46%	56	42%
	- ne	43	61%	33	54%	76	58%
26	Setkal s diskrimin.						
	- ne, nikdy	37	52%	17	28%	54	41%
	- ano, stalo	32	45%	37	61%	69	52%
	- ano, pravidelně	2	3%	7	11%	9	7%
27	Co za důležité	Muži	Pořadí	Ženy	Pořadí	Celkem	Pořadí
	- hospitalizace	3,01	9	2,59	9	2,80	9
	- farmakoterapie	3,87	4	3,96	5	3,92	5
	- psychoterapie	3,31	7	3,67	7	3,49	7
	- láska,partn.vztahy	3,96	2	3,93	6	3,95	4
	- podpora rodiny	4,35	1	4,32	1	4,34	1
	- práce	3,19	8	3,37	8	3,28	8
	- sociální začlenění	3,90	3	4,10	3	4,00	2
	- zájmy,záliby	3,69	6	4,29	2	3,99	3
	- zdravý živ. styl	3,82	5	3,98	4	3,90	6
28	Dostatečná péče	Muži	%	Ženy	%	Celkem	%
	- ano	44	62%	24	39%	68	52%
	- ne	25	35%	37	61%	62	47%
	- nevím	2	3%	0	0%	2	2%
30	Navšt. CSpDN						
	- ne	9	13%	9	15%	18	14%
	- ano	62	87%	52	85%	114	86%
31	Pokud ne, proč						
	- v okolí není	1	1%	4	7%	5	4%

	- nemám zájem	2	3%	0	0%	2	2%
	- špatné zkušenosti	0	0%	0	0%	0	0%
	- nemám peníze	0	0%	3	5%	3	2%
	- nikdo mi neřekl	0	0%	3	5%	3	2%
	- jiný důvod	0	0%	2	3%	2	2%
32	Pokud ano, proč	Muži	Pořadí	Ženy	Pořadí	Celkem	Pořadí
	- trávím tam volný čas	34	3	26	6	60	5
	- učím se nové věci	34	3	38	1	72	1
	- mám tam přátele	35	2	30	4	65	3
	- příjemné prostředí	36	1	35	2	71	2
	- dobře vaří	5	7	6	7	11	8
	- zajímají se o probl.	31	4	32	3	63	4
	- jsou na mně hodní	20	6	30	4	50	7
	- návrat do života	28	5	28	5	56	6
	- jiný důvod	1	8	4	8	5	9
33	Jsou důležitá	Muži	%	Ženy	%	Celkem	%
	- ne	2	3%	0	0%	2	2%
	- ano	69	97%	61	100%	130	98%