

Kvalita života osob s diagnózou schizofrenie

Martina Marková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Martina MARKOVÁ**
Osobní číslo: **H108182**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Kvalita života osob s diagnózou schizofrenie**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno dle pokynů obsažených v materiálu IMS „Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách“ (IMS 2009), případně dle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Dbáno bude zejména na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Dosažené výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena :

- na diagnostiku onemocnění, problém stigmatu a sociálního vyloučení osob s diagnózou schizofrenie
- na srovnání a zhodnocení kvality života těchto osob v domácí a ústavní péči
- na možnosti a způsoby zlepšení kvality života těchto osob a jejich opětovné začlenění do společnosti.

Součástí práce bude kvantitativní výzkum zaměřený na vnímání onemocnění, sociálního vyloučení a kvality života osob s diagnózou schizofrenie. Stěžejní sběr dat bude proveden formou dotazníkového šetření.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

BABIANKOVÁ, M., MARKOVÁ E., VENGLÁŘOVÁ M. Psychiatrická ošetrovatelská péče, Grada publishing, a.s., 2006

KALINA K. Jak žít s psychózou?, Avicenum – zdravotnické nakladatelství Praha, 1987

LIBIGEROVÁ, E., MÜLLEROVÁ, H. Posuzování kvality života v medicíně. ČS Psychiatrie., 97, 2001

MALÁ E., PAVLOVSKÝ P., Psychiatrie, Portál, s.r.o., Praha 2002

ROBOCH J. a kolektiv, Duševní poruchy a kvalita péče, Svaz českých nakladatelů a knihkupců, 2010

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Olga Doňková**
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. František Vízdal, CSc.
vedoucí katedry

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 obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu 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. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ 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 § 60³⁾ 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.

MARTINA MARKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně 22. 4. 2013

Podpis

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 nevydělečně 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 nahlázení 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, užitje-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 věcného 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 užití 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 výdětku 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 přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je kvalita života osob s diagnózou schizofrenie. Práce se zabývá onemocněním schizofrenie, její diagnózou, formami, průběhem, prognózou onemocnění a léčbou. Zaměřuji se na pojem kvalita života, definice zdraví a dále pak vymezuji kvalitu života osob, kterým byla schizofrenie diagnostikována.

Cílem praktické části této práce je porovnat, zhodnotit a podat ucelené informace o kvalitě života osob s diagnózou schizofrenie žijících v domácím prostředí a těch, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni nebo žijí v ústavních zařízeních.

Klíčová slova: schizofrenie, stigma, duševní poruchy, kvalita života, degradace osobnosti, zdraví, syndrom vyhoření, stereotypy, ústavní péče.

ABSTRACT

The subject of this bachelor's thesis is the quality of life of people with the diagnosis of schizophrenia. The thesis deals with the disease of schizophrenia, its diagnosis, forms, process, prognosis and therapy. I focus on the term „quality of life“, the definition of health and then I define the life quality of people with diagnosed schizophrenia.

The aim of the practical part of the thesis is to compare, evaluate and to give whole information about the quality of life of people with the diagnosis of schizophrenia living at home and those hospitalized or living at constitutional apparatus.

Key words: schizophrenia, stigma, mental disorder, quality of life, personality degradation, health, burn-out syndrome, stereotypes, constitutional care.

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce paní Mgr. Olze Doňkové za vstřícné vedení a inspirující podněty, ochotu a čas který mi věnovala, dále pak panu MUDr. Tomáši Gabrielovi za poskytnutí praktických informací a pomoc s výzkumem.

Rovněž také děkuji své rodině za trpělivost, veškerou pomoc a podporu.

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

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 SCHIZOFRENIE	11
1.1 DIAGNÓZA SCHIZOFRENIE	13
1.2 FORMY SCHIZOFRENIE	13
1.3 PRŮBĚH A PROGNÓZA ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.4 LÉČBA SCHIZOFRENIE.....	17
2 KVALITA ŽIVOTA ČLOVĚKA	20
2.1 KVALITA ŽIVOTA U PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ	21
2.2 DEFINICE ZDRAVÍ	22
3 SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ OSOB S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE	24
3.1 STIGMA JAKO NÁSLEDEK ONEMOCNĚNÍ.....	24
3.2 PRACOVNÍ POSUZOVÁNÍ A PROBLEMATIKA SPOJENÁ SE SCHIZOFRENIÍ	26
3.3 ŽIVOT PACIENTA A RODINY V DOMÁCÍM PROSTŘEDÍ	28
3.3.1 Když je matce diagnostikována schizofrenie	29
3.4 ŽIVOT PACIENTA V ÚSTAVNÍM ČI JINÉM ZAŘÍZENÍ	31
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
4 VLASTNÍ EMPIRICKÝ VÝZKUM	36
4.1 CÍLE VÝZKUMU A FORMULACE HYPOTÉZ.....	36
4.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU.....	37
4.3 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA	41
4.4 ANALÝZA VÝSLEDKŮ ŠETŘENÍ.....	41
4.5 KOMPARACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	49
4.6 VYHODNOCENÍ	50
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	55
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	58
SEZNAM OBRÁZKŮ	59
SEZNAM TABULEK.....	60
SEZNAM PŘÍLOH.....	61

ÚVOD

Jedním z důvodů pro výběr tématu mojí bakalářské práce je fakt, že jsem se s touto nemocí setkala tváří v tvář prostřednictvím blízkého člena rodiny, díky němuž jsem i několikrát navštívila psychiatrickou léčebnu a poznala, jak žijí tito lidé, což na mne velice emotivně zapůsobilo. Jedná se o moji matku, které byla ve 45 letech diagnostikována paranoidní schizofrenie a od té doby se změnil život razantním způsobem nejen jí, ale celé rodině. Myslím si, že pojem „duševně nemocný člověk“ je dnes pořád ještě tak trochu tabu, i přesto, že právě duševní choroby se v dnešní moderní hektické době stávají čím dál více rozšířené. Jen málo těch, kdo se s nemocí přímo nesetkali, si dovede představit, co toto onemocnění obnáší a málokdo si uvědomí, že by se to samé mohlo stát i jemu.

Podle údajů Světové zdravotnické organizace World Health Organisation (WHO) patří duševní poruchy mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti (z prvních deseti vyjmenovaných příčin pět představují psychiatrické diagnózy). Vyskytují se nejčastěji v produktivním věku, vedou k dlouhodobým hospitalizacím, pracovním neschopnostem a sociálnímu selhávání a také ke zvyšování počtu invalidních důchodů. Psychiatrická porucha jedince má negativní psychologický i ekonomický dopad na pacienta, jeho rodinu, děti, příbuzné i celou společnost.

Lidé s diagnózou schizofrenie jsou velmi často odsuzováni, je jim většinou opovrhováno nebo dokonce vzbuzují i strach a dostávají se tak na okraj společnosti, do stádia sociálního vyloučení. Jaká tedy je a může být jejich kvalita života? Jak žijí lidé s touto diagnózou v domácím prostředí a jak osoby žijící v ústavní péči? Jsou schopni kvalitního a plnohodnotného života? Jak se mají chovat jejich příbuzní a rodina? V souvislosti s touto problematikou je mnoho otázek, kterými je třeba se zabývat a upozornit na tento problém.

Diagnóza schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních poruch. Ničí intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince. Vede ke ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu. Termín schizofrenie lze přeložit jako „rozštěp mysli“. Přibližně 1% populace je stanovena tato diagnóza. Asi 20% pacientů má velmi dobrou prognózu, prodělá za život pouze jednu epizodu onemocnění bez jakýchkoli

následků. Přibližně třetina pacientů je postižena několika epizodami. Poslední třetina má opakující se epizody, vedoucí k devastaci jak psychických tak sociálních funkcí a stává se tak trvale plně invalidní se závislostí na jiné osobě (Bankovská-Motlová, 2011, str. 29, 32)

Cílem této bakalářské práce je charakterizovat a specifikovat diagnostiku onemocnění schizofrenií, poukázat na problém stigmatu a sociálního vyloučení osob s diagnózou schizofrenie. Dále pak porovnat a zhodnotit kvalitu života těchto osob žijících v domácím prostředí se svými rodinami a těch, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických léčebnách, jsou závislí na ústavní péči. Na základě vyhodnocení zjištěných poznatků pak podat ucelené informace o této problematice, o názorech a pocitech nemocných a rovněž pak poukázat na možnosti a způsoby zlepšení kvality života těchto osob a jejich opětovné začlenění se do společnosti.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie patří do skupiny tzv. funkčních psychóz a z této skupiny je jednoznačně nejzávažnějším onemocněním s výraznou poruchou chování, myšlení, vnímání a citů. Popis tohoto onemocnění se objevoval již v medicínských textech z období antiky. Autorem pojmenování tohoto psychotického onemocnění byl významný německý psychiatr Eugen Bleuler (1857 – 1939). Slovo schizofrenie je řeckého původu kdy schizo znamená štěpit a phren, které znamená rozum. Jedná se tedy o přítomnost rozštěpení mezi myšlením, chováním a emocemi. Laická veřejnost termín schizofrenie mylně vykládá jako rozštěpení osobnosti, kdy jakoby současně existovaly dvě nebo i vícero odlišných osobností, tento výklad je však zcela nesprávný. *„Lidé, kterým je diagnostikována schizofrenie ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem těchto svých představ pak často jednájí neobvykle a nepřiměřeně“* (Doubek a kol., 2008, str. 10).

Schizofrenií, stejně tak jako ostatními druhy psychóz či jinými duševními poruchami, může onemocnět úplně každý. Schizofrenií onemocní asi 1 až 1,5% populace, což znamená, že onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Vyskytuje se často u mužů i žen v různých kulturách, u různých etnik i na jednotlivých kontinentech. Rozdíl je však mezi pohlavími ve věku počátku onemocnění. U mužů je toto onemocnění diagnostikováno nejčastěji mezi 16 až 25 lety, u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety. Může být diagnostikována i v dětském věku, ale to je relativně vzácný nález (Doubek a kol., 2008, str. 11)

Schizofrenie ovlivňuje lidské myšlení, jednání a cítění. Snižuje kvalitu lidského života a zvyšuje mortalitu. Působí vleklou neschopnost dostát životním rolím a uspokojivě naplnit svůj život. Ze subjektivního hlediska působí schizofrenie hluboké napětí, odcizení a nejistotu. Ty samozřejmě vedou ke zkrácení anebo přetvoření skutečnosti. Schizofrenní onemocnění má silný sklon k chronicitě. Výrazně mění kvalitu života jedince, průběh onemocnění je vleklý. Snižuje společenské uplatnění a pracovní schopnost člověka. Míra nepohody, bezmoci a neschopnosti, kterou nemoc přináší je různá a lze ji obtížně měřit, ale v rozvinuté společnosti je ochromující (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 352)

Z lékařského hlediska se jedná o onemocnění nejsložitějšího orgánu lidského organismu – mozku. Poznání struktury a dějů, které v něm probíhají je v počátcích. Každý okamžik subjektivního prožívání a každý čin jednotlivce je spojen s jedinečným funkčním a pravděpodobně i strukturálním stavem mozku, který je složen z miliard elementů propojených biliony spojů. U jedince s onemocněním schizofrenie dochází ke kaskádě jemných odchylek ve strukturách a funkcích centrální nervové soustavy. Procesy, které jsou nemocným společné, představují skrytou dimenzi psychopatologie, kterou někdy obecně popisujeme jako poruchu zpracování informací. Lékař tyto procesy mnohdy může jen nejspíše pojmenovat a jen velmi tápavě ovlivnit (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 352).

Schizofrenie se projevuje celou řadou více či méně specifických symptomů. Jejich popis a správné rozpoznání jsou z hlediska diagnostiky klíčové. Pro stanovení diagnózy je důležité pozorování pacienta a naslouchání tomu, co nám sděluje. Symptomy pro schizofrenii můžeme rozdělit do 4 skupin:

- psychotické symptomy (pozitivní symptomy)
- negativní symptomy (poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením)
- kognitivní symptomy (poruchy poznávacích funkcí, především paměti a pozornosti)
- afektivní symptomy (depresivní nebo manické).

Klinický obraz je doprovázen také symptomy nespecifickými, což jsou poruchy spánku, změny chuti k jídlu, úzkostné pocity a pocity napětí (Bankovská-Motlová, 2011, str. 13)

Schizofrenie tedy patří k nejzávažnějším duševním chorobám, pro kterou je charakteristická porucha myšlení, vnímání, emočního prožívání a celkově změněného chování. Dispozice k schizofrenii je dědičná. Průběh nemoci může být různý, stejně tak jako jeho prognóza. *„Z hlediska sociálního je schizofrenie silně stigmatizující chorobou. Pro rodinu nemocného je to značná zátěž, proto musí být psychosociální pomoc zaměřena také na rodinné příslušníky. Dětská forma této nemoci představuje ještě větší zátěž a obecně má horší prognózu“* (Vágnerová, 1999, str. 190).

1.1 Diagnóza schizofrenie

Diagnostická vodítka pro schizofrenii (F20) jsou v MKN-10 (mezinárodní klasifikaci nemocí) tříděna do těchto skupin (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 358 - 359):

- a) slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
- b) bludy kontrolovatelnosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo ke specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání;
- c) halucinované hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo mezi sebou o něm rozmlouvají, nebo hlasy přicházející z určité části těla;
- d) trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné;
- e) přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, které jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců;
- f) zárazy nebo vkládání jiného obsahu do toku myšlenek a z toho vyplývající inkoherence;
- g) katatonní jednání (negativismus, mutismus, stupor);
- h) výrazná apatie, oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí, ochuzení řeči;
- i) výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, nečinnost, bezcílnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

Diagnostickým vodítkem pro schizofrenii je přítomnost příznaků alespoň ze dvou skupin pod písmeny (e) – (h) a měly by trvat alespoň jeden měsíc nebo déle.

1.2 Formy schizofrenie

Dle 10 revize MKN (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) rozlišujeme tyto formy schizofrenie: (dostupné na www.uzis.cz/cz/mkn/index.html, dne 21. 3. 2013)

- F20 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie

- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Schizophrenia simplex
- F20.8 Jiná schizofrenie
- F20.9 Schizofrenie nervové soustavy

Blíže se zmíním o čtyřech formách, které jsou u tohoto onemocnění nejčastěji diagnostikovány.

Paranoidní schizofrenie

Tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku, zpravidla do 40 až 45 let. Je charakterizována patologickou podezíravostí vůči svému okolí a bývá ještě posilována paranoidními bludy, převážně kontrolováním, ovlivňováním a pronásledováním. Často se u pacientů objevují halucinace, hlavně sluchové ve formě šeptání hlasů, které jim něco přikazují, nebo jim hrozí. Nemocný pak může snáze přestat důvěřovat rodinným příslušníkům, neboť hlasy mnohdy našeptávají právě to, že rodinní příslušníci jsou nepřátelé nebo nadpřirozené bytosti, které jim chtějí ublížit. Zde pak vzniká určité riziko, že by nemocný mohl nic netušící osoby napadnout, aby se – v rámci své patologické logiky – bránil proti ohrožení. Někdy se u této formy schizofrenie objevuje také chorobná žárlivost (Vágnerová, 1999, str. 184).

Hebefrenní schizofrenie

Je typickým onemocněním v období adolescence a rané dospělosti, vzniká většinou v období mezi 15 – 25 rokem. Je zde špatná prognóza, neboť zasáhne rozvoj osobnosti v období, kdy by se měla stabilizovat identita jedince. Nemocní bývají hrubí, vulgární a neomalení. Tato forma onemocnění vypadá jako nekončící puberta s nápadným šaškováním a chováním neodpovídajícím věku. Nemocní grimasují, smějí se avšak nepřiměřeně situaci nebo podivně a nesmyslně gestikulují. U tohoto onemocnění jsou halucinace spíše zrakové než sluchové. Nemocní se často toulají, utíkají, mají neobvyklou úpravu zevnějšku, v pozdějších fázích choroby je projev celkového úpadku osobnosti. Mnohdy se projevuje i značná suverenita jedinců, de facto naprostá necitlivost ke korektivním reakcím okolí. Chovají se jako by vše znali a věděli nejlíp a dávají to svému okolí značně najevo (Vágnerová, 1999, str. 185).

Katatonní schizofrenie

U katatonní schizofrenie je typická nápadnost v oblasti motoriky. Rozlišují se dvě varianty:

- a) **Produktivní forma** – vyznačuje se nepřiměřenou a nadměrnou pohybovou aktivitou. Může se jednat o celkovou zvýšenou aktivitu nebo může jít jen o opakování určitých slov či vět nebo nějakých pohybů.
- b) **Stuporózní forma** – je naopak celkové zpomalení nebo útlum veškeré motorické aktivity. Pacient se nehýbá, vydrží dlouho v jedné poloze. Je negativistický, nemluví, pokud je k něčemu vyzván tak dělá pravý opak. Reaguje jako loutka, kdyby jej např. někdo posadil nebo mu zvedl ruku, tak v této poloze zůstane. Tento příznak se nazývá vosková ohebnost (*flexibilitas cerea*). Nemocní mívají rovněž halucinace, převážně sluchové, které jim zakazují mluvit, jednat apod. (Vágnerová, 1999, str. 186).

Simplexní schizofrenie

U simplexní schizofrenie se myšlení nemocných postupně zhoršuje až na úroveň demence. Typický je časný a plíživý vznik nemoci. Patrná je apatičnost, pasivita, žádný zájem o cokoli, izolace od společnosti. Je zda rovněž neschopnost zvládat i běžné požadavky, jakož i celková nevykonnost a útlum jedince (Vágnerová, 1999, str. 187).

1.3 Průběh a prognóza onemocnění

Schizofrenie se zpravidla projevuje atakou akutních psychotických příznaků nejčastěji mezi 20. – 30 rokem. První atace předcházejí prodromy ve formě nespecifických příznaků, jako je nedostatek energie a sebevědomí, podrážděnost a náladovost a to již kolem 15. roku věku. Z popisu těchto příznaků je patrné, že se jen těžko odlišují od komplikovaného dospívání. Relapsu (tzn. návratu nemoci) předcházejí časně varovné příznaky. (Bankovská - Motlová, 2011, str. 29). Jednotlivé fáze nemoci jsou shrnuty v následující tabulce:

Tab. 1. – Fáze nemoci (dle Bankovská-Motlová, 2011, str. 30)

Fáze nemoci	Klinický obraz	Poznámky
Prodromy	podrážděnost, neklid a náladovost, nedostatek energie a sebevědomí, změna zájmů	nespecifické příznaky až 5 let před první atakou
První ataka	pozitivní příznaky; ztráta náhledu; negativní a kognitivní příznaky	trvá přibližně 6 měsíců
Remise	období bez příznaků	
Časné varovné příznaky	nespecifické změny, nejčastěji poruchy spánku	týdny či dny před relapsem
Relaps	pozitivní příznaky; ztráta náhledu; negativní a kognitivní příznaky	trvá přibližně 6 měsíců

Když je člověk, který onemocněl psychózou, vyzván, aby si vzpomněl, co se dělo před relapsem, mnohdy se vrací i do doby několika měsíců před hospitalizací. Nejčastěji si vybavuje problémy ve škole, v zaměstnání, konflikty s okolím, horší soustředění. Okolí si všímá uzavřenosti, vztahovačnosti, dotyčný nekomunikuje, je zkrátka jiný, než byl. Časné varovné příznaky trvají týdny, někdy i měsíce. Příznaky signalizují problém v dopaminergním systému v limbickém traktu. Pokud varovné příznaky předcházejí první atace nemoci, jen výjimečně je lze správně rozeznat jako její předzvěst. Pokud již má člověk tuto nemilou zkušenost, je dobré si příznaky napsat, mohou totiž ohlašovat budoucí relaps nemoci. Čím dříve se zahájí léčba, tím rychleji se stav nemocného zlepší. Pomocníkem – hlídačem časných varovných příznaků je tzv. ITAREPS. Jde o pomůcku, která zajistí, že se časné varovné příznaky podaří zachytit včas a nedojde k relapsu nemoci, což je v podstatě hlavním cílem léčby. Schizofrenie je onemocnění s vysokou mírou relapsů a s tím spojených rehospitalizací. V přehledu studií, které sledovaly dlouhodobý průběh schizofrenie, se zjistilo, že jednoroční frekvence relapsů se pohybuje mezi 15 – 35%, přičemž po pěti letech sledování od první psychotické epizody má v anamnéze relaps 80% nemocných, přestože pravidelně užívají antipsychotickou medikaci. Čím více relapsů, tím hůře pacient obstojí v běžném životě a léčba méně zabírá, dosažení plné remise je s každým dalším relapsem méně pravděpodobné. Prevence relapsu je proto základním cílem léčby schizofrenie (Bankovská-Motlová, 2011, str. 35).

Co se prognózy onemocnění týče, pokud opustíme tradiční klinický a společenský pohled na schizofrenii jako na devastující chorobu s nepříznivým výsledkem, můžeme na schizofrenii pohlížet jako na skupinu rozmanitých syndromů. Je evidentní, že nepříznivý výsledek onemocnění postihne naštěstí jen část pacientů. Schizofrenní syndromy mají křehký neurokognitivní terén, o který je nutné dlouhodobě pečovat. Ideálně zamezit stresu pacienta, zajistit mu bezpečné, předvídatelné a přiměřeně stimulující prostředí. „*Předpokládáme, že pro zlepšení prognózy schizofrenie můžeme v 21. století udělat dvě věci: včas a správně „zaléčit“ první ataku onemocnění a nedopustit relaps*“ (Bankovská-Motlová, 2011, str. 33).

1.4 Léčba schizofrenie

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které však lze léčit! Po zavedení moderních léků do léčby schizofrenie jsou průběh i vyhlídky nemocných podstatně lepší. Výsledek léčby však záleží nejen na typu psychotického onemocnění, ale také na tom, jak nemocný spolupracuje s lékařem a užívá předepsané léky. Neméně důležitý je vliv rodiny, pracovního prostředí a v neposlední řadě i životních událostí, se kterými se setkává (Doubek, 2008, str. 23)

Léčba schizofrenie se liší dle fáze onemocnění, ve kterém se nemocný nachází a dle míry dalšího postižení: (Doubek, 2008, str. 24))

- při akutních stavech je hlavní metodou podávání psychofarmak;
- k zabránění relapsu nemoci je také nejdůležitější pravidelné užívání léků;
- mezi akutními epizodami nemoci v době vymizení nebo zmírnění příznaků se dostávají do popředí psychoterapeutické metody léčby;
- pokud onemocnění postihlo výrazným způsobem sociální dovednosti nemocného a přispělo tak k jeho invalidizaci, jsou pak důležité socioterapeutické metody léčby.

K léčbě schizofrenie se používají psychofarmaka, která se nazývají antipsychotika (léky proti psychóze). Jejich objevení a zavedení do léčby před více než 50 lety znamenalo zásadní změnu a pokrok a zlepšilo naději nemocných na příznivý průběh nemoci. Bez nich byli nemocní většinou odsouzeni k trvalému pobytu v psychiatrických léčebnách.

Antipsychotika léčí psychotické příznaky a vedou ke zmírnění úzkosti, zklidnění nemocného a navozují spánek. Při jejich pravidelném užívání se myšlení postupně uspořádává, halucinace a bludy ztrácejí svoji naléhavost, až mohou odeznít zcela. Nejdůležitější roli v rozvoji a současně i v léčbě hrají neurotransmitery nazývané dopamin a serotonin. K nim příslušné receptory jsou dopaminové a serotoninové. U nemocných schizofrenií se vyskytuje zvýšená aktivita dopaminového systému. Ovlivnění dopaminového systému především působí na pozitivní příznaky schizofrenie – což jsou bludy, halucinace a zvýšená tělesná aktivita. V současné době je známo, že v rozvoji schizofrenie má svoji významnou roli nerovnováha mezi serotoninovým a dopaminovým systémem, proto byl i vývoj nových antipsychotik zaměřen tímto směrem. Léky mající vliv na oba tyto systémy se nazývají atypická antipsychotika nebo antipsychotika 2. generace. Tyto působí jak na pozitivní, tak na negativní příznaky onemocnění a do určité míry ovlivňují náladu nemocných. „Způsobují méně nežádoucích příznaků, což je velkou výhodou. Díky svým lepším léčebným vlastnostem a podstatně menšímu výskytu nežádoucích účinků značným způsobem zlepšují kvalitu života pacientů“ (Doubek, 2008, str. 25).

V následující tabulce je přehledně specifikována léčba onemocnění v jednotlivých fázích nemoci: (Bankovská-Motlová, 2011, str. 84)

Tab. 2. – Komplexní léčba schizofrenie

Fáze nemoci	Cíl intervence	Farmakoterapie	Psychosociální intervence	Typ péče
Akutní fáze (první ataka, relaps)	odstranit floridní psychotické symptomy a agitovanost; věnovat pozornost imperativním halucinacím a případným suicidálním úvahám	farmakoterapie antipsychotiky (eventuálně doplněná anxiolytiky)	navázání terapeutického kontaktu, koherentní a přehledná komunikace, strukturovaný nestresující program	hospitalizace
Stabilizační fáze (křehká remise)	dosáhnout remise, získat spolupráci rodiny pacienta	farmakoterapie s minimálními nežádoucími účinky	podpůrná psychoterapie, zahájení psychoedukace pacienta i rodiny	denní stacionář, ambulance
Stabilní fáze (křehká remise)	předejít relapsu, případně včas rozpoznat příznaky hrozícího relapsu, zajistit optimální výkon rolí	farmakoterapie udržovací	nácvik sociálních dovedností, rehabilitace kognitivních funkcí	komunitní péče, denní stacionář, ambulance, svépomocné programy

Nejdůležitější při léčbě schizofrenie je jednoznačně podání a pravidelné užívání správné medikace. Na každého jedince působí léky jinak a je třeba najít pro daného člověka ty, které mu nejvíce vyhovují. Pokud pacient není v pravidelném užívání léků spolehlivý a rodina nemá možnost kontroly a dohledu, mohou být léky podávány i injekčně v intervalu cca jedenkrát za 14 dní.

Kromě léků je také důležitá pomoc a podpora rodiny, přátel a známých. Zde velice záleží na tom, jak se k dané situaci rodinní příslušníci postaví, jak onemocnění přijmou známí a hlavně jak se s celou situací vyrovná sám pacient. Podpůrnou formou léčby jsou také pravidelné ambulantní návštěvy u psychiatra, terapeutické komunity, rehabilitace, pracovní terapie apod.

2 KVALITA ŽIVOTA ČLOVĚKA

Termín „**kvalita života**“ poprvé zmínil v roce 1920 anglický ekonom Arthur Cecil Pigou (1877 – 1959) v práci, která se zabývala sociálním zabezpečením a ekonomikou. Předmětem tohoto výzkumu byl dopad státní podpory pro vrstvy sociálně slabší na jejich život a také na státní rozpočet. S velkým ohlasem se však nesetkal a pojem byl znovu objeven až po druhé světové válce. Světová zdravotnická organizace WHO definuje kvalitu života jako jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho očekáváním, cílům, normám a obavám. Jde o široký koncept, multifaktoriálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, osobním vyznáním, psychickým stavem, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životního prostředí (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, str. 7).

Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu vymezuje pojem kvality života jako stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života. Tyto vyvěrají z příležitostí a také omezení, které má každý člověk ve svém životě, a jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. Jako důležité životní domény jsou uváděny: **bytí** neboli souhrn podstatných charakteristik člověka, který má dále tři subdomény: fyzické bytí, psychologické bytí a bytí spirituální; dále **přilnutí** – napojení se na vlastní prostředí, jež má také tři subdomény: fyzické přilnutí, sociální přilnutí a přilnutí k širšímu prostředí – komunitě; **realizace** – tzn. dosahování osobních cílů, aspirací a nadějí, která sestává z praktického uskutečňování, relaxační aktivity a uskutečňování růstu (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, str. 32).

Ke konceptu kvality života se dá přistupovat ze dvou hledisek – subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci v různých oborech přiklánějí k subjektivnímu hodnocení kvality života jako zásadnímu pro život člověka. Objektivní kvalitu života lze charakterizovat jako souhrn sociálních, ekonomických, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život jedince. Sleduje se sociální status, sociální podmínky, fyzické zdraví a materiální zabezpečení. Objektivní kvalitu lze také vnímat jako míru, v níž jedinec dokáže využít možnosti svého života. Subjektivní kvalita života je zaměřena na jedince a jeho vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu

jeho hodnotového systému. Zde je pak spokojenost závislá na jeho zájmech, očekáváních a cílech (Vařurová, Mühlpachr, 2005, str. 20).

2.1 Kvalita života u pacientů se schizofrenií

Osoby s duševním onemocněním potřebují, aby jim někdo naslouchal, ptal se na jejich názor, aby se někdo zajímal o to, co chtějí či nikoliv. Veřejnost je však kvůli nedostatečné informovanosti mnohdy odmítavá a nekompromisní (Vágnerová, 2004, str. 355, 356).

Kvalita života je spíše subjektivní charakteristika, která vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek daného jedince. Je to tedy to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě ve v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a ve vztahu k jeho zájmům, cílům, životnímu stylu a očekáváním. Hodnocení kvality života osob s diagnózou schizofrenie je většinou ovlivněno periodickými výkyvy nálad, kognitivními problémy, zvolenou formou medikamentů, životními událostmi a okolnostmi a výsledek je pak de facto spíše odrazem psychopatologie, nežli skutečné životní situace. Pacienti se schizofrenií mají ve většině případů tendenci svoji kvalitu života spíše nadhodnocovat, dle řady studií jejich životní spokojenost neodpovídala objektivně posuzované skutečnosti. Toto může být zapříčiněno chabým náhledem, emočním stažením či afektivní plochostí, ale může se také jednat i o výsledek působení kompenzačních mechanismů (schopnost své adaptace na nepříznivé životní okolnosti atd.) Pokud budeme tedy interpretovat výsledné hodnoty kvality života, je nutné si uvědomit jak schopnosti lidské psychiky přizpůsobit se vnějším i vnitřním podmínkám, tak relativní povahu životní spokojenosti a kvality života jedince. Jedinec je spokojen či nespokojen dle toho, jak vnímá své postavení vůči referenční skupině tvořené osobami s podobnými životními podmínkami. Pokud je výrazný rozpor mezi objektivním a subjektivním hodnocením jedince, lze získat hodnověrné informace i od jeho příbuzných (Motlová, Dragomirecká, 2003, str. 84, 87).

Osoby s diagnózou schizofrenie musí čelit výzvě, jak se vypořádat s reakcemi druhých a okolí. Typický je stereotyp duševně nemocného, který se promítá např. do vtipů o bláznech, nadávek a urážek – hovorových obrátů, zpráv v médiích i do uměleckých děl. Pro jedince to může mít důsledky negativní i pozitivní. Negativním je jednoznačně stigma

– znehodnocující přívlastek, který bývá mnohdy příčinou diskriminace. Mezi pozitivní důsledky stereotypu může patřit určitá lítost, ochrana a soucit, menší nároky na role a výkon v životě jedince (Doubek a kol., 2008, str. 37).

Kvalita života jedinců s diagnózou schizofrenie kromě zdraví také závisí na sociálním prostředí – tzn. na úrovni bydlení a vztahů s rodinnými příslušníky a také na úrovni a míře sociálních kontaktů – sociálním postavení. Protože se jedná o subjektivní hodnocení jedince, jiná bude míra kvality jeho života v různých fázích nemoci - období ataky, remise či relapsu. Nemocný má rovněž jiný „hodnotový systém“ než zdravý jedinec, mnohdy je spokojen a má radost i z maličkostí a potřebuje ke své životní spokojenosti podstatně méně. Každá nemoc je nepříjemná a pro člověka stresující. Pokud se však jedná o duševní nemoci, domnívám se, že se jedná o nejhorší onemocnění, které může člověka postihnout, protože zasáhne mozek – ke kterému se žádný z lékařů nedostane. Proto se musíme snažit dbát sami o své duševní zdraví, nepodléhat době plné shonu, kariérismu a workoholismu a musíme se naučit relaxovat, odpočívat a radovat se z maličkostí, které jsou kolem nás. V dnešní uspěchané době má člověk spoustu starostí a minimum radostí. Naučme se tedy vnímat i tyto malé radosti, pečovat o své duševní zdraví a předejít tak možným psychickým problémům, které mohou potkat každého dříve či později každého z nás.

2.2 Definice zdraví

S kvalitou života jedince jednoznačně souvisí duševní a fyzické zdraví. Zdraví je jedním ze základních práv každého člověka, jak zdůrazňuje Světová deklarace zdraví v roce 1978. Je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a samozřejmě dobré kvality života. Pojem zdraví je základní kategorií medicíny a ošetřovatelství. Má aspekty psychologické, biologické a sociální, které vyjadřují sepětí člověka s prostředím. Zdravý člověk je schopen seberealizace, umí se sám o sebe postarat, přizpůsobit se prostředí, řádně vykonávat svoji práci, plnit sociální role, bez přítomnosti choroby. Definice WHO z roku 1948 formuluje zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost choroby či poruchy nebo tělesné vady.

Tato definice má 3 základní charakteristiky pozitivní koncepce zdraví (Marková a kol., 2006, str. 15):

- klade zdraví do vzájemného vztahu s prostředím,
- klade rovnítko mezi zdravím a produktivním, tvořivým životem,
- má zájem o jednotlivce jako o celistvou osobu, ne jen o jednotlivé části.

Jde o holistické pojetí zdraví, které vedle faktorů biologických zahrnuje i faktory společenské. Dle stávající dynamické interpretace definice Světové zdravotnické organizace můžeme zdraví chápat nikoliv jako neměnnou položku (stav dosažení), ale jako neustálé hledání vlastní cesty v průběhu života každého jedince ohledně podpory osobního zdraví a adaptace organismu na podmínky prostředí. Tato definice tak otevřela prostor pro nové chápání pojmu zdraví, je pozitivně laděna a obohacena o psychosociální rozměr. Další, realističtější definice zdraví se objevuje v roce 1977 v souvislosti s celosvětovou kampaní „Zdraví pro všechny“. Tato definice zní: *„Zdraví je schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Zdraví je hodnota individuální a sociální, která ovlivňuje kvalitu života člověka.“* Výstižně to vyjádřil dr. Halfdan Mahler, bývalý generální ředitel WHO: *„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic“* (In Marková a kol., 2006, str. 16).

Zdraví je kategorií široce humánní, nejen medicínskou. Zdraví determinují genetické faktory, životní prostředí, sociální podmínky, ekonomické podmínky, životní styl i systém zdravotní péče. Zdraví je to nejcennější co v životě máme, proto je nutné o ně pečovat a vážit si jej, dokud jej máme (Marková a kol., 2006, str. 17).

3 SOCIÁLNÍ ZAČLENĚNÍ OSOB S DIAGNÓZOU SCHIZOFRENIE

Z hlediska sociálního jde o velice stigmatizující onemocnění. Chování nemocného je obtížně ovlivnitelné a podivné, je velice těžké porozumět jeho projevům. Reakce nemocných nelze předvídat, v některých případech a akutních stavech s nimi nelze ani běžným způsobem komunikovat. Mnohé jejich projevy vyvolávají bezradnost, která je spojena s ambivalentním, nebo také negativním emočním hodnocením. V postoji k nemocným schizofrenií je převaha kombinace určitého odporu, obav, respektive strachu což k snadnému sociálnímu začlenění rozhodně nepřispívá (Vágnerová, 1999, str. 187).

Důležitou úlohu při začleňování do společnosti má samozřejmě rodina (pokud nemocný rodinu má), kdy jde o vzájemnou podporu jednotlivých členů rodiny, kteří společnými silami bojují za to, aby se jedinec v co nejvyšší míře zapojil zpět do běžného života. Rodina není pouze statickým jevem, ale tvoří vzájemně závislý systém. Co se týká jednoho člena rodiny, to se pochopitelně promítne v rodině jako celku. Dále pak záleží na mnoha faktorech, hlavně vůli se s onemocněním smířit a vypořádat. Většina osob se právě díky tomuto onemocnění „uzavře před světem“, ztratí sociální vazby a kontakty a působí jako individuum (Styx, 2003, str. 107, 92).

3.1 Stigma jako následek onemocnění

Je znamením domnělé méněcennosti. Okolí odmítá jeho nositele. Zdrojem může být nějaká viditelná vlastnost (např. deformita těla) nebo vlastnost neviditelná (náklonnost k určité skupině lidí). (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 408) uvádí, že „*Stigma je slovo řeckého původu a původně označovalo cejch vypalovaný otrokům v thessalských dolech.*“ Jedinci, kterých se stigma týká, jsou v různé míře odmítání v každodenních běžných kontaktech a situacích. U jedinců s duševním onemocněním může vést stigma k posílení příznaků duševní poruchy. Snižuje sebevědomí a sebedůvěru, vede ke strachu, který jde ruku v ruce se stresem. „*Výsledkem je pak omezení dřívějších sociálních kontaktů, opatrná a omezená komunikace a vyhledávání osob se stejnou „nálepkou*“ (Marková a kol., 2006, str. 19).

Stigma se však netýká jen pacienta samotného, ale i jeho rodiny. Dopad na rodinu je příčinou dlouhého váhání, než vůbec vezme na vědomí a přijme fakt, že jejich člen je duševně nemocný – má schizofrenii. „*Duševní porucha vrhá bohužel špatné světlo i na ostatní příslušníky rodiny a v tom se rodina nemýlí*“ (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 408).

Stigma je do jisté míry také ovlivněno demografickými charakteristikami jedince a okolí. Důležitou roli ve stigmatizaci osob hrají rovněž média. Ta občas líčí lidi s duševní poruchou jako komické podivíny a násilníky, což je v souladu s indikací nedobrovolné hospitalizace v lůžkovém psychiatrickém zařízení pro nebezpečnost sobě či okolí (Marková a kol., 2006, str. 19).

Jistá míra diskriminace a omezení možností sociálního uplatnění je do určité míry spojena s každým onemocněním. Nemoc však není nevyhnutelně spojena s poklesem naděje na úspěch v životě. Stephen Hawking, kterému byla diagnostikována amyotrofická laterální skleróza, získal postavení profesora fyziky na Univerzitě v Oxfordu a stal se světovou kosmologickou autoritou. Jeho ještě slavnější předchůdce, Isaac Newton trpěl paranoidní psychózou, k nerozeznání podobnou pozdní schizofrenní psychóze. V kontrastu s převládajícím míněním si může schizofrenní pacient udržet schopnosti potřebné pro návrat do intelektuálně náročného povolání, může v něm být velice úspěšný, ba dokonce může být i nositelem Nobelovy ceny. Na základě dostupných poznatků vyhlásila světová psychiatrická asociace program na potírání stigmatu schizofrenie. Cílem tohoto programu je v první řadě zbavit nemocné diskriminace a posílit autonomii nemocného. Program je zaměřen na potírání předsudků o schizofrenii, klade si za úkol vysvětlit nejen nemocným a veřejnosti, ale také politikům a veřejným činitelům, že schizofrenie je léčitelná, že se ve většině případů nejedná o násilné nebo nepochopitelné chování a není tedy důvodem k celoživotní rezignaci a odsunu osob s tímto onemocněním. „*Pacienti se schizofrenií si i přes značné osobnostní změny zachovávají dostatek osobnostních charakteristik, aby pojem „schizofrenik“ nebyl považován za vyčerpávající charakteristiku jejich osobnosti. Proto se také spíše používá výraz „nemocný schizofrenií“ než „schizofrenik“.*“ (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 409).

Odstranění „nálepky“, tzn. destigmatizace spočívá především ve změně postojů a legislativních opáření. Péče o duševně nemocné se za poslední desetiletí přesouvá spíše do komunit mimo lůžková zařízení, do intervenčních středisek a denních stacionářů. Tento posun v péči napomáhá pacientům do jisté míry udržet si své sociální kompetence (Marková a kol., 2006, str. 20).

Nemocní se schizofrenií mají právo na léčbu co nejméně omezujícím způsobem. Je zapotřebí přesvědčit je, že léčba je spojena s menšími riziky než popírání nemoci. Úkolem veřejnosti a společnosti je pomáhat nemocným v boji, který s nemocí vedou, o zachování své osobnosti a kvality života (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 409).

3.2 Pracovní posuzování a problematika spojená se schizofrenií

Pokud je jedinci diagnostikována schizofrenie, dochází přirozeně ke snížení jeho způsobilosti k plnění rolí a funkcí v práci i ve společnosti. Od ošetřujícího psychiatra se většinou očekává, že dokáže specifikovat a popsat rozsah a míru funkčního postižení u daného jedince. Toto se mění v závislosti na průběhu a terapii konkrétního onemocnění. Při posuzování pracovní způsobilosti u onemocnění schizofrenií je lékař vystaven obtížím vyplývajícím z potřeby jednak posoudit stupeň dissimulace, nekritičnosti a anozognozie, které se promítají do potíží a funkčního omezení nemocného a dále pak ověřit míru funkčního poškození nezávislou anamnézou, eventuálně učiněním pracovního pokusu např. v tzv. chráněných dílnách. Pokud je pacient v pracovním věku, obvykle je nezbytné navržení částečného nebo plného důchodu. *„Plná invalidizace je poměrně bezpečné řešení, které však podporuje negativní symptomatologii a vede k celkové pasivitě a postupné ztrátě aktivních vztahů k okolnímu světu. Při částečné invalidizaci, pokud se podaří jedinci nalézt uplatnění na zkrácený úvazek nejlépe v chráněných dílnách, jsou jeho kontakty s okolím zachovány, rovněž se nevytrácí režim dne a pracovní návyky“* (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 407, 408).

U nemocných schizofrenií, či při jiné duševní poruše v některých případech dochází také k velice zásadnímu opatření a tím je úplné nebo částečné zbavení způsobilosti k právním úkonům. *„Způsobilost k právním úkonům, nebo také svéprávnost je stav, kdy je fyzická*

osoba způsobilá vlastními právními úkony nabývat práva a brát na sebe povinnosti. Fyzické osobě může být způsobilost k právním úkonům soudem omezena nebo odňata v plném rozsahu, avšak jen z důvodů stanovených zákonem (duševní porucha, nadměrné užívání alkoholu nebo omamných prostředků či jedů). Pokud dojde k jejímu omezení, soud ve výroku rozsudku přesně vymezí, v jakém rozsahu je osoba způsobilosti zbavena. Stejně tak může být později způsobilost navrácena a takový návrh může soudu podat i ten, kdo jí byl zbaven, nebo v ní byl omezen“ (dostupné na <http://cs.wikipedia.org/wiki/Sv%C3%A9pr%C3%A1vnost>) dne 1. 4. 2013).

Návrh na toto opatření dávají u soudu místně příslušného bydliště nemocného většinou jeho rodinní příslušníci. Zbavit někoho způsobilosti k právním úkonům je záležitost přibližně jednoho roku, kdy je podrobně zkoumáno onemocnění jedince, jeho průběh a prognóza, jsou vyhotovovány znalecké posudky apod. Rodinné příslušníky k tomuto kroku vedou většinou obavy o majetek nemocného i celé rodiny, jde o ochranu jedince a rodiny. Jsou však mezi námi i tací, kteří chtějí nemoci druhého využít a chtějí se obohatit. Pokud je jedinec rozsudkem soudu zbaven nebo omezen ve způsobilosti k právním úkonům, je mu stanoven opatrovník, který pak na základě slibu opatrovníka jedná v jeho zájmu a dbá o blaho jedince. Opatrovníkem je většinou někdo z rodinných příslušníků, pokud tito odmítnou, je opatrovník určen ze zástupců institucí. Opatrovník dokládá soudu jednou za rok „Zprávu opatrovníka“, kde popisuje jeho zdravotní stav, majetkové poměry a další důležité skutečnosti, které se během sledovaného období vyskytly (Vacek J., 1996, str. 178 - 183).

Problém může vznikat také při posuzování způsobilosti k řízení motorového vozidla. Otázka vlivu farmakoterapie na způsobilost k řízení motorových vozidel není jednoznačně řešena a s příchodem nových léků a bez sedativních účinků a léčby nízkými dávkami vyžaduje nové zkoumání a interpretaci. Značnou váhu má posouzení každého individuálního případu ošetřujícím lékařem. Schizofrenní onemocnění také vede ke zdravotně podmíněné nezpůsobilosti držet zbraň a střelivo. Funkční omezení u schizofrenie je z povahy onemocnění, které vážným způsobem mění vztah ke skutečnosti a je tudíž s držením zbraně neslučitelné. Může také dojít k problémům v oblasti trestního práva a trestných činů. Možnost připustit pro některé trestné činy bez zjevné souvislosti

s psychózou schopnost pacienta porozumět nebezpečnosti svého jednání a své jednání ovládat je v souladu se snahou o celkovou rehabilitaci autonomie nemocného se schizofrenií. Velice individuálně je nutno posuzovat také způsobilost účastnit se soudního projednávání občanskoprávního sporu či trestního stíhání. Znalecké posouzení v těchto případech věnuje pozornost okolnostem případu a zdravotního stavu pacienta v době jednání (Libiger In Höschl a kol., 2004, str. 407, 408).

3.3 Život pacienta a rodiny v domácím prostředí

Lidé s diagnózou schizofrenie mohou žít sami ve svém domácím prostředí, v domácím prostředí s rodinami, nebo v ústavních či jiných zařízeních. Vždy záleží na rodinných vztazích a poměrech, osobnosti nemocného a povaze rodinných příslušníků a také na formě a míře onemocnění. Velice důležité je to, o jakou sociální roli se jedná, kdo je nemocný, zda matka, dítě, babička atd. Jsou rodiny, které se s onemocněním svého člena vyrovnají velice dobře a snaží se dál žít co nejlépe, některé rodiny však tuto skutečnost nezvládnou přijmout a vypořádat se s ní. Domov, který by měl být místem klidu a zázemí najednou tuto svoji funkci ztrácí, protože zde duševně nemocný působí rušivě, v jeho projevech se objevuje něco, co okolí vnímá jako obtěžující. Chování člověka se schizofrenií mnohdy terorizuje život ostatních členů rodiny (nelze např. pouštět televizi, protože ho z ní mohou sledovat, stěhuje se z jednoho pokoje do druhého, protože jej všude odposlouchávají). Vztahy v rodině se pod vlivem soužití s takovým člověkem jistým způsobem mění. Většina lidí si vytváří od nemocného odstup, nedokáže ho akceptovat a s jeho chorobnými projevy se vyrovnat. Bez medikace je soužití nemocného s rodinou nemožné. Je hezké, že se rodinní příslušníci snaží o svého člena postarat a mají ho doma, nicméně v dnešní uspěchané době pak na něj nemají čas, nemají čas na jeho aktivizaci, kontrolu užívání léků a mnohdy přibírají do rodiny další osobu – pečovatelku, která rodině s nemocným pomáhá. Pokud žije jedinec v domácím prostředí, jeho léčba probíhá ambulantní formou, kdy dochází pravidelně ke svému psychiatrovi do psychiatrické ambulance. Nelze určit co je pro nemocné lepší, je mnoho faktorů, které musí být v této problematice zohledněny (Vágnerová, 1999, str. 187, 188).

Tato problematika je mi velice blízká, neboť máme v rodině jedince s paranoidní schizofrenií, dovolím si tedy zde uvést i něco ze svých osobních zkušeností.

3.3.1 Když je matce diagnostikována schizofrenie

Den „D“ - 26. květen 2008 byl zlomovým dnem v našem životě. Na tento den nikdo z nás nezapomene. Maminka se najednou začala chovat podivně, objevila se u ní výrazná ztuhlost, mluvila z cesty, nepoznávala nikoho z nás, ve všech viděla nepřátele, teroristy apod. Mě bylo 22 roků, otec s námi nežije, takže jsem zůstala jen já a moji dva mladší bratři. Já jsem se nikdy s ničím takovým nesetkala, nevěděla jsem co se děje, jak se mám chovat, jak mamince pomoci. Byla jsem naprosto bezradná a jediné, co jsem v té chvíli mohla udělat, bylo zavolat záchranou službu. Pak už šlo vše strašně rychle a uvědomuji si pouze majáky sanitky, maminku ve svěřací kazajce a plačící bratry, kteří stáli opodál. Musela jsem se smířit s tím, že se něco děje, že už nikdy nebude nic takové, jako bylo dřív, že máme v rodině duševně nemocného. Cesta poznávání byla trpká a složitá, návštěvy psychiatrů, zjišťování informací o možnostech léčby, stres a vyčerpání z opakujících se matčiných útěků z léčebny, návštěvy Psychiatrické léčebny v Kroměříži, vše bylo opravdu náročné. Nicméně po několika návštěvách psychiatrické léčebny, kde jsem viděla a zažila různé i hrůzné situace, setkala se s lidmi naprosto vyčerpanými, bezradnými, apatickými nebo naopak agresivními a zlými, jsem si uvědomila, že existuje i jiný svět. Svět za branami psychiatrických léčeben, kde jsou muži a ženy různých věkových kategorií, kteří se od „nás ostatních“ nějak odlišují a žijí si své životy.

Pokud je na tom nemocný tak, že není možné, aby o něj rodina pečovala v domácím prostředí, je vhodné umístit jej do léčebny, nebo do nějakého obdobného zařízení, které péči zajistí. Mé zkušenosti s Psychiatrickou léčebnou v Kroměříži jsou vynikající. Nemocní zde mají pracovní terapie, komunity, kulturní program, příjemné prostředí, je o ně bezpochybně dobře postaráno. Navíc jsou mezi „svými“. Matka se sice nesmírně těší na propuštění domů, my to však tak nevidíme. Ne proto, že bychom ji neměli rádi, nebo ji odsoudili, ale víme, že v léčebně je jí poskytnuta péče a režim, který my jí poskytnout nejsme schopni. Stala se někým úplně jiným, tělesná schránka zůstala stejná, ale duše, ta úplně vyhasla. Je jen prázdnou slupkou, která přijímá potravu a tekutiny, dýchá, ale v podstatě jen přežívá...

Matka byla poprvé hospitalizována v Psychiatrické léčebně v Kroměříži s diagnózou poporodní psychóza v roce 1989. K hospitalizacím následně docházelo opakovaně, dosud celkem v osmi případech a k poslední z nich byla přijata dne 21. 12. 2012. Diagnózy se postupně měnily od poporodní psychózy přes paranoidní psychózu, schizoafektivní psychózu až k paranoidní schizofrenii. Objektivně se u ní prodlužuje i délka jednotlivých pobytů v léčebně. V roce 2009 byl u ní diagnostikován i postpsychotický defekt osobnosti. V současném klinickém obraze, pokud nejde o akutní vzplanutí choroby s halucinacemi a bludy, kdy je naprosto neschopna rozpoznat nebezpečnost svého jednání a toto ovládat, dominuje bezradnost, nejistota, úzkostnost, zvýšená sugestibilita a neschopnost samostatného rozhodování spolu s neschopností samostatně a smysluplně řešit složitější životní situace. Sama také nemá o nic zájem, je zcela pasivní a apatická a veškeré záležitosti vyřizují rodinní příslušníci. Vzhledem k výše uvedenému také docházelo k tomu, že podepisovala cokoli bez rozmyslu a uvážení, což se nám také prakticky několikrát stalo a mělo to nepříznivý dopad na finanční hospodaření celé rodiny. Když jsem se matky zeptala, proč určitý dokument podepsala, odpověděla mi, že „ta paní byla smutná“, z čehož jasně vyplývá, že je naprosto ovlivnitelná a schopna podepsat opravdu cokoli. Vzhledem k těmto skutečnostem a doporučením jejího psychiatra MUDr. Tomáše Gabriela, jsem byla nucena podat u Okresního soudu ve Vyškově návrh na zbavení způsobilosti k právním úkonům. Dne 13. 8. 2010 byla matka soudem zbavena způsobilosti k právním úkonům a to v plném rozsahu. Není nikterak příjemné popisovat prožitky a zážitky před soudem, kterého se naštěstí matka neúčastnila, nicméně byl to nutný krok k ochraně její i celé rodiny.

Nyní tomu bude pět let, co se s nemocí v rodině potýkáme. Matka žije střídavě v domácím prostředí a psychiatrické léčebně, toto záleží na jejím zdravotním stavu. Není to samozřejmě lehké a nikterak příjemné. Během té doby jsme si opravdu prošli ledasčím. Nicméně je to prostě tak. Je to realita, které se nezbavíme, která tu bude pořád. Dalo by se říci, že jsme se s touto realitou víceméně smířili a snažíme se žít dál a bojovat. Matka je jako naše dítě, které nás neustále potřebuje a je naprosto odkázána pouze na nás. Není to lehký úkol, mně bylo řečeno, že mám 10 % riziko onemocnět taky, obzvlášť po porodu. I tato informace vám optimismu moc nepřidá, já to však nevzdávám.

Toto duševní onemocnění je léčitelné, u některých pacientů příznaky úplně vymizí a ti poté žijí naprosto plnohodnotným životem. Jiní však, a to je případ mé matky, se s nemocí nikdy nevyrovnejí a možnost jejich zapojení se do běžného života je nulová. Mým lidským úkolem je sice matce pomoci, ale nikoli se jí zcela obětovat – toto musíme mít všichni na paměti. Proto žijeme, jak se dá, nic neplánujeme, protože každým dnem může být všechno jinak.

3.4 Život pacienta v ústavním či jiném zařízení

System péče o duševní zdraví můžeme rozdělit na péči intramurální, tzn. na péči institucionální poskytovanou na psychiatrických klinikách nebo v psychiatrických léčebnách, a na péči extramurální poskytovanou mimo zdi institucí. Mohou to být denní centra či chráněné bydlení. Na rozhraní intramurální a extramurální péče leží semimurální péče psychiatrické ambulance a krizová centra. Psychiatrická zařízení jsou zřizována jako samostatná pracoviště nebo jako součást vyššího zdravotnického zařízení. Existují také kombinace různých intermediárních, nemocničních a ambulantních zařízení dle místních potřeb, možností. Cílem je, aby v každém regionu v České republice byla potřebná nabídka psychiatrických a psychologických služeb (Cohen, Robert M., 2000, str. 158, 164, 168).

Lůžkovou péči v oboru psychiatrie dělíme následujícím způsobem:
(In Marková a kol., 2006, str. 41)

- psychiatrická oddělení nemocnic,
- psychiatrické kliniky fakultních nemocnic,
- psychiatrické léčebny,
- gerontopsychiatrická oddělení nemocnic a oddělení poruch paměti,
- sociální ústavy se specializovanou psychiatrickou péčí,
- oddělení pro poruchy paměti,
- lázeňská psychiatrická zařízení.

Psychiatrická oddělení

Jsou obvykle součástí nemocnic, ale mohou existovat i samostatně. Jsou určena pro krátkodobou a většinou i dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutní duševní poruchou či s akutní dekompenzací duševní poruchy chronické. Přijímají také pacienty i k nedobrovolné hospitalizaci. Je zde prováděna diagnostika, terapie, rehabilitace a posuzování duševních poruch. Ostatním oddělením nemocnice poskytují konziliární službu. Musí mít zajištěn provoz 24 hodin denně. Mohou zřídit jednotku intenzivní psychiatrické péče. Některá oddělení se specializují na děti a dorost, na dospělou populaci, seniory nebo osoby s poruchami paměti (Marková a kol., 2006, str. 41).

Psychiatrické kliniky

Speciálním typem psychiatrických oddělení jsou oddělení ve fakultních nemocnicích. Mají statut kliniky a poskytují vysoce odbornou psychiatrickou péči, konziliární služby, zdravotnické služby, pregraduální i postgraduální výuku studentům vysokých škol a také se zabývají výzkumnou činností. Psychiatrické kliniky bývají také spojené s lékařskými fakultami, jsou propojením klinické praxe oboru psychiatrie s klinickým výzkumem, vědou a vzděláváním (Marková a kol., 2006, str. 42).

Psychiatrické léčebny

V současné době je diskutováno o přejmenování psychiatrických léčeben na psychiatrické nemocnice. Mělo by se tak stát u 10 ze 13 léčeben v České republice, od 1. července 2013 by se to mělo týkat například známé léčebny v pražských Bohnicích. Tento krok by měl být učiněn jednak kvůli určitému odstranění stigmatizace – kdy pojmenování léčebna může evokovat určité stigma, ale také by mělo být rozšířeno spektrum služeb, hlavně poskytování akutní psychiatrické péče. Náměstek ministra zdravotnictví Marek Ženíšek hovoří o této záležitosti jako o formalitě. Uvedl následující: „*My to vnímáme daleko více z formálního hlediska, že název léčebna působí mnohdy velmi negativně na řadu pacientů i na širokou veřejnost a že je to jakýsi krůček k tomu, že zkrátka dochází k destigmatizaci psychiatrie.*“ (dostupné na <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/218868-psychiatricke-lecebny-se-do-konce-roku-zmeni-v-nemocnice/> dne 15. 4. 2013).

Psychiatrické léčebny poskytují zejména dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osob s duševní poruchou všech věkových kategorií, jsou zaměřeny na dětskou i dospělou populaci. Přijímají pacienty k dobrovolné i nedobrovolné hospitalizaci. Pokud je pacient schopen vnímat realitu, je mu dán k podpisu tzv. souhlas s hospitalizací a léčbou, takže se poté jedná o léčbu dobrovolnou. V psychiatrických léčebnách se také uskutečňuje ústavní ochranné léčení a jsou zde hospitalizovány osoby k vyšetření v rámci soudně znalecké činnosti. Pro akutní stavy jsou vyčleněna zvláštní lůžka a oddělení, pro která platí normativy jako pro psychiatrická oddělení nemocnic. Léčebny přijímají nemocné ze svého stanoveného spádového území. Léčí se zde pacienti s různými psychiatrickými diagnózami, nejčastější diagnózou je schizofrenie (F20 – F29). Během pobytu v těchto psychiatrických léčebnách je pro hospitalizované pacienty zajišťována také péče odborníků z jiných medicínských oborů (gynekologie, neurologie apod.). Většina léčeben je projektována na konci 19. a na začátku 20. století a je umístěna v blízkosti měst. Léčebny tvoří seskupení několika budov tzv. pavilónů ve velké zahradě. *„Hlavním posláním psychiatrických léčeben je vytvářet podmínky pro diferencovanou péči prostřednictvím specializovaných oddělení – příjmová oddělení, doléčovací oddělení, rehabilitační, dětská, oddělení pro léčbu závislostí, sexuologická, psychoterapeutická pracoviště, oddělení pro ochranné léčení aj.“* (Marková a kol., 2006, str. 42, 43).

Délka pobytu v psychiatrické léčebně je cca 3 měsíce, vždy záleží na zdravotním stavu pacienta. Během pobytu v léčebnách jsou umožňovány tzv. „dovolenky“ kdy pacient odjíždí na víkend domů. S tímto musí však rodinní příslušníci souhlasit. Pobyt v psychiatrické léčebně je hrazen, tak jako za pobyt v nemocnici je účtováno 100 Kč/den. V léčebnách mají hospitalizovaní svůj režim dne, který musí dodržovat, což jim dle mého názoru rozhodně prospívá.

Specializované ústavy sociální péče

V těchto ústavech jsou umístěni gerontopsychiatrickí pacienti, osoby závislé na návykových látkách a nemocní s chronickou duševní poruchou. Je v nich rozvinuta ošetrovatelská péče (Marková a kol., 2006, str. 49).

V rámci své odborné praxe jsem měla možnost poznat život v Domově se zvláštním režimem ve Vyškově, kde cílovou skupinou jsou osoby od 65 let, které trpí chronickým duševním onemocněním. Jde o osoby, které mají sníženou schopnost samostatnosti a soběstačnosti a vzhledem ke své zdravotní a sociální situaci nejsou schopny své životní potřeby zajišťovat ve vlastním prostředí ani za pomoci ostatních dostupných služeb. Posláním Domova se zvláštním režimem pro osoby s chronickým duševním onemocněním je poskytnout komplex pobytových sociálních služeb osobám ve věku od 65 let, které trpí chronickým duševním onemocněním a mají sníženou schopnost samostatnosti a soběstačnosti. Snahou je poskytnout uživatelům pomoc a podporu v oblastech, které již nezvládají a to při zachování jejich vlastní důstojnosti a základních lidských práv. Formou nabídek různých aktivit se snaží motivovat uživatele k činnostem, tak, aby nedocházelo k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Zaměstnanci tohoto domova usilují o průběžné zlepšování kvality poskytovaných služeb prostřednictvím kvalifikovaných pracovníků, kteří respektují práva uživatelů a přistupují k nim individuálně a partnersky (<http://www.socialnisluzbyvyskov.info/domov-dusevni-onemocneni/zakladni-informace/poslani/> dostupné dne 1. 4. 2013).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 VLASTNÍ EMPIRICKÝ VÝZKUM

4.1 Cíle výzkumu a formulace hypotéz

Cílem praktické části této bakalářské práce je provést průzkum ve formě porovnání spokojenosti a kvality života osob s diagnózou schizofrenie, které žijí v domácím prostředí a těch, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrických léčebnách, či žijí v ústavních zařízeních.

Na začátku výzkumu jsem si stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1:

Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v domácím prostředí se cítí v životě spokojenější než osoby s touto diagnózou žijící v ústavním či obdobném zařízení.

Hypotéza č. 2:

Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v ústavním či jiném zařízení jsou méně spokojeny s prostředím bydlení než osoby s touto diagnózou žijící v prostředí domácím.

Hypotéza č. 3:

Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v domácím prostředí se cítí bezpečněji než osoby s touto diagnózou žijící v ústavním či obdobném zařízení.

Hypotéza č. 4:

Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v ústavním či jiném zařízení jsou méně spokojeny s trávením volného času (se svými koníčky), než osoby s touto diagnózou žijící v domácím prostředí.

4.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Z cíle mé bakalářské práce vyplývá, že budu zkoumat a porovnávat data stejné cílové skupiny (což jsou osoby s diagnózou schizofrenie), které však žijí v odlišných podmínkách. První skupinou jsou osoby s diagnózou schizofrenie, které žijí v domácím prostředí a léčí se pouze ambulantně – pravidelně docházejí ke svému psychiatrovi na konzultace a pro medikaci. Se sběrem dat od těchto osob mi značně pomohl MUDr. Tomáš Gabriel, lékař psychiatrické ambulance ve Vyškově, kdy vytipoval vhodné pacienty, kteří k němu docházejí a pokud souhlasili, dal jim dotazník k vyplnění. Bylo rozdáno 65 dotazníků, vyplněných se jich vrátilo 31. (velké množství oslovených dotazníky odmítlo vyplnit).

Druhou skupinu mého výzkumného vzorku tvoří osoby s diagnózou schizofrenie, které jsou dlouhodobě hospitalizovány v psychiatrických léčebnách, nebo žijí v jiném ústavním zařízení. Zde jsem oslovila dvě zařízení a to Domov se zvláštním režimem ve Vyškově (DSZR) a Psychiatrickou léčebnu v Kroměříži (PLKM). V DSZR bylo osloveno 25 uživatelů, dotazník mi jich vyplnilo 8 a v PLKM bylo osloveno a vytipováno 40 hospitalizovaných, dotazník vyplnilo 25. Někteří klienti těchto zařízení dotazník rovněž odmítli vyplnit, nebo toho z důvodu špatného duševního či zdravotního stavu nebyli schopni.

Data jsou tedy zpracována z celkem 64 dotazníků (31 respondentů žijících v domácím prostředí a 33 respondentů žijících v ústavním zařízení). V rámci dotazníkového šetření se mi podařilo získat data od poměrně stejného počtu respondentů z obou skupin, což je dle mého názoru optimální kvůli dalšímu porovnávání získaných dat.

Otázka č. 1 – Pohlaví respondentů

Skupina A

Z celkového počtu 31 respondentů bylo 14 žen, což je 45 %. Muži byli v mírné převaze. Jednalo se o 55 % zastoupení, to je celkem 17 mužů

Skupina B

Z celkového počtu 33 respondentů bylo 21 mužů, což je 64 %. Ženy byly v tomto případě v menším zastoupení, jednalo se o 36 % zastoupení, což je 12 žen.

Tabulka č. 3 – Pohlaví respondentů

Pohlaví	Skupina A	Skupina B
Muž	17	21
Žena	14	12

Z výše uvedených dat lze vyčíst, že poměr zastoupení respondentů z hlediska pohlaví je poměrně vyvážený, větší převahu hlavně ve skupině B mají muži. Pokud se podíváme na věk dotazovaných, největší počet respondentů je kolem 40 roku věku.

Otázka č. 2 – Věk respondentů

Tento dotazník pojal široký okruh dospělých různého věku. Dolní ani horní věková hranice nebyla nijak omezena. Nejmladším respondentům v obou skupinách bylo 18 let, nejvyšší věk pak činil 65 roků.

Nejpočetnějšími kategoriemi u osob ve skupině A byla kategorie 26 – 35 roků a kategorie 47 – 60 roků, kdy každá byla zastoupena 8 respondenty, tj. vždy 26 % zastoupení.

Ve skupině B byly nejvíce zastoupeny věkové kategorie 36 – 46 (11 respondentů) a 47 – 60 (11 respondentů), tj. 33 % zastoupení u obou kategorií.

Tabulka č. 4 – Věk dospělých respondentů skupina A

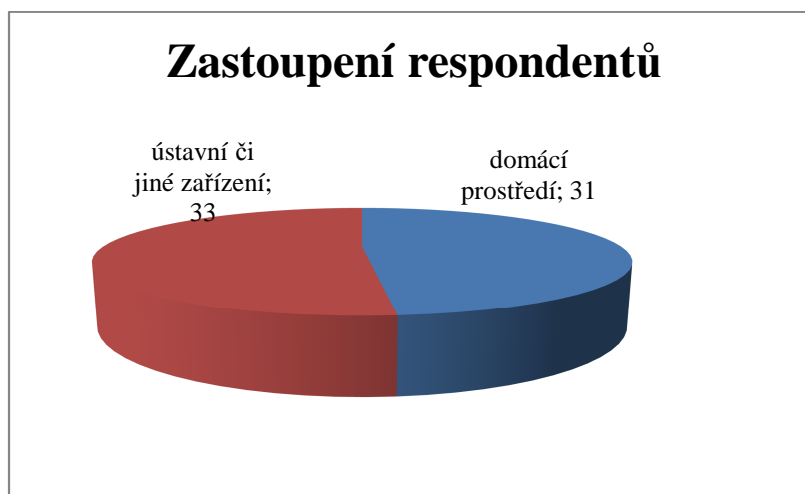
Věk (roky)	Četnost
18 - 25	2
26 - 35	8
36 - 46	7
47 - 60	8
60 a více	6

Tabulka č. 5 – Věk dospělých respondentů skupina B

Věk (roky)	Četnost
18 - 25	2
26 - 35	2
36 - 46	11
47 - 60	11
60 a více	7

Otázka č. 3 – Otázka bydlení

Tato otázka je klíčová v souvislosti s cílem bakalářské práce – porovnání spokojenosti a kvality života osob se stejnou diagnózou, které žijí v různém prostředí. Tato otázka mi rozdělila respondenty do dvou skupin, tak abych mohla získaná data mezi sebou porovnávat. Celkem bylo v rámci dotazníkového šetření rozdáno 130 dotazníků, velké množství respondentů odmítlo dotazník vyplnit, některé dotazníky se nedaly použít, protože byly špatně vyplněné. Celkem se mi tedy podařilo získat data od 31 osob žijících v domácím prostředí a od 33 osob žijících v ústavním či jiném zařízení.



Obrázek č. 1 – zastoupení respondentů obou porovnávaných skupin osob s diagnózou schizofrenie.

Otázka č. 4 – Délka léčby

Tato otázka nebyla omezena rozmezím, byla na doplnění každého respondenta. Nejkratší doba léčby u obou skupin respondentů A i B byla 1 rok, nejdelší doba léčby byla 40 let. Ve skupině A byla nejvíce zastoupena kategorie s délkou léčby 0 – 5 let (13 respondentů), tj. 42 %, ve skupině B byla nejvíce zastoupena kategorie délky léčby 6 – 15 let (13 respondentů), tj. 39 %.

Tabulka č. 6 – Délka léčby osob s diagnózou schizofrenie skupina A

Délka léčby	Četnost
0 – 5 let	13
6 – 15 let	11
16 – 25 let	5
26 a více	2

Tabulka č. 7 – Délka léčby osob s diagnózou schizofrenie skupina B

Délka léčby	Četnost
0 – 5 let	11
6 – 15 let	13
16 – 25 let	6
26 a více	3

Pokud se podíváme na délku léčby dotazovaných, vidíme, že nejčastěji se vyskytovala délka léčby mezi 6 – 15 lety. V rámci svého dotazníkového šetření jsem oslovila skupinu osob, které se s nemocí potýkají minimálně 1 rok, kratší délka léčby se mi jeví pro tyto účely jako neadekvátní, mnohdy nemocnému trvá určité období, než se s nemocí naučí žít, vnímat ji a také o ní dokáže mluvit. Samozřejmě někteří to nedokáží vůbec, nechtějí si nemoc připustit, nebo jim to zdravotní stav ani nedovoluje. Např. moji matce byla schizofrenie diagnostikována před 5 lety a stále nám tvrdí (pokud je v období remise), že je po zdravotní stránce naprosto v pořádku.

4.3 Metodologická východiska

Pro svoji práci jsem si zvolila kvantitativní výzkum. „Výsledkem uplatnění všech těchto metod jsou konec konců čísla, která, nahrazující takto zkoumaný předmět, jev nebo stav, slouží k jejich deskripci. Data jsou sčítána, vyjadřována v procentech, je vypočítáván jejich průměr“ (Radvan E., Vavřík M., Brno 2009, str. 22). K získaným datům jsem se propracovala dotazníkovým šetřením, kdy každému z respondentů byl rozdán dotazník stejný (viz. příloha č. 1). Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Je to způsob získání velkého množství dat v relativně krátkém časovém období.

Při tvorbě dotazníku jsem se nechala inspirovat dotazníkem kvality života SQUALA, který je volně dostupný např. na http://is.muni.cz/th/152855/pedf_m/Priloha_-_Dotaznik_kvality_zivota_SQUALA.pdf dne 8. 4. 2013. Tento dotazník vytvořil v roce 1992 M. Zannotti a kol., českou verzi připravila Eva Drahomírecká a kolektiv. Při konstrukci dotazníku jsem kladla důraz na jednoduchost a srozumitelnost otázek, využila jsem hodnotící škály ve formě „smajlíků“, což mi přišlo s ohledem na skupinu respondentů vhodné (tyto škály se např. používají i při práci s dětmi atd.). Osvědčilo se mi také provedení předvýzkumu, kdy jsem dotazník dala k vyplnění malému počtu respondentů, abych se ujistila, že otázky v dotazníku jsou formulovány jasně a srozumitelně. Na základě jejich odpovědí jsem pak dotazník mírně upravila a doladila nedostatky.

4.4 Analýza výsledků šetření

V tomto textu jsou dále jednotlivě rozpracované otázky vyskytující se v dotazníku. Pro lepší orientaci a jednodušší popis jsem označila jednotlivé skupiny respondentů následovně:

Skupina A – osoby s diagnózou schizofrenie žijící v domácím prostředí

Skupina B – osoby s diagnózou schizofrenie žijící v ústavním či jiném zařízení

Obě skupiny pak dostaly dotazník stejný, rozlišovací otázka byla pak otázka č. 3 – kde respondent žije, zda v domácím prostředí nebo ústavním či jiném zařízení.

Otázka č. 5 – Cítíte se v životě spokojeni?

U této otázky odpovědělo ve skupině A 17 respondentů, což je 55 % kladně a 14 respondentů, což je 45 % záporně. Ve skupině B odpověděla rovněž větší část oslovených respondentů kladně – 20 respondentů, tj. 61 % a záporně reagovalo 13 respondentů, což je 39 %

Tabulka č. 8 – odpovědi na otázku č. 5 skupina respondentů A

Pocit spokojenosti	Četnost
ano	17
ne	14

Tabulka č. 9 – odpovědi na otázku č. 5 skupina respondentů B

Pocit spokojenosti	Četnost
ano	20
ne	13

Otázka č. 6 – Volný čas trávíte nejraději: (sám, s rodinou, s kamarády, jinak.....)

Ve skupině A byla u této otázky nejvíce (48 % tj. 15 respondentů) zastoupena kategorie trávení volného času s rodinou, zatímco u skupiny B volilo nejvíce respondentů kategorii sám (43 % tj. 14 respondentů). Ve skupině B uvedli dva respondenti (6 %) možnost „jinak“ a uvedli, že nejraději tráví volný čas se psy.

Tabulka č. 10 – preferovaný způsob trávení volného času – skupina A

Kategorie	Četnost
Sám	8
S rodinou	15
S kamarády	8
jinak	0

Tabulka č. 11 – preferovaný způsob trávení
volného času – skupina B

Kategorie	Četnost
Sám	14
S rodinou	5
S kamarády	12
jinak	2

Otázka č. 7 – Kdybyste si mohl/a vybrat žil/a byste raději: v domácím prostředí nebo v ústavním či jiném zařízení?

Tato otázka by se mohla zdát býti zbytečná, mohly být dopředu předpokládány odpovědi, že všichni nebo převážná většina z dotazovaných respondentů by raději žila v domácím prostředí, výsledky ze získaných dat však už tak jednoznačné nejsou. Ve skupině A odpověděla naprostá většina respondentů (26 tj. 84%), že by preferovala život v domácím prostředí, ústavní či jiné zařízení volilo 5 respondentů, což je 16 %. Ve skupině B byly odpovědi dosti vyrovnané, domácí prostředí volilo 17 respondentů, což je 52 % zastoupení a druhou variantu ústavní či jiné zařízení volilo 16 respondentů, což je 48 %.

Tabulka č. 12 – odpovědi na otázku č. 7 -
skupina respondentů A

Kategorie	Četnost
Domácí prostředí	26
Ústavní či jiné zařízení	5

Tabulka č. 13 – odpovědi na otázku č. 7 -
skupina respondentů B

Kategorie	Četnost
Domácí prostředí	17
Ústavní či jiné zařízení	16

Druhá část dotazníku byla tvořena 18- ti různými kategoriemi, kdy respondent měl vždy u každé kategorie (např. zdraví, láska, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, pocit bezpečí a jistoty) vybrat a označit (zakroužkovat) vždy jednoho ze „smajlíků“, které představovali hodnotící škálu:

Hodnotící škála – vysvětlivky (zleva)



velmi nespokojen – spíše nespokojen – nevím – spíše spokojen – zcela spokojen

Jednalo se o subjektivní posouzení toho, jak se respondenti ze skupiny A i ze skupiny B cítí v uvedených oblastech života spokojeni či nespokojeni.

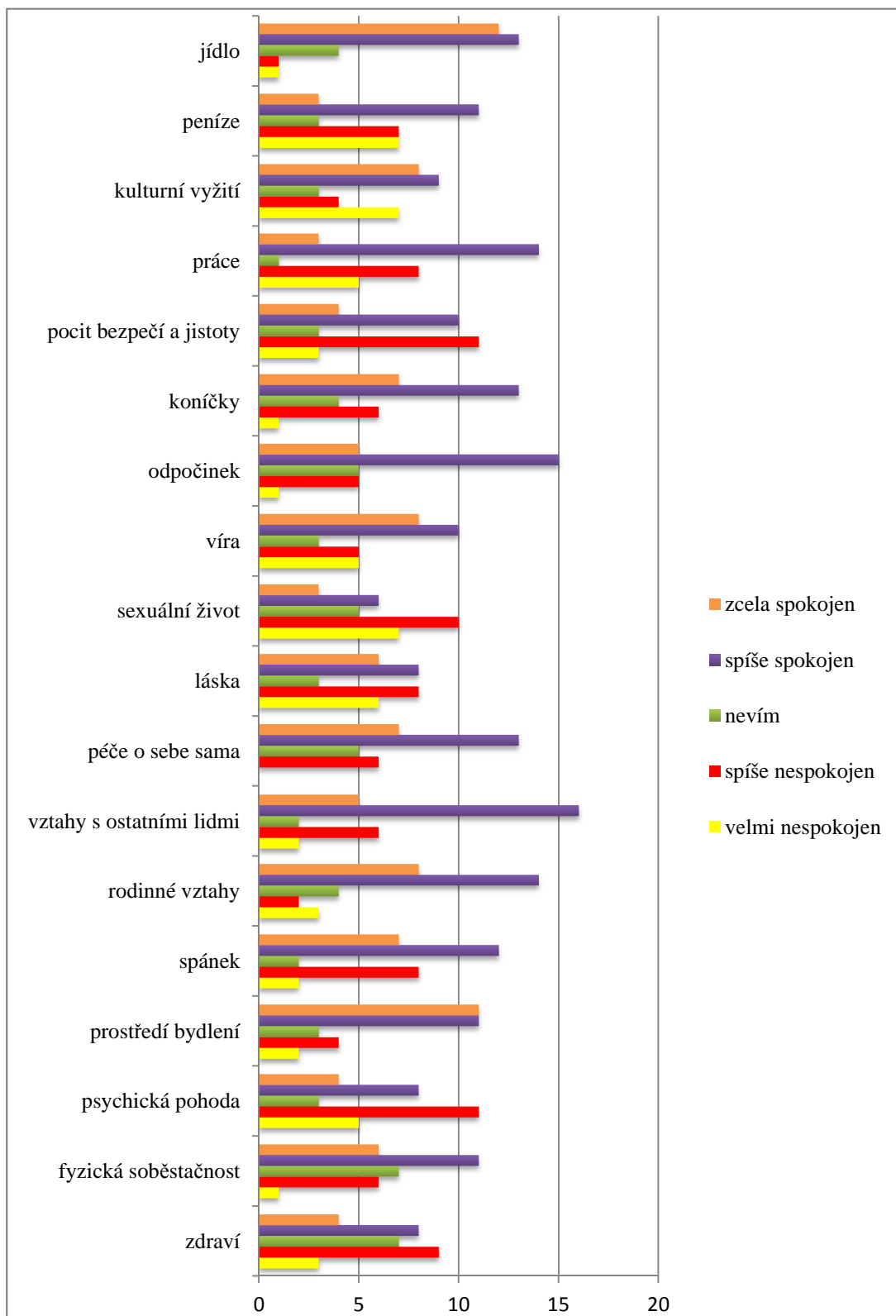
Tabulka č. 14 – hodnocení spokojenosti v různých oblastech života – skupina A

Kategorie/hodnocení	Velmi nespokojen	Spíše nespokojen	Nevím	Spíše spokojen	Zcela spokojen
Zdraví	3	9	7	8	4
Fyzická soběstačnost	1	6	7	11	6
Psychická pohoda	5	11	3	8	4
Prostředí bydlení	2	4	3	11	11
Spánek	2	8	2	12	7
Rodinné vztahy	3	2	4	14	8
Vztahy s ostatními lidmi	2	6	2	16	5
Péče o sebe sama	0	6	5	13	7
Láska	6	8	3	8	6
Sexuální život	7	10	5	6	3
Víra	5	5	3	10	8
Odpočinek	1	5	5	15	5
Koníčky	1	6	4	13	7
Pocit bezpečí a jistoty	3	11	3	10	4
Práce	5	8	1	14	3
Kulturní vyžití	7	4	3	9	8
Peníze	7	7	3	11	3
Jídlo	1	1	4	13	12

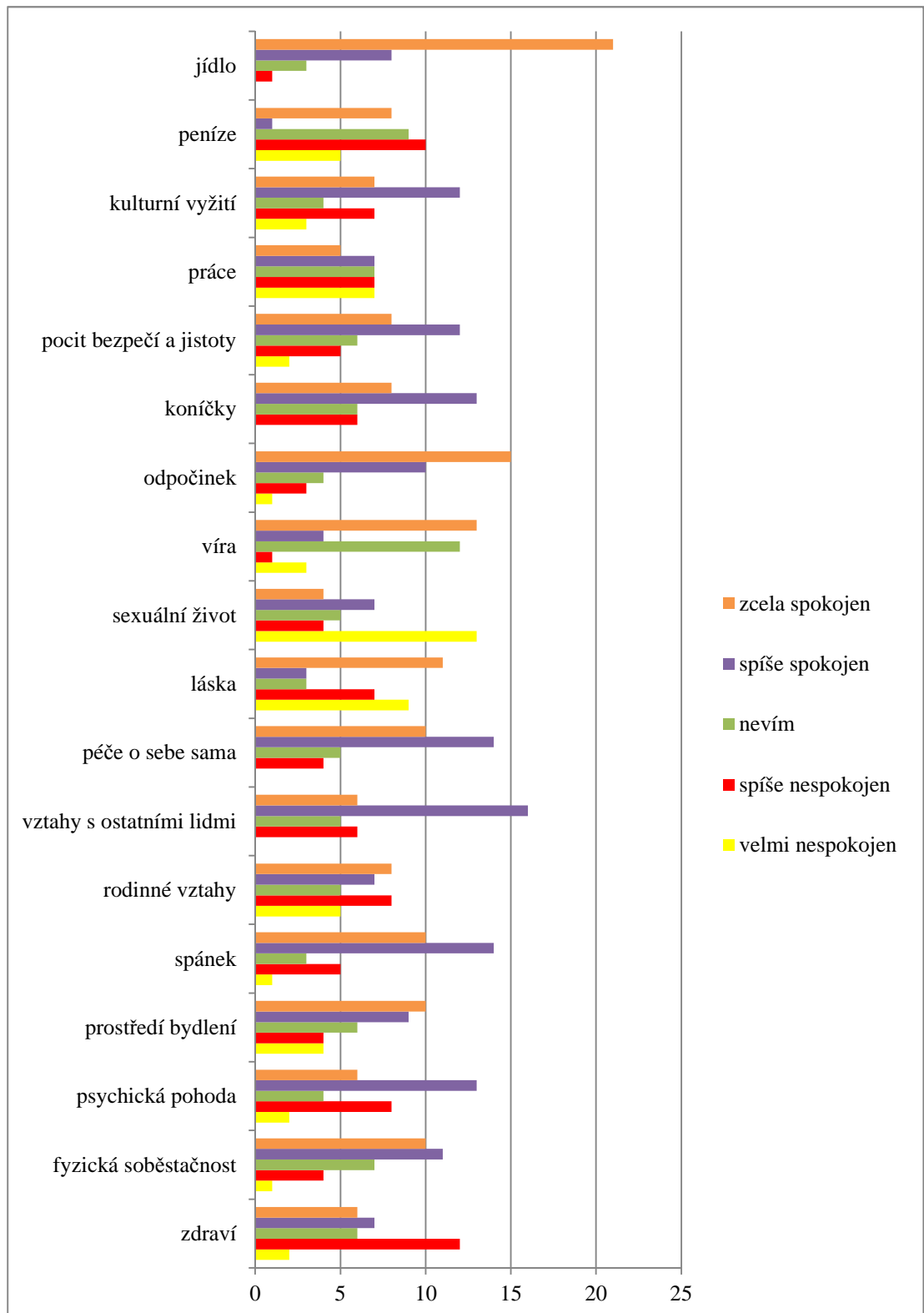
Tabulka č. 15 – hodnocení spokojenosti v různých oblastech života – skupina B

Kategorie/hodnocení	Velmi nespokojen	Spíše nespokojen	Nevím	Spíše spokojen	Zcela spokojen
Zdraví	2	12	6	7	6
Fyzická soběstačnost	1	4	7	11	10
Psychická pohoda	2	8	4	13	6
Prostředí bydlení	4	4	6	9	10
Spánek	1	5	3	14	10
Rodinné vztahy	5	8	5	7	8
Vztahy s ostatními lidmi	0	6	5	16	6
Péče o sebe sama	0	4	5	14	10
Láska	9	7	3	3	11
Sexuální život	13	4	5	7	4
Víra	3	1	12	4	13
Odpocínek	1	3	4	10	15
Koníčky	0	6	6	13	8
Pocit bezpečí a jistoty	2	5	6	12	8
Práce	7	7	7	7	5
Kulturní vyžití	3	7	4	12	7
Peníze	5	10	9	1	8
Jídlo	0	1	3	8	21

Obrázek č. 2 – grafické vyjádření hodnocení spokojenosti v různých oblastech života – skupina A



Obrázek č. 3 – grafické vyjádření hodnocení spokojenosti v různých oblastech života – skupina B



4.5 Komparace a interpretace získaných dat

Kdo se cítí v životě spokojen? Jaká jsou kritéria spokojenosti? Zdraví, peníze, láska? Pro každého jedince je to asi něco jiného. Tuto otázku jsem do dotazníku zakomponovala také z důvodu toho, abych poukázala na skutečnost, že i člověk, který se léčí se schizofrenií, žije v ústavu, nemá své bydlení a v některých případech i rodinu, tak i tento člověk může být v životě spokojený. Je zřejmé, že pokud chceme porovnávat spokojenost a kvalitu života, musíme vzít v úvahu i další faktory jako je závažnost onemocnění a kvalita mezilidských vztahů. Z vlastní zkušenosti mohu říci, že i moje matka se cítí v životě spokojena. Za ničím se nežene, nic ji netrápí, pokud má zajištěny základní potřeby a nějakou tu společnost k tomu, tak je v podstatě „šťastný člověk“.

Pokud se zaměříme na otázku způsobu trávení volného času, zde se ukázalo, že většina osob žijících v domácím prostředí tráví nejraději volný čas s rodinou, zatímco převážná část osob žijících v ústavním či jiném zařízení tento čas nejraději tráví sama nebo s kamarády. Toto zjištění se dalo předpokládat a je logické, vzhledem k tomu, že osoby, které žijí v ústavu či jiném obdobném zařízení rodiny třeba vůbec nemají. V dalších případech duševně nemocní rodiny mají, ale příbuzní se za ně stydí a nechťejí se s nimi vůbec stýkat. Vzhledem k tomu, že jsem měla během posledních pěti let několikrát možnost navštívit psychiatrickou léčebnu a poznala jsem tam osoby s různými životními osudy, mohu toto potvrdit. Jsou tací, kteří nemají žádné návštěvy, žádné telefony, žádné dovolenky, protože by neměli kam ani za kým jít.

Když se nad zjištěnými výsledky zamyslíme, můžeme říci, že provedené dotazníkové šetření v současné době s těmito vybranými respondenty ukazuje fakta, která by například před několika desetiletími mohla vypadat úplně jinak. Děje se tak především vlivem celé společnosti a jejím požadavkům na ideál současného člověka. Domnívám se, že i když je v dnešní době duševně nemocný člověk stále ještě tak trochu tabu, jeho šance na kvalitní a plnohodnotný život jsou relativně velké. V dobách dávno minulých nebyly žádné psychiatrické léčebny a lidé s duševním onemocněním byli zavíráni do klecí, které byly většinou umístěny do center měst. Kolemjdoucí jimi opovrhovali, posmívali se jim.

Nemocní pak bez jídla a bez vody vyčerpáním umírali. V té době bychom vůbec nemohli polemizovat nad kvalitou života a spokojeností osob s duševním onemocněním.

4.6 Vyhodnocení

Na začátku výzkumu jsem si stanovila 4 hypotézy, jejichž platnost bude nyní na základě zjištěných dat zhodnocena.

Hypotéza č. 1: - „Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v domácím prostředí se cítí v životě spokojenější než osoby s touto diagnózou žijící v ústavním či obdobném zařízení.“

Tato hypotéza se **nepotvrdila**, neboť 61 % respondentů ve skupině B uvedlo, že se cítí v životě spokojeni a 39 % dotazovaných vyjádřilo pocit nespokojenosti se svým životem. Ve skupině A uvedlo 55 % respondentů, že se cítí v životě spokojeni. Nespokojenost vyjádřilo 45 % dotazovaných.

Hypotéza č. 2: - „Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v ústavním či jiném zařízení jsou méně spokojeny s prostředím bydlení než osoby s touto diagnózou žijící v prostředí domácím.“

Hypotéza se **potvrdila**, protože ve skupině B vyjádřilo nespokojenost s prostředím bydlení 24 %, ve skupině A pak 19 % respondentů.

Hypotéza č. 3: - „Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v domácím prostředí se cítí bezpečněji než osoby s touto diagnózou žijící v ústavním či obdobném zařízení.“

Tato hypotéza se **nepotvrdila**, neboť 61 % respondentů ze skupiny B má pozitivní pocit bezpečí a jistoty. Ze skupiny A je tomu tak u 45 % dotazovaných.

Hypotéza č. 4: - „Osoby s diagnózou schizofrenie žijící v ústavním či jiném zařízení jsou méně spokojeny s trávením volného času (se svými koníčky), než osoby s touto diagnózou žijící v domácím prostředí.“

Hypotéza se **nepotvrdila**, pouze 18 % respondentů ze skupiny B vyjádřilo nespokojenost v této oblasti, ve skupině A tomu tak bylo u 23 % dotazovaných.

Ze čtyř stanovených hypotéz byla pouze 1 potvrzena, další 3 byly vyvráceny.

Pomocí provedeného dotazníkového šetření jsem se snažila zjistit spokojenost v různých oblastech života u osob, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Jedná se o oblast velmi obsáhlou, proto jsem k provedenému šetření přistupovala z obecnější stránky. Tomu svědčí i fakt, že jsem zvolila kvantitativní metodu výzkumu. V rámci praktické části mé práce jsem dle mého názoru zjistila mnoho zajímavých faktů, kterých by mohlo být využito při užším a hlubším zkoumání této bohužel smutné, ale velmi zajímavé problematiky.

Při přípravě praktické části této práce - plánování výzkumu a tvorbě dotazníku, jsem předpokládala, že se mi podaří získat větší množství dat, ale při samotné realizaci výzkumu jsem zjistila, že to s ohledem na cílovou skupinu nebude tak jednoduché. Nakonec se mi podařilo získat alespoň menší počet dat od výzkumného vzorku, která jsem se snažila co nejlépe zpracovat a vyhodnotit.

Diagnóza schizofrenie je určitá „nálepka“, která v sobě zahrnuje velké spektrum různých psychických potíží, a dostanou se pod ni jedinci s výrazně odlišným psychickým stavem. Pokud je člověk v akutním stádiu této nemoci, kdy nemá vůbec náhled na to, že je nemocen a není schopen logicky uvažovat a komunikovat, není možné, aby se do mého (nebo jakéhokoli jiného) výzkumu vůbec dostal. Na druhém pólu spektra jsou lidé, kteří sice mají nějaké přetrvávající psychotické příznaky, ale naučili se s nimi žít a v jejich chování ani projevu se nijak výrazně neprojevují.

Domnívám se, že v psychiatrických léčebnách jsou jednak pacienti, jejichž zdravotní stav je horší než u těch, kteří žijí v domácím prostředí a také ti, kteří mimo léčebnu žádné pozitivní mezilidské vztahy nemají a proto zůstávají raději v tomto prostředí, kde jsou na tom ostatní podobně jako oni.

Myslím si, že když je člověk (i s diagnózou schizofrenie) v dobrém psychickém stavu a má uspokojivé mezilidské vztahy, pak není hospitalizován a jeho kvalita života je lepší. Pokud je ovšem ve špatném psychickém stavu a nemá žádné nebo narušené mezilidské vztahy, pak je nucen zůstat v léčebně a jeho kvalita života je horší. Hospitalizace v léčebně je ovšem důsledkem, a nikoli příčinou horšího psychického stavu, nižší kvality života a menší spokojenosti pacientů s diagnózou schizofrenie.

ZÁVĚR

Zdraví je to nejcennější co v životě máme. Dokud nás nestihne nějaké onemocnění, bereme je jako samozřejmost. O to horší pak je, pokud onemocníme duševní poruchou. Jedná se totiž o onemocnění nejsložitějšího orgánu – mozku. O problematice duševních onemocnění a zvláště pak schizofrenie, je v posledním desetiletí stále více diskutováno. Uspěchaný život, hektická doba, vysoké nároky v pracovním a osobním životě, jsme neustále testováni, co všechno vydržíme, zda dokážeme ještě tomu tlaku společnosti odolat, nebo jsme již na hraně. Nikdo z nás není vůči psychickému onemocnění imunní, lišíme se pouze úrovní adaptačních schopností, mírou odolnosti a tím jak jsme zranitelní.

Ke vzniku duševního onemocnění přispívají biologické základy, osobnostní rozvoj, genetické podmínky a v nemalé míře také prostředí, ve kterém žijeme. Můžeme tedy říci, že se jedná o příčiny v bio-psycho-sociálním modelu, což má úzkou spojitost se sociální pedagogikou.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole teoretické části jsem se zabývala a snažila se charakterizovat onemocnění schizofrenie, její diagnózu, formy, průběh, prognózu tohoto onemocnění a možnosti léčby. Ve druhé kapitole se zaměřuji na pojem kvalita života, definice zdraví a dále pak vymezuji kvalitu života osob, kterým byla schizofrenie diagnostikována. Poslední teoretická kapitola je věnována sociálnímu začlenění osob s diagnózou schizofrenie, stigmatem tohoto onemocnění, právní problematikou, pracovním posuzováním a životem pacienta v domácím či ústavním zařízení. Čtvrtá kapitola je empirický výzkum, který pojednává o spokojenosti a kvalitě života osob s diagnózou schizofrenie žijících v domácím prostředí a také těch, kteří žijí v ústavním či jiném zařízení. Jelikož mám osobní zkušenost s touto nemocí prostřednictvím příbuzného v rodině, zakomponovala jsem do této práce i své poznatky. Ne proto, abych snad vyvolala možnou lítost, ale proto, aby bylo vidět, že když má člověk v sobě sílu a snahu, zvládnout se dá ledacos.

Díky této práci se mi podařilo hlouběji proniknout do problematiky duševního onemocnění - schizofrenie. I když jsem měla nějaké spíše praktické zkušenosti, dozvěděla jsem se spoustu informací teoretických, které se mi právě s těmi praktickými prolínaly. Díky studiu a psaní této práce jsem absolvovala i odbornou praxi v DSZR ve Vyškově, což na mne také dosti zapůsobilo. Daná oblast je pro mě velice zajímavá a myslím si, že se jí budu věnovat i nadále, nejen kvůli matce, ale snad možná i v rámci své profesní kariéry.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ L., ŠPANIEL F., 2011. *Schizofrenie, Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. Století*. Mladá fronta a.s., ISBN 978-80-204-2494-5.

COHEN, Robert M., 2000. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Z anglického originálu přeložila v roce 2002 Silvie Struková, Portál, s.r.o., ISBN 80-7178-497-4.

DOUBEK P., PRAŠKO J., HERMAN E., HONS J., 2008. *Psychóza v životě – život v psychóze, příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Maxdorf s.r.o., ISBN 978-80-7345-156-1.

HÖSCHL, C., LIBINGER J., ŠVESTKA, J., 2004. *Psychiatrie. Druhé, doplněné a opravené vydání*. Tigis, spol. s r.o., ISBN 80-900130-7-4.

KALINA, K., 1987. *Jak žít s psychózou? Rady nemocným*. Avicenum, zdravotnické nakladatelství, n. p., ISBN 08-080-87.

MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., 2002. *Psychiatrie, učebnice pro zdravotní sestry a pomáhající profese*. Portál, s.r.o., ISBN 80-7178-700-0.

MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIANKOVÁ M., 2006. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing, a.s., ISBN 80-247-1151-6.

MENTZOS Stavros, 2009. *Přehled psychodynamiky – funkce psychických poruch*. Přeložila Lucie Simonová v r. 2012, Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0018-5.

MOTLOVÁ L., DRAGOMIRECKÁ E., 2003. *Schizofrenie a kvalita života* (on-line).

Dostupné dne 20. 4. 2013

z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2003/02/02_2003_02.pdf.

NAKONEČNÝ M., 2004. *Psychologie téměř pro každého*. Academia, ISBN 80-200-1198-6.

PRAŠKO, J., MOŽNÝ P., ŠLEPECKÝ M., a kol., 2007. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Triton, ISBN 978-80-7254-865-1.

PRAŠKO, J., a kol., 2003. *Poruchy osobnosti*. Portál, s.r.o., ISBN 80-7178-737-X.

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D., 2006. *Psychiatrie minimum pro praxi*. Triton, ISBN 80-7254-746-1.

RADVAN, E., VAVŘÍK, M. 2009. *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Institut mezioborových studií Brno.

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

VACEK J., 1996. *O nemocech duše, kapitoly z psychiatrie*. Mladá fronta, ISBN 80-204-0535-6.

VAĐUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P., 2005. *Kvalita života, teoretická a metodologická východiska*. Copyright, ISBN 80-210-3754-7.

VÁGNEROVÁ, M., 1999. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Portál, ISBN 80-7178-214-9.

VÁGNEROVÁ, M., 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, s.r.o., ISBN 80-7178-802-3.

VINAŘ, O., 1995. *Léky pro duši*. Grada Publishing, spol. s r.o., ISBN 80-7169-155-0.

Internetové zdroje:

www.uzis.cz/cz/mkn/index.html, dne 21. 3. 2013

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Sv%C3%A9pr%C3%A1vnost>, dne 1. 4. 2013

<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/218868-psychiatricke-lecebny-se-do-konce-roku-zmeni-v-nemocnice/>, dne 15. 4. 2013

http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2003/02/02_2003_02.pdf, dne 15. 4. 2013

<http://www.socialnisluzbyvyskov.info/domov-dusevni-onemocneni/zakladni-informace/poslani/> dostupné dne, 1. 4. 2013

http://is.muni.cz/th/152855/pedf_m/Priloha_-Dotaznik_kvality_zivota_SQUALA.pdf, dne 8. 4. 2013

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace.

MKN Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů.

PLKM Psychiatrická léčebna v Kroměříži.

DSZR Domov se zvláštním režimem.

SEZNAM OBRÁZKŮ

- Obr. 1. Zastoupení respondentů obou porovnávaných skupin osob s diagnózou schizofrenie.....39
- Obr. 2. Grafické vyjádření hodnocení spokojenosti v různých oblastech života osob s diagnózou schizofrenie žijících v domácím prostředí.....47
- Obr. 3. Grafické vyjádření hodnocení spokojenosti v různých oblastech života osob s diagnózou schizofrenie žijících v ústavním či jiném zařízení.....48
- Obr. 4. Domov se zvláštním režimem Čtvrtníčkova 1/114, Vyškov.....příloha č. 2
- Obr. 5. Uživatelé domova se zvláštním režimem při volnočasových aktivitách v rámci aktivizačního programu, keramická dílna.....příloha č. 3

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Fáze nemoci (dle Bankovská-Motlová, 2011, str. 30).....	16
Tab. 2 Komplexní léčba schizofrenie.....	18
Tab. 3 Pohlaví respondentů.....	38
Tab. 4 Věk dospělých respondentů skupina A.....	38
Tab. 5 Věk dospělých respondentů skupina B.....	39
Tab. 6 Délka léčby osob s diagnózou schizofrenie skupina A.....	40
Tab. 7 Délka léčby osob s diagnózou schizofrenie skupina B.....	40
Tab. 8 Odpovědi na otázku č. 5 skupina respondentů A.....	42
Tab. 9 Odpovědi na otázku č. 5 skupina respondentů B.....	42
Tab. 10 Preferovaný způsob trávení volného času skupina A.....	42
Tab. 11 Preferovaný způsob trávení volného času skupina B.....	43
Tab. 12 Odpovědi na otázku č. 7 skupina respondentů A.....	43
Tab. 13 Odpovědi na otázku č. 7 skupina respondentů B.....	43
Tab. 14 Hodnocení spokojenosti v různých oblastech života skupina A.....	45
Tab. 15 Hodnocení spokojenosti v různých oblastech života skupina B.....	46

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P I	Dotazník
PŘÍLOHA P II	Fotografie Domova se zvláštním režimem ve Vyškově
PŘÍLOHA P III	Fotografie uživatelů domova při volnočasových aktivizačních technikách

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník

Dotazník je zaměřen na průzkum úrovně kvality života a spokojenosti osob s diagnózou schizofrenie. Cílem je porovnání kvality života osob, které žijí v domácím prostředí a těch osob které žijí v ústavních zařízeních. Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, v žádném případě nebudou získaná data použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Tento dotazník bude použit pouze pro potřebu mé bakalářské práce. Děkuji za ochotu a čas strávený při jeho vyplňování.

Odpověď označte kroužkem, nebo doplňte slovně.

Martina Marková

Datum

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk

3. Žijí

- v domácím prostředí
- v ústavním či jiném zařízení

4. Jak dlouho se léčíte s Vaší nemocí? (doplňte)

5. Cítíte se v životě spokojení?

- ano
- ne

6. Volný čas trávíte nejraději:

- sám
- s rodinou
- s kamarády
- jinak (doplňte)

7. Kdybyste si mohl/a vybrat žil/a byste raději:

- v domácím prostředí
- v ústavním či jiném zařízení





























































8. V následující tabulce prosím zakroužkujte vždy jednu z možností, jedná se o Vaše posouzení toho, jak se cítíte v uvedených oblastech života spokojen/a či nespokojen/a.

Hodnotící škála – vysvětlivky (zleva)



velmi nespokojen – spíše nespokojen – nevím – spíše spokojen – zcela spokojen

1. ZDRAVÍ	
2. FYZICKÁ SOBĚSTAČNOST	
3. PSYCHICKÁ POHODA	
4. PROSTŘEDÍ BYDLENÍ	
5. SPÁNEK	
6. RODINNÉ VZTAHY	

7. VZTAHY S OSTATNÍMI LIDMI	    
8. PÉČE O SEBE SAMA	    
9. LÁSKA	    
10. SEXUÁLNÍ ŽIVOT	    
11. VÍRA (náboženská, jiná)	    
12. ODPOČINEK	    
13. KONÍČKY	    
14. POCIT BEZPEČÍ A JISTOTY	    
15. PRÁCE	    
16. KULTURNÍ VYŽITÍ	    
17. PENÍZE	    
18. JÍDLO	    

PŘÍLOHA P II: FOTOGRAFIE DOMOVA SE ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM VE VYŠKOVĚ

Obr. 4. Domov se zvláštním režimem, Čtvrtníčková 1/114, Vyškov.



PŘÍLOHA P III: FOTOGRAFIE UŽIVATELŮ DOMOVA PŘI VOLNOČASOVÝCH AKTIVITÁCH

Obr. 5. Uživatelé Domova se zvláštním režimem při volnočasových aktivitách, keramická dílna.



Uživatelé, kteří jsou na fotografii, souhlasili s jejím uveřejněním v této bakalářské práci. Tato fotografie byla pořízena při výkonu odborné praxe v DSZR Vyškov.