

# Schizofrenní onemocnění a jeho dopad na kvalitu života jedinců

Dagmar Hlavenková

---

Bakalářská práce  
2014



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: **Dagmar HLAVENKOVÁ**  
Osobní číslo: **H108076**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Schizofrenní onemocnění a jeho dopad na kvalitu života jedinců**

### Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomu-to studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

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

- klasifikaci schizofrenních poruch a význam kvality života;
- studium kvality života jedinců se schizofrenním onemocněním na základě polostrukturovaného rozhovoru;
- příčiny sociálního vyloučení z rodinných, partnerských a pracovních vztahů;
- strategie zvládnání finančního zabezpečení.

Součástí práce bude drobný sociologický výzkum zaměřený na analýzu kvality života pacientů se schizofrenním onemocněním.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Baštecká, B. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003.

Doubek, P., Praško, J., Herman, E., Hons, J. *Psychóza v životě – život v psychóze: příručka pro pacienty trpící psychózou a jejich rodiny*. Praha: Maxdorf, 2008.

Gavora, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010.

Heretik, A., Heretik, A., jr. a kol. *Klinická psychologie*. Nové Zámky: Psychoprof, 2007.

Herman, E., Praško, J., Seifertová, D., a kol. *Konziliární psychiatrie*. Praha: MEDICAL TRIBUNE CZ, Galén, 2007.


Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, 2002.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Tannenbergerová, DiS.**  
Katedra sociální pedagogiky


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



  
PhDr. Miloš Jížl, Ph.D.  
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 obhajoby <sup>1)</sup>;
- 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. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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.

DAGMAR HLAVENKOVÁ

Jméno, příjmení studenta

V Brně

14. 4. 2014

HLAVENKOVÁ

Podpis

<sup>1)</sup> 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 nevytýká 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 nahlédnutí 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.

<sup>2)</sup> 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).

<sup>3)</sup> 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). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez věcného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu svého 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 vynaložil, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlíží k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato bakalářská práce pojednává o schizofrenním onemocnění a jeho dopadu na kvalitu života jedinců s tímto onemocněním, kteří často bývají izolováni a diskriminováni na trhu práce a sociálně vyloučeni z rodinných či partnerských vztahů, což jim ztěžuje integraci do běžného každodenního života. Pomocí kvalitativního výzkumu ve formě polostrukturovaného rozhovoru je podrobně analyzována kvalita života pěti klientů se schizofrenním onemocněním léčených v psychiatrické nemocnici Brno-Černovice a získané výsledky jsou porovnány s pohledem odborníků pracujících s klienty s tímto onemocněním.

### **Klíčová slova:**

Kvalita života, schizofrenie, duševní onemocnění, stigma, polostrukturovaný rozhovor.

## **ABSTRACT**

This thesis is devoted to a schizophrenic disorder and its impact on the quality of human life. The humans suffering from schizophrenia are often isolated, discriminated against in the labour market, and socially excluded from family and partner relationships, which complicate their integration into a normal life. Using qualitative research based on semi-structured interviews, the quality of life of five clients with the schizophrenia diagnosis, who are being treated at the psychiatric hospital in Brno-Černovice, is analyzed in detail and compared with the perspective of professionals routinely working with the clients with this diagnosis.

### **Keywords:**

The quality of life, schizophrenia, mental disorder, stigma, semi-structured interview.

*„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života.“*

*David Seedhouse*

### **Poděkování**

Děkuji vedoucí své práce Mgr. Monice Tannenbergerové, DiS. za vedení mé bakalářské práce a za cenné rady při zpracování textu této práce. Dále děkuji zaměstnancům psychiatrické nemocnice Brno-Černovice za umožnění realizace výzkumu v zařízení. Hlavní poděkování patří pěti klientům psychiatrické nemocnice za jejich ochotu a čas, který mi věnovali při vlastním vedení rozhovorů.

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>8</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>10</b>
<b>1 SCHIZOFRENIE A JEJÍ ROZDĚLENÍ</b> .....	<b>11</b>
1.1 VÝSKYT A PRŮBĚH SCHIZOFRENIE.....	12
1.2 PROJEVY SCHIZOFRENIE.....	13
1.3 ROZDĚLENÍ SCHIZOFRENIÍ.....	16
<b>2 PORUCHY SOUVISEJÍCÍ SE SCHIZOFRENIÍ</b> .....	<b>18</b>
<b>3 KVALITA ŽIVOTA</b> .....	<b>21</b>
3.1 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU ODBORNÉ LITERATURY.....	21
3.2 KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU ODBORNÍKŮ PRACUJÍCÍCH S KLIENTY SE SCHIZOFRENNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	25
3.3 STIGMA JAKO NÁSLEDEK ONEMOCNĚNÍ.....	29
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>33</b>
<b>4 METODIKA VÝZKUMU A TECHNIKA SBĚRU DAT</b> .....	<b>34</b>
4.1 KVALITATIVNĚ ORIENTOVANÝ VÝZKUM.....	34
4.2 ROZHOVOR JAKO VÝZKUMNÁ METODA.....	34
4.3 VLASTNÍ PŘÍPRAVA A PRŮBĚH ROZHOVORU.....	35
4.4 VÝZKUMNÉ OTÁZKY A VÝZKUMNÝ VZOREK.....	36
4.5 ANALÝZA ODPOVĚDÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	38
<b>5 ZÁVĚR</b> .....	<b>42</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>44</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>46</b>

## ÚVOD

V současné době je v literatuře uváděno 1-1,5% populace nemocných schizofrenií, schizotypní poruchy jsou až u 3% populace (Baštecká, 2003; Praško, 2005). Schizofrenie je závažnou psychickou poruchou, která se projevuje ztrátou integrace psychiky, objevují se změny ve všech oblastech (emocích, chování, vnímání, myšlení a řeči). Kvůli bludům a halucinacím může být ohrožen život daného jedince (nebezpečí sebevraždy) i někoho z jeho okolí.

Schizofrenní onemocnění propukají nejčastěji v adolescenci nebo rané dospělosti, a to je ještě předtím, než se dostatečně rozvinou sociální dovednosti, které jsou do běžného každodenního života potřeba. Tato onemocnění probíhají většinou celoživotně a přináší nemalé postizení v oblasti sociální, pracovní či v oblasti rodinného života, což do značné míry ovlivňuje kvalitu života jedinců trpících schizofrenním onemocněním. Díky stigmatizaci přinášející plno společenských předsudků také často dochází k jejich sociální izolaci.

Těmto jedincům je důležité pomáhat, podporovat je a zprostředkovat jim kontakty podle jejich potřeby, ať už s rodinou, ohledně chráněného bydlení nebo ohledně zařazení do pracovního procesu, a tím zvýšit jejich samostatnost. Hodně může napomoci rodina, aby jejich život byl kvalitní, ale stigmatu duševně nemocného člověka se tyto jedinci úplně nezbaví a plně kvalitní život nežijí. Jejich život je plný omezení, časté hospitalizace v psychiatrických zařízeních, celoživotní braní léků a docházení na injekce, po kterých mohou mít nežádoucí vedlejší účinky. Například je mohou utlumovat, a tím pádem narušovat jejich pracovní či rodinný život a oni ztrácejí třeba i dříve dobře fungující rodinné zázemí.

Je potřeba si uvědomit, že kvalitu života vnímá jinak pacient právě hospitalizovaný v psychiatrickém zařízení a jinak jedinec se schizofrenním onemocněním mimo psychiatrické zařízení. Jejich názor na kvalitu života se také může měnit podle aktuálního průběhu onemocnění.

Cílem této práce je popsat možný dopad schizofrenních onemocnění na kvalitu života takto nemocných jedinců. Teoretická část se nejprve věnuje typickým projevům schizofrenních onemocnění, jejich příznakům a léčbě. Následně je uvedena podrobná kategorizace schizofrenií a poruch s nimi souvisejících. V neposlední řadě je představena kvalita života ze



dvou různých pohledů – z pohledu odborné literatury a z pohledu odborníků pracujících s klienty se schizofrenním onemocněním – a problém stigmatizace v důsledku duševního onemocnění. Praktická část je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru s pěti klienty se schizofrenním onemocněním léčených v psychiatrické nemocnici Brno-Černovice. Získané výsledky ohledně kvality jejich života jsou porovnány a diskutovány s pohledem odborníků pracujících s těmito klienty.

## I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SCHIZOFRENIE A JEJÍ ROZDĚLENÍ

Schizofrenie je závažné psychotické onemocnění, které se v odborné literatuře objevilo již v roce 1911 (Höschl a kol., 2002, s. 343). Narušuje schopnost nemocného srozumitelně jednat a chovat se v souladu s okolnostmi. Mění se vztah nemocného ke skutečnosti. Odcizuje se ostatním lidem. Psychóza vede ke změnám osobnosti, které způsobí, že nemocný mnohdy nedokáže pokračovat v životě v souladu s očekáváním založeném na dosavadní životní dráze.

Schizofrenie ovlivňuje lidské myšlení, citění a jednání. Snižuje kvalitu lidského života. Zvyšuje mortalitu. Působí vleklou neschopností uspokojivě naplnit život a dostát životním rolím. Společnost vynakládá na zdravotní péči a výdaje spojené s péčí o nemocné schizofrenií velké množství peněz.

Pro schizofrenii je charakteristická mnohotvárnost psychopatologie, průběhu i odpovědi na léčbu. Ze subjektivního hlediska působí schizofrenie hluboké odcizení, napětí a nejistotu. Ty vedou ke zkreslení nebo přetvoření skutečnosti. Dochází k dezorganizaci a úpadku duševních funkcí, které vyžadují duševní sílu a energii.

Schizofrenní onemocnění má silný sklon k chronicitě. Má vleklý průběh a výrazně mění kvalitu života. Postihuje pracovní schopnosti člověka a snižuje jeho společenské uplatnění. Míra bezmoci, neschopnosti a nepohody, kterou nemoc přináší, je různá, ale v rozvinuté společnosti je ochromující. Jak velkou zátěž představuje onemocnění schizofrenií pro člověka a společnost, lze jen obtížně měřit. Můžeme měřit přímé zdravotní náklady, mortalitu, ztrátu produktivity, dopad na rodinný život a pokaždé získáme trochu jiný obrázek.

Schizofrenie je mezi příčinami neschopnosti být produktivně činným v průmyslově vyspělém světě na pátém a celosvětově na devátém místě. Schizofrenie ohrožuje zkrácením i délkou pacientova života. Nemocní se schizofrenií umírají brzy z různých příčin, přímo nebo nepřímo spojených s onemocněním. Riziko sebevraždy se v prvních 10 letech onemocnění odhaduje mezi 20-40%, celoživotně se pohybuje okolo 2-4%. Alespoň v rozvinutých zemích se mortalita u schizofreniků zvyšuje oproti zdravé populaci i z jiných příčin, včetně kardiovaskulárních onemocnění (Höschl a kol., 2002, s. 342).

Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, okrádá postiženého jedince o mnoho základních věcí, které jsou podstatné v každodenním životě. Je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání, hlavně v počátku, a významně narušuje fungování jedince (méně než 10% nemocných pracuje na celý úvazek a žije samostatně). Navzdory snaze o návrat do pracovního a vzdělávacího procesu bývá častým jevem invalidizace. Ta umožňuje ekonomické zajištění, avšak při nedostupnosti psychosociální intervence vede velmi často k sociální izolaci s negativním vlivem na terapeutický proces (Češková, 2007, s. 23). Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním (Vágnerová, 2012, s. 354).

## 1.1 Výskyt a průběh schizofrenie

Lidé trpící schizofrenií si nejsou vědomi své psychické poruchy (tj. nemají náhled chorobnosti). Svě myšlení a chování považují za zcela normální, proto sami nevyhledávají odbornou pomoc. Někteří schizofrenici mohou být nebezpeční sami sobě i jiným lidem. Při schizofrenii je nebezpečí sebepoškození, sebevraždy a zdánlivě bezdůvodných násilných činů vůči jiným osobám (v důsledku poruch vnímání a poruchy myšlení). Schizofrenie nejčastěji začíná v pozdní adolescenci nebo v rané dospělosti. Průběh schizofrenie může být různý (Nývltová, 2010, s. 153-154):

**Chronický.** U daného jedince nedochází ke zlepšení psychického stavu, končí zpravidla v invalidním důchodu, často v psychiatrické léčebně.

**V epizodách s remisemi.** Po plném projevení všech příznaků poruchy nastává zlepšení psychického stavu. Ve stádiích zlepšení se daný jedinec může opět zapojit do života, začít chodit do školy či zaměstnání do doby, než se objeví nová epizoda.

**S úplnou (nebo alespoň částečnou) remisí.** V některých případech může dojít k úplné nebo alespoň částečné remisi, kdy nejzávažnější příznaky schizofrenie mohou ustoupit a daný jedinec se může opět zapojit do normálního života. Ke zhoršení stavu již nedochází. Nelze předem jednoznačně určit jaký další průběh porucha bude mít a jaký bude osud člověka, který touto poruchou trpí. Empirie však ukazuje, že v těch případech, kdy se porucha objeví v relativně pozdějším věku (tj. až v dospělosti), začíná relativně náhle (okolí se jeví jako náhlá změna osobnosti a psychiky) a od samého počátku má bouřlivý průběh, pak je

prognóza relativně lepší. Prudkému nástupu schizofrenie často předchází tělesné vyčerpání, dlouhodobý nebo intenzivní stres či změna životních podmínek. Tyto události mívají spouštěcí charakter. Pokud porucha začíná již v dětství či v dospívání, má pozvolný, nenápadný začátek (okolí si dlouho nemusí uvědomovat, že jde o počínající psychickou poruchu), pak prognóza bývá horší. Naděje na uzdravení a návrat do běžného života je relativně menší. Včasné rozpoznání počínající schizofrenie ze strany rodičů a pedagogů a včasné zahájení léčby může mít pro daného jedince osudový význam.

## 1.2 Projevy schizofrenie

Pojem schizofrenie je značně široký. Schizofrenie se může projevovat celou řadou příznaků, které nemusí být u konkrétního jedince všechny přítomny. Mezi jednotlivými schizofreniky jsou proto velké individuální rozdíly.

Termín schizofrenie znamená „rozštěpení mysli, psychiky, osobnosti“, protože u schizofreniků dochází k narušení integrace psychiky, která přestává pracovat jako celek. Jedinec ztrácí nad svojí psychikou vědomou kontrolu. Některé psychické funkce jsou výrazně oslabeny (např. emoční procesy, vůle), jiné psychické funkce jsou roztrženy (např. logické myšlení), jiné mohou být naopak zesíleny (např. paměť, intuice, mimosmyslové vnímání).

Projevy schizofrenie lze rozdělit do několika základních skupin. Následující projevy bývají pro schizofrenii charakteristické, i když se nemusí vždy vyskytovat (Nývtová, 2010, s. 155-156):

**Narušené emoční prožívání.** Schizofrenici mívají jiné emoční projevy než psychicky zdraví lidé. V oblasti emočního prožívání se podobají autistům. V situacích, v nichž psychicky zdravý člověk reaguje pocitem radosti nebo smutku, u schizofreniků často tato emoční reakce nenastává. Jejich emoční prožívání bývá chudé, méně intenzivní. Působí apatickým dojmem. Někteří schizofrenici sice emočně reagují, ale často zcela nepřiměřeně dané situaci (např. smějí se v situaci, kdy je to společensky nevhodné). Již v premorbidním stadiu (tj. v době před začátkem psychické poruchy) bývají nápadní svým emočním chladem. Před propuknutím poruchy je také pro ně charakteristický větší zájem o svět neživých předmětů než svět lidí. Ve vrstevnické skupině bývají často spíše izolováni, udržují si od

lidí odstup. Oslabené emoční prožívání se projevuje v chudé neverbální komunikaci (např. v nedodržování očního kontaktu, ve výrazu tváře, intonaci). Emoční vztahy k druhým lidem bývají povrchní, zároveň se v citech druhých lidí obtížněji orientují. Zpravidla neprojevují empatii, soucítění. Bývají rovněž lhostejní k tomu, co si o nich jiní lidé myslí.

**Nápadnosti v chování.** Schizofrenie často začíná tím, že jedinec přestává dbát o svůj vzhled a osobní hygienu, někdy i o své zdraví. Přestává plnit své povinnosti (školní, pracovní, rodinné), i když je třeba dříve plnil vzorně. Nemá při tom pocit viny ani výčitky svědomí. Ve školním prostředí je nápadně často duchem nepřítomný, přestává se učit, někdy přestává i chodit do školy (bez snahy se omlouvat), přestává se kamarádit s vrstevníky, izoluje se od ostatních lidí. Dochází ke změně zájmů. Jedinec většinou přestává mít zájem o oblasti, které ho v době psychického zdraví zajímaly. Ztrácí zájem o učení i o práci. Mohou se u něj objevit bizarní, neobvyklé záliby. Adolescentní schizofrenici se často uchylují k různým sektám, filosofickým spolkům nebo extremistickým hnutím. Objevuje-li se porucha pomalu a postupně, pak učitelé ani rodiče si dlouho nemusí uvědomovat, že jde o psychickou poruchu. Výše uvedené problémy mohou být zpočátku považovány za lenost, běžnou ztrátu motivace ke studiu, za důsledek špatné výchovy, za důsledek vlivu špatné party, za důsledek experimentování s drogami.

**Narušené vnímání.** U některých schizofreniků se objevuje určitá přecitlivělost některých smyslových orgánů. Například barvy a zvuky vnímají jako intenzivnější, než ve skutečnosti jsou. V pozdějších stádiích schizofrenie (pokud nastupuje spíše pomalu) se u daného jedince začínají objevovat halucinace (tj. smyslové vjemy, které se objevují bez jakékoliv vnější stimulace). Jde pravděpodobně o představy, které jsou schizofrenikem interpretovány jako vjem. U schizofrenie jsou nejrozšířenější sluchové halucinace, často v podobě hlasů, které komentují chování a myšlení schizofrenika nebo mu nařizují, co má dělat (imperativní halucinace). Pod vlivem imperativních (rozkazujících) halucinací se schizofrenik může dopustit i velmi závažných trestných činů, dokonce i vraždy. Hlasy mohou být i pozitivní, mohou danému jedinci říkat příjemné věci. Hlasy mohou mezi sebou diskutovat, mohou přicházet jakoby z jiných částí těla než hlavy. Jedinec může trpět i zrakovými, čichovými, chuťovými, hmatovými a motorickými halucinacemi.

**Narušené logické myšlení.** V počátečním stadiu poruchy nemusí k narušení logického myšlení docházet. U některých jedinců jsou kognitivní schopnosti zachovány po celou dobu trvání poruchy. V některých případech daný jedinec přestává být schopen logického myšlení, což se projevuje v řeči i chování. Tento stav připomíná demenci, proto na počátku dvacátého století byla schizofrenie označována jako předčasná demence. Nejde však o demenci (tj. úbytek rozumových schopností), ale o roztržtost psychiky a kognitivních procesů. U demence je ztráta schopnosti logického myšlení nevratný proces, zatímco u schizofrenie se schopnost logického myšlení může obnovit. V rozvinutém stadiu poruchy je způsob myšlení schizofrenika pro psychicky zdravého člověka nepochopitelný. Schizofrenik nedokáže své myšlenky logicky uspořádat a sdělit je. Nedokáže zreprodukovat to, co četl, zcela neadekvátně odpovídá i na běžné otázky (např. jak se jmenuje, kde se narodil). I když u některých schizofreniků nedochází k rozpadu myšlení, kognitivní schopnosti jsou zachovány po celou dobu trvání poruchy, přesto se objevují některé nápadnosti. Schizofrenici často mívají pocit, že jejich nejkrytější myšlenky někdo jiný zná, že jejich myšlení někdo ovládá, vkládá jim do hlavy myšlenky nebo je naopak odebírá. Někteří jsou přesvědčeni, že oni sami svými myšlenkami na dálku ovlivňují různé děje. V myšlení se vyskytují zárazy myšlení (tj. zapomene myšlenku, ztratí logickou nit svých myšlenek). Něco podobného se stává i psychicky zdravému člověku ve stavu extrémní únavy a vyčerpání. Schizofrenik však tento jev interpretuje tak, že mu někdo odebírá myšlenky. Někteří schizofrenici si stěžují i na opačný stav, kdy mají pocit, že jim naopak někdo vkládá myšlenky do hlavy a ovlivňuje jejich chování. Závažnou poruchou myšlení jsou bludy, při nichž je schizofrenik přesvědčen o něčem, co je nereálné, nepravdivé. Ze svých bludů dělá závěry pro svůj každodenní život (např. odmítá jíst domněle otrávené jídlo, skrývá se před domnělými pronásledovateli). Nelze ho přesvědčit o mylnosti jeho tvrzení a přesvědčení. Bludy jsou objektivními důkazy a logickými argumenty nevyvratitelné. Relativně nejčastěji jsou u schizofreniků perzekuční a velikášské (megalomaničké) bludy. Při perzekučních bludech je schizofrenik přesvědčen, že je někým či něčím pronásledován a ohrožen. Ohrožovat ho mohou z jeho hlediska jak mimozemšťané a nadpřirozené bytosti, tak i reální lidé. Proti domnělému ohrožení se pak reálně preventivně brání. Při velikášských bludech je přesvědčen o svém mimořádném životním poslání, mimořádných schopnostech (např. schopnosti ovlivňovat počasí, světové události).

**Narušená řeč.** Narušené myšlení a ztráta schopnosti logického myšlení se samozřejmě promítají do způsobu vyjadřování. Jestliže schizofrenik zmateně myslí, pak i zmateně mluví. Zárazy v myšlení se jeví jako zárazy v řeči (Nývtová, 2010, s. 157).

### 1.3 Rozdělení schizofrenií

Mezi jednotlivými schizofreniemi jsou velké individuální rozdíly. Rozlišování schizofrenie na jednotlivé druhy je proto jen přibližné. Schizofrenie se rozlišuje podle dominantních projevů na (Nývtová, 2010, s. 157-160): schizofrenii *hebefrenní*, *paranoidní*, *katatonní* a *reziduální* a *postschizofrenní depresi*, přičemž jedna forma schizofrenie může teoreticky přecházet ve formu jinou.

**Hebefrenní schizofrenie.** Hebefrenní schizofrenie je typická pro mladistvé. Nejčastěji začíná ve věku 15-25 let. Jedinci, kteří touto formou schizofrenie trpí, bývají často již před propuknutím poruchy ostýchaví a introvertní. Dominantním projevem je změna emočního prožívání a vůle. Dochází k zeslabení až otupění emočních reakcí a ztrátě vůle. Emoční projevy bývají nepřiměřené situaci. Celkově se mění chování. Jedinec je zaujatý sám sebou, přestává se věnovat dřívějším aktivitám a zájmům, jeho chování se stává bezcílné a bezúčelné, chová se nezodpovědně a nepředvídatelně. Může se sám pro sebe usmívat, může se objevit grimasování a mechanické opakování frází. Postupně se objevují i změny v myšlení, které se stává chaotické, neuspořádané, nelogické. Změny v myšlení se samozřejmě promítají i do řeči. Bludy a halucinace nemusí být přítomny nebo jsou jen lehce naznačeny.

**Paranoidní schizofrenie.** Paranoidní schizofrenie je relativně nejčastější. Zpravidla začíná v pozdějším věku než hebefrenní schizofrenie. Jsou pro ni typické bludy (poruchy myšlení) a halucinace (poruchy vnímání). Emoční prožívání, řeč a vůle nebývají příliš narušeny, i když drobné nápadnosti se vyskytují. Z bludů se u paranoidní schizofrenie nejčastěji vyskytují paranoidní bludy (tj. jedinec neutrální jevy a události dává do souvislosti se svou osobou, je extrémně vztahovačný). Dále jsou časté perzekuční bludy (pocity pronásledování všeho druhu) a megalomaničké (mesiášské) bludy. Z halucinací jsou nejčastější sluchové halucinace (hlasy, smích, pískání), dále pak čichové a chuťové halucinace, někdy i halucinace týkající se těla.



**Katatonní schizofrenie.** Katatonní schizofrenie je relativně vzácná, vyskytuje se v mnohem menším počtu případů než hebefrenní a paranoidní schizofrenie. U katatonní schizofrenie je dominantním projevem výrazné utlumení (až úplné vymizení) reakcí na vnější podněty a setrvání v neobvyklých tělesných polohách. Nastává tzv. katatonní stupor, který může být vystřídán zcela opačnou reakcí – nadměrnou, neúčelnou motorickou aktivitou, která není ovlivněna vnějšími podněty.

**Reziduální schizofrenie.** O reziduální schizofrenii se hovoří v případě jedinců, kteří prodělali schizofrenní ataku se všemi dominantními projevy (bludy, halucinace). Tyto projevy sice vymizely, ale u daných jedinců stále přetrvávají některé změny v psychice a osobnosti (např. motorické zpomalení, snížená aktivita, sociální izolace, zanedbávání zevnějšku, otupělé emoční reakce, chudá verbální i neverbální komunikace).

**Postschizofrenní deprese.** U některých jedinců dochází k tomu, že se sice úspěšně vyléčili ze schizofrenie (tj. všechny symptomy typické pro schizofrenii již vymizely), ale přetrvává u nich deprese. Při této postschizofrenní depresi je vysoké riziko sebevražedného jednání.

## 2 PORUCHY SOUVISEJÍCÍ SE SCHIZOFRENIÍ

V reálném životě je možné se setkat s lidmi, kteří se v některých aspektech podobají schizofrenikům (např. bludy, omezenými emočními reakcemi, nezájmem o svět lidí, neobvyklými způsoby myšlení, podivnostmi v chování), ale nedochází u nich k roztržitosti psychiky, ke ztrátě schopnosti logického myšlení, nevyskytují se u nich halucinace a relativně uspokojivě jsou i zapojeni do běžného života (pracují, studují). Takovou diagnózu nazýváme poruchou související se schizofrenií. Poruchy související se schizofrenií dělíme na (Nývtová, 2010, s. 160-164): *schizotypní poruchu, trvalé duševní poruchy s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy a schizoafektivní porucha.*

**Schizotypní porucha.** Schizotypní poruchu je v reálném životě velmi obtížné odlišit od schizoidní poruchy osobnosti. Jde o poruchu, která se v plné míře zpravidla projevuje až v ranné dospělosti, kdy osobnost daného jedince je již v hrubých rysech utvořena. Schizotypní porucha se projevuje nápadnostmi v emočním prožívání, myšlení a chování, které se podobají schizofrenii, ale u daného jedince se nevyskytují závažné schizofrenní projevy (bludy, halucinace, rozpad logického myšlení, neschopnost zapojit se do běžného života). Rovněž začátek poruchy nelze přesně stanovit. Nápadnosti se objevují postupně v průběhu vývoje osobnosti daného jedince. Nápadnostmi se míní otupělé nebo nepřiměřené emoční reakce (emoční chlad), podivnosti v chování a ve vzhledu, sociální izolace, náznaky paranoidních bludů.

**Trvalé duševní poruchy s bludy.** Trvalé poruchy s bludy jsou typické spíše pro dospělé jedince, náznaky některých bludů se však mohou projevovat již v adolescentním věku. Tato skupina psychických poruch se vyznačuje jedním nebo několika bludy (tj. chorobným přesvědčením o něčem, co se nezakládá na pravdě nebo je zcela nereálné). Na základě svých bludů pak tito jedinci jednají v běžném životě. Porucha je většinou trvalého rázu, bludy nevymizí. V ostatních oblastech se u daného jedince nemusí vyskytovat žádné jiné psychopatologické projevy. Obsah bludů často souvisí s životními podmínkami daného člověka, proto mohou být okolím považovány po určitou dobu za reálné a přiměřené. Obsah bludů může být velice rozmanitý. Nejčastější bludy jsou:

*Perzekuční blud.* Jedinec s tímto bludem je například přesvědčen, že mu někdo úmyslně škodí a úmyslně poškozují jeho pověst (učitel, nadřízený, kolegové, soused). Může se cítit být pronásledován.

*Hypochondrický blud.* Při hypochondrickém bludu je jedinec přesvědčen o tom, že trpí nějakou vážnou nemocí nebo dokonce umírá. Může být i přesvědčen, že je napaden parazity nebo hmyzem.

*Velikášský (megalomanický) blud.* Lidé s velikášským, megalomanickým bludem jsou přesvědčeni o své výjimečnosti (např. talentu, schopnostech, společenském postavení), o svém mimořádném poslání.

*Žárlivecký blud.* Lidé s tímto bludem jsou v partnerských vztazích chorobně žárliví, i když k tomu nemají žádný důvod.

**Akutní a přechodné psychotické poruchy.** Jde o psychické poruchy, při kterých dochází rychle (během několika hodin, maximálně během několika dnů) k závažným změnám v psychice a chování daného jedince. Objevuje se zmatenost, halucinace, bludy. V tomto stavu jedinec není schopen vykonávat každodenní aktivity. Porucha trvá relativně krátce, během několika dnů (eventuálně týdnů, ale maximálně během dvou měsíců) dochází k úplnému uzdravení. U některých jedinců je spouštěcím mechanismem poruchy závažná, stresující událost (např. úmrtí blízké osoby, ztráta materiálního zabezpečení).

**Indukovaná porucha s bludy.** Indukovaná porucha s bludy je porucha, kdy daný jedinec ve skutečnosti žádnou psychickou poruchou netrpí, ale žije s osobou, která trpí některou ze schizofrenních poruch s bludy. Tato osoba pak svoje bludy přenáší, vsugerovává jedinci, s nímž žije. Například matka, která trpí schizofrenií, může svému dítěti vsugerovat, že ho někdo chce otrávit a dává mu do jídla jed. Dítě tomu věří a podle toho se pak i chová. Čili osoba s psychickou poruchou přenáší své psychopatologické projevy na někoho dalšího, a ten se pak chová jako by i on trpěl psychickou poruchou. Tento přenos se většinou odehrává v rámci rodiny (z matky na dítě, z manželky na manžela, mezi sourozenci). Pokud dojde k oddělení daného jedince od osoby, která skutečně trpí psychickou poruchou, nastává zpravidla rychlý návrat k normálnímu chování a myšlení.

**Schizoafektivní porucha.** Schizoafektivní poruchy jsou psychické poruchy, při nichž se současně vyskytují projevy typické pro schizofrenii a projevy typické pro afektivní poru-

chy (poruchy nálady – manické nebo depresivní projevy). Poruchu nelze jednoznačně zařadit ani do schizofrenních poruch ani do poruch nálady.

### 3 KVALITA ŽIVOTA

Obecně lze říci, že kvalita života zahrnuje celkovou pohodu jedinců v širším pojetí, v rámci něhož jsou zdůrazňovány stejné životní příležitosti, zajištění uspokojivé životní úrovně pro každého, přístup k zaměstnání a sociální ochraně. Kvalita života nesouvisí pouze s příjmem, vzděláním a přístupem k materiálním zdrojům, ale je vázána také na zdravotní péči, mezilidské a společenské vztahy. Obsáhlý koncept kvality života zahrnuje životní podmínky a jejich vyhodnocení z perspektivy jedince. Kvalita života není tedy chápána pouze z hlediska kvantitativního, tedy materiální životní úrovně a růstu, ale především je zdůrazňována stránka subjektivně vnímaného celistvého obrazu života jedinců. Smyslem tohoto konceptu je umožnit lidem dosáhnout jejich cílů a zvolit si nejvhodnější způsob života (Pyšný, 2008, s. 15).

#### 3.1 Kvalita života z pohledu odborné literatury

Je běžné hovořit o kvantitě života – délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, číselně, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí. Jak tomu však je s kvalitou života? Co se rozumí pojmem kvalita? Pohled do etymologického slovníku napovídá, že slovo *kvalita* je odvozeno od latinského základu *qualitas* – kvalita – či *qualis* – jaký (Křivohlavý, 2002, s. 162).

Neexistuje jedna jediná všeobecně uznávaná definice kvality života, což je dáno, mimo jiné, také interdisciplinární povahou zkoumaného jevu. Nicméně mezi různými badateli panuje shoda v následujících tezích (Raboch a kol., 2010, s. 221):

- Kvalita života může být pochopena pouze z perspektivy osoby, o jejíž kvalitu života se jedná. Z toho plyne, že kvalita života je subjektivní jev.
- Ačkoli může být kvalita života definována v termínech celkového štěstí či spokojenosti, tato globální percepce je ovlivněna množstvím domén či dimenzí života.
- Štěstí nebo spokojenost se životem jsou determinovány rozdílem mezi tím, co daný jedinec vnímá jako potřeby či očekávání v určité doméně ve srovnání s tím, co aktuálně vlastní nebo získává v této doméně.

Termín kvalita života byl poprvé v historii zmíněn již na začátku minulého století (Payne, 2005, s. 205-207), a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu

v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Pojem kvalita života je velmi frekventovaný, hovoří se o něm v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především sociologie, psychologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína. Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, a to nejen v rámci určité populace, ale i mezikulturálně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivců a pokouší se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů (Payne, 2005, s. 205-207). Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Payne (2005, s. 205-207) nahlíží na kvalitu života ve dvou dimenzích, a to *subjektivní* a *objektivní*. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

V práci Bergsmy a Engela z roku 1980, kterou použil ve své knize *Kebza* (2005, s. 57), se uvádí, že někteří autoři též poukazovali na možnost rozlišení hlavních rovin či úrovní zkoumání kvality života. Křivohlavý (2002, s. 163) charakterizuje tuto problematiku ve třech hierarchicky odlišných sférách: v *makro-rovině*, *mezo-rovině* a *personální rovině*.

V makro-rovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků (např. dané země či kontinentu). Zde jde o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života – o absolutní smysl života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah (např. problematika boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou nebo terorismem).

V mezo-rovině jde o otázky kvality života v malých sociálních skupinách (např. škole, nemocnici, domově důchodců nebo pečovatelském domově). Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi (např. v týmu lékařů či pečovatelek), otázky neuspokojování a uspokojování

základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence sociální opory a humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii.

Personální rovina je definována nejjednoznačněji. Je jí život jedince, ať jím je pacient, lékař či kdokoli jiný. Týká se každého z nás jednotlivě. Při stanovení kvality života jde o osobní (subjektivní) hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti a nadějí. Každý z nás v této dimenzi sám hodnotí kvalitu vlastního života. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, pojetí, naděje, očekávání a přesvědčení.

Hovoříme-li o kvalitě života, je třeba si vždy předem ujasnit, o kterou rovinu nám jde. Jako příklad je lze uvést vztah mezi definováním cíle lékařské péče a kvality života. Bergsma a Engel k tomu říkají (Křivohlavý, 2002, s. 164): „*Jestliže cílem medicíny je zachování biologického života, pak pacient musí být udržován při životě tak dlouho, jak jen to je možné. Je-li cílem medicíny zachování autonomie života, pak je třeba dělat vše, co jen je možné, aby byla zachována integrita člověka i tvář v tvář smrti.*“ Otázky kvality života vystupují například při hodnocení efektivity určitých lékařských zásahů – například tam, kde se pokoušíme hodnotit kvalitu pacientova života po určitém druhu léčení. Viz otázky typu „*Co se změnilo v důsledku léčby?*“ s podtitulem „*Zlepšila se pacientova kvalita života?*“.

Vývoj kvality života můžeme mapovat ze tří základních kontextů – vývoj v kontextu sociálně ekonomických věd, ve zdravotnickém a psychologickém kontextu. Výzkum kvality života byl iniciován koncem šedesátých a začátkem 70. let minulého století sociálními vědci. Kvalita života byla hodnocena především ve vztahu ke stavu společnosti. Předmětem výzkumu byly ekonomické a sociální indikátory kvality života (indikátory blahobytu) – příjem a materiální zajištění, politická svoboda a nezávislost, sociální spravedlnost, právní jistoty a zdravotní péče. Kvalita života vyjadřovala míru shody objektivních životních podmínek a jejich subjektivního hodnocení velkými skupinami lidí (Gurková, 2011, s. 28).

V souvislosti s vývojem kvality života se uvádí tři konceptualizační a metodologické přístupy k individuální kvalitě života (Gurková, 2011, s. 29-30): *psychologický, sociologický, a medicínský.*

V sociologickém pojetí zahrnujícím sociálně-ekonomické aspekty kvality života jsou zdůrazňované atributy sociální úspěšnosti (např. status či materiální podmínky) a subjektivní pocit jednotlivce ve vztahu k nim. Kvalita života je úzce chápána ve vztahu k pojmu život-

ní úroveň. V sociologických studiích je tak kvalita života hodnocena ve vztahu k sociálním, resp. sociálně-zdravotním programům. V psychologickém přístupu dominují pojmy jako pohoda, štěstí, spokojenost, sebeaktualizace, smysl života a mnohé další. V medicínském přístupu zase zdraví a funkční stav. Pojem kvalita života je také spojován s dalšími pojmy, a to pohoda a psychologická pohoda (Gurková, 2011, s. 31).

V současné době se kvalita života stala nedílnou součástí všech vědních oborů. Zejména v lékařství je jedním z nejdůležitějších ukazatelů při volbě a hodnocení celkové úspěšnosti léčby. V České republice je pojem kvalita života často spojován s Psychiatrickým centrem v Praze s Dragomireckou, s I. Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Praze – centrem lékařské etiky, s Křivohlavým, který se touto problematikou zabývá zhruba od 80. let minulého století, a dalšími odborníky (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 9).

S tím, jak celosvětově neustále přibývá lidí, kteří díky novým léčebným intervencím mohou žít déle, vyvstává otázka, jak tento prodloužený život učinit co nejkvalitnější (Raboch a kol., 2010, s. 220). Kvalita života se v lékařství chápe jako pacientův subjektivní názor na zdraví a tělesné, psychické a sociální funkce. World Health Organization (WHO) definuje kvalitu života jako jedincovo vnímání jeho pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, ve kterém žije ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a problémům. Je to velice široký pojem zahrnující jedincovo fyzické zdraví, psychický stav, vyznání, sociální vazby a vztah ke klíčovým oblastem jeho prostředí (Vaňurová a Mühlpachr, 2005, s. 67; Raboch a kol., 2010, s. 220). Jde tedy o to, jak sebe sama vnímá osoba společensky znevýhodněná, jaká má životní očekávání, přání, zájmy, a samozřejmě také o to, jak se jí v rámci společnosti daří to vše naplňovat. Jedním z hlavních kritérií je přirozeně také míra postižení daného jedince (Kutnohorská a kol., 2011, s. 117).

V ošetrovatelství vychází hodnocení kvality života z úžeji chápaného přístupu ke kvalitě života. Zaměřuje se na člověka ve specifické životní situaci ve vztahu ke zdravotnímu stavu (Gurková, 2011, s. 24).

V psychiatrii se kvalita života chápe jako rozhodující pro hodnocení účinnosti terapeutických programů, které se nezaměřují jen na redukci symptomů, ale pomáhají pacientovi navrátit se do jeho přirozeného prostředí. Metody hodnotící kvalitu života u cílové skupiny dlouhodobě duševně nemocných většinou obsahují objektivní a subjektivní hodnocení kva-



lity života a s různou mírou úspěšnosti se potýkají s problémy spojenými se subjektivním hodnocením kvality života u duševně nemocných (Probstová a kol., 2006, s. 6). Dragomirecká standardizovala pro české podmínky dotazník kvality života SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis). Tento sebeposuzovací dotazník zahrnuje 21 oblastí života (zdraví, fyzická soběstačnost, psychická pohoda, prostředí a domov, spánek, rodina, mezilidské vztahy, děti, péče o sebe, sex, odpočinek, záliby, bezpečí, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda, peníze, jídlo). Dotazník zjišťuje spokojenost respondenta s určitou oblastí, s ohledem na důležitost, kterou pro něj tato oblast má. Tento nástroj lze sice používat u závažně duševně nemocných s výrazně sníženou funkční kapacitou, avšak není dostatečně citlivý. Nástrojem hodnotícím sociální kvalitu života je dotazník sociální integrace SIS (Social Integration Survey), který se zaměřuje na kvalitu mezilidských vztahů respondenta a míru jeho zapojení do společenského života. Tento dotazník je nástrojem subjektivního hodnocení kvality života, obsahuje 57 položek a lze jej využít i pro měření sociálního fungování, sociálních rolí u závažně duševně nemocných jedinců (Probstová a kol., 2006, s. 6).

Z výše uvedených definic či pojetí kvality života lze vyvodit, že důležitou pozici v hodnocení kvality života hraje subjektivní pohled a pozitivní vnímání či spokojenost s jednotlivými oblastmi, které jsou v životě daného jedince důležité. V různých definicích kvality života je kladen důraz na spokojenost. To znamená, že jedinec, který je se svým životem spokojený, má kvalitní život (Pyšný, 2008, s. 15).

### **3.2 Kvalita života z pohledu odborníků pracujících s klienty se schizofrenním onemocněním**

V literatuře se uvádí, že schizofrenie zhoršuje začleňování do běžného a pracovního života, že znemožňuje vykonávat placené zaměstnání, a tím poškozují kvalitu života při nedostatku finančních prostředků a sociálního začlenění. U lidí se schizofrenií je nápadná změna v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost), proto je důležité je aktivizovat (např. zařazením do pracovní terapie, zadáváním drobných úkolů nebo prováděním nácviku sociálních dovedností a komunikačních schopností). Je důležitá psychosociální intervence se zaměřením na rodinu a snaha o pracovní integraci formou chráněného zaměstnání (Hosáková a kol., 2007, s. 42-47).

Tento názor sdílejí také tři odborníci pracující s klienty se schizofrenním onemocněním na diagnosticko-terapeutických odděleních v psychiatrické nemocnici Brno-Černovice, kde se provádí diagnostika a komplexní léčba nemocných s akutně a subakutně vzniklými psychickými poruchami, případně s recidivou nebo exacerbací vleklých psychických poruch. Lékař prim. MUDr. Pavel Mošťák, zdravotní sestra Danuše Ševčíková a zdravotní bratr Petr Klvač o kvalitě života klientů se schizofrenním onemocněním uvádějí následující:

**prim. MUDr. Pavel Mošťák:** *„Otázka kvality života nemocných schizofrenní psychózou je sice předmětem zájmu psychiatrů i sociálních služeb, nadále však není řešena komplexně.*

*Zásadním narušením kvality života u schizofreniků je již fakt chronického onemocnění, které je limituje v řadě aktivit běžného života. Dalším limitujícím faktorem je trvalá nutnost léčby psychofarmaky s možností nežádoucích účinků, jakkoliv je prioritou odborníků nastavení maximálně efektivní léčby bez vedlejších účinků anebo přinejmenším jejich minimalizace. Z obecného hlediska narušuje kvalitu života i častá nutnost hospitalizací při nových atakách onemocnění (se statisticky průměrnou dobou pobytu v ústavním zařízení přibližně 2 měsíce).*

*Z hlediska příznaků této skupiny duševních poruch je jistě velmi závažné narušení kvality života při přítomnosti pozitivních příznaků onemocnění ve smyslu bludů a halucinací, zejména v případě častého výskytu paranoidně halucinatorních symptomů, které mohou prakticky znemožňovat běžné denní aktivity. O nic méně závažné však není narušení kvality života ani v případě příznaků negativních, zejména kognitivních poruch a apaticko-abulického syndromu, které jsou často již nevratné a vedou k invalidizaci a zcela pasivnímu životnímu stylu, nezřídká i k sociálnímu selhávání. U obou skupin příznaků je závažně narušen i rodinný život nemocných, jak v době akutních atak, tak v důsledku progresu negativních příznaků. Takto mohou být s prostupem onemocnění postiženi i spolupracující pacienti s náhledem na onemocnění, byť riziko rychlé progresu nemoci je pochopitelně mnohonásobně vyšší u nespolupracujících nemocných bez náhledu se svévolným vysazováním medikace a další nespolupráci v léčbě.*

*V případě, že je navíc nemocný v důsledku svého postižení omezen či zbaven způsobilosti k právním úkonům, což často nevnímá jako svou ochranu, ale naopak úkorně, je kvalita*

života narušena ještě nutností řešit řadu jinak zcela běžných úkonů pouze prostřednictvím svého opatrovníka.

*Ke zlepšení možností zlepšování kvality života schizofreniků je z hlediska biologické psychiatrie nutno dbát na pro nemocného co nejvýhodnější poměr efektivity léčby a nežádoucích účinků, ne vždy je možné dosažení plné remise onemocnění a v takovémto případě se ocitá nemocný v situaci, kdy se musí s reziduálními příznaky naučit žít a v mezích svých možností fungovat. Z hlediska sociální psychiatrie je nutná snaha o edukaci nejen nemocného, ale i jeho okolí, zejména rodiny, resocializaci ve spolupráci s nestátními organizacemi, včetně dosud značně omezených možností chráněného bydlení, sociálního a právního poradenství, podporovaného zaměstnání či chráněných dílen. To vše může zlepšit kvalitu života nemocných, ale situace, kdy se podaří dosáhnout plné úrovně kvality života jako před propuknutím onemocnění je však spíše raritní.“*

**Danuše Ševčíková:** „Kvalita života člověka nemocného schizofrenií se odvíjí od velkého množství faktorů. Každý z těchto faktorů se dá hodnotit samostatně, ale zároveň je nutné na ně nahlížet i v celkovém kontextu onemocnění.“

*Velice důležitým faktorem je rodina nemocného. Pokud nemocný žije v plně funkční rodině, která poskytuje dostatek pochopení a trpělivosti s nemocí, dá se život prožít celkem plnohodnotně. Velice důležitá je motivace k léčbě od nejbližších příbuzných. Motivovaný nemocný s náhledem na onemocnění má mnohem větší šanci na kvalitní život, než nemocný bez plnohodnotného rodinného prostředí. Život s takto nemocným člověkem nemusí být žádný med. Tato nemoc je charakteristická opakovanými atakami nemoci, při kterých může nemocný vyžadovat i nemocniční péči. V tomto okamžiku je podpora rodiny a blízkých asi nejdůležitější. Bohužel pro mnoho příbuzných může být návštěva psychiatrického oddělení velice stresujícím zážitkem, který si již celkem pochopitelně nechtějí zopakovat. Průběh první ataky nemoci může být pro příbuzné až šokující.*

*Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života nemocného, je kvalita a dostupnost lékařské péče. Dostupnost moderních léků a kvalitně proškoleného a zkušeného personálu hraje klíčovou roli. V tomto okamžiku je důležitá stejně tak trpělivost zdravotních sester jako zkušenost a erudovanost lékařů. Dále velice záleží na kvalitě ambulantní péče. Ambulantní psychiatr je po rodině první, který by měl upozorovat příznaky blížícího se relapsu one-*

*mocnění. Kvalitní a moderní léky usnadňují spolupráci pacienta s odbornými pracovníky, protože mají mnohem méně nežádoucích účinků. Bohužel v tomhle ohledu je kvalita života ještě stále ovlivněna finanční náročností léčby moderními přípravky. Velkým pokrokem v tomhle směru bylo zavedení depotních přípravků, které velice usnadňují život a léčbu tohoto onemocnění.*

*V neposlední řadě záleží i na sociálním okolí nemocného. Pokud přátelé, kamarádi, sousedé a ostatní lidé z okolí nemocného alespoň částečně chápou podstatu a průběh tohoto onemocnění, může to nemocnému velice usnadnit znovuzачlenění do svého sociálního prostředí. Tento problém se zatím bohužel moc neřeší a nemocní schizofrenií jsou velice často stigmatizováni jako blázni, podivíni či lidé, kterým je lépe se vyhnout. Velice často se také díky svému ne vždy obvyklému chování stávají terčem všeobecného posměchu.*

*Dle mého názoru, pokud dojde k dobrému skloubení těchto tří faktorů, má nemocný šanci prožít vcelku kvalitní a plnohodnotný život. Vše samozřejmě závisí i na hloubce postižení nemocného a celkovém průběhu nemoci. “*

**Petr Klvač:** *„Život klientů se schizofrenním onemocněním není plnohodnotný a je tímto onemocněním značně ovlivněn. Pacienti musí každý den užívat předepsanou medikaci, navštěvovat pravidelně svého psychiatra a dodržovat spoustu opatření (např. přísná abstinence všech návykových látek včetně alkoholu, pravidelný spánek), aby se zabránilo relapsům onemocnění. Bohužel pacienti často režim nedodržují. Nejčastěji přestanou z nejrůznějších důvodů užívat léky a dochází u nich k opětovnému zhoršení psychického zdraví, které často vede k ústavní hospitalizaci. Většina těchto pacientů tak svůj život dělí na pobyt doma a pobyt v nemocnici. Tento kolotoč může být i celoživotní. Dále díky těmto častým hospitalizacím, mnohdy i na několik měsíců, a často neschopnosti fungovat v normálním světě, pobírají tito lidé invalidní důchod. Ten jim stěží vystačí na placení nájmů a základní potraviny. Proto je většina nemocných odkázána na trvalou podporu ze strany rodiny. Nemalou komplikací je i celkový pohled společnosti na takto postižené pacienty. Bere je jako přítěž a snaží se je odsunout na vedlejší kolej.*

*Z výše uvedených informací vyplývá, že pacienti se schizofrenním onemocněním mají komplikovaný život plný omezení a do jejich problémů je zainteresována rodina i jejich nejbližší okolí. “*

Dotázaní odborníci se domnívají, že schizofrenní onemocnění narušuje kvalitu života, a to každodenně. Omezující je především trvalá léčba léky a také nutnost hospitalizací v psychiatrických zařízeních. Bohužel se také často stává, že jejich onemocnění vede až k invalidizaci. Velmi důležitá je také snaha o edukaci nejen nemocného, ale zejména jeho rodiny a okolí, aby tyto osoby pochopily, co se s nemocným se schizofrenním onemocněním děje, jak jeho onemocnění probíhá. Pochopení může nemocnému pomoci usnadnit znovuzачlenění do života, nicméně ani v dnešní době se nevyhne časté stigmatizaci. Nemocným také pomáhá, pokud je ta možnost, podporované zaměstnání či práce v chráněných dílnách. Rodina je pro nemocné se schizofrenním onemocněním velice důležitá, nejen z hlediska finančního zabezpečení, ale také kvůli nutné dávce pochopení, trpělivosti a motivace k léčbě.

Nemocní se schizofrenním onemocněním podle dotázaných odborníků plně kvalitní život nemají, ale s podporou rodiny, okolí a s užíváním předepsané medikace mohou prožít vcelku kvalitní a plnohodnotný život, ovšem dosáhnout takové úrovně kvality života jako před propuknutím onemocnění se jim spíše nepodaří.

### 3.3 Stigma jako následek onemocnění

Stigma je znamení domnělé méněcennosti. Vede k odmítání jeho nositele okolím. Zdrojem stigmatizace může být viditelná vlastnost (deformita těla) nebo vlastnost neviditelná (příslušnost k určité skupině lidí). Stigma je slovo řeckého původu a původně označovalo cejch vypalovaný otrokům v thesalských dolech (Marková a kol., 2006, s. 19).

Stigmatizovaní jedinci jsou vystaveni různé míře odmítání v běžných každodenních situacích (partnerské vztahy, bydlení, pracoviště, zájmová činnost). Stigma může vést k posílení příznaků duševní poruchy. Nemocným lidem snižuje sebedůvěru. Vede ke strachu, který je živnou půdou stresu. Pacienti se snaží vyrovnat se stigmatizací změnou svého sociálního chování. Omezují dřívější sociální kontakty, opatrně komunikují a vyhledávají podobně stigmatizované. Tito lidé trpí dvojnásob, příznaky choroby i odmítáním okolí. Mají zkušenost, že dostanou-li nálepku – diagnózu, okolí se od nich více či méně odvrací a zaměstnavatel o ně přestává mít zájem. Jejich důvěra k okolí je narušena, což může vést ke vztahovačnosti až perzekučním bludům. Stigma může narušit i vztah zdravotníků a pacientů. Pacient se bojí hovořit o svých problémech a pocitech. Brání se lékařem doporučené medi-

kaci. Zdrojem stigmatizace může být také léčebně neovlivnitelné chování na veřejnosti. Ke zmírnění stigmatu může vést úspěšná léčba, pokud nevyvolá zřetelné vedlejší efekty (obličejové dyskineze). Stigmatizace se méně projevuje v rodinných (intimních) vztazích a v prostředí, kde se jedinec dobře uplatňoval (např. na pracovišti). Stigmatizace je ovlivněna některými demografickými charakteristikami jedince a jeho okolí. Muži s duševní poruchou jsou stigmatizováni více než ženy. Starší lidé vnímají pacienty hůře. Z výsledků výzkumu v oblasti stigmatu v psychiatrii vyplývají některé možnosti, jak stigma zmírnit. Mezi důležité patří adekvátní léčba, zachování mlčenlivosti ve věci pacientovy příslušnosti ke skupině duševně nemocných a nácvik sociálních dovedností pacienta v běžných denních situacích, zaměřených na pojetí sebe sama (Marková a kol., 2006, s. 19).

Stigma se netýká jen pacienta samotného, ale i jeho rodiny. Dopad na rodinu je hlavní příčinou dlouhého váhání, než vezme na vědomí, že jejich člen je duševně nemocný. Duševní porucha vrhá špatné světlo i na ostatní příslušníky rodiny, a v tom se rodina nemylí. Hospitalizace v psychiatrickém zařízení může být pro klienta a jeho rodinu výrazným stigmatem (Marková a kol., 2006, s. 19).

Stigmatizace je zvláštní případ sociálních předsudků vůči určitým osobám, jimž jsou připisovány různé negativní vlastnosti, což jim brání nebo znesnadňuje začlenění do společnosti (Kutnohorská a kol., 2011, s. 129). Dlouhodobé kampaně za redukci stigmatu by měly bojovat i proti diskriminaci a rovněž se zaměřovat na komunikaci s duševně nemocnými. Důvodem jsou široce sdílené názory veřejností, že s lidmi s duševními poruchami je těžké se domluvit, že cítí odlišně než duševně zdraví a že jsou nepředvídatelní. Je pravděpodobné, že tyto názory sdílí s laickou veřejností i část profesionálů. Aby tito profesionálové svoje názory změnili, musí mít možnost pacientům dlouhodobě naslouchat. Toho lze docílit pouze za předpokladu, že personálu, který o duševně nemocné pečuje, bude dostatek. Další významnou skupinou, která nepochybně s veřejností sdílí stejné názory o duševně nemocných, jsou příbuzní pacientů. Rodinné intervence, jejichž cílem je ovlivnit tyto zafixované stereotypy, jsou účastníky všeobecně velmi vítané (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 75-76). Stigmatizující postoje se vyskytují i v mladších věkových skupinách, zejména 16-24 let, s programy se tedy musí začít už u školních dětí. Další podmínkou úspěšných antistigmatizačních kampaní je spolupráce s médii. Jejich způsob informování

o násilných činech páchaných duševně nemocnými má na povědomí veřejnosti závažné dopady (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 75-76).

Schizofrenie je stigmatizovaná nemoc. Historicky byla léčebná zařízení v důsledku stigma vykázána do izolovaných oblastí, případně do míst, jejichž obyvatelstvo nedisponovalo mocí vyloučit stigmatizovanou skupinu ze svého středu. Dnes se stigma projevuje například i tím, že neúspěšnější profesionálové mají tendenci se ve svých soukromých praxích věnovat méně závažným duševním poruchám a ponechávají péči o lidi se schizofrenií na lékařích, jimž se tolik nedaří. Jedinec se schizofrenií čelí řadě neobvyklých situací, protože stigma ovlivnilo strukturu kolem něj. Výsledkem může být nízké sebevědomí, omezená sociální síť i ztráta příjmu. Z toho plyne, že stigmatizace je pro pacienty zátěží. Stres spjatý se stigmatem může zhoršovat průběh schizofrenie. Proto je důležité stigma vymýtit a pacientům jejich nelehký život usnadnit (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 75-76).

Zatímco dnes umíme schizofrenii léčit, neumíme odstranit stigma, které je s ní spjaté, a to má závažné dopady pro pacienty a jejich blízké. Na nemocné s touto diagnózou společnost hledí skrz prsty, čímž je vystavuje stresu, potažmo riziku dlouhodobě nepříznivého průběhu. Většina pacientů neřekne svému zaměstnavateli, že se léčí se schizofrenií, ale s depresí. Deprese stigma nenese (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 10).

Stigma spjaté s diagnózou schizofrenie negativně ovlivňuje dlouhodobý průběh. Jedním z řešení je změna názvu schizofrenie. Je otázkou, zda další klasifikace duševních nemocí pojem schizofrenie zachovají. V Japonsku nečekali a pojmu se zbavili již před lety. Schizofrenii v roce 2002 přejmenovali na podstatně méně stigmatizující název – *poruchu integrace*. I když najít relevantní ekvivalent v češtině není lehké, i z úcty chované ke statečným pacientům, trpělivě zápasícím se závažnou duševní nemocí, je úkolem současné psychiatrie schizofrenii přejmenovat (Bankovská Motlová a Španiel, 2011, s. 11).

**Jak se vypořádat se stigmatem nemoci?** Nemocní, kteří se uzdravují z epizody schizofrenie, musejí také čelit výzvě, jak se vypořádat s reakcemi druhých lidí. Mezi běžnou populací panuje velká nevzdělanost, pokud jde o duševní onemocnění všeobecně a zvláště pak o schizofrenii. Mýty, kterými je toto onemocnění opředené, mohou vytvářet bludný kruh odcizování, který zasáhne ty, kteří trpí schizofrenií a často i jejich příbuzné. Stigma se může stát hlavní příčinou sociální izolace, neschopnosti najít si práci, užívání alkoholu

nebo drog, bezdomovectví a nadměrné snahy o řešení situace v rámci uzavřených oddělení psychiatrických klinik a léčeben – to vše snižuje šance na vyléčení (Doubek a kol., 2008, s. 37). Destigmatizace spočívá ve změně postojů a v legislativních opatřeních. Péče o duševně nemocné se přesouvá do komunity mimo lůžková zařízení, do denních stacionářů a středisek. Tento posun v péči napomáhá pacientům udržet si své sociální kompetence (Marková a kol., 2006, s. 20).



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA VÝZKUMU A TECHNIKA SBĚRU DAT

Praktická část je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru s pěti klienty se schizofrenním onemocněním léčených v psychiatrické nemocnici Brno-Černovice. Naším cílem je především zjistit možný dopad schizofrenního onemocnění na kvalitu života těchto jedinců.

### 4.1 Kvalitativně orientovaný výzkum

Kvalitativní výzkum uvádí zjištění ve slovní, nečíselné podobě. Jde o popis, který je výstižný, plastický a podrobný. Je často intenzivní nebo dlouhodobý a výzkumník z něj zhotovuje podrobný zápis. Zastánci kvalitativního výzkumu hodnotí údaje sesbírané při kvantitativním výzkumu jako hrubé a argumentují tím, že za čísla se ztrácí člověk. Podle nich pedagogické jevy není možno mechanicky shrnout a sečítat a závěry z nich široce zevšeobecňovat. Výzkumník v kvalitativním výzkumu se snaží o sblížení se se zkoumanými osobami a o proniknutí do situací, ve kterých vystupují, protože jen tak jim může porozumět a může je popsat. Kvalitativní výzkum používá hlavně takové metody, které umožňují být se zkoumanými osobami tváří v tvář, zejména rozhovor (Gavora, 2010, s. 35-36, 181).

Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je porozumět člověku, tedy především chápat jeho vlastní hlediska – jak on vidí věci a posuzuje jednání. Cílem je zjistit, jak osoby interpretují svět kolem sebe, jaké významy připisují důležitým událostem ve svém životě. Proto u rozhovoru je tím, kdo hlavně hovoří, zkoumaná osoba. Naopak výzkumník poslouchá více, než hovoří, a projevuje o zkoumanou osobu živý zájem. Aby vybrané osoby byly vhodné, nikdy se tu nepoužívá náhodný výběr, nýbrž výběr je záměrný. Výzkumník se soustředí na méně případů, avšak jde o intenzivní, hluboké zkoumání, kde se často odhalí mnoho nových, překvapujících skutečností (Gavora, 2010, s. 36, 183-184).

### 4.2 Rozhovor jako výzkumná metoda

Rozhovor je výzkumnou metodou, která umožňuje zachytit nejenom fakta, ale i hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů. Lze u něj také sledovat některé vnější reakce respondenta a podle nich potom pohotově usměrňovat další průběh kladení otázek. Protože rozhovor je postaven na interpersonálním kontaktu, jeho úspěšnost závisí na navození rapportu – navázání přátelského vztahu a vytvoření otevřené atmosféry – výzkumníkem. Ob-

sahem rozhovoru jsou otázky a odpovědi. Používají se otázky uzavřené, polouzavřené a otevřené. Rozhovor umožňuje volnost a pružnost, dává se v něm přednost otevřeným otázkám před uzavřenými. V průběhu rozhovoru může výzkumník otázku přeformulovat. Když se mu zdá, že respondent nedostatečně odpověděl, může požádat o vysvětlení odpovědi nebo klást dodatečné otázky (Gavora, 2010, s. 136).

**Druhy rozhovoru.** Rozhovor může být strukturovaný, polostrukturovaný nebo nestrukturovaný (Gavora, 2010, s. 137). Strukturovaný rozhovor znamená, že otázky jsou pevně dány. Takový rozhovor je vlastně ústním dotazníkem. Z časového hlediska i z hlediska náročnosti je jeho vedení méně náročné. Nestrukturovaný rozhovor umožňuje úplnou volnost odpovědí. Je stanovené jen téma a otázky se odvíjejí podle průběhu rozhovoru. Takový rozhovor přináší nové, často nepředpokládané informace. Z hlediska námahy je ale jeho vedení nejtěžší a vyžaduje nejvíce zkušeností výzkumníka. Kompromisem mezi těmito dvěma možnostmi je polostrukturovaný rozhovor, u kterého je stanovené základní obsahové schéma a několik základních otázek. Další otázky vznikají v jeho průběhu.

**Průběh rozhovoru.** Vstupní část rozhovoru je zaměřena na motivování a zaujetí respondenta a navození osobního vztahu, kdy je mu potřeba vysvětlit záměr rozhovoru a odstranit jeho obavy, posilnit jeho sebedůvěru. Při rozhovoru je důležité, aby se tázající choval k respondentovi přátelsky, ale přitom profesionálně. Produktem rozhovoru jsou odpovědi respondenta, které může výzkumník zachytit na diktafon nebo digitální záznamník, pokud respondent k nahrávání vysloví svůj souhlas, nebo písemně (Gavora, 2010, s. 138-139).

**Vyhodnocování odpovědí.** Po skončení rozhovoru získal výzkumník velký počet odpovědí. Jeho prvním úkolem je uskutečnit prvotní kategorizaci dat. Snaží se seřadit odpovědi do širokých kategorií. Obvykle při tom postupuje tak, že pročítá odpovědi a přiřazuje k nim různé kódy (např. čísla nebo písmena). Každý kód znamená jeden typ odpovědi. V následující fázi, případně i ve více fázích, jsou prvotní kategorie rozdělovány do menších celků, čímž se získá jemnější obraz o zjišťované problematice (Gavora, 2010, s. 140).

### 4.3 Vlastní příprava a průběh rozhovoru

Důležitým úkolem bylo získání důvěry a ochoty ke spolupráci s vybranými pacienty se schizofrenním onemocněním v psychiatrické nemocnici Brno-Černovice. Po dohodě se

staniční sestrou jsme vybraly jako dobu vhodnou k rozhovorům středeční dopoledne. To bývá primářská vizita a na oddělení byl volný lékařský pokoj, ve kterém jsme měli s pacientem potřebný klid a čas k vlastnímu rozhovoru. Dotázaní pacienti většinou využili možnosti, že si mohou popovídat i s někým jiným a celkem se rozpovídali. Před každým započítím rozhovoru si personál zaznamenal do dekurzu, že studentka vysoké školy bude s pacientem vést rozhovor a že s tím daný pacient souhlasí.

Rozhovor se všemi dotázanými pacienty jsem začala představením se a na začátek rozhovoru jsem si připravila informace o tom, že od nich poskytnuté odpovědi budou využity pro výzkumné účely v mé bakalářské práci. S pacienty jsem se domluvila, že mohu použít iniciály jejich křestního jména a příjmení a jejich věk. Taktéž jsme se domluvili, že si budu jejich odpovědi zaznamenávat pouze písemně v průběhu rozhovoru a že si je nebudu nahrávat, což pacienti uvítali. Na závěr rozhovoru jsem pacientům poděkovala za jejich ochotu ke spolupráci a za to, že si udělali na mě čas. Popřála jsem jim pěkný den a hlavně zdraví a psychickou pohodu, která je pro ně tak důležitá.

#### 4.4 Výzkumné otázky a výzkumný vzorek

Pro vlastní výzkum zaměřený na zjištění možného dopadu schizofrenního onemocnění na kvalitu života pacientů s tímto onemocněním byly stanoveny následující výzkumné otázky:

**V1:** Existují nějaké vlastnosti typické pro pacienty se schizofrenním onemocněním?

**V2:** Jak se pacientům se schizofrenním onemocněním daří zapojovat do společnosti?

**V3:** Jak vnímají pacienti se schizofrenním onemocněním kvalitu svého života?

**V4:** Jak se pacientům se schizofrenním onemocněním daří zvládat jejich finanční situaci?

Za účelem získání odpovědí na stanovené výzkumné otázky byl proveden polostrukturovaný rozhovor s pěti pacienty léčenými v psychiatrické nemocnici Brno-Černovice:

**A.K.:** 44 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie, svobodný, bezdětný, žijící s mladším bratrem a otcem ve společné domácnosti ve dvoupatrovém rodinném domě, kde bydlí v přízemí a otec s bratrem v patře. Je v plném invalidním důchodu třetího stupně. Svůj čas tráví jízdou na kole, běháním, pomáhá mu jóga. Rád využívá možnosti internetu a tak ne-

musí chodit mezi lidi. Cítí totiž určité stigma, ví, že se na něj někteří dívají jako na toho, kdo zase pojedou do blázince, proto je nejraději doma, ve svém prostředí.

**M.L.:** 44 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie, svobodný, bezdětný, bydlí sám v bytě, nezaměstnaný, bez nároku na invalidní důchod, zatím si vše platí z toho, co si našetřil prací v zahraničí, kde dělal jakoukoliv práci. Vystudoval vysokou školu a ve svém oboru pracoval tři roky. Kvůli nespokojenosti s dosavadním zaměstnáním odjel pracovat do zahraničí za bratrem, který zde žije s rodinou. Po návratu zpět do České republiky, což je nyní třetím rokem, je bez práce, bez optimistické nálady a situaci řeší užíváním návykových látek.

**J.S.:** 44 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie, rozvedený, dcera 22 let. Bydlí na ubytovně, občas u rodičů, ale nechce mít u nich nahlášené trvalé bydliště z důvodu exekucí. Byl trestně stíhán, podnikal s přítelem jeho exmanželky, došlo ke ztrátě několika miliónů, byl odsouzen na pět let, ale z důvodu psychického onemocnění mu byl trest snížen na necelé dva roky a byla mu nařízena ochranná ambulantní léčba. Nyní se jeho psychický stav výrazně zhoršil a rovnou ze zaměstnání ho odvezli na psychiatrii. Od roku 1995 pracuje jako obsluha čerpací stanice, ale nyní se zde propouští a tak neví, jestli se po propuštění z psychiatrie bude mít kam vrátit.

**R.Š.:** 47 let, s diagnózou schizoafektivní porucha – smíšený typ, ženatý, dcera 20 let, syn 16 let, má otce a bratra, ale od smrti matky se s nimi nestýká, o bratrovi mi řekl, že je to morous. Matka měla paranoidní schizofrenii, její matka se léčila na psychiatrii a její otec spáchal sebevraždu. Vyučen, dříve pracoval na stejném pracovišti jako jeho manželka. Prvně dostal výpověď on, pak i manželka. Myslí si, že se jí kvůli němu mstili. Po výpovědi se pokusil, zejména kvůli své špatné finanční situaci, o sebevraždu léky. Od 29 let má plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Pracuje rád, má malou dílnu, kde opravuje různé věci. Rád pracuje na zahradě. Pracoval i v chráněné dílně jako údržbář.

**R.A.:** 35 let, s diagnózou schizoafektivní porucha – manický typ, rozvedený, syn 13 let, stýkají se. Žije u rodičů v rodinném domě, má mladší sestru a měl bratra, který zemřel v 16 letech při autonehodě. Je vyučený, toho času hlášen na úřadu práce, protože pár dní před přijetím na psychiatrii dostal výpověď kvůli nedostatku práce. Na úřadu práce je bez nároku na podporu, poslední zaměstnání trvalo pouze necelých šest měsíců. Učí se hrát na klávesy, což ho baví a pomáhá mu to lépe zvládat jeho psychické onemocnění.

## 4.5 Analýza odpovědí a interpretace výsledků

Na základě rozhovorů s dotázanými pacienty jsem dospěla k následujícím zjištěním:

**V1:** Existují nějaké vlastnosti typické pro pacienty se schizofrenním onemocněním?

**A.K.:** Pacient je svobodný, bezdětný a nic na tom nehodlá měnit. To, že trpí schizofrenním onemocněním, na něm není nijak znát. Byl milý, vstřícný, usmíval se a ochotně odpovídal na všechny mé otázky, i na ty, které se týkaly citlivých oblastí, ať už intimního charakteru nebo finanční situace.

**M.L.:** Pacient je svobodný, bezdětný, samotář a melancholik. Bydlí sám a nedovede si představit, že by měl ženu a dítě. „*Mám co dělat sám se sebou.*“ Je nekonfliktní typ, nevyhledává problémy. Byl milý, snažil se odpovědět na všechny mé položené otázky, ale sám od sebe se nerozpovídal.

**J.S.:** Pacient je rozvedený, má jednu dceru. Občas má přítelkyni. Potom, co si v životě prožil, je nyní ostražitější. Během rozhovoru byl pacient velice milý, ochotný, rozpovídal se, postěžoval si na bezprávi v České republice a pak se zase vrátil k mým předem připraveným otázkám.

**R.Š.:** Pacient je ženatý, má dvě děti. S manželkou se často hádají, což mu zhoršuje průběh jeho onemocnění. S rozhovorem ochotně souhlasil, byl rád, že si povykládá, často zabíhal do dávné minulosti. Povídání bylo velmi příjemné, pacient byl velmi pozorný a vypytl se na mé studium a psaní bakalářské práce. Pacient není konfliktní, je velmi přátelský, a pokud se cítí dobře, jde rád mezi lidi a popovídá si.

**R.A.:** Pacient je rozvedený, má jednoho syna. Kvůli svému psychickému onemocnění má občas pocit strachu a nebezpečí z ostatních lidí a je to na něm znát. Při rozhovoru se snažil být ochotný, pomalu odpovídal na otázky, hodně o odpovědích přemýšlel. Navrhla jsem mu, že můžu přijít jindy, jestli se na rozhovor necítí, odpověděl mi, že je jen unavený, ale že můžeme v rozhovoru pokračovat. Nakonec mi na všechny mé otázky odpověděl.

**Výsledky V1:** Vlastností, které by byly typické pro pacienty se schizofrenním onemocněním, jsem nezpozorovala. Během vedení rozhovorů jsem se cítila příjemně, všichni mnou dotazovaní pacienti byli vstřícní, milí a ochotně odpovídali na mé předem připravené otázky, i když se kvůli svému psychickému onemocnění nemuseli cítit zrovna nejlépe.

**V2:** Jak se pacientům se schizofrenním onemocněním daří zapojovat do společnosti?

**A.K.:** Pacient je rád, že je doma, že má invalidní důchod a klid a že nemusí do práce mezi lidi. „*Jsem už takhle zvyklý žít.*“ Raději pracuje sám doma na zahradě a ve skleníku. Pokud se ale do kolektivu dostane, tak se mu nestrání a umí být společenský.

**M.L.:** Pacient je spíše samotář, mezi lidi moc nechodí, ale myslí si, že se to změní, když bude chodit do práce. „*Občas si chodím zacvičit nebo jezdím na kole, ale raději sám. Zvyknul jsem si na samotu, když jsem pracoval a cestoval po světě.*“

**J.S.:** Se zapojováním do společnosti nemá problém. Když jej propustili z vězení, tak uvítal, že mu zaměstnavatel obnovil pracovní poměr. „*Nedíval se na mě skrz prsty.*“ Pacient na mě působil příjemně sebevědomě, potom co už v životě prožil, ví, co od života chce a co může očekávat.

**R.Š.:** Pacient je rád sám nebo s rodinou. Jeho psychické onemocnění a to, že okolí ví, že bývá léčený v psychiatrickém zařízení, to jej od společnosti izoluje. „*Vycházím dobře s jedním svým sousedem, pomáháme si navzájem v ovocných sadech. S druhým sousedem vycházím špatně, ten mi nadává, že jsem blázen.*“

**R.A.:** Pacient má problém se zapojováním do společnosti. Má pocity strachu a cítí nebezpečí z ostatních lidí. V práci mu občas dávali najevo, že je jiný, psychické onemocnění mu zapojování do společnosti znesnadňuje.

**Výsledky V2:** Je zřejmé, že schizofrenní onemocnění ovlivňuje zapojování takto nemocných jedinců do společnosti. Někdo je spokojený s tím, že má plný invalidní důchod, je sám a nemusí chodit mezi lidi. Někomu toto onemocnění znesnadňuje docházení do zaměstnání, a tím se také zhoršuje jeho zapojování do společnosti. Zjistila jsem, že „nálepka“ psychického onemocnění celkově snižuje zapojování do společnosti. Ale samozřejmě jsou i výjimky a někdo se zapojováním do společnosti problém mít nemusí i přes své psychické onemocnění.

**V3:** Jak vnímají pacienti se schizofrenním onemocněním kvalitu svého života?

**A.K.:** Pacient nad kvalitou svého života nepřemýšlí. Je spokojen se vším, protože jsou lidé, kteří jsou na tom hůře než on. Tělesné onemocnění je podle něj horší než to jeho onemocnění duševní.

**M.L.:** Pacientův život by byl kvalitnější, kdyby získal práci v oboru, je dlouho mimo obor a už jej v něm nezaměstnají a ani už práci v oboru nehledá.

**J.S.:** Podle pacienta je kvalita jeho života i o tom, zda bude mít práci, zda si vydělá peníze anebo získá invalidní důchod a bude mít z čeho žít. Snaží se být optimistický a doufá, že bude líp.

**R.Š.:** Podle pacienta se musí život prožít takový, jaký je a nepovažuje svůj život za nekvalitní. Přeje si pro sebe a svou rodinu zdraví a spokojenost.

**R.A.:** Onemocnění se podepsalo na kvalitě jeho života tím, že přišel o práci. Poznamenalo to také jeho rodiče. Kvůli psychickému onemocnění si nedokáže naplánovat budoucnost.

**Výsledky V3:** Zjistila jsem, že každý z dotázaných pacientů vnímá kvalitu svého života jinak. Někdo je spokojen s tím, že je zdravý tělesně, někdo si myslí, že by měl kvalitnější život, kdyby měl práci v oboru nebo alespoň aby měl nějakou práci, vydělané peníze, pro někoho je důležité zdraví a spokojenost nejen pro sebe, ale i pro svou rodinu a určitě se schizofrenní onemocnění podepsala na kvalitě životů nejen pacientů s tímto onemocněním, ale také na životech jejich rodin.

**V4:** Jak se pacientům se schizofrenním onemocněním daří zvládat svou finanční situaci?

**A.K.:** Pacient bydlí s otcem a bratrem v rodinném domě, má plný invalidní důchod od svých 21 let. *„Bez tatínka bych byl bezdomovcem. Z invalidního důchodu bych si bydlení, jídlo a další potřeby zaplatit nezvládnul. Ted' mám pro sebe skoro celý svůj invalidní důchod a našetřil jsem si z něj na speciální drahé kolo. Na svou finanční situaci si díky rodině nemohu stěžovat.“*

**M.L.:** Pacient je hlášen na úřadu práce, žije sám ve svém bytě a vše si platí z našetřených peněz, které si vydělal prací v zahraničí. *„Našetřené peníze pomalu mizí a tak se snažím najít si práci. Mám ted' jednu práci slíbenou, jako skladník, počkají na mě, než mě propustí z léčení. Také jsem se ptal na možnost získání invalidního důchodu, ale nemám na něj nárok, má žádost byla zamítnuta.“*

**J.S.:** Pacient nyní bydlí na ubytovně, občas v bytě u rodičů, na vlastní bydlení nemá finanční prostředky. Sice má zaměstnání, ale nyní je na dlouhodobé pracovní neschopnosti a myslí si, že mu nejspíš pracovní poměr později ukončí, protože se u něj v zaměstnání



propouští. Během hospitalizace v psychiatrické nemocnici si po pohovoru se sociální sestrou dává dohromady potřebné dokumenty, které jsou zapotřebí k žádosti na získání invalidního důchodu. Doufá, že se taklepší jeho finanční situace. *„Když nezískám invalidní důchod, tak moje finanční situace bude neuspokojivá.“*

**R.Š.:** Pacient bydlí v rodinném domě s manželkou a dětmi a podle něj jejich finanční situace není růžová, ale co je potřeba zaplatit, to se zaplatí, dluhy nemají. Pacient se mi svěřil, že jeho pokus o sebevraždu v anamnéze byl kvůli špatné finanční situaci. Tenkrát přišli on i jeho manželka o práci a jen z jeho invalidního důchodu a její podpory v nezaměstnanosti se jim s penězi vycházelo špatně. *„Vím, že jsou rodiny, které jsou na tom finančně mnohem hůř než moje rodina.“*

**R.A.:** Pacient bydlí u svých rodičů v rodinném domě a teď je na nich finančně závislý. Nedávno dostal výpověď v práci, snižovali stavy. *„Teď jsem hlášen na úřadu práce a podal jsem si žádost o přiznání invalidního důchodu. Tady na oddělení mi řekli, že na něj mám nárok, to mě uklidnilo, že nebudu tak moc závislý na rodičích. Mám teď nějaké peníze našetřené, ale ty posílám na alimenty pro syna.“*

**Výsledky V4:** Ať už pacienti se schizofrenním onemocněním bydlí sami či s rodinou, tak jejich finanční situace není plně uspokojivá. Aby byli finančně nezávislí, potřebují získat práci, což je v dnešní době problémem i pro zcela zdravého člověka, natož pak pro jedince se schizofrenním onemocněním. Podpora, kterou ti, kteří nemají invalidní důchod, dostávají z úřadu práce, stěží vystačí na to základní, čímž je pro ně bydlení, jídlo a léky. Ten, kdo nemá našetřen dostatek financí z plně aktivního období před propuknutím jeho duševní nemoci, se může stát i v dospělosti finančně závislým na svých rodičích.

## 5 ZÁVĚR

Schizofrenní onemocnění jsou závažná psychická onemocnění, která mají přímý vliv na kvalitu života jedinců trpících tímto onemocněním a také i na jejich okolí. Zejména mají negativní vliv na pracovní zařazení a na rodinné vztahy, což tyto jedince značně izoluje od běžného života, na který byly před propuknutím jejich psychického onemocnění zvyklí.

Cílem této práce bylo zjistit, zda pacienti se schizofrenním onemocněním mají či nemají kvalitní život a zda se jim daří zapojovat do společnosti. Tyto informace byly získány na základě polostrukturovaného rozhovoru s pěti pacienty s různými typy schizofrenního onemocnění, kteří jsou léčeni v psychiatrické nemocnici Brno-Černovice.

Rozbor odpovědí získaných z rozhovorů s pacienty se schizofrenním onemocněním přinesl zajímavé výsledky. Vyzorovala jsem rozdílné názory na problematiku kvality života pacientů se schizofrenním onemocněním. Každý z dotázaných pacientů má na kvalitu svého života svůj osobitý názor. Jejich pohled na kvalitu života se odvíjí například také od toho, zda a jak jsou finančně zabezpečeni. I když mají plný invalidní důchod, tak stále potřebují finanční pomoc i od rodiny, což je izoluje od plně soběstačného aktivního života.

V souladu s názory odborníků, kteří s pacienty se schizofrenním onemocněním přicházejí každodenně do styku, se dotázaní pacienti domnívají, že na ně jejich okolí často pohlíží odlišně. Tato stigmatizace jim ve většině případů zabraňuje získat adekvátní zaměstnání, navazovat partnerské vztahy a plně se věnovat aktivnímu životu, tak jako před propuknutím jejich psychického onemocnění. Dále jsou si také vědomi, že bez podpory rodiny a fungujícího rodinného zázemí, by byla kvalita jejich života na výrazně nižší úrovni.

Na závěr je potřeba podotknout, že kvalita života jedinců se schizofrenním onemocněním se do značné míry odvíjí také od toho, zda striktně dodržují lékařem předepsanou medikaci a jeho další doporučení, zejména ohledně abstinence návykových látek, a pravidelně docházejí ke svému ambulantnímu psychiatrovi.

Domnívám se, že výsledky této práce by mohly napomoci k lepšímu pochopení jedinců se schizofrenním onemocněním. Laická veřejnost často nahlíží na tyto jedince s opovržením, zejména díky vybraným negativním případům, které jsou prezentovány v médiích, kdy se někteří takto nemocní jedinci dopouštějí násilných činů. Nicméně, já jsem se při vlastním

vedení rozhovorů s pacienty se schizofrenním onemocněním přesvědčila o tom, že se neliší od ostatních „zdravých“ jedinců. Samozřejmě mají své specifické problémy, které nelze uspokojivě vyřešit, aniž by blízké okolí patřičně neporozumělo jejich psychickému stavu.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] Bankovská Motlová, L., Španiel, F. SCHIZOFRENIE. Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století. Praha: Mladá fronta, 2011.
- [2] Baštecká, B. Klinická psychologie v praxi. Praha: Portál, 2003.
- [3] Češková, E. Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf, 2007.
- [4] Doubek, P., Praško, J., Herman, E., Hons, J. Psychóza v životě - život v psychóze. Praha: Maxdorf, 2008.
- [5] Gavora, P. Úvod do pedagogického výzkumu. Brno: Paido, 2010.
- [6] Gurková, E. Hodnocení kvality života. Praha: Grada, 2011.
- [7] Heretik, A., Heretik, A., jr. a kol. Klinická psychológia. Nové Zámky: Psycho-prof, 2007.
- [8] Herman, E., Praško, J., Seifertová, D., a kol. Konziliární psychiatrie. Praha: Medical Tribune CZ, Galén, 2007.
- [9] Hosáková, J., a kol. Ošetrovatelská péče v praxi. Opava: Slezská Univerzita v Opavě, 2007.
- [10] Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. Psychiatrie. Praha: Tigis, 2002.
- [11] Kebza, V. Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005.
- [12] Křivohlavý, J. Psychologie nemoci. Praha: Grada, 2002.
- [13] Křivohlavý, J. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001.
- [14] Kutnohorská, J., Cichá, M., Goldmann, R. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011.
- [15] Mahrová, G., Venglářová, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008.
- [16] Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada, 2006.
- [17] Nývltová, V. Psychopatologie pro speciální pedagogy. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010.
- [18] Payne, J., a kol. Kvalita života a zdraví. Praha: Triton, 2005.

- [19] Praško, J., Bareš, M., Horáček, J., Mohr, P., Motlová, L., Seifertová, D., Španiel, F. Léčíme se s psychózou: Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách. Praha: Medical Tribune CZ, 2005.
- [20] Probstová, V., Šelepová, P., Dragomirecká, E., Kalvoda, H., Sochorová, G., Pěč, O. Péče o duševní zdraví. Metody hodnocení. Manuál CAN: Camberwellské šetření potřeb. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Stratos, 2006.
- [21] Pyšný, L. Kvalita života II. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2008.
- [22] Raboch, J., Zrzavecká, I., Doubek, P. Duševní poruchy a kvalita péče. Brno: Tribun EU, 2010.
- [23] Vaňurová, H., Muhlpačr, P. Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska. Brno: Masarykova univerzita, 2005.
- [24] Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2012.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha P1: Přepisy rozhovorů

## PŘÍLOHA P I: PŘEPISY ROZHovorŮ

**A.K.:** 44 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie, svobodný, bezdětný, žijící s mladším bratrem a otcem ve společné domácnosti ve dvoupatrovém rodinném domě, kde bydlí v přízemí a otec s bratrem v patře. Je v plném invalidním důchodu třetího stupně. Svůj čas tráví jízdou na kole, běháním, pomáhá mu jóga. Rád využívá možnosti internetu a tak nemusí chodit mezi lidi. Cítí totiž určité stigma, ví, že se na něj někteří dívají jako na toho, kdo zase pojedou do blázince, proto je nejraději doma, ve svém prostředí.

**1.** Jak dlouho se léčíte s psychickým onemocněním? Od kolika let? Kdy nemoc propukla? Bylo to po nějaké zátěži?

**A.K.:** Léčí se od 21 let, původně s depresí a úzkostí. Po 15 letech mu byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. *„Začalo to tak, že proběhnul experiment s drogou, pak jsem se pokusil o sebevraždu, následoval první pobyt na psychiatrii a následné získání invalidního důchodu.“* Tento pobyt trval 14 dní a invalidní důchod získal čtvrt až půl roku poté.

**2.** Jaký je dopad (vliv) duševního (psychického) onemocnění na sociální funkce (bydlení, práce, nákupy, stravování, kontakt s přáteli,...)? Lze Vám to nějak usnadnit?

**A.K.:** *„Já nenakupuji, chodím jen pro pečivo. Když chci sluchátka nebo kolo, tak si to koupím ze svého invalidního důchodu sám přes internet, naučil mě to bratr. Náklady na bydlení za mě platí taťka, bez jeho pomoci bych se stal bezdomovcem.“* Nejezdí MHD a k tomu dodává: *„Všude mě vozí taťka.“* V psychiatrické nemocnici Brno-Černovice ne navazuje dlouhodobá přátelství. Od 16 let má kamaráda, se kterým se vidá dvakrát týdně. Vše si zvládne sám nebo s dopomocí rodiny. Připadá si plně soběstačný.

**3.** Jak se Vám daří zapojovat do společností? Připadáte si vyloučený?

**A.K.:** Na tuhle otázku mi pacient odpověděl, že do práce mezi lidi nechce kvůli své nemoci. Je rád, že je doma a má invalidní důchod a klid. Rád je sám, kolektiv nevyhledává, ale když se do kolektivu dostane, tak mu to nevadí. Necítí se vyloučený, ale cítí, že se někteří na něj kvůli jeho onemocnění dívají skrz prsty.

**4.** V jakém stavu je Vaše sebevědomí?

**A.K.:** *„Nemám snížené sebevědomí. V příštím životě bych chtěl mít ego rozpuštěné a chci jen klid a mír v duši.“*

5. Jste schopen plánovat Vaši budoucnost?

**A.K.:** „Mám naplánováno, a pak to tělo odmítne, nedovolí mi naplánovanou činnost vykonat. Mozku poručím, ale tělu ne.“

6. Domníváte se, že je Váš život kvalitní? Jste v životě spokojený?

**A.K.:** Nepřemýšlí nad tím. Podle něj by kvalitní život měl, kdyby nežil v České republice. „Byl by, kdybych cestoval, jezdil si po světě a užíval si života.“ Spokojen je se vším. „Jsou lidé, kteří jsou na tom hůře než já. Já mám ruce, nohy, vidím, slyším, můžu si zaběhat. Mám jen duševní onemocnění, ale jinak se cítím tělesně zdrav.“

**M.L.:** 44 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie, svobodný, bezdětný, bydlí sám v bytě, nezaměstnaný, bez nároku na invalidní důchod, zatím si vše platí z toho, co si našel práci v zahraničí, kde dělal jakoukoliv práci. Vystudoval vysokou školu a ve svém oboru pracoval tři roky. Kvůli nespokojenosti s dosavadním zaměstnáním odjel pracovat do zahraničí za bratrem, který zde žije s rodinou. Po návratu zpět do České republiky, což je nyní třetím rokem, je bez práce, bez optimistické nálady a situaci řeší užíváním návykových látek.

1. Jak dlouho se léčíte s psychickým onemocněním? Od kolika let? Kdy nemoc propukla? Bylo to po nějaké zátěži?

**M.L.:** Léčí se druhým rokem, takže od 42 let. Nepříjemně se začal cítit potom, co začal užívat drogy a ty začal užívat z důvodu, že nemohl sehnat práci, bral je jako únikové východisko. Teď už ví, že to byla hloupost.

2. Jaký je dopad (vliv) duševního (psychického) onemocnění na sociální funkce (bydlení, práce, nákupy, stravování, kontakt s přáteli,...)? Lze Vám to nějak usnadnit?

**M.L.:** „Jsou to hlasy, které mě omezují. Vidím mix postav. Víím, že když beru léky, tak jsem v pořádku, ty postavy nevidím.“

3. Jak se Vám daří zapojovat do společnosti? Připadáte si vyloučený?

**M.L.:** „Sebrali mi řidičský průkaz kvůli paranoidní schizofrenii, cítím se tím omezený, že to o mně vědí, že jsem jiný. Já se ale cítím jako úplně normální člověk.“

4. V jakém stavu je Vaše sebevědomí?



**M.L.:** Nemá vysoké sebevědomí, ne z důvodu psychického onemocnění, ale spíše proto, že je samotář.

**5.** Jste schopen plánovat Vaši budoucnost?

**M.L.:** Budoucnost nikdy neplánoval, není plánovací typ. Nechává tomu volný průběh.

**6.** Domníváte se, že je Váš život kvalitní? Jste v životě spokojený?

**M.L.:** „*Ted' jsem ve svém životě nespokojený, ale doufám, že s prací bude líp. Mám slíbenou práci jako skladník, čekám, až mě propustí a pak můžu nastoupit, počkají na mě, tu práci mi domluvil kamarád.*“ Na první část otázky, zda se domnívá, jestli je jeho život kvalitní, mi odpověděl, že: „*Měl jsem být v zahraničí tak 5 let a ne 11 let, protože bych líp sháněl práci v oboru. Ted' už práci v oboru nehledám, jsem dlouho mimo obor a nikdo mě v něm už nezaměstná.*“

**J.S.:** 44 let, s diagnózou paranoidní schizofrenie, rozvedený, dcera 22 let. Bydlí na ubytovně, občas u rodičů, ale nechce mít u nich nahlášené trvalé bydliště z důvodu exekucí. Byl trestně stíhán, podnikal s přítelem jeho exmanželky, došlo ke ztrátě několika miliónů, byl odsouzen na pět let, ale z důvodu psychického onemocnění mu byl trest snížen na necelé dva roky a byla mu nařízena ochranná ambulantní léčba. Nyní se jeho psychický stav výrazně zhoršil a rovnou ze zaměstnání ho odvezli na psychiatrii. Od roku 1995 pracuje jako obsluha čerpací stanice, ale nyní se zde propouští a tak neví, jestli se po propuštění z psychiatrie bude mít kam vrátit.

**1.** Jak dlouho se léčíte s psychickým onemocněním? Od kolika let? Kdy nemoc propukla? Bylo to po nějaké zátěži?

**J.S.:** Léčí se od roku 1999, kdy nastal konec s podnikáním, stres z výslechů na policii, tato situace trvala několik let a do toho všeho se rozváděl.

**2.** Jaký je dopad (vliv) duševního (psychického) onemocnění na sociální funkce (bydlení, práce, nákupy, stravování, kontakt s přáteli,...)? Lze Vám to nějak usnadnit?

**J.S.:** „*Všechno si zvládám sám, ted' jsem jen potřeboval poradit ohledně získání invalidního důchodu, pomohla mi s tím sociální sestra zde na oddělení, jsem jí za to vděčný.*“

3. Jak se Vám daří zapojovat do společnosti? Připadáte si vyloučený?

**J.S.:** „Do společnosti jsem se zapojil v pohodě, když mě propustili z vězení, tak mě dokonce zaměstnavatel vzal zpátky do práce, to mi pomohlo, že se na mě nedíval skrz prsty.“

4. V jakém stavu je Vaše sebevědomí?

**J.S.:** „Sebevědomí mám v pořádku, nemám pocit, že by bylo třeba snížené.“

5. Jste schopen plánovat Vaši budoucnost?

**J.S.:** „Jsem schopen si naplánovat budoucnost, ale všechno je to o tom, zda budu mít práci nebo jestli mi přiznají invalidní důchod, je to prostě o penězích.“

6. Domníváte se, že je Váš život kvalitní? Jste v životě spokojený?

**J.S.:** Snaží se být optimistický a doufá, že snad bude líp.

**R.Š.:** 47 let, s diagnózou schizoafektivní porucha – smíšený typ, ženatý, dcera 20 let, syn 16 let, má otce a bratra, ale od smrti matky se s nimi nestýká, o bratrovi mi řekl, že je to morous. Matka měla paranoidní schizofrenii, její matka se léčila na psychiatrii a její otec spáchal sebevraždu. Vyučen, dříve pracoval na stejném pracovišti jako jeho manželka. Prvně dostal výpověď on, pak i manželka. Myslí si, že se jí kvůli němu mstili. Po výpovědi se pokusil, zejména kvůli své špatné finanční situaci, o sebevraždu léky. Od 29 let má plný invalidní důchod z psychiatrické indikace. Pracuje rád, má malou dílnu, kde opravuje různé věci. Rád pracuje na zahradě. Pracoval i v chráněné dílně jako údržbář.

1. Jak dlouho se léčíte s psychickým onemocněním? Od kolika let? Kdy nemoc propukla? Bylo to po nějaké zátěži?

**R.Š.:** Nemoc propukla po zvýšené zátěži. První psychické problémy se objevily v roce 1986. „Snažil jsem se večerně dálkově dodělat maturitu a u toho jsem ještě pracoval, opravoval jsem domek a bylo toho na mě moc.“

2. Jaký je dopad (vliv) duševního (psychického) onemocnění na sociální funkce (bydlení, práce, nákupy, stravování, kontakt s přáteli,...)? Lze Vám to nějak usnadnit?

**R.Š.:** Vše si zvládá sám a nepotřebuje nijak pomáhat. Rád pomáhá on sám ostatním, třeba i pacientům na oddělení.

3. Jak se Vám daří zapojovat do společnosti? Připadáte si vyloučený?

**R.Š.:** Rád jsem sám nebo s rodinou, s lidmi, které znám a kteří mi nenadávají. „*Někteří mi sprostě nadávají, že jsem černovická ....., to mě izoluje.*“

4. V jakém stavu je Vaše sebevědomí?

**R.Š.:** „*Sebevědomí nemám nic moc. Je to všechno kvůli těm depresím, kvůli té psychiatrické diagnóze.*“

5. Jste schopen plánovat Vaši budoucnost?

**R.Š.:** Budoucnost neplánuje, má jen přání, která se týkají budoucnosti. Chtěl by, aby žena sehnala práci, aby se s ním nerozvedla a aby byla celá jeho rodina i on zdraví a spokojení.

6. Domníváte se, že je Váš život kvalitní? Jste v životě spokojený?

**R.Š.:** „*Nepovažuji svůj život za nekvalitní, i když jsem nemocný. Život musím prožít takový, jaký je.*“

**R.A.:** 35 let, s diagnózou schizoafektivní porucha – manický typ, rozvedený, syn 13 let, stýkají se. Žije u rodičů v rodinném domě, má mladší sestru a měl bratra, který zemřel v 16 letech při autonehodě. Je vyučený, toho času hlášen na úřadu práce, protože pár dní před přijetím na psychiatrii dostal výpověď kvůli nedostatku práce. Na úřadu práce je bez nároku na podporu, poslední zaměstnání trvalo pouze necelých šest měsíců. Učí se hrát na klávesy, což ho baví a pomáhá mu to lépe zvládat jeho psychické onemocnění.

1. Jak dlouho se léčíte s psychickým onemocněním? Od kolika let? Kdy nemoc propukla? Bylo to po nějaké zátěži?

**R.A.:** Léčí se od roku 2006, tehdy měl první kontakt s psychiatrií, pomoc vyhledal sám a absolvoval tříměsíční léčbu, pak ještě jeden měsíc a následně kontroly v psychiatrické ambulanci.

2. Jaký je dopad (vliv) duševního (psychického) onemocnění na sociální funkce (bydlení, práce, nákupy, stravování, kontakt s přáteli...)? Lze Vám to nějak usnadnit?

**R.A.:** Občas pociťuje strach a nebezpečí z ostatních lidí. „*Šel jsem třeba 7 km pěšky, protože v trolejbusu jsem měl pocit, že mě chce někdo odstřelit, že je to vrah.*“ Tyto stavy měl

před vypuknutím nemoci anebo když vysadí léky. Doma je problém v tom, že například řekne rodičům, že doma vybuchne plyn, ať jdou ven. Kvůli útlumu z léků mívá problémy s docházkou do práce.

3. Jak se Vám daří zapojovat do společnosti? Připadáte si vyloučený?

**R.A.:** „*V práci mi občas dávali najevo, že jsem divný. Cítil jsem to.*“

4. V jakém stavu je Vaše sebevědomí?

**R.A.:** „*Řekl bych, že je snižené, a to následkem psychické nemoci.*“

5. Jste schopen plánovat Vaši budoucnost?

**R.A.:** „*Neplánuji, ale důležité věci dodržuji.*“

6. Domníváte se, že je Váš život kvalitní? Jste v životě spokojený?

**R.A.:** Onemocnění se v některých případech podepsalo na jeho kvalitě života, jelikož přišel o práci, a také to poznamenalo jeho rodiče.