

Kvalita života s onemocněním schizofrenie

Veronika Šebestová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Veronika Šebestová**
Osobní číslo: **H19062**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Kvalita života s onemocněním schizofrenie**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti života s onemocněním schizofrenie.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace výzkumu technikou rozhovoru a pozorování.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

Seznam doporučené literatury:

DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada, 2015. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

EMSLEY, R., B. CHILIZA, L. ASMAL et al. The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry*. [online]. 2013, vol. 13, no. 50. [cit. 2022-10-27]. DOI: 10.1186/1471-244X-13-50

MOHR, P. Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicina pro praxi*. [online]. 2012, roč. 9, č. 8-9, s. 342-346. [cit. 2022-10-27].

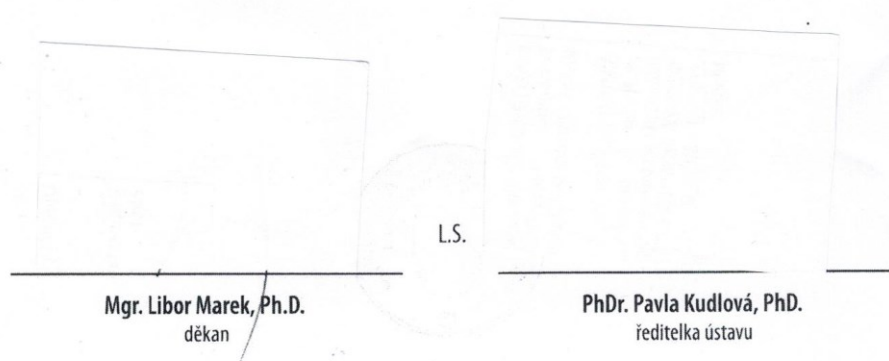
ONITSUKA, T., Y. HIRANO, T. NAKAZAWA et al. Toward recovery in schizophrenia: Current concepts, findings, and future research directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. [online]. 2022, vol. 76, pp. 282-291. [cit. 2022-10-27]. DOI: <https://doi.org/10.1111/pcn.13342>

OREL, M. a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. vyd. Praha: Grada, 2020. 432 s. ISBN 978-80-271-2529-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**



Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně

.....

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

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

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce pojednává o kvalitě života lidí se schizofrenií. V teoretické části práce jsou vysvětlené pojmy jako schizofrenie, stigmatizace a kvalita života a nechybí ani mýty spojené se schizofrenií, které veřejnost v menší či větší míře akceptuje. Na teoretickou část následuje praktická, která pomocí sondy má za cíl nastínit čtenáři jaké je to žít s onemocněním schizofrenie, v kontextu, jak se nemoc dotkla jejich života, jak tuto změnu přijali oni samotní, ale i rodina a blízcí. Praktická část je postavena na kvalitativním výzkumu prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, kterého se zúčastnili čtyři respondenti, trpící schizofrenií. Rozhovory nám daly za podnět vytvořit edukační leták na téma: „Co to je schizofrenie“.

Klíčová slova: schizofrenie, terapie, stigma, kvalita života, kvalitativní výzkum

ABSTRACT

This bachelor's thesis will examine the quality of life of the people with schizophrenia. The theoretical part of my thesis explains the terms and the basic concepts, such as schizophrenia, stigmatization and quality of life. This section also includes inaccurate myths concerning schizophrenia, which are accepted by today's society. The practical part of the work is based in qualitative research using the semi-structured interviews with four people suffer from schizophrenia. These interviews were instrumental in creating our educational leaflet on topic: „What exactly is schizophrenia“.

Keywords: schizophrenia, therapy, stigma, quality of life, qualitative research

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Ondřeji Vávrovi za odborné vedení bakalářské práce, za čas, ochotu a trpělivost. Dále bych chtěla poděkovat participantům, kteří se zúčastnili výzkumné části bakalářské práce. Vřelé díky patří také mé rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SCHIZOFRENIE	12
1.1 FORMY SCHIZOFRENIE	13
2 TERAPIE	14
2.1 KLASICKÁ ANTIPSYCHOTIKA NEBOLI ANTIPSYCHOTIKA PRVNÍ GENERACE	15
2.2 ANTIPSYCHOTIKA DRUHÉ GENERACE	15
2.2.1 Nežádoucí účinky antipsychotik	16
2.3 PSYCHOTERAPIE	17
2.3.1 Psychoterapie uměním-muzikoterapie	18
3 OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHIATRII	20
3.1 PSYCHIATRICKÁ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	20
3.1.1 Ambulantní péče	20
3.1.2 Lůžková péče	20
3.1.3 Komunitní péče	21
4 NÁBOŽENSKÝ COPING	22
5 RELAPS	24
6 STIGMATIZACE	25
6.1 STIGMA	25
6.2 DŮSLEDKY STIGMATIZACE RODIN LIDÍ SE SCHIZOFRENIÍ	25
6.3 BOJ PROTI STIGMATIZACI	25
6.4 BOJ PROTI STIGMATIZACI V ČESKÉ REPUBLICE.....	26
7 MÝTY SPOJENÉ S ONEMOCNĚNÍM SCHIZOFRENIE	27
7.1 LIDÉ SE SCHIZOFRENIÍ MOHOU BÝT NEBEZPEČNÍ, PROTO BY MĚLI BÝT V ÚSTAVU	27
7.2 SCHIZOFRENIE JE ONEMOCNĚNÍ, PŘI KTERÉM DOCHÁZÍ K ROZŠTĚPENÍ/ROZDVOJENÍ OSOBNOSTI.....	27
7.3 U SCHIZOFRENIE DOCHÁZÍ K ÚPADKU INTELIGENCE	28
8 POJEM KVALITA ŽIVOTA	29
8.1 KVALITA ŽIVOTA PACIENTŮ SE SCHIZOFRENIÍ	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	31
9 METODIKA PRÁCE	32
9.1 HLAVNÍ CÍL, VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	32
9.2 TECHNIKA SBĚRU DAT	33
10 INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU	36

10.1	„Z MÉHO POHLEDU SE ZAČALY DÍT DIVNÉ VĚCI“	36
10.2	NEMOC STA TVÁŘÍ.....	36
10.3	„NEMŮŽU ŽÍT ŽIVOT NAPLNO“	38
10.4	„BYL JSEM DOCELA ÚSPĚŠNEJ VE SVÉ GENERACI“	39
10.5	„LIDI JSOU POŘÁD MÁLO VZDĚLANÝMI“	39
10.6	NÁVŠTĚVA PSYCHOLOGA A PSYCHIATRA	40
10.7	MEDIKACE	41
10.8	„JAKO BY TUŠIL, KDE JE TEN PROBLÉM“	43
10.9	„JSEM V TĚTO VĚCI, AŽ MOC OTEVŘENÝ“	44
10.10	RODINA MÍSTEM PODPORY?.....	44
10.11	„ZA KAŽDOU PODPORU JSEM VDĚČNÝ“	46
10.12	STIGMA	47
10.13	MÝTY OPŘEDENÁ SCHIZOFRENIE	48
10.14	STRATEGIE NA ZVLÁDÁNÍ TĚTO NEMOCI	49
10.15	„VLASTNĚ TO POVZNÁŠÍ“	49
10.16	„PRAVIDELNĚ PRACOVAT NA SVÝCH CÍLECH“	50
11	DISKUZE	51
11.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	52
	ZÁVĚR	53
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	57
	SEZNAM PŘÍLOH.....	58

ÚVOD

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které razantně zasahuje do života nemocného ve všech jeho oblastech. V kognitivní oblasti pozměňuje jeho vnímání světa, mění vztah nemocnému k sobě samému, i postoj ke skutečnosti, může dojít ke ztrátě zájmů, což může vyvrcholit k úplnému stažení člověka. Schizofrenie se zároveň dotýká člověka i v sociální oblasti, kdy vlivem vyloučení ze společnosti, přichází nemocný o přátele, rodinné zázemí a také mnohdy o práci. Stigmatizace se neprojevuje, pouze u okolí, které nemocného může zavrhnout, ale jako pomyslný vypálený cejch se nese v nemocném uvnitř duše často s horšími následky než samotná nemoc. Stigmatizaci může prohloubit i špatně informovaná veřejnost, která svými nepravdivými výroky podporované médii může šrám na duši nemocného prohloubit.

Z toho vyplývá, že samotná medicínská léčba nestačí, k tomu, aby se člověk cítil s touto nemocí spokojeně. Léčba by měla cílit i na sociální aspekt člověka, podporu, kterou je potřeba cítit od příbuzných, kamarádů, aby mohlo dojít k zapojení se do společnosti.

Cílem této práce je nastínit trochu čtenáři jaké je to žít s tímto onemocněním, v kontextu, jak se nemoc dotkla jejich života, jak tuto změnu přijali oni samotní, ale i třeba rodina a blízcí. Jaký to má dopad na kvalitu jedincova života. Zda je jedinec schopen navázat kvalitní vztahy se svým okolím, jestli neexistují překážky, které mu v tom mohou zabránit.

Toto téma jsem si vybrala na základě vlastního zájmu dozvědět se o tomto onemocnění co možná nejvíc z hlediska toho, že okolo této nemoci se točí mnoho mýtů jako například, že schizofrenik je rozdvojená osobnost, což jsem si ještě na střední škole myslela i já. Zájem se prohloubil po setkání se s jedním pacientem, který touto nemocí trpěl a já vlastně o této nemoci skoro nic nevěděla.

Proto považuji za dobré seznámit čtenáře s touto problematikou a vyvrátit třeba často zaužívané mýty spojené s touto nemocí, formou edukace.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je podle Orla (2020) mnohotvárné duševní onemocnění, měnící významně prožívání, chování i postoj ke skutečnosti. Představuje celou skupinu forem s rozmanitými příznaky zahrnující různou měrou narušené vnímání, myšlení, emoce, motivaci a chování.

Dle Orla (2020) můžeme konstatovat, že schizofrenie je „nemocí sta tváří“, tzn. u sta nemocných se schizofrenií se nemoc promítá do sta odlišných obrazů této nemoci.

Jak již bylo výše popsáno, nemoc se projevuje i v emoční rovině, především kvalitativního charakteru: emoční nepřiměřenost, chudost a oploštělost (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Pro onemocnění je typické, že se projeví v adolescenci, kolem dvacátého roku, ale výjimkou není ani nástup v dětství. Výskyt u obou pohlaví je víceméně stejný, jen u žen nastupuje většinou o něco později (Orel, 2020).

Nemoc je ve světě zastoupena zhruba u jednoho procenta obyvatelstva nehledě na geografickou lokalizaci, rasovou příslušnost, sociokulturní vlivy či zmíněné pohlaví (Vágnerová, 2014).

Můžeme říct, že toto onemocnění sebou nese dalekosáhlé následky ať už pro společnost či pro jedince, jelikož dochází zhruba u dvou třetin k chronifikaci, která zkracuje délku života nemocného. Z toho vyplývá, že schizofrenie představuje velmi závažný problém, který zasahuje i do blízké rodiny nemocného (Orel, 2020).

Schizofrenie spolu s projevy byla součástí člověka už od nepaměti. Za nejstarší zmínku se považuje 3400 let starý fragment z ajurvědy, který popisuje bizarní projevy spojené s ďáblem, ztrátou paměti a nezvyklými pohyby (Vágnerová, 2014).

A právě projev ztráty paměti a celkového zhoršení kognitivních funkcí vedlo v roce 1866 německého psychiatra E. Kraepelina k vymezení choroby a označení na *dementia praecox*, což znamená předčasná demence (Vágnerová, 2014).

V roce 1911 Eugen Bleuler zavedl jiný pojem, který je používán dodnes, a to pojem schizofrenie od řeckých slov *schizein* štípat, dělit a *fren* mysl (Orel, 2020).

Z tohoto názvu vyplývá, že dochází k rozštěpu, rozpolčení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí (Vágnerová, 2014).

1.1 Formy schizofrenie

Pro onemocnění schizofrenie existuje několik typických forem:

Dominantou **paranoidní schizofrenie** – *schizophrenia paranoides* (F20.0) jsou relativně trvalé bludy (nejčastěji paranoidní) a halucinace (mnohdy sluchové) (Orel, 2020).

Pro **hebefrenní schizofrenii** – *schizophrenia hebephrenica* (F20.1) je charakteristický nápadný projev budící pozornost. Vyskytují se zejména nepřiléhavosti a dezorganizace v chování a emocích, plané mudrování nebo inkohorentní myšlení a řeči. Nechybí ani negativismus. Nemocný vykazuje nápadnost a nepředvídatelnost a leckdy také manýrování.

Emoce u takto nemocného nemusí odpovídat situaci a kontextu a vyznačují se oploštělostí a nepřiměřenou intenzitou (Orel, 2020).

Hlavními projevy podle autorů Duška a Večeřové-Procházkové (2015) u **katatonní schizofrenie** – *schizophrenia catatonica* (F20.2) jsou poruchy psychomotoriky (hypokinetický až akinetický syndrom, hyperkinetický syndrom, parakinetický syndrom). V projevech sledujeme bizarnost (nápadná strojenost), opět manýrování (jednoduché úkony jsou provázeny složitými obřady), grimasování, topornost projevů, která podle Orela 2020 může vygradovat do nehybného stuporu. Nesmíme vynechat voskovou ohebnost a povelový automatismus (Orel, 2020).

Autoři Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádí, že tato forma je ze všech forem schizofrenie prognosticky nejprůzračnější.

Simplexní schizofrenie – *schizophrenia simplex* (F20.6) se vyznačuje stažením dotyčného do vnitřního světa, oploštěním emočních projevů, ztrátou zájmu, motivace s nápadným poklesem aktivity, apatií. Dochází k výraznému utlumení výkonnosti a vnějším projevům. K projevům také patří podivínské chování a bezcílnost. Dle autorů Duška a Večeřové-Procházkové (2015) obvykle dochází k propuknutí schizofrenie v dospívání, v době od 15 do 20 let. Není ale výjimkou, že nemoc propukne později. Někdy u postižených dochází k potyčkám spojených s kriminální činností.

Jestliže po jasně diagnostikované schizofrenii přetrvává určitá „zbytková schizofrenní symptomatologie“, hovoříme o **reziduální schizofrenii** (F20.5). Mezi projevy řadíme:

Podivínství, bezcílnost, omezení sociálních kontaktů, chudost verbálního projevu, oploštělost (Orel, 2020).

2 TERAPIE

Na počátku 21. století nám vyvstal nový cíl léčby schizofrenních onemocnění, a to nejenom odstranění symptomů, ale i znovunabytí schopnosti obstat v běžném životě a v sociálních rolích. Klíčem k dosažení takto definovaného uzdravení je podle studií kombinace farmakoterapie a psychosociální intervence. Základním pilířem, o který se můžeme opřít, je terapie antipsychotiky (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Antipsychotika odstraňují příznaky a preventivně působí proti relapsu (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Můžeme tedy říct, že lékem první volby v rámci farmakoterapie psychických stavů jsou jednoznačně antipsychotika. Pro dlouhodobou léčbu se uplatňují antipsychotika druhé generace tzv. atypická antipsychotika. Při řešení akutního stavu však hrají roli i antipsychotika klasická (Orel, 2020).

Antipsychotika, dříve nazývaná neuroleptika, jsou léky využívané při léčbě psychóz, tedy závažného duševního stavu, kdy člověk ztrácí kontakt s realitou, nejčastěji kvůli pozitivním schizofrenním příznakům, jako jsou například bludy a halucinace. Spektrum využití sahá daleko výš, například k potlačení neklidu, agitovanosti a agresivity (Petr a Marková, 2014).

Všechna antipsychotika ať už první či druhé generace, dobře ovlivňují pozitivní schizofrenní příznaky. U antipsychotik druhé generace je navíc stále častěji pozorován vliv i na negativní schizofrenní příznaky (emoční oploštění, autismus, apatie, izolovanost od okolního světa atd.) (Petr a Marková, 2014).

Autoři Petr a Marková (2014) dále uvádí, že za rozvojem, a tedy i léčbou stojí neurotransmitery, nazývané dopamin a serotonin, a k nim odpovídající receptory. Ovlivněním dopaminového systému, resp. blokováním dopaminových receptorů, můžeme příznivě tlumit pozitivní příznaky.

Vlivem této činnosti dochází u antipsychotik první generace také k ovlivnění části mozku, který reguluje mimovolní pohyblivost a svalové napětí, což bývá příčinou některých nežádoucích účinků. Antipsychotika druhé generace se více zaměřují na rovnováhu mezi dopaminovým a serotoninovým systémem tím, že ovlivňují oba tyto systémy. Jak již bylo řečeno, příznivě působí jak na pozitivní příznaky, tak i na negativní. Výhodou oproti antipsychotik první generace je v působení méně nežádoucích vedlejších příznaků.

2.1 Klasická antipsychotika neboli antipsychotika první generace

Patří mezi starší generaci antipsychotik. Jak již bylo řečeno, tyto antipsychotika sebou přináší i negativní odezvu v podobě zhoršení negativní symptomatiky, extrapyramidové reakce, hyperprolaktinemie. Dělí se na sedativní a incizivní:

- Pro **sedativní antipsychotika** je typický trankvilizační (zklidňující) účinek, hypnosedativní působení s rigiditou a hypokinezi a mírnějšími extrapyramidovými příznaky. Mezi zástupce řadíme např. Tisercin, Chlorprothixen a Cisordinol.
- **Incizivní antipsychotika** se vyznačují dobrým účinkem na pozitivní schizofrenní (též psychotickou) symptomatiku, neklid a agresivitu. Působí méně sedativně, zato se jim nevyhýbá nežádoucí extrapyramidová reakce a hyperprolaktinemie. Známými zástupci jsou: Haloperidol nebo Buronil (Petr a Marková, 2014).

2.2 Antipsychotika druhé generace

Velkou výhodou antipsychotik druhé generace je, že ovlivňují schizofrenní onemocnění prostřednictvím působení na větší počet receptorů, čímž zaručují vyšší terapeutickou účinnost a podstatně lepší snášenlivost (Petr a Marková, 2014).

Poslední dobou převládá jednoznačný příklon k podávání nových antipsychotik druhé generace jako léků 1. volby, a to zejména vzhledem k příznivějšímu profilu nežádoucích účinků (Mohr, 2012).

Jejich polem působnosti není jen 1. volba u první ataky schizofrenie, ale dají se uplatnit i u řady schizofrenních pacientů, kteří jsou léčeni dlouhodobě. Podle mechanismu účinku existuje rozdělení do čtyř skupin (Petr a Marková, 2014).

- Selektivní antagonisté dopaminových receptorů – ovlivňují zejména negativní příznaky schizofrenie, vigilitu, pozornost a částečně působí na depresivní nálady. Ve vyšších dávkách mohou též ovlivnit také pozitivní symptomatiku. Mezi zástupce patří: Solian.
- Antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů (SDA) blokují dopaminové, serotoninové i dopaminové receptory. Využití mají jednak u schizofrenie, ale i u schizoafektivních poruch. Například Risperdal, Zeldox.
- Multireceptoroví antagonisté (MARTA) – působí na celou řadu neurotransmitterových systémů, díky čemuž se rozšiřuje spektrum jejich účinků

(pozitivní, negativní, depresivní, manické, kognitivní příznaky schizofrenie, vč. farmakorezistentních forem). Mezi zástupce patří: Zyprexa, Zoleptil.

- Pro minimum nežádoucích účinků je výborně snášen lék Abilify, dualista dopaminových receptorů a antagonist serotoninových receptorů (Petr a Marková, 2014).

2.2.1 Nežádoucí účinky antipsychotik

Při léčbě antipsychotiky evidujeme takové množství nežádoucích účinků, že často dochází ke svévolnému, ale i lékařem indikovanému vysazení či změně léčby (Petr a Marková, 2014).

Nežádoucí účinky se v různé míře objevují u všech druhů antipsychotik, a to velice časně, hned po zahájení léčby, dokonce dříve než samotný terapeutický účinek. Důležité je projevy monitorovat a včas na ně upozornit lékaře (Petr a Marková, 2014).

Role sestry při léčbě antipsychotiky je tedy nezbytná jak v edukaci možných nežádoucích účinků, tak hlavně v správném užívání léků, aby nedocházelo k jejich předčasnému vysazení (Petr a Marková, 2014).

Za uspokojivou a dostatečnou míru spolupráce pacienta při léčbě je považováno, pokud nemocný bere alespoň 80 % doporučené dávky (Češková a Mayerová, 2014).

Jelikož je léčba antipsychotiky zpravidla dlouhodobá, je dobré u pacienta posilovat značnou míru trpělivosti. Doporučené je dva roky po první epizodě schizofrenie, pět let po druhé a doživotně po více epizodách (Petr a Marková, 2014).

Výzkumy v nelichotivých barvách ukazují na fakt, že pacienti s psychotickým onemocněním do 10 dnů po propuštění vysadí léky až ve 20 %, do 1 roku je to až 50 % pacientů a za rok a půl přestane užívat léky okolo 75 % pacientů (Petr a Marková, 2014).

Smyslem edukace je především vysvětlit nemocnému důležitost užívání léků a důsledky jejich vysazení (Petr a Marková, 2014).

Mezi obecné nežádoucí účinky patří:

Extrapyramidové příznaky v podobě parkinsonského syndromu, kdy dochází k svalové rigiditě, celkově ke zpomalení pohybů, klidovému třesu, snížení pozornosti a apatii.

Hyperprolaktinemie a s ní související menstruační problémy, gynekomastie (zvětšení prsních žláz u mužů), galaktorea (vylučování mléka mléčnou žlázou zejména mimo období kojení), snížení libida, impotence.

Maligní neuroleptický syndrom (MNS) se projevuje jak psychicky (poruchy vědomí, rozvoj stuporu, negativismus) tak neurologicky (svalová rigidita, třes, dysartrie, dysfagie) ale i tělesně (febrilie s výrazným pocením až rozvojem dehydratace, tachykardie, tachypnoe) (Petr a Marková, 2014).

Monitorování nežádoucích účinků sestrou:

Mezi další důležité činnosti sestry v péči o schizofrenního pacienta patří sledování nejisté chůze, bizarních grimas, psychomotorických projevů, všímání zvýšené sedace, a pocitů nemocného. Nesmíme opomenout sledování fyziologických funkcí a u řad léčiv pravidelné laboratorní vyšetření k detekci terapeutické hladiny léku či jejich negativního dopadu na organismus (Petr a Marková, 2014).

2.3 Psychoterapie

Podle autorů Duška a Večeřové-Procházkové (2015) lze psychoterapii přirovnat k bojovému umění aikidó, kdy terapeut využívá schopností pacienta/klienta v jeho prospěch působením psychologických prostředků. Psychoterapeuti pečují o lidské záležitosti jako je život, jeho smysl, naplnění. Zabývají se otázkou pravdy a plnohodnotnými vztahy. Sehrávají také roli v pomoci jedince vyrovnat se s problémy života, najít svoji pravou identitu a realizovat se ve vnějším světě.

Za zakladatele psychoterapie jako oboru se považují P. Janet a S. Freud s jeho psychoanalýzou.

Existují dva styly psychoterapie, a to **direktivní a nedirektivní**.

Rozdíl mezi těmito styly tkví v tom, že u **direktivní psychoterapie** psychoterapeut přímo usměrňuje jedince, jeho chování, postoje i myšlení, terapeut zastává roli odborníka, experta, kdežto u **nedirektivní psychoterapie** zaujímá roli průvodce, který spolupracuje s klientem na jeho zakázce. Jako usměrňující činitel v nedirektivní psychoterapii působí jen vzdáleně. Jeho postoj je spíše neutrální povahy a tím přispívá u léčeného k větší slovní či emoční produkci.

Psychoterapii můžeme rozdělit na psychoterapii individuální a psychoterapii skupinovou, která probíhá ve skupinách uměle vytvořených nebo ve skupinách přirozených. (rodinná

terapie, školní třída, svépomocné skupiny). Skupiny uměle vytvořené mohou být jednak uzavřené – nepřibírají další členy, anebo otevřené, u kterých se složení účastníků i jejich počet může měnit.

Neobvyklou formou je také terapeutická komunita, kde psychoterapie pracuje s velkou skupinou.

Cíle každé psychoterapie jsou: odstranit příznaky, vyřešit problém, naučit klienta mít příznak pod kontrolou, změnit postoj klienta k problémům, změnit jeho „životní filozofii“, popřípadě jeho chování a prožívání. Zahrnuje zmírnění pocitu utrpení, zvýšení pocitu pohody, zlepšení sebevědomí (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

2.3.1 Psychoterapie uměním-muzikoterapie

„Poděkuj jednomu srdci, že pro tebe tlouklo, a rozezníš další, která tloukla s ním. To je zákon rezonance, to je hybná síla hudby, lidstva i muzikoterapie.“ (Marie Beníčková, 2017, s.23)

Lidstvo bylo odedávna s hudbou neodmyslitelně spjato. Vždy tomu tak bylo, a nejspíše tomu tak i nadále bude. Účinek hudby je natolik všestranně zaměřený, že působí na člověka bez ohledu na původ, etnickou skupinu, náboženství nebo politickou příslušnost. Hudba odkrývá náš mentální stav, dotýká se naší emocionality i fyzická, umožňuje osobní zakoušení nejen radosti ale i bolesti (Gerlichová, 2021).

Hudba má moc nás aktivovat i zklidnit, záleží především na jejím tempu, dynamice, harmonii ale i melodii a barvě tónů. V hudbě nás také ovlivňují zkušenosti a asociace. Hudba má za následek fyziologické změny, jako je změna rytmu dýchání, krevního tlaku, elektrického odporu kůže, zornic a aktivit v mozku. Při poslechu uklidňující hudby dochází ke zpomalení srdeční činnosti, krevního oběhu i dechu a ke zúžení zornic.

Skladba v rychlém tempu může mít stimulační účinek: zrychlí se srdeční tep, krev proudí rychleji, otevírají se kapiláry, rozšiřují se zornice.

Muzikoterapie je terapeutický obor, jenž využívá hudby k léčebným cílům, ale i k rozvoji osobnosti, zlepšení kvality života či mezilidských vztahů (Gerlichová, 2021).

„Muzikoterapie je profesionální použití hudby a jejích prvků jako intervence ve zdravotnictví, vzdělávání a každodenním prostředí s jedincem, skupinou, rodinou nebo komunitou, která usiluje o optimalizaci kvality jejich života a zlepšení jejich psychického, sociálního, komunikačního, emocionálního a duševního zdraví a pohody. Výzkum, praxe,

vzdělání a školení v klinické muzikoterapii vycházejí z profesionálních standardů v souladu s kulturním, společenským a politickým kontextem.“ (www. Musictheraphyworld.net, 2011)

3 OŠETŘOVATELSTVÍ V PSYCHIATRII

U nelékařských zdravotnických pracovníků se lze podle současné české legislativy setkat s odbornou způsobilostí (např. všeobecná sestra, ergoterapeut) a specializovanou způsobilostí (např. ošetrovatelská péče v psychiatrii, ošetrovatelská péče v pediatrii, intenzivní péče), kterou je možné získat i absolvováním specializačního vzdělávání pod záštitou Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Takto získaná způsobilost není legislativní podmínkou, kterou musí sestra splnit, aby mohla pracovat na psychiatrii, ale vzhledem ke specifickým nárokům oboru je žádoucí (Petr a Marková, 2014).

Mezi činnostmi, které mohou psychiatrické sestry vykonávat se řadí např:

- **Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou**, využívaná v období hrozící dekompenzace psychiatrických pacientů v přirozeném prostředí pacienta. Výkon je indikován právě i pro schizofrenní poruchy.
- **Edukace a reedukace psychiatrickou sestrou**, přičemž se uplatňuje podání kvalitních informací o předepsaných lécích, způsobu užívání léků, možných nežádoucích účincích a jejich případné vysvětlení postupů zmírňujících tyto nežádoucí účinky. (Petr a Marková, 2014)

3.1 Psychiatrická péče v České republice

Psychiatrická péče v ČR je realizována prostřednictvím systému vzájemně spletené sítě služeb, mezi které patří: psychiatrické ambulance, klinicko-psychologické ambulance, lůžková zařízení (psychiatrické nemocnice, kliniky) a zařízení systému komunitní péče.

3.1.1 Ambulantní péče

Může se jednat o místo prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá často dlouhodobí a kontinuální a ambulantní psychiatr zastává roli koordinátora pacientovy péče, provádí ho v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně sociálních služeb.

3.1.2 Lůžková péče

Můžeme ji dělit na akutní a následnou. Akutní lůžková péče poskytuje pomoc bezprostředně po vzniku či zhoršení psychické poruchy. Následná lůžková péče je určena pro nemocné s již nastavenou terapií a ukončeným diagnostickým procesem, jejichž stav neumožňuje

propuštění do domácího ošetřování s podporou komunitních služeb. Mezi zařízení, která poskytují lůžkovou psychiatrickou péči patří např. (psychiatrické nemocnice, oddělení a kliniky) (Petr a Marková, 2014).

3.1.3 Komunitní péče

Komunitní péče v sobě nezahrnuje pouze zařízení poskytující péči, ale i soubor služeb a programů, které si kladou za cíl pomoc lidem s poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života co nejuspokojivějším způsobem, tak aby byly naplněny jejich zdravotní i sociální oblasti. Aby byla naplněna i sociální oblast k užívaným postupům patří i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů a také podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. K sociálním službám patří např. služby na podporu bydlení (komunitní bydlení, chráněné bydlení) (Petr a Marková, 2014).

4 NÁBOŽENSKÝ COPING

Vzhledem k tomu, že velké množství pacientů nedodrží doporučenou léčbu, je velmi důležité zkoumat, co stojí za tímto stavem a jakým způsobem lze zvýšit spolupráci pacientů (*comliance*) při léčbě. Významnou, ne však zcela jednoznačnou roli při spolupráci pacientů v léčbě mohou hrát náboženské a spirituální faktory (Bartůšková, 2021).

Je známo, že náboženství hraje roli v nápomoci zvládnání náročné situace (Jochmannová a Kimplová, 2021).

Mohr a kolektiv (2012) tvrdí, že religiozita a spiritualita u pacientů se schizofrenií je spojená s lepší adherencí k psychiatrické léčbě, což je plně v rozporu s jinými studii tvrdící opak (Bartůšková, 2021).

Náboženský coping se v posledních desetiletích stal středem zájmu amerického psychologa Kennetha Pargamenta, který popsal tři typy vztahu k Bohu:

Sebeřídící (*self-directing*) pro styl jsou příznačné aktivní strategie, přičemž věřící spoléhá především na vlastní iniciativu. Boha v tomto typu můžeme vnímat jako zdroj síly a svobody k řízení vlastního života.

Spolupracující (*collaborating*) styl je charakterizován tendencí svoje rozhodnutí mít v souladu s Boží vůlí, avšak na základě konzultace s Bohem.

Podřízený (*deffering*) styl se nese v duchu plnění vyšší (Boží) vůle, ať již je jakákoliv. Jedinec je zcela pasivní a nechává řízení o svém osudu na Bohu. Efektivita těchto strategií dle slov autorů Jochmannové a Kimplové a kolektivu (2021) je závislá na typu řešeného problému. Jestliže se jedinec nachází v problému, který může svým úsilím změnit, je obvykle nejvhodnější **sebeřídící** strategie. Pokud jde však o situace vůlí nezávislé na jedinci, pak bývá přijatelné využít **spolupracujícího** či **podřízeného** stylu.

Pargament popsal pět základních typů copingových strategií zaměřujících se na:

1. Nalezení smyslu či významu: hledání kladného smyslu událostí
2. Kontrolu situace: kooperace s Bohem či prosba o přímé zasáhnutí
3. Získání útěchy u Boha: zaměření se na náboženské aktivity či naopak nespokojenost ve víře a spiritualitě
4. Přiblížení se druhým a Bohu: hledání opory u Boha či ostatních věřících či přehodnocení těchto vztahů

5. Životní přeměnu: hledání víry anebo odpuštění

Každý z těchto pěti typů tvoří dílčí copingové strategie. Nesmíme opomenout, že tyto typy sebou nesou jak pozitivní, tak i negativní coping (Jochmannová a Kimplová, 2021).

Míra významnosti religiozity a spirituality v životě konkrétního člověka a také vnímání role religiozity a spirituality jako pozitivní či negativní, je zcela individuální, a záleží na jeho nadhledu k nemoci, a proto se nedoporučuje obecný přístup aplikace spirituality do léčby.

Pokud je náboženská interpretace světa i sebe pozitivní, tedy laskavá a velkorysá, pak je spiritualita zdrojem zdravého copingu (Bartůšková, 2021).

5 RELAPS

Relaps je, podle autorů Onitsuka a Hirano a kolektivu (2022), hlavní překážkou k uzdravení se ze schizofrenie. Přerušování léčby je nejvíce kritickým faktorem k znovupropuknutí schizofrenie.

Při přerušování léčby, spojené s akutním psychotickým vzplanutím, může dojít k vážným důsledkům v podobě rizika sebepoškozování, ohrožení osobních vztahů, ztráty zaměstnání a ukončení studia (Emsley et al., 2013).

K předejití relapsu a k dosažení možného uzdravení můžeme dojít za pomoci farmakoterapie, ale i širokou škálou psychologických a sociálních terapií.

Psychologická léčba neboli psychoedukace podporuje kognitivní změny v myšlení, prožívání a chování. Zahrnuje specializované psychoterapie jako například kognitivně – behaviorální terapie a psychoterapie (Onitsuka et al., 2022).

Třetím pilířem k uzdravení ze schizofrenie je dlouhodobá intervence, díky které uhlídáme časné varovné příznaky. Podobně jako diabetik kontroluje svou hladinu glykémie, tak i schizofrenik může monitorovat výskyt časných varovných příznaků s pomocí programu ITAREPS (Bankovská Motlová a Španiel, 2017).

Program ITAREPS:

Tento program se skládá z desetibodového dotazníku časných varovných příznaků, které vyplní pacient a jeho rodinný příslušník každý týden ve čtvrtek. Tento den dojde účastníkům ITAREPS v podobě SMS výzvy. Pomocí otázek v dotazníku ITAREPS, můžeme zjistit, zda se časné varovné příznaky od posledního vyplnění minulý týden buďto nově objevily nebo zda došlo ke zhoršení příznaků. Vyplnění dotazníku trvá přibližně pět minut. SMS v podobě deseti čísel účastník odešle zpět ITARPSu, který vyhodnotí zda, se u pacienta neobjevily časné varovné příznaky. Když k tomu dojde, ITAREPS zašle automaticky varovnou zprávu do e-mailové pošty ošetřujícího ambulantního psychiatra, který dotyčnému zvýší dočasně medikaci. (Španiel 2006)

6 STIGMATIZACE

O stigmatizaci a diskriminaci lze říct, že má často horší dopad na kvalitu života než samotné duševní onemocnění (Winkler a Müller, 2019).

6.1 Stigma

Slovo „stigma“ znamená stopu, znak, odchylku od reality, která nese svědectví (Ocisková a Praško, 2015).

Termín má své kořeny v antickém Řecku, a sloužil jako označení otroků a kriminálních, kterým bylo zapotřebí se vyhýbat.

Podle tohoto „cejchu“ společnost dotyčného vylučovala ze svého okolí (Winkler a Müller, 2019).

6.2 Důsledky stigmatizace rodin lidí se schizofrenií

Negativní dopady stigmatizace se nedotýkají pouze lidí s duševním onemocněním, ale i jejich rodin. V důsledku studu, který rodiny provází, může dojít až k situacím, kdy rodina sebe či svého příslušníka s duševním onemocněním snaží skrývat před zraky veřejnosti (Winkler a Müller, 2019).

Problém může eskalovat až do takové míry, že svého člena odrazují od léčby na psychiatrii, jelikož mají zažitě, že kdo se léčí na psychiatrii je „blázen“.

Rodina se obává, že tento „cejch“ nedostane jenom její postižený člen, ale i celá rodina.

Rodina často jedinci domlouvá, aby se vzchopil, nebo v opačném případě mu ochranně pomáhá v oblastech, kde má pacient strach. Například za něj vyřizují věci na úřadech. Tyto dva extrémy ovšem zpevňují příznaky poruchy (Ocisková a Praško, 2015).

Podle autorů Winklera a Müllera (2019) si rodiče často kladou za vinu, že se u jejich dcery či syna propuklo duševní onemocnění.

6.3 Boj proti stigmatizaci

Pro většinu jedinců s diagnózou schizofrenie je nutností vypořádat s nějakou formou stigmatizace. Stigmatizace je ovlivněna tím, jak ji chápe veřejnost. Ta má svůj pohled

zkreslený nedostatkem znalostí, předsudky a diskriminujícím chováním (Škoda, 2016). V boji proti této situaci se dle autorů Winklera a Müllera (2019) osvědčily dva elementy.

Prvním je účast jedince s duševním onemocněním v destigmatizačních aktivitách.

Účastí se rozumí přinést osobní zkušenost před posluchače, které tak může vidět člověka, který na první pohled se neodlišuje od ostatních lidí, prožívá stejné radosti, starosti, ale jako přidanou hodnotu si prošel či prochází zkušeností s duševním onemocněním.

Tato osoba se může stát efektivním zdrojem, jak nabourat stereotypy a předsudky vztahující se k duševním onemocněním.

Účast člověka s duševním onemocněním může mít různé formy, od kontaktní kampaně na veřejnosti přes besedu až po kontakt zprostředkovaný skrze masová média, kdy efektivní jsou také např. krátká videa, kde člověk s duševním onemocněním vystupuje.

Druhým elementem v boji proti stigmatizaci je systematické a dlouhodobé úsilí. Zejména v podobě celonárodních destigmatizačních programů, které fungují po celém světě. Ať už program (Like Minds, Like Mine) na Novém Zélandu či program v Nizozemí (Strong Together Against Stigma). Všechny programy jsou sdruženy v Global Anti-Stigma Alliance (GASA) a jejich ředitelé spolu s vybranými spolupracovníky se každoročně scházejí, aby si vyměnili zkušenosti, poznatky a know-how o postupech, které se v praxi osvědčily (Winkler a Müller, 2019).

6.4 Boj proti stigmatizaci v České republice

V boji proti stigmatizaci v České republice stojí iniciativa Na rovinu, která je supervidována předními zahraničními experty, jako je sir Graham Thornicroft, a také se stala plnohodnotným členem mezinárodní organizace GASA.

Iniciativa Na rovinu v současné době pracuje s šesti cílovými skupinami, v první řadě lidé s duševním onemocněním, jejich rodinní příslušníci, sociální pracovníci, zdravotní pracovníci, veřejná správa a komunity v okolí vzniklých center duševního zdraví. Od roku 2020 do roku 2030 se plánuje rozšíření skupin o média a žurnalisty, pracovníky ve školství, policii, hasiče, pracovníky ve vězeňství a další skupiny. Tyto programy uskutečněné v rámci iniciativy Na rovinu jsou pečlivě aktualizovány (Winkler a Müller, 2019).

7 MÝTY SPOJENÉ S ONEMOCNĚNÍM SCHIZOFRENIE

Stejně jako stigmatizace a často i nepřijetí rodiny se mylné představy o schizofrenii mohou negativně podepsat na kvalitě života lidí trpící touto nemocí. Pro veřejnost je toto onemocnění opředeno mylnými představami už od pradávna, proto si uvedeme alespoň některé běžné mýty, které bývají mnohdy zesílené filmovým průmyslem, jenž v boji proti mýtům spojeným se schizofrenií přilévá do ohně a v konečném důsledku může lidi trpící schizofrenií více poškodit.

7.1 Lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční, proto by měli být v ústavu

Častým mýtem, se kterým se můžeme setkat, je představa, že schizofrenik rovná se automaticky hrozba pro okolí. Představujeme si schizofrenika jako agresivního jedince, který je nebezpečný pro sebe i své okolí. Násilné chování a další příznaky schizofrenie jsou ve většině případů dobře zvládnutelné vhodnou léčbou a podpůrnými organizacemi. Proto u většiny lidí trpící touto nemocí není nutná léčba v ústavním zařízení. Nemocní se mohou bezproblémově zapojit do společnosti. Lidi trpící schizofrenií můžeme často potkávat v běžném životě kolem nás a nemusíme o jejich nemoci vůbec vědět.

Jak uvádí, autoři Probstová a Pěč (2014), riziko násilného činu se zvyšuje se schizofrenií při současně se vyskytující závislosti na návykových látkách.

7.2 Schizofrenie je onemocnění, při kterém dochází k rozštěpení/rozdvojení osobnosti

Když si slovo schizofrenie přeložíme z řeckého „schizein“ (rozštěpit) a „fren“ (mysl) dostaneme rozštěpená mysl, což je zavádějící pojem, jelikož tento pojem byl dán jednomu z příznaků schizofrenie, a to halucinaci, při které lidi se schizofrenií mohou zažívat „odštěpení“ od reality. Nicméně většina z nás má dojem, že to ve skutečnosti znamená „rozštěpená“ osobnost, tedy být několika osobami, což je vlastní disociativní poruše identity a ne schizofrenii. Navíc pojem „schizofrenní“ se v médiích používá ve významu situace se dvěma póly, což nám evokuje zase rozdvojenou mysl, či člověka.

7.3 U schizofrenie dochází k úpadku inteligence

Zdárným příkladem, který tento mýt vyvrací, je držitel Nobelovy ceny za ekonomii John Nash, který touto nemocí trpěl celý život, a přesto dokázal vyučovat matematiku na prestižní škole. Můžeme ho znát z amerického filmu *Čistá duše*, kde jeho postava hraje hlavní roli. Hlavním motivem filmu jsou jeho matematické schopnosti v souboji s jeho nemocí.

8 POJEM KVALITA ŽIVOTA

Podle WHO můžeme kvalitu života definovat jako: „*Subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře a k systému hodnot, ve kterých daný člověk žije, a také ve vztahu ke svým cílům, očekáváním a starostem*“.

Co si můžeme představit pod pojmem *kvalita*? Autor Křivohlavý, 2002 odvozuje z etymologického slovníku následovně: slovo „*kvalita*“ je z latinského základu „*qualitas*“ – *kvalita* – či „*qualis*“ – jaký, kvalitou se tedy rozumí „*jakost, hodnota*“, která může být obecně dobrá, prvotřídní nebo naopak špatná.

Tuto jakost či hodnotu Tokarová (2002) vymezuje následujícím způsobem.

1. Jako normativní kategorii (na vyjádření žádoucí, požadované, optimální úrovně nebo stupně, přibližující se k očekáváním, potřebám či představám jednotlivců nebo skupin.
2. Jako všeobecný výraz na označení specifických charakteristik, vlastností, atributů, kterými se daný objekt odlišuje od objektů jiných, bez zdůrazňování míry uspokojení určitých potřeb.

Kvalita je relativní kategorií, ne absolutní, jelikož je vyjádřena kvalitativními (odpovídá hodnotovému systému toho, kdo ji posuzuje) a kvantitativními (objektivními, měřitelnými) indikátory (Veenhoven 2000).

S pojmem „*kvalita*“ se pojí proces hodnocení, ve kterém je důležité si vymezit na jaký druh hodnocení je *kvalita* zaměřená. Musíme určit jeho předmět a také normu (standart), se kterou je předmět porovnáván (Veenhoven 2000).

A protože je v případě *kvality života* předmětem hodnocení život, je proto vhodné zodpovědět si základní otázku jako autorka Gurková (2011): „*Kvalitu, jakého života hodnotíme?*“

Častým objektem hodnocení je individuální život, který bychom neměli chápat jen v úzkém významu biologické existence, jako antonymum smrti, ale jako pojem, který v sobě zahrnuje všechny oblasti jeho činnosti (rodinný, společenský, pracovní a citový život).

Kromě života jednotlivce může být předmětem hodnocení život skupiny např. *kvalita života* s duševním onemocněním.

V odborném jazyce se můžeme setkat s termínem kvality života v kontextu pozitivních i negativních aspektů života.

8.1 Kvalita života pacientů se schizofrenií

Schizofrenie jako ostatní chronické nemoci významně ovlivňuje kvalitu života jedince, proto je nutné dát si za cíl zlepšení kvality života. Kvalita života, jak ji známe, zahrnuje více rozměrů, jejichž součástí je celková osobní spokojenost s jeho/jejím životem, obecná pohoda, pocit zdraví, sociální a materiální zabezpečení, spokojenost se svým sociálním a zdravotním statusem. Součástí léčby je poskytování holistické péče, nastavení terapeutických cílů, které se odvíjí od pacientových individuálních zdravotních potřeb (Elegbede et al., 2019).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

9 METODIKA PRÁCE

V této kapitole uvedeme informace o tématu praktické části bakalářské práce, mezi něž patří popsání metodiky, stanovení cílů práce a hlavní výzkumné otázky a také popis klíčové metody – zakotvené teorie, která se stala stavebním kamenem této práce.

Pro praktickou část této práce se nejvíc hodilo kvalitativní pojetí, neboť podstata výzkumného vzorku k tomu sama vybízí. V teoretické části se zaměříme na to, jak je ovlivněna kvalita života s onemocněním schizofrenie, jaké faktory v ní hrají roli. K tomu nám právě kvalitativní pojetí, lépe umožní pochopit podstatu tohoto zkoumaného jevu pomocí reflexe jedinců a jejich života.

Dle definice významného metodologa Creswella (1998) je kvalitativní výzkum: „*Proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Creswell, 1998, s.12)

Kvalitativní výzkum se provádí proniknutím do situací jedince či skupiny jedinců, kdy si stanovíme výzkumné otázky, které v případě kvalitativního výzkumu můžeme modifikovat či doplňovat v průběhu výzkumu, jelikož je, dle autora Hendla (2016), považován kvalitativní výzkum za emergentní či pružný.

9.1 Hlavní cíl, výzkumné otázky

Cílem tohoto výzkumu je porozumět lidem se schizofrenií jakým způsobem se nemoc dotkla jejich života, jak tuto změnu přijali oni samotní, ale třeba i rodina a blízcí. Jedná se o vhled, který slouží k lepšímu pochopení života lidí, kteří onemocněli schizofrenií, pomocí subjektivního zhodnocení kvality jejich života.

Hlavní výzkumná otázka jde ruku v ruce s výzkumným cílem a zní takto: „***Jak vnímají kvalitu života lidé trpící schizofrenií?***“ Také se mi na základě zhodnocení jednotlivých rozhovorů s participanty vyvstala nová otázka ve znění: „***Jak nahlíží rodina a přátelé na schizofrenii?***“

Častým prvkem, který je při sběru dat využíván je polostrukturovaný rozhovor, pro jehož volbu jsem se rozhodla i z důvodů možnosti pružně reagovat na subjekt a jeho specifika.

První fází byla u zakotvené teorie tvorba konceptů otevřeného kódování, jejichž cílem je postupně vytvořit pojmy, pro které je příznačná „esence“ konkrétních analyzovaných událostí či jevů. Pojmy jsou samy o sobě abstraktní, protože vyjadřují myšlenku, princip či zkušenost. *„Každou významovou jednotku vyznačíme v textu a poté stručně pojmenujeme (podle vžitě terminologie „okódujeme“). Kód by měl výstižně shrnout podstatu významové jednotky tak, jak jí jako výzkumníci v danou chvíli rozumíme.“*

(Řiháček a Hytych, 2013, s. 48)

Volbou by mělo být jednoslovné či několikaslovné pojmenování, tedy kód, kterým můžeme nalezenou „uchopit“ či „manipulovat“ s ní (třídít, porovnávat, slučovat s jinými kódy, či rozdělovat) (Řiháček a Hytych, 2013).

9.2 Technika sběru dat

Výzkum byl proveden metodou kvalitativního šetření s technikou sběru dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Vyhledávání výzkumného vzorku probíhalo od března do dubna 2023 s tím, že jsem i přes slíbenou pomoc kamarádky, která by mi domluvila návštěvu u její maminky pracující v jednom z Center duševního zdraví si participanty našla sama přes různá sdružení lidí se schizofrenií, připadalo mi to jako lepší varianta. Dokonce mě sami participanté oslovili, že se se mnou chtějí podělit o svůj příběh. Participanté byli informováni o tom, že to bude součástí bakalářské práce, a že vše bude v anonymitě. I přes to, že se to dotýká velice citlivého tématu, tak jeden participant chtěl jeden participant vést rozhovor v salóнку kavárny a nevadila mu občasná návštěva v podobě obsluhy. S některými jsem svažovala rozhovory také online cestou a někteří souhlasily. Původně se mi nabídlo 7 participantů, ale řada z nich si to z různých důvodů rozmyslela, a taky došlo u jednoho participanta k hospitalizaci, kde bez možnosti vycházek nebylo možné vést rozhovor ani online cestou kvůli zachování soukromí. Tito čtyři participanté splňovali podmínku pro rozhovor, a to diagnostikovanou schizofrenií. Co se týče pohlaví tak mám rovnoměrně zastoupeny jak muže, tak ženy. Najít vhodné respondenty bylo docela složité z důvodů citlivého tématu, ale naopak někteří projevili vůli vyličit jejich životní příběh. Jeden z participantů už dříve vypomáhal studentkám s jejich ročníkovou prací, a dokonce mu vyšel zajímavý článek v časopise o psychologii. O dalším participantovi mohu říct, že mu bylo nabídnuto, aby pracoval v projektu PEER. Z důvodů zachování anonymity jsem zvolila místo jména pouze oslovení: participantka, číslo od jedničky po čtyřku.

Pro participantky byl vytvořen okruh 28 otázek:

1. Kdy se u Vás onemocnění poprvé objevilo a jak?
2. Jaký druh schizofrenie byl u Vás diagnostikován?
3. Jak se u Vás schizofrenie projevuje?
4. Jak nemoc ovlivnila Vaše každodenní pocity, každodenní život?
5. Jak vnímáte sebe před tím, než jste onemocněl/a nemocí schizofrenií?
6. Myslíte si, že je těžké se s touto nemocí začlenit do běžného života a proč?
7. Podstupujete léčbu tím, že navštěvujete pravidelně psychiatra nebo psychologa?
8. Dostáváte nebo dostával/a jste od psychologa či psychiatra takovou pomoc jakou potřebujete?
9. Berete pravidelně naordinovanou medikaci?
10. Jakým způsobem na Vás účinkují léky, které užíváte?
11. V čem je jejich působení dobré?
12. Objevily se u Vás nějaké nežádoucí účinky během brání léků? A jaké?
13. Jakou roli sehrála sestra v rámci edukace o nežádoucích účincích léků?
14. Jaké služby pro lidi s tímto onemocněním navštěvujete? (Např. Centrum sociálně rehabilitačních služeb, Centrum duševního zdraví)
15. Chodil/a jste v minulosti nebo chodíte v současné době na psychoterapii, pokud ano, jaký pro Vás má pozitivní účinek?
16. Ví Vaše okolí, že máte tuto diagnózu a sdělujete svým novým kamarádům tuto skutečnost?
17. Má rodina pochopení pro Vaši nemoc?
18. Kterého člena ve své rodině považujete za největší oporu během a po onemocnění?
19. Jakým způsobem Vám pomohl?
20. Jak Vás rodina vnímá před a po vypuknutí nemoci?
21. Jakým způsobem vnímáte podporu od svých přátel a okolí?
22. Setkal/a jste se s veřejnými předsudky či formou diskriminace během tohoto onemocnění, pokud ano, jak probíhala?

23. Cítil/a jste někdy sám/a u sebe pocit studu a vyhýbání se ostatním, jak se to u Vás projevovalo?
24. Setkal/a jste se někdy ve svém okolí s názorem, že jste pro okolí nebezpečný/á, je-li tomu tak, uveďte příklad.
25. Máte nějakou strategii na zvládnání této nemoci.
26. Považujete se za věřícího, pokud ano, co pro Vás víra znamená, pomáhá Vám nějak ve zvládnání Vaší situaci a nemoci?
27. Máte dojem, že jsou některé Vaše životní potřeby nenaplněny, pokud ano, jaké?
28. Co by Vám pomohlo v jejich naplnění?

10 INTERPRETACE A ANALÝZA VÝZKUMU

10.1 „Z mého pohledu se začaly dít divné věci“

První okruh otázek se dotýká velmi citlivého tématu, a to kdy se u participantů poprvé projevila schizofrenie a jakým způsobem. Nutno podotknout, že všichni participanté měli diagnostikovanou paranoidní schizofrenii. Jelikož je schizofrenie heterogenní nemoc, projevy jsou u každého jedince odlišné. U **participantky č. 3** propuklo onemocnění poprvé před 6 lety a jejími slovy: „*Propuklo tak, že jsem měla pocit pronásledování.*“

U **participanta č. 4** se první příznaky projevily v létě roku 2015. „*Z mého pohledu se začaly dít divné věci. Šlo o bludy, díky kterým jsem si myslel, že mě celý svět sleduje a kuje proti mně pikle. Zjevně jsem měl i halucinace, taky rozpolcené a intenzivní emoce.*“

Participant č. 2 se k otázce vyjádřil následovně: „*No tak poprvé se objevilo ještě jsem vlastně nevěděl, že by to mohla být schizofrenie, protože jsem se s tím termínem teda setkal, dost mě to vystrašilo vlastně, co jsem si pod tím představoval, ale to, že jako mi začínala jsem vůbec netušil, protože jsem nevěděl jak se projevuje, nevěděl jsem ty projevy a první kdy mi to diagnostikovali poprvé to bylo v roce 2000, na konci roku 2000 a začalo to zhruba tím, že teda jsem odmítal vojenskou službu měl jsem nějaké příznaky té schizofrenie, psycholog mi nabídl léčbu a já jsem ji přijal, ale za těch okolností, že bych nemusel na vojnu tak bych do té léčebny nikdy nešel, takže takhle to začlo vlastně.*“

U **participantky č. 1** se onemocnění schizofrenie poprvé objevilo před třemi lety a její odpověď zní: „*Poprvé to bylo úplně že jsem propadla do deprese a potom jsem začínala slyšet hlasy.*“

10.2 Nemoc sta tváří

Jak uvádí Orel ve své publikaci, schizofrenie je “nemocí sta tváří“, a na otázku, jak se u nich schizofrenie projevuje se mi dostalo rozličných odpovědí.

Participantka č. 1 uvádí: „*Já celkově celou dobu jsem slyšela nebo i slyším hlasy a v době atak, tak jsem byla paranoidní, že po mě jede FBI a takové věci.*“ Na doptání, zda se to nezhoršovalo při sledování médií participantka dodala: „*Jo ideálně na nějakou kriminálku tak to zhoršilo, jakože taky po mně taky někdo jde.*“

S pocity pronásledování se můžeme setkat i u **participantky č. 3**, u které se nemoc projevovala následovně: „*Pocitem pronásledováním a vidím i barvy, pocit, že mě chce někdo*

otrávit, že mě někdo chce otrávit jídlo i pití, a dokonce jsem měla i pocit, že mě chtěl někdo otrávit přes noc plynem jedovatým, jako uspávacím.“

Se svými projevy nemoci se svěřil i **participant č. 2**, a to následovně: *„No tak na začátku to bylo tím, že jsem měl teda utkvělou představu nebo myšlenku o tom, že mám zvadlý dech, a to trvalo několik let, nemoh jsem se toho zbavit, to byla prostě představa, která mě držela. Moc jsem nemluvil, byl jsem prostě strašně málomluvnej, to byl vlastně ten první příznak, pak to byla nějaká vztahovačnost, že teda jsem si myslel, že všechen hovor se točí kolem mě a kolem toho myho problému. Potom začly nějaký takový čichový vjemy jako sladký sladký vůně, což se u nás teda jako považuje za příznak schizofrenie, že to je čichová halucinace, potom to byly i nějaký takový zrakový halucinace typu, že jsem viděl záblesky světla ve velikosti jiskry, ale možná, že je to něco podobného jako když se člověk dívá na modrou oblohu, tak tam vidí takový ty mžitky, vždycky, každej člověk a já mám dojem, že to byly ty mžitky jakoby ve větším, že se mi objevovaly, na moment se mi objevila ta jiskra různé barvy a pak zase zmizela. Takže tohle to bylo na tom počátku a potom skrz ty léčby mám třeba takový podezření, že spíš mi ty léčebny ublížily, nebo že, jak kdybych tam nasál tu nemoc trochu, tak jsem začal mít i bludy. Začal jsem mít hlasy, a to je asi zhruba tak všechno. Ztráta vůle u mě ještě byla a potom nevím, jak moc to souvisí přímo s tou nemocí, ale ještě jsem začal mít disociační poruchy pohybu. To znamená, že mozek chtěl, nebo vůle chtěla, ale to tělo vlastně nemělo spojení, nebo ten mozek neměl spojení s tím tělem, že vlastně, jediný, co po pěti minutách to dokázalo přerušit bylo třeba potřeba jít na malou stranu.“*

U **participanta č. 4** dostala nemoc zase úplně jinou podobu a na otázku, jak se u něho projevuje, odpověděl: *„Především bludy, a rozdvojenými, intenzivními emocemi, které se navíc každou chvíli měnili. V menší míře jsem pak míval halucinace, ale těch jsem si ani nebyl vědom – u většiny mám akorát podezření (zrakové halucinace). Měl jsem i tělesné projevy jako třes, ale i něco jako tělesné halucinace, nebo jak bych to nazval, při kterých jsem měl pocit mučení – jinak nepopsatelný zážitek. Pak taky určitě změněné chování – v první atace jsem byl velmi vyděšený, protože jsem si kolikrát myslel, že mě někdo zabije apod., ovšem další ataky už jsem bral odhodláním, jako jakýsi experiment, kdy jsem je chtěl prožívat. To je velmi nezvyklé, ale schizofrenie mě opravdu zaujala a chtěl jsem jí „prozkoumat“.“*

10.3 „Nemůžu žít život naplno“

Že schizofrenie zasahuje do všech oblastí života, o tom není pochyb a na otázku, jak nemoc ovlivňuje vaše každodenní pocity a život, se mi dostalo různých odpovědí.

Odpovědi u obou participantek se nesly v duchu pocitů, že nemůžou žít život naplno a že neprožívají takovou radost. Tady jsou jejich odpovědi:

„Nemoc mě ovlivnila tak, že vlastně beru léky, po kterých jsem utlumená a nemůžu žít život naplno. Projevuje se to tím, že jsem vlastně taková otupělá, hodně unavená a nemám radost ze života.“, svěřila se se svými pocity **participantka č. 3**.

„Docela dost, protože vlastně současně s tím se dostávám i do deprese z těch hlasů, takže vlastně od té doby myslím, že nedokážu tak prožívat radost.“, sdělila **participantka č. 1**.

O tom, jaký schizofrenie a hospitalizace spojená s ní, vrhá stín na nemocného, který se kvůli tomu může cítit stigmatizován nám uvede **participant č. 2**:

„Nevím, jestli to je přímo jenom ta nemoc ono to s tím souvisí více věci jako že třeba člověk je vlastně dneska se tomu říká stigmatizovaněj. Ale tím že teda musel podstoupit nějakou psychiatrickou léčbu tak to jako v očích mnohých lidí jako nepůsobí už tohle to samo o sobě dobře, protože většinou ti lidi to považují za něco zdeformovaného něco jako skoro až šerednýho ta nemoc je ještě navíc hrozná ve své podstatě takže najednou je člověk tak trochu někdo jinej má jinou pozici už to není ten zdravý jedinec jakože takový ten s kterým se dá kamarádit normálně ale už jakoby si člověk dává pozor vlastně na to o čem mluvit a takže si myslím že teda jsem ztratil kamarády a nebo aspoň jako ten blízký kontakt taky možná že to ovlivnilo trochu rodinu, že přece jenom nechtěli se starat o dospělýho, kterej by už měl jít do práce apod. jako víst svůj normální život samozřejmě že ta nemoc mě ovlivnila taky v tom že jsem měl najednou užší pole jakoby svobody nebo působnosti není si člověk takovej sebejistej. Už jenom to že mně tehdy bylo dvacet a chtěl jsem začít nákej i partnerský život, tak tohle to prostě hodně člověka sejme. Plus se zaměstnáním je to horší. Pokud člověk nemá invalidní důchod tak je to možná ještě snazší trochu stejně není, protože ty prášky kolikrát jsou takový omezující, takže jako i na výkon vlastně pracovní hodně i na pozornost, a tak různě takže to je to asi nejzákladnější. Jakože takovej ten společenský kontakt je omezenej a pracovní podmínky teda pracovní možnosti jsou menší navíc, teda jsem kvůli tomu nedostudoval vysokou, že jo, takže s gymnáziem jsem byl takový, takový nic v podstatě, no to je asi ten základ.“

Z této výpovědi je patrné, že doprovodným fenoménem schizofrenie je často ztráta předchozích kamarádů a jiné nahlížení na osoby se schizofrenií, a to vše se může podepsat na kvalitě jedincova života.

Participant č. 4 na otázku, jak nemoc ovlivnila jeho každodenní pocity, každodenní život odpověděl:

„Myslím, že dnes už mě tolik neovlivňuje, ale to je asi opravdu jen mé zdání, hlavně proto, že jsem už dlouhou dobu nezažil žádnou ataku (dřív jsem měl minimálně jednu ročně). Kdysi to byli už jen základní problémy, jako normálně fungovat – pracovat, uklízet, dbát o sebe, dodržovat řád atd.“

10.4 „Byl jsem docela úspěšnej ve své generaci“

Pomocí vzhledu participantů ke svému životu, který vedli před tím, než onemocněli schizofrenií, dostaneme obraz toho, jak moc schizofrenie zasahuje do života jedinců a k jak velkým zvrátům v jejich životě došlo.

Participant č. 2 na otázku, jak vnímá sebe před onemocněním schizofrenie odpovídá:

„No tak předtím jsem byl docela úspěšnej ve své generaci, protože jsem byl takovej trošku univerzální, maturitu jsem měl se samejma jedničkama takže vlastně dobrej vklad, hodně jsem sportoval hrál jsem fotbal závodně v sedmnácti jako dorostenec jsem hrál za muže, chodil jsem do přírody často začínal jsem něco s tím duchovnem s takovým tím indickým defacto, zajímala mě taky filozofie chvílku před tím. Měl jsem spoustu kamarádů a v podstatě jako jsem neměl žádněj výraznej problém žádněj takovej jako v těch osmnácti, devatenácti.“

Participantka č. 3 sebe charakterizuje: *„Jako radostnou, veselou, aktivní a usměvavou. Byla jsem společenská spíš méně, ale normálně mezi lidí jsem chodila, přátelé jsem měla.“*

Naopak **Participant č. 4** by sebe popsal jako: *„Člověka s velmi negativním myšlením. Snadno podléhající frustracím a posléze i depresím.“*

„Předtím jsem byla většinou společenský člověk teďko od té doby, co ji mám se spíš straním lidí a jsem taková uzavřená a nic moc mě netěší.“, svěčila se **Participantka č. 1**.

10.5 „Lidi jsou pořád málo vzdělanými“

Na otázku, jestli je těžké se s touto nemocí začlenit do běžného života a proč, odpověděla **participantka č. 1**: *„Je to těžké hlavně z toho důvodu, že lidi jsou pořád málo vzdělanými mi přijde a myslí si o nás, že jsme blázni a z toho důvodu, tak. To je asi jedinej důvod no.“*

A dala podnět k výzkumné otázce, **zda a do jaké míry může okolní nevědomost, která panuje okolo schizofrenie, ovlivňovat začlenění schizofreniků do běžného života.**

Všichni participantů se shodli v tom, že začlenění do běžného života je těžké, své o tom ví **participant č. 4**, který tvrdí, že to pro něj je relativně těžké, hlavně pak když je člověk těžký schizofrenik, kterého už jeho slovy: „*Zachráni jen ústav*“. Podle jeho slov naštěstí patří mezi první skupinu schizofreniků, která je na tom poměrně dobře. A dodává: „*Obecně myslím, že největší problém mám v běžném životě, s přijetím ostatních, i když vlastně nemusejí vědět, že jsem schizofrenik, což má dopad především na sociální život. V tom pracovním, je to jakási neschopnost se na práci soustředit, nebo něco podobného, ale právě to je u mě v poslední době lepší. Pro mě je horší ten sociální aspekt.*“

U **participantky č. 3**, která si myslí, že začlenění do běžného života je těžké, protože člověk bere léky, ale převládá naděje, která se skýrá v tom, že: „*Když je schopen prostě se s tím naučit žít, tak to není těžký.*“ A dokonce dodala, že se zpátky těší do práce.

Participant č. 2 subjektivně posuzuje svoji situaci následovně: „*No to je právě že otázka toho času kolem toho roku 2000 tak ta doba byla trošku jiná a jednoduchý to teda nebylo, protože mi s tím nikdo nepomohl, kdyby mi někdo pomohl nějakým způsobem, nedokážu si to přesně představit tak si myslím, že by to možný bylo, ale v podmínkách, ve kterých jsem byl a ve městě, ve kterém jsem žil tak jsem nedokázal pochopit jakoby tu šanci, jestli tam nějaká byla, tak jsem ji prostě neviděl. Takže to bylo hodně takový, hodně těžký.*“

Pak se mu situace změnila k lepšímu když: „*Jsem začal dělat na LDN sanitáře, tak jsem vlastně nezaznamenal, že by přede mnou někdo měl něco proti tomu, že se něco děje, nikdo to nenaznačoval, že bych byl nějaký méněcenný a podobně.*“

10.6 Návštěva psychologa a psychiatra

Další okruh otázek se týkal toho, zda participantů navštěvují pravidelně psychologa a psychiatra a zda od nich dostávají takovou pomoc jakou potřebují.

Respondentka č. 1 navštěvuje oba a na doptání, který ji víc vyhovuje dodala, že z větší části psychiatr, díky tomu, že předepisuje léky, bez kterých by nefungovala. A na to, zda návštěvy psychologa a psychiatra naplňují její potřeby odpověděla u psychologa kladně a hlavním důvodem bylo, že ji odkázal třeba na Centra duševního zdraví, a to pro ni bylo dostačující. Psychiatr pak většinou řešil až ty hospitalizace.

„No v současnosti to tak je, ale myslím si, že v minulosti během těch 23 let to úplně takto nebylo. Občas, měl jsem období, kdy jsem k doktorovi nechodil, ale momentálně je to pravidelně.“ Uvedl **respondent č. 2**, zároveň z jeho následující výpovědi je patrný posun v oblasti psychoterapie a zařízeních pro tyto nemocné, které dalo by se říct odpovídá jeho potřebám. Ovšem v minulosti tomu tak nebylo:

„No dřív to s tou pomocí to bylo takový trošku horší, protože teďka jsou nově ty Centra duševního zdraví plus ještě teda si myslím, že je velká naděje v tom, co se jmenuje otevřený dialog a začínají také vznikat Soterie u nás t oje druh zařízení, který je spíš domácího typu, není to domácí léčba, ale je to zařízení, který není takový to ústavní, ale je to spíš domácího typu. Myslím si, že jsem úplně nedostával, co jsem potřeboval, protože si myslím, že to šlo víst jinudy a jestli dostávám v současnosti, je to lepší, ale pořád ještě to není takový jako stoprocentní, ale je to výrazně lepší si myslím, že se to kousek posunulo.“

O tom, že se návštěvy psychologa a psychiatra vyplatí nasvědčuje výpověď, ve které je patrná spokojenost **respondenta č. 4**: „Ano, každý měsíc chodím na injekce, a z toho jednou za dva měsíce na kontrolu. Psychologa jsem už měl dvakrát, a zase o něm uvažuji.“

Ano, s psychiatrem jsem spokojený.

Respondentka č. 3 psychiatra navštěvuje každý měsíc a chodí tam i na depotní injekce. A na otázku, zda návštěva psychiatra odpovídá jejím potřebám, volila neutrální odpověď:

„Já si myslím, že tak nějak asi přiměřenou. V rámci těch možností, co ten psychiatr může nabídnout ano.“

10.7 Medikace

Dalším okruhem, který jsem s participanty otevřela bylo dotazování na medikaci, jestli ji pravidelně berou, jakým způsobem na ně účinkují a v čem si myslí, že je jejich působení dobré.

Participant č. 2 se svěřil, že v minulosti léky hodně odmítal kvůli jejich vedlejším účinkům a taky díky tomu, že dělal duchovní jógu (Sahadža jóga): „Tak ta Sahadža jóga mi hodně pomohla, že mě neužívání těch léků vůbec, vůbec prostě nezhoršovalo ten můj stav a i když jsem pracoval na LDN a nebral jsem tu medikaci, tak jsem s tím za celý tři roky neměl žádný problémy, žádný příznaky, nic takovýho.“ A velice kladné stanovisko zaujal k depotním injekcím: „Depotní injekce to je po těch 23 letech první lék, který mám pocit, že mi sedí, že

s ním nemám skoro žádný omezení. A že bych sem si jako skoro mohl myslet, že to je snad placebo, protože necítím žádný vedlejší účinky, anebo že, to prostě nedokážu rozlišit. Asi tak. Právě že nemají žádné vedlejší účinky, kterých bych si všiml. Neomezuje to na aktivitě, neomezuje to na vůli, nemám žádný prostě divný pocity nebo, snad ani tu emocionální oploštělost možná nemám. Cítím se relativně jako normálně, jako běžně.“

Z této výpovědi nám vyvstává další výzkumná otázka, **zda-li vedlejší účinky léků a zapříčiňují odklon od braní medikace u schizofreniků**. Na tuto otázku částečně odpověděla **respondentka č. 1**.

„Některé ty starší, co mám tak ty způsobují, že hodně spím a dost se po nich přibírá. Ted'kom mám zrovna nové ještě k tomu tak ty zase způsobují jako zároveň způsobují bušení srdce.“

A na otázku, zda je pořád braní léků i s nežádoucími účinky přínosnější, než kdyby měla tu nemoc, odpověděla, že s tím kolikrát bojuje, ale myslí si, že ano.

„Na jednu stranu, že třeba, většinou, že zmizí ta paranoia a hlasy se tak jako uklidní do pozadí a dá se tak nějak fungovat. Ale samozřejmě ty nežádoucí účinky jsou někdy dost podobný no.“ Takto se **respondentka č. 1** vyjádřila k pozitivnímu působení léků.

Pozitivně se vyjádřil i **respondent č. 4**: *„Moje léky by měli působit pozitivně na emoce, a to si myslím, že funguje správně.“* Nutno dodat, že pravidelně chodí na depotní injekce.

Společným prvkem respondentů je tedy pozitivní působení léků na nemoc a k tomu se přidává i **respondentka č. 3.**, která vidí pozitivum v tom: *„Že má člověk čistou hlavu, (že vymizí halucinace a ty vjemy).“* A potvrzuje to výrokem, že když začne odeznívat pozitivní účinek léku, tak se začíná projevovat depresní pocity.

S braním léků ovšem jde ruku v ruce působení již zmíněných nežádoucích účinků. Jaké se u participantů objevily nejčastěji a kdo je o nich edukoval si uvedeme v textu.

Participantka č. 1 si vybavuje o nežádoucích účincích následovně.

„Objevili se další halucinace z těch léků, a pak, že jsem nemohla spát a nadměrně jsem slintala takhle. Ono takhle já jsem jich brala několik, takže ono já si ted'ka zpětně moc nevzpomenu, který všechny ty účinky měl, ale tak nějak to bylo.“

A v roli edukátora se představil psychiatr a ubezpečil **participantku č. 1**, co se po nich bude dít.

Edukace dle slov **participantky č. 3** proběhla také od psychiatra, a ten ji upozornil na fakt, že na to nesmí pít alkohol. Dle slov **participantky č. 3** sestřička v edukaci o nežádoucích účinkách žádnou roli nehrála.

Participant č. 4 si už nevzpomíná, kdo ho o nežádoucích účincích edukoval.

10.8 „Jako by tušil, kde je ten problém“

Další sadou otázek jsem se dotazovala, jaké služby pro lidi s tímto onemocněním navštěvují a jestli chodí či v minulosti chodili na psychoterapii a jaký má na ně či měla pozitivní účinek.

Participantka č. 1 chodí pravidelně dva roky do Centra duševního zdraví. „*Tak mě se třeba osobně hospitalizace vůbec nelíbila tak tady oceňuju, že můžu jít potom zase domů a že se tam setkáváme vlastně u takových lepších aktivit, třeba u nějakých her, a tak, a hlavně jsme tam všichni tak nějak dobrovolně.*“, pronesla svůj názor.

„*Chodím ještě, vlastně pořád a pozitivní má to účinek, že si vlastně uvědomuju pořád jakoby bojuji s tím nadhledem tak si mi přijde, že mi pomáhá v tom uvědomovat si co to je za nemoc.*“ Dodala na otázku, jak ji pomáhá psychoterapie.

Podobnou zkušenost s psychoterapií zakoušela i **participantka č. 3**, která se psychoterapií zúčastnila v rámci hospitalizace: „*Jo člověk měl takový větší náhled na to onemocnění.*“ A v minulosti navštěvovala stacionář.

Participant č. 2 navštěvoval charitu v Poličce a jeho slovy: „*Byl tam program, který se jmenoval otevřené dveře, a to byla vlastně volnočasová aktivita pro lidi s duševním onemocněním, takže tam dvě až tři hodiny člověk mohl dělat něco se dřevem nebo s keramikou, s hlinou nebo s papírem, potom i Tiffany technika, to je vlastně jako něco podobného jako skleněný vitráže.*“, využíval tento program k udržení pracovní schopnosti.

Psychoterapie u **participanta č. 2** se nesla taktéž v duchu pozitivní zkušenosti, ale i přes to ji participant navštívil jen jednou: „*V minulosti jsem to zkoušel jednou, ale přišel jsem tam tuším jenom jednou a bylo to zajímavý v jedné věci, že ten psycholog, ke kterému jsem chodil dokázal klást vlastně ty správný otázky, že jakoby tušil, kde je ten problém, a právě v momentě když jsem teda o něčem mluvil tak on mě vlastně jenom poslouchal a případně mi položil jednou za dvě dejme tomu tři minuty nějakou otázku, která se dotýkala toho problému, takže jakoby věděl, o čem ten můj problém je.* Dál, ale konstatuje, že z té psychoterapie nic nemá, protože tam víckrát nepřišel, takže neví žádný výsledek.

Participant č. 4 psychoterapie navštěvoval a i když se mu sezení líbilo nedokázal posoudit, jak moc mu to pomáhalo. A k tomu dodal: „*Myslím, že rozhovor s přáteli, měl podobný účinek.*“

10.9 „Jsem v této věci, až moc otevřený“

Dostáváme se pomalu k citlivějšímu tématu, a to, jestli jsou participanti schopni sdělit svým novým kamarádům o této diagnóze, a jestli to o nich okolí ví. Zda to říct okolí či ne, každý se s touto skutečností vypořádal po svém. Některým participantům vyhovovalo to otevřeně svému okolí říct a nic neskrývat, některým naopak přišlo lepší, když to vyplynulo ze situace.

Otevřenost preferuje **participant č. 2**: „*No moje okolí to ví, že mám tuhle nemoc a já jsem takovej odvážnej, že to i relativně dost často lidem říkám. Kolikrát na to přijde řeč právě na tom za tím Břehem (komunita Za Břehem), protože to je zařízení kam vobčas, kdo má duševní onemocnění přijede anebo někdo, kdo se kolem toho motá, takže tam vlastně je to takový, že tam relativně často o tom mluvím, takže s tímhle tím problémy nák nemám.*“

A taktéž **participant č. 4**: „*Ano, jsem v této věci, až moc otevřený a ví to snad každý, koho znám. Nicméně v poslední době, už se snažím tuhle svou vlastnost krotit, protože ne vždy přináší jen to dobré.*“

Naopak participantky, když nemusí tak to nesdělují.

„*Ví to okolí, nejbližší okolí to ví, a když je někdo nověj tak to většinou mu to dojde z toho důvodu, když zjistí, že jsem v invalidním důchodu. Nebo to zjistí, že nemám problém jako fyzický, když se na to zeptá tak to většinou řeknu. Takže to vyplyne ze situace. A když nemusím, tak to neříkám, protože by mě snadno odsoudili.*“ Svěřila se **participantka č. 1**.

Obdobně **participantka č. 3**:

„*Novým kamarádům nesděluju, ale nejbližší okolí ví. Já třeba novým kamarádům říkám, že takhle mám únavu z léků, ale že by ta schizofrenie vyloženě byla poznat, tak to si myslím, že ne.*“

10.10 Rodina místem podpory?

Rodina by měla být v ideálním případě místem útěchy, bezpečí, jistoty a pochopení a také místem, které dává možnost jedinci se rozvíjet, a nakonec i místem, kde se dává vzniknout novým vzpomínkám. O to víc potřebujete podporu rodiny, když vám diagnostikují tak

závažné onemocnění jako je schizofrenie. První otázkou této sady jsem se ptala, jestli má rodina pochopení pro jejich nemoc.

Participant č. 4 byl v úplně jiné situaci než ostatní respondenti, jelikož jeho babička měla podobné problémy a bratranec jeho otce je těžký schizofrenik.

Participantka č. 3 stručně souhlasila svým: „*Ano má*“.

U **participanta č. 2** můžeme říct, že rodina pochopení má, nezavrhl by ho možná malinko otec, ale doposud se tak nestalo. Co je, ale kamenem úrazu podle **participanta č. 2**:

„Horší je to s tím, že jejich přízeň je větší, když mi je líp, takže vlastně je to takový spíš jako navopak, než by to mělo být, ale, ale aspoň to si říkám, aspoň to.“

Naopak u **participantky č. 1** je patrné, že se s celou situací ještě nesrovnali. A jejich nepochopení pramení ze strachu, že dotyčná někomu něco udělá, jelikož slychávala hlasy.

„Ono, když člověk řekne, že slyší hlasy tak to zní asi zvláště.“

Další otázka, která z toho výzkumu vyvstala byla, kterého člena ve své rodině považujete za největší oporu během a po onemocnění a jakým způsobem vám pomohl.

„Asi svého manžela, ten jako jedinej mi přijde, že to se snaží nejvíc chápat. Taky to asi ale nepobírá“ ale dle slov **participantky č. 1** ji nejvíc provází tou léčbou a jako jediný ji chápe.

„Myslím, no třeba v těch psychózách tak jediný asi nejvíc, jak to říct jako by na mě v klidu mluví a vypadá to, že mi jako jedinej mi přijde v tu chvíli, že mě jako jedinej chápe. A to mi asi nejvíc pomáhá.“

Pro **participanta č. 2** byla největší oporou babička a jakým způsobem mu pomohla vidíme v jeho odpovědi: *„Poskytla mi bydlení, bydlel jsem s ní osm let, takže to byla největší opora z rodiny á, ale bylo to jenom v tomhle tom, asi no že, je to těžký pochopit tu nemoc stran doktorů natož stran někoho jinýho, takže vůbec se nedivím tomu, že nebyla schopna mi ňák pomoci, protože to tak ňák celý nechávala na mně a na doktorech a na tý charitě a sama vlastně ňák jako nepůsobila ňák jistě, jenom takovým, že by mi to pomohlo. Nechávala věci tak jak jsou.“*

Každého z participantů podporuje jiná osoba a jiným způsobem, ale společným prvkem je, že každý podporu od rodiny zažívá.

Participantka č. 3 považuje za svou podporu svoji sestru, která ji v akutní fázi zavolala sanitku, a dlouhodobě ji podporuje tím, že u ní navštěvuje neteře, ze kterých má radost.

Odpovědí, který člen rodiny je pro **participanta č. 4** největší oporou, se dostalo odpovědi, že oba, a nelze říct, který více či méně. Mají velké pochopení a pomáhali mu emočně a dlouho i finančně.

Další otázkou, kterou jsem uznala za vhodné se participantů ptát, bylo, jak je rodina vnímá před a po vypuknutí nemoci.

Participantka č. 1 krátce reflektuje, jak ji vnímala rodina před nemocí:

„Před, no já jsem ještě předtím měla anorexii, ale to je trošku jiný příběh, ale před tím mě spíš mě máma řekla, že mě vnímala, jakože já jsem před tím hrála volejbal a takový jako aktivity jsem někde dělala.“ A dodala, že se teď cítí hodně utlumená těmi léky, že je úplně jiný člověk, jakože více smutný.“

Participant č. 4 uvádí, že ho rodina vnímá jinak než předtím, ale nedokáže blíže specifikovat v čem. *„Myslím, že mě kdysi brali jako zamklého introverta a o duševních problémech zjevně vůbec neuvažovali. Po vypuknutí, to se mnou bylo těžké, protože jsem byl skutečný blázen a hrnul se do svých psychotických dobrodružství a nebral na nikoho ohledy. Dnes už, ale bydlím sám a už asi tři roky neholduji svým bývalým psychotickým choutkám, takže myslím, že jsou docela spokojení.“*

10.11 „Za každou podporu jsem vděčný“

O tom, že každý z nás potřebuje cítit podporu v těžkých chvílích není pochyb, a diagnostika schizofrenie rozhodně těžkou chvílí je, a jak praví jedno moudré přísloví: „V nouzi poznáš přítele.“ Jakým způsobem vnímají podporu participanti od svých přátel a okolí, to byla další otázka, kterou jsem jim položila.

Společným motivem, který se objevuje u výpovědí **participantky č. 1** a **participanta č. 2** je ztráta předchozích přátel, kvůli nemoci.

„Podporu nemám až takovou, jakou bych si asi přála, protože jsem spoustu přátel ztratila, přátel dejme tomu, v minulosti přátel kvůli nemoci právě, tak mi přijde, že podpora nic moc, že spíš se snaží o tom nemluvit, jakože to neexistuje. Spíš se o tom vůbec nezmiňují.“

Svěřila se **participantka č. 1**.

Participant č. 2 subjektivně zhodnocuje svoji situaci následovně:

„No na začátku to bylo těžký, to jsem kamarády ztratil a našel jsem si je potom mezi stejnýma, mezi stejně nemocnýma“ a dodává, že jediné zdravé lidi, které hodnotí, že jsou

kamarádští se pohybují na alternativní straně světa, lidi, kteří se zajímají o duchovno o buddhismus a alternativní proud.

Participantka č. 3 volí opět neutrálně zabarvenou odpověď:

„Asi žádnou velkou podporu od přátel nemám, prostě tak normálně.“

„Za každou podporu jsem vděčný a za každé pochopení, jsem rád a velmi mě uklidňuje.“

Vděčně okomentoval **participant č. 4**.

10.12 Stigma

Slovy Winklera a Müllera o stigmatizaci a diskriminaci můžeme říct, že má často horší dopad na kvalitu života než samotné duševní onemocnění. Zda se s veřejnými předsudky či nějakou formou diskriminace během onemocnění schizofrenie participanti setkali a jak to probíhalo, to byla další moje otázka. Otázku jsem doplnila, zda sami u sebe cítili pocit studu a vyhýbání se ostatním, které se může objevovat i kvůli diskriminaci.

Participantka č. 1 se v rámci rodiny setkala s tímto názorem: *„Jakože jsem šílenec, nebo jsme všichni šílenci měli být v léčebně zavření pořád. Když mi hlasy řeknou, ať někoho zabiju, tak vezmu ten nůž a někoho pobodám, že to je prostě nemoc nebezpečná. No a že bych se měla léčit jenom v léčebně.“*

S předsudky se hodně setkává i **participant č. 4**: *„Slyšel jsem o nich, když mi kamarádi vykládali, jak mě někdo pomlouval, ale na sociálních sítích vidím předsudky o psychiatrických pacientech snad každý den, což mě dost irituje. Nicméně diskriminace ani moc ne.“* Ale konkrétní situaci, kdy se setkal s předsudky, si nedokáže vybavit.

V jiné situaci byl **participant č. 2**, který se s předsudky veřejně nikdy neseťkal a nikdy neměl pocit, že by ho dle jeho slov chtěl někdo “zdiskriminovat“.

Obdobně ani **participantka č. 3**, se nikdy s diskriminací neseťkala.

Na otázku, jestli u sebe cítila **participantka č. 1** pocit studu a vyhýbání se ostatním odpověděla následovně: *„Já jsem no, to jsem cítila právě na tom, že mi někdo řek, že jsem nebezpečná, že jsem se právě kvůli tomu dost vehejbala lidem, aby si to o mně nemysleli, ještě všichni ostatní.“*

S podobnou zkušeností se setkal i **participant č. 2**:

„No to jsem cítil, to bylo v době, kdy jsem se nebyl dost schopnej o sebe postarat, takže to jsem se za sebe styděl a projevovalo se tím, že když jsem se přestěhoval do těch východních

Čech k babičce, to bylo asi po šesti letech té nemoci, kdy jsem dostal invalidní důchod zrovna, tak jsem si představoval, že tam budu chodit za kulturou a na různé akce a podobně a nic z toho se neuskutečnilo. Krom asi tří koncertů tak nějak za těch prvních pár let, než se vlastně prorazily ty ledy, tak na začátku to vlastně nešlo jakoby z toho studu a z toho, že neznámí prostředí a teďka ty pozůstatky z toho, z těch utkvělých představ o tom dechu, takový to jakoby, ta setrvačnost nějak jako by toho, co člověk prožíval a jak z toho vylízt, mně nebylo jasné, jak to mám udělat“, a dodává, že neměl odvahu dostat se mezi lidi.

Jiný faktor, který hrál roli v stranění se ostatním, byl například u **participantky č. 3** blbý pocit s nově nabraných kil, kvůli nežádoucím účinkům léků. Dříve participantka například cvičila Acro Jógu, ale tím, že má teď vícero kil, tak nemá dostatečnou odvahu tam jít.

S jiným

„Ano zažil, ale myslím, že za to mohli především bludy. Jinak, i když jsem se mnohdy choval nevhodně a na sociálních sítích ve svých atakách sdílel nevhodné věci, přesto mě z toho nikdy nic nedonutilo se schovávat doma,“ podělil se se svými zkušenostmi **participant č. 4**.

10.13 Mýty opředená schizofrenie

Častým mýtem schizofrenie je, že lidé trpící touto nemocí jsou pro okolí velice nebezpeční. S tímto názorem měla zkušenost **participantka č. 1** v předchozí výpovědi, kdy v důsledku toho, se vyhýbala ostatním.

Na otázku, jestli se **participant č. 4** setkal někdy s názorem, že by mohl být pro okolí nebezpečný odpověděl, že si to určitě někdo myslel, ale přímo mu to nikdo neřekl.

Podobnou zkušenost měl i **participant č. 2**, který vypověděl, že se s tím přímo nesesetkal, ale je jasné, že se to o něm muselo povídat. A dál to komentuje: *„Možná, že je to kvůli tomu, že ten svět, jako takovej není až tak zas bezpečnej i ze stran těch normálních lidí. Ono se počítá, že normální obyčejnej zdravěj člověk je víc nebezpečnej, než ten schizofrenní, protože většinou ti schizofrenní jsou jakoby spíš takový plaší, asi tak no. Nevím, co je na tom pravdy, ale tak to vyplívá z těch výzkumů.“*

Za to **participantka č. 3** se s tím nikdy nesesetkala.

10.14 Strategie na zvládání této nemoci

Každý člověk je svým způsobem jedinečný, a i v zvládání této nemoci, každý volí jinou strategii. Pojdme si je uvést:

„Jenom to brání léků, protože každý den je jinej. Já třeba ty hlasy slyším pořád, takže k tomu moc, někdy je lepší období, někdy je horší, ale podle mě to nejde nějak sama o sobě ovlivnit, ovlivnit zatím.“ Poznamenala **participantka č. 1**.

Participant č. 2 a jeho strategie:

„No strategii, jo měl bych strategii, vlastně najít si přítelkyni, to je taková strategie dobrá, protože v tom člověk není nakonec sám. Potom další moje strategie asi byla, že teda jsem tak nějak duchovně zaměřenej, takže jsem se snažil neztrácet naději a dělal jsem tu jógu, která je vlastně očišťující a člověk se naučí žít v té přítomnosti a soustředit se na okruh lidí.“ A dodává, že by měl člověk pracovat a zároveň umět odpočívat a vést nějakou životosprávu.

„Asi umět odpočívat. Bejt tak nějak vklidu a v pohodě.“ Takovou strategii razí **participantka č. 3**.

U **participanta č. 4** se osvědčilo:

„Především humor snad v každé situaci, potom přátele, a nakonec své koníčky.“

10.15 „Vlastně to povznáší“

V této oblasti se dozvíme, jakou u participantů hraje roli tzn. náboženský coping, tedy další možná strategie ve zvládání tohoto onemocnění v případě, že v “něco“ nebo v “někoho“ věří.

Participantka č. 1 žádné osobní přesvědčení nemá ani není jinak věřící.

Participantka č. 3 v Boha věří, ale ve smyslu, že by to mohlo pomoci ve zvládání situace plnit určitou funkci stanovisko nezaujímá a myslí si, že tu nemoc má třeba karmicky z předchozích životů.

Také **participant č. 4** nebere jeho přesvědčení jako možnost s vypořádáním se s touto nemocí: *„Že by mě moje víra, nějak obšťastňovala a pomáhala ve zvládání nemoci, to asi ne. Přinejmenším ne moc.“*

Nicméně **participant č. 3** považuje své přesvědčení za jakousi “vzpruhu“ v těžkých chvílích. *„No pomáhá mi to hodně, protože i v těch těžších chvílích, člověk nemusí myslet*

na to nejhorší, ale vlastně to povznáší, i když to třeba nejde se u toho necítím, jak bych si přál nebo jako jsem se cítil kdysi u tady tohohle duchovního cvičení skvěle, tak pořád je to lepší než vlastně se tomu nevěnovat a vždycky od toho očekávám, že to prostě někdo popostrčí ty věci i kupředu a že mi to nenechá v tom nejhorším. Že je to takovej základ pro mě, na kterým se snažím, aby povstávalo to zdraví, tak někdo.“ Vypověděl.

10.16 „Pravidelně pracovat na svých cílech“

Poslední otázkou, která uzavírá pomyslný kruh jsem se ptala, jestli mají dojem, že jsou některé jejich potřeby nenaplněny a popřípadě co by jim pomohlo k jejich naplnění.

Takto hodnotí své potřeby **participant č. 2:** *„Tak zatím jsou nenaplněny, protože zatím ještě nejsem otec. Takže to mě minulo, právě protože ta nemoc nastoupila ve dvaceti tak někdo, dost zhurta a hodně mě to vzalo stran toho, že jsem si chtěl založit rodinu, taky to nenaplnění skrz práci, tam celkem je a skrz ty životní sny, protože mi to vzalo v podstatě dvacet let života a nemohl jsem za těch dvacet let na ničem pracovat. Jakoby dlouhodobě, teda člověk se snažil dostat z té nemoci, sice to není práce na plnej úvazek, ale zabírá to hodně času a nebylo to jednoduchý byl to fakt jako vlastně nepřál bych to nikomu, to bylo hrozný období, takže mi to ukrojilo dvacet let života a teď mám konečně pocit, asi dva roky, že ten život začíná od těch osmnácti.“* Tuto odpověď uzavírá úvahou, že by třeba i přemýšlel o tom stát se budhistickým mnichem nebo i mnichem v katolické církvi, ale doposud ještě nenašel odvahu i z toho důvodu, aby si tam nepřipadal jako páté kolo u vozu.

Participantka č. 3 spatřuje důležitost v tom být aktivní jako dříve hlavně kvůli utlumenosti po léčích.

Participant č. 4 touží po potřebě uznání a vlastními slovy dodává: *„Ale to jsem si ještě nezasloužil.“* A na doptání, co by mu pomohlo v naplnění této potřeby odpověděl: *„Změnit se a dodržovat řád – tvrdě a pravidelně pracovat na svých cílech. Velkým problémem je i touha žít, užívat si a trávit čas, s přáteli, s rodinou atd.“*

Naproti tomu **participantka č. 1** si myslí, že všechny její potřeby naplněny jsou.

11 DISKUZE

Bakalářská práce je zaměřena na subjektivní hodnocení jedince ve vztahu kvality života s onemocněním schizofrenie. Práce byla provedena kvalitativním výzkumem, konkrétně polostruktovaným rozhovorem. Stanovili jsme si hlavní cíl, a to porozumět lidem se schizofrenií jakým způsobem se nemoc dotkla jejich života, jak tuto změnu přijali oni samotní, ale třeba i rodina a blízcí pomocí subjektivnímu zhodnocení kvality jejich života.

Jelikož jsem si zvolila kvalitativní výzkum tak nelze tyto závěry a výsledky zobecnit, ale jde s nimi nahlížet jako na možné aspekty, které vedou či naopak stagnují k dosažení uspokojivého života s onemocněním schizofrenie.

Pro svůj výzkum jsem si vybrala 4 respondenty, kteří trpí schizofrenií, se kterými jsem následně provedla interviu. Poté jsem si rozhovory přepsala a získané údaje zpracovala pomocí metody otevřeného kódování, přičemž mi vzniklo 16 kategorií, které nám dávají nahlédnout o tom, jak lidé se schizofrenií vnímají kvalitu svého života, a které z aspektů přispívají ke zkvalitnění života či naopak, které zhoršují tuto kvalitu.

Z výpovědi respondentů je patrné, že přes veškeré útrapy, které s touto nemocí jsou spojené, mohou žít relativně normální život. Bohužel tato nemoc přináší nemocnému mnohá omezení jak v sociálním životě, tak v pracovním. Výpověď jednoho z respondentů dala za podnět, že je možná souvislost mezi okolím, které v určité nevědomosti, která panuje okolo schizofrenie, dává za příčinu izolaci nemocných a zhoršené začlenění jich do běžného života.

S tímto názorem souhlasí i autorka Karolína Kosová (2012), která ve své práci uvedla, že by ke zkvalitnění života a osobní spokojenosti schizofreniků přispěla větší osvěta okolí.

Podle studie autorů Walsh, Buchanan a Fahy (2002) nemocní schizofrenií vykazují někdy násilné chování, ale toto násilnictví je častější u osob, které navíc zneužívají návykové látky.

Dalším důvodem, proč je těžké začlenit se do běžného života je podle dalšího z respondentů fakt, že bere léky, které ho do jisté míry utlumují. Jeden z respondentů dokonce dlouhou dobu léky nebral z důvodů nežádoucích účinků, které mohou na léčbu vrhat špatný stín. Zde na řadu přichází výzkum autorů Miholové a Příkryla (2009) podle kterého spolupráci mezi psychiatrem a nemocným, a tedy přilnavost k léčbě výrazně ovlivňuje sám nemocný (jeho náhled, nemoc jako taková, zevní prostředí (rodina, podpora zvenčí), lékař, ale také lék a jeho nežádoucí účinky).

Všichni respondenti se shodli, že jim léky vrací nadhled a pozitivně působí třeba na emoce.

Ovšem s nežádoucími účinky se musí opět počítat, třeba v podobě bušení srdce, a tak je člověk nucen vybrat si buď schizofrenii, která může být i někdy v období remise bezpříznaková, nebo dlouhodobou léčbu, která ale způsobuje různé nežádoucí účinky ať už přibírání na váze či celkovou otupělost. Jedna z respondentek uvedla, že ale u ní vyhrává braní léků i s jejich nežádoucími účinky.

Každý z těchto respondentů našťastí má v někom oporu, ať už to je manžel, babička, sestra či rodiče. Bohužel jedna z respondentek se setkala s názorem, že je pro okolí nebezpečná, když slýchává hlasy a svou rodinou nebyla plně podpořena, s tímto souhlasí i autorka diplomové práce Lenka Alvado Blanco (2018), podle které onemocnění schizofrenií výrazně narušuje vztahy v rodině. Naopak dobrou oporou byly jednomu z respondentů rodiče, kteří s touto nemocí zkušenost měli u dvou členů rodiny.

11.1 Doporučení pro praxi

Schizofrenie je onemocnění, které je stále mylně vnímané veřejností, což se může stát jednou z překážek v cestě nalezení nových vztahů. Proto byl jako výstup práce vytvořen leták na téma: „Co to je schizofrenie“.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci se snažím porozumět, jak se žije lidem trpící schizofrenií v kontextu kvality jejich života prostřednictvím subjektivního hodnocení. Svou práci vnímám, jako vodítko, pomocí kterého můžeme třeba i veřejnost poupravovat v jejích mylných představách o schizofrenicích, která může přispívat ke stigmatizaci tohoto onemocnění.

V práci jsem se snažila odpovědět na otázky: „Jak se nemoc dotkla jejich života“. „Jak tuto změnu přijali oni samotní, ale i rodina a blízcí.“ Jaký to má dopad na kvalitu jedincova života“. „Zda neexistují překážky, které mu mohou zabránit v navázání kvalitních vztahů.“

Na své otázky jsem si odpověděla a potvrdila tak domněnku, že nemoc schizofrenie se dotýká člověka ve všech jeho aspektech a ovlivňuje kvalitu lidského života. Tato nemoc sebou nese úskalí v podobě různě „pošramocených“ vztahů v rodině mezi předchozími kamarády a člověk je vystaven okolním vlivům stigmatizace veřejností.

Na výzkumnou část této práce lze nahlížet jako na subjektivní zhodnocení kvality života. Ovšem pod pojmem kvality života si každý vybaví něco jiného. Tuto „jakost“ každý vnímá jinak. Každý z nás má své potřeby, které vlivem této nemoci, mohou být nenaplněny. I přes veškerý stín, který schizofrenie vrhá na nemocného se zdá, že lze žít relativně plnohodnotný život, ať už i zapojením se do pracovního procesu. Ovšem velkou měrou kvalitu jedincova prožívání ovlivňuje i rodinný aspekt, který u všech respondentů hrál důležitou roli, a lze usoudit, podle výpovědí, že každý respondent zakoušel určitou podporu od svého okolí či rodiny. S navázáním nových vztahů neměl nikdo z účastněných větší problém, někdo byl v této věci víc otevřený, někdo méně, lze ale konstatovat, že schizofrenie není překážkou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L. a F. ŠPANIEL., 2017. *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století*. 3. přepracované a doplněné vyd. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4287-1.
- BARTŮŠKOVÁ, L., 2021. *Psychóza a spiritualita: vybrané aspekty vzájemného vztahu*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4991-7.
- BLANCO, L., 2018. *Kvalita života lidí s psychotickým onemocněním*. Praha: Univerzita Karlova. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/101657/120310495.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta, Katedra psychologie.
- CRESWELL, J. W., 1998. *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage Publications. ISBN 9781506330204.
- ČEŠKOVÁ, E. a M. MAYEROVÁ., 2014. Léčba hospitalizovaných nemocných se schizofrenií. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 15, č. 1, s. 6-8. ISSN 1803-5272.
- DUŠEK, K. a A. VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vyd. Praha: Grada. 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.
- ELEGBEDE, V., A. OBADEJI, T. ADEBOWALE et al., 2019. Comparative assessment of quality of life of patients with schizophrenia attending a community psychiatric centre and a psychiatric hospital. *Ghana Medical Journal*. [online]. Vol. 53, no. 2, pp. 92-99 [cit. 2022-4-25]. Available from: DOI: [10.4314/gmj.v53i2.3](https://doi.org/10.4314/gmj.v53i2.3)
- EMSLEY, R., B. CHILIZA, L. ASMAL et al., 2013. The nature of relaps in schizophrenia. *BMC Psychiatri*. [online]. Vol. 13, no. 50, pp. 1-8 [cit. 2022-4-25]. Available from: DOI: [10.1186/1471-244X-13-50](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-50)
- GERLICOVÁ, M., 2021. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-1791-8.
- GURKOVÁ, E., 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
- HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

KOSOVIÁ, K., 2012. *Kvalita života osob s onemocněním schizofrenie v kontextu předsudků a možnosti sociální práce*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: https://theses.cz/id/r7lbr/Karolna_Kosov_DP_2012_Kvalita_ivota_osob_s_onemocnm_s_chi.pdf. Univerzita Palackého v Olomouci. Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské sociální práce Charitativní a sociální práce.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

MIHULOVÁ, H., R. PŘIKRYL., 2009. Coopera 2009. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 10, č. 6, s 282-283. ISSN 1803-5272.

MOHR, P., 2012. Schizofrenie: diagnostika a současné terapeutické možnosti. *Medicína pro praxi*. Roč. 9, č. 8, s. 342-346. ISSN 1803-5310.

MOHR, S., et al. 2012. Spirituality and religion in outpatients with schizophrenia: A multisite comparative study of Switzerland, Canada, and the United States. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, Vol. 44, no. 1, pp. 29-52. DOI: [10.2190/PM.44.1.c](https://doi.org/10.2190/PM.44.1.c)

OCISKOVIÁ, M. a J. PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5199-3.

ONITSUKA, T., Y. HIRANO, T. NAKAZAWA et al., 2022. Toward recovery in schizophrenia: Current concepts, findings, and future research directions. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. [online]. Vol. 76, no. 7, pp. 282–291 [cit. 2022–4-25]. ISSN 1323-1316. Available from: DOI: [10.1111/pcn.13342](https://doi.org/10.1111/pcn.13342)

OREL, M. a kol., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2529-6.

PECHOVIÁ, O., 2021. Religiozita, spiritualita a zdraví. In: JOCHMANNOVÁ, L. a T. KIMPLOVIÁ a kol. *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Praha: Grada, 335-349. ISBN 978-80-271-2569-2.

PETR, T., E. MARKOVÁ a kol., 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

ŘIHÁČEK, T., I. ČERMÁK, R. HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.

ŠPANIEL, F., 2006. ITAREPS: Technologie ve službách prevence relapsu psychózy. *Psychiatrie pro praxi*. č.2, s. 82-83. ISSN 1803-5272.

ŠKODA, M., 2016. Předsudky, diskriminace a stigmatizace jako závažné etické problémy spojené s léčbou psychicky nemocných. *Psychiatrie pro praxi*. Roč. 17, č. 2, s. 24-34. ISSN 1803-5272.

TOKÁROVÁ, A., K metodologickým otázkám výskumu a hodnotenie kvality života. In *Kvalita života v kontextoch globalizácie výkonovej spoločnosti. Slovensko-polsky zborník štúdií a článkov*. Ed. A. Tokárová. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešově, 2002, s. 11-30.

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VEENHOVEN, R., 2000. The four qualities of life: Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*. Vol. 1, no. 1, p. 1-39. DOI:[10.1023/A:1010072010360](https://doi.org/10.1023/A:1010072010360)

WALSH, E., A. BUCHANAN, T. FAHY. 2002. Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry*. [online]. Vol. 180, no. 6, pp. 490-495 [cit. 2022–4-25]. Available from: DOI: [10.1192/bjp.180.6.490](https://doi.org/10.1192/bjp.180.6.490)

WINKLER, P. a M. MÜLLER., 2019. Stigma a duševní zdraví. In: RABOCH, J. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta, s. 118-125. ISBN 978-80-204-5501-7.

Constitution of the World Health Organization, 2023. *World Health Organization* [online]. [cit. 2022–4-25]. Available from: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

What is Music Therapy? – American Music Therapy Association, 2023. *Music Therapy Organization* [online]. [cit. 2022–4-25]. Available from: <https://www.musictherapy.org/about/musictherapy/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
GASA	Global Anti-Stigma Alliance
ITAREPS	Information Technology Aided Relaps Prevention In Schizophrenia
MARTA	Multireceptoroví antagonisté
MNS	Maligní neuroleptický syndrom
SDA	Antagonisté serotoninových a dopaminových receptorů
WHO	Světová zdravotnická organizace
atd.	a tak dále
např.	například
tzn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
vč.	včetně

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Informace o schizofrenii

Příloha P II: Informovaný souhlas účastníka výzkumu

PŘÍLOHA P I: INFORMACE O SCHIZOFRENII

Co to je schizofrenie

Schizofrenie je chronické psychické onemocnění, které obecně vyžaduje pokračující léčbu jako prevenci relapsu a recidivy.

Schizofrenie je heterogenní onemocnění, které nemá jediný charakteristický nebo typický symptom nebo manifestaci. Projevy a příznaky spojené se schizofrenií lze rozdělit do 3 hlavních domén: **pozitivní, negativní a kognitivní.**

Negativní:

Narušení anebo zablokování normálních emocí a chování

např. plochý afekt, neschopnost prožívat kladné emoce a city, změna formy a obsahu myšlení a jazyka ve formě ochuzení, pozorovatelného ochuzení v ústním projevu



Pozitivní:

Psychotické myšlenky a chování

např. halucinace, bludy, poruchy myšlení, nesouvislá řeč

Kognitivní:

Porucha myšlenkových procesů

např. potíže se soustředěním, porucha paměti

léčba schizofrenie

Cílem léčby schizofrenie je snížit frekvenci a závažnost psychotických epizod a rovněž zlepšit funkční kapacitu a kvalitu života jedinců se schizofrenií.

Terapeutická doporučení podporují časnou intervenci, protože kratší trvání neléčené psychózy je spojeno s lepší prognózou.

Farmakoterapie schizofrenie obvykle zahrnuje monoterapii antipsychotikem.

Nefarmakologická léčba zahrnuje intervence jako psychoterapie, pracovní terapie, trénink sociálních dovedností a cvičení.

Problém úspěchu terapie stojí a padá s compliance. Ovšem pouze 1/3 pacientů dodržuje léčbu.



Stigma:

Slovo „stigma“ znamená stopu, znak, odchylku od reality, která nese svědectví.

Stigmatizace:

O stigmatizaci a diskriminaci lze říct, že má často horší dopad na kvalitu života než samotné duševní onemocnění.

Boj proti stigmatizaci v ČR:

V boji proti stigmatizaci v České republice stojí iniciativa **Na rovinu**, která je supervidována předními zahraničními experty, jako je sir Graham Thornicroft. Iniciativa **Na rovinu** v současné době pracuje s šesti cílovými skupinami a to:

- Lidé s duševním onemocněním
- Rodinní příslušníci nemocných
- Sociální pracovníci
- Zdravotní pracovníci
- Veřejná správa
- Komunity v okolí vzniklých center duševního zdraví.

*Světový den duševního zdraví slavíme (10. října)
Zelená stuha je mezinárodním symbolem otevřenosti,
povědomí a destigmatizace (odstraňování tabu) v
oblasti duševního zdraví.*



Mýty:


Lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční, proto by měli být v ústavu

- Schizofrenika si často představujeme jako agresivního jedince, který je nebezpečný pro sebe i své okolí.
 - Násilné chování a další příznaky schizofrenie jsou ve většině případů dobře zvládnutelné vhodnou léčbou a podpůrnými organizacemi. Proto u většiny lidí trpících touto nemocí není nutná léčba v ústavním zařízení.
- Nemocní se mohou bezproblémově zapojit do společnosti. Lidi trpící schizofrenií můžeme často potkávat v běžném životě kolem nás a nemusíme o jejich nemoci vůbec vědět.
- Riziko násilného činu se zvyšuje se schizofrenií při současně se vyskytující závislosti na návykových látkách.

Schizofrenie je onemocnění, při kterém dochází k rozštěpení/ rozdvojení osobnosti

- Když si slovo schizofrenie přeložíme z řeckého „schizein“ (rozštěpit) a „fren“ (mysl) dostaneme rozštěpená mysl, což je zavádějící pojem, jelikož tento pojem byl dán jednomu z příznaků schizofrenie, a to halucinaci, při které lidi se schizofrenií mohou zažívat „odštěpení“ od reality. Nicméně většina z nás má dojem, že to ve skutečnosti znamená „rozštěpená“ osobnost, tedy být několika osobami, což je vlastní disociativní poruše identity a ne schizofrenií.

PŘÍLOHA P II: INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKŮ VÝZKUMU

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

INFORMOVANÝ SOUHLAS ÚČASTNÍKA VÝZKUMU

Vážený pane, vážená paní,

v souladu s etickými zásadami realizace výzkumu a ochranou osobních údajů Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název bakalářské práce:

Řešitel projektu:

Název pracoviště:

Vedoucí práce:

Cíl výzkumu:

Popis výzkumu:

.....
datum a podpis řešitele projektu

.....
datum a podpis vedoucího práce

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Dávám kvalifikovaný souhlas k tomu, aby UTB shromažďovala, zpracovávala a uchovávala mnou uvedené údaje za účelem výzkumu realizovaného v rámci bakalářské práce. UTB ve Zlíně bude postupovat podle závazných ustanovení zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů a zákona č. 133/2000 Sb. v platném znění. UTB zajistí maximální možnou ochranu těchto údajů vůči třetím osobám a vůči jejich zneužití.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka: