

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Životní styl u pacientů se schizofrenií
Bakalářská práce

Jméno autora: Eva Kašpárková

Jméno vedoucího práce: Mgr. Václav Šnorek

12. 5. 2008

Life Style of Schizophrenie Patients

The schizophrenia is a serious mental disorder. It is accompanied with a change of thinking, self perception and reality perception. An anxiety, delusions and hallucinations appear. The lifestyle of the patients is changing significantly.

The object of this diploma thesis is to find out if there is any difference in lifestyle of schizophrenic people and healthy people.

The research is done in a group of clients with schizophrenic disorders, mainly from insane hospital. The control group consists of randomly selected people of similar age and gender proportion. There was used a questioning method and a technique of question form in this research.

I determined three hypotheses. The first one didn't proved true, the other two did.

An application of this work can be seen in its usage as an information source for lay public or in education.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Životní styl u pacientů se schizofrenií vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě/v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 12. 5. 2008

.....

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla poděkovat Mgr. Václavu Šnorkovi za vedení mé bakalářské práce, za jeho věnovaný čas a poskytnutí užitečných rad během zpracování mé práce.

Obsah

Úvod.....	7
1. Současný stav.....	8
1.1 <i>Co je to schizofrenie.....</i>	8
1.2 <i>Historie pojmu schizofrenie.....</i>	9
1.3 <i>Etiologie schizofrenie.....</i>	10
1.4 <i>Klinický obraz.....</i>	11
1.4.1 <i>Pozitivní příznaky.....</i>	11
1.4.1.1 <i>Bludy.....</i>	11
1.4.1.2 <i>Halucinace.....</i>	12
1.4.1.3 <i>Dezorganizované myšlení a řeč.....</i>	12
1.4.1.4 <i>Dezorganizované chování.....</i>	13
1.4.2 <i>Negativní příznaky.....</i>	13
1.4.2.1 <i>Kognitivní dysfunkce.....</i>	13
1.4.2.2 <i>Afektivní příznaky.....</i>	14
1.4.2.3 <i>Katatonní příznaky.....</i>	14
1.4.2.4 <i>Suicidium.....</i>	14
1.5 <i>Druhy schizofrenie.....</i>	15
1.5.1 <i>Paranoidní schizofrenie.....</i>	15
1.5.2 <i>Hebefrenní schizofrenie.....</i>	16
1.5.3 <i>Katatotnní schizofrenie.....</i>	16
1.5.4 <i>Nediferencovaná schizofrenie.....</i>	16
1.5.5 <i>Postschizofrenní deprese.....</i>	16
1.5.6 <i>Reziduální schizofrenie.....</i>	17
1.5.7 <i>Simplexní schizofrenie.....</i>	17
1.6 <i>Průběh a prognóza.....</i>	17
1.7 <i>Rizikové faktory a vlivy napomáhající uzdravení.....</i>	21
1.8 <i>Léčba.....</i>	23
1.9 <i>Schizofrenie a společnost.....</i>	25
1.9.1 <i>Stigmatizace nemocného.....</i>	25
1.9.2 <i>Násilné chování.....</i>	25
1.9.3 <i>Kvalita života.....</i>	26
1.10 <i>Pracovní schopnost.....</i>	26
2 Cíle a hypotézy.....	28
2.1 <i>Cíle práce.....</i>	28
2.2 <i>Hypotézy.....</i>	28
2.2.1 <i>Hypotéza 1.....</i>	28
2.2.2 <i>Hypotéza 2.....</i>	28
2.2.3 <i>Hypotéza 3.....</i>	28
3 Metodika.....	29
3.1 <i>Použitá metodika.....</i>	29
3.1.1 <i>Charakteristika výzkumného souboru.....</i>	29
3.1.2 <i>Klienti.....</i>	29
3.1.3 <i>Zdravá populace.....</i>	29

4	Výsledky.....	30
5	Diskuse.....	63
6	Závěr.....	67
7	Seznam použité literatury.....	68
8	Klíčová slova.....	70
9	Přílohy.....	71

Úvod

Schizofrenie je duševní onemocnění, které postihuje přibližně jednoho člověka ze sta po celém světě. Onemocnět může každý z nás. Projevuje se jak u mladých lidí, u lidí ve středním věku, tak i u seniorů. Je určitým fenoménem dnešní doby. Schizofrenie je typicky devastující choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti.

Symptomy schizofrenie často vedou k těžkému postižení. Je přítomna výrazná sociální maladaptace s dysfunkcí pracovní schopnosti. Obecně je schizofrenie charakterizována poruchou myšlení, ambivalencí a poruchou emocí. Takzvaný „rozštěp osobnosti“ je projevem nedostatku jednoty mezi myšlenkovým obsahem a emocemi. Schizofrenie je díky kombinaci výrazné neschopnosti, časného nástupu příznaků a chronického průběhu často pro pacienty vážnou tragédií

Schizofrenii definuje přítomnost několika charakteristických symptomů doprovázená výrazným zhoršením výkonnosti po určitou dobu. Charakteristické příznaky jsou většinou přítomné déle, některé mohou pacienta obtěžovat po celý zbytek života. Mezi příznaky této nemoci patří bludy, halucinace, dezorganizované myšlení a řeč, dezorganizované chování, kognitivní dysfunkce, afektivní příznaky, katatonní příznaky. Je zde velice vysoké riziko suicidia.

Nemocný ztrácí schopnost cítit smutek i radost, jeho mysl zaplňuje pocit prázdnoty a temnoty. Člověk si uvědomuje, že je ohrožena podstata jeho individuality.

Pro zpracování mé bakalářské práce jsem si vybrala téma – Životní styl u pacientů se schizofrenií. Zajímá mě pohled takto nemocných lidí na hodnoty a smysl života. Jak se kvůli nemoci liší jejich hodnotový systém od zdravé populace.

1 Současný stav

1.1 Co je to schizofrenie

Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované zásadní poruchou myšlení a vnímání, oploštělou nebo neadekvátní emotivitou a narušenou schopností srozumitelného chování a jednání (3).

Pojmem schizoidní označujeme jedince, jehož celková zkušenost je rozštěpena dvěma hlavními způsoby: jednak je natrženo jeho spojení se světem a jednak je roztržen jeho vztah se sebou samým (10).

Schizofrenie patří k nejzávažnějším duševním onemocněním. Přesto, že do medicíny byl její popis uveden Emilem Kraepelinem před více než 100 lety, a za svůj název vděčí Eugenu Bleulerovi také již téměř 100 let, zůstává dosud jednou z největších odborných záhad v psychiatrii, která stále odolává snahám o rozluštění a představuje jak zdroj osobního utrpení milionů pacientů a jejich rodin po celém světě, tak významnou celospolečenskou zátěž (17).

Dříve byla řazena mezi endogenní psychózy, kde charakteristické bylo rozštěpení mysli. Tj. rozštěp psychických funkcí mezi myšlenkovými obsahy a emocemi a motorickými projevy (12).

Schizofrenie je představitelem psychotického onemocnění (3).

Vede ke ztrátě reality, k narušení vztahu k sobě samému a vnějšímu světu. Jde o poruchu s chaotickým průběhem, mající vliv na kognitivní funkce a socializaci chování (12).

Schizofrenie je typicky devastující choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti. Symptomy schizofrenie často vedou k těžkému postižení (12).

Je přítomna výrazná sociální maladaptace s dysfunkcí pracovní schopnosti (12).

Obecně je schizofrenie charakterizována poruchou myšlení, ambivalencí a poruchou emocí. Takzvaný „rozštěp osobnosti“ je projevem nedostatku jednoty mezi myšlenkovým obsahem a emocemi (12).

Schizofrenie je díky kombinaci výrazné neschopnosti, časného nástupu příznaků a chronického průběhu často pro pacienty vážnou tragédií. Navíc se jedná o častou poruchu, postihující 0,5 – 1 % populace. Schizofrenii lze díky vysoké prevalenci, tíži a pervazivním účinkům označit jako „rakovinu psychiatrie“ (3).

1.2 Historie pojmu schizofrenie

Tvůrcem nozologické jednotky označované původně termínem „dementia praecox“ je německý psychiatr Emil Kraepelin. Na samém sklonku 19. století Kraepelin shrnul do jedné třídy tři do té doby disparátně vnímané formy psychotického onemocnění, totiž hebefrenii, katatonii a paranoidní demenci, a přiřadil k nim ještě formu čtvrtou, pro níž užíval označení „dementia praecox simplex“. Chápal tuto chorobu jako předčasný psychický úpadek (demenci) a u všech jejích forem předpokládal společnou organickou příčinu. Kraepelinovo pojetí zpochybnil již v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler ve své práci „Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien“, jež se stala základem současných názorů na schizofrenní onemocnění. Bleuler zavedl termín schizofrenie, který měl vystihnout charakteristické rozštěpení či fragmentaci psychických funkcí, zvláště myšlení a emocí. Ukázal, že psychotické projevy nepředstavují skutečnou organickou demenci a upozornil na některé psychologické aspekty této nemoci. Hovořil přitom o „skupině schizofrenií“, neboť (zřejmě správně) předpokládal vedle heterogenity klinických projevů také heterogenitu etiologických a patogenetických činitelů (1).

Hledání příčin psychotických poruch vedlo v průběhu 20. století k vytváření nejrůznějších hypotéz a teorií. Byly zkoumány faktory genetické, morfologické, biochemické a neuroendokrinní. Vedle např. infekční teorie existují modely psychosociální a psychodynamické (1).

Navzdory široce rozvinutému výzkumu ale etiologie schizofrenie nebyla dosud uspokojivě vysvětlena. Na jedné straně převládá názor, jež předpokládá multifaktoriální etiologii čili mnohostrannou příčinnou podmíněnost, souhrn psychických i somatických vlivů, na straně druhé lze předpokládat, že schizofrenie představuje syndromologicky vymezenou skupinu možná i několika různých nemocí různé etiologie (1).

1.3 Etiologie schizofrenie

Přesto, že etiologie schizofrenie není beze zbytku objasněna, je známa celá řada faktorů, které k jejímu rozvoji přispívají (1).

Mezi biologické faktory patří především dědičnost. Obecně je známo, že se dědí řada vlastností a povahových rysů, vzhled, talent, ale i různé choroby. Pokud v rodině někdo onemocní schizofrenií, je větší pravděpodobnost, že stejně onemocní také příbuzní (15).

Bylo prokázáno, že pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je asi 10% pravděpodobnost, že jeho dítě onemocní také. Pokud jsou nemocní oba rodiče, zvyšuje se riziko schizofrenie u jejich dítěte na 30 až 40 %. Celkově se zdá, že schizofrenie je onemocnění, jehož výskyt je asi ze 70 % pod genetickou kontrolou. Dědičnost je ale složitá. Předně: zde je ve hře více genů, které se musejí u člověka sejít, aby nemoc propukla. Některé tyto geny u svých nositelů samy nic špatného nedělají. Mohou být v rodinách předávány z generace na generaci, aniž by kdokoli schizofrenií onemocněl. Případně se mohou u svého nositele projevit jenom zvláštní, mnohdy výstřední osobnosti (15).

Můžeme tedy říci, že se do určité míry dědí dispozice onemocnět schizofrenií, ale nikoliv schizofrenie jako nemoc. Svoji roli mají i faktory související s vlivem prostředí (15).

Dědí se určitá vloha k onemocnění psychózou, tedy náchylnost k nemoci, nikoli nemoc sama (15).

Ukazuje se však, že v rozvoji onemocnění hrají důležitou roli také negenetické, zevní vlivy. Za posledních 30 let se takových kandidátů podařilo poznat několik: virová infekce plodu ještě před narozením, narušená výživa v době těhotenství, případně i porodní komplikace. Většina těchto rizikových faktorů (jak genetických, tak i negenetických) hraje svoji roli ve vývoji mozku ještě před narozením dítěte.

Člověk se tedy s dispozicí k psychotickému onemocnění obvykle již narodí (15). Schizofrenii tedy způsobuje obvykle směs několika příčin (15).

1.4 Klinický obraz

Schizofrenii definuje přítomnost několika charakteristických symptomů doprovázená výrazným zhoršením výkonnosti po určitou dobu. Charakteristické příznaky jsou většinou přítomné déle, některé mohou pacienta obtěžovat po celý zbytek života (11).

Schizofrenie se může projevit směsí různě vyjádřených pozitivních i negativních příznaků, poruchami nálady, změnami kognitivních funkcí, poruchami chování nebo katatonními projevy. Lze sem však přiřadit i změny sledovacích očních pohybů, poruchy čichu nebo spontánní extrapyramidové pohyby (11).

Jednotlivé syndromy nebo symptomy nejsou přesně vymezeny a jejich koncepce se částečně překrývají (18).

1.4.1 Pozitivní příznaky

V současnosti se mezi pozitivní příznaky řadí bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč a dezorganizované a bizarní chování. Tyto symptomy jsou vlastně pokřivené a zveličené normální funkce (11).

1.4.1.1 Bludy

Pro blud je typická chorobnost (vzniká v důsledku nemoci) a nevývratnost (ostatní lidé s pacientem jeho přesvědčení nesdílejí, ale vyvraceli by mu je marně). Obsah bludů je různý (14).

U schizofrenie jsou nejčastější bludy vztahovačnosti (pacient si různé situace vztahuje ke své osobě, například lidé v metru o něm všechno vědí a povídají si o něm, televizní hlasatelka hovoří právě k němu), paranoidně-perzekuční bludy (dotyčný se cítí pronásledován rozvědkou, sousedem, mimozemšťany) a bludy ovlivňování a kontrolování (při nichž má pacient pocit, že na něho někdo působí na dálku, například laserem nebo kosmickými paprsky, a tím mu ruší myšlení). Religiózní bludy jsou

klinicky významné, protože jsou spjaty se sebepoškozováním a horším terapeutickým výsledkem (14).

1.4.1.2 Halucinace

U schizofrenie se vyskytují halucinace, pseudohalucinace, iluze a různé neobvyklé prožitky. Halucinace jsou vjemy bez zevně existujícího objektu (14).

Nejčastější halucinací je slyšení hlasů. Některé lidi, zejména na začátku, tyto hlasy uspokojují a jsou něčím, co není strašné. Jiní mohou slyšet hlasy, které mluví o hrozných nebo negativních věcech nebo něco přikazují (19).

Iluze – poruchy vnímání reálně existujícího objektu (například pacient upozorňuje na výskyt hada v pracovně, přičemž se jedná o elektrickou šňůru) a pseudohalucinace – vjemy bez existujícího objektu, avšak při zachovalém náhledu nejsou u schizofrenie časté (dotyčný vidí slona na silnici, přičemž ví, že tam žádný není.) (14).

1.4.1.3 Dezorganizované myšlení a řeč

Na stav myšlení se při psychiatrickém vyšetření usuzuje podle dezorganizace řeči. Pro tento příznak se v klinické praxi zažil pojem formální porucha myšlení. Řeč pacientů se schizofrenií může být dezorganizovaná v mnoha ohledech. Zjišťuje se ztráta asociací a tangencialita, které se projeví jako neschopnost udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov nebo frází, a paralogie (14).

Slovní projev pacienta s inkoherentním myšlením nemá „hlavu ani patu“, jelikož sdělené postrádá gramatické vazby. Extrémní podobou je slovní salát. Neologismy jsou pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí (pacient se domnívá, že je král, který vládne vesmíru, v němž žijí kombilidi a kombilidóni) (14).

Nedostatečné nabídce myšlenek odpovídá chudost řeči. Sdělované je „slovní vatou“, bez obsahu, mohou se vyskytovat zárazy: myšlení se náhle „zastaví“, jelikož se nemocnému nedostává myšlenky. Zárazům se rovněž říká bloky a je třeba je odlišovat od mutismu (14).

1.4.1.4 Dezorganizované chování

Důsledkem ztráty „soudržnosti“ afektu, řeči, myšlení a pohybů je více či méně nápadné chování. Manifestuje se rozličně, od věku neadekvátní dovádivosti a nezbednosti až po nepředvídatelný neklid. Neschopnost koordinovat chování se samozřejmě projevuje v každodenním životě – pacient není schopen udržovat osobní hygienu apod. Celkový obraz doprovázejí nápadnosti v oblečení (například vrstvené spodní prádlo a kulich na hlavě v parném létě), neadekvátní sexuální chování (masturbace na veřejnosti), případně nemotivované nepředvídatelné „pokřikování“ (14).

Podle nejnovějších definic poruchy by měly být pozitivní příznaky vždy součástí klinického obrazu schizofrenie. Jejich zastoupení se však může lišit (11).

Pozitivní příznaky jsou často barvité, přitahují na sebe pozornost, negativní příznaky brání zvládat každodenní aktivity. Díky negativním příznakům nebývají pacienti se schizofrenií schopni navázat normální rodinné vztahy, chodit do školy, udržet si zaměstnání, získávat přátele a budovat intimní vztahy (11).

1.4.2 Negativní příznaky

Negativní příznaky označují ztrátu nebo oslabení normálně přítomných funkcí. Mezi negativní příznaky patří alogie (ochuzená řeč nebo řeč postrádající obsah), emoční zploštělost (snížení schopnosti vyjadřovat emoce), anhedonie (neschopnost prožívat radost, ztráta zájmu o sociální interakce), abulie (neschopnost zahájit nebo setrvat v cílevědomém chování) (11).

1.4.2.1 Kognitivní dysfunkce

Lidé, kteří onemocněli schizofrenií, mívají potíže s pozorností - těžko se soustředí, jejich mozek jakoby ztrácí schopnost filtrovat informace, přicházející zvenčí. Nemocný je tak přehlcen vjemy, nedokáže rozlišit důležité od nedůležitého (9).

Nemocný je pro svou nemoc přecitlivělý vůči vnějším vlivům a je svou nemocí velmi zaměstnán (9).

Kromě halucinací, bludů a potíží s koncentrací se nemocný potýká často s úzkostí, depresí, ztrátou motivace nebo propadá apatii. Mění se tak jeho chování i vztahy s blízkými lidmi (9).

Jeho okolí si všimne, že "ten člověk se nějak změnil". Člověk postižený touto nemocí je často velmi citlivý a vnímavý, má také schopnost originálního myšlení (9).

Deficit kognitivních funkcí je v současné době pokládán za jeden ze základních a hlavních příznaků schizofrenie. Vyskytuje se u 40-60% pacientů trpících tímto onemocněním, významně koreluje s nepříznivou prognózou nemoci a znesnadňuje začlenění se pacientů zpět do normálního života (13).

Kromě „klasických“ symptomů zahrnující psychotické, dezorganizované a negativní dimenze, se mohou v klinickém obraze schizofrenie vyskytovat ještě další příznaky (9).

1.4.2.2 Afektivní příznaky

Z afektivních příznaků bývá často přítomna deprese, hlavně v iniciální fázi onemocnění. Deprese je součástí akutní psychotické ataky (3).

Depresivní komponenta se po odeznění psychotické symptomatologie dostává více do popředí (postpsychotická deprese). A 10% nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium (3).

1.4.2.3 Katatonní příznaky

Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie (Příloha 1).

1.4.2.4 Suicidium

Zdánlivě prozaický fakt o nevyhnutelnosti smrti je ve skutečnosti jedním z nejmocnějších zdrojů lidské úzkosti a pocity reakce na tento aspekt skutečnosti patří k nejintenzivnějším a nejsložitějším, jaké jen může prožívat (22).

Riziko suicidia je vysoké především u mladých pacientů, během prvního roku po stanovení diagnózy (22).

Mezi rizikové faktory patří předchozí sebevražedný pokus, deprese, beznaděj, abúzus drog a mužské pohlaví (14).

Sklon k myšlenkám na sebevraždu, ke sníženému sebehodnocení až nenávisti k sobě apod. většinou není primárním důsledkem onemocnění, ale je vyvolán teprve až uvědomováním si přímých i sekundárních důsledků (zhoršení intelektu, neúspěch v práci a soukromém životě, ztráta důvěry ve své smysly atd.), zhoršením životního pocitu a celkové kvality života (14).

Nemocný ztrácí schopnost cítit smutek i radost, jeho mysl zaplňuje pocit prázdnoty a temnoty. Člověk si uvědomuje, že je ohrožena podstata jeho individuality. "Nechtěl jsem žít takový život. Nebyl už ani rozdíl mezi tím, co jsem chtěl a co jsem nechtěl," řekl jeden nemocný (7).

Vnější svět může být i pro zdravého člověka neutěšenou realitou, před níž uniká do snění a fantazie. Odmítání reálného světa je v nestejně míře v povaze každého duševního onemocnění. A však zdravý člověk, nebo méně postižený nemocný, je zpravidla schopen rozlišovat mezi oběma světy – mezi realitou a sněním (20).

Reálný svět ustupuje do pozadí a na jeho místo se dostává svět přeludů a fantazií, ve kterých je člověk uzavřen (20).

1.5 Druhy schizofrenie (F 20)

1.5.1 Paranoidní schizofrenie (F 20.0)

Nejčastější typ schizofrenní psychózy, charakterizovaný paranoidními bludy a sluchovými, zrakovými, čichovými, chuťovými a tělesnými halucinacemi. Efektivita bývá pod vlivem psychotických prožitků podrážděná, v chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělým nepřítelům (6).

Časté jsou intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, příp. o tom, že jsou subjektu jeho myšlenky odmítány a

zveřejňovány, nebo naopak mu jsou cizí myšlenky vkládány. V případě hojných tělových halucinací lze diagnostikovat parafrenní formu paranoidní schizofrenie (6).

1.5.2 Hebefrenní schizofrenie (F 20.1)

Je poměrně vzácná, typické jsou pro ni poruchy chování, které je nezodpovědné, nepředvídatelné, vystupňovaně klackovité. Nálada je nepřiměřená situaci (chichotání, přihlouplé úsměvy, grimasování, manýrování, nezbednost, opakované fráze). Myšlení je dezorganizované a řeč nesouvislá (6).

Začíná ve věku 15 – 25 let, mívá špatnou prognózu. Nemocný ztrácí průbojnost a rozhodnost, opouští své cíle, chová se bezúčelně, povrchně a manýrovaně se zabývá náboženskými, filosofickými a jinými abstraktními tématy, což činí potíže při sledování jeho myšlenkového toku (6).

Premorbidní osobnost hebefreniků bývá spíše plachá a samotářská (6).

1.5.3 Katatonní schizofrenie (F 20.2)

Je poměrně vzácná, v popředí je rozštěp psycho-motorický: poruchy motoriky se projevují od hyperkinéze až ke stuporu, od automatické poslušnosti k negativismu (6).

Nemocný může setrávat dlouhou dobu v nepřírozených polohách, do kterých byl uveden. Při tom může dojít k epizodám prudkého vzrušení (6).

Diagnostikuje se tam, kde jsou splněna všeobecná kritéria pro schizofrenii a kde se navíc vyskytuje stupor nebo mutismus, excitace, zaujímání a udržování nevhodných či nezvyklých poloh, negativismus, rigidita. Flexibilita cerea nebo povelový automatismus a perseverace (6).

Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit organické onemocnění mozku, metabolické poruchy, alkohol a drogy (6).

1.5.4 Nediferencovaná schizofrenie (F 20.3)

Splňuje všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídá žádnému předchozímu podtypu. Patří sem atypická schizofrenie (6).

1.5.5 Postschizofrenní deprese (F 20.4)

Depresivní syndrom, který přichází po odeznění schizofrenní psychózy. Někdy lze těžko odlišit od vlivu neuroleptik a od emočního oploštění způsobeného schizofrenním procesem. Při této poruše je vyšší riziko sebevraždy! Postschizofrenní deprese se diagnostikuje, jestliže dotyčný měl schizofrenní psychózu během posledních 12 měsíců, některé schizofrenní příznaky ještě přetrvávají, depresivní příznaky jsou výrazné a doprovázené pocitem tísně a trvají alespoň 2 týdny (6).

1.5.6 Reziduální schizofrenie (F 20.5)

Jde o chronické stadium schizofrenie, u kterého je jasný předchozí vývoj zahrnující několik atak s psychotickými příznaky a předcházející později v ireverzibilní negativní příznaky (zpomalené psychomotorické tempo, otupělost, pasivita, ztráta iniciativy, chudost řeči co do obsahu i frekvence, chudá nonverbální komunikace – výraz obličeje, kontakt očí, modulace hlasu a postoje, zanedbání zevnějšku a chudé sociální vztahy), jasná psychotická ataka v minulosti, převaha negativních rysů alespoň po dobu jednoho roku, nepřítomnost demence či jiné organické mozkové poruchy, nepřítomnost deprese (6).

1.5.7 Simplexní schizofrenie (F 20.6)

Je to psychóza probíhající plíživě, při níž se postupně rozvíjí bizarní chování, neschopnost adaptace na sociální prostředí a celkový pokles výkonnosti (6).

Bludy a halucinace nejsou přítomny a stav není tak jasně psychotický jako u jiných forem schizofrenie. Typické negativní rysy, jak je vidíme u reziduální schizofrenie, se sice rozvinou, ale nejsou předcházeny zjevnou psychotickou symptomatikou (6).

Nemocný se stává ponořený do sebe, bez zájmu, bez cíle, lenošivý, toulavý (6).

1.6 Průběh a prognóza

Onemocnění začíná nejčastěji během dospívání a časně dospělosti (16). Schizofrenie je tzv. epizodické onemocnění. To znamená, že asi u 60% se může vracet v nových epizodách nemoci, které se také nazývají relapsy (14).

Nejdůležitější období je prvních 9 až 12 měsíců po ústupu nemoci. Pacient sám i jeho rodina však mohou ve spolupráci s odborníky udělat mnoho pro to, aby k nové epizodě nedošlo, nebo aby měla příznivější průběh. Je nutné si uvědomit, že tyto epizody většinou nevznikají náhodně, zpravidla bývají vyprovokovány dalším nadměrným stresem (16).

Je prokázáno, že čím častěji dochází k těmto návratům, tím horší je prognóza schizofrenie. Proto je velmi smysluplně se naučit tyto relapsy rozpoznávat, umět je včas zastavit a tím jim předcházet (16).

Mnohem častěji se onemocnění rozvíjí postupně s prodromálními příznaky. Prodromální příznaky jsou tedy příznaky předcházející vlastnímu onemocnění. Podle několika epidemiologických studií trvá prodromální období tři až pět let. První projevy psychotického onemocnění u mladých lidí si jejich rodiny a přátelé mohou vysvětlovat jako normální chování dospívajících a často ho pak tolerují po dlouhou dobu, než se začne hledat pomoc. Rodina a přátelé někdy věří, že nemocný prochází fází, která pomine, nebo připisují jeho chování charakterové slabosti nebo vlivu stresu (16).

Rozlišení počátku prodromálních příznaků může být velmi obtížné. Často se prodromy kryjí s osobnostními rysy. V osobnostních rysech bývá přítomna uzavřenost, pasivita, introvertnost a z toho vycházející nedostatek kontaktů s vrstevníky (16).

V prodromálním období si stěžují na časté poruchy pozornosti, neurčité bolesti hlavy, zad a svalů, trávicí obtíže a pocity celkové slabosti. Nemocní jsou proto často posíláni k praktickým lékařům s podezřením na špatně vyléčené tělesné onemocnění nebo chronický únavový syndrom (16).

Tělesné onemocnění je pro nemocného i rodinu téměř vždy přijatelnějším vysvětlením než duševní onemocnění. Rodina i přátelé si až za značnou dobu uvědomí, že se jejich blízký změnil, že hůře funguje v zaměstnání, ve škole i ve společnosti (16).

S postupující chorobou se objevují další příznaky: hloubání nad maličkostmi a věcmi nepodstatnými, nové zaujetí vírou nebo okultismem, zvláštnosti v oblékání a

chování i v jídle, rozlady a podrážděnost, vztahovačnost, úzkost, neklid, nespavost, bludy a halucinace. Tyto obtíže se postupně stupňují, až dojde k plnému propuknutí psychotické ataky (období akutních příznaků) (5).

Schizofrenie je tzv. epizodické onemocnění. To znamená, že asi u 60% se může vracet v nových epizodách nemoci, které se také nazývají relapsy (5).

Ataky (epizody) většinou nevznikají náhodně, ale bývají vyprovokovány stresem (bezvýhodná situace, ztráta bližního, nadměrná kritika, viróza atd.). V akutní atace dochází k rozvoji příznaků psychózy a je potřebná medikamentózní léčba. Pokud jsou příznaky intenzivní nebo se nemocný chová tak, že ohrožuje sebe i okolí, je nezbytná hospitalizace (16).

Začátek onemocnění je častěji plíživý s prodromálními příznaky. Méně často dojde k rozvoji akutní fáze onemocnění z plného duševního zdraví. Přibližně jedna třetina nemocných se vyléčí po první atace, třetina má opakované návraty onemocnění a třetina nemocných má průběh chronický (16).

Každá ataka nemoci znamená velkou zátěž a změnu nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí. Dochází ke změnám v psychice i fungování ve všech oblastech života nemocného, a proto je lépe relapsům (znovuvzplanutím choroby) předcházet. V akutní atace mění psychotické příznaky vztah nemocného k sobě samému a k okolí (16).

Po nemoci dochází k oslabení v řadě oblastí – je zvýšena citlivost organismu na jakékoli změny, je menší odolnost vůči zátěži fyzické i psychické. Během choroby se změnil kontakt nemocného s okolím; ztratil řadu přátel, zaměstnání, školu. Leckdy neví, jak znovu začít, s obavami se dívá do své budoucnosti a objevují se komplexy méněcennosti a strach z nálepky duševně nemocného (16).

S bilancováním se objevují i sebevražedné pokusy. Až 10 % nemocných schizofrenií spáchá sebevraždu. Pokud je po proběhnuté atace onemocnění stav klienta stejný jako před onemocněním, je další prognóza (předpoklad dalšího průběhu choroby) příznivá. Ale i u chronicky probíhajících onemocnění je vždy naděje na zlepšení, a to nejen díky stále nově vyvíjeným lékům, ale i novým rehabilitačním programům (16).

Nejdůležitější je si uvědomit, že schizofrenní onemocnění je léčitelné (16).

V současnosti je mnoho úsilí věnováno prvním atakám onemocnění, protože si všichni uvědomují, jak důležité je léčit nemocného co nejdříve, a tak zabránit důsledkům, které s sebou nese nerozpoznané nebo špatně léčené onemocnění. Z toho plyne potřeba co největší spolupráce s celou rodinou (16).

Pro každou rodinu je onemocnění blízkého nesmírným stresem a ohrožením. Pacienti a jejich rodiny se mohou zdráhat vyhledat pomoc z nejrůznějších důvodů:

- může to být popření problému – nic takového neexistuje, to se časem spraví, mohu to vyřešit bez pomoci
- v řadě rodin propuká panika a zbytečně se hledá viník – špatná výchova, přísná paní učitelka, zklamání v lásce. V této době si neuvědomují, že každý člověk během svého života prochází nejrůznějšími stresy, ale ne každý onemocní schizofrenií
- velmi často je to obava z nálepky duševní choroby
- svoji roli hraje také nedůvěra ke zdravotníkům (16).

Obtíže s rozpoznáním onemocnění může mít i praktický lékař, a někdy je problém v dostupnosti vhodných psychiatrických zařízení (především na venkově) (16).

Během akutní fáze mohou psychotické příznaky ustát poměrně rychle po nasazení léku. Ale po proběhlé psychotické atace u některých nemocných přetrvávají tzv. zbytkové příznaky – větší unavitelnost a nižší výkonnost, snížená schopnost se soustředit, pokleslá nálada a apatie, pocity vnitřní prázdnoty a neprožívání. Je to zotavovací období nabírání sil a nové adaptace (16).

V tomto období je v rámci rehabilitace důležitá co největší spolupráce s rodinou pro pochopení toho, co se stalo. U některých pacientů působí rychlý návrat do normálního prostředí a převzetí původní odpovědnosti příznivě. U jiných může toto způsobit návrat nemoci, a v takových případech je vhodnější přístup v podobě postupných kroků. Rozlišit předem, u koho dojde k příznivějšímu a u koho k méně příznivému vývoji, je obtížné. Po první psychotické epizodě se považuje za kritické období prvních dvou až pěti let. Je to období velké zranitelnosti a je nezbytné nemocné

v tomto období pravidelně sledovat. Onemocnění se může vracet v epizodách; hovoříme o relapsech nemoci (16).

Ukazuje se, že častější návraty (relapsy) nemoci bývají spojeny s celkově horšími důsledky a průběhem nemoci. Je proto nesmírně důležité vědět, jaké jsou varovné příznaky navracející se nemoci. U někoho je to nespavost, podrážděnost, nesoustředěnost a vnitřní pocit „něco se zase děje“. Při dobré spolupráci s lékařem se lze naučit tyto relapsy poznávat a umět jim předejít (16).

Nové epizody nemoci bývají často vyprovokovány nadměrným stresem, a proto je důležité nepodceňovat zátěžové situace (16).

1.7 Rizikové faktory a vlivy napomáhající uzdravení

Mezi nejrizikovější faktory, které mohou být příčinou eventuálního relapsu, patří:

- snížení nebo vysazení medikace
- stres
- užívání alkoholu a drog
- silně vyjadřované emoce v rodině
- samota, nedostatek podpory ze strany rodiny, přátel
- špatná spolupráce s lékařem
- nejasné mezilidské vztahy
- chaotický životní styl
- ztráta zaměstnání nebo opuštění školy
- konfliktní mezilidské vztahy
- prázdný a nenaplněný volný čas (16).

Propuštění z hospitalizace, přes veškerou radost ze zlepšení stavu, může znamenat velkou zátěž pro všechny zúčastněné (16).

Míra vyjadřování emocí (anglický termín: expressed emotion) je obecně považována za měřítko zapojení a postoje rodiny. Mírou vyjadřování emocí se rozumí intenzita, s jakou příbuzní (většinou rodiče nebo partneři) dávají najevo to, co cítí a co se v nich odehrává. Silně vyjadřované emoce u příbuzných popisují často naši klienti

jako „přehrávání“, „velkou péčí“, „hysterií“, „velkou tendenci ochraňovat a chránit před nebezpečími okolního světa“. Víme, že silné vyjadřování emocí má negativní průběh na léčení psychózy a řada studií spolehlivě ukázala také různý výskyt relapsu (16).

K relapsu dochází u 55 % u pacientů v rodinách s vysokou úrovní vyjadřování emocí a u 20 % pacientů v rodinách s nízkou úrovní vyjadřování emocí (16).

Míra vyjadřování emocí není stabilním a neměnným ukazatelem. Na jedné straně může samo pacientovo onemocnění zvyšovat negativně míru vyjadřování emocí, na druhé straně je možné, aby se příbuzní sami po vysvětlení tohoto nežádoucího způsobu chování zbavili. Pozitivním ovlivněním chování rodin (snížení úrovně vyjadřování emocí) tak dochází k výraznému snížení rizika relapsu (16).

Vysoká míra vyjadřování emocí se v rodinách často kombinuje s dalšími rysy komunikace, které mohou zhoršovat průběh a zvyšovat riziko relapsu. Jedná se o:

- trvalé kritizování (tzv. hyperkritičnost)
- nevhodnou a přehnanou péčí o příbuzného (tzv. hyperprotektivitu) (16).

Pokud rodina trpí zlozvykem nadměrně vyjadřovat emoce, stojí za to pokusit se ji tento zlozvyk odnaučit. Někdy to může být komplikované, protože bývá obtížné najít optimální úroveň starostlivosti vhodnou pro danou fázi nemoci (16).

Navíc v některých fázích nemoci a údravy dává nemocný sám jakoby důvod pro zvýšenou starostlivost, kritiku a nespokojenost ze strany rodiny. Řada faktorů však udržení údravy podporuje některé z nich uvádím v následující tabulce (16).

Faktory, které působí pozitivně a podporují zotavení:

- stabilní životní situace
- přátelství a pevné sociálního zakotvení v nějaké skupině lidí (vím, kam patřím)
- bezpečné a strukturované prostředí
- blízkost někoho, s kým je možné hovořit o zážitcích a pocitech
- vědomí účelnosti nebo směru vlastního života
- koníčky

- příležitosti k zaměstnání
- možnost zábavy a rozptýlení
- porozumění ostatních tomu, co se stalo
- dobrá fyzická kondice
- medikamentózní léčba bez výrazných nežádoucích účinků
- realistické očekávání a střízlivé naděje do budoucna
- pravidelnost, denní řád, životospráva (15).

Jak vidíme, některé faktory působí při zotavení se z psychózy pozitivně a některé negativně. Především je důležitá jasnost, přehlednost a strukturovanost života. Člověk po psychóze by si měl být vědom toho, kam patří, kde bydlí a proč tam bydlí, mělo by mu být jasné, kteří lidé ho mají rádi a které má rád on, měl by mít nějaké zaměstnání nebo alespoň koníčka či program dne, aby měl pocit, že jeho život má nějaký smysl. Naopak nejasnost, nestrukturovanost a prázdnota života mohou psychický stav výrazně zhoršovat (15).

V období jednoho až tří let od poslední psychotické epizody jsou rovněž rizikové všechny výraznější změny ve způsobu života. Může se jednat o stěhování, propuštění ze zaměstnání nebo jeho změnu, rozvod, ale někdy také o náhlé citové vzplanutí nebo i zamilování. Tyto faktory je nutné mít na zřeteli. Pochopitelně všem negativním vlivům se v běžném životě vyhnout nelze, nicméně osoba s psychózou i její blízcí se musejí snažit, aby negativních faktorů bylo co nejméně a pozitivních (profylaktických) co nejvíce (16).

1.8 Léčba

Psychózy, zejména pak schizofrenie, byly v minulosti pokládány za nemoci s velmi nepříznivými vyhlídkami. Vzhledem k malým možnostem léčby byl často konečným výsledkem stav chronicky duševně nemocného, který nebyl schopen se o sebe postarat. Bohužel tyto představy o malých možnostech léčby psychóz přetrvávají u části veřejnosti doposud, třebaže průběh onemocnění a vyhlídky nemocných trpících

psychózou se v posledních desetiletích díky novým léčebným možnostem výrazně změnil (16).

Moderní formy léčby přinesly novou naději. Průběh i vyhlídky psychotické poruchy jsou v současnosti díky moderním formám léčby podstatně lepší, než tomu bylo dříve. Závisejí u každého nemocného nejen na typu jeho nemoci, ale i na něm samotném, zejména na jeho spolupráci s lékařem a užívání doporučených léků. Důležitý je také vliv rodinného a pracovního prostředí a životních událostí, které ho potkají (16).

Léčba se liší podle fáze onemocnění, v níž se postižený nachází, a podle míry dalšího postižení (16):

Při akutních stavech je metodou volby podávání léků (15).

- K zabránění vzplanutí nových atak nemoci je opět nejdůležitější pravidelné užívání psychofarmak (15).
- Mezi akutními atakami nemoci, v době zmírnění nebo vymizení příznaků, se dostávají do popředí psychoterapeutické postupy (16).
- Pokud je pacient postižen spíše sociálně, profesně, nebo je invalidizován, pak dostávají přednost socioterapeutické metody (pomoc při znovuzařazení) (15).

Obzvlášť důležitá je pružnost terapeuta a jeho léčebných strategií. Každý terapeut by měl používat více než pouze jednu metodu (15).

Ve všech fázích má obrovský význam spolupráce s nejbližšími příbuznými. Pokud je léčba postiženého ambulantní formou příliš zatěžující, jak tomu bývá při prudkých nebo déle trvajících krizích, je možná psychiatrická hospitalizace. Lékař zpravidla odesílá nemocného do nemocnice také tehdy, když v důsledku psychotických prožitků ohrožuje sám sebe nebo lidi ve svém okolí (16).

Rozlišujeme tedy celkem tři fáze léčby:

- zvládnutí akutních příznaků nemoci
- stabilizaci a dosažení remise
- udržení remise a prevenci relapsu (16).

Všechny tyto fáze jsou pro celkový průběh nemoci stejně důležité (remise znamená úplné vymizení symptomů nemoci) (16).

Příznivější prognózu mají onemocnění s náhlým začátkem a s přítomností pozitivních příznaků – bludů, halucinací a větší tělesnou aktivitou. Neméně důležité je zachování si koníčků a původního životního stylu (16).

Méně příznivou prognózu naopak mají onemocnění s plíživým začátkem a přítomností spíše negativních příznaků – snížením emoční a pohybové aktivity. Příznivější průběh onemocnění mají lidé, kteří mají partnera nebo již založenou vlastní rodinu, a dále ti, kteří mají stále zaměstnání nebo studují (16).

Pro příznivou prognózu onemocnění je důležitá spolupráce nemocného a jeho blízkých s odborníky, ale i osvícená podpora veřejnosti (16).

1.9 Schizofrenie a společnost

1.9.1 Stigmatizace nemocného

Jednou z největších překážek úspěšné léčby a zvládnání schizofrenie je stigma, které je s touto nemocí často spojeno (16).

Toto stigma může vést k vážné diskriminaci, která zbytečně zhoršuje potíže jednotlivců nemocných schizofrenií. Tato diskriminace se projevuje omezeným množstvím prostředků na léčbu schizofrenie, menší dostupností bydlení, pracovních příležitosti, sníženou sociální interakcí a dalšími problémy, které postupně dále zvyšují stigma spojené s touto nemocí. Stigma spojené se schizofrenií vede k častým nesprávným výkladům v médiích, což napomáhá upevňování negativních stereotypů. Stigma v důsledku schizofrenie neovlivňuje pouze jedince, kteří schizofrenií trpí, ale také jejich rodiny, ošetřovatele a poskytovatele zdravotnické péče všeobecně (16).

Diskriminace kvůli schizofrenii zvyšuje utrpení pacienta spojené s nemocí. Osoby blízké pacientovi trpí tím, že jsou také poznamenáni stigmatem této choroby (2).

Stigmatizující názory vůči jedincům s duševními poruchami jsou ve veřejnosti všeobecně rozšířené (14).

1.9.2 Násilné chování

Schizofrenie je diagnóza, která se v myslích velké části obyvatelstva pojí s představou „nebezpečnosti“. Přispívá k tomu mohutná medializace násilných činů páchaných jedinci s duševními poruchami i široké povědomí veřejnosti o existenci konceptu „nebezpečnosti vůči sobě nebo okolí v důsledku duševní choroby“ (16).

1.9.3 Kvalita života

Kvalita života se posuzuje objektivními a subjektivními kritérii. Objektivní kritéria se blíží tomu, co zahrnujeme pod pojem životní úroveň nebo sociální postavení, a patří sem například příjem, počet let vzdělání nebo zaměstnání, tedy snadněji měřitelné a kvantifikovatelné položky. Subjektivními kritérii jsou vlastní výpovědi o spokojenosti s objektivními faktory, například subjektivní spokojenost s prací (14).

Kvalita života je však především subjektivní charakteristika. Vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince: „kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Kvalita života u schizofrenie při interpretaci hodnot kvality života je třeba si uvědomit nejen schopnost lidské psychiky přizpůsobit se vnějším i vnitřním podmínkám, ale také relativní povahu spokojenosti: jedinec je spokojen nebo nespokojen podle toho, jak vnímá své postavení vůči referenční skupině tvořené osobami sdílejícími podobné životní podmínky (sociálně, generačně, geograficky). Stejně jako odstranění symptomů je pro pacienta důležitý i jeho „život“: sociální role, jež zastává, jejich naplnění, pocit spokojenosti, materiální situace a životní perspektiva. Výhodou oproti „objektivnímu“ měření symptomů je subjektivní povaha hodnocení. Pacient si sám rozhodne, zda je se svým životem spokojený a zda mu jeho životní situace vyhovuje či nikoliv. Další výhodou představuje možnost porovnávat kvalitu života mezi různými diagnostickými skupinami i mezi pacienty a jejich zdravými protějšky (14).

1.10 Pracovní schopnost

Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, okrádá postiženého jedince o mnoho základních věcí, které jsou podstatné v každodenním životě. Je spojena s vysokým rizikem sebevražedného jednání, hlavně v počátku, a významně narušuje fungování jedince (méně než 10% nemocných pracuje na celý úvazek a žije samostatně). Navzdory snaze o návrat do pracovního a vzdělávacího procesu bývá častým jevem invalidizace. Ta umožňuje ekonomické zajištění, avšak při nedostupnosti psychosociální intervence vede velmi často k sociální izolaci s negativním vlivem na terapeutický proces (3).

Lidé trpící schizofrenií mohou pracovat - dokonce i když mají symptomy. Několik studií prokázalo, že lidé s vážnější duševní chorobou prospívají lépe, jestliže pracují. Schopnost udržet si zaměstnání nemusí být nutně spojena se stupněm závažnosti onemocnění jednotlivce (2).

Britské a americké studie prokázaly, že lidé trpící schizofrenií nepotřebují častou hospitalizaci, pokud mají stále zaměstnání. Zatímco mnoho nemocných může být úspěšných v běžném zaměstnání na plný úvazek, pro některé jednotlivce může být vhodnější práce na částečný úvazek nebo dobrovolnictví (2).

Práce je zásadní součástí procesu rehabilitace. Zvyšuje sebevědomí, napomáhá novému začlenění jednotlivce do společnosti a představuje smysluplné využití času nemocných (2).

V současné době se ve školách, na pracovištích můžeme setkat se spoustou lidí, u nichž byla diagnostikována schizofrenie. Tito lidé žijí také v partnerském svazku a mají děti (2).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Cílem této bakalářské práce je zmapovat problematiku životního stylu u pacientů se schizofrenií. Tento cíl byl dále rozdělen na tři dílčí cíle. První z nich je zjištění, zda se u pacientů s poruchami schizofrenního okruhu v porovnání se zdravou populací mění stupnice hodnot. Druhým dílčím cílem je zjištění možných změn v oblasti příjmu potravy opět v porovnání s běžnou populací. Posledním dílčím cílem je zjištění rozdílů v oblasti rekreačních aktivit.

2.2 Hypotézy

Pro naplnění cílů bakalářské práce, byly stanoveny následující hypotézy.

2.2.1 Hypotéza 1

U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nenalzáme ve srovnání se zdravou populací významné rozdíly z hlediska preferovaných základních životních hodnot.

2.2.2 Hypotéza 2

U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti příjmu potravy.

2.2.3 Hypotéza 3

U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti realizace rekreačních aktivit.

3 Metodika

3.1 Použitá metoda

V bakalářské práci byla pro účel výzkumu jako technika sběru dat zvolen anonymní dotazník.

Byl vytvořen jeden dotazník pro obě srovnávací skupiny. Následná analýza získaných dat byla zpracována v programu EXCEL pro PC.

Dotazník je originální, sestavený pro potřeby mého výzkumu. Je konstruován jak do otázek uzavřených, na které respondenti odpovídali ano – ne, tak do otázek otevřených, kde dotazovaní odpovídali vlastními slovy.

Celkem bylo použito 48 otázek, které byly uzavřené a volné. (Příloha 1) V úvodu dotazníku je uvedeno, k jakému účelu dotazník slouží a ujistí respondenty, že dotazník je zcela anonymní a bude použit pouze pro potřeby mé bakalářské práce.

3.1.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum této bakalářské práce se uskutečnil na dvou souborech.

3.1.2 Klienti

První výzkumný soubor tvořily klienti Domova pro osoby se zdravotním postižením Libni, kde se specializují na nemoci schizofrenního okruhu. Dotazníky byly klientům zprostředkovány přes zaměstnance. Do tohoto zařízení bylo rozdáno 50 dotazníků. Návratnost v této skupině byla 100%.

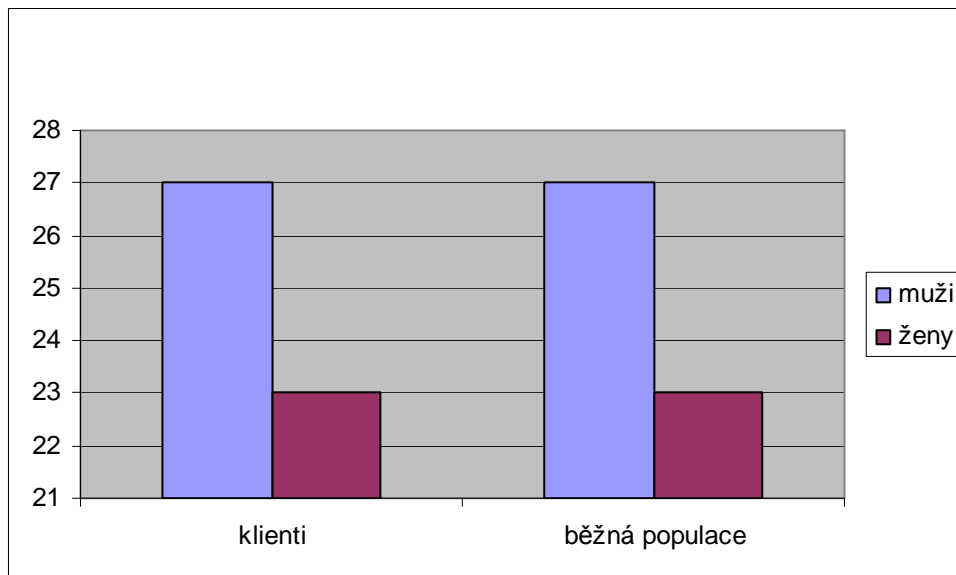
3.1.3 Zdravá populace

Druhý výzkumný soubor tvořily náhodně vybraní lidé, kteří vyplňovali dotazník za mé přítomnosti. Návratnost byla také 100%.

4 Výsledky

První tři otázky, byly identifikační, zkoumaly pohlaví, věk a dosažené vzdělání.

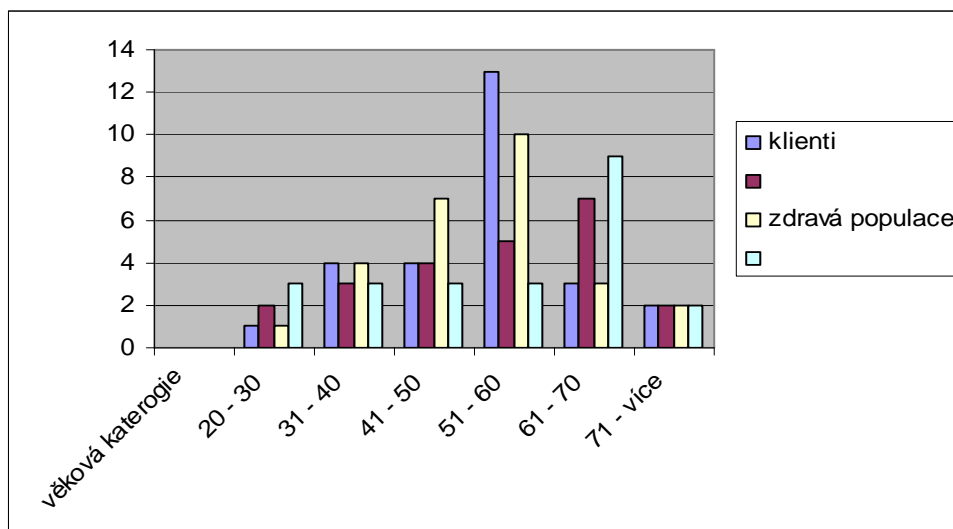
Graf 1: Pohlaví (k otázce 1)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 50 klientů odpovědělo 46% (23) žen a 54% mužů (27). Stejně tak odpovědělo z celkového počtu 50 lidí z běžné populace 46% (23) žen a 54% (27) mužů.

Graf 2: Věk (k otázce 2)



Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka 1: Věk (k otázce 2)

věková kategorie	klienti		zdravá populace	
	muži	ženy	muži	ženy
20 - 30	1	2	1	3
31 - 40	4	3	4	3
41 - 50	4	4	7	3
51 - 60	13	5	10	3
61 - 70	3	7	3	9
71 - více	2	2	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum

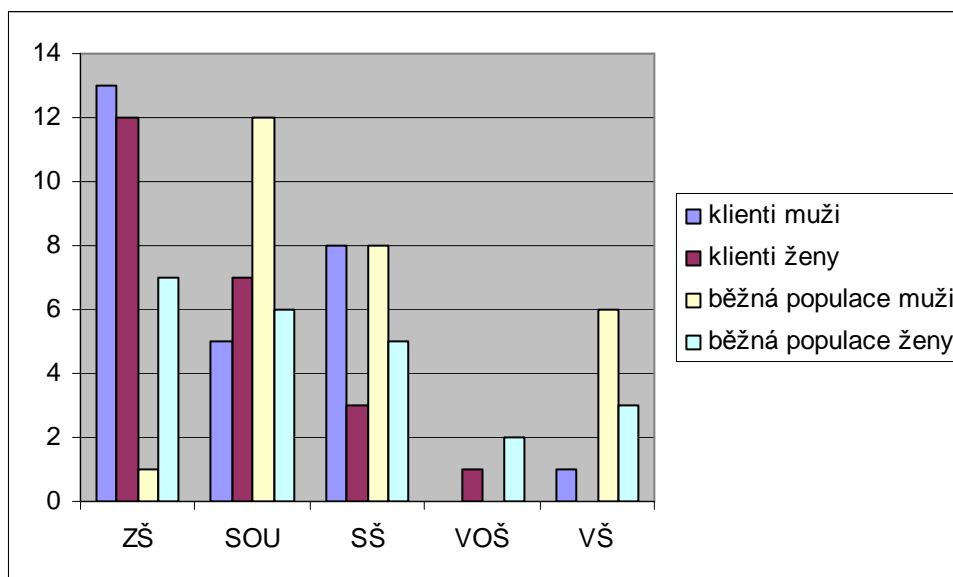
Tabulka 2: Věk (k otázce 2)

věková kategorie	Klienti v %		zdravá populace v %	
	muži	ženy	muži	ženy
20 - 30	2	4	2	6
31 - 40	8	6	8	6
41 - 50	8	8	14	6
51 - 60	26	10	20	6
61 - 70	6	14	6	18
71 - více	4	4	4	4

Zdroj: Vlastní výzkum

Z obou výzkumných souborů odpovídalo nejvíce respondentů ve věku mezi 51 až 60 let, což činí 62%.

Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání (k otázce 3)



Zdroj: Vlastní výzkum

66% oslovených respondentů má pouze základní vzdělání.

Tabulka 3: Vyberte pět slov z následující nabídky a seřad'te je podle důležitosti, kterou jim přiřadíte (nejdůležitější hodnota bude mít číslo 1, nejméně důležitá hodnota číslo 5): vzhled, láska, zdraví, peníze, vzdělání, rodina, bydlení, přátelé, být za něco pochválen, něco dokázat, jídlo, pití, spánek, zaměstnání, záliba, společnost, samota, knihy, televize, sport. (k otázce 4)

Běžná populace

hodnota	pořadí				
	1	2	3	4	5
vzhled	1	1	1	0	2
láska	12	9	5	3	0
zdraví	26	10	2	2	0
peníze	0	4	5	4	4
vzdělání	0	4	5	3	2
rodina	4	10	7	2	5
bydlení	0	3	3	10	3
přátelé	0	3	5	6	3
být za něco pochválen	0	0	0	0	1
něco dokázat	2	0	2	2	2
jídlo	0	0	4	2	4
pití	0	0	2	2	2
spánek	0	0	3	5	4
zaměstnání	0	2	0	0	0
záliba	0	0	1	2	7
společnost	0	2	0	1	3
samota	2	0	0	1	1
knihy	1	0	0	2	3
televize	1	2	3	2	2
sport	1	0	2	1	2

Zdroj: Vlastní výzkum

42% z výzkumného souboru běžné populace označilo za nejdůležitější hodnotu zdraví.

Tabulka 4: Vyberte pět slov z následující nabídky a seřadte je podle důležitosti, kterou jim přiřadíte (nejdůležitější hodnota bude mít číslo 1, nejméně důležitá hodnota číslo 5): vzhled, láska, zdraví, peníze, vzdělání, rodina, bydlení, přátelé, být za něco pochválen, něco dokázat, jídlo, pití, spánek, zaměstnání, záliba, společnost, samota, knihy, televize, sport. (k otázce 4)

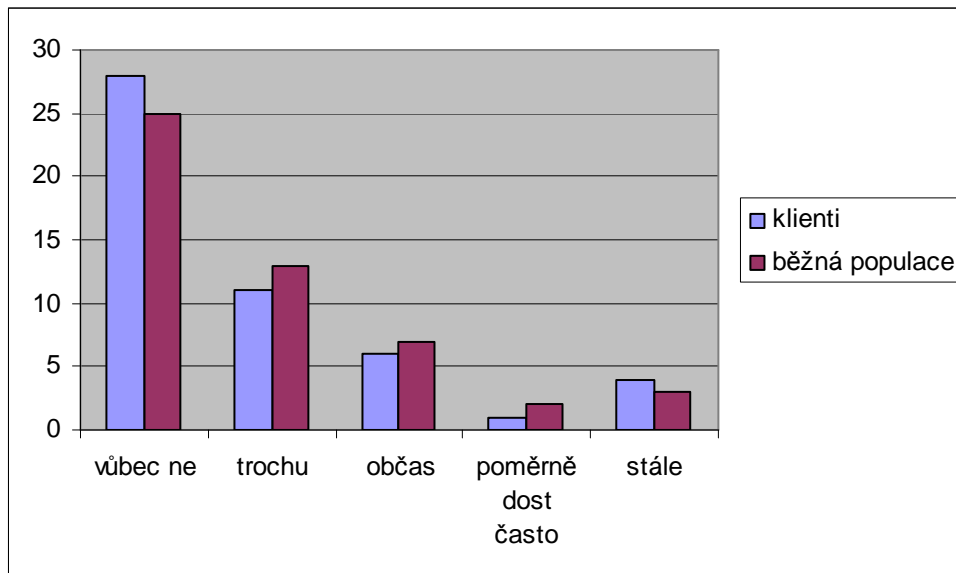
Klienti

hodnota	pořadí				
	1	2	3	4	5
vzhled	0	0	0	0	3
láska	7	6	3	2	1
zdraví	21	14	6	1	0
peníze	7	7	7	11	5
vzdělání	2	2	0	2	3
rodina	10	13	12	3	2
bydlení	0	4	8	11	2
přátelé	0	2	7	3	6
být za něco pochválen	0	0	0	0	0
něco dokázat	0	0	1	1	1
jídlo	0	0	1	1	0
pití	0	0	0	0	0
spánek	1	0	0	2	3
zaměstnání	2	2	2	6	4
záliba	0	0	0	0	5
společnost	0	0	1	4	5
samota	0	0	1	1	0
knihy	0	0	1	0	5
televize	0	0	0	2	2
sport	0	0	0	0	3

Zdroj: Vlastní výzkum

52 % z výzkumného souboru klientů označilo za nejdůležitější hodnotu zdraví.

Graf 4: Cítíte se být někým nebo něčím ohrožen/a? (k otázce 5)



Zdroj: Vlastní výzkum

56 % z výzkumného souboru klientů se necítí být někým nebo něčím ohroženo. 50 % z výzkumného souboru běžné populace se necítí být někým nebo něčím ohroženo.

Tabulka 5: Kdo nebo co Vás ohrožuje? (k otázce 6)

ohrožující faktory	klienti	běžná populace
soused, spolubydlící	5	3
nemoc	5	2
stres	2	2
hlasy	3	0
prezident	1	0
okolí	4	4
šampon	1	0
čertík Láďa (smyšlená postava v mysli klientky)	1	0
zdražování	0	1
čas	0	2
strach	0	2
ženy	0	3
nezaměstnanost	0	2
bývalý přítel	0	1
samota	0	2
politika	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Jako nejčastější důvody ohrožení jsou uvedeny u klientů soused, spolubydlící (23%) a nemoc (23%). U běžné populace je nejčastějším důvodem ohrožení okolí (12%).

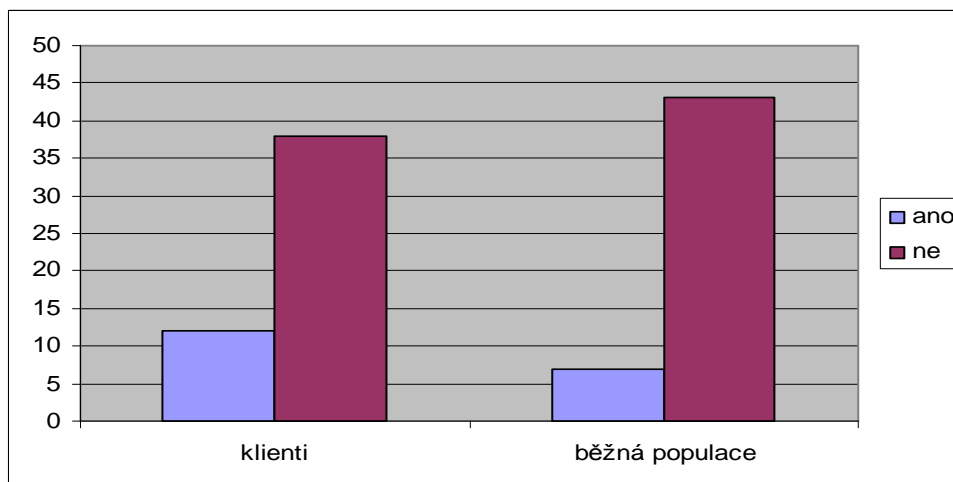
Tabulka 6: Jaké věci byste se nikdy nevzdal/a? (k otázce 7)

nepostradatelná věc	klienti	běžná populace
láska	15	0
cigarety	5	0
rodina	8	27
peníze	7	0
spánek	5	0
osobní věci	7	0
svoboda	2	0
duše	1	0
přítel	0	1
práce	0	3
zdraví	0	1
kniha	0	5
auto	0	1
mobil	0	1
štěstí	0	5
vzpomínky	0	2
sport	0	3
televize	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Své rodiny by se nevzdalo 54% běžné populace a 16% klientů.

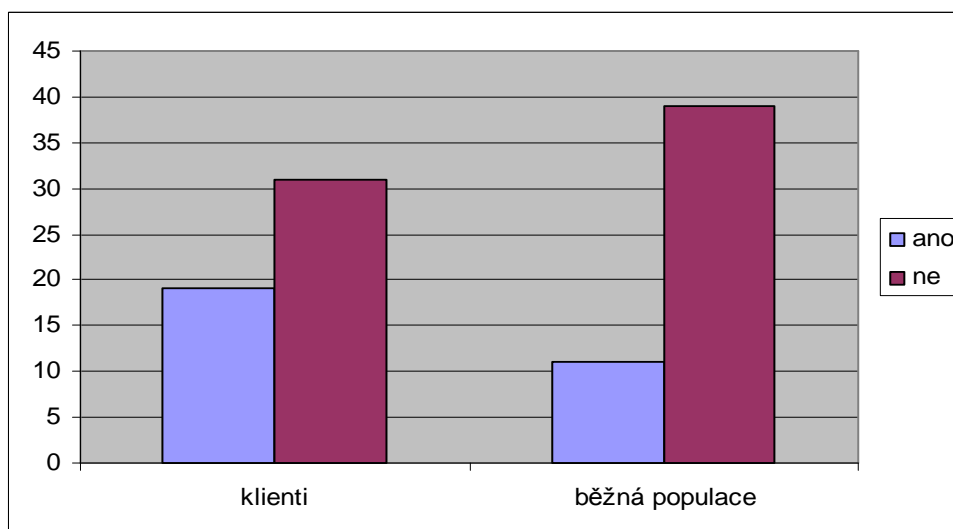
Graf 5: Stává se, že jste dezorientovaný/á pro Vás v běžných situacích? (k otázce 8)



Zdroj: Vlastní výzkum

24% klientů jsou někdy dezorientovaní. 14% běžné populace jsou někdy dezorientovaní.

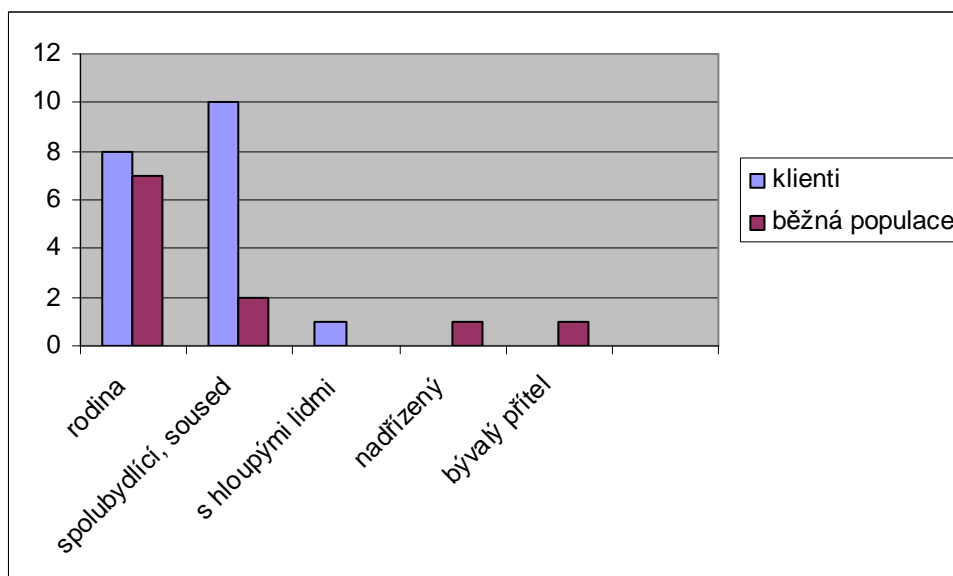
Graf 6: Hádáte se často? (k otázce 9)



Zdroj: Vlastní výzkum

38% klientů se často s někým hádá. 22% běžné populace se s někým hádá.

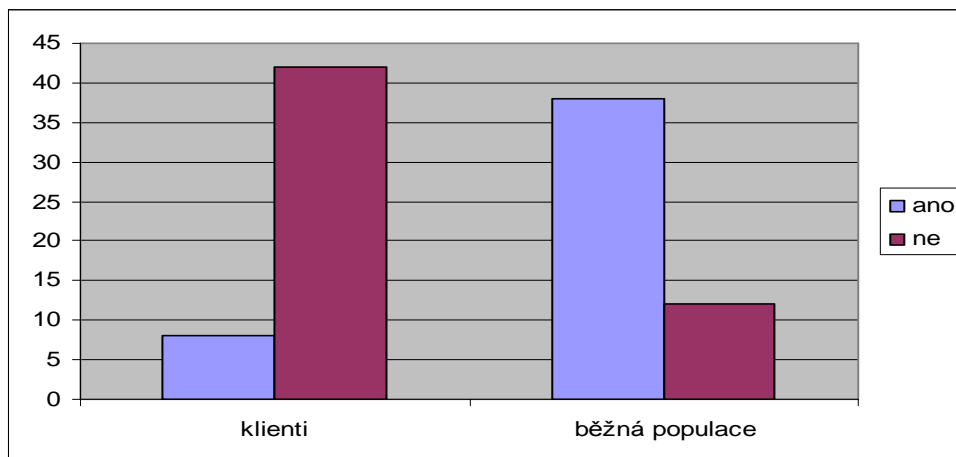
Graf 7: S kým se hádáte nebo dohadujete nejčastěji? (k otázce 10)



Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti se nejčastěji hádají se svými sousedy, či spolubydlícími a to v 53%, kdežto běžná populace se dohaduje nejčastěji se svou rodinou (manžel, manželka, dcera, syn, matka, otec) a to v 64%.

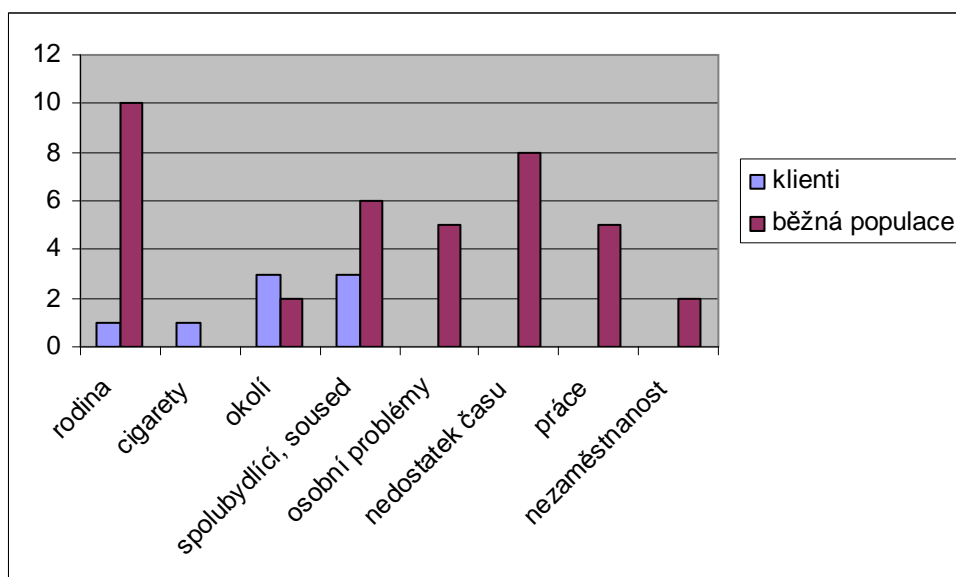
Graf 8: Jste často ve stresu? (k otázce 11)



Zdroj: Vlastní výzkum

76% běžné populace přiznává, že je často ve stresu, kdežto klienti pouze v 16%.

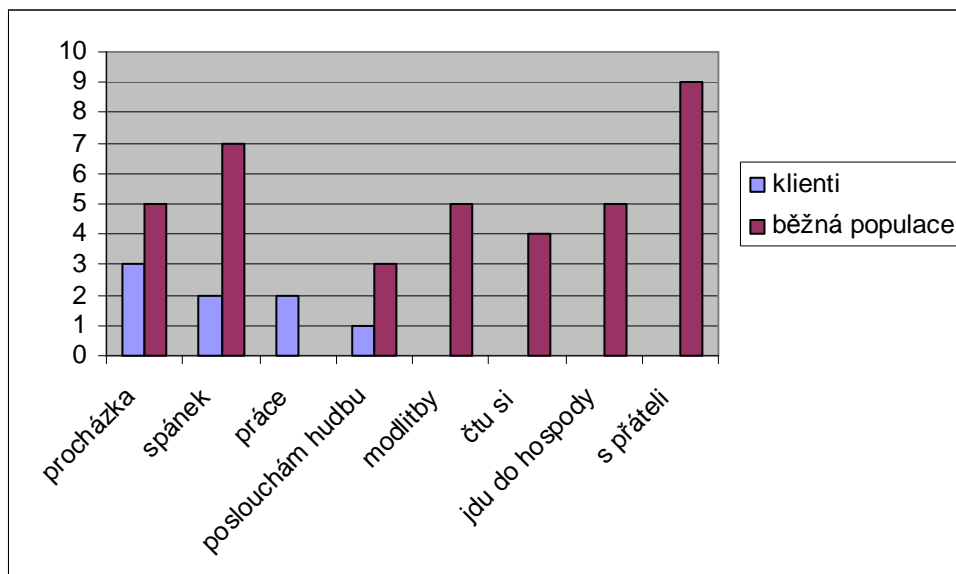
Graf 9: Co nebo kdo Vám stres způsobuje nejčastěji? (k otázce 12)



Zdroj: Vlastní výzkum

37% klientů uvádí, že stres jim nejčastěji způsobuje jejich spolubydlící/soused. 26% běžné populace uvádí, že jim nejčastěji způsobuje stres jejich rodina (manžel, manželka, dcera, syn, matka, otec).

Graf 10: Jak se stresu nejčastěji zbavujete? (k otázce 13)



Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti se nejčastěji zbavují stresu procházkou a to v 38%. Běžná populace se nejčastěji zbavuje stresu se svými přáteli a to v 24%.

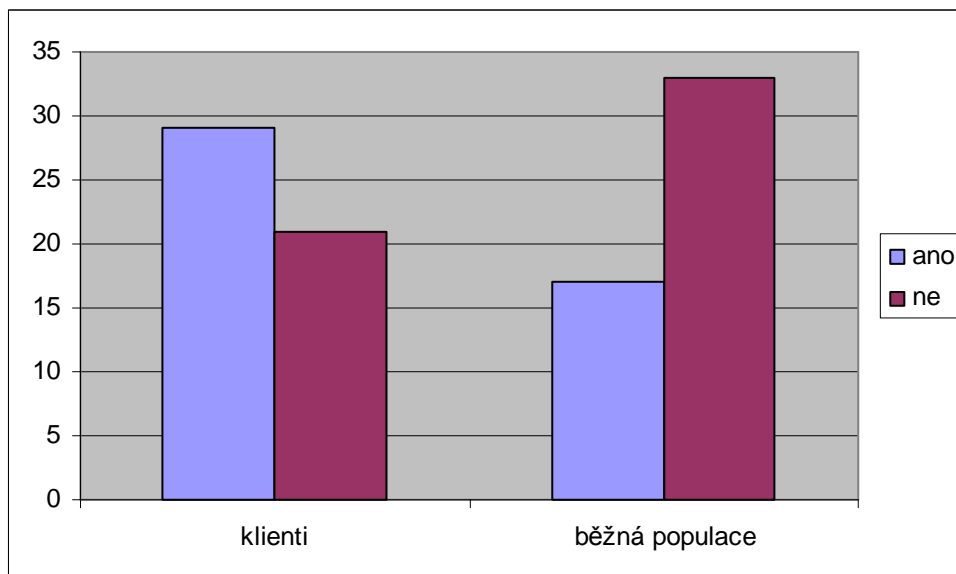
Tabulka 7: Co považujete v životě za nejdůležitější věc? (k otázce 14)

nejdůležitější věc	klienti	běžná populace
zdraví	31	21
rodina	4	9
láska	4	2
víra	4	0
přátelství	2	1
cigarety	2	0
televize	1	0
dostatek žen	1	0
elektrické vláčky	1	0
osud	0	1
žít bez stresu	0	3
peníze	0	5
vzdělání	0	1
nenudit se	0	1
štěstí	0	4
zaměstnání	0	1
něco dělat	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Za nejdůležitější věc považují oba výzkumné soubory zdraví, klienti v 62% a běžná populace v 42%.

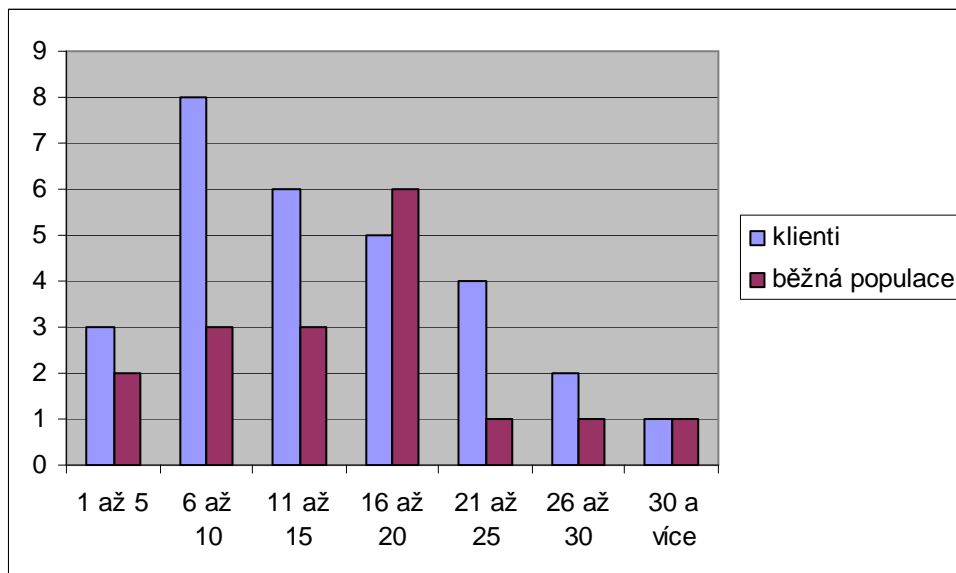
Graf 11: Kouříte? (k otázce 15)



Zdroj: Vlastní výzkum

58% klientů přiznalo, že kouří. 34% běžné populace přiznalo, že kouří.

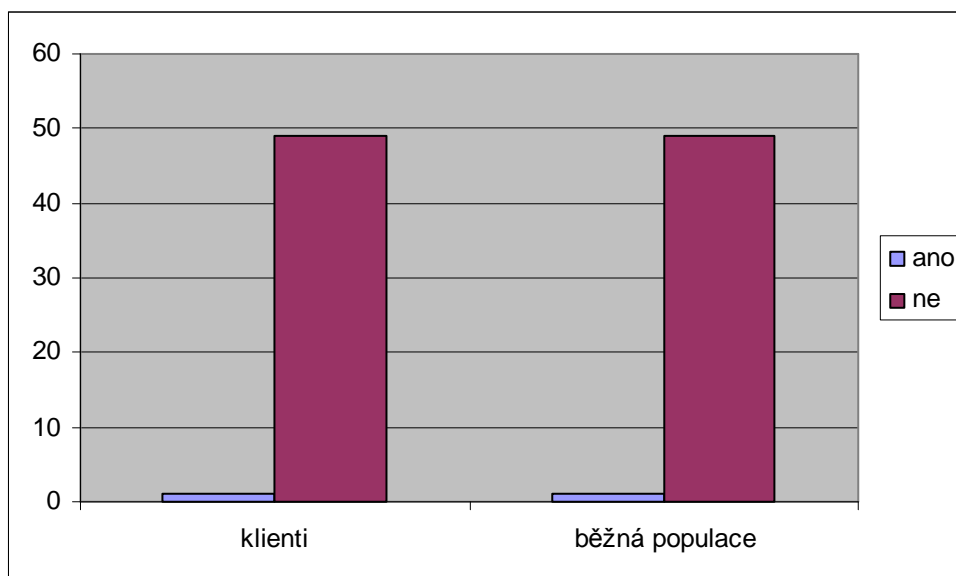
Graf 12: Pokud ano, tak kolik denně vykouříte cigaret? (k otázce 16)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce klientů (28%) vykouří denně 6 až 10 cigaret. Nejvíce běžné populace (35%) vykouří 16 až 20 cigaret.

Graf 13: Užíváte nějaké drogy? (k otázce 17)



Zdroj: Vlastní výzkum

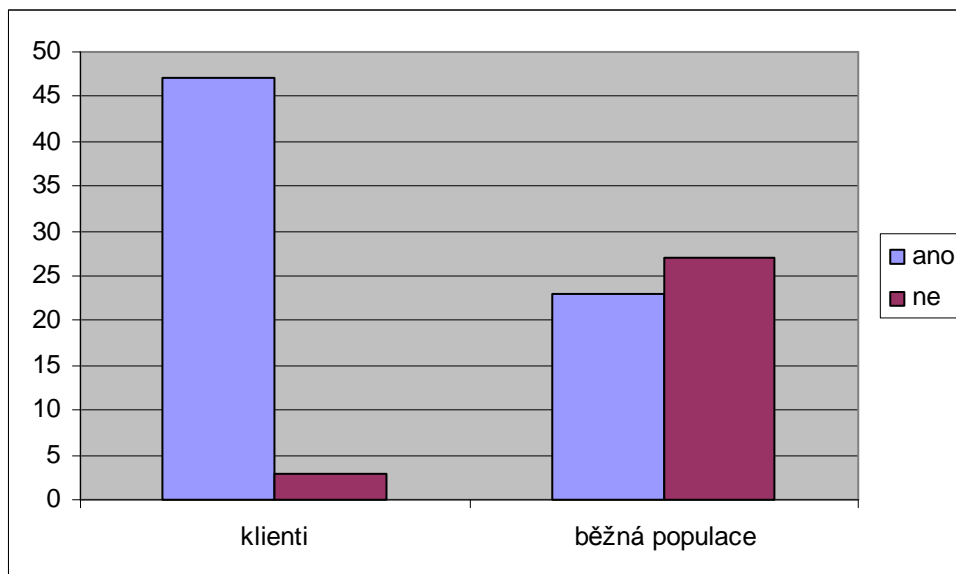
Klienti (2%) i běžná populace (2%) uvádí, že užívají drogy.

Tabulka 8: Pokud ano, tak jaké? (k otázce 18)

druh drogy	Klienti v %	běžná populace v %
marihuana	2	2

Zdroj: Vlastní výzkum

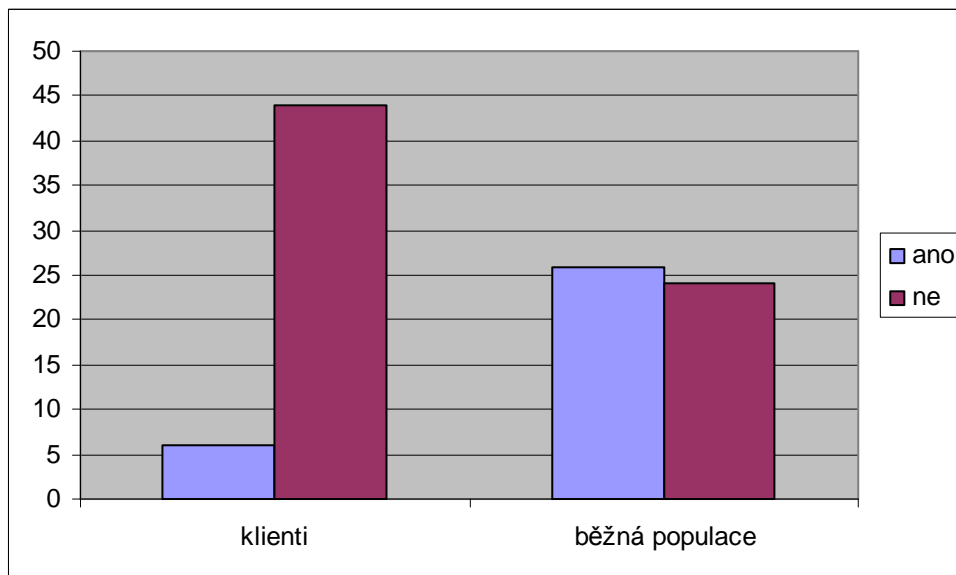
Graf 14: Berete pravidelně nějaké léky? (k otázce 19)



Zdroj: Vlastní výzkum

94% klientů užívá pravidelně léky. 46% běžné populace užívá pravidelně nějaké léky.

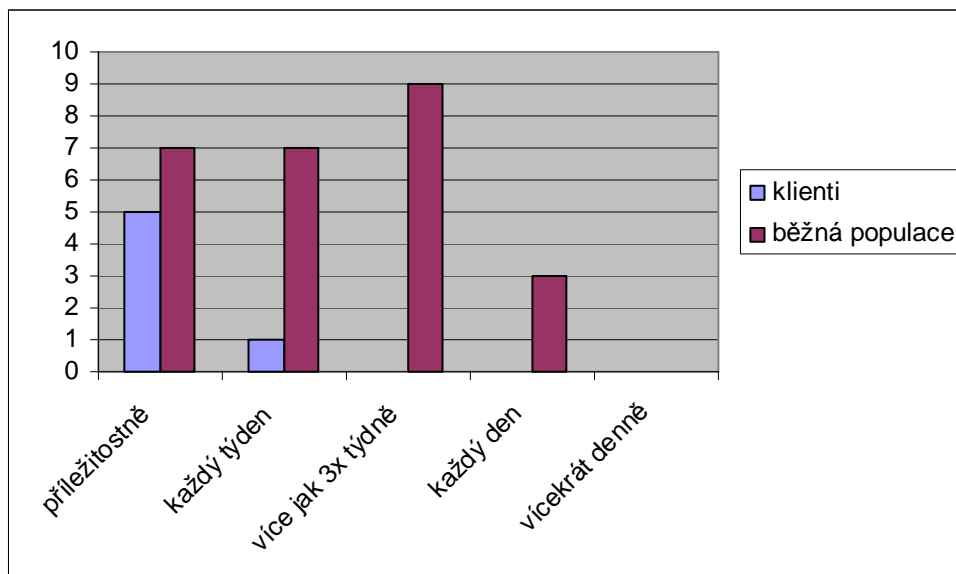
Graf 15: Požíváte alkohol? (k otázce 20)



Zdroj: Vlastní výzkum

Běžná populace v 52% užívá alkohol. Klienti užívají alkohol v 12%.

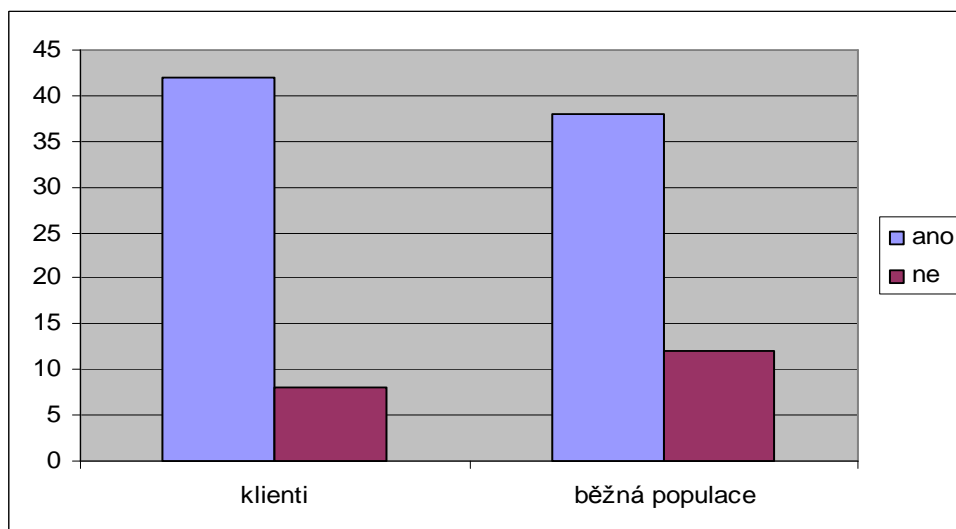
Graf 16: Pokud ano, tak jak často? (k otázce 21)



Zdroj: Vlastní výzkum

V běžné populaci je požíván alkohol nejčastěji více jak 3x týdně a to v 35%.

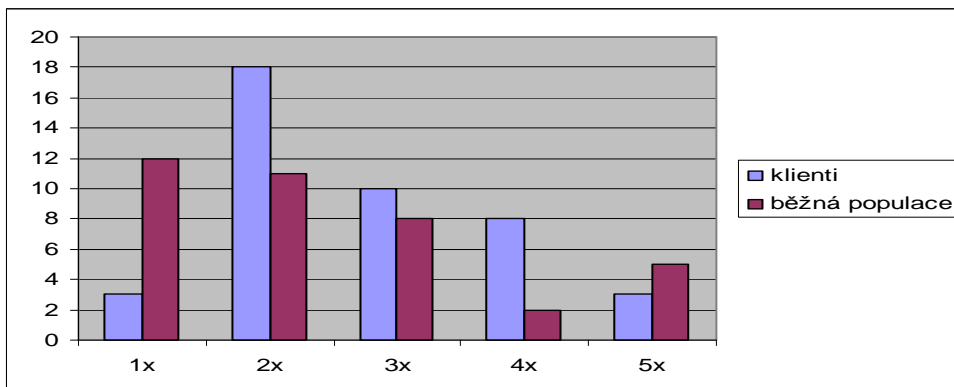
Graf 17: Pijete kávu? (k otázce 22)



Zdroj: Vlastní výzkum

84% klientů pije kávu. 76% běžné populace pije kávu.

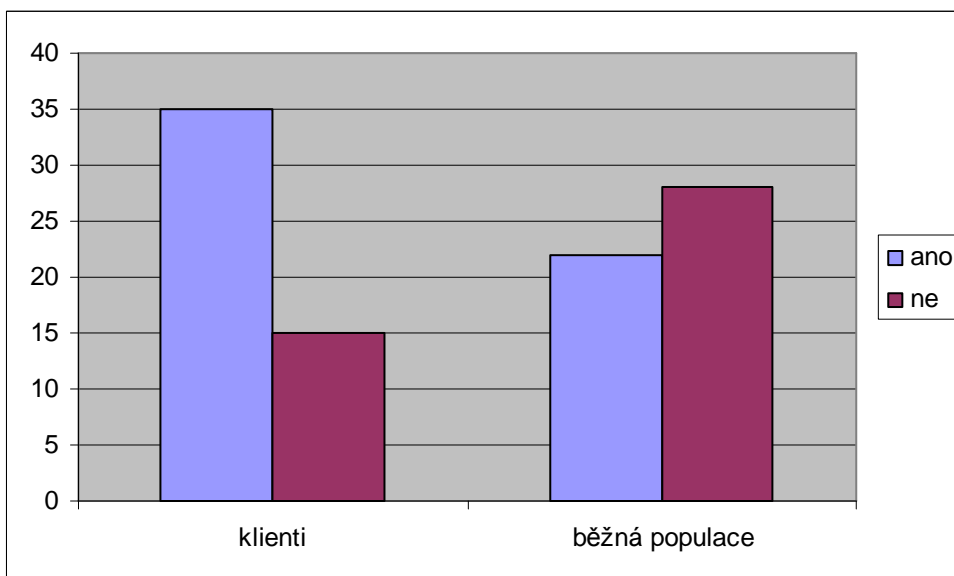
Graf 18: Pokud ano, tak kolikrát denně? (k otázce 23)



Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti nejčastěji uvedli (43%), že pijí kávu 2x denně. Běžná populace nejčastěji uvedla, že pije kávu 1x denně a to v 33%.

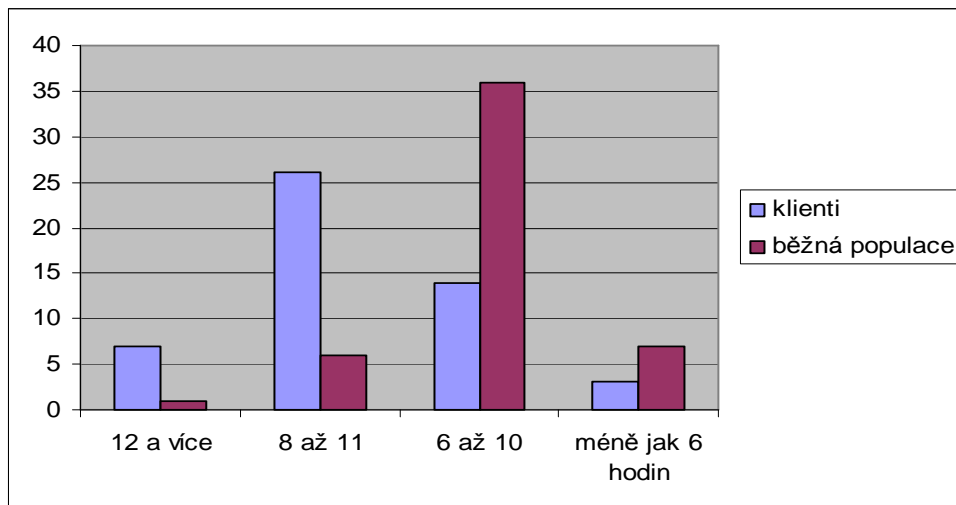
Graf 19: Býváte často unavená/ý? (k otázce 24)



Zdroj: Vlastní výzkum

Častou únavu uvádí 70% klientů a 44% běžné populace.

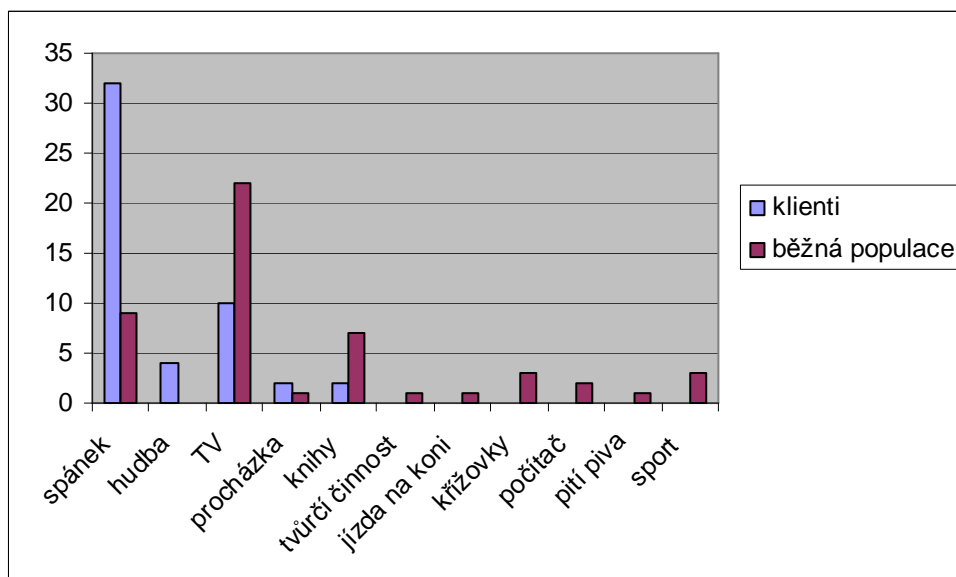
Graf 20: Kolik hodin denně spíte? (k otázce 25)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědi na tuto otázku byly u klientů 8 až 11 hodin denně (52%) a u běžné populace 6 až 10 hodin (72%).

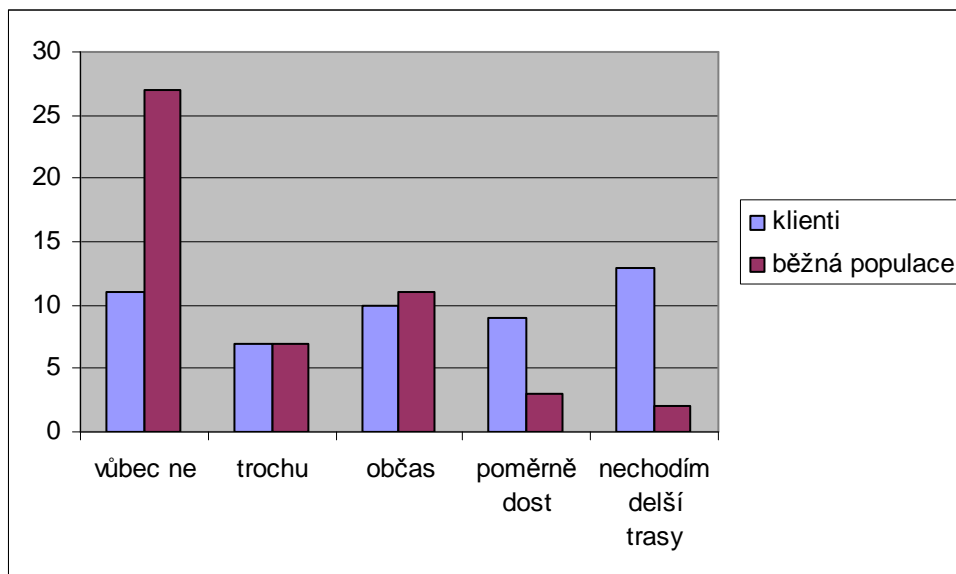
Graf 21: Jakou formou nejčastěji odpočíváte? (k otázce 26)



Zdroj: Vlastní výzkum

64% klientů odpovědělo, že nejčastěji odpočívá formou spánku, kdežto běžná populace odpočívá nejčastěji u televize (44%).

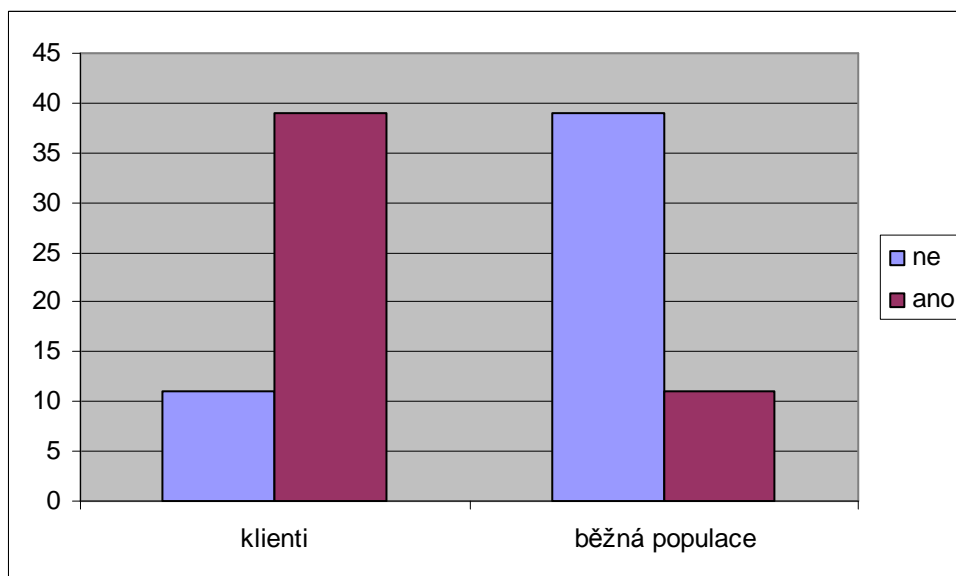
Graf 22: Dělá Vám problémy delší chůze? (k otázce 27)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpověď u klientů byla, že nechodí delší trasy (26%). Nejčastější odpověď u běžné populace byla, že jim problémy delší chůze nedělá (54%).

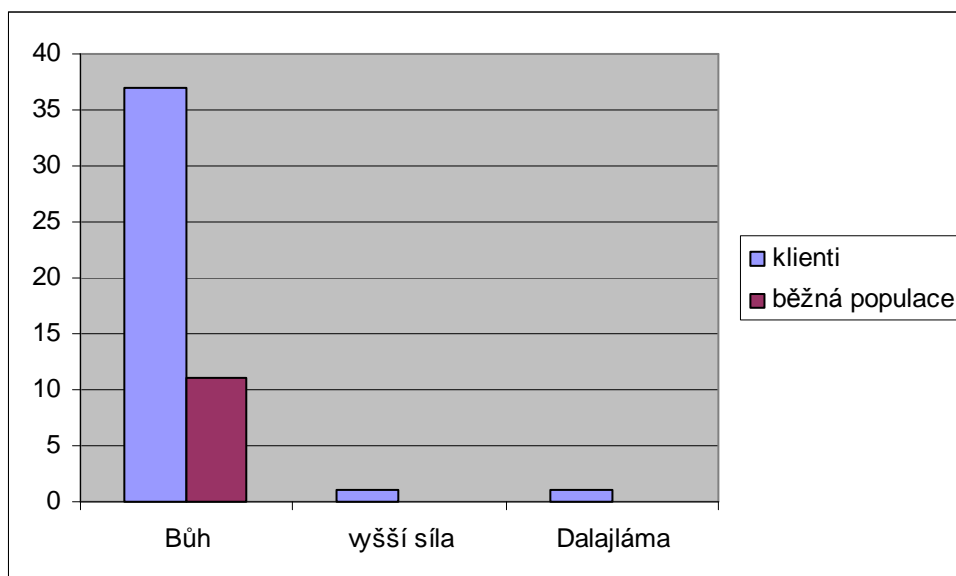
Graf 23: Jste věřící? (k otázce 28)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo 78% klientů a 22% běžné populace kladně.

Graf 24: Pokud ano, v koho nebo v co věříte? (k otázce 29)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí na tuto otázku byl Bůh a to v 95% u klientů a 100% u věřících běžné populace.

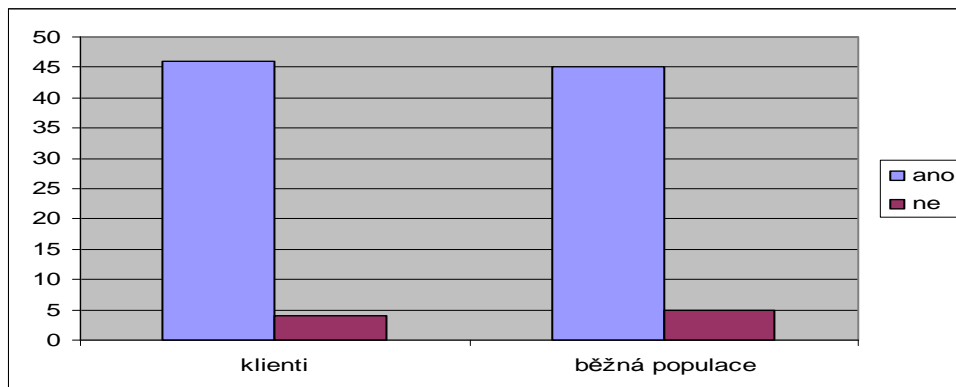
**Tabulka 9: Kdyby to bylo možné, co byste chtěl/a změnit na tomto světě?
(k otázce 30)**

změna	klienti	běžná populace
aby lidé netrpěli hlady	5	2
lepší vztahy mezi lidmi	21	19
aby nebyly války	8	8
chtěla bych vidět	1	0
sobectví lidí	1	1
vymítit všechny zlé duchy	1	0
levnější cigarety	2	0
vládu	2	8
ubohost světa	2	0
jsem rád/a jak to je	2	5
zdravotnictví - placení	2	0
všechno	2	7
limonády	1	0

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí u dotazovaných respondentů byla změna v to, aby byly lepší vztahy mezi lidmi. Klienti na tuto otázku odpověděli v 42% a běžná populace v 38%.

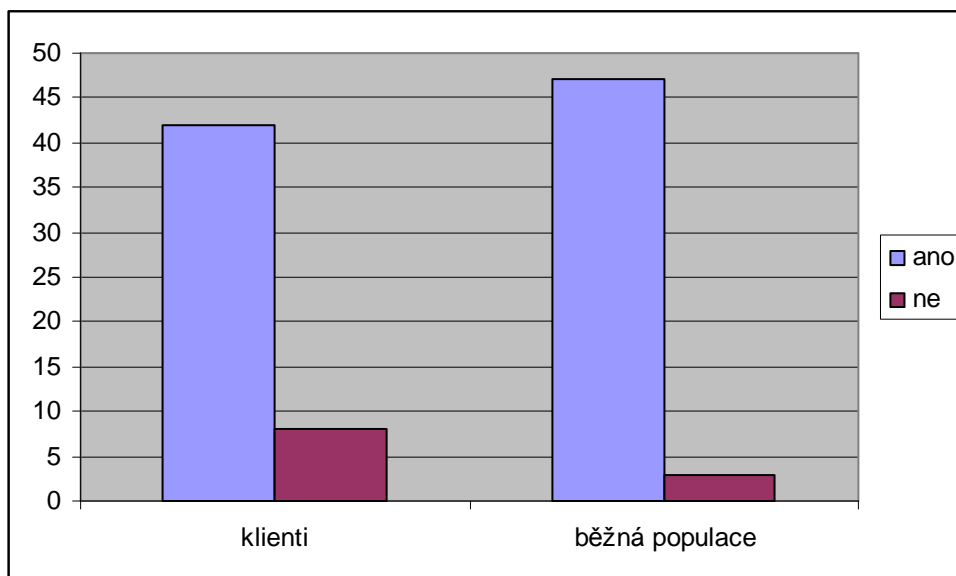
Graf 25: Máte rádi společnost? (k otázce 31)



Zdroj: Vlastní výzkum

Oba soubory odpovídaly kladně. Klienci odpověděli kladně v 92% a běžná populace v 90%.

Graf 26: Máte nějaké záliby (koníčky)? (k otázce 32)



Zdroj: Vlastní výzkum

84% dotazovaných klientů a 94% běžné populace má nějaké záliby (koníčky).

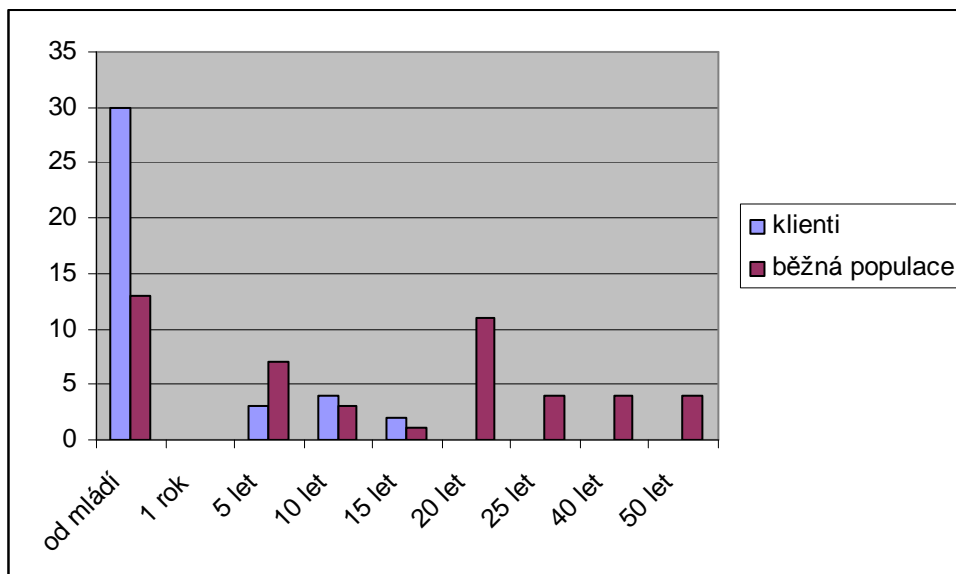
Tabulka 10: Pokud ano, jaké? (k otázce 33)

záliby	klienti	zdravá populace
žádné	8	3
malování	7	0
ruční práce	7	10
čtení	5	2
křížovky	1	3
hudba	7	0
TV	7	4
sport	6	10
elektrické vláčky	1	0
vztahy se ženami	1	0
keramika	0	1
hosпода	0	1
kutilství	0	2
rybyření	0	1
rodina	0	3
fotografování	0	1
kultura	0	2
zahradničení	0	4
výpočetní technika	0	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku, byly nejčastějšími odpověďmi malování (17%), ruční práce – pletení, háčkování, vyšívání (17%), hudba (17%), televize (17%). U běžné populace byla nejčastější odpovědí ruční práce a sport (21%).

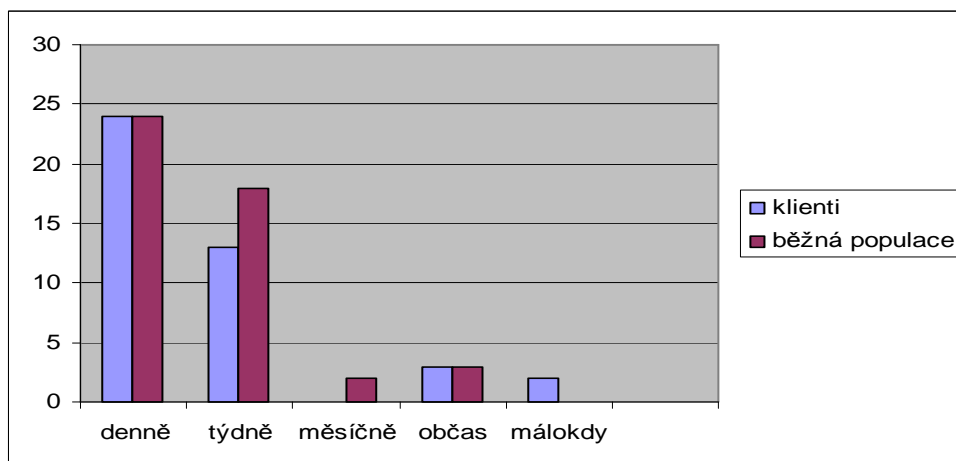
Graf 27: Jak dlouho se jim věnujete? (k otázce 34)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce dotazovaných respondentů z obou souborů se svým koníčkům věnují od mládí (klienti 77%, běžná populace 28%).

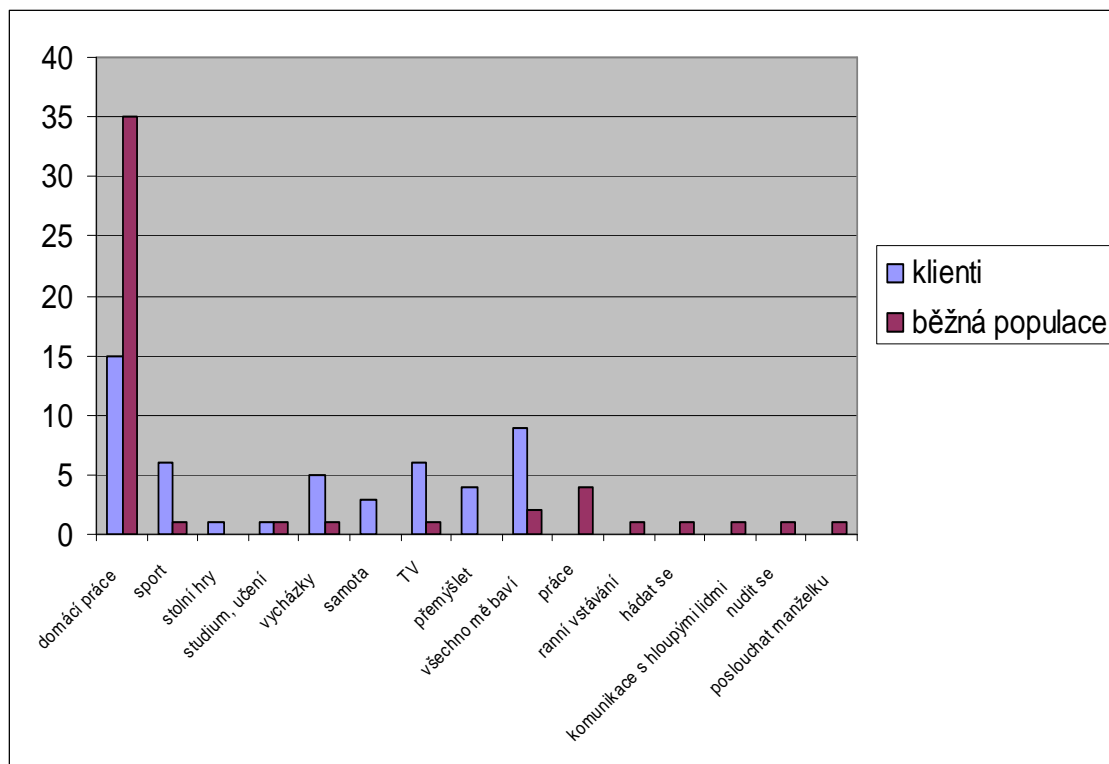
Graf 28: Jak často se jim věnujete? (k otázce 35)



Zdroj: Vlastní výzkum

Oba výzkumné soubory na otázku jak často se svým koníčkům věnujete nejčastěji odpovídaly že každý den (klienti 57%, běžná populace 51%).

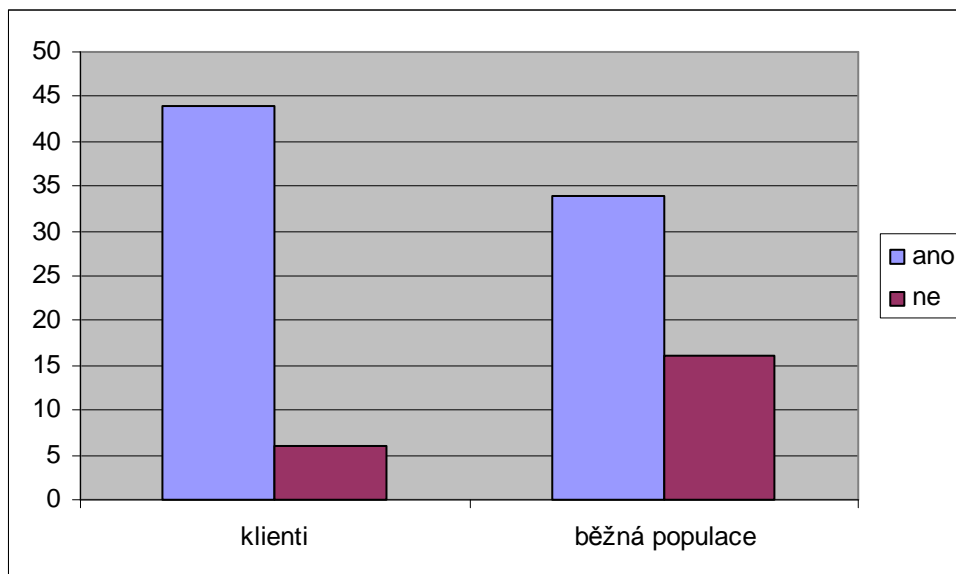
Graf 29: Činnost, která Vás nebaví? (k otázce 36)



Zdroj: Vlastní výzkum

Oba výzkumné soubory uvádí, že jejich nejméně oblíbenou činností jsou domácí práce (klienti 30%, běžná populace 70%).

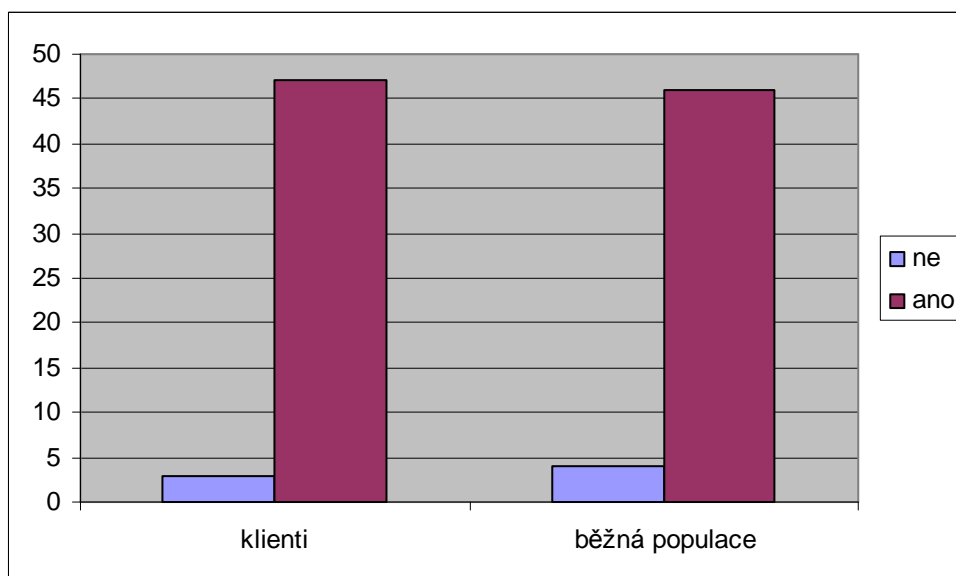
Graf 30: Chodíte rád/a na procházky? (k otázce 37)



Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti uvádí, že v 88% rádi chodí na procházky, běžná populace v 68%.

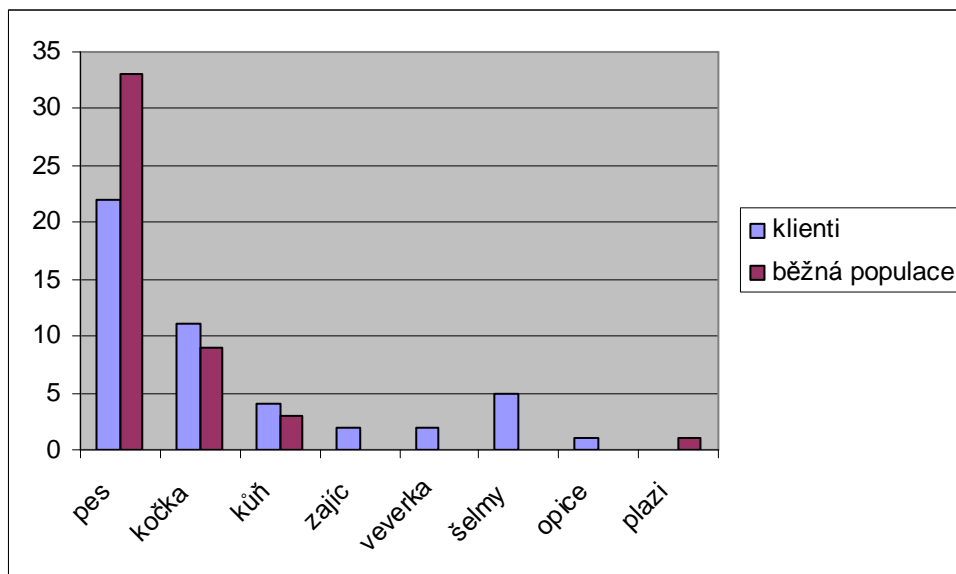
Graf 31: Máte rád/a zvířata? (k otázce 38)



Zdroj: Vlastní výzkum

94% klientů a 92% běžné populace uvádí, že mají rádi zvířata.

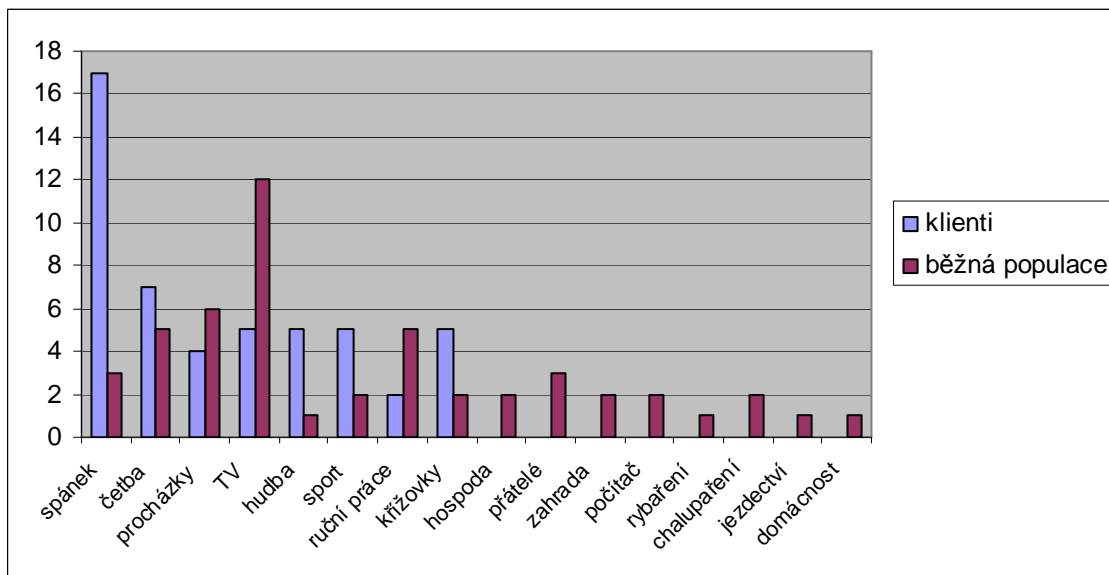
Graf 32: Pokud ano, jaké zvíře máte nejraději? (k otázce 39)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejoblíbenějším zvířetem j u klientů (47%) i u běžné populace (72%) pes.

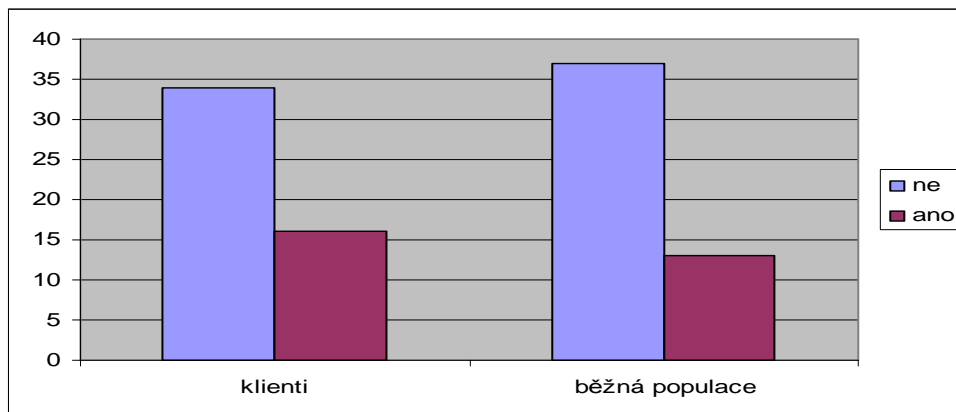
Graf 33: Co děláte ve volném čase? (k otázce 40)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve svém volnu se 34% klientů věnuje spánku, a 24% běžné populace se věnuje sledování televize.

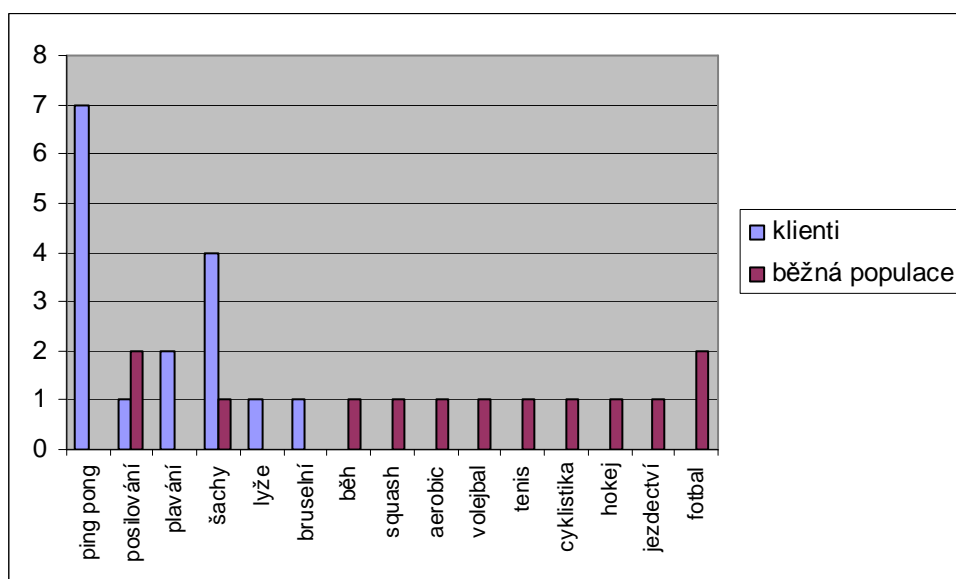
Graf 34: Věnujete se nějakému sportu? (k otázce 41)



Zdroj: Vlastní výzkum

32% klientů se věnuje nějakému sportu. V běžné populaci dotazovaných se sportu věnuje 26%.

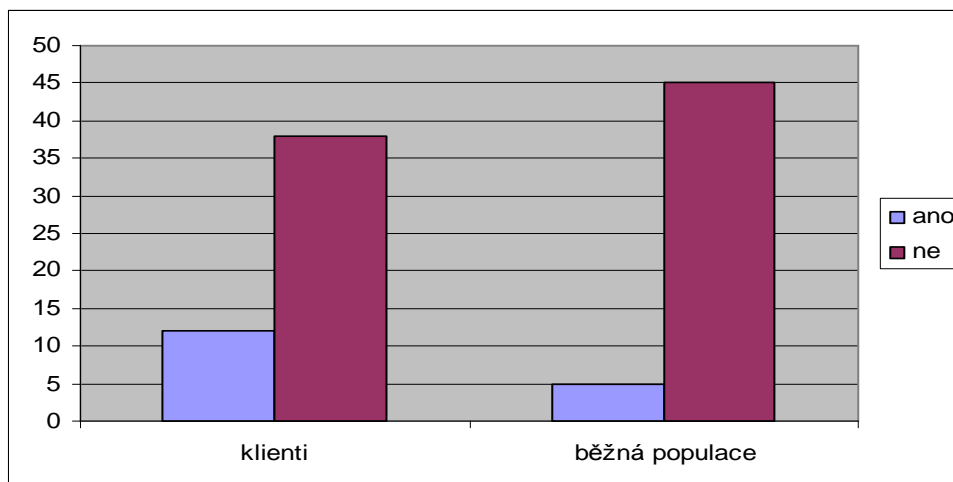
Graf 35: Pokud ano, tak jakému sportu? (k otázce 42)



Zdroj: Vlastní výzkum

44% klientů hraje ping pong. V běžné populaci převládá fotbal (15%) a posilování (15%).

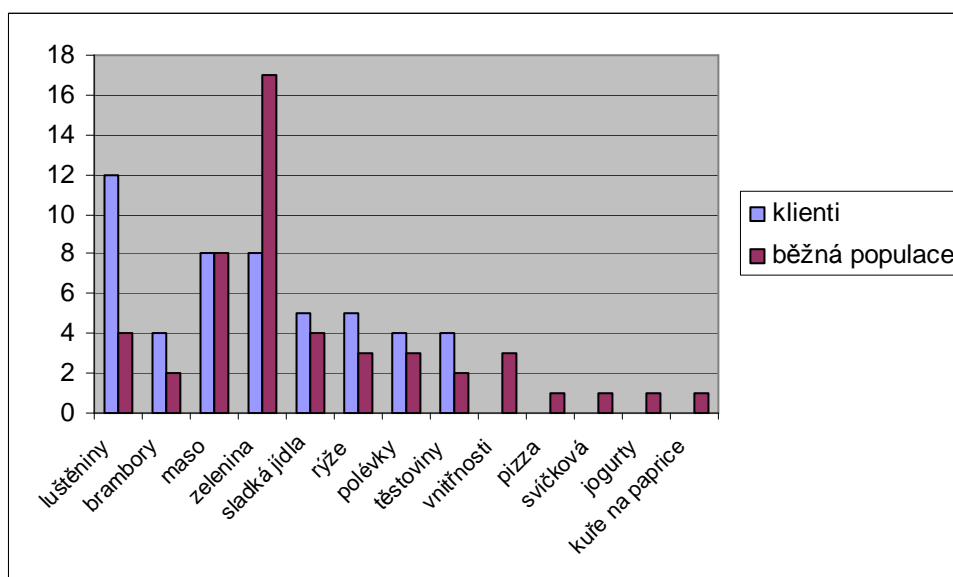
Graf 36: Máte často nechut' k jídlu? (k otázce 43)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo 76% klientů a 90% běžné populace záporně.

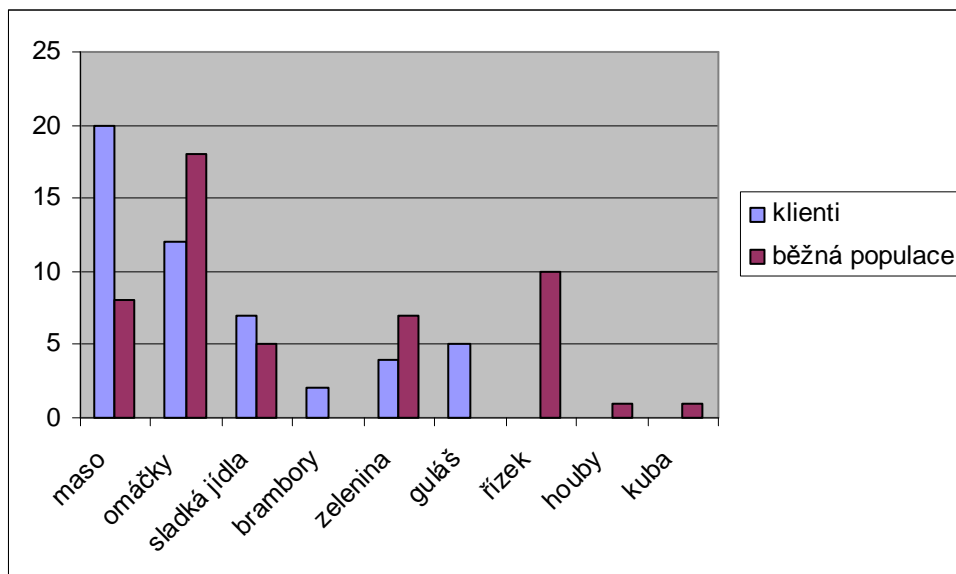
Graf 37: Které z jídel Vám vůbec nechutná? (k otázce 44)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejméně oblíbeným jídlem u klientů jsou luštěniny (hrách, čočka, fazole) v 24% a u běžné populace je nejméně oblíbená zelenina (brokolice, květák, mrkev) a to v 34% dotazovaných.

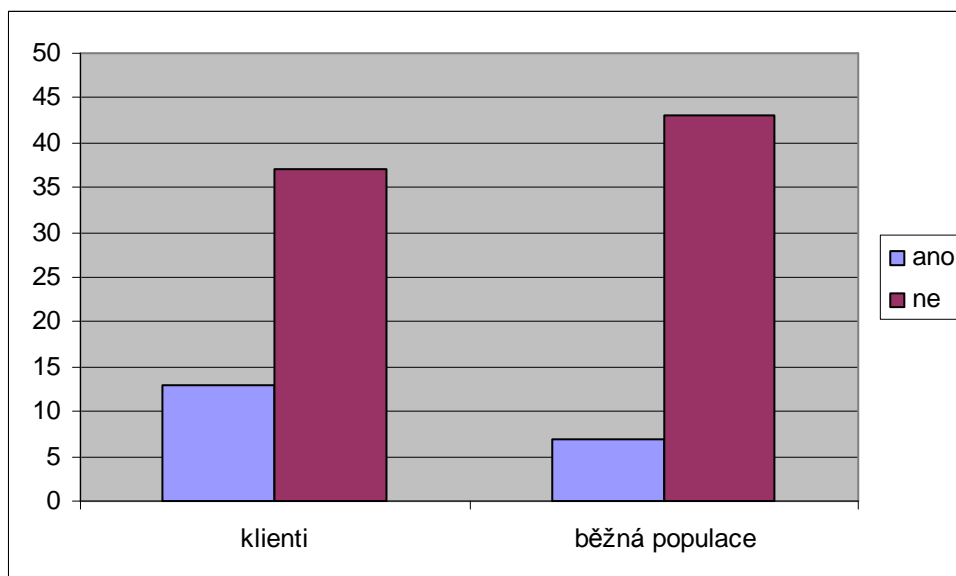
Graf 38: Jaké je Vaše nejoblíbenější jídlo? (k otázce 45)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastěji uváděné jídlo u klientů je maso (kuře, kachna, králík) a to ve 40%. Běžná populace, jako své nejoblíbenější jídlo uvedla omáčky (svíčková, rajská) a to v 36%.

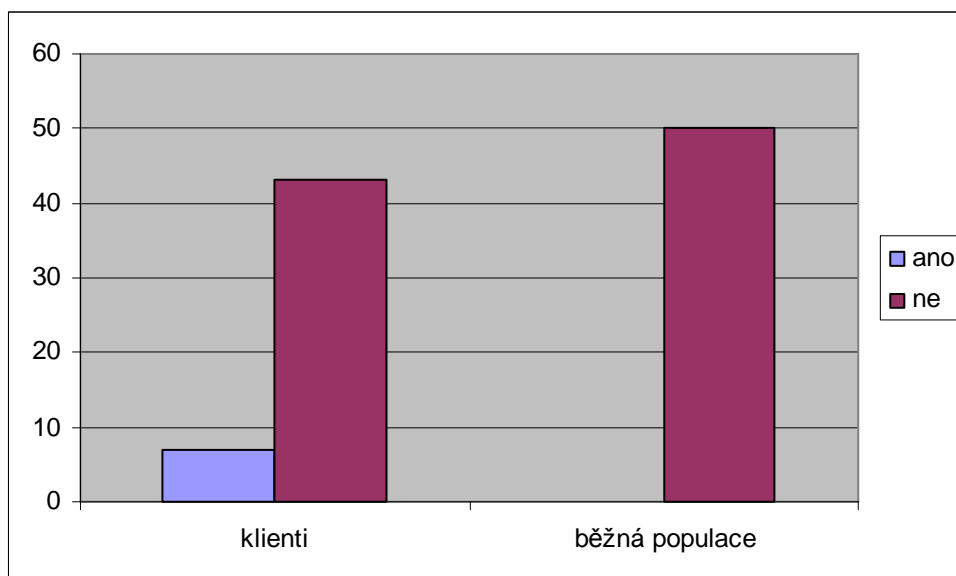
Graf 39: Bývá Vám špatně po jídle? (k otázce 46)



Zdroj: Vlastní výzkum

26% klientů a 16% běžné populace uvedlo, že jim bývá špatně po jídle.

Graf 40: Zvracíte po jídle? (k otázce 47)



Zdroj: Vlastní výzkum

Běžná populace uvedla, že nezvrací po jídle (0%). Klienti uvedli zvracení po jídle ve 14%.

Tabulka 11: Napište první slovo, které Vás napadne. (k otázce 48)

slovo	klienti	běžná populace
láska	15	3
dotazník	10	4
rodina	9	11
zdraví	6	1
rostliny	5	0
houba	2	0
já	2	0
pepř	1	0
číslo	0	4
nářadí	0	3
dřevo	0	1
štěstí	0	11
světlo	0	3
poezie	0	1
domov	0	2
míč	0	1
DVD	0	1
počasí	0	2
čaj	0	1
přítel	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti uváděli, jako nejčastější slovo, které je napadlo slovo láska (30%). Běžná populace uvedla, jako nejčastější slovo, které je napadlo slovo rodina (22%) a štěstí (22%).

5. Diskuse

V rámci této bakalářské práce byl zkoumán životní styl u pacientů se schizofrenním onemocněním v porovnání s běžnou populací.

Životní styl byl zaměřen především na hodnotový systém, aktivity ve volném čase a poruchy příjmu potravy.

U vybraných cílových souborů, které tvořily klienti Domova pro osoby se zdravotním postižením v Libniči a zdraví občané stejného rozložení dle pohlaví a věku, jsem použila pro zjištění potřebných informací pro svůj výzkum jeden dotazník.

Dotazníkového šetření se zúčastnilo 54 mužů a 46 žen. Věk respondentů se pohyboval od 20 let a výše. Nejčastější věk těchto respondentů se pohyboval v rozmezí 51 až 60 let. Nejvíce z nich má pouze dosažené základní vzdělání a to v 66%.

V otázce č. 4 seřazovali respondenti nabídnuté hodnoty. U běžné populace označilo za nejdůležitější hodnotu „zdraví“ 42%. Druhý výzkumný soubor, což jsou pacienti s poruchami schizofrenního okruhu, označil za nejdůležitější hodnotu také „zdraví“, ale v 52%. Především tato otázka vyvrací mou hypotézu, že ve srovnání se zdravou populací nenalézáme významné rozdíly z hlediska preferovaných životních hodnot. Také otázka č. 6 poukázala na to, že nejčastější příčinou ohrožení je „nemoc“, která ovlivňuje naše zdraví. Opět byl častější důraz kladen na „zdraví“ u pacientů s poruchami schizofrenního okruhu.

V otázce č. 14 taktéž uvádí běžná populace v 42%, že nejdůležitější věcí v životě je „zdraví“, kdežto pacienti s poruchami schizofrenního okruhu uvádí „zdraví“ v 62%. Zajímavé je, že ani jeden z dotazovaných klientů neuvedl peníze, na rozdíl od běžné populace. Na otázku č. 30 „kdyby to bylo možné, co byste chtěl/a změnit na tomto světě“, byla nejčastější odpověď „zlepšit vztahy mezi lidmi“. Opět takto odpovědělo vyšší procento klientů (42%), než běžné populace (38%).

Kvalita života je však především subjektivní charakteristika. Vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek jedince: „kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Kvalita života u

schizofrenie při interpretaci hodnot kvality života je třeba si uvědomit nejen schopnost lidské psychiky přizpůsobit se vnějším i vnitřním podmínkám, ale také relativní povahu spokojenosti: jedinec je spokojen nebo nespokojen podle toho, jak vnímá své postavení vůči referenční skupině tvořené osobami sdílejícími podobné životní podmínky (sociálně, generačně, geograficky). Stejně jako odstranění symptomů je pro pacienta důležitý i jeho „život“: sociální role, jež zastává, jejich naplnění, pocit spokojenosti, materiální situace a životní perspektiva (14).

Běžná „zdravá“ populace si plně neuvědomuje, že zdraví je prioritou života. Ne nadarmo se říká, že si člověk uvědomí, co měl, až když to ztratí. V tomto případě mám na mysli „zdraví“.

Výsledky z této části sloužily jako podklad pro potvrzení či vyvrácení hypotézy. Na jejich podkladě konstatuji, že **Hypotéza 1: U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nenalzáme ve srovnání se zdravou populací významné rozdíly z hlediska preferovaných základních životních hodnot, nebyla potvrzena.**

Dále výzkum zjišťoval, zda u pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti příjmu potravy. Na otázku č. 43 odpovědělo 76% klientů a 90% běžné populace záporně.

Z čehož vyplývá, že 24% klientů s poruchami schizofrenního okruhu odpovědělo, že mají často nechut k jídlu, v běžné populaci stejně odpovědělo 10%. Na otázku č. 46 uvedlo 26% klientů a 16% běžné populace, že jim bývá špatně po jídle. Na otázku č. 47 odpovědělo 14% klientů, že často zvrací po jídle. V běžné populaci nikdo s dotazovaných neodpověděl na tuto otázku kladnou odpovědí (0%).

U schizofrenie se vyskytují halucinace, pseudohalucinace, iluze a různé neobvyklé prožitky. Halucinace jsou vjemy bez zevně existujícího objektu (14).

Nejčastější halucinací je slyšení hlasů. Některé lidi, zejména na začátku, tyto hlasy uspokojují a jsou něčím, co není strašné. Jiní mohou slyšet hlasy, které mluví o hrozných nebo negativních věcech nebo něco přikazují (19).

Iluze – poruchy vnímání reálně existujícího objektu (například pacient upozorňuje na výskyt hada v pracovním, přičemž se jedná o elektrickou šňůru) a pseudohalucinace – vjemy bez existujícího objektu, avšak při zachovalém náhledu

nejsou u schizofrenie časté (dotyčný vidí slona na silnici, přičemž ví, že tam žádný není.) (14).

Stejně tak se objevují halucinace spjaté s příjmem potravy. Klient si myslí, že jídlo je otrávené, že je to něco, co se mu snaží někdo jiný podstrčit a tím mu ublížit. Mohou se objevit i hlasy, které přikazují klientovi s poruchou schizofrenního okruhu, že po požití příslušného pokrmu se něco zlého stane jemu nebo někomu v jeho okolí. Poruchy příjmu potravy mohou způsobit také stres a deprese.

Výsledky z této části sloužily jako podklad pro potvrzení či vyvrácení hypotézy. Na jejich podkladě konstatuji, že **Hypotéza 2: U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti příjmu potravy, byla potvrzena.**

Dalším cílem výzkumu bylo zjišťování, zda u pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti realizace rekreačních aktivit.

Na otázku č. 32 odpovědělo 84% klientů, že mají nějaké záliby a 94% běžné populace kladně. U klientů s poruchami schizofrenního okruhu byly nejčastějšími odpověďmi malování (17%), ruční práce – pletení, háčkování, vyšívání (17%), hudba (17%), televize (17%). U běžné populace byla nejčastější odpovědí ruční práce a sport (21%).

Nejvíce dotazovaných respondentů z obou souborů se svým koníčkům věnují od mládí (klienti 77%, běžná populace 28%). Oba výzkumné soubory na otázku jak často se svým koníčkům věnují, nejčastěji odpovídaly, že každý den (klienti 57%, běžná populace 51%). Klienti uvádí, že v 88% rádi chodí na procházky, běžná populace pouze v 68%.

Na otázku č. 41 odpovědělo 32% klientů a 26% běžné populace, že se věnují nějakému sportu. Klienti, kteří odpověděli kladně na tuto otázku, tudíž že se věnují nějakému sportu uváděly pouze ping-pong, šachy, plavání, lyžování, bruslení, posilování. Uvedli pouze 6 variant. Kdežto dotazovaní z běžné populace uvedli variant 11. To svědčí o omezených možnostech v oblasti realizace rekreačních aktivit. Otázka č. 37 zjišťovala, zda chodí dotazovaní rádi na procházky. Klienti uvádí, že v 88% rádi chodí na procházky, v běžné populaci kladně odpovědělo pouze 68%.

Několik studií prokázalo, že lidé s vážnější duševní chorobou prospívají lépe, jestliže pracují (2).

Důležité pro každého člověka je činnost, která ho baví. Může to být práce, ale i záliba, činnost, kterou si krátí volný čas, aby se nenudil. Stejně tak se i oblíbenou činností dá odvést pozornost od problémů nebo od nepříjemné situace. Říká se: „kdo si hraje nezlobí“. Důležité je zde zdůraznit, že výzkumné soubory tvořily běžná populace a klienti převážně z ústavního zařízení. Omezené možnosti ústavního zařízení také jistě hrají velkou roli. Stejně tak hraje velkou roli, jak dlouho jsou klienti v zařízení.

Výsledky z této části sloužily jako podklad pro potvrzení či vyvrácení hypotézy. Na jejich podkladě konstatuji, že **Hypotéza 3: U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti realizace rekreačních aktivit, byla potvrzena.**

Cílem této práce bylo zmapovat problematiku životního stylu u pacientů se schizofrenií. Tento cíl byl dále rozdělen na tři dílčí cíle, které byly na podkladě potvrzení či nepotvrzení stanovených hypotéz naplněny. Na základě naplnění dílčích cílů byl cíl této práce rovněž naplněn.

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat problematiku životního stylu u pacientů se schizofrenií.

Uvedeného cíle bylo dosaženo pomocí třech stanovených hypotéz. První z nich Hypotéza 1 zněla: U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nenalzáme ve srovnání se zdravou populací významné rozdíly z hlediska preferovaných základních životních hodnot. Tato hypotéza nebyla potvrzena.

Druhá Hypotéza 2, byla následující: U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti příjmu potravy. Tato hypotéza byla potvrzena.

Poslední Hypotéza 3 zněla: U pacientů s poruchami schizofrenního okruhu nastávají změny v oblasti realizace rekreačních aktivit. Tato hypotéza byla potvrzena.

Z uvedených výsledků vyplývá, že pacienti s poruchami schizofrenního okruhu mají jiné hodnoty než běžná populace. Více si váží svého zdraví, rodiny. Více si uvědomují potřebu lásky a přátelství na rozdíl od běžné populace.

Dále z výsledků vyplynulo, že v oblasti příjmu potravy mají častěji poruchy než běžná populace.

Na základě třetí hypotézy vyplynulo, že pacienti s poruchami schizofrenního okruhu mají omezenější přístup v oblasti rekreačních aktivit a sportovního vyžití.

Tato bakalářská práce měla za úkol zmapovat problematiku životního stylu u pacientů se schizofrenií. Výsledky jejího výzkumu pak mohou dále sloužit jako podkladový materiál při dalším výzkumu této problematiky. Tato práce by dále mohla posloužit i pro zvýšení informovanosti o životním stylu pacientů se schizofrenií laické veřejnosti nebo být užita ve výuce.

7 Seznam použité literatury

1. BENDA, J., *Mystika s schizofrenie*, Ústí nad Labem, 2007, ISBN 978-80-254-0367-9.
2. CRPDZ, *stopstigmapsychiatrie.cz* [online], c2007, poslední revize 3. 5. 2007 [cit. 2008-03-11].
Dostupné z http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/schizofrenie/1_1_a_info.html
3. ČEŠKOVÁ, E., *Schizofrenie a její léčba: Průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9.
4. ESTRANKY.CZ., *Killklub.estranka.cz* [online], c2005, poslední revize 7. 6. 2007 [cit. 2008-04-11]. Dostupné z: <http://www.killklub.estranky.cz/stranka/schizofrenie>
5. JAROLÍMEK, M., *brožura: O lidech, kteří onemocněli schizofrenií*, Praha: Galén 1996,
6. JIRKA, J., *mujweb.cz* [online], c2005, poslední revize 2. 8. 2005 [cit. 2008-03-13]. Dostupné z: <http://mujweb.cz/www/schizofrenie/index.htm>
7. KAFA, B., *darius.cz* [online], c2003, poslední revize 2. 10. 2003 [cit. 2008-02-11].
Dostupné z: http://www.darius.cz/archeus/NN_schiz.html.
8. KOLEKTIV AUTORŮ, *Ottova encyklopedie*, Praha: Ottovo nakladatelství, 2003, ISBN 80-7181-959-X
9. KULHÁNEK, J. *Psychologie.doktorka.cz* [online], c1999, poslední revize 21. 11. 2001 [cit. 2008-04-11]. Dostupné z: <http://psychologie.doktorka.cz/schizofrenie/>.
10. LAING, R. D., *Rozdělené self*, , Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 2000, ISBN 80-86123-13-8.
11. LIEBIGER, J. HÖSCHL, C. *Schizofrenie, edukační program*, Praha: Amepra, 2003, ISBN 86694-03-8.
12. MALÁ, E. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*, Praha: Grada, 2005, ISBN 8024707373.
13. MEDICINA, *zdrava-rodina.cz* [online], c2008, poslední revize 5. 5. 2008 2003 [cit. 2008-05-06].
Dostupné z: http://www.zdrava-rodina.cz/med/med998/med998_22.html.

14. MOTLOVÁ, L. KOUKOLÍK, F. *Schizofrenie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-277-3.
15. PRAŠKO, J., [lecimesespsychozou.cz](http://www.lecimesespsychozou.cz) [online], c2003, poslední revize 25. 5. 2007 [cit. 2008-04-12].
Dostupné z: http://www.lecimesespsychozou.cz/kapitola.php?03_vznik
16. PRAŠKO, J., BAREŠ, M., HORÁČEK, J., *Léčíme se s psychózou*, Praha: Psychiatrické centrum, 2005, ISBN 80-239-5482-2.
17. PSYCHOZY.CZ. *Psychozy.cz* [online], c2005, poslední revize 5. 5. 2006 [cit. 2008-03-11]. Dostupné z:
http://www.psychozy.cz/kapitola.php?00a_predmluva_k_ceskemu_vydani
18. RABOCH, J., DOUBEK, P., ZRZAVECKÁ, I., a pořadatelé, *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*, Praha: Galén, 2002, ISBN 80-7262-162-9
19. ROKYTA, R. *Objevte cestu, jak jít dál*, Praha: Tigris, 2004, ISBN 80-903750-2-2
20. STYX, P. *O psychiatrii – Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*, Brno: Computer press, 2003, ISBN 80-7226-828-7.
21. TŮMA, I., *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: PCP, 1999, ISBN 80-85121-55-7.
22. YALOM, I. D., *Existenciální psychoterapie*, Praha: Portál, 2006, ISBN 80-7367-147-6

8 klíčová slova

kognitivní dysfunkce

kvalita života

schizofrenie

stigmatizace

relaps

životní styl

9 Přílohy

Příloha 1: Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie

Příloha 2: Vzor dotazníku

Příloha 1: Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie

Manýrování	Běžné jednání je doplněno o nepřiměřené bizarní projevy. Výsledkem je nepřirozenost nebo situaci neadekvátní obřadnost, např. při stolování, oblékání nebo psaní.
Stereotypie	opakující se pohyby určitých částí těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou.
Povelový automatismus	Automatické a okamžité reakce na povel, jakkoliv nesmyslné, přičemž jinak pacient nespolupracuje.
Katalepsie	Stav, kdy jedinec setrvává v té pozici, do níž je uveden, byť jde často o pozici nezvyklou (nástavy). Stojícímu nemocnému je například ohnuta noha v koleni, tudíž setrvává v postoji na jedné noze. Ležícímu nemocnému je odebrán podhlavník. Místo toho, aby hlavu volně položil na lůžko, leží s hlavou zvednutou – příznak „podušky“.
Flexibilita cerea	Vosková ztuhlost, při manipulaci s částí těla imponují končetiny jako by byly z vosku, kladou plastický odpor. Například při pokusu postavit pacienta z předchozího příkladu na obě nohy.
Grimasování	Nezvyklé, nevhodné a více či méně nápadné výrazy v obličeji.
Negativismus	Aktivní: chování přesně opačné, než je požadováno (na výzvu „pojd'te dopředu“ jde dozadu). Pasivní: na výzvu nereaguje.
Echomatismy	Vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovalém vědomí.
Excitace, raptus	Výrazný psychomotorický neklid s bezcílným jednáním. např. Pacient s nezúčastněným výrazem vytrhává radiátor ústředního topení ze zdi.

Příloha 2: Vzor dotazníku

Dotazník

Dobrý den.

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Dotazník je zcela anonymní a veškeré údaje budou využity pouze pro potřeby výzkumu v rámci mé bakalářské práce.

Pokuste se pravdivě odpovědět na všechny otázky. Vámi zvolené odpovědi zakroužkujte, ve volných otázkách napište svůj vlastní názor.

Předem děkuji za Váš čas a ochotu.

Eva Kašpárková, studentka bakalářského studia oboru Rehabilitace na Zdravotně-sociální fakultě JČU v Českých Budějovicích.

1. Pohlaví:

2. Věk:

3. Vzdělání: a) ZŠ b) SOU c) SŠ d) VOŠ e) VŠ

4. Vyberte pět slov z následující nabídky a seřad'te je podle důležitosti, kterou jim přiřkládáte (nejdůležitější hodnota bude mít číslo 1, nejméně důležitá hodnota číslo 5):

vzhled, láska, zdraví, peníze, vzdělání, rodina, bydlení, přátelé, být za něco pochválen, něco dokázat, jídlo, pití, spánek, zaměstnání, záliba, společnost, samota, knihy, televize, sport.

1.
2.
3.
4.
5.

5. Cítíte se být někým nebo něčím ohrožen/a?

- a) vůbec ne
- b) trochu
- c) občas
- d) poměrně dost často
- e) stále

6. Kdo nebo co Vás ohrožuje?

22. Pijete kávu? **Ano** **Ne**
23. Pokud ano, tak kolikrát denně?
24. Býváte často unavený/á? **Ano** **Ne**
25. Kolik hodin denně spíte?
- a) 12 a více
 - b) 8 – 11
 - c) 6 – 10
 - d) Měně jak 6 hodin denně
26. Jakou formou nejčastěji odpočíváte?
27. Dělá Vám problémy delší chůze?
- a) Vůbec ne
 - b) Trochu
 - c) Občas
 - d) Poměrně dost
 - e) Nechodím delší trasy
28. Jste věřící? **Ano** **Ne**
29. Pokud ano, v koho nebo v co věříte?
30. Kdyby to bylo možné, co byste chtěl/a změnit na tomto světě?

31. Máte rádi společnost? **Ano** **Ne**
32. Máte nějaké záliby (koníčky)? **Ano** **Ne**
33. Pokud ano, jaké?
34. Jak dlouho se jim věnujete?

35. Jak často se jim věnujete?
 a) denně
 b) týdně
 c) měsíčně
 d) občas
 e) málokdy
36. Činnost, která Vás nebaví?
37. Chodíte rád/a na procházky? **Ano** **Ne**
38. Máte rád/a zvířata? **Ano** **Ne**
39. Pokud ano, jaké zvíře máte nejraději?
40. Co děláte ve volném čase?
41. Věnujete se nějakému sportu? **Ano** **Ne**
42. Pokud ano, tak jakému sportu?
43. Máte často nechuť k jídlu? **Ano** **Ne**
44. Které z jídel Vám vůbec nechutná?
45. Jaké je Vaše nejoblíbenější jídlo?
46. Bývá Vám špatně po jídle? **Ano** **Ne**
47. Zvracíte po jídle? **Ano** **Ne**
48. Napište první slovo, které Vás napadne

Děkuji za pravdivé odpovědi a za Váš čas.

Kašpárková Eva