

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA PEDAGOGICKÁ  
Katedra psychologie

KVALITA ŽIVOTA  
SCHIZOFRENNÍCH  
PACIENTŮ

*Bakalářská práce*

Martina Havelková

Specializace v pedagogice: Psychologie se zaměřením na  
vzdělávání

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Jana Miňhová, CSc.

Plzeň, duben 2012

Prohlašuji, že jsem předloženou závěrečnou práci vypracovala samostatně s použitím zdrojů informací a literárních pramenů, které uvádím v příloženém seznamu literatury.

V Plzni dne ..... 2012

.....  
*vlastnoruční podpis*

Mé poděkování patří především Doc. PhDr. Janě Miňhové, CSc. za cenné rady a připomínky, bez kterých by tato bakalářská práce nemohla vzniknout. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu a trpělivost, kterou projevíli při výzkumném šetření.

# Obsah

Úvod.....	6
1 Historie pojmu schizofrenie .....	8
2 Klinický obraz.....	10
2.1 Pozitivní symptomy .....	10
2.2 Negativní symptomy .....	12
2.3 Kognitivní poruchy .....	13
2.4 Poruchy afektivních funkcí .....	13
3 Formy schizofrenie.....	14
4 Etiologie .....	17
4.1 Hypotézy .....	17
4.2 Rizikové faktory.....	18
5 Diagnostická kritéria .....	20
5.1 Obecná kritéria pro diagnostiku schizofrenie dle MKN-10.....	21
6 Výskyt, průběh, prognóza .....	23
7 Léčba a terapie .....	26
7.1 Farmakoterapie.....	26
7.2 Psychoterapie a psychosociální intervence .....	27
8 Kvalita života .....	30
8.1 Sféry kvality života .....	31
8.2 Faktory ovlivňující kvalitu života .....	32
8.3 Metody používané k měření kvality života.....	33
9 Empirická část.....	35
9.1 Cíle výzkumu .....	35
9.2 Metody výzkumu .....	35
9.2.1 WHOQOL-BREF.....	36
9.3 Výzkumný soubor .....	37
9.3.1 Demografické údaje .....	37

9.3.2 Charakteristika aktuálních psychických stavů pacientů.....	40
9.4 Popis výzkumu .....	43
9.4.1 Srovnání kvality života podle jednotlivých faktorů, které mohou kvalitu života ovlivňovat.....	45
9.5 Interpretace výsledků výzkumu .....	49
9.5.1 Hodnocení kvality života respondentů s diagnózou schizofrenie v porovnání s běžnou populací.....	50
9.5.2 Hodnocení kvality života schizofrenních pacientů podle vybraných faktorů	51
10 Závěr .....	55
Resumé.....	57
Summary .....	58
11 Použitá literatura .....	59
12 Seznam tabulek a grafů .....	61
13 Přílohy.....	62

# Úvod

Tato bakalářská práce se zaměřuje na problematiku subjektivního vnímání kvality života u pacientů s diagnózou schizofrenie. V dnešní době se velmi rychle posouvají hranice jak v lékařských možnostech, tak v možnostech psychologické terapie. Pokud chceme dosáhnout komplexní léčby pacienta, je důležité zaměřit se nejen na odeznění chorobných příznaků schizofrenie, ale i na vnímání a prožívání nemoci pacientem. Hodnocení kvality života nám v tomto případě pomáhá zhodnotit postupující léčbu, popřípadě na jaké aspekty se má léčba zaměřovat.

Fenoménu schizofrenie je věnována podstatná část této práce. První část teoretického oddílu je zaměřena na popsání a vymezení termínu schizofrenie. Když se v dnešní době zmíní slovo schizofrenie, je obvykle spojováno s nevyzpytatelnými a nebezpečnými jedinci. I když jsme na počátku 21. století a žádné téma není ve společnosti tabu, u psychických nemocí je to pravděpodobně naopak. Nejen schizofrenie, ale i další závažné psychické nemoci si sebou nosí obrovské stigmatizující označení. Jedinec s diagnózou schizofrenie je v dnešní společnosti prakticky odsunut na okraj, protože stále převládá mylné přesvědčení, že člověk, který trpí schizofrenií v sobě „nosí“ více osobností, je agresivní a nevyzpytatelný. Televize a jiné sdělovací prostředky tento pohled ještě prohlubují, protože pokud se někde objeví zmínka o těchto pacientech, jsou spojováni s násilným či kriminálním činem. Klinické zkušenosti ale ukazují, že tito pacienti projevují agresi obvykle zejména v případech, kdy jsou vystrašení a musí se bránit. Nejvíce nebezpeční jsou ale paradoxně sami sobě. Nedostatek informací o této nemoci tak pouze prohlubuje stigma onemocnění. Teoretická část o této nemoci má hlavně za úkol utřídit a prohloubit informace o tomto velmi vážném psychickém onemocnění.

Druhá část teoretického oddílu je věnována termínu kvalita života. Termín kvalita života byl dříve spojován hlavně s ekonomickou sférou. Později se ale ukázalo, že ačkoliv se objektivní hodnocení kvality zdálo jako velmi vysoké, pro daného jedince nemuselo být směřodaté. Objekt zájmu se postupně přesunul na subjektivně vnímanou kvalitu života.

Ve výzkumné části této práci bych se především chtěla zabývat subjektivně vnímanou kvalitou života pacientů s diagnózou schizofrenie v porovnání s běžnou populací. Dalším předmětem zájmu jsou faktory, které mohou ovlivňovat hodnocení kvality života těchto pacientů. Jako hlavní metodu pro zjišťování kvality života jsem zvolila dotazník světové

zdravotnické organizace WHOQOL - BREF. Na tento výzkum je zaměřená empirická část této bakalářské práce.

# 1 Historie pojmu schizofrenie

Nemoc, kterou dnes známe pod pojmem schizofrenie, je stará asi jako lidstvo samo. První zmínky jsou pravděpodobně již v hebrejské bibli, kde nese tato nemoc název „mešuge“ a je popisována jako prapodivné chování. Dnes je toto slovo používáno spíše jako zlidovělý výraz pro někoho, kdo je jakýmkoliv způsobem zvláštní a to jak chováním, oblečením nebo jen neodpovídá dané společenské normě.<sup>1</sup>

Rozpoznání schizofrenie jako vážné psychické nemoci začíná u francouzského psychiatra Morela roku 1856. Morel popisuje velmi závažné psychické onemocnění u 14letého chlapce. Nemoc propukla velmi rychle a na chlapce má za následky deterioraci intelektu a chování (in Zvolský, 1997).

Hecker v roce 1870 popsal skupinu maligních duševních poruch, které se obvykle objevují během puberty a způsobují dezorganizace osobnosti a pokles intelektu. Tyto duševní poruchy nazval hebefrenií (in Zvolský, 1997).

Roku 1863 udělal Kalhbaum rozdělení paranoidní demence od paranoie. Na rozdíl od paranoidní demence, má paranoia nedotčený intelekt a projevuje se velmi propracovaným systémem bludů. Roku 1868 popsal další skupinu, kterou nazval katatonie. Projevuje se mutismem a poruchami pohybu, aniž by bylo prokázáno jakékoliv organické poškození (in Zvolský, 1997).

Následoval rok 1896, který byl pro další vývoj klasifikace schizofrenie důležitý. Kraepelin dokázal rozeznat a sjednotit podobnosti, které byly u jednotlivých předchozích skupin – paranoidní, hebefrenií a katatonická. Všechny je shrnul pod jednotný název – dementia praecox, předčasná demence. Jako předčasnou demenci nazýval Kraepelin schizofrenii z několika důvodů: nemoc začíná v mladém věku, má chronický průběh a postupné zhoršování kognitivních funkcí, které vede k úpadku celé osobnosti. (in Vágnerová, 2008). Ačkoli vždy nebyl průběh stejný nebo jedna z podmínek nebyla splněna, název se u nás zanechal až do 20. Let minulého století (v USA až do roku 1950) (in Zvolský, 1996).

V roce 1911 byl navržen nový název – schizofrenie. Do psychiatrie ho uvedl švýcarský profesor psychiatrie Bleuler. Schizofrenie pochází z řeckých slov skhizein (σχίζειν) - „rozštěp“; a phren (φρήν) - „mysl“. Svým překladem napovídá, že se jedná o rozštěp nebo

---

<sup>1</sup> in [http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie#Historie\\_pojmu\\_schizofrenie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie#Historie_pojmu_schizofrenie)



rozpad mysli. Přestože se schizofrenie používá v jednotném čísle, již na počátku 20.století Bleuler uvedl, že jde o skupinu nemocí, které mají stejnou nebo velmi podobnou etiologii. Pojem byl v singuláru použit čistě jen z praktické stránky (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

Ačkoli je názvu schizofrenie dnes více než 100 let a léčba od dob Bleulera značně pokročila, označení schizofrenie stále nese velké stigma. Obecná populace si stále pod pojmem schizofrenie ve většině případů představuje rozštěpení osobnosti á la Jekyll a Hyde. Na schizofrenního pacienta se tak pohlíží skrz prsty a s obavami nepředvídatelného agresivního chování. Často se tedy objevuje fakt, že jedinec s diagnózou schizofrenie na veřejnosti nepřizná svou chorobu, ale skrývá ji za depresí. Deprese toto stigma nenese. Různé výzkumy dokonce ukázaly, že pacienti nejen že nepřiznají svou chorobu, ale mnoho z nich ani neví, že mají diagnózu schizofrenie. Lékaři se mohou často uchýlovat k jiné, velmi podobné diagnóze, aby zabránili silnému stigmatu, které tato nemoc nese. Otázka tedy zní, zda název schizofrenie vydrží i nadále. Japonsko přejmenovalo pojem schizofrenie v roce 2002 na poruchu integrace – integration disorder. Evropská i Americká klasifikace nemocí si také zahrává s myšlenkou přejmenování schizofrenie. Jako budoucí název je navrhován „salience syndrom“ (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

## 2 Klinický obraz

Klinický obraz bývá u schizofrenie velmi různorodý, objevuje se zde celá řada více či méně specifických symptomů. E. Bleuer se snažil najít takové příznaky, které by se daly považovat za základní – 4A : asociace, ambivalence, autismus, afektivní oploštělost. V dnešní době se příznaky většinou rozdělují na pozitivní symptomy, negativní symptomy a poruchy kognitivních a afektivních funkcí (in Bouček, 2006).

### 2.1 Pozitivní symptomy

Pozitivní symptomy jsou takové projevy, které se u zdravých jedinců nevyskytují. Vznikají nadměrnou aktivitou různých částí mozku a ve většině případů jsou hlavním důvodem k hospitalizaci pacienta (in Čěšková, 2005).

#### Halucinace

„Halucinace patří mezi nejzávažnější poruchy vnímání. Její podstatou je chorobné vnímání zdánlivé, v daném prostoru a čase neexistující skutečnosti, subjektivní přeměna představy bez sensorického podráždění ve vjem“ (in Miňhová, 2006, s. 25).

Halucinace se může týkat jakéhokoliv smyslového orgánu. U schizofrenie se nejčastěji vyskytují sluchové halucinace a to asi u 50 % pacientů, následují zrakové halucinace s 15% a taktilní mají asi 5% (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011, s. 16).

Pro sluchové halucinace je typické, že pacienti slyší něco, co se dotýká jejich vlastní osoby. Hlasy mohou mluvit přímo k němu nebo naopak se bavit o něm, přikazovat nebo zakazovat činnosti. Časté je také kritizování pacienta, popřípadě jeden hlas kritizuje a druhý chválí. Hlasy mohou být mužské i ženské a obvykle jsou pacientovi nepříjemné. Někdy mohou být halucinace pouze ve formě zvuků nebo hudby. Specifickou skupinou halucinací jsou halucinace intrapsychické. Při těchto halucinacích má pacient pocit, že mu někdo do jeho vlastní hlavy vkládá myšlenky nebo mu je naopak odebírá. U odjímání myšlenek má pacient obavy, že je jeho hlava jako otevřená kniha a každý ví, na co myslí (in Kučerová, 2010).

## Bludy

Na halucinace často navazují bludy, které jsou s nimi souhlasné nebo je doplňují. Blud je mylné přesvědčení o nějaké skutečnosti, která není pravdivá a často nemůže být ani reálná. Nemocný je pod vlivem bludu a podle něho se i chová. U 90 % pacientů se schizofrenií se objevují bludy (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Mezi nejčastější bludy patří paranoidně – perzekuční bludy. Pacient je při nich přesvědčen, že je sledován a ohrožen na životě. Dalším příkladem bludů jsou bludy emulační – žárlivecké, hypochondrické, religiózní, iventorní, bludy zevní kontroly, kdy má pacient pocit, že mu někdo přemístil orgány z jedné části těla do druhé, atd. Často vznikají bludné kruhy, kdy jeden blud podporuje druhý (in Vágnerová, 2008).

## Desorganizace

Dezorganizací je u schizofrenie postižena hlavně řeč a chování. Dezorganizace řeči vychází z poruchy myšlení. Z formálních projevů jsou to časté zárazy - pacient nedokončí větu a mlčí, zmatené inkoherentní myšlení – pacient sice používá srozumitelná slova, ale dává je do souvislostí, kterým ostatní nerozumí. Často si vytváří svojí vlastní symboliku, která obsahuje neologismy. V krajním případě může být větná stavba tak zmatená, že vzniká slovní salát. Mezi další příklady dezorganizace řeči patří echolálie, mutismus, verbigerace či ztráta asociací a tangencialita. Jako jeden z příznaků hebefrenií schizofrenie (viz níže) se označuje pseudofilozofování a plané mudrování. Nemocný neustále přemýšlí o smyslu života, vesmíru či filozofuje nad dobrem a zlem, často s náboženskou tematikou (in Kučerová, 2010).

Dezorganizace chování se často projevuje nepřiměřeným chováním, zanedbáním péče o zevnějšek a nápadnostmi v oblékání. Pacienti kupříkladu nosí spodní prádlo přes svrchní oblečení. Nápadnosti v chování jsou projevem kognitivních a emotivních poruch. Pacient danou situaci prožívá a chápe jinak než zdravý jedinec a podle toho i jedná, a proto je jeho chování často nepochopeno a bráno jako bizardní. Například nošení zimní bundy v parném letním dni, neadekvátní chichotání, odmítání jídla a podobně. V krajních případech může dojít až k sebepoškozování či pokusu o sebevraždu (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

## Poruchy motoriky

Mezi poruchy motoriky patří katatonní hyperkinéza, kdy je motorická aktivita zvýšená až agitovaná a katatonní akinéza, kdy se pacient nemusí pohybovat prakticky vůbec. Při produktivní formě katatonie se často objevuje grimasování, manýrování, stereotypie, povelový automatismus, echomatismy, aktivní negativismus a může docházet i k raptům. Naopak k příznakům neproduktivní formy se řadí katalepsie – pacient setrvává v nepřírozených a neúčelných polohách. Jiným příznakem je flexibilitas cerea (vosková ohebnost), kdy při nastavování polohy při katalepsii kladou končetiny plastický odpor jako by byly z vosku. Dále se objevuje mutismus, pasivní negativismus či stupor. Pro pacienta je více ohrožující stav stuporu, kdy se nehýbe, nekomunikuje a nepřijímá potravu (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

## **2.2 Negativní symptomy**

Negativní symptomy ochuzují psychiku a probíhají paralelně se symptomy pozitivními. Nejvýraznější projevy negativních symptomů jsou ve volní stránce a emotivitě. Často jsou tyto symptomy nejvýraznější po návratu z nemocnice, kdy na pacienta z plna doléhá závažnost jeho nemoci a připadá si neschopný, zpomalený, bez motivace. Mezi negativní symptomy jsou zařazovány tyto jevy (in Motlová, Koukolík, 2004):

- Apatie – nemocný nemá o nic zájem, nic ho nebaví, nestará se ani o svůj zevnějšek.
- Anhedonie a sociální stažení – neschopnost prožívat radost, nezájem o druhé či o sociální aktivity.
- Alogie – řeč, pokud vůbec pacient mluví, je chudá, stejně tak i její obsah, odpovědi jsou latentní.
- Afektivní oploštění nebo otupění – výraz v obličeji zůstává stejný, pohyby a mimika jsou neměnné, afektivní netečnost.
- Abulie, hypobulie – porucha vůle, pacient není schopen cokoli dělat z nedostatku vůle.
- Autistické projevy – u pacientů dochází k odtržení od reálného světa a stahují se do sebe, vnější svět je pro ně plný nepochopitelných, složitých a často nepříjemných podnětů, a tak jako obranu používají izolaci od tohoto světa.

## **2.3 Kognitivní poruchy**

Kognitivní dysfunkce jsou u schizofrenie především v pozornosti, paměti, zpracování informací, exekutivních funkcích, abstraktního myšlení a sociální kognice. Všechny tyto poruchy ztěžují komunikaci pacienta s vnějším světem, která je už tak narušena pozitivními symptomy. Kognitivní poruchy jsou patrné už před vypuknutím nemoci a často se vyskytují i u nejbližších příbuzných. K měření kognitivních dysfunkcí u schizofrenních pacientů byla vytvořena testová baterie MATRICS (Measurement and Treatment Reserch to Improve Cognition in Schizophrenia). Tato testová baterie hlavně slouží k dlouhodobému sledování, jak se zlepšují kognitivní funkce v průběhu léčby (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

## **2.4 Poruchy afektivních funkcí**

Poruchy emocí provázejí pacienta po celou dobu nemoci. Při atace často převažují nepřiměřené emoce, které se pak postupně s onemocněním mění na oploštělé či otupělé. Častá je emoční nepřiměřenost, která se projevuje nepřiléhavými emočními reakcemi. Například na smutnou zprávu pacient reaguje smíchem. Dalším projevem je emoční labilita. Nemocní mohou být až nápadně přecitlivělí na běžné podněty, které se jim díky psychóze mohou jevit jinak. Ani anxiety nebývá u schizofrenie vzácností. Často nemusí být pro ostatní viditelná a pacient ji prožívá vnitřně. Podobně to může být i s depresí. Díky emoční plochosti a chudým pohybovým a řečovým aktivitám nemusí být na pacientovi patrné depresivní ladění, které může vést k suicidální aktivitě. Jako další poruchou emocí je označována afektivní ambivalence, která vyjadřuje rozpoložený a neslučitelný citový vztah. Pacient má zároveň něco rád i nerad. Navazuje na ni ambitendence, kdy nemocný něco chce i nechce, která může vyvrcholit úplnou neschopností cokoliv podniknout (in Vágnerová, 2008).

## 3 Formy schizofrenie

Jak již nastínil E. Bleuer neexistuje jedna schizofrenie, ale hovoří se o skupině či okruhu schizofrenie. V následující kapitole budou popsány formy tohoto onemocnění podle MKN-10. Jejich rozdělení je ale spíše teoretické, v praxi se mohou jednotlivé formy překrývat nebo přecházet jedna v druhou.

### Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejčastější formou této nemoci. Pravděpodobně i v důsledku toho, že tato forma se nejsnadněji diagnostikuje. Jak už název napovídá, typickým znakem jsou paranoidní a perzekuční bludy doprovázené halucinacemi. U pozvolných forem se vytváří trvalý systém bludů, o kterých je pacient nevyvratně přesvědčen a které ovlivňují jeho myšlení. Často se objevuje magické a symbolické myšlení. Bludy se mohou týkat pacientovi rodiny, okolí, ale nebývá výjimkou, že se v nich objevují nadpozemské bytosti, mimozemšťani, atd. Halucinace jsou obvykle sluchové. Pacient slyší hlasy, které jsou mu z pravidla nepříjemné a něco mu přikazují, komentují jeho činnosti, hrozí a podobně (in Čéšková, 2005). Nemocní mají většinou oploštělé emoční projevy, mívají hypobulii a poruchy vůle, snaží se být nenápadní. Pouze pod vlivem halucinací či bludů se objevují úzkosti, strach, výbuchy zlosti, raptury, agresivita vůči sobě samému nebo okolí. Průběh nemoci je u většiny případů epizodický. U pacientů často chybí náhled choroby, a proto je obtížné přinutit pacienta k medikaci (in Vágnerová, 2008).

### Hebefrenní schizofrenie

V Severní Americe je tento druh schizofrenie nazýván dezorganizovaný typ schizofrenie. Obvykle vniká v mladším věku, mezi 15 – 25 lety a nemívá dobrou prognózu. V rané dospělosti se utváří a stabilizuje nová identita jedince, a pokud v tomto období propukne nemoc, je pravděpodobné, že se nová identita neutvoří a jedinec zůstane v dětském sebezpojetí. Díky tomu se hebefrenní schizofrenie projevuje jako „zastydlá“ puberta s nepřiléhavým „klackovitým“ chováním. Pacient se bez příčiny směje, chová se nepředvídatelně s častým manýrováním a nejnepřímým vtipkováním (moria) (in Dušek, Večeřová-Procházková, 2011). Z počátku nemoci je patrná hypomanická nálada, která postupně přechází v oploštění emočního prožívání a apatii. Tento přechod je pro nemocného

prognosticky nepříznivý. Myšlení je dezorganizované a obvyklé je plané filozofování. Bludy a halucinace nemají trvalý charakter. U halucinací jsou nejčastější zrakové (in Vágnerová, 2008).

#### Katatonní schizofrenie

Hlavními znaky této formy jsou nápadnosti v psychomotorice. Obvykle se rozlišují 2 typy: produktivní a stuporózní forma.

Produktivní (hyperkinetická) forma se projevuje nadměrnou vzrušeností a neklidem. Pacient je v projevech bizardní, projevuje se manýrováním, grimasováním, pitvoří se. Objevují se echolálie, echopraxie, ceremoniály. Může být bezdůvodně útočný (in Vágnerová, 2008).

Stuporózní (hypokinetická) forma je naopak charakteristická nerovnoměrným útlumem motoriky. Pacient je schopen hodiny setrvat v jedné pozici, často se objevuje flexibilitas cerea. Chybí jakákoliv vůle, nemocný je negativistický a mutistický. Halucinace se mohou objevovat ve formě hlasů, které právě pacientovi nakazují se nehýbat a nikým nemluvit. Tento druh schizofrenie může být pro okolí nebezpečný, protože pacient je nečitelný a může najednou zaútočit. Tato forma je v současnosti poměrnou vzácností (in Vágnerová, 2008).

Průběh katatoní schizofrenie je obvykle akutní či subakutní. Tato forma je pravděpodobně ze všech forem schizofrenie prognosticky nejvíce příznivá (Dušek K., Večeřová-Procházková A., 2011, str. 226).

#### Nediferenciovaná schizofrenie

Tato forma splňuje všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenní okruh, ale neodpovídá žádné z výše uvedených. Může odpovídat charakteristice všech předchozích forem, ale žádná forma nepřevládá nebo nemusí mít charakteristiku ani jedné z nich (in Zvolský, 1997).

#### Postschizofrenní deprese

Za postschizofrenní depresi je považovaná depresivní ataka, která přichází jako dozvuk schizofrenní nemoci. Diagnostikuje se pouze tehdy, pokud pacient během uplynulých 12 měsíců trpěl některou z uvedených forem schizofrenie a pokud jsou některé pozitivní či

negativní symptomy stále přítomny. V současné době je tato forma velmi častá (in Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

#### Reziduální schizofrenie

Reziduální schizofrenie má chronický průběh a rychle postupuje z časného do pozdního stádia. Projevuje se výraznými negativními příznaky jako je snížená aktivita, pasivita, otupělost, podivínské chování, nezájem o péči o vlastní osobu. Pro diagnostiku je důležité, aby se v minulosti vyskytla alespoň jednou ataka psychické nemoci, která odpovídá schizofrenii (in Čěšková, 2005).

#### Simplexní schizofrenie

Jedná se o poruchu, která má časný nástup, obvykle v rozmezí 15-20 let, a pozvolný plíživý průběh. Z počátku se může jevit nápadnou leností, sociální nepřizpůsobivostí, emoční oploštělostí. Postupně jsou negativní příznaky nápadnější. Pacient se straní společnosti, bývá autistický a nedodrží společenské normy, přestávají dbát na základní hygienické návyky a jeho myšlení upadá na úroveň demence. Diagnostika není jednoduchá (in Dušek, Večeřová-Procházková 2011).



## 4 Etiologie

I když se na téma etiologie schizofrenie už podniklo mnoho výzkumů, etiologie této nemoci doposud známá není. Existuje mnoho hypotéz pro vznik schizofrenie, ale ani jedna nebyla zatím potvrzena, často jedna hypotéza vyvrací druhou nebo neplatí pro všechny nemocné. Mezi nejaktuálnější hypotézy pro vznik schizofrenie patří dopaminová hypotéza a mlčící léze. Specialisté na tuto problematiku se shodují na tom, že schizofrenie není zapříčiněná pouze jedním faktorem, ale mluví se o multifaktoriálním modelu. Někteří autoři, například Zvolský, zmiňují pouze rizikové faktory, které zapříčiňují schizofrenii (in Zvolský, 1997).

### 4.1 Hypotézy

#### Dopaminová hypotéza

Dopaminová hypotéza vychází ze zjištění mechanismu působení antipsychotických léků, které mají schopnost blokovat postsynaptické dopaminové receptory neuronálních synapsí. Z toho se usuzuje, že schizofrenie by mohla být zapříčiněna hyperaktivitou dopaminové neurotransmise. Nicméně tato hypotéza stojí pouze na odezvě antipsychotických látek na nemocné. Objevují se však případy, kdy antipsychotika na pacienta nezabírají. Další slabinou této hypotézy je předpoklad hyperaktivity dopaminového systému, který ovšem popisuje především pozitivní symptomatiku. U negativních symptomů se hovoří spíše o snížené dopaminergní aktivitě. Je tedy možné, že hyper a hypo funkce nastává najednou, ale v jiných částech mozku. I přesto je tato hypotéza velmi ceněná (in Zvolský, 1997).

#### Mlčící léze

Další velmi aktuální hypotézu popisuje Weinberger. Hovoří o vzniku tzv. „mlčící léze“, které vzniká v mozku ve velmi raných obdobích vývoje mozku – období kolem porodu či prenatální. Není jasná příčina, ale hovoří se o možnosti infekce, vrozené anomálie nebo traumatu. Tato anomálie se neprojevuje až do doby, kdy dozrávají mozkové funkce. Jedinec potřebuje veškerou pomoc mozku, na zvládnutí různých adaptačních situací a v té chvíli začne být léze na obtíž. To se může projevit výskytem schizofrenního onemocnění (in Zvolský, 1997).

## 4.2 Rizikové faktory

Velmi často se v popisu etiologie schizofrenie objevují pouze rizikové faktory, které predisponují výskyt nemoci. V následujících kapitolkách budou popsány vybrané rizikové faktory, u kterých je největší pravděpodobnost, že mají co dočinění s diagnózou schizofrenie.

### Dědičnost

Mezi rizikové faktory se především řadí dědičnost. Z výzkumů vyplývá, že pravděpodobnost výskytu schizofrenie u dětí, kdy je jeden z rodičů nemocný schizofrenií, je přibližně 13 %. S mírou genetické příbuznosti pravděpodobnost výskytu klesá. Pravděpodobně tedy neexistuje jeden gen, který zapříčiňuje onemocnění. Dle Lucie Bankovské Motlové existuje určitá pravděpodobnost, že je větší skupina disponujících genů, které mají menší průraznost. Když se sejde dostatečné množství genů s ostatními negativními vnějšími faktory, může nemoc propuknout (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

### Datum a místo narození

Častější výskyt onemocnění schizofrenie se objevuje u jedinců, kteří se narodili v období ledna až března na severní polokouli a to až o 5-8 % více. Na jižní polokouli je to naopak období července a srpna. Mnoho výzkumů ukazuje, že častější výskyt schizofrenie je ve městech a velkých aglomeracích. Čím větší je osídlení a hustota obyvatel, tím větší je možnost schizofrenní nemoci (in Motlová, Koukolík, 2004).

### Komplikace během těhotenství

Jako další rizikový faktor jsou popisovány komplikace během těhotenství a při porodu. Anamnézy jedinců se schizofrenií ukazují častější perinatální komplikace, jako je například nižší porodní váha, nezralost a podobné. Různé studie potvrdily, že vystavení plodu různým virovým onemocněním, například chřipky, v období druhého trimestru zvyšuje pravděpodobnost výskytu nemoci. Jako další rizikový faktor je nedostatečná výživa během prvního trimestru. Tento faktor podporuje hladovění holandských žen na konci druhé světové války, neboť se objevilo vyšší procento onemocnění právě u jejich potomků (in Motlová, Koukolík, 2004).

### Psychosociální stres, sociální faktory

Jak už bylo řečeno výše, s větším výskytem schizofrenního okruhu onemocnění se setkáváme v hustě osídlených aglomeracích spíše než ve vesnických oblastech. Vyšší počet schizofrenních pacientů patří mezi nižší socioekonomické třídy. Většina pacientů je díky své nemoci finančně znevýhodněna a dostávají se tak nejen díky stigmatu nemoci, ale i své finanční situaci, na okraj společnosti (in Čěšková, 2005).

### Emoční expresivita

Z posledních výzkumů je zřejmé, že vysoká emoční expresivita (expressed emotion) v rodině či blízkých lidí má na pacienty se schizofrenií špatný vliv a snáze propuká relaps nemoci. Velká míra kritičnosti a hostility, kterou projevují členové rodiny k nemocnému, je velkým rizikovým faktorem (in Zvolský, 1997).

### Abúzus návykových látek

Nejenže abúzus návykových látek znesnadňuje diagnostiku této nemoci, ale mnoho návykových látek zhoršuje a prohlubuje tuto nemoc. Z neposledních studií vyplývá, že užívání marihuany zvyšuje propuknutí ataky schizofrenie až o 8 - 14 %. Čím dříve začne jedinec užívat návykové látky, tím horší je defekt (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

## 5 Diagnostická kritéria

Stanovení diagnózy u okruhu schizofrenních nemocí není snadné. Zatím neexistuje žádný laboratorní test či jiná metoda, která by s určitostí odhalila tuto nemoc. Proto se musíme spoléhat na profesionální psychiatrické vyšetření. Lékař se při vyšetření musí umět ptát, naslouchat a pozorovat. Co pacienta přivádí k lékaři, jaké jsou jeho problémy. Je důležité zjistit identifikační údaje, trvání a průběh problémů, dále je důležitá rodinná anamnéza a psychiatrická zátěž v rodině. Informace získáváme jak od pacienta, tak od jeho blízkých. Nedílnou součástí diagnostiky je pozorování. Psychiatr se zaměřuje na pacientovo chování a vzhled. Posuzuje oblečení, motorickou aktivitu, výrazy v obličeji. Dalším důležitým prvkem je emotivita, často se u nemocných se schizofrenií vyskytují neadekvátní emoční reakce, rozpolcenost nebo naopak emoční oploštělost. Hodnotí se i řeč. Sleduje se, jak pacient mluví, zda je řeč srozumitelná či obsahuje neologismy. S řečí je samozřejmě spojeno myšlení. Mohou být patrné myšlenkové zárazy či jiné formy poruchy myšlení, ale hlavně se lékař zaměřuje na výskyt bludů. V některých případech je snadné blud rozeznat, pacient mluví o sledování Mimoszemšťany, spiknutí vlády a podobných. Mohou se ale samozřejmě vyskytovat bludy, které jsou v každodenním životě možné, a proto není diagnostika bludu jasná. Jedním z hlavních příznaků schizofrenie je odjímání, vkládání myšlenek, slyšení cizích hlasů, halucinace. Pokud to není patrné z rozhovoru, je důležité se na tyto symptomy zeptat (in Kučerová, 2010).

V rozhovoru mezi pacientem a lékařem je mnoho dalších příznaků, které je důležité sledovat. Lékař musí umět vyhodnotit situaci, jak správně s pacientem hovořit. Schizofrenie není nemoc, která má jasně daná kritéria. Má mnoho podob a je vyznačovaná vždy více příznaky, které spolu souvisejí. Často se k diagnóze schizofrenie dochází vylučovací metodou. Zkoumá se, jestli jednotlivé symptomy nemoci nemohou být způsobeny jinou nemocí. Přesto MKN-10 vytvořila obecná kritéria pro diagnózu schizofrenie (in Čěšková, 2005).

## **5.1 Obecná kritéria pro diagnostiku schizofrenie dle MKN-10**

A. Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsany níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu psychotického období, které trvá alespoň jeden měsíc.

(1) Alespoň jeden z následujících bodů:

- Ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- Bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání.
- Halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla.
- Neustálé bludy jiných typů, které mohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (například schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa).

(2) Nebo alespoň dva z následujících bodů:

- Neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud se vyskytuje denně po dobu nejméně jednoho měsíce a jsou spojeny s bludy (buď občasnými, nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením.
- Neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherence nebo zmatený slovní projev.
- Katatonii chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor.
- Negativní symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).

- B. Jestliže pacient splňuje také kritéria pro manickou epizodu nebo depresivní epizodu, musí být splněna kritéria A a B ještě předtím, než dojde k porušení nálady.
- C. Porucha není důsledkem organické mozkové poruchy (popsané v MKN-10) nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou, závislostí nebo odnětím látky.

(in Bouček, 2006)

## 6 Výskyt, průběh, prognóza

### Výskyt

Schizofrenie je jedna z nejzávažnějších psychických poruch a postihuje přibližně 1% obyvatelstva. Uvádí se, že se vyskytuje poměrně rovnoměrně po celém světě. Nejčastější propuknutí nemoci je mezi 15. – 35. rokem života. Více než polovina případů však vzniká před 25. rokem života. Pozdější nástup nemoci může způsobit pozměněnou formu nemoci a tak může dojít k diferenciální diagnóze. Muži a ženy jsou zastoupeny přibližně stejně, nicméně u žen se objevuje nemoc v pozdějším věku, mezi 25. – 35. rokem. U mužů se obvykle projeví mezi 15. – 25. rokem (in Motlová, Koukolík, 2004). Ženy jsou zpravidla méně často hospitalizovány a lépe se zařadí zpět do společnosti. U mužů je pravděpodobně horší prognóza díky dřívějšímu nástupu nemoci. Častý výskyt nemoci je v rodinách s psychiatrickou zátěží (in Bouček, 2006).

### Průběh

Schizofrenie je chronické onemocnění. Je to proces, který se stále vyvíjí a postupuje. Průběh není vždy stejný a má různé modifikace. Před samotným propuknutím nemoci se uvádí premorbidní a prodromální stádium. Obě tato stádia popisují pacientovu osobnost a s ní spojené změny chování před vypuknutím první ataky. Pouze s tím rozdílem, že premorbidní stádium je popisováno jako stádium před začátkem psychické poruchy. Naopak prodromální stádium je období, kdy se jednotlivé neurčité příznaky začínají shromažďovat v chorobné znaky nemoci. Poté přichází samotný průběh nemoci jako takové, který je velmi variabilní (in Čéšková, 2005).

#### a) Premorbidní stádium

Jak bylo již výše uvedeno, premorbidní stádium je období před vypuknutím nemoci. Je to stádium, kdy je člověk plně zdrav. Ovšem i v tomto stádium se dají najít znaky, které mohou k dané psychické poruše směřovat. U schizofrenního okruhu nemocí se v premorbidní osobnosti často objevuje uzavřenost, potíže navazovat nové kontakty, ale i udržovat ty staré, snížení emoční reaktivity. Je důležité přihlížet ke stavu pacienta před psychickou nemocí, protože nám může pomoci k odhadování prognózy nemoci (in Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

## b) Prodromální stádium

Po premorbidním stádiu následuje stádium prodromální. Je to fáze, kdy se postupně rozvíjejí jednotlivé příznaky a utváří se chronické projevy psychózy. Existuje velká variabilita v tomto období, stejně jako je tomu u schizofrenních onemocnění. Prodromální osobnost se může vytvářet po dlouhou dobu, i několik let, nebo naopak může proběhnout velmi rychle. Při akutním záchvatu nemoci může být prodromální fáze tak rychlá, že nemusí být vůbec postřehnutelná. Za hlavní příznaky prodromální fáze se považují potíže v mezilidských vztazích, snížení pracovní schopnosti jedince, špatné soustředění, introvertní ladění, napětí, úzkost. Právě toto období se jeví jako nejvhodnější pro včasnou terapii a léčení nadcházejí ataky schizofrenie. Bohužel jsou tyto projevy velmi různorodé a nespecifické, proto se pacient většinou dostane k lékaři až po propuknutí první ataky (in Dušek, Večeřová-Procházková, 2011).

### Průběh onemocnění

Jak už bylo napsáno v úvodu této kapitoly, schizofrenie má chronický průběh. Existuje mnoho variant, jak může tato nemoc probíhat. Pro přehled uvedu několik možností průběhu.

- Epizodický průběh – pacient protrpí jednu ataku nemoci a postupně dochází k remisi.
- Opakovaný průběh – ataka a remise nemoci se střídají po pravidelných či náhodných časových úsecích. Tento průběh onemocnění je nejčastější.
- Maligní průběh – začíná náhle a v po krátké době vzniká defekt osobnosti.
- Chronický průběh – časté opakování atak nemoci. Při každém dalším relapsu dochází k ztrátě adaptačních schopností (in Vágnerová, 2008).

V průběhu života procházíme různými životními změnami a situacemi. Každá z těchto situací na nás nějak působí a neméně působí na osobu trpící schizofrenií. Stres, který na pacienty působí, ovlivňuje chod nemoci. Například z postupného průběhu schizofrenie může propuknout v bouřlivou ataku a to díky jedné stresové situaci. Záleží samozřejmě na individuální osobnosti jedince. Samotný psychotický proces je pro pacienta obrovskou zátěží a zanechá na nemocném stopy (in Bouček, 2006).

Eva Čేశková (in Čేశková, 2005) uvádí, že podle posledních údajů 22% pacientů prodělá 1 epizodu bez následného postižení, 35% nemocných několik epizod s minimálním nebo žádným postižením, 8% je postiženo neprodleně po první epizodě a následuje



zhoršování bez návratu k normě, 35% prodělá několik epizod, které postupně zvyšují postižení také bez návratu k normě.

### Prognóza

Budoucnost pacienta trpící schizofrenií je ovlivněna několika faktory, které ho predisponují k lepší či horší prognóze. Na toto téma bylo vypracováno mnoho studií, avšak většina z nich dospěla k velmi různým výsledkům. Prognóza pacienta je ovlivněna biologickými, psychologickými i sociálními faktory. Eva Čéšková (in Čéšková, 2007) zmiňuje několik prognosticky příznivých i nepříznivých faktorů:

#### Příznivé prognostické faktory:

- Ženské pohlaví
- Premorbidní manželský život nebo alespoň stabilní partnerský vztah
- Dobré premorbidní sociální fungování
- Akutní začátek onemocnění
- Pokud je v rodinné anamnéze duševní onemocnění, pak lepší prognózu má výskyt afektivní poruchy
- Afektivní odpověď v akutním stádiu (elace nebo deprese)
- Lepší socioekonomické zázemí
- Kratší doba eventuální hospitalizace
- Paranoidní typ schizofrenie
- Převaha pozitivních příznaků nad negativními

#### Nepříznivé prognostické faktory

- Mužské pohlaví
- Nízký věk začátku onemocnění
- Nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů
- Premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování
- Schizofrenie v rodinné anamnéze
- Dezorganizovaný nebo nediferenciovaný typ schizofrenie
- Autistické chování, oploštěná emotivita
- Převaha negativních příznaků
- Abúzus drog
- Život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční expresivity

## 7 Léčba a terapie

Tato část práce je zaměřená na léčbu a terapii schizofrenie. Léčba schizofrenie se opírá o farmakoterapii, psychoterapii a psychosociální intervence. Důležité jsou všechny složky, aby léčba byla komplexní. Podávání léků zmírňuje psychotické stavy, psychoterapie a psychosociální intervence pomáhá pacientovi porozumět své nemoci a zvládat starosti každodenního života.

### 7.1 Farmakoterapie

Farmakoterapie využívá na léčbu schizofrenie antipsychotika. Dříve nazývány jako neuroleptika. Neuroleptika jsou známy pro své časté vedlejší účinky, které byly tolerovány pouze kvůli svému antipsychotickému účinku. V posledních 20 letech byla na trh zavedena antipsychotika II. generace nebo také nazývána atypická antipsychotika. Vedlejší účinky těchto léků jsou v mnohem menší míře nebo žádné. Pokud pacient zároveň trpí depresemi, je vhodné podávat také antidepresiva. Pro dosažení co nejlepšího výsledku v podávání antipsychotik je důležité stanovit diagnózu a věnovat pacientovi individuální péči. Čím dříve jsou léky podávány, tím lepší je prognóza a možný menší výskyt relapsů. (in Bouček, 2006)

Cílem léčby psychofarmaky je odstranění či alespoň zmírnění pozitivních, negativních, afektivních i kognitivních příznaků a působit preventivně proti relapsu onemocnění (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

Dnešní medicína jde velmi rychle dopředu a trh nabízí velké množství antipsychotik. Bohužel léčba schizofrenie není pouze o účincích léků. Pacienti z různých důvodů vysazují léky a tím zvyšují pravděpodobnost výskytu relapsu a snižují tím sami sobě možnost kvalitně žít. Důvody pro vysazení antipsychotik jsou různé, často chybí náhled nemoci, pacienti nejsou dostatečně informováni o svém onemocnění nebo jsou naopak přesyceni informacemi nevědeckých článků, které pouze prohlubují stigma tohoto onemocnění. Nemocní se také často bojí vedlejších účinků, a proto opakovaně vysazují a nasazují léky. Nicméně výsledek je téměř pokaždé stejný, pacient se vrací do léčebny a jeho proces resocializace může začít od začátku. S každou další atakou se nemoc prohubeje a možnost návratu do normálního života snižuje.

## **7.2 Psychoterapie a psychosociální intervence**

Cílem terapie je obnova schopností nemocného, které byly postižené nemocí. Tento druh léčení je stejně důležitý jako léčba antipsychotiky. Nestačí pouze odeznění psychotických příznaků, ale je důležité, aby se pacient uměl zpět zařadit do společnosti. Aby nabyl zpět ztracenou sebedůvěru, uměl komunikovat s ostatními a mnoho dalších schopností, které jsou pro většinu ostatních lidí samozřejmostí. V tabulce č. 1 je komplexní souhrn terapie, který popisuje jednotlivé fáze nemoci, jejich vhodné léčení a typ poskytované péče.

### Psychoterapie

Psychoterapie může být individuální i skupinová. V individuální psychoterapii pacient navazuje vztah s lékařem, který je pro něj důležitý z hlediska důvěry v druhé lidi. Nemocný má v lékaři oporu při řešení krizových situacích, do kterých se může dostat. Pacientovi se dostává individuální péče, kdy je tady doktor pouze pro něj. Ve skupinové terapii se dělí o své zážitky s ostatními členy skupiny, kteří mu dávají potřebnou podporu a předávají si vzájemně své zkušenosti (in Motlová, Koukolík, 2004).

### Psychoedukace

Psychoedukační programy jsou zaměřené na prohlubování pacientovo vědomostí o jeho nemoci a dalších psychických nemocí. Učí se seznamovat se svou nemocí, příznaky a důležitosti léčby. Dále je pro pacienta důležité, aby znal průběh a možné komplikace své nemoci. Krom nemocného se do psychoedukačního programu zapojují i rodinní příslušníci. Pro ně je nezbytné se nejenom dozvědět o nemoci, ale především jak se k nemocnému chovat, jak s ním jednat (in Bouček, 2006).

### Nácvik sociálních dovedností

Nácvik sociální dovedností je pro pacienty velmi důležitý. Nemocní se při výcviku učí řešit a zvládat každodenní situace. Jak jejich verbální obsah, tak neverbální. Trénink pomáhá správné interpretaci a přiměřené reakci na všední sociální interakce. Nesprávné vyložení či selhání v běžné každodenní situaci pouze prohlubuje sociální izolaci nemocného (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

## Rehabilitace kognitivních funkcí

Pro sociální dovednosti je nezbytné dobré fungování kognitivních funkcí. U pacientů trpících schizofrenií se často objevují poruchy kognitivních funkcí, jako jsou například poruchy pozornosti, pracovní paměti, neschopnost plánovat a vybavovat si dřívější informace. Z tohoto důvodu se objevují různé programy na posílení kognitivních funkcí. V 70. letech minulého století vyvinul Brenner s pomocí Roderer a kol. Integrovaný psychologický léčebný program IPT (Integrierte Psychologische Therapie Programm), který je zaměřený na posílení perceptivních a kognitivních funkcí a sociální dovednosti. ITP je rozdělen na 5 podprogramů: kognitivní diferenciování, sociální vnímání, verbální komunikace, sociální dovednosti, interpersonální řešení problémů. Tento trénink probíhá ve skupinách, takže pacienti procvičují najednou jak kognitivní funkce, tak sociální dovednosti (in Motlová, Koukolík, 2004).

## Program ITAREPS

ITAREPS je program, který napomáhá odvrácení relapsu nemoci. Program byl zaveden do praxe v roce 2005. Jedná se o program, se kterým spolupracují jak lékaři, tak pacienti a rodinní příslušníci. Program napomáhá pravidelné komunikaci mezi pacientem a lékařem o aktuálním stavu nemocného. ITAREPS je určen pro všechny psychotické nemoci, hlavně schizofrenního okruhu. Obsluha je velmi jednoduchá, jednou týdně přijde pacientovi upozornění na to, že má vyplnit dotazník časných varovných příznaků. On i vybraný rodinný příslušník vyplní desetibodový dotazník a odešlou ho přes SMS zprávu. Pokud výsledná hodnota přesáhne předem stanovený počet bodů, program automaticky pošle varovnou zprávu lékaři. V České republice studie ukázaly, že tento program odvrátil 70% hospitalizací nemocných a snížil přibližně o 60% počet hospitalizačních dní. I přes velký pozitivní přínos pacientům, není program zatím využíván tolik, jak by si jeho stvořitelé přáli (in Banskovská Motlová, Španiel, 2011).

**Tabulka 1: Komplexní léčba schizofrenie (in Bankovská Motlová, Španiel, 2011, s. 84)**

Fáze nemoci	Cíl intervence	Farmakoterapie	Psychosociální intervence	Typ péče
Akutní fáze (první ataka, relaps)	Odstranit floridní psychotické symptomy a agitovanost; pozornost věnovat imperativním halucinacím a případným suicidálním úvahám	Farmakoterapie antipsychotiky (eventuelně doplněná anxiolytiky)	Navázání terapeutického kontaktu; koherentní a přehledná komunikace, strukturovaný nestresující program	Hospitalizace
Stabilizační fáze (křehká remise)	Dosáhnout remise; získat spolupráci rodiny pacienta	Farmakoterapie s minimálními nežádoucími účinky	Podpůrná psychoterapie; zahájení psychoedukace pacienta i rodiny	Denní stacionář; ambulance
Stabilní fáze (remise)	Předejít relapsu (případně včas rozpoznat příznaky hrozícího relapsu); zajistit optimální výkon rolí	Farmakoterapie udržovací	Nácvik sociálních dovedností; rehabilitace kognitivních funkcí	Komunitní péče denní stacionář; ambulance; svépomocné programy

## 8 Kvalita života

Kvalita života je v těchto dnech brána jako vhodný ukazatel fyzického, psychického a sociálního zdraví. Existuje mnoho variant definic kvality života, proto není jednoduché určit jednotnou definici. Tímto tématem se zabývá například psychologie, medicína, filozofie, ekonomie ale i ekologie. Podle Světové zdravotnické organizace je kvalita života definována takto:

„Kvalita života je to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury, ve které žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

(in Dragomirecká, Prajsová, 2009, s. 9)

Kvalita života je často spojována či zaměňována s pojmem životní pohoda (well-being). Tímto termínem se především zabývá Křivohlavý (in Křivohlavý, 2004). Životní pohoda je subjektivní náhled člověka na svůj stav. Představuje tak pohled jednotlivce na to, co je pro něho v dané chvíli důležité a jestli je spokojen se svým životem. Na toto téma navazuje i smysl života, který je pro určování kvality života také velmi důležitý. Člověk, který má pocit, že nenachází svůj smysl života, bude kvalitu svého života považovat za nižší.

### Historie pojmu kvalita života

V prvních zmínkách o kvalitě života se hovořilo především o ekonomickém vývoji. Zvýšení kvality života znamenalo zvýšení ekonomického standartu občanů. V 60. letech použil tento termín prezident USA Johnson ve svém politickém sloganu. Opět je kvalita života chápána jako dostatek ekonomických statků. Až poté se pojem kvalita života začíná objevovat v medicíně. V počátku hlavně v oblasti onkologie, farmakologie a traumatologie. Později se rozšířil i do ostatních odvětví. Kvalita života se používá jako ukazatel účinků léčby a terapie. Dochází k zvyšování požadavků na kvalitu života pacientů. Léčba je soustředěna na komplexní terapii a začíná se zohledňovat subjektivní stav a pocity pacienta (in Dragomirecká, Škoda; 1997).

## 8.1 Sféry kvality života

Engel a Bergsma<sup>2</sup> rozdělili problematiku kvality života na 3 rozdílné roviny: makro, mikro a personální rovinu. Každá rovina vidí kvalitu života z trochu jiného pohledu. Mohou tak vzniknout 3 hodnocení kvality života jedince podle roviny, ve které se kvalita života měří.

### Makro-rovina

Makro-rovina se zaměřuje na kvalitu života u společenských celků velikosti země, kontinentu apod. Otázka kvality života se zde objevuje v základních problematikách dané země. Proniká do základních politických úvah. Život je považován za morální hodnotu prvního stupně.

### Mezo-rovina

Mezo-rovina popisuje kvalitu života o poznání menších společenských skupin, jako je např. nemocnice, škola, domov důchodců, pečovatelský dům apod. V této sféře jde především o sociální klima (v dané organizaci), respekt mezi lidmi. Důležité je i uspokojení jednotlivých potřeb každého člena sociální skupiny.

### Personální rovina

Personální rovina je zaměřená pouze na život jednotlivého individua. Ukazuje subjektivní stránku jedince, jak vnímá svou kvalitu života on sám. V této rovině nejde pouze o hodnocení kvality, ale také o subjektivní nastavení morálních hodnot jedince.

Pokud je tedy řeč o kvalitě života, je potřeba si ujasnit, o kterou sféru jde. Tato práce je především zaměřená na personální rovinu, neboť pacienti sami hodnotí svůj stav, kvalitu života.

---

<sup>2</sup> in [http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html), 2001

## **8.2 Faktory ovlivňující kvalitu života**

Faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu života je mnoho, proto v této kapitole uvedu jen některé z nich. Mezi základní faktory, které mohou do jisté míry ovlivňovat kvalitu života, se zařazuje pohlaví, věk, vzdělání, sociokulturní prostředí a v neposlední řadě onemocnění jedince.

Existuje mnoho rozdílných studií, které potvrzují a zároveň je i dostatek studií, které vyvracují vztah mezi kvalitou života a pohlavím. V obecné rovině je známo, že ženy jsou úzkostnější a jejich problémy se často pomítají do somatických onemocnění. Existují studie, které jsou spojeny s rodinným stavem. Ženy, které jsou rozvedené, popisují svou kvalitu života hůře, než ty, co jsou v manželském svazku. Muži často nadhodnocují svou kvalitu života, aby se ukázali v lepším světle. Faktor pohlaví je velmi komplikovaný. Často výsledky jednotlivých studií vyvracují jiné. Nicméně ho nemůžeme opomíjet, protože jsou tu jednotlivé znaky, které jsou při hodnocení kvality života důležité. Velkou roli hraje pohlaví a věk na kvalitu života. Jisté studie ukazují, že ženy v mladším věku hodnotí svou kvalitu života mnohem lépe, než muži ve stejném věku. Naopak je to pak ve starším věku, kdy jsou to muži, kteří svou kvalitu života popisují znatelně jako vyšší. Pravděpodobně je to spojené s rychlejším dospíváním a také dřívějším stárnutím u žen. I u faktoru věku však jsou studie, které tyto rozdíly stírají (in Payne, 2005).

Jako další faktor, který může působit na hodnocení kvality života je dosažené vzdělání. Je pravděpodobné, že čím vyššího vzdělání jedinec dosáhne, tím vyšší jsou jeho cíle a nároky na sebe a okolí. Z tohoto důvodu pak nenaplněná očekávání a nároky mohou být důvodem pro nižší hodnocení kvality života. Vyšší vzdělání také nabízí jiný náhled na onemocnění, kterým jedinec trpí. Plně si uvědomuje dopady nemoci, které mohou ovlivňovat kvalitu jeho života a tu poté samozřejmě jako nižší hodnotí (in Gopoldová, 2005).

Prostředí, ve kterém jedinec žije, je dalším faktorem, který ovlivňuje hodnocení kvality života. Každá kultura má své nastavené normy a hodnoty, které se mohou odlišovat od jiných. Například pojetí nemoci a zdraví. Svou kvalitu života hodnotíme a srovnáváme s ostatními jedinci v dané kultuře. Nejvíce nás samozřejmě ovlivňují nejbližší - rodina, přátelé, sousedé, spolupracovníci ale i lidé, kteří žijí ve stejném městě, státu (in Mareš a kol., 2008).

To, že hodnocení kvality života ovlivňuje nemoc, je samozřejmé. Nemoc se bere jako patologický jev a je vnímána jako něco, co je pro člověka špatné. Nemoc se dá objektivně popsat a její jednotlivé symptomy zpravidla nemocnému ztěžují život. Na to, jaký je



subjektivní pohled pacienta na prožívanou nemoc, se často nebere ohled. Pravda je ale ta, že ačkoliv je lékař expert na nemoc, pacient je expertem na život s nemocí. Pacient tak své poznatky může využívat nejen ve vlastním boji s nemocí, ale může je předávat dalším pacientům. Vše záleží na tom, jak pacient reaguje na svou nemoc. Ve většině případů se setkáváme s pasivitou, negativními pocity a chováním. Lépe řečeno pacient to vzdá dopředu a čeká pouze na to, co „vykouzlí“ lékař. Druhá reakce na vážnou nemoc je naopak spojena s pozitivními pocity a postoji a rozděluje se na nezdravou a zdravou reakci na nemoc. Při nezdravé reakci pacient popírá svou nemoc. Považuje ji za omyl či výmysl lékařů. Reakcí může být i záměrné zlehčování nemoci. I když pacient nemoc připustí, nebere jí dostatečně vážně. Je to jeden z obranných mechanismů. Zdravou reakcí na nemoc je myšleno přijetí a změna pohledu na nemoc. Pacient si uvědomuje veškeré důsledky, ale nepřipouští si negativní stránky nemoci. Dalším důležitým bodem je, že se dotyčný nesrovnává s běžnou zdravou populací, ale hodnotí svou kvalitu života s jedinci stejně postiženými jako on. Může tak lépe porovnávat, čeho při své léčbě dosáhl a kam se má jeho úsilí nasměrovat. Pravděpodobně přehodnotí i svůj systém hodnot (in Mareš a kol., 2008).

### **8.3 Metody používané k měření kvality života**

Existuje mnoho dotazníků a metod jak zjišťovat kvalitu života. Křivohlavý<sup>3</sup> je dělí na 3 základní skupiny:

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba
2. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba
3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu 1. a 2.

Pokud hodnotí kvalitu života pacienta druhá osoba, obvykle lékař, zdravotní sestra či rodinní příslušníci, má to své výhody. Hodnocení je velmi objektivní a zaměřuje se hlavně na pacientovo chování a jednání. Kvalita může být objektivně srovnávána s ostatními pacienty se stejnou ale i jinou diagnózou nebo v různých obdobích nemoci. Celkový stav nemocného se tak vlastně dá převést do číselného hodnocení. Ačkoliv má toto hodnocení své přínosy, ukazuje i několik nevýhod. I když je hodnocení druhé osoby velmi objektivní, chybí náhled

---

<sup>3</sup> in [http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

nemocného. Ten se velmi často od posudku druhé osoby lišil. To, co pro lékaře, zdravotní sestry, rodinného příslušníka může být důležitým aspektem kvality života, se nemusí nutně shodovat s pacientovým názorem. Proto je důležité spojit tyto dva aspekty dohromady a hodnotit tak celkovou kvalitu života.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> in [http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)

# 9 Empirická část

## 9.1 Cíle výzkumu

Ve výzkumné části této práce bych se především chtěla zabývat subjektivně vnímanou kvalitou života u pacientů se schizofrenií. Cílem výzkumu je zjistit:

- 1) Jak se liší kvalita života u vybraného vzorku pacientů s diagnózou schizofrenie oproti běžné populaci?
- 2) Jak je hodnocena kvalita života vybraného vzorku pacientů s diagnózou schizofrenie podle faktorů, které mohou kvalitu života ovlivňovat?

Faktory:

- Pohlaví
- Věk
- Hmotného zabezpečení
- Rodinný stav
- Přítomnost potomka v rodině
- Délka hospitalizace

## 9.2 Metody výzkumu

Jako hlavní metody výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření pomocí dotazníků WHOQOL – BREF spolu s otázkami na demografické údaje z dotazníku SQUALA. Další metodou bylo pozorování a rozhovor s pacienty. Jako doplňující informace slouží některé anamnestické klinické informace o pacientech.

## 9.2.1 WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life Assessment). Oba tyto dotazníky jsou zaměřené na hodnocení subjektivní kvality života.<sup>5</sup>

Podnět k vytvoření dotazníku WHOQOL-100 dal v roce 1991 Obor duševního zdraví Světové zdravotnické organizace. Následně vznikla pracovní skupina WHOQOL, která byla sestavena z 15 výzkumných center z celého světa a sestrojila tak instrument pro měření kvality života. Dotazník se skládá ze 100 otázek, které jsou rozdělené na 6 oblastí: fyzické zdraví, prožívání, nezávislost, mezilidské vztahy, prostředí a spiritualita. Tyto oblasti se dále rozčleňují na 24 podoblastí, tzv. facet. (in Dragomirecká, Prajsová, 2009).

Dotazník WHOQOL-100 je časově náročný a tak, z praktických důvodů, byla vytvořena zkrácená verze WHOQOL-BREF. Tento dotazník obsahuje 26 otázek. První dvě se zaměřují na kvalitu života a zdravotní stav. Zbýlých 24 je rozděleno pod čtyři domény, které se zabývají fyzickou oblastí, psychologickou oblastí, sociální oblastí a prostředím. Pod doménu 1, fyzického zdraví, spadá hodnocení bolesti, závislosti na lékařské péči, unavitelnosti, spánku, každodenních a pracovních činností. Druhá doména, která je zaměřena na psychologické prožívání, hodnotí, zda pacienta těší život, smysl života, soustředivost, přijetí tělesného vzhledu, spokojenost, negativní pocity. Doména č. 3, sociální vztahy, je zaměřena na osobní vztahy, sexuální život, podporu přátel a pocit osobního bezpečí. Poslední doména, spojená s prostředím, určuje kvalitu životního prostředí, finančním zabezpečením, dostupností informací, zálibami, prostředím, kde žije, dostupností zdravotní péče a s dopravou. (in Dragomirecká, Bartoňová, 2006)

Všechny tyto otázky by měli zahrnovat široké hledisko, které hodnotí kvalitu života. Autorky české verze dotazníku jsou Eva Dragomirecká a Jitka Bartoňová.

Přesné znění dotazníku se nachází v přílohách.

---

<sup>5</sup> in <http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>).

## 9.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor se skládá ze 14 jedinců, kterým byla diagnostikována schizofrenie. Na následujících stránkách bude popsáno rozložení jednotlivých charakteristik jedinců a stručná charakteristika jejich psychických stavů v době dotazování.

Pro zachování anonymity respondentů bylo každé osobě přiděleno písmeno, A až N.

### 9.3.1 Demografické údaje

Demografické údaje byly zjištěny pomocí úvodní části dotazníku SQUALA, který je zaměřen na tento druh informací. Dotazník zahrnuje tyto položky: pohlaví, věk, velikost obce/města, kde jedinec bydlí, vzdělání, zaměstnání, hmotné zabezpečení, rodinný stav, děti.

**Tabulka 2: Věk respondentů**

jedinec	Věk
A	50
B	53
C	45
D	50
E	35
F	22
G	57
H	77
I	52
J	32
K	35
L	37
M	29
N	57

Z tabulky č. 1 je patrné, že věkové rozložení respondentů je vcelku rovnoměrné. Největší skupinu respondentů tvoří pacienti ve věkovém rozmezí 30 – 40 let.

### Tabulka 3: Pohlaví respondentů

pohlaví	počet	procenta
Muž	9	64%
Žena	5	36%

Tabulka č. 2 ukazuje rozložení mužů a žen ve skupině respondentů.

### Tabulka 4: Počet obyvatel v lokalitě, kde respondent žije

Bydliště	Počet	Procenta
obec do 10 000 obyvatel	8	57,14 %
město nad 10 000 do 50 000 obyvatel	3	21,43 %
město nad 50 000 do 100 000 obyvatel	1	7,14 %
velkoměsto nad 100 000	2	14,29 %

V tabulce č. 3 je popsáno rozložení jednotlivých respondentů podle velikosti místa, kde žijí. Největší zastoupení má obec do 10 000 obyvatel. Pravděpodobně je to z toho důvodu, že léčebna, kde byl prováděn výzkum, je situována v Písku s počtem obyvatel 30 000. Do této léčebny hlavně dostávají lidé ze širokého okolí Písku, kde jsou menší města a vesnice.

### Tabulka 5: Dosažené vzdělání respondentů

Vzdělání	Počet	Procenta
neukončené základní	0	0 %
Základní	1	7,14 %
střední bez maturity	8	57,14 %
střední s maturitou	4	28,57 %
Vysokoškolské	0	0 %

Tabulka č. 4 popisuje dosažené vzdělání respondentů. Největší zastoupení má střední bez maturity. Rozložení odpovídá předchozí tabulce bydliště. Neboť lidé s vyšším vzděláním se většinou soustřeďují do větších měst.

**Tabulka 6: Zaměstnání respondentů**

Zaměstnání	počet	Procenta
Pracující	2	14,29 %
invalidní důchod	10	85,71 %

Z tabulky č. 5 je patrné, že většina respondentů pobírá invalidní důchod.

**Tabulka 7: Hmotné zabezpečení respondentů**

hmotné zabezpečení	počet	Procenta
výrazně podprůměrné	2	14,29 %
mírně podprůměrné	5	35,71 %
Průměrné	7	50 %
mírně nadprůměrné	0	0 %
výrazně nadprůměrné	0	0 %

Tabulka č. 6 ukazuje hmotné zabezpečení respondentů. Z tabulky je patrné, že všichni dotazovaní nemají nadbytek finančních prostředků. Jednotlivé výsledky jsou samozřejmě závislé na předchozí tabulce (č. 5), protože většina dotazovaných pobírá invalidní důchod.

**Tabulka 8: Rodinný stav respondentů**

rodinný stav	počet	Procenta
svobodný/á	8	57,14 %
žnatý/vdaná, s druhem	3	21,43 %
rozvedený/á	2	14,29 %
vdovec/vdova	1	7,14 %

Z tabulky č. 7 je patrné, že většina respondentů je svobodných.

**Tabulka 9: Děti respondentů**

Děti	počet	Procenta
Ano	5	36 %
Ne	9	64 %

V tabulce č. 8 jsou respondenti rozděleni podle toho, zda mají či nemají potomka. Většina respondentů odpověděla, že nemá potomka. Odpovídá to i předchozí tabulce, neboť většina dotazovaných žije bez stálého partnera.

### **9.3.2 Charakteristika aktuálních psychických stavů pacientů**

A (žena, 50 let)

Pacientka je hospitalizována na psychiatrickém oddělení už jeden a půl měsíce. Pacientka se jeví velmi nečitelně a není viditelné zlepšení ani po více než měsíci hospitalizace. Nemoc dospěla do chronické fáze, kdy se psychický stav A spíše zhoršuje. Pacientka je velmi apatická k okolnímu světu a komunikuje minimálně.

B (muž, 53 let)

Pacient B je umístěn v hospitalizačním zařízení více než měsíc. Postupně u něj dochází k velkému zlepšení, oproti stavu ve kterém byl hospitalizován. Bohužel, jak se často stává, B sklouzl k depresivním stavům. Pacient má částečně omezenou svéprávnost kvůli penězům, které je schopen okamžitě utratit. Je velmi sociálně slabý a dokáže fungovat pouze s pomocí rodinných příslušníků. Nikdy se neprojevoval agresivně.

C (žena, 45 let)

Tato pacientka je měsíc v léčebně. Kromě schizofrenie trpí somatickými problémy a má časté bolesti hlavy, které jsou spíše psychického charakteru. C se jeví velmi emočně oploštělá, bez zájmu o jakoukoliv činnost. Dle personálu v léčebném zařízení „v jakém stavu odejde, v takovém zase přijde“ (pacientka byla hospitalizována na tomto oddělení už několikrát). Stav jejího onemocnění je chronický.

D (muž, 50 let)

Tento pacient pobývá na psychiatrické léčebně přibližně měsíc a týden. Od přijetí došlo k velkému zlepšení. Pacient se vrátil do léčebny, protože mu zemřela matka, což pro něj byla velká stresová situace. Z počátku skoro nekomunikoval. Cítil se sám, kvůli smrti matky. V léčebně se dostal mezi lidi a postupně se začleňuje do jednotlivých terapeutických skupin.



E (muž, 35 let)

Hospitalizace pacienta trvá již přes měsíc a půl. Ačkoliv je na pacientovi vidět znatelné zlepšení, po většinu doby je pokleslý. Komunikuje pouze z nutnosti. Průběh onemocnění je chronický s postupným zvětšováním defektu osobnosti. Na otázky pacient odpovídat jasně, ale bez většího zájmu o danou problematiku.

F (žena, 22 let)

Pacientka pobývá na psychiatrickém oddělení necelý měsíc. Ze svého rozhodnutí už několikrát ukončila hospitalizaci a po krátkém čase se opět vrátila. Toto zopakovala již několikrát. Je velmi komunikativní, ale v určitém směru nevyzpytatelná. Její nemoc je chronického rázu.

G (muž, 57 let)

Pacient je hospitalizovaný déle než 2 měsíce. Je vidět částečné zlepšení pacientova stavu, ale protože průběh nemoci je chronický, je pravděpodobné, že zlepšení nebude trvalého charakteru. Pan G má zhoršený intelekt a mimo léčebnu se o něj stará bratr. Jeho chování je nevyzpytatelné, ale není agresivní. Komunikace s pacientem byla živá a bylo vidět, že má zájem o věc.

H (žena, 77 let)

Pacientka je na psychiatrickém oddělení přibližně měsíc. U paní H došlo k velkému zlepšení, při příchodu do léčebny trpěla silnými sluchovými halucinacemi. Před týdnem jí byla sundána sádra z pravého předloktí. S rukou už pomalu manipuluje, což také přispělo k jejímu psychickému stavu. Dříve měla výčitky, že „musí sestry se vším otravovat“.

I (muž, 52 let)

Pacient pobývá v léčebně již 3 měsíc. Pan I je velmi pokleslý a skoro nemluví. Kromě schizofrenie pacient trpí na silné deprese. Jeho psychický stav se nezlepšuje, ale ani se nehorší. Nerad se zapojuje do aktivit ostatních pacientů. Jeho chování je apatické.

J (muž, 32 let)

Pan J je v léčebně měsíc a půl. Ačkoliv u něj proběhlo velké zlepšení, oproti stavu ve kterém přišel, pacient se stále cítí „slabý“. Zatím ani nepřemýšlí o odchodu z léčebny, protože má pocit, že by venkovní svět nezvládl. Je velmi depresivně laděný.

K (žena, 35 let)

Pacientka K je hospitalizovaná necelý měsíc. Byla přijatá do léčebny spíše na stabilizační léčení. Paní K je optimistická a velmi se těší domů za dcerou. Na psychiatrické oddělení se vrátila kvůli nepravdělnému braní léků. Objevily se u ní opět paranoidní bludy. Jak sama řekla, bála se i mé osoby. Neznala mě z oddělení, a proto jsem jí z počátku naháněla strach.

L (muž, 37 let)

Pan L přišel do léčebny před 2 měsíci. Z počátku byl velmi uzavřený do sebe a na odborný personál skoro nereagoval. V průběhu hospitalizace se dostavilo velké zlepšení. Pacient se zapojil do všech léčebných programů a předpokládá se, že půjde brzy domů.

M (muž, 29 let)

Pan M byl naposledy hospitalizován před 3 roky. V nynější době má práci v chráněné dílně. Práci si chválí a cítí se dobře, i když jak sám uvedl „ještě to není ono“. Jeho hlavním problémem je vyplnit „díru“ po marihuaně, kterou užíval dlouhá léta a která mu vyplňovala smysl života. Rád by si našel více koníčků, protože se obává vrácení k marihuaně.

N (muž, 57 let)

Pan N byl naposledy hospitalizován v roce 2008. Stejně jako pan M pracuje v chráněné dílně. Jeho zdravotní stav je stabilizovaný a v nynější době nepocítuje žádné příznaky choroby. Je věřící a navštěvuje meditační centrum, které mu dodává klidu.

V době vyplňování dotazníku bylo 12 ze 14 dotazovaných v psychiatrické léčebně s akutní nebo doznívající atakou nemoci. Zbylí 2 dotazovaní jsou stabilní a pracují v chráněné dílně. Tyto faktory by samozřejmě mohly ovlivnit jejich vnímanou kvalitu života. Kdy se na jedné straně mohou hospitalizovaní pacienti srovnávat s ostatními pacienty v léčebně. Oproti „pracujícím“, kteří se mohou srovnávat s běžnou populací. A naopak, kdy pacienti berou hospitalizaci jako své selhání a tudíž by mohlo ovlivnit hodnocení směrem dolů. A stejně tak, mohou „pracující“ hodnotit jako úspěch navrácení do běžného života. V každém případě výsledná kvalita života závisí na tom, se kterou skupinou se budou hodnotící srovnávat. Popřípadě, zda srovnávají svou kvalitu života s idealizovaným zdravotním stavem, či stavem, který měli před vypuknutím nemoci.

## 9.4 Popis výzkumu

V následující kapitole budou popsána jednotlivá data získaná z výzkumu. Protože je vzorek pacientů poměrně malý, data nemohou být generalizovaná. Reprezentace jednotlivých výsledků bude komentována a doplněna o hodnocení. Jako nástroj na hodnocení kvality života byl použit dotazník WHOQOL – BREF. Jeho hlavními výhodami jsou relativně krátký čas na vyhodnocení a nízké náklady. Nevýhodou může být, pokud dotazovaní nevyplní všechny otázky nebo zkreslí realitu. Dotazník může vyplnit jedinec sám nebo může být pojat jako forma strukturovaného rozhovoru. Jako lepší varianta je považován způsob, kdy jedinec vyplňuje dotazník sám. Pokud je dotazník respondentovi čten, může být pro dotazované nepříjemné na některé otázky odpovídat nahlas a tak zkreslí hodnotu odpovědi, aby dosáhli společenské normy. Tento dotazník se u většiny dotazovaných prováděl formou strukturovaného rozhovoru. Jako hlavní důvod pro tento způsob provedení byla neschopnost soustředění u jednotlivých pacientů.

Dotazník WHOQOL – BREF je tvořen 26 otázkami. Každou otázku jedinec hodnotí na škále od 1 do 5. Čím vyšší je hodnota přidělená k dané otázce, tím vyšší je hodnocená kvalita života. Otázky jsou rozděleny na 4 domény a 2 samostatné otázky. Doména č. 1 hodnotí fyzické zdraví. Doména č. 2 je zaměřena na psychologické prožívání. Doména č. 3 hodnotí sociální vztahy a doména č. 4 prostředí. Samostatné otázky ukazují subjektivně vnímanou kvalitu života a spokojenost se zdravím.

Nejdříve byly spočítány jednotlivé průměrné skóre položek. Následně byly vypočteny hrubé skóre u domén, které se transformovaly na škálu od 4 do 20. Hrubé skóre byly vypočítány dle manuálu WHOQOL-BREF (in Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Průměrné skóre jednotlivých položek u zkoumané skupiny jedinců s diagnózou schizofrenie v porovnání s běžnou populací je zobrazeno v tabulce č. 10.

**Tabulka 10: Průměrné skóre jednotlivých položek**

Číslo otázky	Stručná charakteristika otázky	Pacienti s dg. Schizofrenie	běžná populace*
Q1	celková kvalita života	2,71	3,82
Q2	spokojenost se zdravím	2,86	3,68
Q3	Bolest	3,71	4,03
Q4	závislost na lékařské pomoci	2,86	4,16
Q5	potěšení ze života	2,57	3,83
Q6	smysl života	2,43	3,86
Q7	Soustředěnost	2,93	3,55
Q8	pocit bezpečí	3,07	3,24
Q9	Prostředí	3,93	2,85
Q10	životní energie	2,86	3,62
Q11	akceptace tělesného vzhledu	3,71	3,9
Q12	finanční prostředky	3,07	2,87
Q13	Informovanost	4,07	3,87
Q14	Záliby	2,93	3,33
Q15	Pohyblivost	4	4,27
Q16	spokojenost se spánkem	3,43	3,61
Q17	každodenní činnosti	2,71	3,76
Q18	pracovní výkon	2,86	3,76
Q19	spokojenost sama se sebou	2,64	3,57
Q20	osobní vztahy	3,36	3,75
Q21	sexuální života	2,43	3,64
Q22	podpora od okolí	3,79	3,85
Q23	prostředí v okolí bydliště	3,79	3,54
Q24	dostupnost zdravotní péče	3,86	3,7
Q25	Doprava	3,43	3,19
Q26	negativní pocity	2,5	3,47

\*(in Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42)

Z tabulky č. 10 je patrné, že hodnocení jednotlivých otázek se liší u pacientů s diagnózou schizofrenie a u běžné populace. Největší rozdíl je v otázkách Q1, Q2, Q4, Q5, Q6, Q7, Q10, Q14, Q17, Q18, Q19, Q21, Q26. Hodnocení v těchto otázkách je signifikantně nižší než u zbylých otázek. V otázkách Q9, Q12, Q13, Q23, Q24 a Q25 mají naopak odpovědi vyšší hodnocení než u běžné populace. Jedná se o otázky, které se zabývají prostředím, finančními prostředky, informovaností, dostupností zdravotní péče a dopravy. Otázky Q3, Q8, Q11, Q15, Q16, Q20 a Q22 jsou hodnoceny obdobně u obou skupin. Otázky jsou především na obecné jevy, které neovlivňuje psychická nemoc pacientů a z toho důvodů se neliší od běžné populace.

**Tabulka 11: Doménové skóry transformované na škálu 4 – 20**

	pacienti s diagnózou Schizofrenie	populační norma*
DOM1	12,82	15,55
DOM2	11,19	14,78
DOM3	12,76	14,98
DOM4	14,07	13,3
Q1	2,71	3,82
Q2	2,86	3,68

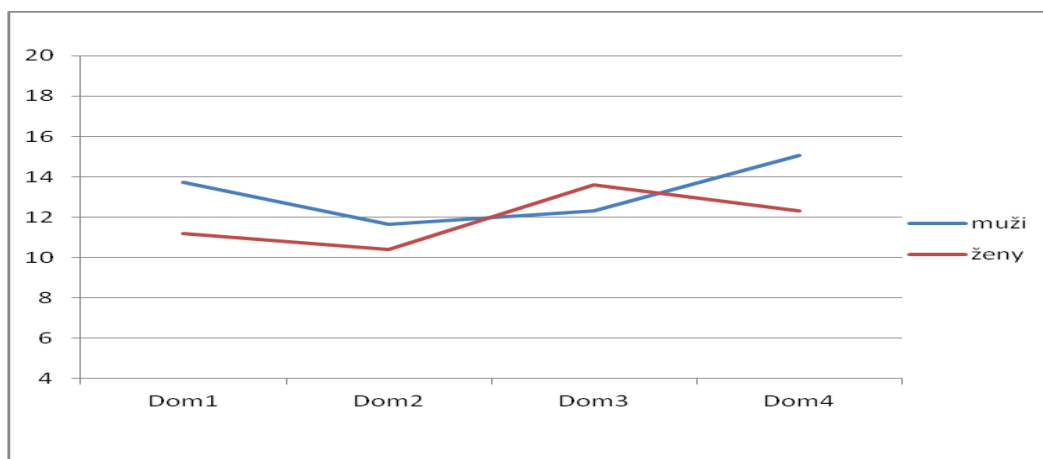
\*(in Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 42)

Tabulka č. 11 poměřuje jednotlivé domény u pacientů s diagnózou schizofrenie a populační normu. V doméně č. 1, která je zaměřená na fyzické zdraví, je vidět nižší hodnocení než u běžné populace. Stejně tak je to mu i v druhé a třetí doméně. Druhá doména se zaměřuje na psychické prožívání a třetí na sociální vztahy. Poslední doména č. 4, ve které jsou otázky zaměřené na prostředí, ve kterém pacient žije, je hodnocena lépe než u běžné populace.

### **9.4.1 Srovnání kvality života podle jednotlivých faktorů, které mohou kvalitu života ovlivňovat**

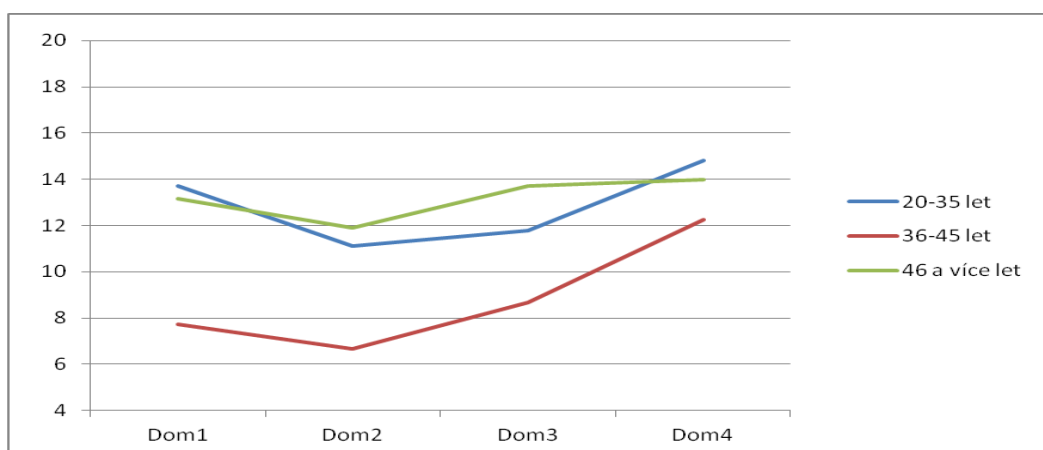
Existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat kvalitu života. V následujících grafech (1-7) je zobrazeno, jak je hodnocena kvalita života podle těchto faktorů. Porovnává se kvalita života podle pohlaví, věku, bydliště, hmotného zabezpečení, rodinního stavu, dětí, a délky hospitalizace. Na jednotlivých grafech jsou na ose x znázorněny jednotlivé domény. Na ose y je škála rozpětí od 4 do 20. Čím vyšší je hodnota na ose y, tím vyšší se hodnotí kvalita života.

**Graf 1: Srovnání kvality života podle pohlaví**



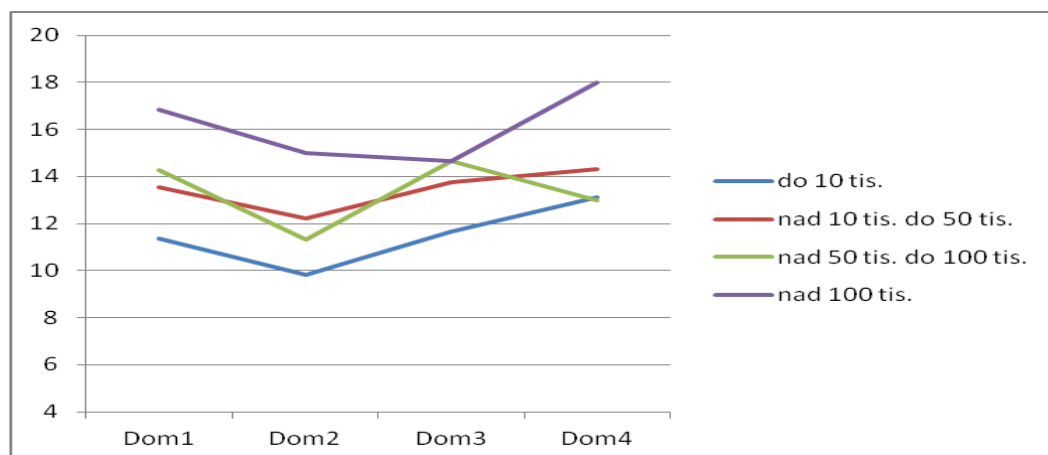
V grafu č. 1 je vidět, že muži hodnotí svou kvalitu života lépe ve 3 doménách – fyzické zdraví, psychické prožívání a prostředí. U žen je naopak lepší doména č. 3 – sociální vztahy.

**Graf 2: Srovnání kvality života podle věku**



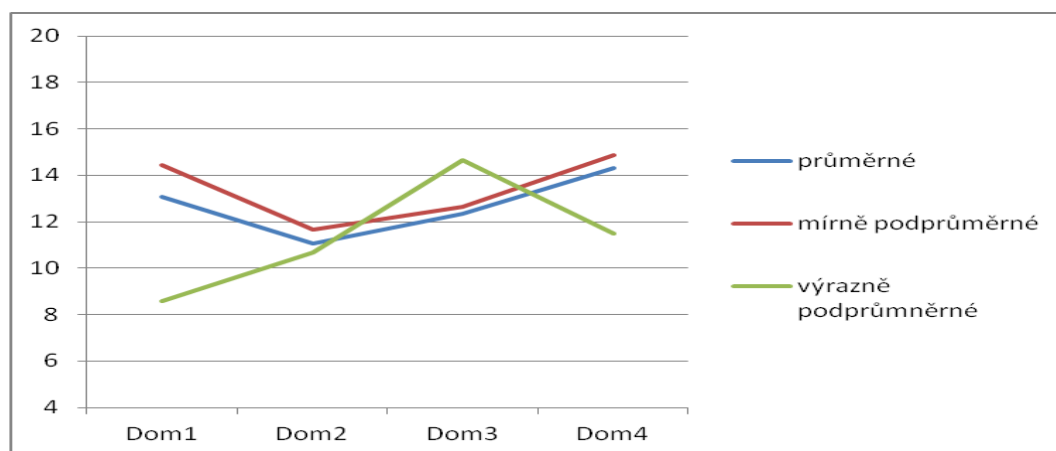
Z grafu č. 2 je patrné hodnocení kvality života dle věku. Z grafu je vidět signifikantní rozdíl ve vnímání kvality života ve věku 36 – 45 let, který je výrazně nižší než ostatní věkové skupiny. Věk je rozdělen na období dospělosti dle Vágnerové (in Vágnerová,2000). Období mladší dospělosti 20 – 35. Období střední dospělosti 36 – 45 let a období staší dospělosti, který je dle Vágnerové od 46 – 60 let. V tomto výzkumu byl do této kategorie zahrnuta i žena, které je 77 let. Proto není uvedena jako horní hranice 60 let.

**Graf 3: Srovnání kvality života podle počtu obyvatel v místě, kde jedinec žije**



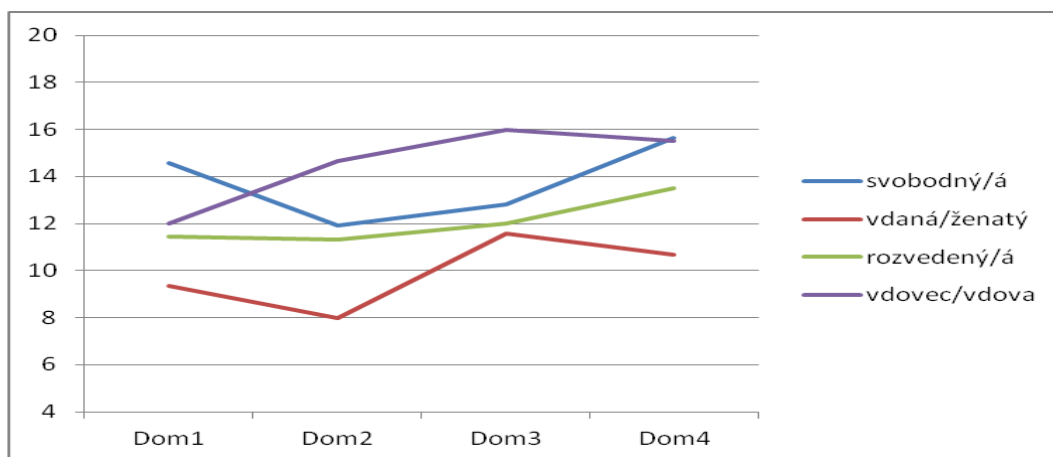
V grafu č. 3 se ukazuje, že nejlepší hodnocení kvality života je ve městě nad 100 000 obyvatel ve všech doménách. Naopak nejhůře svojí kvalitu života hodnotí respondenti, kteří žijí v obci do 10 000 obyvatel. U měst nad 10 000 do 50 000 obyvatel a nad 50 000 do 100 000 obyvatel je hodnocení respondentů podobné.

**Graf 4: Srovnání kvality života podle hmotného zabezpečení**



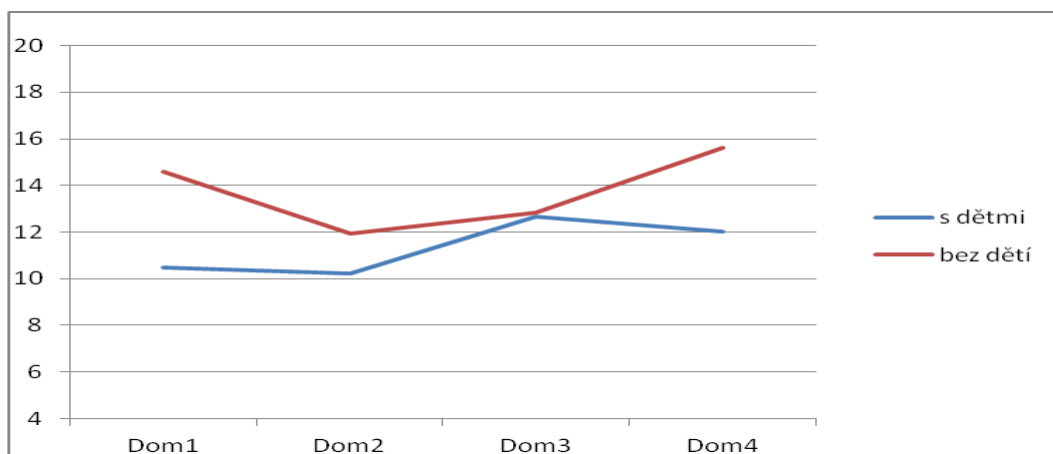
Graf č. 4 srovnává kvalitu života v závislosti na hmotném zabezpečení dotazovaných. Z grafu je patrné, že v doménách fyzického zdraví, psychického prožívání a prostředí hodnotí respondenti kvalitu života hůře než ti, kteří odpověděli, že jejich hmotné zabezpečení odpovídá průměru nebo mírnému podprůměru. Naopak v doméně sociálních vztahů je signifikantní navýšení hodnocení života u pacientů s výrazně podprůměrným hmotným zabezpečením.

**Graf 5: Srovnání kvality života podle rodinného stavu**



Z grafu č. 5 je patrné hodnocení kvality života dle rodinného stavu. Nejhorší kvalita života byla hodnocena skupinou vdaná/ ženatý. Je zde vidět, že je velká rozdílnost mezi jednotlivými doménami u všech skupin.

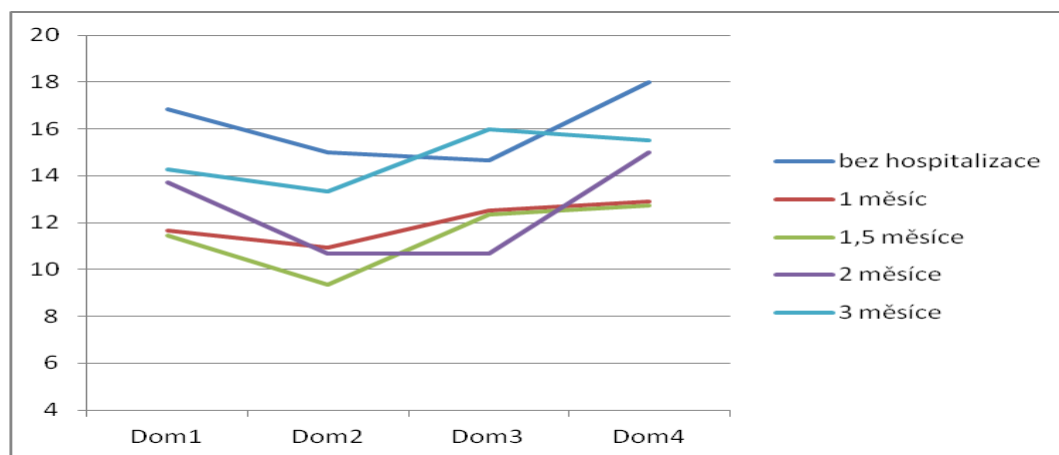
**Graf 6: Srovnání kvality života podle toho, zda má jedinec potomka**



Z grafu č. 6, který má ukazovat kvalitu života dle toho, zda má dotazovaný potomka, je patrné, že pacienti bez dětí hodnotí svou kvalitu života lépe než pacienti s potomkem ve všech doménách kromě domény sociálních vztahů.



**Graf 7: Srovnání kvality života podle délky hospitalizace**



Graf č. 7 popisuje závislost kvality života na délce hospitalizace. V grafu je znázorněno, že nejlépe hodnotí svou kvalitu života respondenti, kteří nejsou v současné době hospitalizováni. Jako velmi dobré se také ukazuje hodnocení u pacientů, kteří jsou hospitalizováni 3 měsíce. Velmi podobné hodnocení mají pacienti, kteří jsou hospitalizováni kratší dobu než 2 měsíce. Ačkoli se v jednotlivých doménách liší, jejich hodnocení je výrazně nižší než z dotazovaných bez hospitalizace nebo hospitalizovaných 3 měsíce.

## **9.5 Interpretace výsledků výzkumu**

Tato kapitola je zaměřena na interpretaci výsledků výzkumu. Jak už bylo řečeno v předchozí kapitole, výzkumný vzorek je poměrně malý, a tak data nemohou být generalizována. Výsledky odpovídají především jednotlivým lidem a jejich přístupu k životu, hodnocení jejich kvality života. Hlavní metodou na získání hodnocení kvality života byl dotazník světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF. Jako další metody bylo použito pozorování a některé anamnestické klinické informace o respondentech. V předchozí kapitole jsou popsány jednotlivé aktuální psychické stavy pacientů, které hrají důležitou roli při specifikaci hodnocení kvality života respondentů.

## 9.5.1 Hodnocení kvality života respondentů s diagnózou schizofrenie v porovnání s běžnou populací

Jeden z cílů této práce je porovnat kvalitu života schizofrenických pacientů a běžné populace. V tabulce č. 10 se porovnává průměrné skóre z jednotlivých otázek u pacientů s diagnózou schizofrenie a běžné populace. Je patrné, že hodnocení otázek se u jednotlivých skupin liší. Největší rozdíl je v otázkách Q1, Q2, Q4, Q5, Q6, Q7, Q10, Q14, Q17, Q18, Q19, Q21, Q26. Hodnocení respondentů s diagnózou schizofrenie má v těchto otázkách signifikantně nižší skóre než u zbylých otázek. U těchto otázek je pochopitelné, že hodnocení respondentů bude nižší. Vzhledem k tomu, že otázky jsou především zaměřené na jednotlivé složky prožívání a pro člověka, který dlouhodobě trpí závažnou psychickou poruchou je pravděpodobné, že tyto otázky hodnotí vesměs negativně oproti běžné populaci. Samozřejmě ale záleží na jednotlivém respondentovi, jeho přístupu k životu a aktuálnímu stavu.

U otázek Q9, Q12, Q13, Q23, Q24 a Q25 mají naopak respondenti s diagnózou schizofrenie vyšší hodnocení než u běžné populace. Jedná se o otázky, které se zabývají prostředím, finančními prostředky, informovaností, dostupností zdravotní péče a dopravy. Předpokládám, že vyšší hodnocení u schizofrenních pacientů je hlavně z důvodu, že si uvědomují, co jednotlivé složky pro ně znamenají. Pro hodnotitele z běžné populace jsou jednotlivé položky samozřejmostí, a proto jim nepřikládají tak vysoké hodnocení. Například při dostupnosti zdravotní péče. Vyšší hodnocení otázky Q12, která je zaměřena na dostatek finanční prostředků k uspokojení potřeb, je hodnocena pacienty s diagnózou schizofrenie jako vyšší. Hodnocení se zdá jako paradoxní, neboť většina pacientů hodnotila své hmotné zabezpečení jako průměrné nebo podprůměrné. Vysvětlení tohoto jevu je možné tím, že ačkoliv pacienti hodnotí své hmotné zabezpečení jako podprůměrné oproti běžné populaci, mají menší nároky na životní úroveň než běžná populace, a proto se jim zdají jejich prostředky jako dostačující na jejich životní potřeby. Otázky Q3, Q8, Q11, Q15, Q16, Q20 a Q22 jsou hodnoceny obdobně u obou skupin. Otázky jsou především zaměřeny na obecné jevy, které nejsou výrazně ovlivněny psychickou nemocí pacientů a z toho důvodu se neliší od běžné populace.

Při porovnávání výsledků z jednotlivých domén a dvou samostatných otázek se mnohem jasněji ukázalo, že vybraný vzorek pacientů s diagnózou schizofrenie hodnotí svou kvalitu života hůře než běžná populace (tabulka č. 11). Pouze doména prostředí se jeví jako

lepší oproti běžné populaci. Je ale zřejmé, že otázky z domény prostředí nejsou tolik ovlivněny a zatěžkány vlivy vážné psychické nemoci, kterou schizofrenie představuje. Samostatné otázky zaměřené na hodnocení kvality života a spokojenosti se zdravím, se ukazují u schizofrenních pacientů jako nižší.

Tabulky č. 10 a 11 odpovídají na výzkumnou otázku č. 1 („Jak se liší kvalita života u vybraného vzorku pacientů s diagnózou schizofrenie oproti běžné populaci?“). U této otázky zjišťujeme, že se hodnocení kvality života u schizofrenních pacientů liší od kvality života běžné populace.

## **9.5.2 Hodnocení kvality života schizofrenních pacientů podle vybraných faktorů**

Jak už bylo zmíněno výše, existuje mnoho faktorů, které mohou ovlivňovat hodnocení kvality života. Toto výzkumné měření bylo zaměřeno na faktor pohlaví, věku, bydliště, hmotného zabezpečení, rodinného stavu, zda má respondent potomka a na délce hospitalizace.

### **Pohlaví**

Z grafu č. 1, který ukazuje hodnocení kvality života podle pohlaví, je patrné, že muži hodnotí svou kvalitu života lépe než ženy ve 3 doménách. Je velmi pravděpodobné, že ženy ohodnotili lépe doménu sociálních vztahů z toho důvodu, že většina z dotazovaných žen žije v manželském svazku. Z toho důvodu je pravděpodobné, že mají více sociálních vztahů a jejich sociální pozice je na lepší úrovni.

### **Věk**

Hodnocení kvality života podle věku je vidět na grafu č. 2. Znatelně horší hodnocení mají respondenti z období střední dospělosti (35 – 45 let), a to ve všech doménách. Toto hodnocení může záviset na více faktorech. Člověk, který by měl být na vrcholu svých sil, je hospitalizovaný na psychiatrické klinice. Pokud má nějakou rodinu, není schopen jí zabezpečit. Pokud rodinu nemá, ztrácí pomalu naději, že by ji někdy mohl mít. Takové pocity provázejí respondenty z této věkové kategorie. Oproti mladší dospělosti (20 -35), u které může převládat naivní optimismus či dostatek času na naplnění svého života. Jedinci zařazení do starší dospělosti (45 a více) se ve většině případů už smířili se svou nemocí a čelí jí

s pochopením a porozuměním. Proto je jejich hodnocení kvality života vyšší než u respondentů ve střední dospělosti, 35 – 45 let.

### Bydliště

Hodnocení kvality života je v tomto případě přímo úměrné počtu obyvatel. Čím větší je město či obec, tím vyšší je hodnocení kvality života. Tento faktor je pravděpodobně ovlivněn dostupností zdravotnické péče. Ve větších městech se nachází mnohem vyšší počet zdravotnických zařízení a možností efektivnější léčby. V obcích do 10 000 obyvatel bylo hodnocení kvality života pacientů nejnižší. I v tomto případě je kvalita života ovlivněna i dalšími faktory, neboť ve městě nad 100 000 obyvatel bylo nejvíce respondentů, kteří nebyli hospitalizováni. Tento faktor může velmi ovlivnit hodnocení kvality života dle bydliště.

### Hmotné zabezpečení

Dalším faktorem, který může ovlivňovat kvalitu života schizofrenních pacientů, je hmotné zabezpečení. Ani jeden z respondentů neohodnotil své hmotné zabezpečení jako výrazně nebo mírně nadprůměrné. Z výsledků výzkumu je patrné, že nejhůře hodnotili svou kvalitu života ti, kteří uvedli výrazně podprůměrné hmotné zabezpečení. Výjimku tvoří pouze doména 3 - sociální vztahy. Vliv hmotného zabezpečení tedy pravděpodobně nemá vliv na sociální vztahy.

### Rodinný stav

Ačkoli by se mohlo zdát, že dotazovaní, kteří žijí v manželském či partnerském vztahu budou hodnotit svou kvalitu života lépe než ti, kteří partnera nemají, je tomu naopak. Ve všech doménách hodnotili vdané/ženatí svou kvalitu života hůře než ostatní respondenti, tj. svobodní, rozvedení, vdovy/vdovci. Dotazovaní, kteří žijí v manželském vztahu, jsou mnohem více kritičtí k hodnocení kvality svého života, protože musí v rodině zastávat roli manželky/manžela či matky/otce. Z důvodu vážné psychické nemoci ale nemohou tyto role plnit tak, jak by si představovali, a proto je jejich hodnocení nižší než u ostatních dotazovaných.

### Děti

K podobnému jevu jako u předchozího faktoru dochází i zde. Respondenti, kteří mají alespoň jednoho potomka, hodnotili svou kvalitu života níže oproti respondentům bez dětí.

Zde se opět přikláním k teorii, že na sebe dotazovaní kladou vyšší nároky, kvůli správnému zabezpečení a vychovávání potomků.

#### Délka hospitalizace

Z grafu č. 7 je patrné, že nejlépe hodnotí svou kvalitu života dotazovaní, kteří nejsou momentálně hospitalizováni a ti, kteří jsou hospitalizováni více než 3 měsíce. Hospitalizovaní méně než 2 měsíce (tj. 1;1,5 a 2 měsíce) přiřazovali jednotlivým otázkám nižší hodnocení. Tito pacienti jsou především na začátku léčby nebo se opět vrátili do léčebny a propadají negativním pocitům. Oboje je velká psychická zátěž jak pro ně samotné, tak pro jejich okolí. Proto není překvapením jejich relativně nízké hodnocení. Oproti tomu, pacienti s 3 měsíční hospitalizací nebo bez hospitalizace už jsou stabilizovaní. Pomalu se snaží navrátit svému životu nějaký řád a smysl. Mohou pracovat v chráněných dílnách a pomáhat tak své finanční situaci. Od začátku léčení ušli větší kus cesty a mohou vidět pokroky, které za tu dobu učinili.

Pod touto kapitolou by se dalo hodnotit více faktorů, které mohou mít vliv na kvalitu života. Například ukončené vzdělání či vliv zaměstnání. Bohužel se v této vybrané skupině respondentů objevovali převážně jedinci, kteří mají vystudovanou střední školu bez maturity. Nebylo by tedy možné poměřovat je s jinými skupinami dosaženého vzdělání. Schizofrenie sice není nemoc, která ovlivňuje intelekt, ale ovlivňuje způsob myšlení a vnímání. Protože obvykle propuká v nízkém věku, postihuje pacienty převážně v období dospívání a mladší dospělosti. Jedinci jsou vytrženi ze svého prostředí a proběhne u nich velká změna životního stylu, například přeruší studium apod. Bohužel se ve většině případů do školy už nevrátí. Dalším faktorem, který by mohl značně ovlivnit hodnocení kvality života je zaměstnání. Stálá práce nejen dodává potřebné finanční prostředky, ale dává životu řád a smysl. Bohužel všichni dotazovaní pobírají invalidní důchod, z tohoto důvodu nemohlo být zpracováno hodnocení kvality života podle zaměstnání.

Hodnocení kvality života u pacientů s diagnózou schizofrenie je nižší než u běžné populace. Při hodnocení hraje roli mnoho faktorů. Dle mého názoru nejvíce ovlivňuje kvalitu života věk, hmotné zabezpečení, rodinný stav a délka hospitalizace. Žádný, ze zde uvedených faktorů, nikdy nestojí sám a nelze ho separovat od ostatních. Jednotlivé faktory na sebe působí a vzájemně se ovlivňují. Jeden z nejvýznamnějších faktorů, který se pravděpodobně nedá nijak měřit, je osobnost nemocného, jeho pohled na svět a vyrovnání se se závažnou psychickou nemocí. V uvedeném výzkumném vzorku hrají roli i další neměřené faktory.

Většina z dotazovaných jsou už chronickými pacienty s postupným zhoršováním choroby, za které si z určitého pohledu mohou sami. Ačkoliv je dnešní medicína na vysoké úrovni, zatím neexistuje způsob jak donutit pacienti požívat pravidelně léky. Majoritní část dotazovaných se opakovaně vrací zpět do léčebny. Jak ukazuje tabulka č. 7, hmotné zabezpečení je průměrné nebo nedostačující, přesto většina dotazovaných jsou silní kuřáci a často požívají alkohol. Na náklady za léky jim pak bohužel nezbyvají finanční prostředky. A tím se dostáváme do bludného kruhu. Pacienti se dostanou do léčebny, kde jsou stabilizováni. Po propuštění z léčebny se většinou nestarají o pravidelné užívání léků, a tak po určité době propukne ataka nemoci znova.

## 10 Závěr

Tato práce se zabývá schizofrenními pacienty a jejich subjektivně vnímanou kvalitou života. V první části teoretického oddílu jsou postupně rozpracovaná témata: historie pojmu schizofrenie, klinický obraz, formy, etiologie, diagnostická kritéria, výskyt, průběh a prognóza, léčba a terapie. Schizofrenie je jedna z nejzávažnějších duševních poruch, a proto je tomuto tématu věnována podstatná část této práce. Druhá část teoretického oddílu je zaměřena na vymezení a přiblížení pojmu kvalita života. Kvalitou života se v dnešní medicíně hodnotí pokrok a úspěšnost léčebného procesu. U schizofrenních pacientů je tento proces velmi dlouhý a je provázen mnoho překážkami. Nejdříve ze strany pacientů, pro které je těžké si připustit možnost psychické nemoci, a následně i od jejich rodin. Pro léčení schizofrenie je důležitá komplexnost léčby a sledování kvality života napomáhá určovat místa, kam se má terapie zaměřit.

Na počátku této práce byly položeny tyto výzkumné otázky:

Jak se liší kvalita života u vybraného vzorku pacientů s diagnózou schizofrenie oproti běžné populaci?

Jak je hodnocena kvalita života vybraného vzorku pacientů s diagnózou schizofrenie podle faktorů, které mohou kvalitu života ovlivňovat?

Kvalita života byla zjišťována pomocí dotazníku světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF. Dotazník obsahuje 26 otázek, které jsou rozděleny na 4 domény (fyzická, psychologická, sociální a prostředí) a dvě samostatné otázky hodnotící kvalitu života a zdraví.

Ačkoliv by se dalo předpokládat, že na první z těchto otázek je odpověď zřetelná, zajímalo nás i o kolik se hodnocení kvality života u obou skupin liší a hlavně v jakých otázkách. Předpoklad, že pacienti s diagnózou schizofrenie budou hodnotit svou kvalitu života odlišně od běžné populace, byl zcela správný. Vlivy takto závažné psychické nemoci na pacientech samozřejmě zanechávají stopy. Subjektivně hodnocená kvalita života u pacientů se schizofrenií byla nižší než u běžné populace. Nicméně se u některých jednotlivých otázek ukázalo, hlavně v doméně prostředí, že vybraný vzorek pacientů měl vyšší hodnocení než běžná populace. Tento jev je připisován především tomu, že pro vzorek respondentů se schizofrenií, bylo téma těchto otázek blízké a připisovali jim větší význam než běžná populace, která jevy popisované v otázce bere jako samozřejmost. Tento jev velmi dobře

vystihuje odpověď na otázku zaměřenou na dostupnost lékařské péče. Pokud nepotřebují vyhledat lékařskou pomoc, nepřikládám této otázce význam. U pacientů se schizofrenií je tomu naopak, bez lékařské pomoci by se neobešli, a proto připisují této otázce mnohem vyšší hodnocení než běžná populace bez vážnějších zdravotních problémů.

Druhá výzkumná otázka sleduje faktory, které mohou ovlivňovat subjektivně vnímanou kvalitu života u vybraného vzorku pacientů. Mezi vybrané faktory patřilo pohlaví, věk, počet obyvatel v místě bydliště, hmotné zabezpečení, rodinný stav, přítomnost potomka v rodině a délka hospitalizace pacienta. Dle výsledku výzkumného šetření nejvíce ovlivňovala hodnocení kvality života délka hospitalizace. Z grafu jasně vyplynulo, že respondenti bez hospitalizace a hospitalizovaní déle než 3 měsíce hodnotili kvalitu života lépe než pacienti, kteří byli hospitalizovaní 2 měsíce a méně. Na toto hodnocení má samozřejmě vliv léčebného procesu. I když se ani ostatní zmíněné faktory nedají opomenout a hrají významnou roli v hodnocení, je velmi složité je od sebe odlišit. Proto bylo velmi důležité sledovat a porovnávat faktory z pohledu jednotlivých pacientů a vycházet z toho, jak je pacient určitým faktorem ovlivněn, či jak ovlivňuje faktor jeho. Mezi nejdůležitější faktory, které se prakticky nedají změřit, patří premorbidní osobnost pacienta a otázka, s kým se respondent porovnává (s běžnou populací či ostatními pacienty). Ze 14 – ti dotazovaných jedinců, u většiny nemoc dospěla do chronického stádia a naděje na lepší prognózu je mizivá. I toto hledisko výrazně ovlivňuje hodnocení kvality života. Z důvodu malého vzorku sledovaných osob se pochopitelně nedají jednotlivá data generalizovat, ale přesto mě realizované šetření obohatilo o řadu zajímavých poznatků.



# Resumé

Tato bakalářská práce pojednává o subjektivní kvalitě života pacientů s diagnózou schizofrenie. V teoretické části je rozpracováno téma schizofrenie. V jednotlivých kapitolách je zpracované téma historie pojmu schizofrenie, klinický obraz, formy, etiologie, diagnostická kritéria, výskyt, průběh a prognóza, léčba a terapie. Schizofrenie je velmi závažná psychická nemoc a proto je jí věnována velká část této práce. Následně teoretická část pojednává o fenoménu kvalita života. Poslední část je věnována výzkumu, který se zaměřuje na hodnocení kvality života u schizofrenních pacientů. Nejdříve se kvalita života pacientů porovnává s běžnou populací a poté se hodnotí význam faktorů, které mohou ovlivňovat kvalitu života.

# Summary

The presented thesis focuses on subjective quality of life in patients with schizophrenia. The theoretic part elaborates on the topic of schizophrenia. The topics of the individual chapters are: history of term „schizophrenia“, symptoms, subtypes, causes, diagnosis, epidemiology, progression and prognosis, treatment and therapy. Schizophrenia is a very serious mental disorder and the majority of this thesis is concerned with it. The second part of the theoretic part is about patient's quality of life. The last part is research focused on evaluation of quality of life of schizophrenic patients. First of all, the evaluation of schizophrenics compares them to the rest of the population. In the second part of the research the factors which can affect the evaluation of life's quality are discussed.

# 11 Použitá literatura

## Literatura:

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, L.; ŠPANIEL, F.: *Schizofrenie, Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta a.s., 2011. ISBN 978-80-204-2494-5
2. BOUČEK, J. a kol.: *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-X
3. COHEN, R.: *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4
4. ČEŠKOVÁ, E.: *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 978-80-7345-114-1
5. DRAGOMIRECKÁ E., BARTOŇOVÁ J.: *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4
6. DRAGOMIRECKÁ E., PRAJSOVÁ J.: *Příručka pro uživatele české verze dotazníků Světové zdravotnické organizace pro měření kvality života ve vyšším věku WHOQOL-OLD*. Praha: Psychiatrické centrum, 2009. ISBN 978-80-87142-05-9
7. DUŠEK, K.; VEČEŘOVÁ–PROCHÁZKOVÁ, A.: *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-1620-6
8. FIŠAR, Z.; JIRÁK R.: *Vybrané kapitoly z biologické psychiatrie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2001. ISBN 80-247-0061-1
9. KUČEROVÁ, H.: *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2045-6
10. KŘIVOHLAVÝ J.: *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X
11. KŘIVOHLAVÝ J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-774-4
12. MAREŠ, J. a kol.: *Kvalita života u dětí a dospívajících III.*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-076-0
13. MIŇHOVÁ, J.: *Psychopatologie pro právníky*. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o., 2006. ISBN 80-868998-70-9

14. MOTLOVÁ, L., KOUKOLÍK, F.: *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, 2004. ISBN 80-7262-277-3
15. PAYNE J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triniton, 2005. ISBN 80-7254-657-0
16. SMOLÍK, P.: *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jesenius, 1996. ISBN 80-85800-33-0
17. VÁGNEROVÁ, M.: *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4
18. VÁGNEROVÁ, M.: *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0
19. ZVOLSKÝ P. a kol.: *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum – nakladatelství Univerzity Karlovy, 1997. ISBN 80-7184-203-6

#### Časopisecké články:

1. Gopoldová, E., Motlová, L., Dragomirecká, E., Hájek, T.(2005). *Hodnocení subjektivní kvality života pacientů v závislosti na pohlaví*. Psychiatrie, roč. 9, č. 4.
2. Dragomirecká E., Škoda C.: *Kvalita života, vymezení definice a historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii*. Československá psychiatrie, 1997, č. 41.

#### Internetové zdroje:

1. Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života [online]. 2001 [cit. 2012-3-1]. Dostupné z www: <[http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c\\_kvalita.html](http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html)>.
2. Schizophrenia [online]. 2012 [cit. 2012-1-20]. Dostupné z www: <<http://en.wikipedia.org/wiki/Schizophrenia>>.
3. Schizofrenie: Historie pojmu schizofrenie [online]. 2012 [cit. 2012-1-18]. Dostupné z www: <[http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie#Historie\\_pojmu\\_schizofrenie](http://cs.wikipedia.org/wiki/Schizofrenie#Historie_pojmu_schizofrenie)>.
4. Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100 [online]. 2007 [cit. 2012-3-10]. Dostupné z www: <<http://www.adiktologie.cz/cz/articles/detail/379/904/Dotaznik-kvality-zivota-WHOQOL-BREF-a-WHOQOL-100>>.

## 12 Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1: Komplexní léčba schizofrenie.....	29
Tabulka 2: Věk respondentů .....	37
Tabulka 3: Pohlaví respondentů.....	38
Tabulka 4: Počet obyvatel v lokalitě, kde respondent žije.....	38
Tabulka 5: Dosažené vzdělání respondentů .....	38
Tabulka 6: Zaměstnání respondentů .....	39
Tabulka 7: Hmotné zabezpečení respondentů.....	39
Tabulka 8: Rodinný stav respondentů.....	39
Tabulka 9: Děti respondentů .....	39
Tabulka 10: Průměrné skóre jednotlivých položek.....	44
Tabulka 11: Doménové skóry transformované na škálu 4 – 20.....	45
Graf 1: Srovnání kvality života podle pohlaví .....	46
Graf 2: Srovnání kvality života podle věku .....	46
Graf 3: Srovnání kvality života podle počtu obyvatel v místě, kde jedinec žije.....	47
Graf 4: Srovnání kvality života podle hmotného zabezpečení.....	47
Graf 5: Srovnání kvality života podle rodinného stavu .....	48
Graf 6: Srovnání kvality života podle toho, zda má jedinec potomka .....	48
Graf 7: Srovnání kvality života podle délky hospitalizace .....	49



c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

Studující .....	1
Mateřská dovolená .....	2
V domácnosti .....	3
Důchodce (neprac.) .....	4
V invalidním důchodu .....	5
t.č. nezaměstnaný/á hledající práci .....	6
voják základní služby .....	7
jiné .....	8

6) Hmotné zabezpečení

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

Výrazně podprůměrné .....	1
mírně podprůměrné .....	2
průměrné .....	3
mírně nadprůměrné .....	4
výrazně nadprůměrné .....	5

7) Rodinný stav

Svobodný/á .....	1
Ženatý/vdaná, s druhem .....	2
Rozvedený/á .....	3
Vdovec/vdova .....	4

8) Máte děti?

Ano – ne

Pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi \_\_\_\_\_

# Dotazník světové zdravotnické organizace

## WHOQOL – BREF

### INSTRUKCE

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. **Odpovězte prosím na všechny otázky.** Pokud si nejste jistý/á, jak na nějakou otázku odpovědět, **vyberte odpověď**, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za **poslední dva týdny**. Máme tedy na mysli poslední dva týdny, když se Vás zeptáme např.:

	vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	4	5

Máte zakroužkovat číslo, které nejlépe odpovídá tomu, kolik pomoci se Vám od ostatních dostávalo během posledních dvou týdnů. Pokud se Vám dostávalo od ostatních hodně podpory, zakroužkoval/a byste tedy číslo 4.

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
Dostáváte od ostatních lidí takovou pomoc, jakou potřebujete?	1	2	3	4	5

Pokud se Vám v posledních dvou týdnech nedostávalo od ostatních žádné pomoci, kterou potřebujete, zakroužkoval/a byste číslo 1.



Přečtěte si prosím každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

1. Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života?	Velmi špatná	Špatná	Ani dobrá ani špatná	Dobrá	Velmi dobrá
	1	2	3	4	5

2. Jak jste spokojen/a se svým zdravím?	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, **jak moc** jste během posledních dvou týdnů prožíval/a určité věci.

	Vůbec ne	Trochu	Středně	Hodně	Maximálně
3. Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4. Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5. Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6. Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7. Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8. Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9. Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky zjišťují, v **jakém rozsahu** jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.

	Vůbec ne	Spíš ne	Středně	Většinou ano	Zcela
10. Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11. Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12. Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13. Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14. Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5

15. Jak se dokážete pohybovat?	Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
	1	2	3	4	5

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a **šťastný/á nebo spokojený/á** s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.

	Velmi nespokojen/a	Nespokojen/a	Ani spokojen/a ani nespokojen/a	Spokojen/a	Velmi spokojen/a
16. Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17. Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18. Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19. Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20. Jak jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21. Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22. Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23. Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
26. Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25. Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5

Následující otázka se týká toho, **jak často** jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.

26. Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	Nikdy	Někdy	Středně	Celkem často	Neustále
	1	2	3	4	5