

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Diana Görnerová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Všeobecné ošetřovatelství (B0913P360006)

**Diana Görnerová**

Studijní obor: Všeobecné ošetřovatelství

**Informovanost veřejnosti o schizofrenii**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: MUDr. Igor Průša

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Diana GÖRNEROVÁ**  
Osobní číslo: **Z19B0160P**  
Studijní program: **B0913P360006 Všeobecné ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecné ošetřovatelství**  
Téma práce: **Informovanost veřejnosti o schizofrenii**  
Zadávací katedra: **Katedra ošetřovatelství a porodní asistence**

### Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodikou praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků dle FZS.
- Dodržet citační formu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací v vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:  
Rozsah grafických prací:  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1620-6.
- Česká a slovenská psychiatrie: časopis Psychiatrické společnosti. Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 1995-2019. ISSN 1212-0383.
- SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0216-5.
- Psychiatrie pro praxi. Březko: Solen, 2000-2018. ISSN 1213-0508.
- MedlinePlus: trusted health information for you. Bethesda, Md.: U.S. National Library of Medicine, National Institutes of Health, Dept. of Health & Human Services, 1998-2019.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Igor Průša**  
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2020**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



**PhDr. Lukáš Štich, MBA**  
děkan



**PhDr. Mgr. Jitka Krocová**  
vedoucí katedry

V Plzni dne 31. ledna 2021

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu literatury.

V Plzni dne 30. 3. 2021

.....  
vlastnoruční podpis

## **Předmluva**

Práce byla napsána za účelem zjistit, jaká je informovanost veřejnosti v Plzeňském kraji o schizofrenii a jak na tyto pacienty veřejnost pohlíží. Cílem této práce je informovat veřejnost o onemocnění schizofrenie, rozšířit jejich vědomosti a pokusit se změnit pohled na lidi s duševním onemocněním.

## **Poděkování**

Děkuji MUDr. Igoru Průšovi za odborné vedení mé bakalářské práce, poskytování vzácných rad, materiálních podkladů a hlavně za ochotu a čas věnovaný této práci. Dále bych chtěla poděkovat své rodině, partnerovi, přátelům a všem, kteří si zúčastnili mého dotazníkového šetření.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Görnerová Diana

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Informovanost veřejnosti o schizofrenii

Vedoucí práce: MUDr. Igor Průša

Číslované strany: 50

Nečíslované strany: 21

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 29

Klíčová slova: schizofrenie, informovanost, veřejnost

Souhrn: Bakalářská práce je zaměřena na informovanost veřejnosti o schizofrenii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se zabývám historií, charakteristikou nemoci a její prevencí. V praktické části zjišťuji pomocí dotazníků, jaké informace má veřejnost o tomto onemocnění a jak na tyto pacienty pohlížejí. Výsledkem této práce je zjištění, že veřejnost sice má obecné znalosti o schizofrenii, ale nejsou dostatečně informováni o detailní charakteristice onemocnění.

## **Annotation**

Surname and name: Görnerová Diana

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Public Awareness of Schizophrenia

Consultant: MUDr. Igor Průša

Number of pages: 50

Unnumbered pages: 21

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 29

Key words: schizophrenia, awareness, public

Summary: This bachelor thesis focuses on providing information about schizophrenia to the public. This work is divided into two parts, theoretical and practical. In theoretical part I focus on history, characteristics of this illness and its prevention. In practical part, I summarise and analyse the information provided by questionnaires to find out how much the public is aware of the illness and what people think about patients suffering from this illness. The objective is to prove that the public has a general knowledge about schizophrenia, but is not sufficiently informed about the detailed characteristics of this illness.



# Obsah

<b>ÚVOD</b>	<b>1</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>2</b>
<b>1 Historie</b>	<b>2</b>
<b>2 Formy schizofrenie</b>	<b>2</b>
<b>3 Poruchy související se schizofrenií</b>	<b>4</b>
<b>4 Symptomy</b>	<b>5</b>
<b>5 Diagnóza</b>	<b>9</b>
5.1 Význam včasné diagnózy u schizofrenie . . . . .	11
<b>6 Výskyt</b>	<b>12</b>
<b>7 Průběh</b>	<b>13</b>
<b>8 Prognóza</b>	<b>14</b>
8.1 Pracovní způsobilost . . . . .	14
<b>9 Závislost na návykových látkách u pacientů se schizofrenií</b>	<b>15</b>
9.1 Klinické souvislosti mezi drogami a schizofrenií . . . . .	16
9.2 Léčba abúzu návykových látek . . . . .	16
9.3 Schizofrenie a nikotinismus . . . . .	17
<b>10 Léčba schizofrenie</b>	<b>17</b>
10.1 Farmakoterapie . . . . .	18
10.2 Elektrokonvulzivní terapie . . . . .	19
10.3 Psychoterapie . . . . .	20
10.4 Komunitní péče . . . . .	22
<b>11 Prevence schizofrenie</b>	<b>23</b>
11.1 Rybí tuk . . . . .	24
<b>12 Mýty o schizofrenii</b>	<b>25</b>
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>	<b>27</b>
<b>13 Formulace problémů</b>	<b>27</b>
<b>14 Cíl výzkumu a výzkumné problémy</b>	<b>27</b>

<b>15 Charakteristika sledovaného souboru</b>	<b>28</b>
<b>16 Metodika práce</b>	<b>28</b>
<b>17 Organizace výzkumu</b>	<b>29</b>
<b>18 Analýza údajů</b>	<b>29</b>
<b>19 Interpretace získaných údajů</b>	<b>44</b>
<b>20 Diskuze</b>	<b>46</b>
<b>ZÁVĚR</b>	<b>50</b>
<b>SEZNAM LITERATURY</b>	<b>53</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b>	<b>54</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b>	<b>56</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>57</b>
Příloha č.1 - Dotazník . . . . .	58
Příloha č.2 - Výstup pro praxi . . . . .	61

# ÚVOD

V této bakalářské práci se budu zabývat tématem „Informovanost veřejnosti o schizofrenii“. Toto téma jsem si vybrala, protože v dnešní době přibývá více pacientů s tímto onemocněním, ale veřejnost je stále vnímá jako zvláštní a nebezpečné osoby, které je třeba neprodleně izolovat. Psychiatrie je na počátku 3. tisíciletí již vnímána jako člen medicínských věd s nutností interdisciplinárního přístupu. Sdílí řadu společenských problémů nejen s neurologií, ale i interními oblastmi. Stále více se naznačuje, že všechna psychická onemocnění mají svoji somatickou komponentu a naopak. Toto vše vede, mimo jiné, i k destigmatizaci schizofrenie. [1, str.10]

V teoretické části se budu zabývat historií schizofrenie, charakteristikou a prevencí této nemoci. Hlavním bodem prevence je okamžité vyhledání pomoci při prvních příznacích. Pokud se jedná o nemoc, která se vyskytuje v rodině, je důležité, aby dotyčná osoba měla dostatek informací a podporu rodiny nebo přátel. Přestože ve srovnání s minulostí se dostává v médiích více pozornosti psychiatrické osvětě, stále se ještě setkáváme s neinformovaností a různými předsudky. V jejich důsledku trpící a váhající nemocný není svým nejbližším okolím ani povzbuzen k návštěvě lékaře, či spíše je od ní odrazován. Je třeba, aby blízcí a široká veřejnost pochopili, že psychickou poruchu, kterou může onemocnět kdokoli z nás, nelze řešit doma. [2, str.22]

Cílem praktické části je zjistit, jaké jsou obecné znalosti veřejnosti o onemocnění schizofrenie a zda u veřejnosti stále převládá stigmatizace schizofrenie. Výzkum budu provádět pomocí dotazníkového šetření, kde budu zkoumat, co pro ně znamená pojem schizofrenie, jak by reagovala na člověka mající toto onemocnění a jak podle nich v dnešní době je účinná psychiatrická léčba.

Zdroje k bakalářské práci jsem vyhledala ve Studijní a vědecké knihovně Plzeňského kraje. Několik zdrojů jsem získala pomocí pátrání z klíčových slov vztahujících se k tématu na internetových stránkách. Jelikož jsem si potřebné zdroje hledala sama, nenechala jsem si vytvořit rešerše.

# TEORETICKÁ ČÁST

## Schizofrenie

Schizofrenie se řadí mezi diagnózy, které se většinou navenek neventilují. Větší část laické veřejnosti má o schizofrenii zkreslené představy. Vysvětlují si nemoc jako „roz-dvojenou osobnost“. Správné přeložení pojmu je rozdělené myšlení, ale jinak jde o poruchu mnoha duševních funkcí: myšlení, emotivity, vnímání; narušena může být i osobnost, motorika, schopnost jednání s lidmi, paměť nebo pozornost.[3]

## 1 Historie

Před tisíci lety se začaly odborné texty zabývat příznaky typickými pro schizofrenii. První zmínky pochází z dob 2000 let před naším letopočtem. První srozumitelná charakteristika byla vytvořena v roce 1853 lékařem B.A. Morelem, který ji popisuje jako psychózu začínající v dospělosti a postupující až k předčasnému stárnutí mozkových funkcí. V učebnicích psychiatrie se poprvé oficiálně objevuje v roce 1896 díky německému psychiatrovi Emilu Kraepelinovi pod názvem „Dementia praecox“. Měl za to, že onemocnění znamená předčasný psychický úpadek osobnosti. O pár let později v roce 1911 tento pojem vyvrátil psychiatr Eugen Bleuler, který zavedl název schizofrenie. Tímto chtěl ukázat, že se jedná o rozštěpení myšlení, emocí a chování. Roku 1957 Kurt Schneider popsal příznaky typické pro schizofrenii, podle kterých vychází současné pojetí onemocnění. Z důvodu neustálého hledání příčin vzniklo během dnešní doby mnoho různých hypotéz, pohledů a teorií.[4]

## 2 Formy schizofrenie

### Paranoidní schizofrenie

Forma schizofrenie, která patří mezi nejčastější a je charakterizovaná především bludy a halucinacemi, jež se liší mírou naléhavosti a uspořádanosti podle průběhu a stádia onemocnění. [5, str.250] Člověk trpí přesvědčením, že má telepatické schopnosti, že do hlavy jsou mu vkládány myšlenky někoho cizího, nebo naopak, že mu jsou myšlenky kradeny. Často se objeví i agresivita, protože člověk má stále pocit pronásledování a ohrožení. U tohoto typu schizofrenie je léčba celkem úspěšná. [6]

### Heberfenní schizofrenie

Tento typ je v diagnostickém a statickém manuálu mentálních poruch nazýván dezorganizovaná schizofrenie – nemocní jsou charakteristicky nepředvídatelní ve svém

chování, jsou vrtkaví, emočně labilní až inadekvátní. Aktivita nemá cíl nebo je podivná až bizarní, objevuje se také nepřiměřená nezbednost.[5, str. 251] Nemocný člověk používá vulgární slova, pošklebuje se, usmívá se v situacích, kdy to není vhodné. Často hovoří o tématech týkajících se filozofie, které okolí nechápe.[6] Dalším znakem je oblékání, které je nápadné a nepřiléhavé. [5, str.251] Léčba bývá často doprovázena komplikacemi.

### **Katatonní schizofrenie**

Katatonní schizofrenie je v dnešní době už téměř vzácností.[6] Tato forma schizofrenie se vyznačuje nejvýznamnějšími příznaky poruch psychomotoriky. Jsou to projevy nadměrného vzrušení provázené bezcílným neklidem, nebo projevy psychomotorického útlumu až katatonního stuporu. Následné projevy mohou být povelový automatismus, manýrování a negativismus.[5, str.251]

### **Nediferencovaná schizofrenie**

Do této diagnostické kategorie jsou zařazovány případy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale neshodují se s žádnou z výše uvedených forem nebo mají rysy více než jedné z nich, aniž by některá specifická diagnostická charakteristika převládala. [5, str.251]

### **Postschizofrenní deprese**

Kategorie zahrnuje epizodu depresivní nálady, která začíná po odeznění epizody schizofrenie až s odstupem jednoho roku. Podle současné klasifikace musí být přítomny ještě některé příznaky schizofrenního onemocnění, které v klinickém obraze nepřevládají. Příznaky jsou obvykle negativní. Obecně se přijímá fakt, že ústupem psychotických příznaků se odkryjí příznaky afektivní, které jsou spíše součástí onemocnění schizofrenií než reakcí na toto onemocnění. Často je nemožné nebo obtížné rozhodnout, které příznaky přidělit depresivnímu ladění, které vlastnímu psychotickému onemocnění a které vedlejším účinkům vznikajícím při užití antipsychotické léčby. Depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem sebevražedného jednání. [5, str.251]

### **Reziduální schizofrenie**

Odpovídá chronickému průběhu onemocnění schizofrenií, kde se může dobře rozlišit postup onemocnění od počátečního stádia jasně definovaného typu schizofrenie v jedné či více atakách až k pozdějšímu stavu, který je charakterizován dlouhodobou převahou negativních příznaků, které hůře a málo reagují na léčbu antipsychotik. [5, str.251]

## **Simplexní schizofrenie**

Tento typ není příliš častý, může se objevovat kolem 15. roku života. Důležité projevy jsou negativní symptomy, které se projevují bez předchozích příznaků. Nemocný člověk se straní okolního světa a uzavírá se do svého, narůstá citová plochost, velký nezájem o dění kolem jeho osoby. [6]

## **3 Poruchy související se schizofrenií**

### **Schizotypní porucha**

Tato porucha se vyskytuje asi u 3% lidí. V některých fázích se můžou objevit projevy falešných představ nebo klamných vjemů, ale porucha má blízko spíše k poruše osobnosti. Schizotypní člověk se projevuje zvláštním chováním, kterému jeho okolí nerozumí a od společnosti se spíše izoluje. Někdy je sám přesvědčený, že je jinou osobou a že věci, které ho obklopují, neexistují. [6]

### **Trvalá porucha s bludy**

Hlavní charakteristikou jsou bludy, tedy falešné představy o skutečnosti. V případě, že se člověk nachází mimo tyto představy, může zcela normálně vést svůj běžný život. Bludy zahrnují pocit podvádění, pocit pronásledování a obtěžování. [6]

### **Akutní a přechodné psychotické poruchy**

Z hlediska etiologie představují tyto poruchy skupinu syndromů, které vzniknou v důsledku stresující události (náhlé úmrtí blízké osoby, dopravní neštěstí, přírodní katastrofa, přepadení, znásilnění), asi v polovině případů však příčinu nezjistíme. Trvání nepřesáhne zpravidla jeden měsíc - pokud jsou přítomny charakteristické schizofrení příznaky a porucha přetrvává, musíme diagnózu změnit ve prospěch schizofrenie. [5, str. 258]

### **Schizoafektivní porucha**

Etiologie není stále vyjasněna podobně jako u schizofrenie nebo afektivních poruch. Dědičnost je zde však významná. V klinickém obrazu je současná přítomnost typických schizofrenních a afektivních symptomů z oblasti bipolární afektivní poruchy. Podle vlastnosti přítomné patické nálady rozlišujeme depresivní, manický nebo smíšený typ. [5, str. 259]

## 4 Symptomy

U schizofrenie se projevuje celá řada více či méně specifických symptomů. Správné rozpoznání a popis jsou z hlediska diagnostiky klíčové. Pro stanovení diagnózy schizofrenie je totiž rozhodující pozorování pacienta a důkladné naslouchání tomu, co nám sděluje. Důležité jsou rovněž informace od bližních. Zde však psychiatrické diagnostické šetření končí. Následuje pomoc s diferenciací diagnostickými úvahami, které psycholog stanoví pečlivým vyšetřením. Zobrazovací vyšetření mozku či EEG podstoupí zpravidla všichni pacienti při první etapě nemoci. Jedná se však o metody pomocné, určené k vyloučení jiné patologie. Prozatím neexistuje žádná laboratorní metoda prokazující schizofrenní onemocnění. Symptomy pro schizofrenii lze rozdělit do 4 skupin: psychotické symptomy (pozitivní symptomy), poruchy iniciativy a motivace doprovázené sociálním stažením (negativní symptomy), poruchy poznávacích funkcí, především pozornosti, paměti a exekutivních funkcí (kognitivní symptomy) a symptomy depresivní nebo manické (afektivní symptomy). Klinický obraz doprovázejí příznaky nespecifické, jako jsou poruchy spánku, změny chuti k jídlu, pocity napětí a úzkost. [7, str.15]

### Pozitivní symptomy

Diagnóza schizofrenie je dnes založena na projevu typických příznaků. Řadí se mezi ně v první řadě ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek a vysílání myšlenek. Následují bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla či končetin, zvláštní myšlenky činnosti nebo pocity a bludné vnímání. Seznam diagnostických kritérií doplňují halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou komunikují, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla. Mohou se vyskytovat neustálé bludy jiných typů, které nemohou 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 celého světa). Psychotické příznaky jsou doprovázeny nespecifickými projevy, jako je nespavost, úzkost, strach a změny chuti k jídlu. Pacient postupně ztrácí kontakt se skutečností. Dává přednost vlastním psychotickým prožitkům, podle nichž se také i chová. Současně si je jist, že je zcela v pořádku, ztrácí náhled nad onemocněním. [7, str. 16]

### Ozvučování, odnímání a vkládání myšlenek

Pokaždé když přemýšlíme, jako bychom svoje myšlenky v hlavě slyšeli, ale beze zvuku. U schizofreniků se někdy myšlenky ozvučují. Dotyčný mívá pocit, že mu někdo ovládá myšlení tím, že mu myšlenky do hlavy vkládá. Nepříjemné je také odnímání myšlenek, pacient se obává, že jeho hlava je jako otevřená kniha, v níž

si každý může přečíst, co si dotyčný myslí, či jej o myšlenky okrást. Přesvědčení o vkládání či odnímání myšlenek nějakou zevní silou se také označuje pojmem intrapsychické halucinace.[7, str.16]

## **Bludy**

Bludy jsou chybná přesvědčení. Při jejich vzniku hrají významnou roli mylná podání vjemů či prožitků. Jsou časté, během vývoje schizofrenie se vyskytují u více než 90 % nemocných. Bludné přesvědčení je natolik pevné, že i když existují důkazy o tom, že to není pravda, nelze je dotyčnému vymluvit. Okolí toto přesvědčení s nemocným nesdílí. Blud se rozvíjí postupně. Nemocný má pocit, že se na něj svět kolem zaměřil: je si jist, že telefon je odposloucháván, lidé v dopravních prostředcích se na něho dívají, povídají si o něm; dopravní značky mají speciální význam právě pro něj, zjišťuje, že kolem jezdí více aut s poznávací značkou, v níž jsou trojky, a červená barva oblečení ostatních chodců je varovné znamení. Člověk si pak pro sebe v této situaci logicky, ale bludně vysvětlí, že pohledy lidí na něj upřené nejsou náhoda, je to asi proto, že je vyvolený, má nadpřirozené schopnosti, umí například léčit na dálku, spasí svět, umí sestavit perpetuum mobile. Může to být i příjemný pocit, který si dotyčný vysvětluje tím, že je výjimečný. Na druhou stranu si může bludně vysvětlit vztahovačností tím, že po něm jdou tajné služby či mimozemšťané, a cítí se ohrožen na životě. Jeho pohyby někdo ovládá a jsou řízeny na dálku. Jeho vůle se ztratí a stává se z něj loutka. Někdy nemocný mluví o tom, že mu někdo na dálku pohybuje končetinami, jako by nad ním stál nějaký loutkář a tahal za nitky. Pro bludy je typická chorobnost a nevyvrátitelnost. Odlíšit blud od pevného přesvědčení o určité skutečnosti je někdy opravdu obtížné. Bude-li vám někdo tvrdit, že jej pronásleduje úplně neznámý člověk, napadne vás ihned, že to není možné? Asi ne, protože se to může stát. Ovšem pokud existují důkazy o tom, že to není pravda, a ani přesto to dotyčné osobě nelze vyvrátit, může se jednat o blud, avšak nebizarní. U schizofrenie jsou však charakteristické především bizarní bludy. Bizarní blud je zřetelně nepravděpodobný, neodvoditelný z běžné životní zkušenosti a nepochopitelný (například pacient je přesvědčený, že mu někdo na dálku přemístil orgány z dutiny břišní do hrudníku a obrácené, aniž by to zanechalo jizvy). Za bizarní se považují hlavně ty bludy, které se týkají ztráty vlastní kontroly nad myslí nebo tělem, ale i řada dalších. [7, str.15-16]

## **Halucinace**

Halucinace můžeme vnímat všemi smysly. U schizofrenie se vyskytují nejčastěji sluchové halucinace, a to asi u 50 % pacientů, zrakové halucinace má 15 % nemocných a taktilní 5 %. Pacienti slyší hlasy, které komentují jejich chování nebo o něm mezi



sebou hovoří. Představte si, že vám někdo v hlavě neodbytně mluví, i když jste o samotě. Mohou se přidat komentáře často kritizující chování nemocného, a co je horší, občas se ozve více hlasů, které se hádají, případně jeden kritizuje, druhý chválí. Hlasy mohou i přikazovat, co má dotyčná osoba dělat. Často hlasy zakazují nemocnému mluvit. Lékaři rozpoznávají přítomnost takových hlasů podle halucinatorního chování: nemocný si zakrývá uši, neodpovídá na žádné dotazy a je zahleděn, přičemž soustředěně poslouchá dění v hlavě. Halucinace sluchového typu popisují pacienti jako „hlasy“. Obsah bývá většinou nepříjemný. Pro schizofrenii jsou charakteristické hlasy neustále komentující pacientovy myšlenky či chování. Hlasy se neustále hádají, pacientovi radí (teologické halucinace) nebo přikazují (imperativní halucinace). Ne pokaždé je halucinace projevem schizofrenie, někdy nás šálí smysly, například při usínání (hypnagogické halucinace) nebo probuzení (hypnopompní halucinace). V tomto případě se nejedná o psychotický prožitek. [7, str.18-19]

### **Dezorganizace**

Následným projevem akutní psychózy je dezorganizace řeči i chování. Nesouvislé myšlení a mluvení z cesty je důsledkem poruchy myšlení. Řeč pacientů se schizofrenií může být dezorganizovaná v mnoha směrech. Dezorganizace chování se také projevuje zanedbáním péče o zevnějšek včetně nápadností v oblečení (například ponožky na hlavě či teplý svetr v parném létě). Pacient nemá příjem potravy, protože si ji neobstará, toulá se, neudrží kolem sebe pořádek ani jakýkoli denní režim. Klinický obraz doplňuje neadekvátní afekt (například nevhodné chichotání), dovádivost a nezbednost, někdy nepředvídatelná agitovanost. [7, str.19-20]

- Neologismy - pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo nerozumí: „Kombilidi a kombilodóni žijí ve vesmíru.“
- Ztráta asociací a tangencialita - neschopnost udržet žádné téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov nebo frází: „Kdo je váš psychoterapeut?“ „Můj psychoterapeut se jmenuje doktor Šípek. Šípek je keř šípkový růžový.“
- Inkoherence - projev nemá „hlavu ani patu“, věta postrádá gramatické vazby: „kopec kopec slon kam, kdo chce kam, tam, ... brambory.. však vy víte.“
- Echolalie - pacient opakuje, co říká terapeut: na otázku „Máte domácí zvíře?“ odpověď: „Domácí zvíře.“

### **Poruchy motoriky**

Motorická aktivita se může navyšovat (pacient je bezcílně neklidný až agitovaný), nebo se vůbec nepohybuje (stupor). Stupor je stav, při kterém je potenciálně život

v ohrožení. Pacient, který nekomunikuje, nehýbe se a nepřijímá potravu, je ohrožen dehydratací, dekubity, případně embolií. Mimovolné pohyby, úkony a postoje, z nichž některé mohou být závislé na vnějších podnětech (například povelový automatismus, negativismus, echopraxie), tvoří katatonní syndrom. Nejčastější katatonní příznaky u schizofrenie: [7, str.20-21]

- Manýrování - běžné jednání je doplněno o nepřiměřené projevy, výsledkem je nepřirozenost nebo situaci neadekvátní obřadnost, například při oblékání, stolování nebo psaní
- Stereotyp - opakující se pohyby určitých částí těla bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou
- Povelový automatismus - okamžité a automatické reakce na povel, jakkoli nesmyslný, přičemž jinak pacient nespolupracuje
- Echomatismy - dotyčný automaticky opakuje projevy druhého člověka („opičení se“)

### **Negativní symptomy**

Mezi nejčastější projevy patří snížená emoční reaktivita, plochý afekt, chudost řeči, ochuzení zájmů včetně sníženého zájmu o sociální aktivity a ztráta iniciativy. Předpokládá se, že negativní příznaky jsou přítomny paralelně s pozitivními příznaky. Ze subjektivního pacientova pohledu - i pohledu jeho blízkého okolí - se příznaky naplno manifestují až po odeznění akutních psychotických příznaků, zpravidla hned po návratu z nemocnice. Pacient si připadá zpomalený, neschopný, nevymyslí si program, nemá nápady, motivaci ani chuť něco dělat, nedovede plakat ani se radovat, vyhýbá se ostatním, je apatický a bez zájmu o cokoli. Nemocný i jeho blízcí se domnívají, že jde o lenost a že při troše dobré vůle by se přece dotyčný měl vzchopit. Jenže vůle nemocnému chybí. Je to projev nemoci, nazývané abulie. Tato fáze onemocnění je také ve znamení získávání nadhledu. Objevují se obavy, že život nebude jako dřív, nemocný klade otázky „proč právě já?“. Postupně si uvědomuje, co se stalo, že se mu „pletl mozek“, obtížněji hledá pocit smysluplnosti a bilancuje. Pokud se objeví depresivní nálada, anhedonie a beznaděj, pacient se ocitá v bezvýchodné situaci a nelze vyloučit ani suicidální jednání. Proto především u mladších pacientů po první atace nemoci je naprosto zásadní aktivně pátrat po suicidálních úvahách, jelikož riziko dokončení sebevraždy je během roku následujícího po stanovení diagnózy vysoké. Negativní příznaky jsou léčitelné, ale jejich zmírnění a odstranění nastává až po několika měsících. Negativní příznaky u schizofrenie: [7, str.21-22]

- Afektivní oploštění nebo otupění - neměnný výraz v obličeji, nedostatek expresivních gest, chudost pohybů, absence očního kontaktu, nedostatečná modulace hlasu, afektivní netečnost
- Alogie - chudost řeči, zárazy, chudost obsahu řeči, latence při odpovědi
- Apatie - nedostatek energie, nedostatečná péče o zevnějšek
- Anhedonie a sociální stažení - nezájem o sociální aktivity, neschopnost prožívat radost

## 5 Diagnóza

Základním nástrojem psychiatrického vyšetření je vyšetření klinické, tedy pohovor s pacientem, během kterého lékař hodnotí jeho vzhled, projevy slovní, mimiku, dynamiku, náladu: zjišťuje tím přítomnost (nebo nepřítomnost) chorobných psychopatologických příznaků. Důležitou součástí pohovoru je získávání anamnestických údajů. [8, str.19]

V rodinné anamnéze se pátrá po psychiatrické zátěži, která se projeví formou duševních poruch, sebevražd, návykových stavů nebo kriminality v pokrevním příbuzenstvu. Spadá sem také informace o rodinné atmosféře, v níž vyšetřovaný vyrůstal. V osobní anamnéze mají svou důležitost (hlavně u dětských pacientů) údaje o porodu a prvním vývoji, o prodělaných závažných nemocech, úrazech a operacích. Následují informace o školním vzdělání, případných konfliktech se zákonem, povinném výkonu vojenské základní služby, o partnerských vztazích, rodině a dětech včetně informací o sexuálním životě, těhotenství, porodech, menstruačním cyklu a přechodu. Zjišťují se též sociální poměry, počet a kvalita sociálních vztahů a průběh předchozího zaměstnání. Je také důležité zapsat pacientovo charakterizování vlastní povahy a přítomnost návykových stavů a léků, které pacient užíval a užívá (speciálně psychofarmaka), reakce na ně, případně alergická reakce. U ambulantních pacientů osobní a rodinné anamnézy zjišťuje a zapisuje sestra. [8, str.19]

Odstavec týkající se nynější onemocnění zachycuje pacientovy subjektivní stesky a údaje, které jsou k dispozici od členů rodiny, učitelů, spolupracovníků nebo doprovázejících osob (tzv. objektivní anamnéza). V oddíle objektivní psychiatrický nález jsou shrnuty přítomné chorobné jevy. [8, str.20]

K psychiatrickému vyšetření patří také vyšetření neurologické a orientační vyšetření tělesného stavu. U nemocných, kteří jsou hospitalizováni, provádíme i základní laboratorní vyšetření krve a moči. Dle potřeby lze vyžádat konziliární vyšetření neurologické, interní apod. [8, str.20]

Důležitým spolupracovníkem psychiatra je klinický psycholog, který má své do-  
tazníkové a testové metody, jimiž dovede detailně charakterizovat osobnost pacienta,  
diagnostikovat např. poruchy myšlení a intelektu (pomocí inteligenčních testů zjiš-  
ťuje tzv. inteligenční kvocient, IQ) nebo posuzovat věrohodnost vyšetřované osoby.  
Cenné informace o pacientovi získává sociální pracovnice na základě sociálního šet-  
ření v místě pracoviště, případně v místě bydliště. [8, str.20]

Z pomocných vyšetření se využívá elektroencefalografického vyšetření (EEG).  
V posledních letech se staly dostupnými zobrazovací metody jako magnetická rezo-  
nance (MRI), výpočetní tomografie mozku (CT), metody pracující s radioizotopy  
jako jednofotonová emisní tomografie (SPECT) a pozitronová emisní tomografie  
(PET), které zachycují jak anatomické poměry mozku, tak jeho funkci. Všechny  
informace a výsledky vyšetřování vedou lékaře k diagnostickým závěrům: prvním  
krokem je sjednocení zjištěných chorobných symptomů do syndromů - ty jsou ná-  
sledně podkladem diagnózy, určení nemoci. Na základě tohoto postupu lékař usuzuje  
na průběh a prognózu onemocnění a rozhoduje o léčbě. [8, str.20]

V současné době jsou platné dvě klasifikace duševních poruch - 10. revize Me-  
zinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV.  
vydání (DSM IV). Tyto nozologické klasifikace vypracované Světovou zdravotnic-  
kou organizací (SZO) a Americkou psychiatrickou asociací (APA) jsou založeny na  
detailně popsaných kritériích. Podmínky MKN 10 pro diagnostiku schizofrenní po-  
ruchy požadují přítomnost minimálně jednoho z příznaků od 1) až 4), nebo dvou  
z příznaků od 5) až 9) trvajících minimálně po dobu jednoho měsíce[1, str.18-19]:

1. manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek, odnímání, vkládání, vy-  
sílání myšlenek)
2. ovládání pomocí bludů (kontrolovatelnosti)
3. halucinace sluchové (komentující chování nemocného)
4. bludy jiné
5. ostatní halucinace
6. poruchy formálního myšlení (zárazy, inkoherece)
7. katatonní příznaky (vzrušenost, vosková ohebnost, setrvávání v nastavených  
pozicích, negativismus, mutismus, stupor)
8. negativní příznaky (apatie, ochuzení emočních reakcí, ochuzení řeči)
9. nápadné kvalitativní změny v chování (bezúčinnost, ztráta zájmů, nečinnost,  
sociální stažení)

Oba diagnostické systémy definují schizofrenii podobně. Hlavní rozdíl je v době trvání symptomů. DSM IV požaduje šest měsíců, MKN 10 jeden měsíc, navíc DSM IV požaduje úpadek funkce, tedy DSM IV je poněkud užší. Spolehlivost diagnostiky je vysoká, stabilita diagnózy je nejvíce variabilní na začátku onemocnění. Na základě převažující psychopatologie se schizofrenní poruchy rozdělují na několik klinických forem. [1, str.19] Dle oficiálního seznamu Mezinárodní klasifikace nemocí, 10 revize neboli MKN 10 je přehled následující[9]:

- F20.0 Paranoidní schizofrenie
- F20.1 Hebefrenní schizofrenie
- F20.2 Katatonní schizofrenie
- F20.3 Nediferencovaná schizofrenie
- F20.4 Postschizofrenní deprese
- F20.5 Reziduální schizofrenie
- F20.6 Simplexní schizofrenie
- NS F21 Schizotypní porucha
- F22 Trvalá porucha s bludy
- F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy
- F25.1 Schizoafektivní porucha

## 5.1 Význam včasné diagnózy u schizofrenie

Včasná diagnóza schizofrenie a brzký začátek léčby jsou velmi důležité hned z několika důvodů. Důvody jsou následující[10]:

1. Každá psychóza, zejména v prodromálním stádiu (před prvním propuknutím schizofrenie), je toxická pro mozek. Nyní již máme důkazy, že propuknutí psychózy má škodlivý dopad na některé neurony. Včasným zásahem ochráníme část neuronů před zničením. [10]
2. Léky rychle snižují závažnost příznaků schizofrenie, zejména těch pozitivních, které zapříčiní její zhoršování. V raných stádiích onemocnění, v průběhu jednoho měsíce nebo jednoho měsíce a půl, závažnost příznaků poklesne na úroveň, která pacientovi umožní návrat ke každodenní činnosti. Z tohoto hlediska včasná léčba snižuje dobu hospitalizace. [10]

3. Včasné zahájení léčby snižuje riziko recidivy a umožňuje pacientům žít normální život. Čím později se začne s léčbou schizofrenie, tím vyšší je pravděpodobnost jejího návratu. To platí převážně v případě první epizody schizofrenie. Čím více času uplyne od prvních projevů, byť neadresných příznaků schizofrenie, tím horší jsou vyhlídky na uzdravení. [10]
4. Správná diagnóza spojená s těmi správnými léky zajistí, aby pacient neužíval nevhodné léky. Taková medikamentózní léčba by nepřinesla zlepšení (například léky ze skupiny benzodiazepinů) a mohla by podpořit následující rozvoj schizofrenie. [10]
5. Je velmi důležité rozpoznat závislost, která je u některých pacientů doprovodným jevem schizofrenie, konkrétně závislost na drogách nebo na alkoholu. Přibližně jedna třetina pacientů trpících schizofrenií (v některých zemích až polovina pacientů) má problémy s užíváním alkoholu a omamných látek. Včasná diagnóza závislosti, která je doprovodným symptomem schizofrenie, umožní zahájení brzké doplňující léčby. Souběh závislostí může být, a téměř vždy je, okolností přispívající k recidivě schizofrenie. [10]
6. Včasná a následná pravidelná léčba minimalizuje u pacienta riziko sebevraždy. Při vymezení symptomů v průběhu léčby schizofrenie se sníží riziko sebevraždy, které hrozí až u jednoho z deseti pacientů. Riziko je nejvyšší v období exacerbace a během první nebo jedné z prvních epizod schizofrenie. [10]

## 6 Výskyt

Výskyt schizofrenie je po celém světě rozvrstven rovnoměrně. Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje přibližně kolem 1 %. [11] Incidence je u obou pohlaví stejná, tj. 2-4 případy na 10 000 ročně. [1, str.11] Postihuje často osoby v mladém a středním věku, vyřazuje je z aktivního života a brání jim vykonávat povolání (75 - 80 % postižených zažívá první epizodu onemocnění před dosažením 45 let). [12] U žen je pozorován benignější průběh onemocnění, onemocnění začíná později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem), ženy jsou méně často hospitalizovány a dokážou lépe sociálně fungovat. Za to zřejmě vděčí hormonálnímu vlivu estrogenů na dopaminergní systém. [1, str.11-12] Onemocnění je v jistém smyslu dědičné, ale pouze „v jistém smyslu“. Pokud v rodině nikdy nikdo netrpěl schizofrenií, je pravděpodobnost, že jí člověk onemocní, 1:100. Pokud symptomy schizofrenie trpí sourozenec nebo jeden z rodičů, riziko onemocnění sice roste, ale ani tak není nijak významné - pravděpodobnost propuknutí nemoci je totiž jen 1:10. Pokud člověk trpí sám nemocí, nikdo by ho neměl pokoušet přesvědčovat, že nesmí mít děti, protože

riziko, že dítě onemocní schizofrenií je 1:10. Je důležité podotknout, že genetické faktory se netýkají jen jednoho genu nebo několika genů. [13] Lze s jistotou konstatovat, že schizofrenii nevyvolává nesprávná výchova v rodině, ani zranění/trauma (ani duševní, ani fyzické), ani „slabý charakter“. Schizofrenie rozhodně není trestem za poklesky nebo hříchy, naše vlastní nebo naší rodiny. [13]

## 7 Průběh

Vývoj onemocnění je individuální a u jednotlivých pacientů se liší. Záleží na několika faktorech. Nejčastěji nemocný prochází těmito stádii: [14]

1. Premorbidní dispozice: Období přibližně do patnácti let života dítěte (u někoho i déle) nemusí být ničím zvláštní. Jestliže jsou nějaké příznaky přítomny, bývá to jen málo nápadné samotářství či poruchy pozornosti. [14]
2. Prodromy: Příznaky jsou již nápadnější, bývá to nemluvnost, samotářství, trochu smutné ladění nebo sklon ke vztahovačnosti. Přesto nejsou většinou příznaky tak závažné, abychom mohli s jistotou říci, že se u tohoto člověka objeví projevy schizofrenie. Lidé v tomto období procházejí krizí, tzv. pubertou. Odchylka v chování nemusí automaticky znamenat postižení psychiky. Před první epizodou dochází zpravidla ke zhoršení emotivity a výkonnosti. Tento pokles je velice pozvolný. [14]
3. První epizoda: V první epizodě dochází k náhlé změně v chování nemocného. Objevují se halucinace a bludy, emoce nepřiměřené situaci, rozbíhavé až úplné nesouvislé myšlení apod. Okolí bývá zděšeno a ve většině případů přiveze pacienta k hospitalizaci. Po první atace je prognóza dobrá: tři čtvrtiny pacientů se po několika týdnech opět vracejí domů v pořádku. [14]
4. Relapsy: U větší části pacientů se po čase onemocnění opět vrátí - mluvíme o relapsu. Toto období trvá až desítky let. Množství a délka relapsů závisí na mnoha faktorech. Období relapsů se u podstatné části osob střídají s obdobími bez příznaků nebo jen s následky onemocnění - takzvaným reziduem. [14]
5. Reziduum: Reziduální schizofrenie je stav po odeznění akutních symptomů ataky. Příznaky již nejsou tak výrazné. Zůstává jakési podivínství, zanedbávání sebe a vztahů s okolím, menší ochota k aktivitě a menší intenzita prožívání. Slovní projev je chudý množstvím i obsahem, člověk se při řeči dívá málo druhému do očí. [14]

Podle nejnovějších údajů prodělá jednu epizodu bez následného postižení 22 % nemocných, několik epizod bez postižení nebo s minimálním postižením 35 %, postižení

po první epizodě s následnými exacerbacemi a bez návratu k normě 8 %, několik epizod se zvyšujícím se postižením bez návratu k normě 35 % nemocných. [1, str.22]

## 8 Prognóza

Prognózu nutno zvažovat minimálně ve dvou dimenzích - na úrovni sociálního fungování a přetrvávající symptomatologii. Ukazuje se, že jedinec může relativně dobře sociálně pracovat i při přetrvávajících symptomech. Zdánlivé rozpory v průběhu onemocnění a dlouhodobé prognóze vycházejí z nejednotné metodologie studií zabývajících se touto problematikou. S dobrou prognózou a nadějí na remisi jsou propojeny tyto faktory: [1, str.22]

- pohlaví ženské
- stabilní partnerský vztah nebo premorbidní manželský život
- náhlý začátek onemocnění
- vhodné premorbidní sociální fungování
- začátek nemoci v pozdějším věku než v dětství
- typ paranoidní schizofrenie [1, str.22]

Mezi nepříznivé prognostické faktory patří: [1, str.22]

- pohlaví mužské
- začátek onemocnění v mladším věku
- začátek nenápadný, nepřítomnost spouštěcích faktorů
- špatné sociální fungování, premorbidní život bez partnera
- převaha příznaků negativních
- užívání drog [1, str.22-23]

### 8.1 Pracovní způsobilost

Schizofrenie postihuje řadu psychických funkcí, okrádá postiženého jedince o mnoho základních věcí, které jsou důležité v každodenním životě. Je spojena s vysokým rizikem sebevražd, hlavně v počátku, a významně narušuje fungování jedince (méně než 10 % nemocných pracuje na celý úvazek a žije samostatně). [1, str.23] Pacienti se schizofrenií se ocitají v nelehké situaci, protože jejich uplatnění na trhu práce



komplikuje kromě symptomů nemoci i řada bariér v důsledku stigmatizace, předpojatosti a diskriminace. Pro pacienty představuje zaměstnání nejen zdroj příjmu, ale zajišťuje jim také smysluplný uspořádaný režim, sociální kontakt a umožňuje osobní společenskou angažovanost. Zaměstnání umožňuje převzít kontrolu nad vlastním životem do svých rukou, tedy nadějí a krok vpřed na cestě k uzdravení. Bohužel nabídka zaměstnání pro pacienty se schizofrenií je nízká. Vyšší nazaměstnaností trpěli pacienti s kognitivním postižením a více vyjádřenými negativními příznaky. Existují zaměstnání, při nichž může člověk, který onemocněl závažnou duševní poruchou, použít své osobní zkušenosti ku prospěchu druhých. Lidé se zkušeností se zapojují jako výzkumní pracovníci. V rámci koncipovaného výzkumu hledají odpovědi na otázky, které je bezprostředně zajímají, a jejichž zodpovězení přispěje k pochopení podstaty duševního onemocnění a ke zlepšení péče. Nejnovější pracovní příležitostí je pozice peera. V oblasti duševního zdraví se slovem peer označují lidé předávající zkušenost s duševním onemocněním. V moderní komplexní péči o nemocné jsou peer konzultanti plně zapojeni v terapeutických týmech. Na rozdíl od lékařů se nazaměřují na odstraňování symptomů nemoci, ale pomáhají nemocným odhalit, v čem jsou dobří, nadaní či zdatní, a podporovat je v tom, co je i při existenci nemoci baví, po čem touží, o co chtějí usilovat. Následující možností je studium jazyků a následné využití této nově nabyté dovednosti. Obecně platí, že lidé vládnoucí více jazyky mají větší sebevědomí, lepší self-image, více komunikačních dovedností, vyšší vzdělání a lepší uplatnění na trhu práce.[7, str.127-129]

## 9 Závislost na návykových látkách u pacientů se schizofrenií

Závislost nebo abúzus na návykových látkách je nejčastější komorbiditou schizofrenie. Převaha látek se uvádí od 15 do 65 % podle toho, o jakou návykovou látku se jedná. Je důležité odlišovat abúzus legálních látek, který je velmi častý, nebo abúzus, respektive závislost na nelegálních látkách. Jak v běžné populaci, tak v populaci pacientů se schizofrenií je nejčastější abúzus alkoholu a tabáku. Na třetí místo se dostává ilegální látka, kannabis. Této látce se v poslední době věnuje velká pozornost, jelikož se zdá, že její užití je rizikovým faktorem pro rozvoj schizofrenie. U pacientů s psychiatrickým onemocněním je totiž látková závislost rozšířenější než v běžné populaci. U nemocných se schizofrenií je nejčastější závislost zejména na alkoholu, nikotinu, amfetaminových psychostimulanciích, opiátech a rovněž na marihuaně. Podle evropské zprávy zkoumající prevalenci užívání drog vyzkoušel každý čtvrtý Evropan ilegální drogu, přičemž k nejčastějším patří stimulancia a kanabinoidy, méně pak opioidy, jejichž užívání je více rizikové, a to dokonce víc než bylo

v minulosti. Často se pojí s mortalitou. K současným trendům patří zvyšování čistoty drog, koncentrace a objevují se nové neznámé látky, které je obtížné stanovovat. Navyšuje se i problém se syntetickými drogami a častěji než v minulosti se užívají kombinace drog. Výroba drog se přibližuje ke spotřebiteli - cesta je jednodušší, kratší a stále častější je internetový obchod.[15]

## 9.1 Klinické souvislosti mezi drogami a schizofrenií

„Skutečnost, že drogy mohou vést k indukci psychotických symptomů i u psychicky zdravých osob nebo mohou nepříznivě ovlivnit manifestaci a průběh schizofrenického onemocnění, je všeobecně známa. Opakovaný výskyt toxických psychóz u pacienta často vede k poklesu diagnostické ostražitosti a manifestaci schizofrenických příznaků se nevěnuje dostatečná pozornost.“ [16]

K psychotickým symptomům užívání kanabinoidů patří:

- „pozitivní-like“ příznak: depersonalizace, derealizace, paranoidit, poruchy vnímání času, halucinace
- „negativní-like“ příznak: apatie, sociální a pracovní selhání, demotivace, sociální izolace, redukce zájmů
- kognitivní příznak: poruchy exekutivních funkcí, poruchy paměti a pozornosti

Tyto symptomy se přitom nevyskytují současně, ale objevují se v různých obdobích.

Pokud jde o amfetaminy a metamfetaminy, jedná se o látky příbuzné, kde je velmi těžké určit, kterou z nich člověk právě konzumuje, většinou jde o jejich směs v různém zastoupení těchto látek. Jejich mechanismem účinku je zvýšení koncentrace dopaminu či serotoninu, přičemž tyto látky mají neurotoxický efekt.[15]

## 9.2 Léčba abúzu návykových látek

Léčba abúzu má své specifika, z nichž nejmarkantnější je non-adherence, která je vyšší než u psychotiků bez závislosti. Abúzus je celkově považován za indikátor non-adherence - pacienti s duální diagnózou totiž vysazují podle některých studií medikace rychleji a mnohem častěji. U závislých nemocných schizofrenií se popisuje i vyšší výskyt nežádoucích motorických účinků léků. Duální diagnózy jsou specifické vysokou somatickou komorbiditou. U těch, kteří pijí často alkohol, dochází častěji k poškození kardiovaskulárního systému, gastrointestinálního traktu, centrálního a periferního nervstva. Chronické kouření marihuany může podle některých studií vést například k inzulinové rezistenci. Ohledně léčby, tam je podle řady autorů - i když se nejedná o randomizované studie - nejvíce důkazů u nemocných se schizofrenií a abúzem alkoholu či kannabisu pro účinnost klopazinu. [15]

### 9.3 Schizofrenie a nikotinismus

Mnohem častější než v běžné populaci je u pacientů trpících schizofrenií kouření. Výskyt kouření se v této subpopulaci odhaduje na 60 až 90 %, zatímco např. v celé české populaci starších 15 let je to okolo 30 %. Dlouhodobá studie u pacientů se schizofrenií, kteří kouří, ukázala, že fatální poruchy spojené s užíváním tabáku byly u pacientů se schizofrenií mnohem častější než v běžné populaci. Očekávaná doba dožití je o 20 % nižší než v běžné populaci, což představuje dobu okolo 15 let. Kouření proto bylo identifikováno jako jeden z nejrizikovějších faktorů. U pacientů se schizofrenií je dvakrát až třikrát častější abúzus tabáku než u běžné populace, ale i jedním z faktorů podílejících se na zvýšené mortalitě a morbiditě, konkrétně na kardiovaskulárních a respiračních onemocněních. Občas se udává pozitivní efekt kouření na kognitivní funkce, který je ale ve světle posledních studií přinejmenším sporný. Kouření má vliv na koncentraci antipsychotik v séru, takže nemocní se schizofrenií, kteří kouří, potřebují až dvojnásobné dávky léků. Před časem proběhla velká diskuze, zda kouření jako takové může mít svůj vliv na samotný vznik schizofrenie. Vycházelo se ze studie ukazující, že kouření je spjato s vyšším výskytem psychotické poruchy, studie ukazující asociaci nižšího věku začátku kouření s vyšším rizikem schizofrenie, přičemž toto riziko je závislé na dávce, tedy počtu vykouřených cigaret. Následující studie se zabývala kouřením a suicidalitou u pacientů s psychózou, a dokonce tvrdila, že redukce kouření vede u těchto pacientů ke snížení suicidality. Celkově výzkumy ukazují, že kouření u těchto pacientů představuje vedle rizika suicidiálního jednání i rizikový faktor pro samotný vznik schizofrenie. Léčbu závislosti na nikotinu lze rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou. Z farmakologických se u nás vedle nikotinové substituce nejčastěji používá vareniklin a bupropin. Z nefarmakologických metod lze užívat např. repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci, která se ukazuje jako účinná zejména v počtu snížení cigaret, navíc je účinná i u jiných závislostí. Její účinnost dokládá MUDr. Ustohal studií, do níž bylo vybráno 35 pacientů se schizofrenií na stabilní medikaci, z nichž 18 podstoupilo aktivní stimulaci a 17 „shamovou“ stimulaci. U první skupiny došlo ke snížení vykouřených cigaret o 13 %, kdežto u druhé k nárůstu o jedno procento. Rozdíl mezi aktivní a placebovou stimulací byl podle MUDr. Ustohala statisticky významný a přetrvával i po třech týdnech, kdy stimulace byla ukončena. [15]

## 10 Léčba schizofrenie

Léčba psychických poruch je často komplikovaná z toho důvodu, že nevíme, jakým způsobem tyto poruchy vznikají. Člověk s psychickou poruchou se odlišuje oproti člověku zdravému: [17, str.131]

- Anatomickými a neurofyziologickými změnami - například u člověka depresivního zjišťujeme oproti člověku zdravému rozdíl v počtu a citlivosti receptorů na buňkách a v množství neurotransmiterů. Dále můžeme například vidět atrofii kůry mozkové vyvolanou stresovým hormonem.
- Psychickými procesy - liší se obsahem myšlení, odlišnými emocemi, ze kterých potom vyplývá odlišné chování.
- Chováním - projevují se například depresivní nebo psychotické příznaky. [17, str.131]

Do tohoto systému samozřejmě zasahují další vlivy, jako například vrozená nebo zděděná zranitelnost a citlivost vůči škodlivým vlivům. Někdy je obtížné říci, zda porucha začala na psychické úrovni, tedy v reakci na některé životní události, a projevila se následně i na struktuře mozku, nebo jestli nejdříve začala změnou mozku a následně se projevila na psychické úrovni. Záleží rovněž na tom, jaká porucha je míněna. Například u úzkostí, depresí a neuróz se jedná nejčastěji o reakci na vnější události, zatímco u mentální retardace je to vrozená záležitost - třeba Downův syndrom je podmíněn jednoznačně geneticky. U dalších poruch, jako například u schizofrenie, je celá řada teorií vzniku. Má zde vliv dědičnost, pravděpodobně i vrozené dispozice. Na druhé straně bylo prokázáno, že schizofrenie může vzniknout u jedinců velmi raně traumatizovaných, někdy sexuálně zneužívaných. O možném vlivu vnějších událostí během prenatálního vývoje se toho příliš neví. Je tedy otázkou, do jaké míry se odráží například výrazný stres matky v průběhu těhotenství na vzniku deprese u jejího potomka v jeho dospělosti. Léčba psychických poruch se dá zredukovat na tři oblasti: farmakoterapii, psychoterapii a ostatní metody léčby. [17, str.131]

## 10.1 Farmakoterapie

Léčba pomocí léků se označuje jako farmakoterapie. Léky jsou látky ovlivňující psychické funkce prostřednictvím ovlivnění činnosti mozku. Psychofarmaka můžeme rozdělit podle účinku do následujících skupin: [17, str.131-132]

- Antidepresiva - zlepšují náladu a další příznaky depresivního syndromu, redukují stres a úzkosti.
- Antipsychotika - používají se k léčbě psychotických příznaků, např. u schizofrenie.
- Anxiolytika - působící proti úzkosti.
- Stabilizátory nálady - brání proti kolísání nálady.

- Hypnotika - zlepšují kvalitu spánku.
- Psychostimulancia - dodávají více energie, léčí poruchy pozornosti.
- Kognitiva a neuroprotektiva - zlepšují funkci mozku, což se projeví zlepšením paměti a myšlení.

### **Nežádoucí účinky psychofarmak**

Na příbalových letáčích léků je většinou uvedena dlouhá řada různých nežádoucích účinků, které na citlivého pacienta působí někdy až děsivě a po přečtení tohoto seznamu obvykle odmítá lék užívat. Určité se však objevit mohou, a to prakticky u všech léků s větší či menší pravděpodobností. Na ty je třeba pacienta upozornit a poučit ho, aby jejich případný výskyt lékaři nahlásil. Velká obezřetnost je namístě u všech pacientů s glaukomem. U většiny léků se může vyskytnout alergická reakce, což je záležitost individuální, a nelze ji předvídat. Lék je v tomto případě okamžitě nutno vysadit. U některých léků se může vyskytnout ospalost, která často rychle přejde, tělo si na lék zvykne. Některá antidepresiva, zejména ta starší, mohou způsobovat tachykardii, zvýšení krevního tlaku, poruchy jaterních funkcí, poruchy močení a zácpu. Určité léky, zejména ty budivé, mohou zvyšovat úzkost a způsobovat akatizii. U antipsychotik se při vyšších dávkách může vyskytnout extrapyramidový parkinsonský syndrom, jako je svalová rigidita, třes, zejména rukou, mastný obličej, slinění nebo záchvaty stáčení očních bulbů vzhůru - okulogyrní krize. Avšak dnešní léky opět tyto účinky minimalizují. Některá antipsychotika také mohou působit změny krevního obrazu, změny na EKG a zvýšení transamináz. Všechna psychofarmaka, některá více, jiná méně, mohou způsobovat zvýšení tělesné hmotnosti. Opatrní v tomto směru musíme být u pacienta s diabetem. Jinak však také záleží na sestavení jídelníčku u pacienta. U žen někdy antipsychotika mohou způsobovat poruchy menstruačního cyklu a galaktoreu. Poruchy menstruačního cyklu však může způsobovat také sama schizofrenie, na kterou pacientka léky dostává, takže někdy lze jen těžko rozlišit, co je z čeho. Ve výjimečných případech se po psychofarmakách mohou vyskytnout tři závažné nežádoucí účinky, a to je neuroleptický maligní syndrom, serotoninový syndrom a tardivní dyskineza. [18, str.74-75]

## **10.2 Elektrokonvulzivní terapie**

Laicky označována jako „elektrošoky“ má své nenahraditelné místo v dnešní psychiatrii. I přes řadu pověr, které se k této metodě vážou, je často jediným způsobem, jak zachránit život dotyčného. Elektrokonvulzivní terapie se nabízí pacientům po vyčerpání všech jiných možností léčby. Typická situace nastává, když se zkouší již několikrát kombinace antidepresiv a jiných léků a u pacienta i přes tří- až čtyřměsíční

léčbu stále trvají depresivní příznaky včetně reálných myšlenek na sebevraždu. Poté se nabízí EKT jako jedna z možností, a to dobrovolně. Samotnému zákroku předchází důkladné tělesné vyšetření a důkladné informování pacienta. Dotyčný před zahájením léčby podepisuje souhlasy, které může kdykoliv odvolat. EKT tedy není terapií, která by se prováděla nedobrovolně na protestujících pacientech - i když filmová realita takový obraz ráda vykresluje. Naopak se stává, že nemocný sám o provedení léčby žádá, neboť ví, že mu pomohla již v minulosti a že se díky této metodě délka hospitalizace zkrátí ze tří měsíců třeba jen na polovinu. Další možností je udržovací léčba, kdy se elektrokonvulze aplikuje například v měsíčních intervalech ve formě jednodenní hospitalizace a pomáhá tak udržovat dobrou náladu u pacienta. Elektrokonvulzivní terapii používáme, pokud jsme vyčerpali všechny jiné možnosti léčby a stav pacienta se stále nelepší. Typickými diagnózami jsou těžké farmakorezistentní deprese, schizofrenie nebo mánie. [19]

### 10.3 Psychoterapie

Psychoterapii můžeme definovat jako léčbu, ale i rehabilitaci a profylaxi poruch zdraví, uskutečňovanou výhradně psychologickými prostředky. V péči o osoby s psychiatrickým onemocněním má významné postavení jako terapeutická metoda první volby, i jako metoda podpůrná. Psychoterapie je specifickým druhem intervence v psychologii. Lze ji účinně využít všude tam, kde se na poruše zdraví podílejí psychosociální faktory, jako jsou osobnostní charakteristiky pacienta, jeho způsob prožívání a vnímání, jeho vztahy k druhým lidem. Tyto faktory mohou být vlastní příčinou poruchy zdraví, mohou spoluvytvářet klinický obraz, mohou přispívat k udržování nebo k prohlubování poruchy zdraví. Při uplatnění celostního pohledu na pacienty a nemoc nacházíme důležité psychosociální faktory téměř vždy, a náš přístup k pacientům by tedy měl vždy prvky psychoterapie obsahovat. [20, str.116]

#### Uplatnění psychoterapie

Pro zařazení pacienta do psychoterapie je rozhodující, do jaké míry a zda vůbec jsou jeho problémy ovlivnitelné psychologickými prostředky. V této souvislosti je také podmínkou, aby pacient chápal a akceptoval psychosociální podmíněnost svých obtíží a byl ochoten s námi spolupracovat. Dalším důležitým kritériem je rovněž schopnost kvalitní komunikace. Toto hledisko se týká především dětí a pacientů s poruchou kognitivních funkcí. Psychoterapie jako metoda první volby se uplatní zejména u neurotických a somatoformních poruch, závislostí, u některých typů poruch osobnosti a poruch chování zvláště u dětí. [20, str.117]

## Prostředky psychoterapie

Základními prostředky psychoterapie jsou vztah a komunikace. Psychoterapie se děje vždy v rámci vztahu a také prostřednictvím tohoto vztahu. Vytvoření vhodného vztahu mezi pacientem a terapeutem je podmínkou pro to, aby terapie mohla probíhat. Terapeutický vztah je charakterizován především důvěrou, blízkostí a pocitem bezpečí. S důvěrou také souvisí naděje na změnu k lepšímu, která je nezbytná pro pokračování v terapeutické práci. Předpokladem dobrého terapeutického vztahu na straně terapeuta je akceptace pacienta, tedy jeho přijetí „se vším všudy“, vysoká míra empatie a autenticita, tedy schopnost terapeuta „být sám sebou“, sdělovat jen to, co opravdu prožívá a co si myslí. Vztah se vyvíjí a proměňuje v závislosti na fázi terapie, na tom, jak se v terapii mění pacient a jeho potřeby. Komunikace v psychoterapii probíhá nejčastěji formou rozhovoru, tedy jako verbální komunikace. Stejně důležitou roli však má i neverbální komunikace, ať už v podobě neverbálního doprovodu slovní komunikace nebo v podobě cíleně zvolené neverbální terapeutické techniky. [20, str.117]

- **Rozhovor:** Je obecně základním prostředkem mezilidské komunikace a v psychoterapii zaujímá první místo základní metody. Cílem psychoterapeutického rozhovoru je navození změny u pacientů a vytváření, resp. rozvíjení vztahu důvěry. Pro rozhovor je zapotřebí zvolit vhodný čas i místo, zajistit, aby rozhovor nebyl přerušován zvoněním telefonu nebo vstupováním jiných osob, rovněž je zapotřebí vyhradit na rozhovor dostatek času. Pacientovi je třeba dát dostatečný prostor pro volné vyjádření, zpravidla na začátku části rozhovoru. Přemíra otázek může pacienta odradit, zahltit, ale především může způsobit, že se rozhovor ubírá směrem, který je důležitý spíše pro terapeuta než pro pacienta. Tak může dojít k přehlédnutí nebo ztrátě cenných informací, unáhleným a nesprávným závěrům a zkrácení problému. [20, str.117-118]

V psychoterapii mohou být používány neverbální techniky jako doplněk verbální terapie nebo jako hlavní technika. Jsou vhodné zejména tam, kde chceme podpořit vyjádření emocí, spontánnost, uvolnění napětí a kreativitu. V následujícím výčtu jsou uvedeny techniky nejčastěji užívané: [20, str.118-119]

- **Arteterapie:** využívá výtvarný projev jako prostředek ovlivnění i poznání psychiky pacienta
- **Muzikoterapie:** používá jako terapeutický prostředek hudbu
- **Psychogymnastika:** metoda založena na pantomimě
- **Techniky práce s tělem:** využívají propojení fyzických a psychických dějů v těle [20, str.119]

## Formy psychoterapie

- Psychoterapie individuální - je zaměřena na obtíže jedince. Terapeutického sezení se účastní terapeut a pacient, trvá zpravidla 50 minut.
- Psychoterapie skupinová - umožňuje kromě léčby individuálních potíží také nové, pozitivnější a bohatší zkušenosti v interpersonálních vztazích. Psychotherapeutickou skupinu tvoří 8 - 12 pacientů a jeden nebo dva terapeuti, sezení trvá 90 minut. [20, str.119]

## 10.4 Komunitní péče

Komunitní péče je široký soubor služeb, zařízení a služeb, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, sociálních kontaktů a bydlení, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby mohli poskytnout pomoc. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně péče lůžkové.

Komunitní péče je od poloviny 20. století dominantním trendem v řadě vyspělých zemí a je spojena s tzv. deinstitucionalizací, zkoumající redukcí velkých psychiatrických léčeben a jejich alespoň částečnou přeměnu ve služby komunitní. Prostředkem těchto změn je vytváření komunitních týmů duševního zdraví s určenou geografickou oblastí, ve které se vyskytuje. V novějším konceptu tzv. vyvážené péče jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni: [21]

- praktičtí lékaři
- psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic
- specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy
- krizové služby a denní stacionáře
- služby psychiatrické rehabilitace [21]

Intramediální služby pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí (denní stacionáře, krizové mobilní týmy, krizová centra, komunitní psychiatrické sestry) a spadají do resortu zdravotnictví. Služby meziresortní jsou častěji poskytovány nestátními neziskovými organizacemi a formálně spadají do sociálních služeb. Charakter jejich činností je však zdravotně sociální, poskytují převážně psychiatrickou



rehabilitaci. Služby se i kombinují do funkčních koordinovaných celků s úzkou vzájemnou spoluprací nebo vytvářením společných týmů, jde o kombinace lůžkových, intermediárních, ambulantních a meziresortních zařízení. Mezi intramedirní péči se zahrnují: [21]

- Krizová psychiatrická centra - neodkladná psychiatrická péče formou krizové intervence, emergentní psychoterapie, neodkladné psychiatrické vyšetření, krátkodobé systematické individuální, rodinné a skupinové psychoterapie, farmakoterapie, a také krátkodobé pobyty na lůžku - centra pracují nepřetržitě 24 hodin denně 7 dní v týdnu; na území ČR se nachází 3 krizová psychiatrická centra: RIAPS Praha, Centrum krizové intervence Psychiatrické léčebny v Bohnicích a krizové centrum Psychiatrické kliniky při fakultní nemocnici Brno Bohunice. [21]
- Mobilní krizové týmy - odborný tým (psychiatr, psychiatrická sestra, klinický psycholog) poskytuje krizovou intervenci, neodkladné psychiatrické a psychologické vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě rozvoje krizové situace - v současné době pracují pouze dva mobilní krizové týmy (Denní sanatorium Nad Ondřejovem, Fokus Praha), avšak po omezenou dobu během týdne.[21]
- Denní stacionáře - slouží pro denní léčbu psychiatrickým pacientům, jejich základním prvkem péče je psychotherapeutický program, který je obvykle kombinován s dalšími odbornými vyšetřeními, léčbou a rehabilitací dle povahy duševní poruchy - v ČR v současnosti existuje 22 denních stacionářů, zhruba polovina z nich je kombinovaná s lůžkovými zařízeními a polovina kombinovaná s ambulantními a meziresortními službami.[21]
- Komunitní psychiatrické sestry - působí v přirozeném prostředí pacientů, mezi jejich činnosti patří: případové vedení, krizová intervence, individuální rehabilitace, posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracování rehabilitačního a krizového plánu, týmové konzultace případu, postupy na zvládnání stresu nebo krize a indikace péče psychiatrem a úzká spolupráce s ním - v ČR existují 3 pracoviště komunitních psychiatrických sester: Dům duševního zdraví Ostrava, Klinika ESET Praha, Denní sanatorium Nad Ondřejovem. [21]

## 11 Prevence schizofrenie

Vzniku schizofrenie můžeme zamezit zdravým životním stylem, fyzickými aktivitami, psychickou podporou, pestrou stravou, absencí užívání tabákových výrobků a konzumace alkoholu.[22] V rámci prevence opětovného propuknutí příznaků schizofrenie

je zásadní, aby byl mezi pacientem se schizofrenií a lékařem navázán spolupracující a důvěrný vztah. Velmi důležité je po dobu, kdy se symptomy již neprojevují, užívat nadále léky předepsané lékařem. Doba užívání léčiv je u každého člověka jiná. Mnohdy je nutné užívat léky po celý život, nebo v lepším případě 1 - 2 roky. Během období bez příznaků se musí kontrolovat, zda se nevyskytují problémy, které mohou předcházet nástupu příznaků schizofrenie (podrážděné chování, úzkostné stavy, neklidný spánek). Tyto problémy se mohou vyskytovat i u zdravého člověka a nemusí znamenat závažný stav. Jakmile člověk se schizofrenií žije mimo psychiatrickou léčebnu a pohybuje se ve společnosti, existuje nebezpečí vnějších negativních vlivů. Člověk se dostává do situací (závažné rozhodnutí, změna místa bydliště, úmrtí v rodině), při kterých se dostává do stresu. Je důležité naučit se tyto situace zvládat a stres snížit na nejnižší možnou úroveň za pomoci rodiny a lékaře. Hlavní roli v procesu začleňování do běžného života hraje rodina. Je důležité, aby se rodinní příslušníci podíleli na léčebném procesu a společně se svým blízkým docházeli na pravidelné návštěvy psychiatra a byli pro něj oporou. Pro život člověka se schizofrenií a jeho rodinu je situace velmi obtížná. Člověk se musí vyrovnat se svým onemocněním a rodina s tím, že se jejich život úplně změní. [23]

## 11.1 Rybí tuk

Pozitivní působení omega-3 mastných kyselin na lidské zdraví je dnes již známé. Australští vědci se rozhodli otestovat, zda pravidelná konzumace tobolek s vysokým obsahem těchto látek může pomáhat také v prevenci rozvoje schizofrenie a jiných duševních poruch. Do výzkumu vybrali jedince s vysokým rizikem propuknutí psychózy v následujícím roce. Účastníci měli buď významnou rodinnou zátěž (schizofrenie se vyskytla mezi jejich příbuznými), již přítomné počínající psychotické příznaky, nebo si už prošli přechodnou psychotickou poruchou. Polovině dobrovolníků byly dlouhodobě podávány omega-3 mastné kyseliny, zatímco druhé polovině vzhledově stejné kapsle, avšak bez účinné látky - tzv. placebo. Zjistilo se, že v době pozorování propuklo ve skupině s omega-3 mastnými kyselinami psychotické onemocnění u menšího počtu osob. Jestliže nemocný užíval rybí tuk, došlo i ke zmírnění příznaků onemocnění a ke zlepšení celkového funkčního stavu. Dobrou zprávou bylo i poznání, že užívání omega-3 mastných kyselin nevykázala žádné závažné nežádoucí účinky. Konzumace kvalitního rybího tuku se tedy ukázala jako vhodná prevence proti rozvoji schizofrenie u vysoce rizikových osob. V žádném případě ale nemůže nahradit samotnou léčbu, pokud již byla lékařem doporučena. [24]

## 12 Mýty o schizofrenii

1. Všichni jedinci trpící schizofrenií mají stejné symptomy - Existují různé formy schizofrenie. Dokonce i jednotlivci se stejným typem schizofrenie často vypadají úplně jinak. Schizofrenie rovná se veliká varieta lidí a problémů. [25]
2. Lidé se schizofrenií jsou nebezpeční a agresivní - Pokud jsou lidé se schizofrenií nebezpeční, potom především sami sobě, pod působením psychotických prožitků si mohou ublížit. Agrese je chování, které má řadu příčin, v naprosté většině nemoc, tudíž ani schizofrenie na vině není. U onemocnění se ale může někdy objevit agitovanost, tedy vystupňovaný neklid, při němž nemocný prožívá obrovskou vnitřní tíseň a strach. Jedná se o velmi nápadné, pro okolí těžko pochopitelné chování, které může u lidí, jež jsou takovému projevu přítomni, vzbuzovat obavy. [26]
3. Genetika je příčinou schizofrenie - Jedna z teorií vzniku schizofrenie obviňovala rodiče v polovině dvacátého století, že schizofrenii svých potomků způsobili nevhodnou komunikací. S nástupem moderních neurověd s možnostmi diagnostickými, výzkumnými a terapeutickými byla komunikační teorie překonána a příčiny schizofrenie se nyní hledají na poli neurobiologie. Avšak komunikace s nemocným může významným způsobem zlepšit prognózu. [26]
4. Všichni pacienti se schizofrenií musí být hospitalizováni a nemohou žít mimo ústav - Naprostá většina lidí žije doma s rodinami a blízkými, stejně jako pacienti s vysokým krevním tlakem nebo cukrovkou, či jakoukoli jinou chronickou nemocí. Hospitalizace slouží hlavně k léčbě akutních stavů, tedy k léčbě v období, kdy dojde k přechodnému zhoršení nemoci, stejně jako se to může stát u hypertenzní krize a dekompenzace cukrovky. [26]
5. Lidé s onemocněním nemohou pracovat a studovat - Schizofrenie je závažné onemocnění, které může do značné míry ovlivnit pracovní plány a někteří pacienti musí ze svých očekávání slevit. To však neznamená, že nechtějí nebo nemohou studovat či pracovat, naopak většina hledá uplatnění, ale často bojují s překážkou, která je ve formě předsudků ze stran zaměstnavatelů. [26]
6. Schizofrenie se nedá vyléčit - Schizofrenie není vyléčitelná, ale je dobře léčitelná a zvládnutelné chronické onemocnění. Důležitým bodem je individuální přístup k léčbě a týmová spolupráce odborníků. [25]
7. Pacienti nemocní schizofrenií jsou mentálně retardováni - Mentální retardace je vrozené snížení intelektu, ale se schizofrenií nemá nic společného. Onemocnění však může především v obdobích akutních projevů snížit celkovou mentální výkonnost. [26]

8. Léky mění lidi na chodící zombie - Při vyslovení pojmu antipsychotické léky, se mnoha lidem vybaví přídavná jména jako apatický, netečný, prázdňý. Mnozí věří, že tyto příznaky způsobují léky. Nicméně nejčastěji jsou tyto symptomy způsobeny buď schizofrenií samnou nebo předávkováním léky. [25, str. 11]

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 13 Formulace problémů

Schizofrenie je velice závažné onemocnění, jehož přesné příčiny navzdory stále přibývajícím novým medicínským poznatkům nejsou zatím známy. Pokrok v medicíně však dnes výrazně zlepšil jeho prognózu, tedy výhled do budoucna. Toto onemocnění je opředeno mnoha obavami a mýty a laickou veřejností je jen obtížně přijímáno. Média věnují schizofrenii bohužel jen negativní pozornost. Setkáme se v nich spíše s některými tragickými událostmi a zhoršením problematiky než s šířením osvěty. Veřejnost se tak většinou dostává k zavádějícím a zkresleným informacím. [27, str. 7]

Výraz schizofrenie se dostává v dnešní době do popředí zájmu. Důvodem je časté setkávání s lidmi, kteří znají někoho s tímto onemocněním nebo jím sami trpí. Ale i přesto se setkáváme s případy, kdy dochází k rozvinutí této nemoci z důvodu pozdního zachycení příznaků nebo s neochotou příbuzných poslat člena rodiny k lékaři.

A tak se ptám, čím je tato neochota způsobena? Dokážou lidé správně popsat tuto nemoc? Změnilo by se něco, kdyby byla veřejnost více informována o této nemoci? Nastaly by nějaké změny u hospitalizovaných případů, kdyby veřejnost měla více informací? Dokážou se do budoucna lidé zbavit stigmatizace schizofrenií? Měla by veřejnost zájem dozvědět se více informací o této často stigmatizované nemoci a postupně stigma eliminovat?

## 14 Cíl výzkumu a výzkumné problémy

### Hlavní cíl výzkumu

Zjistit od široké veřejnosti, jaké informace má o schizofrenii.

### Dílčí cíle výzkumu

#### Cíl 1: Zjistit informovanost veřejnosti o schizofrenii

- Výzkumná otázka: Má veřejnost zájem o obor týkající se duševního zdraví?
- Otázka: 4
- Výzkumná otázka: Do jaké hloubky zasahují informace o schizofrenii a jak se veřejnost staví k pomoci potřebnému?
- Otázka: 5,6,7,9,15

## **Cíl 2: Zjistit, zda u veřejnosti převládá stereotyp stigmatu schizofrenie**

- Výzkumná otázka: Převládá stále v dnešní době automatické odsuzování pacientů s tímto duševním onemocněním?
- Otázka: 8,10,11

## **Cíl 3: Zjistit, jaké znalosti má veřejnost o léčbě schizofrenie**

- Výzkumná otázka: Jakou představu má veřejnost o léčbě duševních onemocnění v moderních psychiatrických nemocnicích?
- Otázka: 12,14
- Výzkumná otázka: Jaký mají lidé postoj k návratu člověka s onemocněním schizofrenie do běžného života?
- Otázka: 13

# **15 Charakteristika sledovaného souboru**

Respondenti byli osloveni náhodným výběrem. Zaměření se týká široké veřejnosti bez jakéhokoliv splnění kritéria. Tento výběr respondentů jsem si vybrala, protože je důležité, aby nejen zdravotníci, ale i veřejnost měla dostatek informací o schizofrenii. Nemoc bývá většinou spojována s negativními událostmi uváděnými v médiích. Proto veřejnost mívá o této nemoci špatné mínění. V některých případech může být dostatek informací hodně důležitý z pohledu včasného zachycení příznaků a doporučení návštěvy lékaře. Zajímá mě, zda veřejnost rozumí pojmu schizofrenie, jak vnímá takového pacienta a jak vidí dnešní léčbu v psychiatrii.

# **16 Metodika práce**

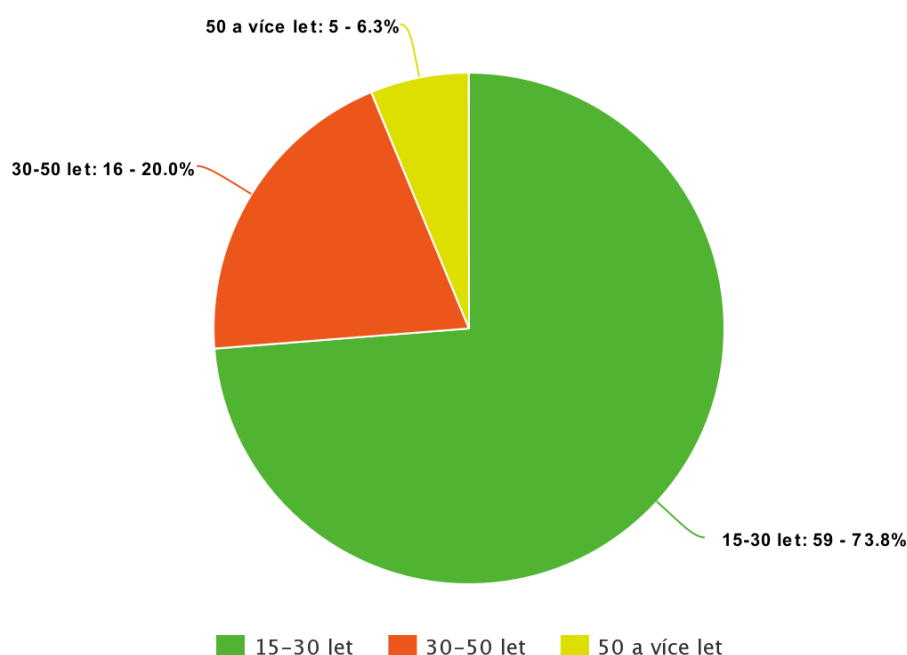
K výzkumu jsem si vybrala kvantitativní sběr dat. Informace jsem získávala pomocí polostrukturovaného dotazníku, který byl anonymní. Dotazník obsahoval 12 uzavřených otázek, u kterých byla pouze 1 správná odpověď, a ze 2 otázek otevřených, kde respondenti mohli odpovědět dle vlastního uvážení. 1 otázka byla napsána formou polouzavřené otázky, která tvoří kombinaci otevřené nebo uzavřené odpovědi. Začátek dotazníku tvoří otázky, které se zaměřují na věk respondenta, v jak velké obci žije, a zda-li pracuje ve zdravotnictví. Následující otázky jsou zaměřeny na charakteristiku onemocnění schizofrenie. Prostřednictvím těchto otázek bych chtěla zjistit, jaké informace má veřejnost o tomto onemocnění, jak by se chovali k takovému člověku a jak vnímají léčbu v psychiatrickém oboru. Na konci dotazníku zjišťuji, zda by měla veřejnost zájem o získání více informací k této nemoci.

## 17 Organizace výzkumu

Výzkum probíhal od října 2018 do ledna roku 2019. Tištěné dotazníky jsem rozdávala lidem ve svém okolí, v elektronické formě jsem dotazníky pomocí e-mailu, sdílela na sociální síti Facebook. K dotazníku byly přiloženy pokyny k vyplnění a poděkování za spolupráci. Veškeré údaje o respondentech budou využity pouze k účelům bakalářské práce a nebudou dále šířeny. Výzkum jsem prováděla v Plzeňském kraji. Určila jsem si, že minimální počet vyplněných dotazníků bude 80. Dotazník mi vyplnilo přesně 80 respondentů.

## 18 Analýza údajů

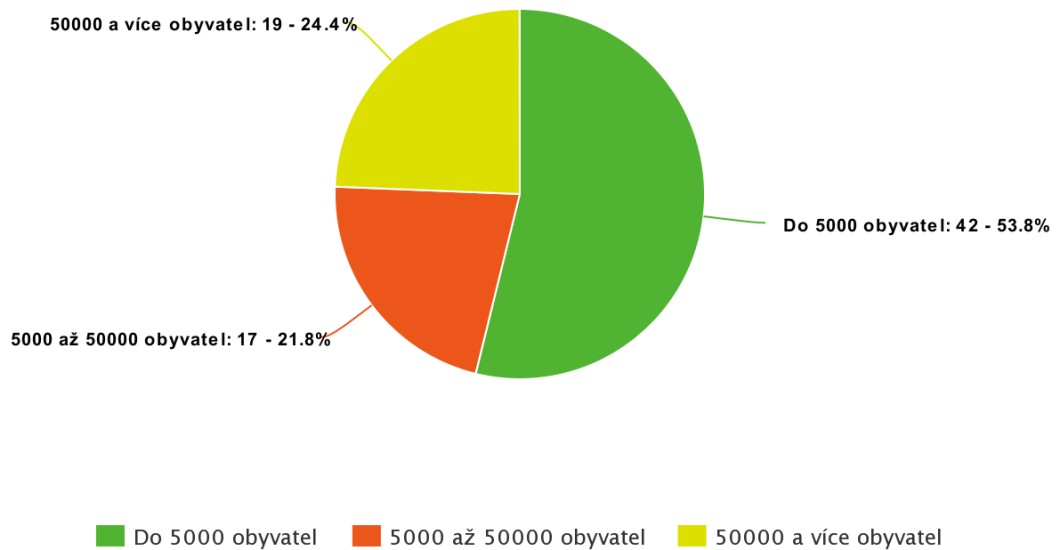
**Otázka č. 1: Kolik je Vám let?** V první otázce jsem zjišťovala věk mužů i žen, kteří mi dotazník vyplňovali. Respondenti měli na výběr ze 3 možností. V celkovém počtu 80 zodpovězených dotazníků nejvíce odpovídali muži i ženy ve věku 15-30 let, kterých bylo 59 (73,8 %). Ve věku 30-50 let odpovědělo 16 (20,0 %) respondentů. Nejméně zastoupenou skupinu tvořili respondenti ve věku 50 let a více s celkovým počtem 5 (6,3 %) odpovědí.



Graf 1: Věk respondentů- graf k otázce č.1

Zdroj: Vlastní

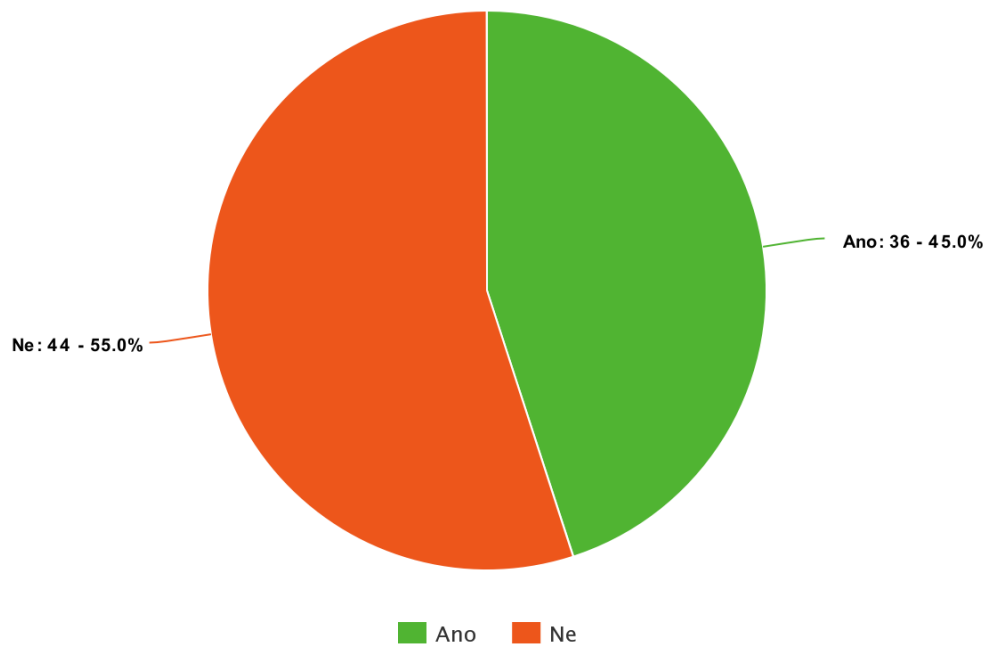
**Otázka č. 2: Žijete v obci** Ve druhé otázce jsem se tázala respondentů, v jak velké obci s ohledem na počet obyvatel bydlí. V kategorii do 5 000 obyvatel mi odpovědělo nejvíce dotazovaných v počtu 42 (53,8 %). V následujícím rozmezí od 5 000 do 50 000 obyvatel se zúčastnilo 17 (21,8 %). Ve velkých obcích od 50 000 a více vyplnilo 19 (24,4 %) mužů i žen.



Graf 2: Velikost obce na počet obyvatel- graf k otázce č.2  
Zdroj: Vlastní



**Otázka č. 3: Pracujete ve zdravotnictví?** V otázce č. 3 jsem se respondentů ptala, zda pracují ve zdravotnictví. Z grafu je zřejmé, že z 80 dotazovaných respondentů 44 (55,0 %) odpovědělo ne a zbylých 36 (45,0 %) odpovědělo ano.



Graf 3: Pracovní zaměření-graf k otázce č.3

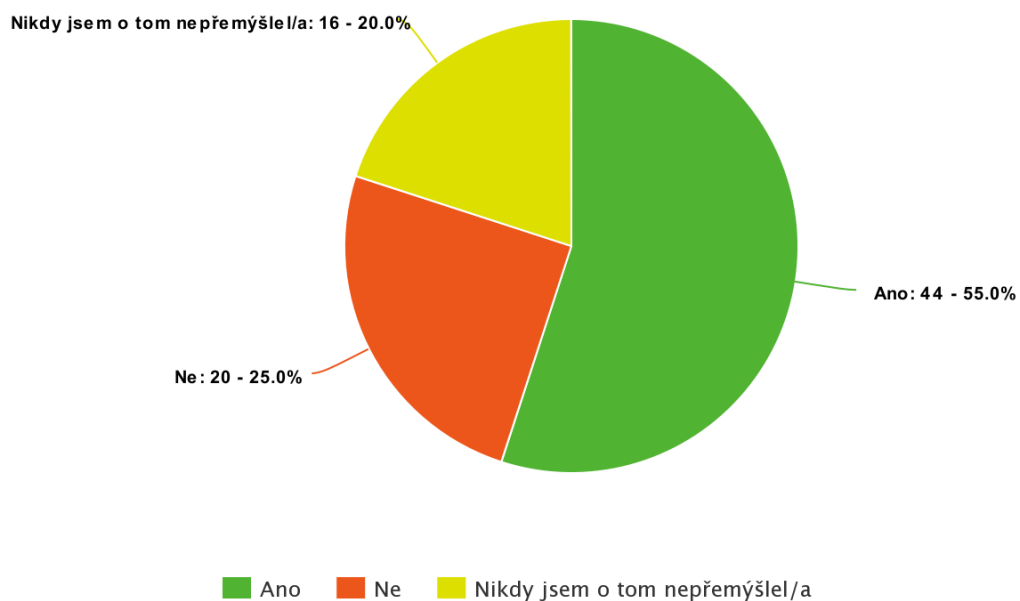
Zdroj: Vlastní

## Cíl 1: Zjistit informovanost veřejnosti o schizofrenii.

Výzkumná otázka: Má veřejnost zájem o obor týkající se duševního zdraví?

Otázka č.4

**Otázka č. 4: Zajímá Vás někdy obor psychologie nebo psychiatrie?** Ve 4.otázce jsem se zabývala tématem, zda veřejnost někdy zajímá obor psychologie nebo psychiatrie. Z grafu můžeme vyčíst, že 44 (55,0 %) respondentů se někdy zajímalo o tyto obory a 20 (25,0 %) odpovědělo, že ne. Minimální zastoupení měla odpověď, že nad tím nikdy nepřemýšleli 16 (20,0 %).



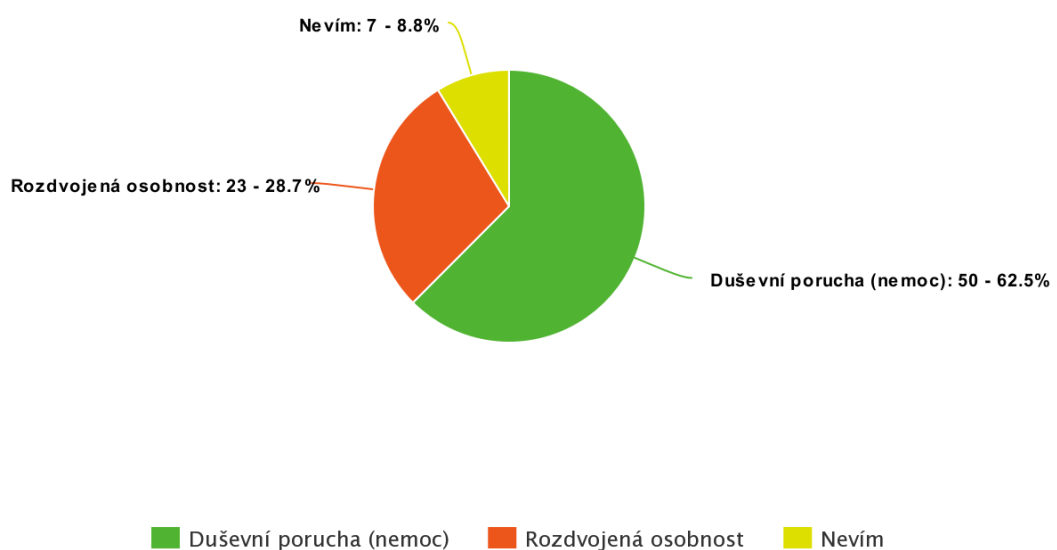
Graf 4: Zájem o obory-graf k otázce č.4

Zdroj: Vlastní

Výzkumná otázka: Jaké má veřejnost informace o schizofrenii?

Otázka č. 5,6,7,9,15

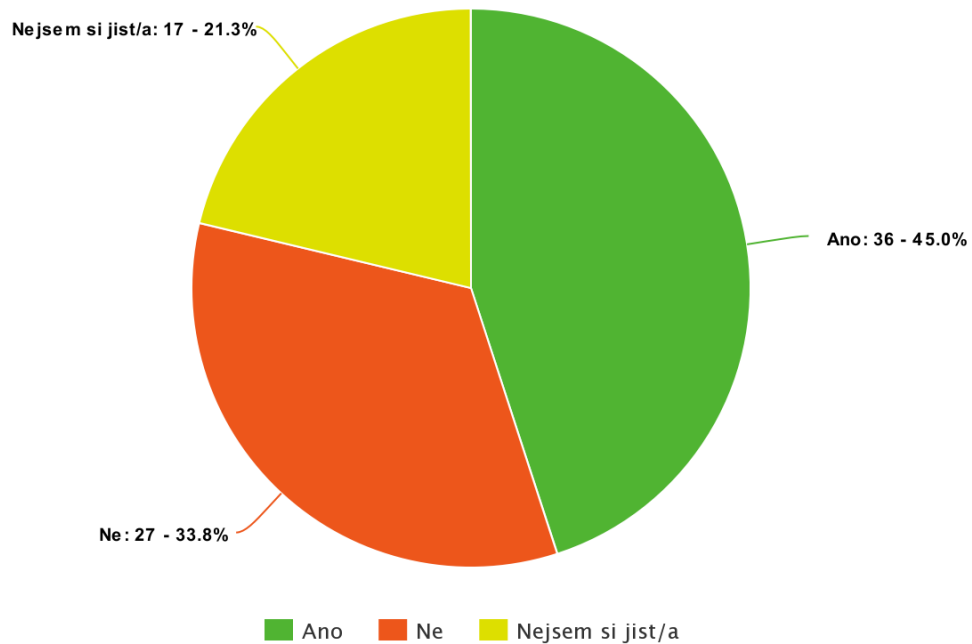
**Otázka č. 5: Co podle Vás znamená pojem schizofrenie?** Schizofrenie je definována jako lidské onemocnění neznámé etiologie projevující se poruchami vnímání, myšlení, jednání, emocí a vůle. Správnou odpověď zná 50 (62,5 %) lidí. Druhý nejvyšší počet měla možnost, že je jedná o rozdvojenou osobnost 23 (28,7 %) odpovědí. A jen 7 (8,8 %) lidí z dotazovaných neví, jak tento pojem charakterizovat.



Graf 5: Pojem schizofrenie-graf k otázce č.5

Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 6: Setkal/a jste se někdy s člověkem trpícím tímto onemocněním?** V otázce č. 6 jsem zjišťovala, zda se někdo z veřejnosti někdy setkal s člověkem, který měl diagnostikovanou schizofrenii. Nejvíce byla zastoupena odpověď, že ano 36 (45,0 %). 27 (33,8 %) respondentů napsalo, že se s onemocněním nikdy nesešlo a 17 (21,3 %) dotazovaných si není jisto.

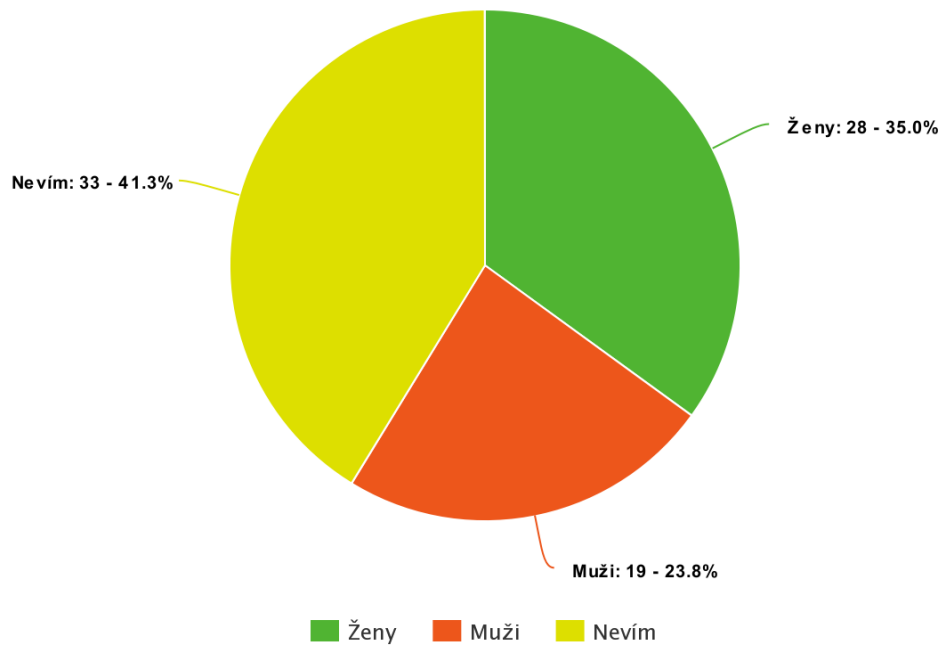


Graf 6: Setkání se schizofrenií-graf k otázce č.6

Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 7: Myslíte si, že tímto onemocněním trpí více muži než ženy?**

U otázky č.7 byla nejvíce zastoupena odpověď typu nevím, kdy takto odpovědělo 33 (41,3 %) respondentů. Následující nejčastější odpovědí bylo, že nemoc postihuje více ženy, takto odpovědělo 28 (35,0%) respondentů. Poslední skupina 19 (23,8 %) dotazovaných si myslí, že muži.

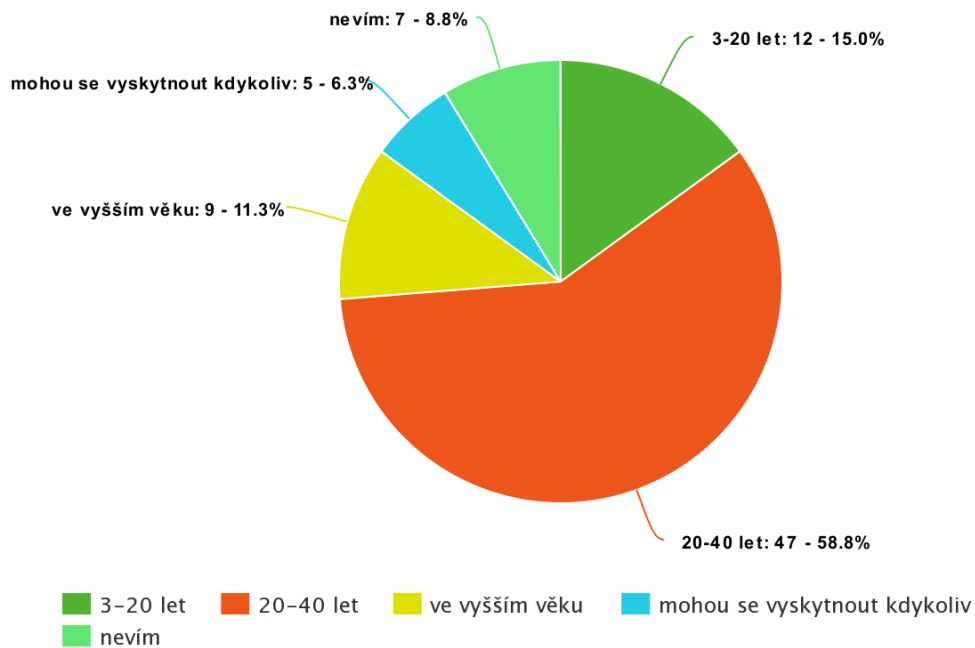


Graf 7: Výskyt nemoci-graf k otázce č.7

Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 9: V jakém věku se podle Vás onemocnění nejvíce vyskytuje?**

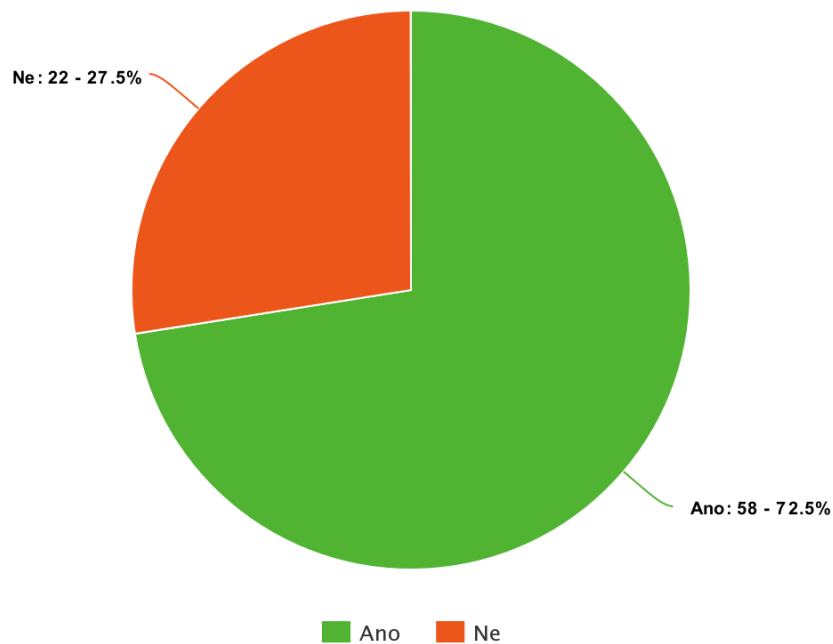
V otázce č.9 jsem zkoumala, v jakém věku se dle respondentů nejčastěji nemoc vyskytuje. 47 (58,8 %) respondentů zodpovědělo, že nemoc se vyskytuje mezi 20-40 rokem věku a 12 (15,0 %) odpovědělo, že v rozmezí 3 - 20 let. Následujících 9 (11,3 %) dotazovaných zvolilo odpověď, že se nemoc projevuje ve vyšším věku a 7 (8,8 %) vypsalo, že si nejsou jisti, v jakém věku se nemoc projevuje. Zbylých 5 (6,3 %) respondentů uvedlo, že nemoc nemá stanovený limit výskytu.



Graf 8: Věk pacientů s nemocí- graf k otázce č.9

Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 15: Kdyby se naskytl příležitost k získání více informací o této nemoci, využil/a byste ji?** V otázce č. 15 jsem se zajímala o to, zda by veřejnost využila příležitost dozvědět se více informací o této nemoci, pokud by se taková možnost vyskytla. 58 (72,5 %) respondentů by příležitost k získání informací využila a 22 (27,5 %) by ji nevyužila.



Graf 9: Získání informací-graf k otázce č.15

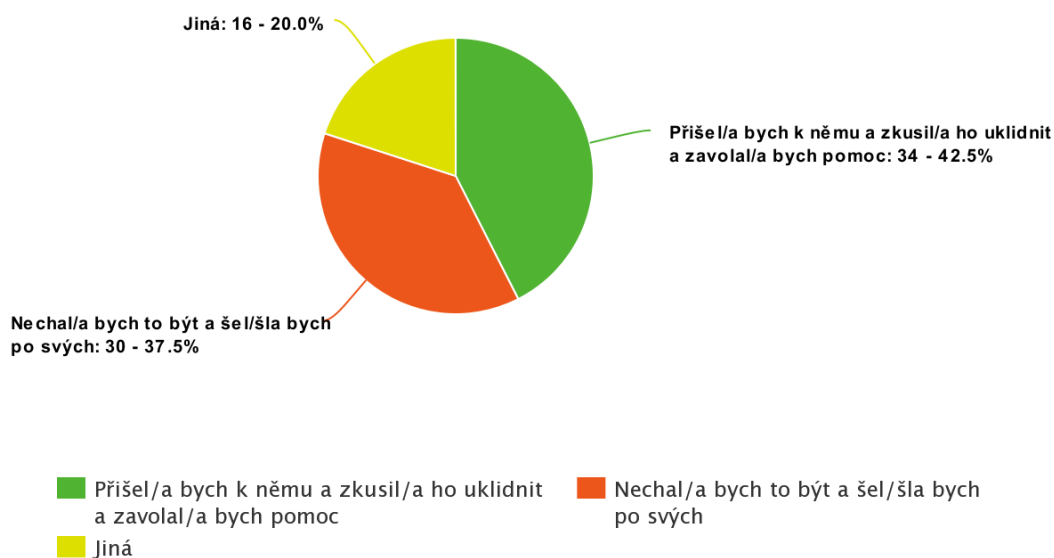
Zdroj: Vlastní

## Cíl 2: Zjistit, zda u veřejnosti převládá stereotyp stigmatu schizofrenie.

Výzkumná otázka: Převládá stále v dnešní době automatické odsuzování pacientů s tímto duševním onemocněním?

Otázka č. 8,10,11

**Otázka č. 8: Jak byste se zachoval/a, kdybyste na ulici potkal/a člověka zmateného a křičícího nesmyslná slova?** V otázce č. 8 jsem se zajímala, jak by veřejnost reagovala na zmateného člověka, který na ulici křičí nesmyslná slova. Pokud respondenti chtěli vypsát svojí vlastní odpověď, měli možnost zaškrtnout řádek jiná a vyplnit volnou kolonku. 34 (42,5 %) dotazovaných zaškrtnulo možnost, že by k němu přišli a zkusili ho uklidnit a následně by zavolali pomoc. Menší počet respondentů 30 (37,5 %) byl u výběru, že by dotyčného nechali být a šli by po svých. Nejméně zastoupených odpovědí 16 (20,0 %) bylo u třetí možnosti, kde mohli sdělit svůj konkrétní názor.



Graf 10: Způsob chování okolí-graf k otázce č. 8

Zdroj: Vlastní

Nejčastější odpověď	Zhodnocení situace, pozorování zdálky	Nevím
Počet odpovědí	13	3

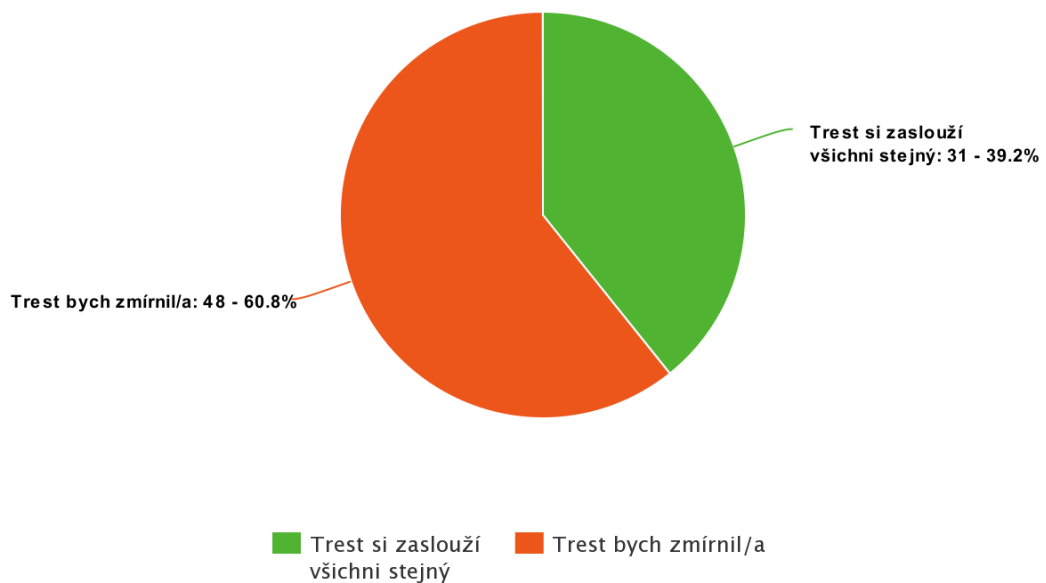
Tabulka 1: Způsob chování okolí

V tabulce 1 jsou uvedeny odpovědi, týkající se možnosti vlastního vyjádření respondentů na danou situaci. 13 dotazovaných by zhodnotilo celkovou situaci, po-



zorovali dotyčného z dálky a až následně by zavolali pomoc. Pouze 3 by nevěděli, jak reagovat.

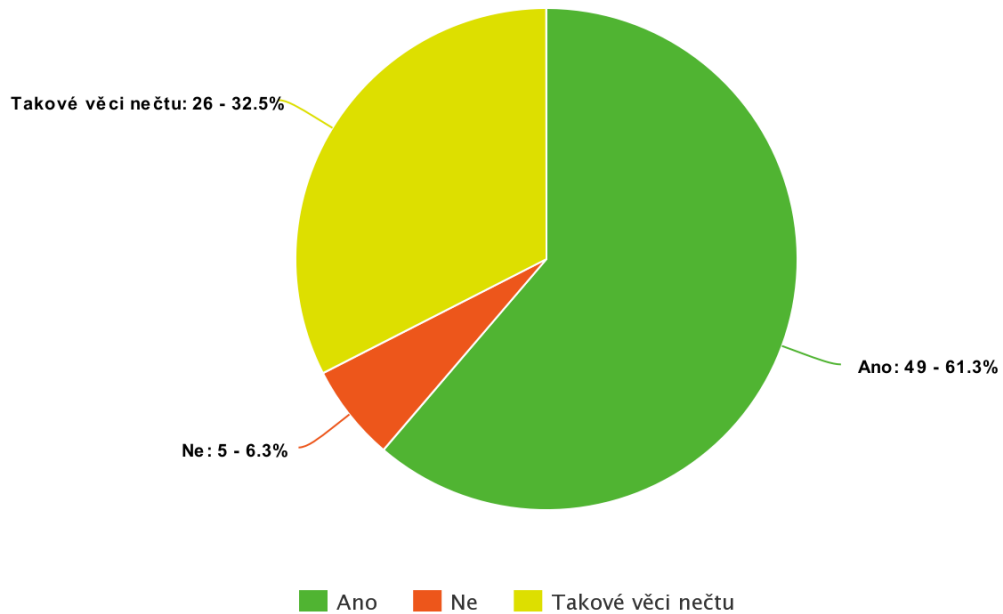
**Otázka č. 10: Trestal/a byste pacienta trpící schizofrenií stejně jako zdravého člověka za spáchání trestného činu?** V otázce č. 10 jsem zjišťovala, zda by veřejnost odsoudila člověka s diagnostikovanou schizofrenií stejně jako zdravého člověka za spáchání trestného činu například, vraždy, nebo by trest zmírnila. 48 (60,8 %) dotazovaných by trest zmírnilo a 31 (39,2 %) by trest nechalo stejný pro všechny. 1 respondent na tuto otázku neodpověděl.



Graf 11: Názor na tresty-graf k otázce č. 10

Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 11: Máte dojem, že bulvární tisk hodně ovlivňuje veřejné mínění o pacientech s duševním onemocněním?** V otázce č. 11 jsem se zajímala o to, zda bulvární tisk hodně ovlivňuje veřejné mínění o pacientech s duševním onemocněním. 49 (61,3 %) respondentů odpovědělo, že ano. Následující vyšší číslo 26 (32,5 %) odpovědí bylo u možnosti, že takové věci nečtu. Pouze 5 (6,3 %) dotazovaných odpovědělo, že bulvární tisk neovlivňuje mínění veřejnosti o pacientech s duševním onemocněním.



Graf 12: Ovlivnění názoru bulvárem-graf k otázce č.11

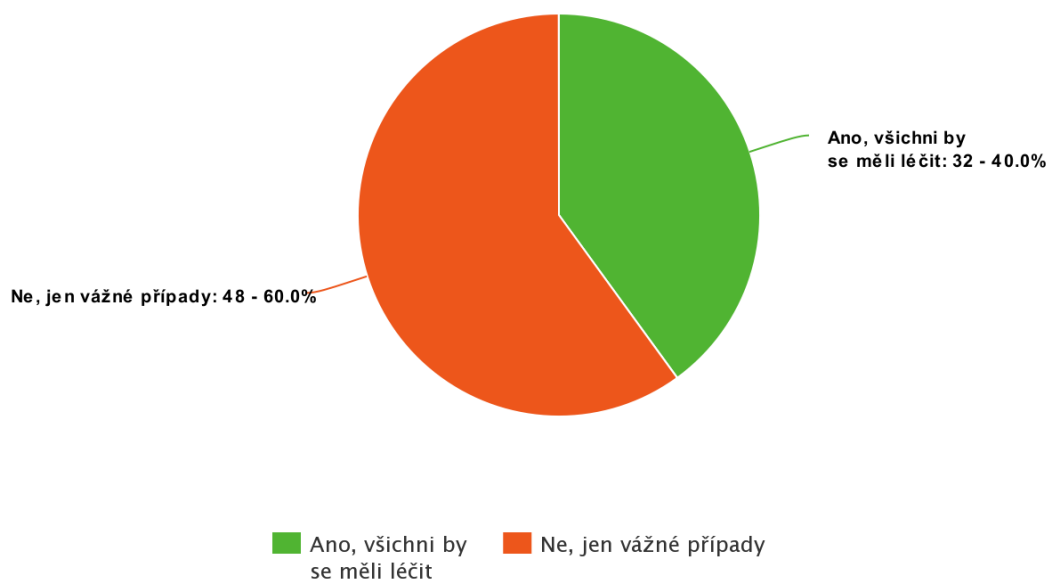
Zdroj: Vlastní

### Cíl 3: Zjistit, jaké znalosti má veřejnost o léčbě schizofrenie.

Výzkumná otázka: Jakou představu má veřejnost o léčbě duševních nemocí v moderních psychiatrických nemocnicích?

Otázka č. 12,14

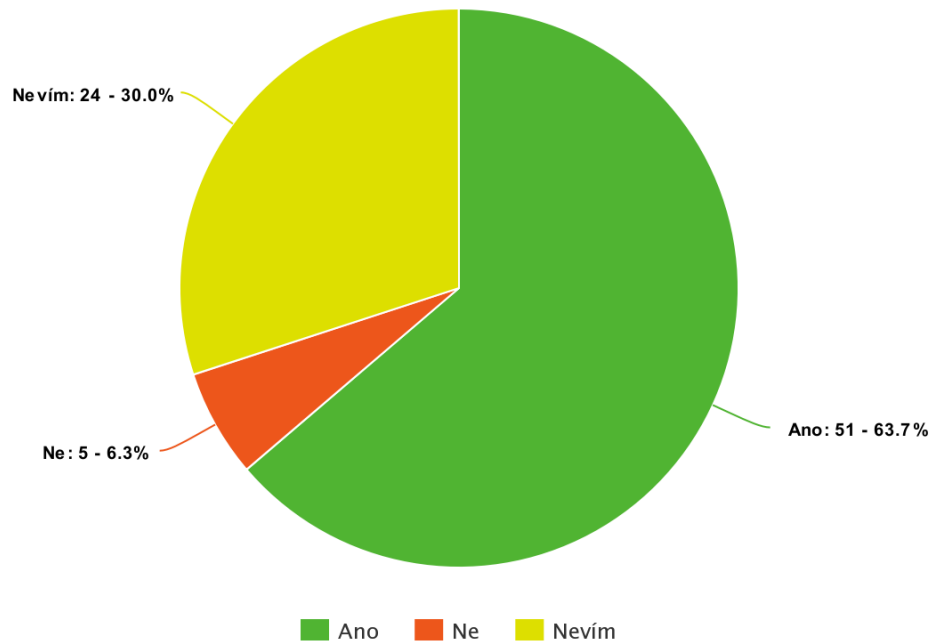
**Otázka č. 12: Mají se podle Vás léčit všichni pacienti s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách?** V této otázce jsem se ptala veřejnosti, zda si myslí, že by se měli léčit všichni pacienti s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách. Z celkových 80 vyplněných dotazníků je 32 (40,0 %) respondentů přesvědčeno, že by se měli léčit všichni pacienti s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách. Zbylých 48 (60,0 %) je toho názoru, že by se v těchto zařízeních měly léčit jen vážné případy.



Graf 13: Léčba pacientů-graf k otázce č.12

Zdroj: Vlastní

**Otázka č. 14: Vnímáte léčbu v dnešní době v psychiatrickém oboru jako účinnější než-li dříve?** V otázce č. 14 měli respondenti zaškrtnout, zda vnímají léčbu v dnešní době v psychiatrickém oboru účinnější než-li dříve. Celkem 51 (63,7 %) dotazovaných vnímá léčbu jako účinnější než dříve. 24 (30,0 %) neví odpověď na otázku a zbylých 5 (6,3 %) je názoru, že není o mnoho účinnější než dříve.



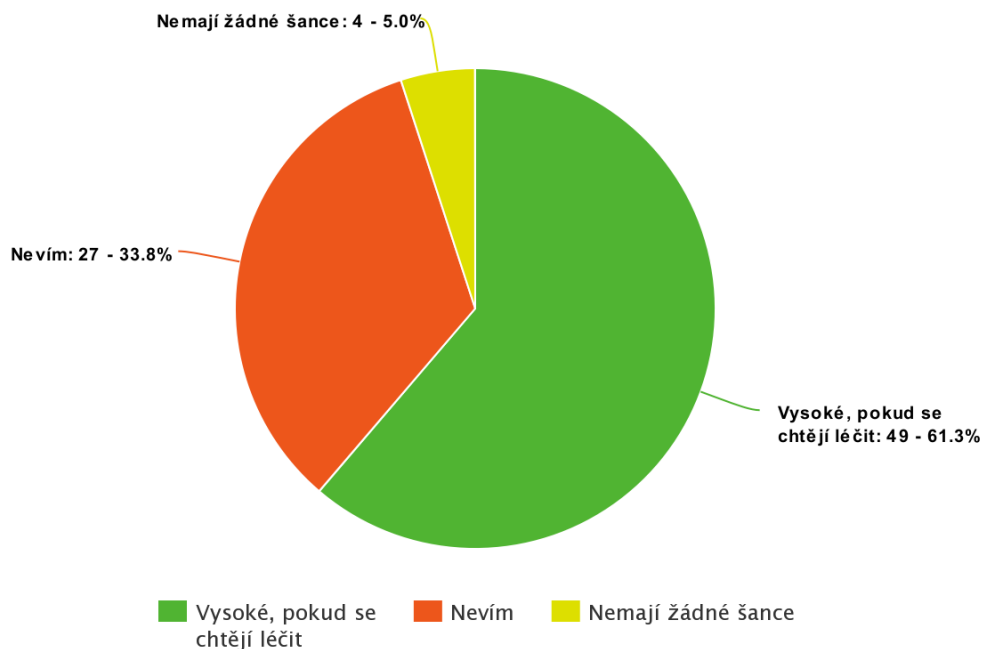
Graf 14: Názor na léčbu-graf k otázce č.14

Zdroj: Vlastní

Výzkumná otázka: Jaký mají lidé postoj k návratu do běžného života u člověka s onemocněním schizofrenie?

Otázka č. 13

**Otázka č. 13: Jaké mají podle Vás pacienti se schizofrenií šance vrátit se do normálního života?** V otázce č. 13 jsem zjišťovala, jaké šance dává veřejnost pacientům se schizofrenií na návrat do normálního života. Nejvíce odpovědí 49 (61,3 %) měla odpověď, že pacienti mají vysoké naděje, pokud se chtějí léčit. Druhý nejvyšší počet 27 (33,8 %) měl zastoupení u odpovědi, že respondenti neví. Pouze 4 (5,0 %) dotazovaných uvedlo, že nemají žádné šance na návrat do normálního života.



Graf 15: Návrat do běžného života- graf k otázce č.13

Zdroj: Vlastní

## 19 Interpretace získaných údajů

### Cíl 1: Zjistit hloubku informovanosti o schizofrenii napříč veřejností.

K tomuto cíli je přiřazena výzkumná otázka: Má veřejnost zájem o obor týkající se duševního zdraví? Tohoto cíle se týká otázka č. 4. Pomocí této otázky jsem zjišťovala, zda u veřejnosti je zájem o obory týkající se duševního zdraví.

V otázce číslo 4 jsem zkoumala, zda u širokové veřejnosti se někdy objevil zájem o obor psychologie nebo psychiatrie. Z celkového počtu 80 vyplněných dotazníků se u 44 (55,0 %) respondentů projevil zájem o tyto obory a 20 (25,0 %) zodpovědělo, že je nikdy tato oblast nezajímala. 16 (20,0 %) dotazovaných vybralo přímo odpověď, že na to nikdy ani nepomysleli.

Z výsledku výzkumu vyplývá, že převážná část dotazovaných má velký zájem o tyto obory duševního zdraví. Odpověď na otázku zní: „Ano, u veřejnosti je zájem o obor psychologie a psychiatrie.”

Výzkumná otázka: Do jaké hloubky zasahují informace o schizofrenii u veřejnosti? K této otázce se v dotazníku vztahují otázky číslo 5,6,7,9,15. Těmito otázkami prověřuji, zda veřejnost dokáže správně popsat charakteristiku onemocnění.

V otázce číslo 5 zjišťuji, co si veřejnost představuje pod pojmem schizofrenie. Tato otázka byla napsán formou otevřené otázky, kdy respondent odpověděl dle vlastního názoru. 50 (62,5 %) respondentů uvedlo, že se jedná o duševní nemoc nebo poruchu. Následujících 23 (28,7 %) odpovědělo, že je to rozdvojená osobnost a 7 (8,8 %) dotazovaných napsalo, že neví, co tento pojem znamená.

V 6. otázce jsem se zaměřila na to, zda se najde někdo z dotazovaných, kdo se již setkal s člověkem se schizofrenií. 36 (45 %) respondentů uvedlo, že se již s takovým člověkem setkalo a 27 (33,8 %) zaškrtnulo odpověď, že ne, a zbyvajících 17 (21,3 %) zvolilo odpověď, že si nejsou jisti.

V 7. otázce se ptám, zda podle veřejnosti tímto onemocněním trpí více muži nebo ženy. 28 (35,0 %) lidí si myslí, že schizofrenie více postihuje ženy, a 19 (23,8 %) že to postihuje více muže. Odpověď nevím si vybralo 33 (41,3 %) dotazovaných.

V 9. otázce byla možnost otevřené odpovědi, kdy respondenti měli napsat, v jakém věku se podle jejich mínění schizofrenie vyskytuje. Nejvíce odpovědí 47 (58,8 %) zastupoval názor, že nemoc se vyskytuje v období mezi 20-40 rokem. Následujících 12 (15,0 %) respondentů uvedlo, že dochází k projevu nemoci mezi 3 - 20 rokem života. 9 (11,3 %) dotazovaných zvolilo odpověď ve vyšším věku a 7 (8,8 %) dotazovaných přesně neví, kdy se může schizofrenie projevit. Možnost, že se nemoc objeví v jakémkoliv věku, odpovědělo 5 (6,3 %) dotazovaných.

V 15. otázce jsem se veřejnosti tázala, zda by měla zájem o získání více informací o této nemoci, kdyby se naskytla příležitost. 58 (72,5 %) si vybralo odpověď, že ano, a 22 (27,5 %) respondentů si vybralo odpověď ne.

Z grafů vyplývá, že veřejnost je o schizofrenii poměrně dobře informována. Ví, co pojem schizofrenie znamená, už se někdy s takovým člověkem setkali, znají přibližný věk výskytu onemocnění a při možné příležitosti by chtěli získat více informací o schizofrenii. Pouze u otázky, zda se nemoc vyskytuje více u mužů či žen, více respondentů odpovědělo, že neví.

### **Cíl 2: Zjistit, zda u veřejnosti převládá stereotyp stigmatu schizofrenie.**

K tomuto cíli patří výzkumná otázka: Jaké postavení zaujímá pacient s duševním onemocněním v dnešním světě? K této výzkumné otázce v dotazníku patří otázky 8,10 a 11. Za pomoci těchto otázek jsem chtěla vědět, jak veřejnost pohlíží na lidi, u kterých je diagnostikována duševní porucha.

V 8. otázce prověřuji, jak by se respondenti zachovali, pokud by potkali na ulici člověka, který by byl zmatený a nahlas vykřikoval slova, která nedávají smysl. Možnost, že by k němu přišel, zkusil ho uklidnit a poté zavolal pomoc, vybralo celkem 34 (42,5 %) dotazovaných. 30 (37,5 %) uvedlo, že by ho nechali být a šli by si po svých. U poslední možnosti byla otevřená odpověď. Tu si zvolilo 16 (20,0 %) dotazovaných. Nejčastěji zde padlo, že by kolemjdoucí nejdříve zhodnotili situaci a pozorování z dálky, a někteří uvedli že neví.

10 otázkou zjišťuji, jak veřejnost soudí člověka se schizofrenií, když spáchá trestný čin např. vraždu. 48 (60,8 %) dotazovaných zaškrtnulo, že by se pro takového člověka měl trest zmírnit, a 31 (39,2 %) je toho názoru, že by měl být trest stejný jako pro nemocného, tak zdravého člověka. (1 respondent na tuto otázku neodpověděl)

V 11. otázce zkoumám, zda veřejnost má dojem, že bulvární tisk ovlivňuje veřejné mínění o pacientech s duševním onemocněním. 49 (61,3 %) respondentů je toho názoru, že bulvární tisk zveličuje události, u kterých se objeví pacient s duševní poruchou, a 5 (6,3 %) odpovědělo, že podle nich za to bulvární tisk nemůže. Další 26 (32,5 %) dotazovaných rovnou odpovědělo, že takové věci pro jistotu nečtou.

Z výzkumu vyplývá, že i přes názor, že bulvární tisk ovlivňuje mínění veřejnosti o pacientech s duševním onemocněním, vnímá převážná část veřejnosti tyto pacienty tak, že by jim v určitých situacích pomohli a ze spáchání trestného činu by jim trest zmírnili.

### **Cíl 3: Zjistit, jaké mínění má veřejnost o léčbě schizofrenie.**

Výzkumná otázka: Jaká je představa veřejnosti o léčbě duševních onemocnění v dnešních psychiatrických nemocnicích? K tomuto cíli patří otázky 12,14. Touto výzkumnou otázkou jsem se chtěla dozvědět, jak je vnímána léčba v psychiatrickém zařízení a zda je lepší, když budou hospitalizováni všichni s psychickými problémy.

Ve 12. otázce se dotazují, zda by měli všichni duševně nemocní absolvovat hospitalizaci v psychiatrických zařízeních. 32 (40,0 %) dotazovaných odpovědělo, že by se měli v těchto zařízeních léčit všichni s tímto problémem a 48 (60,0 %) zaškrtnulo, že by se měli léčit pouze vážné případy.

Ve 14. otázce se ptám na názor veřejnosti ohledně toho, zda je léčba v dnešní době účinnější než v dřívější době. 51 (63,7 %) respondentů zaškrtnulo, že si myslí, že léčba je daleko účinnější. 24 (30,0 %) vybralo odpověď, že neví, zda se něco změnilo, a 5 (6,3 %) odvětilo, že léčba není účinnější.

Z mého výzkumu vyplývá, že dle názorů respondentů v moderní době umožňují psychiatrické nemocnice léčbu všem, ale pouze jen vážné případy by se zde měly léčit. Podle mého názoru zkoumaného vzorku respondentů je léčba schizofrenií v současné době účinnější a nadto jsou rovněž možnosti domácí léčby.

Výzkumná otázka: Jaký je názor občanů na návrat do běžného života pro člověka, kterému diagnostikovali schizofrenii? K této výzkumné otázce se vztahuje 13. otázka. Tato výzkumná otázka mi měla zodpovědět, jaké šance na návrat do normálního života má člověk s touto diagnózou.

Ve 13. otázce zjišťuji, zda dávají respondenti nějaké šance pacientům se schizofrenií, aby se dokázali vrátit zpět do svého běžného života. 49 (61,3 %) respondentů dává pacientům vysoké šance, pokud se chtějí věnovat léčbě. 27 (38,8 %) neví, zda se s tímto onemocněním lze vrátit do běžného života, a 4 (5,0 %) si myslí, že nemají vůbec žádné šance na návrat.

Z tohoto výzkumu vyplývá, že lidé toto onemocnění berou tak, že pokud pacient bude chtít a umožní mu to diagnostika, může se vrátit k životu před propuknutím nemoci.

## 20 Diskuze

V bakalářské práci se věnuji tomu, jak je veřejnost informována o duševním onemocnění schizofrenie. Bakalářská práce zjišťuje, zda veřejnost má správné povědomí o charakteristice tohoto onemocnění. Proto jsem si vybrala jako cílovou skupinu širokou veřejnost, abych dokázala zjistit, zda má správné údaje. V praktické části jsem realizovala výzkum pomocí dotazníku. Hlavním cílem bylo zjistit kvalitu informací o schizofrenii, která bývá často přehlížena. Z tohoto důvodu se u těchto lidí nemoc vyvine směrem k horší prognóze, ke ztrátě práce a rodiny; propadnou drogám nebo v nejhorším případě spáchají i sebevraždu. Ke stanovení znalostí jsem zvolila polostrukturovaný dotazník, který mi pomohl potřebné informace získat. Oslovila jsem rozsáhlou skupinu respondentů pomocí facebookových stránek a rozdáním vytištěných dotazníků známým. Vrátily se mi odpovědi od respondentů, kteří mají



nějaké zkušenosti ve zdravotnictví, tak i od lidí, kteří ve zdravotnictví nepracují. V bakalářské práci jsem si vytýčila 3 dílčí cíle a 5 výzkumných otázek.

První výzkumnou otázkou jsem chtěla zjistit, zda se u veřejnosti zvýšil nebo snížil zájem o obory spojené s duševním zdravím. Na tuto otázku jsem se chtěla zeptat, neboť duševní onemocnění není už nedílnou součástí jen případů, u kterých se nemoc vyskytuje samostatně. Pavel Pavlovský uvádí, že duševní poruchy existují buď samostatně, nebo jako jeden z projevů, symptomů tělesných nemocí. Někdy psychické procesy v důsledku dlouhodobých stresových situací vedou k tělesnému onemocnění, např. k hypertenzi, vředové chorobě, zvýšené funkci štítné žlázy. [8, str. 13] Z toho můžeme usoudit, že duševní poruchy se mohou prolínat do jiných oborů v lékařství, a proto je dle mého názoru důležité, aby se o těchto oborech mluvilo více ve spojení s jiným onemocněním. Dle výsledků získaných z mého dotazníku má zájem o tyto obory celkem 55,0 % respondentů. Tyto výsledky mohly být také ovlivněny tím, že respondenti, kteří mi dotazník vyplňovali, jsou součástí zdravotnictví.

Druhou výzkumnou otázkou jsem zjišťovala, do jaké hloubky zasahují informace o schizofrenii u veřejnosti. V této pasáži jsem prověřovala, jak veřejnost zvládne odpovídat na otázky, týkající se charakteristiky schizofrenie, a zda by měli zájem o získání více informací. Respondenti měli možnost otevřené odpovědi a odpovědi jedné možnosti. Dotazovaných jsem se ptala, co podle nich znamená pojem schizofrenie. 62,5 % dotazovaných odpovědělo, že se jedná o duševní nemoc nebo chorobu. Druhou nejčastější odpovědí bylo, že na nemoc pohlížejí jako na rozdvojenou osobnost, čímž takto chybně poruchu označuje 28,7 % dotazovaných. Lékařka Kamila Marholdová [28] vysvětluje, že dochází k rozštěpu mysli - rozštěpu ve smyslu rozporu mezi vnímanou realitou a realitou samotnou. Bohužel tento termín zavedený roku 1908 dal vzniknout všeobecnému omylu, že schizofrenii lze definovat jako rozdvojení osobnosti. Následovala otázka, zda se již někdo setkal s člověkem sužovaným schizofrenií. 45,0 % lidí si již setkalo a 33,8 % se doposud nesetkalo. Pouze 21,3 % ukazuje, že si nebyli jisti, že se shledali s touto nemocí. Mile jsem byla překvapena u odpovědí týkajících se věku, kdy se schizofrenie nejčastěji vyskytuje. 58,8 % dotazovaných napsalo, že se projevuje v rozmezí 20 - 40 let. Schizofrenie se vyskytuje mezi 15 - 35 rokem života. V další otázce jsem zjišťovala, kdo podle veřejnosti více podléhá této diagnostice. Toto šetření mě příliš nepotěšilo z důvodu, že 41,3 % dotazníků zahrnovalo odpověď, že respondenti nevědí. Poté více odpovědí bylo u možnosti ženy 35,0 % a nejméně měli zastoupení muži 23,8 %. Z tohoto důvodu jsem se zamyslela, zda jsem neměla otázku položit jiným způsobem anebo nevytvářet možnost neví. Následně jsem se zaměřila na to, zda by veřejnost měla zájem o získání více informací. Z celkových 80 dotazníků by mělo o tuto možnost zájem 72,5% respondentů a 27,5% bohužel ne. Podle mého názoru je veřejnost v obecných informacích ohledně schizofrenie na dobré úrovni i přes špatně formulovanou otázku z mé strany.

Třetí výzkumnou otázkou jsem se snažila zjistit, zda jsou stále nálepkováni a stigmatizováni pacienti s tímto onemocněním, nebo i jiným duševním onemocněním. Respondentům jsem položila otázku, jak by se zachovali k člověku, který by pobíhal na ulici zmatený a křičel nelogická slova. Dotazovaní si mohli vybrat ze dvou uzavřených odpovědí nebo možnost otevřené odpovědi. Pokud zvolili otevřenou, měli napsat, jak by se oni konkrétně zachovali. Nejvíce odpovědí bylo u uzavřené odpovědi, kdy 42,5 % respondentů by přišlo k danému člověku, snažili se ho uklidnit a zavolali by pomoc. Dalších 37,5 % se vyjádřilo, že by dotyčného nechali být a šli si po svých. Zbývajících 20 % vypsalo otevřenou odpověď. 13 respondentů by nejdříve člověka pozorovalo z dálky a zhodnotilo by situaci. Zbývajících 3 respondenti by nevěděli, jak na tuto situaci reagovat. Dále jsem se zabývala otázkou, jak by veřejnost trestala pacienty se schizofrenií, pokud by byli souzeni za spáchání trestného činu např. vraždy. Byla jsem velice příjemně překvapena, že 60,8 % dotazovaných odpovědělo, že by trest zmírnilo, a 39,2% upřesnilo, že trest si zaslouží všichni stejný bez ohledu na to, zda mají duševní nemoc nebo ne. Podle mého názoru je správné tvrzení, aby se těmto lidem tresty zmírnily. V mnoha ohledech je k těmto činům vedou drogy, do kterých upadli. Mnoho pacientů takto skončí, protože je okolí přehlíželo, a nemoc se postupem časem rozvinula. V mnoha ohledech jsou také odsuzování společností jen z toho důvodu, že bulvární tisk je obratem označí slovem „blázen“ nebo „šílenec“. Touto problematikou se zabývám v následující otázce, kde se ptám veřejnosti, zda si myslí, že bulvární tisk hodně ovlivňuje veřejné mínění o pacientech s duševním onemocněním. 61,3 % respondentů označilo odpověď, že ano, a pouze 6,3 %, že ne. Zbýlých 32,5 % uvedlo, že tyto věci vůbec nečtou. Výsledky tohoto šetření jsou velice příznivé, ale podle mého názoru by veřejnost neměla ve všech ohledech ihned někoho odsuzovat jen proto, že tisk ho označí za „blázna“, číst informace z ověřeného zdroje a nebát se jakýmkoliv způsobem pomoci člověku, který neohrožuje jen okolí, ale i sám sebe.

Čtvrtou výzkumnou otázkou jsem zjišťovala, jakou má veřejnost představu o léčbě duševně nemocných pacientů v psychiatrických zařízeních. Dotazovaných jsem se ptala, zda se mají léčit všichni pacienti s duševním onemocněním v psychiatrických nemocnicích. 60,0 % uvedlo, že by se měly léčit pouze vážné případy. Následujících 40,0 % zastává názor, že by se v těchto zařízeních měli léčit všichni. Přijetí na léčbu závisí na tom, zda pacient chce nastoupit dobrovolně nebo nedobrovolně. Pokud nastoupí na léčbu dobrovolně, je vysoká šance, že u pacienta bude průběh léčby zdárný. Druhá možnost nastane, pokud je sám pacient v ohrožení života nebo jeho okolí. V další otázce jsem zjišťovala, zda je vnímána léčba v dnešní době účinnější než dříve. Nejvíce zastoupení 63,7 % bylo u odpovědi, že ano. Druhá nejčastější odpověď, nevím, měla zastoupení 30,0 % a 6,3% bylo u odpovědi ne. Výsledky šetření prokázaly, že dle názoru větší části veřejnosti, respektive zkoumaného vzorku, by měly být hospitali-

zovány pouze vážné případy. Léčba v psychiatrii také udělala velký pokrok z mnoha důvodů jako je rozvoj psychofarmak a vylepšení léčebných metod.

V poslední výzkumné otázce řeším, jaký je postoj veřejnosti k návratu pacienta se schizofrenií do běžného života. Respondentů jsem se ptala, jak velké šance dávají takovému člověku. 61,3 % odpovědělo, že dává vysoké šance, pokud se chtějí léčit. 33,8 % uvedlo, že neví, zda má takový pacient šance, a pouze 5,0 % dotazovaných zaznamenalo, že nemá žádné šance k návratu do běžného života. Z těchto výsledků jsem měla velkou radost, protože velká část respondentů se shodla na tom, že by se lidé s touto diagnostikou měli vrátit zpět ke svému běžnému životu. Tento názor povrdil i průzkum spolku Revenium [29], kde se téměř všichni respondenti shodli na tom, že pacientům s touto diagnózou by se mělo jednak dostat kvalitní péče a měli by mít možnost vrátit se ke svému původnímu životu, a to včetně zaměstnání.

# ZÁVĚR

V této bakalářské práci jsem se zabývala tématem - Informovanost veřejnosti o schizofrenii. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Úvod teoretické části je zaměřen na historii a formy schizofrenie. Dále se v teoretické části zabývám charakteristikou schizofrenie, závislostí u pacientů se schizofrenií, léčbou a prevencí schizofrenie. Schizofrenie je jedna z nejzávažnějších duševních poruch. Vážně ohrožuje intelektový, emoční, osobnostní i sociální život jedince. Vede také ke ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu. [8, str. 58]

V praktické části bylo mým hlavním cílem zjistit, jaká je informovanost veřejnosti o schizofrenii. K získání potřebných údajů jsem si vybrala kvantitativní výzkum. Podle určených dílčích cílů jsem si vytvořila dotazník, který jsem rozeslala široké veřejnosti v mém okolí. Bylo to z důvodu, abych dokázala určit informovanost jak laické veřejnosti, tak i zdravotníků. V praktické části jsou vyhotoveny výsledky získaných informací pomocí grafů, tabulek a krátkých popisků.

Z výzkumu vyplynulo, že široká veřejnost je dostatečně informována o duševním onemocnění schizofrenie, a těší mě, že se objevuje zájem o obor psychiatrie. Bohužel mne zklamalo, že se najdou jedinci, kteří na duševně nemocné hledí stále pokřivenou optikou. Na druhou stranu jsem byla velice potěšena zjištěním, že respondenti dokážou onemocnění správně popsat a navíc se shodnou, že bulvární tisk ovlivňuje veřejné mínění o duševních poruchách. Dále jsem byla překvapena zjištěním, že velký počet respondentů by chtěl pomoci neznámému člověku, který by se projevoval zmateně a vykřikoval nesmyslná slova, a že veřejnost dává veliké šance pacientovi se vrátit ke svému starému životu díky účinnější léčbě. Myslím si, že tyto získané informace dokazují, že stigma z duševních poruch opadá a že pro nemocné to jsou nadějně vyhlídky do budoucna.

Doufám, že příležitosti k získání informací o schizofrenii u veřejnosti stále porostou a že počty pacientů s těžkým průběhem nemoci se budou snižovat. Dále bych byla velice ráda, kdyby se do budoucna uskutečnilo alespoň některé doporučení pro praxi, které jsem navrhla, protože, čím více stoupne povědomí o schizofrenii, tím méně budou v psychiatrických zařízeních hospitalizováni pacienti s rozvinutým onemocněním a budou moci léčbu realizovat v domácím prostředí za podpory rodiny a přátel.

## SEZNAM LITERATURY

- [1] Češková, Eva: *Schizofrenie a její léčba*. Jessenius Maxdorf, 2012. 118 str. ISBN 978-80-7345-266-7.
- [2] Skopová, Jaroslava: *Moderní antidepressiva a jejich použití v léčbě nejčastějších psychických poruch*. 2011. str. 24, Dostupné z [https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Informace\\_pro\\_pacienty\\_a\\_jejich\\_blizke.pdf](https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Informace_pro_pacienty_a_jejich_blizke.pdf), cit. 10.2.2021.
- [3] Peterková, Michaela: *Schizofrenie - úvod*. 2018. cit. 21. října 2018 Dostupné z <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/>.
- [4] Advio.cz: *Schizofrenní poruchy*. 2018. cit. 21. října 2018 Dostupné z <https://www.schizofrenniporuchy.cz/historie-schizofrenie>.
- [5] Raboch Jiří, Pavel Pavlovský a kolektiv: *Psychiatrie*. 2012. 468 str. ISBN 978-80-246-1985-9.
- [6] Advio.cz: *Schizofrenní poruchy*. 2018. cit. 27. října 2018 Dostupné z <https://www.schizofrenniporuchy.cz/rozdeleni-schizofrenie/>.
- [7] Bankovská Motlová, Lucie a Španiel, Filip: *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21.století*. Mladá fronta, 2017. 160 str. ISBN 978-80-204-4287-1.
- [8] Eva Malá, Pavel Pavlovský: *Psychiatrie - Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 2010. 144 str. ISBN 978-80-7367-723-7.
- [9] Peterková, Michaela: *Schizofrenie - kódy diagnóz*. 2019. cit. 26. ledna 2019 Dostupné z <http://www.schizofrenie.psychoweb.cz/schizofrenie-uvod/kody-diagnoz>.
- [10] Janssen-Cilag: *Schizofrenie - včasná diagnostika*. 2019. cit. 27. ledna 2019 Dostupné z <https://www.janssen4patients.com/cz/nemoci/schizofrenie/onemocneni/jak-diagnostikovat-schizofrenii/vyznam-vcasne-diagnozy-schizofrenie>.
- [11] Češková, Eva: *Schizofrenie - výskyt*. 2013. cit. 4. února 2019 Dostupné z <https://zdravi.euro.cz/clanek/postgradualni-medicina/schizofrenie-468616>.
- [12] Pfizer: *Schizofrenie - kolik lidí onemocněním trpí*. 2017. cit. 4. února 2019 Dostupné z [https://www.pfizer.cz/vase\\_zdravi-schizofrenie](https://www.pfizer.cz/vase_zdravi-schizofrenie).

- [13] Janssen-Cilag: *Schizofrenie - příznaky, dědičnost*. 2019. cit. 4. února 2019  
Dostupné z <https://www.janssen4patients.com/cz/nemoci/schizofrenie/onemocneni/co-je-schizofrenie/co-je-to-schizofrenie>.
- [14] MeDitorial: *Schizofrenie - průběh*. 2010, ISSN 1802-5544. cit. 4. února 2019  
Dostupné z <https://www.schizofrenni-poruchy.cz/vyvoj-nemoci>.
- [15] Kolářová, Zdenka: *Schizofrenie - drogy a schizofrenie*. 2017. cit. 11. února 2019  
Dostupné z <https://www.tribune.cz/clanek/41480-problematika-abuzu-a-zavislosti-u-pacientu-se-schizofrenii>.
- [16] Izáková, PhD. Ľubomíra: *Klinické souvislosti mezi schizofrenií a drogami*. 2017. cit. 15. ledna 2020  
Dostupné z <https://www.tribune.cz/clanek/41480-problematika-abuzu-a-zavislosti-u-pacientu-se-schizofrenii>.
- [17] Polách, Ladislav a kolektiv: *Příručka duševního zdraví*. Symedis Pro, 2016. 197 str. ISBN 978-80-906230-0-2.
- [18] Kučerová, Helena: *Psychiatrické minimum*. Grada, 2013. 168 str. ISBN 978-80-247-4733-0.
- [19] Polách, Ladislav: *Elektrokonvulze*. 2015. cit. 16. února 2019  
Dostupné z <http://www.upsychiatra.cz/elektrokonvulze/>.
- [20] Tomáš Petr, Eva Marková a kolektiv: *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada, 2014. 296 str. ISBN 978-80-247-4236-6.
- [21] Pěč, Ondřej: *Schizofrenie - komunitní péče*. cit. 24. února 2019  
Dostupné z [https://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200&Itemid=10](https://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=10).
- [22] Vitalion: *Schizofrenie - prevence*. 2012. cit. 25. února 2019  
Dostupné z <https://nemoci.vitalion.cz/schizofrenie/>.
- [23] Advio.cz: *Schizofrenie - prevence schizofrenie*. cit. 25. února 2019  
Dostupné z <https://www.schizofrenniporuchy.cz/prevence-schizofrenie/>.
- [24] Psychiatry, Arch Gen: *Long-Chain  $\omega$ -3 Fatty Acids for Indicated Prevention of Psychotic Disorders*. JAMA Psychiatry, 2010. cit. 25. února 2019  
Dostupné z <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/210554>.
- [25] Dyrehauge, Leona: *13 mýtů o schizofrenii*. psychologie.cz. cit. 24. listopadu 2020  
Dostupné z <https://psychologie.cz/13-mytu-o-schizofrenii/>.

- [26] Motlová, Lucie Bankovská: *Deset mýtů o schizofrenii*. ATYP magazín, 2017. cit. 24. listopadu 2020 Dostupné z <https://atypmagazin.cz/deset-mytu-o-schizofrenii/>.
- [27] Skopová, Jaroslava: *Schizofrenie - vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. 2016. 22 str. ISBN 978-80-7492-232-9.
- [28] Marholdová, Kamila: *Slovník pojmů*. Psychiatrická praxe. cit. 25. února 2021 Dostupné z <http://www.psychiatrie-marholdova.cz/o-webu/>.
- [29] Janssen-Cilag: *Schizofrenie podle průzkumu není překážkou v práci*. 2018. cit. 28. února 2021 Dostupné z <https://www.janssen.com/czech/schizofrenie-podle-pruzkumu-neni-prekazkou-v-praci-0>.

## SEZNAM OBRÁZKŮ

1	Věk respondentů- graf k otázce č.1 . . . . .	29
2	Velikost obce na počet obyvatel- graf k otázce č.2 . . . . .	30
3	Pracovní zaměření-graf k otázce č.3 . . . . .	31
4	Zájem o obory-graf k otázce č.4 . . . . .	32
5	Pojem schizofrenie-graf k otázce č.5 . . . . .	33
6	Setkání se schizofrenií-graf k otázce č.6 . . . . .	34
7	Výskyt nemoci-graf k otázce č.7 . . . . .	35
8	Věk pacientů s nemocí- graf k otázce č.9 . . . . .	36
9	Získání informací-graf k otázce č.15 . . . . .	37
10	Způsob chování okolí-graf k otázce č. 8 . . . . .	38
11	Názor na tresty-graf k otázce č. 10 . . . . .	39
12	Ovlivnění názoru bulvárem-graf k otázce č.11 . . . . .	40
13	Léčba pacientů-graf k otázce č.12 . . . . .	41
14	Názor na léčbu-graf k otázce č.14 . . . . .	42
15	Návrat do běžného života- graf k otázce č.13 . . . . .	43



## SEZNAM ZKRATEK

APA	Americká psychiatrická asociace
CT	Výpočetní tomografie
DSM	Diagnostický a statický manuál
EEG	Elektroencefalografie
EKG	Elektrokardiografie
EKT	Elektrokonvulzivní terapie
IQ	Intelligenční kvocient
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MRI	Magnetická rezonance
PET	Pozitronová emisní tomografie
SPECT	Jednofotonová emisní tomografie
SZO	Světová zdravotnická organizace
ČR	Česká republika

# SEZNAM TABULEK

1	Způsob chování okolí . . . . .	38
---	--------------------------------	----

# SEZNAM PŘÍLOH

1. Příloha č.1 - Dotazník
2. Příloha č.2 - Výstup pro praxi

# Příloha č.1 - Dotazník

## Informovanost veřejnosti o schizofrenii

Dobrý den, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Informovanost veřejnosti o schizofrenii“. Otázky v dotazníku se zaměřují na to, jak lidé v dnešní době pohlížejí na pacienti trpící duševním onemocněním - konkrétně na pacienty se schizofrenií.

Žádám Vás o vyplnění všech 15-ti otázek. Dotazník je anonymní a slouží pouze pro výzkum mé bakalářské práce. Obsahuje otázky zaškrťovací i doplňovací. Pokud si nebudete jisti, jakou odpověď zaškrtnout, zvolte takovou, která Vám nejvíce vyhovuje. Děkuji mockrát za Váš čas a ochotu.

Diana Görnerová,  
studentka Fakulty zdravotnických studií na Západočeské univerzitě v Plzni,  
obor všeobecná sestra

1. Kolik je Vám let?

- (a) 15-30 let
- (b) 30-50 let
- (c) 50 let a více

2. Žijete v obci

- (a) Do 5000 obyvatel
- (b) Od 5000 do 50 000 obyvatel
- (c) od 50 000 a více

3. Pracujete ve zdravotnictví?

- (a) Ano
- (b) Ne

4. Zajímal Vás někdy obor psychologie nebo psychiatrie?

- (a) Ano
- (b) Ne
- (c) Nikdy jsem nad tím nepomyslela

5. Co podle Vás znamená pojem schizofrenie

.....

6. Setkal/a jste se někdy s člověkem trpící tímto onemocněním?
- (a) Ano
  - (b) Ne
  - (c) Nejsem si jista
7. Myslíte si, že tímto onemocněním trpí více muži než ženy?
- (a) Ženy
  - (b) Muži
  - (c) Nevím
8. Jak byste se zachoval/a, kdyby jste na ulici potkal/a člověka zmateného a křičícího nesmyslná slova?
- (a) Přišel/a bych k němu a zkusil/a ho uklidnit a zavolal/a bych pomoc
  - (b) Nechal/a bych to být a šel/šla si po svých
  - (c) Jiná ....
9. V jakém věku se podle Vás onemocnění nejvíce vyskytuje?  
.....
10. Trestal/a byste pacienta trpící schizofrenií stejně jako člověka za spáchání trestného činu?
- (a) Trest si zaslouží všichni stejný
  - (b) Trest bych zmírnila
11. Máte dojem, že bulvární tisk hodně ovlivňuje veřejné mínění o pacientech s duševním onemocněním?
- (a) Ano
  - (b) Ne
  - (c) Takové věci nečtu
12. Mají se podle Vás léčit všichni pacienti s duševním onemocněním v psychiatrických léčebnách?
- (a) Ano, všichni by se měli léčit
  - (b) Ne, jen vážné případy

13. Jaké mají podle Vás pacienti se schizofrenií šance se vrátit do normálního života?
- (a) Vysoké, pokud se chtějí léčit
  - (b) Nevím
  - (c) Nemají žádné šance
14. Vnímáte léčbu v dnešní době v psychiatrickém oboru více účinnější, než-li dříve?
- (a) Ano
  - (b) Nevím
  - (c) Ne
15. Kdyby se naskytla příležitost k získání více informací o této nemoci, využil/a byste je?
- (a) Ano
  - (b) Ne

## Příloha č.2 - Výstup pro praxi

Doporučení pro praxi je vytvořené na základě poznatků z praktické části.

Schizofrenie se řadí mezi závažná duševní onemocnění. Jeho příčiny stále nejsou zcela známy i přes to, přestože medicínský pokrok jde stále kupředu. Díky moderní medicíně dokážeme pacientovi zlepšit jeho prognózu, tudíž zajistit lepší vyhlídky do budoucna. Při současných poznatcích není tato nemoc zcela vyléčitelná, ale včasné přijetí léčby může pro pacienta znamenat schopnost hodnotně fungovat a žít svůj spokojený život. A proto je důležité, aby si veřejnost více všimala chování svých blízkých a nesnažila se onemocnění či jeho příznaky ignorovat a co nejdříve, navrhla návštěvu lékaře.

Jako doporučení pro praxi navrhuji, aby lidé kladli zvýšenou pozornost u člověka, u kterého je zvýšená pravděpodobnost výskytu nemoci. Pokud budou mít podezření na výskyt projevů schizofrenie, aby neváhali a kontaktovali odbornou pomoc. Včasný záchyt nemoci a vhodná léčba může snížit riziko vzniku další ataky.

Dále navrhuji podporu informovanosti o schizofrenii a duševních poruchách praktických lékařů, aby mohli poskytnout co nejnovější a nejkvalitnější informace a následné doporučení k specialistovi.

Přínosem pro praxi by také bylo, aby se u praktických lékařů vyskytovaly brožury, zaměřené na onemocnění schizofrenie. Mohlo by to být užitečné pro všechny pacienty, kteří ordinaci navštíví, aby získali více informací a současně pro veřejnost, které se naskytne možnost se s tímto onemocněním detailněji obeznámit a změnit názor na pacienty.