

UNIVERZITA PARDUBICE

FAKULTA FILOZOFICKÁ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Kateřina Koubková

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Partnerské vztahy a založení rodiny z pohledu lidí se schizofrenií

Bakalářská práce

2020

Kateřina Koubková

Univerzita Pardubice  
Fakulta filozofická  
Akademický rok: 2018/2019

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Koubková**  
Osobní číslo: **H17250**  
Studijní program: **B6107 Humanitní studia**  
Studijní obor: **Humanitní studia**  
Téma práce: **Partnerské vztahy a založení rodiny z pohledu lidí se schizofrenií**  
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

### Zásady pro vypracování

Bakalářská práce se zabývá tématem partnerských vztahů a založení rodiny z pohledu lidí se schizofrenií. Cílem práce je zjistit, jakým způsobem schizofrenie ovlivňuje partnerský vztah a následné rozhodnutí o založení rodiny. Jaké překážky musí lidé se schizofrenií v partnerských vztazích překonávat a za jakých podmínek by se rozhodovali o založení vlastní rodiny. Čeho se lidé se schizofrenií nejvíce obávají při zakládání vlastní rodiny. Dále se práce zabývá tím, jakým způsobem partnerský vztah funguje, zda lidé se schizofrenií získávají dostatečné pochopení a podporu ze strany partnera či partnerky. Výzkumné šetření bude prováděno kvantitativně, metodou sběru dat bude dotazník. Výzkumný soubor budou tvořit lidé se schizofrenií.

## Seznam doporučené literatury:

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, Terapie pro 21. století. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN:978-80-204-2993.
2. DRAGOMIRECKÝ, Andrej. Schizofrenie, její příčiny a léčba. Praha: Stratos, 2013.
3. Mezinárodní klasifikace nemocí-MKN 10
4. VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. Sociální psychologie. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-1428-8.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Marcela Ehlová, Ph.D.**  
Katedra věd o výchově

Datum zadání bakalářské práce: **31. března 2019**

Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2020**



L.S.

---

**doc. Mgr. Jiří Kubeš, Ph.D.**  
děkan

---

**Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 29. listopadu 2019

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 9/2012 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 13.8. 2020

Kateřina Koubková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucí bakalářské práce PhDr. Marcele Ehlové, Ph.D. za odborné vedení práce a cenné rady, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Mé poděkování patří také Ing. Miroslavu Myslivci, Ph.D. za cenné rady a připomínky. Dále bych tímto chtěla vyjádřit poděkování všem respondentům, za jejich přínos pro výzkumnou část této práce. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat rodině, bez níž by práce nevznikla.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na téma partnerských vztahů a založení rodiny z pohledu lidí se schizofrenií. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část definuje základní charakteristiky schizofrenie, její příznaky, formy a průběh. V této části je také uvedena definice partnerských vztahů, která se zabývá partnerskými vztahy lidí se schizofrenií a lidí tělesně handicapovaných. V praktické části je proveden kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření, jehož výzkumný soubor tvoří lidé trpící schizofrenií.

**Klíčová slova:** schizofrenie, partnerské vztahy, vztahy, rodina, založení rodiny

## **Annotation**

The bachelor thesis focuses on the topic of partnerships and starting a family from the perspective of people with schizophrenia. The thesis is divided into theoretical and empirical chapters. The theoretical chapter defines the basic characteristics of schizophrenia, its symptoms, forms, and course. Also, the definition of partnerships dealing with partnerships between people with schizophrenia and physical disabilities is mentioned in this chapter. In the empirical chapter, quantitative research is carried out in the form of the questionnaire survey. The basic set of research consists of people with schizophrenia.

**Key words:** schizophrenia, partnerships, relationships, family, starting a family

# Obsah

<b>ÚVOD</b> .....	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	
<b>1 SCHIZOFRENIE</b> .....	<b>11</b>
1.1 Definice pojmu schizofrenie .....	12
1.2 Příznaky schizofrenie .....	14
1.2.1 Pozitivní symptomy .....	14
1.2.2 Negativní symptomy .....	16
1.3 Formy schizofrenie.....	18
1.4 Průběh schizofrenie.....	19
1.5 Diagnostika a léčba schizofrenie.....	21
1.6 Příklad průběhu schizofrenie.....	22
<b>2 PARTNERSKÉ VZTAHY</b> .....	<b>23</b>
2.1 Definice vztahu .....	23
2.2 Partnerské vztahy lidí trpících schizofrenií.....	24
2.3 Partnerské vztahy z pohledu lidí s vrozeným tělesným postižením.....	27
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	
<b>3 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ</b> .....	<b>29</b>
3.1 Popis metodologie.....	29
3.1.1 Cíl výzkumného šetření.....	29
3.1.2 Stanovení hypotéz .....	30
3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru.....	31
3.1.4 Metoda sběru dat.....	31
3.1.5 Realizace sběru dat.....	32
3.1.6 Grafické znázornění výsledků výzkumného šetření.....	32
3.1.7 Statistické ověření hypotéz .....	63
3.1.8 Interpretace výsledků .....	71
3.1.9 Diskuse.....	74
3.2 Závěr výzkumného šetření .....	76
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>78</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>80</b>
<b>INTERNETOVÉ ZDROJE</b> .....	<b>81</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>83</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>84</b>
<b>PŘÍLOHA Č. 1 – DOTAZNÍK</b> .....	<b>85</b>



## ÚVOD

Tématem této bakalářské práce jsou *Partnerské vztahy a založení rodiny z pohledu lidí se schizofrenií*. O tématu schizofrenie bylo napsáno mnoho publikací, ale nenalezla jsem žádnou, která by se zabývala partnerskými vztahy a založením rodiny z pohledu lidí trpících schizofrenií. Podle mého názoru jsou partnerské vztahy a rodina velmi důležitou složkou lidského života a neměly by být opomíjeny ani v životě lidí postižených touto nemocí.

Téma schizofrenie je velmi závažné, protože postihuje značnou část obyvatel. Z důvodu závažnosti tohoto onemocnění a také o možném zkresleném povědomí obyvatel o schizofrenii jsem si toto téma zvolila. Většina lidí má povědomí o tom, co je schizofrenie, ale vzhledem k informacím, které poskytují média, může být obraz toho, co je schizofrenie značně pokřivený. Právě z tohoto důvodu jsem se rozhodla zpracovat bakalářskou práci na toto téma, ale pojala jsem ho z pohledu partnerských vztahů. Téma schizofrenie jsem již zpracovávala ve své maturitní práci, právě v této práci jsem zjistila, že většina lidí neví, co je schizofrenie a tohoto onemocnění se obává. Touto prací bych chtěla rozšířit povědomí o schizofrenii zejména pro veřejnost.

Cílem bakalářské práce je nastítnit situaci lidí se schizofrenií v oblasti partnerských vztahů a rodiny. Zjistit, jakým způsobem schizofrenie ovlivňuje partnerský vztah a následné rozhodnutí o založení rodiny. Jaké překážky musí lidé se schizofrenií v partnerských vztazích překonávat či zda se obávají založení vlastní rodiny. Dále práce popisuje partnerské vztahy, jakým způsobem partnerský vztah funguje a zda lidé se schizofrenií získávají dostatečné pochopení a podporu ze strany partnera či partnerky.

Práce bude rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou část. Teoretická část bude rozdělena do dvou částí, první část se bude věnovat problematice schizofrenie. Podrobněji bude popisovat pojem schizofrenie, její definici podle Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize (dále jen MKN-10). Dále zde budou podrobněji rozvedeny její příznaky, které budou rozděleny do dvou skupin, a to na pozitivní a negativní symptomy, v těchto skupinách budou detailněji probrány jednotlivé příznaky. V návaznosti na popis příznaků budou dále uvedeny jednotlivé

formy schizofrenie podle MKN-10, u každé formy budou uvedeny příznaky, které jsou pro danou formu typické. V další části bude uveden průběh schizofrenie, přičemž zde budou rozebrány jednotlivé fáze tohoto onemocnění. Dále zde bude popsána její diagnostika a léčba. V závěru této části bude uveden příklad průběhu schizofrenie, který má za cíl ukázat, že i po diagnostice schizofrenie lze vést téměř normální a plnohodnotný život. Schizofrenie nemusí v každém případě znamenat invalidní důchod či dlouhodobou hospitalizaci v léčebně. Ve druhé části práce budou rozebírány partnerské vztahy. V první řadě zde budou popsány vztahy jako takové a jejich definice. Dále zde budou rozvedeny partnerské vztahy z pohledu lidí trpících schizofrenií, budou zde popsány problémy, které v takovém partnerském vztahu mohou nastat, bude zde uvedeno doporučení, které by mohlo pomoci partnerovi či partnerce člověka trpícího schizofrenií v řešení každodenních problémů a v přístupu k takovému partnerovi či partnerce. V závěru této části bude nastíněna situace lidí s vrozeným tělesným postižením v oblasti partnerských vztahů.

V praktické části bude provedeno kvantitativní šetření formou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bude zaměřeno na partnerské vztahy a založení rodiny z pohledu lidí se schizofrenií. Bude zjišťovat, zda mají lidé se schizofrenií potřebu žít v partnerském vztahu a co od partnerského vztahu vyžadují. Zda mají v současné době partnera či partnerku, jaké charakteristiky by měl podle nich partner či partnerka splňovat. Dále se bude zabývat tím, zda mají vlastní rodinu, kolik mají dětí a pokud ji nemají, zda by v budoucnosti chtěli mít vlastní potomky a za jakých okolností by uvažovali o založení rodiny.

Tato práce by měla seznámit čtenáře s problematikou schizofrenie. Toto onemocnění je velmi závažné a postihuje značnou část populace, a proto si myslím, že by se povědomí o tomto onemocnění mělo zvýšit. Tato práce umožňuje čtenáři nahlédnout na schizofrenii z jiného úhlu pohledu, než v jakém je obvykle prezentována. Schizofrenie totiž ovlivňuje téměř všechny aspekty života postiženého, což si většinou neuvědomujeme a ani nedokážeme představit. Zejména zásadně může ovlivnit jedincův osobní život, tedy partnerské vztahy a významný vliv má také na rozhodnutí o založení vlastní rodiny.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je velmi závažné psychické onemocnění, patřící do skupiny psychotických duševních onemocnění. Lidé s touto diagnózou ztrácejí kontakt s realitou a vidí nebo slyší věci, které reálně neexistují. Vlivem bludů či halucinací se mohou chovat podivně a mohou jednat v určitých situacích nepřiměřeně.<sup>1</sup>

Schizofrenie je onemocnění, které se objevuje v jednotlivých epizodách, tedy v atakách, což jsou psychotické krize či v remisích, tedy v opakováních nemoci. Negativně zasahuje do každodenního života jedince a ovlivňuje tak kvalitu jeho života. Zásadní je, že negativní dopad má nejen na jedince, kterému byla schizofrenie diagnostikována, ale také na jeho rodinu, která se musí vyrovnávat s tím, že člen jejich rodiny již není tím, jímž býval dříve a již jím nebude. Ve většině případech schizofrenie člověka provází celý život, ale není to pravidlem. Ovšem v nejkrajnějších případech může vést k částečné či trvalé invaliditě, přičemž je schizofrenie označována, jako jedna z nejčastějších příčin invalidity.<sup>2</sup>

Dle Libigera se schizofrenie vyskytuje přibližně v rozmezí od 0,8 – 1,5 % populace. Četnost výskytu je stejná v různých kulturách a na různých kontinentech. Vyskytuje se stejně často u mužů i žen, přičemž jediný rozdíl je ve věku, kdy propuká první ataka. Toto onemocnění se nejčastěji projevuje v období adolescence: u mužů nejčastěji mezi 15 a 25 lety a u žen mezi 25 a 35 lety.<sup>3</sup> Obvykle se objeví u lidí, kteří jsou vystaveni dlouhodobější nadměrné psychické zátěži či kteří k tomuto onemocnění mají určité genetické predispozice. Tito jedinci jsou náchylnější k tomuto onemocnění. Mezi dispozice onemocnění je řazena nadměrná citlivost

---

<sup>1</sup> SKOPCOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: Informace pro pacienty a jejich blízké* [online]. Praha: Galén, 2016 [cit. 2020-06-12], str.9. ISBN 978-80-7492-232-9. Dostupné z:

<https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Schizofrenie.pdf>

<sup>2</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap, str. 30. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>3</sup> LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. Praha: Nezávislý novinář II, 1991. Zprávy Psychiatrického centra, č. 109. ISBN 80-85121-13-1.

a zvýšená zranitelnost. Dědí se pouze predispozice, ne samotná nemoc, ale pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií, je pravděpodobnost, že jejich dítě také onemocní, asi 10 %.<sup>4</sup>

Tuto pravděpodobnost podrobněji rozvedl Achim Haug, který uvádí, že u nevlastních sourozenců je pravděpodobnost kolem 3 %. Pokud je nemocný vlastní bratr, riziko je již 7 %. Pokud nemocí trpí jeden z rodičů, riziko je 9 %. Pokud by byli nemocní oba rodiče, riziko přenosu genetických predispozic je již okolo 30 %.<sup>5</sup>

Psychotickou poruchu nikdy nespouští jediná příčina, ale kombinace řady dílčích příčin. Některé jsou vrozené (dědičnost, průběh těhotenství), jiné způsobené vlivy prostředí, v němž nemocný žije, a událostmi, které prožil. K náhlému a nečekanému onemocnění dochází zřídka. Propuknutí nemoci může předcházet období několika měsíců až let, během kterých se člověk postupně mění.<sup>6</sup>

## 1.1 Definice pojmu schizofrenie

Jako první pojem schizofrenie použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939), který dospěl na základě klinických zkoumání k závěru, že jednou z nejvýznamnějších charakteristik onemocnění je štěpení psychických funkcí. Z tohoto důvodu onemocnění pojmenoval jako schizofrenii, slovo schizofrenie vychází z řeckého kořene schizein = rozštěpit a phren = mysl. Nicméně definice schizofrenie jako rozštěpení mysli se již nepoužívá.<sup>7</sup>

Eugen Bleuler definoval schizofrenii takzvaným třetinovým pravidlem, podle kterého jedna třetina lidí postižených schizofrenií onemocní tímto onemocněním jen jedenkrát za život, plně se z něj vyléčí a poté žije plnohodnotný život bez následků. Druhé třetině lidí trpících

---

<sup>4</sup> SKOPCOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: Informace pro pacienty a jejich blízké* [online]. Praha: Galén, 2016 [cit. 2020-06-12], str.9. ISBN 978-80-7492-232-9. Dostupné z: <https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Schizofrenie.pdf>

<sup>5</sup> HAUG, Achim. *Malá kniha o duši: průvodce na cesty naší psýchou a jejími nemocemi*. Přeložil Magdalena ŠTULCOVÁ. V Praze: Paseka, 2019, str.40. ISBN 978-80-7432-986-9.

<sup>6</sup> KOUKOLÍK, František. Předmluva. MALÁ, Michaela. *Homo psychoticus*. 2015. Praha: Triton, 2015, str. 11-17. ISBN 978-80-7387-845-0.

<sup>7</sup> JAROLÍMEK, Martin. *Já blázním s vámi*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-313-5.

schizofrenií se nemoc čas od času navrátí, ale dá se říci, že mohou žít bez sebemenších překážek. Nicméně třetí třetinu lidí postižených schizofrenií ohrožuje schizofrenie po celý život a díky tomu dochází k dlouhodobému vychýlení ze života a v nejkrajnějším případě k trvalé invaliditě.<sup>8</sup>

Schizofrenie se dá definovat různě, ale nejvýstižnější je definice Miroslava Orla:

*„Schizofrenie je mnohotvárné duševní onemocnění. Mění významně prožívání, chování i postoj ke skutečnosti. Představuje celou skupinu forem s pestrými příznaky, které zahrnují různou měrou narušené vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování.“<sup>9</sup>*

### **Schizofrenie podle MKN-10**

Aby mohla pacientovi být diagnostikována schizofrenie, musí být v jeho chování přítomen minimálně jeden velmi jasný příznak, který patří k jakékoliv skupině ze seznamu:

- a) Slyšení vlastních myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek.
- b) Bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo údů, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání.
- c) Halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla.
- d) Trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a nepřijatelné, jako např. náboženská nebo politická identita, nadlidské síly nebo schopnosti (např. schopnost ovlivňovat počasí, schopnost spojení s cizinci z jiného světa).

---

<sup>8</sup>BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-277-3.

<sup>9</sup> OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché, str. 114. ISBN 978-80-247-3737-9.

- e) Přetrvávající halucinace v kterékoli formě, když jsou doprovázeny buď prchavými nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného afektivního obsahu, nebo přetrvávajícími ovládacími představami, nebo když se vyskytují denně po několik týdnů nebo měsíců.
- f) Zarázy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irrelevantní řeč, nebo neologismy.
- g) Katatonní jednání, jako např. vzrušenost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor.
- h) Negativní příznaky, jako např. výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí (ty obvykle vyúsťují do sociálního stažení a snížení sociální aktivity), kdy musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace neuroleptiky.
- i) Výrazné a nápadné kvalitativní změny v osobním chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.<sup>10</sup>

## 1.2 Příznaky schizofrenie

Příznaky neboli symptomy schizofrenie jsou velmi různorodé, ale specifické. Můžeme je rozdělit do dvou základních skupin, a to na pozitivní a negativní. Někteří autoři ještě přidávají dělení na kognitivní a afektivní.<sup>11</sup>

### 1.2.1 Pozitivní symptomy

Pozitivní symptomy jsou popisovány jako symptomy, které představují něco navíc oproti normě. Do této skupiny příznaků patří halucinace, bludy, vkládání, ozvučování a odnímání myšlenek, dezorganizace a v neposlední řadě také poruchy motoriky.<sup>12</sup>

---

<sup>10</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, str. 86. ISBN 80-85121-44-1.

<sup>11</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap, str. 13. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>12</sup> Tamtéž.

## **Halucinace**

Halucinace jsou vjemy bez reálně existujícího objektu. Podle Motlové a Koukolíka se nejčastěji vyskytují halucinace sluchové a to u 50 % schizofreniků, druhé nejčastější jsou halucinace zrakové, kterými je postiženo 15 % pacientů a v poslední řadě jsou halucinace taktilní, a to s výskytem 5 %. Pacient může mít také halucinace čichové a chuťové.<sup>13</sup>

Sluchové halucinace jsou popisovány jako hlasy, které má pacient v hlavě. Může mluvit pouze jeden hlas či více najednou. Obsah toho, co pacientovi říkají, je většinou nepříjemný, mohou se dokonce i překřikovat nebo se mezi sebou hádat. V některých situacích dochází k tomu, že hlasy pacientovi našeptávají, aby něco udělal.<sup>14</sup>

Při zrakových halucinacích má pacient vidiny. Naopak při taktilních halucinacích dochází k různým dotekovým pocitům, pacient může například cítit, že mu po těle stéká krev.<sup>15</sup>

## **Bludy**

Bludy jsou mylná přesvědčení, u kterých dochází ke špatnému zpracování vjemů z okolí či prožitků. U schizofrenie jsou velmi časté, vyskytují se až v 90 % případů. Velmi problematické je, že jsou nevyvratitelné, nelze tedy pacienta přesvědčit o tom, že samotné bludy prožívá. Vznikají postupně a ve většině případech začínají vztahovačností, kdy má pacient pocit, že se na něj svět z nějakého důvodu zaměřil.<sup>16</sup>

## **Vkládání, ozvučování a odnímání myšlenek**

Pacient trpící schizofrenií může mít pocit, že mu myšlenky někdo vkládá do hlavy, také je ve své hlavě může slyšet ve formě hlasu. Může dojít k pocitu, že je jako otevřená kniha. Každý tak může znát jeho myšlenky a ostatní ho o ně mohou okrást.

---

<sup>13</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004, str. 23. ISBN 80-7262-277-3.

<sup>14</sup> Tamtéž.

<sup>15</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004, str. 23. ISBN 80-7262-277-3.

<sup>16</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap, str. 15. ISBN 978-80-204-2993-3

## **Dezorganizace**

Pokud mluvíme o dezorganizaci, jedná se o dezorganizaci chování a řeči. Dezorganizace chování se projevuje zanedbáním zevnějšku pacienta, přičemž může být velmi nápadně oblečen. Nedokáže si obstarat potravu a nedokáže dodržet ani denní režim, může se toulat a v jeho bytě může být nepořádek – nedokáže udržet řád.<sup>17</sup>

Při dezorganizaci řeči dochází u pacienta k inkoherenci, přičemž pacientův projev postrádá jakýkoli smysl a věta je jen několik slov bez logické návaznosti. Dále může pacient opakovat to, co mu právě bylo sděleno terapeutem (echolalie), nedokáže udržet téma rozhovoru (ztráta asociací) či může mluvit o pojmech, které si vymyslel (neologismy). V nejkrajnějších případech pacient nemluví vůbec (mutismus). Také může docházet k tomu, že se pacient uprostřed věty zastaví, přičemž dojde ke ztrátě navazující myšlenky.<sup>18</sup>

## **Poruchy motoriky**

Poruchy motoriky se vyznačují dvěma extrémy: na jedné straně může u pacienta docházet ke zvýšené motorické aktivitě a na druhé straně může docházet až ke stuporu, což je stav ohrožující pacientův život, protože se pacient nehýbe a nekomunikuje s okolím, nepřijímá potravu.<sup>19</sup>

Může se také rozvinout katatonní syndrom, který se vyznačuje mimovolnými pohyby, postoji a úkony, které mohou být závislé na vnějších podnětech.<sup>20</sup>

### **1.2.2 Negativní symptomy**

Negativní symptomy jsou charakterizovány jako ty, o které je normální psychika ochuzena. Mezi tyto příznaky patří apatie, chudý projev emocí a chudost řeči a anhedonie.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-277-3.

<sup>18</sup> Tamtéž.

<sup>19</sup> Tamtéž.

<sup>20</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>21</sup> Tamtéž.



## **Apatie**

Apatie doslova znamená rezignaci a netečnost, která se také označuje jako nedostatečná motivace, odborným termínem se tato rezignace nazývá abulie. Pacienti tento stav popisují jako neschopnost cokoli začít.<sup>22</sup>

## **Anhedonie**

Ve stavu anhedonie člověk nedokáže prožívat radost, není nic, co by ho potěšilo či přimělo k úsměvu.

U lidí trpících schizofrenií si můžeme všimnout mnoha změn v různých oblastech. Emoce schizofrenika mohou být nepředvídatelné a neadekvátní situaci. Narušena je také paměť, pozornost a mentální výkonnost. Ve většině případů dochází ke změně pacientovy osobnosti, přičemž se může jednat jak o změny fyzické, tak i psychické, mezi které patří narušení pozornosti, paměti a snížená mentální výkonnost. Změnou prochází také myšlení, člověk trpící schizofrenií má tendenci myslet stereotypně a podle vlastních pravidel. Pro každý jev potřebuje vysvětlení. Může také docházet k tomu, že ztratí orientaci ve vlastních myšlenkách a považuje je za cizí. Pokud se jedná o řeč, může být nesouvislá a plná opakovaných slov či může dotyčný vedle sebe použít slova, která nedávají žádný smysl. V krajních případech může přestat mluvit úplně. Největší problémy ovšem nastávají ve společenské sféře, kdy má pacient problémy s komunikací a se zvládnutím agresivity. Ve většině případech se pacient uzavírá do svého vlastního světa.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>23</sup> SKOPCOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: Informace pro pacienty a jejich blízké* [online]. Praha: Galén, 2016 [cit. 2020-06-12]. ISBN 978-80-7492-232-9. Dostupné z: <https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Schizofrenie.pdf>

### **1.3 Formy schizofrenie**

Podle MKN-10 se schizofrenie rozděluje na:<sup>24</sup>

#### **Paranoidní schizofrenie**

Jedná se o nejobvyklejší formu schizofrenie. Vyznačuje se relativně stálými bludy, které jsou doprovázené halucinacemi. Pacient se může cítit ohrožen či pronásledován, mohou se u něj vyskytovat poruchy nálady. Prognóza u tohoto typu je dobrá.

#### **Hebefrenní schizofrenie**

U hebefrenní schizofrenie jsou významné změny afektivity, bludy a halucinace jsou prchavého rázu. Pacient se chová nezodpovědně a nepředvídatelně, jeho nálada je povrchní a nepřiměřená situaci, často je doprovázena chichotáním či grimasováním. Myšlení je dezorganizované, řeč je nespojitá. Pacient má tendence k samotářství, dochází u něj ke ztrátě průbojnosti a rozhodnosti, upouští od cílů, které měl stanovené. Také se povrchně zabývá náboženskými, filozofickými či jinými abstraktními tématy. Tento typ schizofrenie je charakteristický nápadným projevem, který budí pozornost okolí.

#### **Katatonní schizofrenie**

Charakteristikou katatonní schizofrenie je výrazné narušení psychomotoriky. U pacienta dochází k extrémně zvýšené pohyblivosti či naopak k úplné nehybnosti. Pacient může dlouhou dobu setrvávat v polohách, ve kterých byl ponechán. Jako zvláštní znak se u pacienta může objevit tzv. vosková ztuhlost, kdy se při vnějším nastavení polohy končetiny vyznačují pasivním odporem.

---

<sup>24</sup> *Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, str. 94. ISBN 80-85121-44-1.

## **Nediferencovaná schizofrenie**

Nediferencovaná schizofrenie je pro typy onemocnění, která jsou klasifikována jako schizofrenie, ale nevyskytují se projevy charakteristické pro jinou formu schizofrenie.

## **Postschizofrenní deprese**

Jako postschizofrenní deprese se označuje klinická forma schizofrenie, u níž převládá depresivní syndrom vzniklý po odeznění schizofrenní epizody ve lhůtě jednoho roku. Současně však musejí být přítomny některé schizofrenní příznaky. Zjednodušeně by se dalo říci, že na odeznívající schizofrenii nasedá depresivní propad nálady.

## **Reziduální schizofrenie**

Jako reziduální schizofrenie se označuje stav, který nastává po proběhlé schizofrenii, přičemž přetrvávají některé „zbytkové“ symptomy schizofrenie. Sníží se výskyt schizofrenních příznaků a převládají příznaky hlavně negativní.

## **Simplexní schizofrenie**

Simplexní schizofrenie je méně častá než ostatní formy, ale je velmi závažná. Vyznačuje se plíživým rozvojem, ztrátou zájmů a úbytkem vůle. Pacient se stáhne do svého vnitřního světa a nemá zájem o své okolí. Probíhá kontinuálně a ve většině případů končí těžším postižením.

Dle MKN-10 se schizofrenie dále dělí na jinou a nespecifikovanou, nicméně tyto druhy nejsou nějak popsány.

## **1.4 Průběh schizofrenie**

Schizofrenie je velmi zrádné onemocnění, protože má u každého jiný průběh a také jiné příznaky. Obvykle se schizofrenie objevuje v atakách, což jsou psychotické krize či v remisích, tedy v opakovaných nemoci. Důležité je, že jakoukoli psychotickou epizodu

nespouští pouze jedna příčina, ale kombinace různých příčin, mezi které mohou patřit příčiny vrozené i příčiny způsobené prostředím, ve kterém jedinec žije či prožitými událostmi.<sup>25</sup>

K náhlému onemocnění téměř nedochází, rozvíjí se postupně. I když je průběh schizofrenie u každého jiný, má určité fáze.<sup>26</sup>

### **Prodromální příznaky**

Prodromální příznaky neboli prodromy se mohou objevit již 5 let před první atakou, je ovšem velmi těžké je odlišit od komplikovaného průběhu dospívání. Do těchto příznaků patří neklid, náladovost, podrážděnost, nedostatek sebevědomí a energie a v neposlední řadě změna zájmů.

#### **1. První ataka**

První ataka trvá přibližně šest měsíců, přičemž je nejčastějším důvodem k pacientově první hospitalizaci. Při první atace jsou přítomny pozitivní symptomy, pacient ztrácí náhled a rozvíjí se také negativní a kognitivní symptomy.

#### **2. Remise**

Období remise je označováno jako období bez příznaků, ale neznamená to, že by schizofrenie byla vyléčena.

#### **3. Časné varovné příznaky**

Časné varovné příznaky trvají dny, týdny a někdy dokonce i měsíce před propuknutím relapsu. Mezi tyto příznaky patří nervozita, netrpělivost, nespavost, zhoršení paměti a nechutenství. Pokud má pacient první ataku, její příznaky nedají správně zařadit, proto se pacientům doporučuje, aby si tyto příznaky zapsali, protože v případě další ataky jsou takové příznaky snadněji rozpoznatelné.

---

<sup>25</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap, str. 30. ISBN 978-80-204-2993-3.

<sup>26</sup> Tamtéž.

## Relaps

Relaps opět trvá přibližně 6 měsíců a objevují se pozitivní symptomy, dochází ke ztrátě náhledu a objevují se negativní a kognitivní symptomy. Relaps je tedy opakováním nemoci, na druhé straně je ataka, která se označuje jako krize.

### 1.5 Diagnostika a léčba schizofrenie

Při diagnostice schizofrenie je velmi důležité, aby symptomy nemoci trvaly alespoň jeden měsíc, pokud by trvaly kratší dobu, nedalo by se onemocnění označit za schizofrenii.<sup>27</sup>

Při samotné diagnostice schizofrenie hraje velmi důležitou roli rodina, která by si jako první měla všimnout změny v pacientově chování a měla by zasáhnout. Nicméně ani pro psychiatra není snadné samotnou diagnózu stanovit, nejprve musí pacienta sledovat a analyzovat tak jeho chování, poté s ním musí provést rozhovor a případně také rozhovor s jeho rodinou a poté může stanovit diagnózu. Problém je také v tom, že pokud bude diagnostikována schizofrenie, ale nakonec se nepotvrdí, tento jedinec bude označen nálepkou, které se velmi těžko zbavuje. Z tohoto důvodu se většinou při podezření na schizofrenii, pacientovi sdělí mírnější diagnóza, a když se schizofrenie potvrdí, tak ji psychiatr pacientovi sdělí.<sup>28</sup>

*„Schizofrenie je diagnostikována zhruba u 25 % pacientů psychiatricky hospitalizovaných a 50 % pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok.“<sup>29</sup>*

Při léčbě schizofrenie je velmi důležité, aby pacient docházel pravidelně za svým psychiatrem, se kterým konzultuje samotný průběh schizofrenie a také medikaci. Mezi používanou medikaci řadíme antipsychotika a antidepresiva. Svou roli při léčbě hraje také psychoterapie, na kterou by měl pacient docházet, protože díky ní se dokáže vrátit zpět do života.

---

<sup>27</sup> ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Farmakoterapie pro praxi, sv. 21. ISBN 978-80-7345-114-1.

<sup>28</sup> KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2045-6.

<sup>29</sup> ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Farmakoterapie pro praxi, sv. 21, str. 15. ISBN 978-80-7345-114-1.

Podstatné je, aby pacient i po odeznění posledního relapsu nejméně dva roky pokračoval v medikaci, aby byla schizofrenie zaléčená a předešlo se tak jejímu návratu. Léčba schizofrenie je takzvaně „běh na dlouhou trať“ s nejistým koncem.<sup>30</sup>

## 1.6 Příklad průběhu schizofrenie

Na závěr kapitoly o schizofrenii jsem pro příklad přidala velmi krátký odstavec o průběhu schizofrenie pana Petra, který měl pouze jednu ataku nemoci a poté se z ní vyléčil a žije plnohodnotný život.

*„Pro osmadvacetiletého vysokoškoláka Petra přijela záchranná služba do práce. Choval se nápadně, dělal kotouly, občas ve velké tenzi na kolegy zakřičel. Nejedl a nespál. Svoje chování později vysvětlil tím, že kotouly jej nutily dělat hlasy, které mu říkaly: Oni jsou posedlí d'áblem a ty je musíš ochránit, jen ty to můžeš udělat, nesmíš přestat. V prvních dnech hospitalizace na psychiatrii si o něm hlasy povídaly: Všechno je to na něj nahrané, léčebna není nemocnice, ale divadlo, to jsou jen převlečení herci, léky jsou jedy. S užíváním léků Petr souhlasil velmi neochotně, i když připustil, že injekce, po níž se mu zlepšil spánek, by mu mohla pomoci. Hospitalizace trvala deset týdnů. Během ní ustaly hlasy, Petr začal normálně jíst i spát. Za další tři měsíce se vrátil do práce, za šest let se oženil. Nikdy nebyl znovu hospitalizován, léky však užívá nepřetržitě.“<sup>31</sup>*

---

<sup>30</sup> KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2045-6.

<sup>31</sup> BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004, str. 19. ISBN 80-7262-277-3.

## 2 PARTNERSKÉ VZTAHY

V této části se budu zabývat pojmem partnerské vztahy a následně jeho definováním. Dále se zaměřím na partnerské vztahy lidí trpících schizofrenií. Zmíním také pohled a přístup postižených lidí k partnerským vztahům. Tato část bude rozebrána v praktické části.

### 2.1 Definice vztahu

Člověk je bytost sociální a je jeho přirozeností navazovat vztahy s ostatními lidmi. Základním kamenem jakéhokoli vztahu je, že se dva lidé setkávají v interakcích, které v nich navozují různé pocity a dojmy. Ale co to vlastně vztah je? Autoři ho popisují různě, například Mc Cubbin a Dahl popisují vztah jako blízké spojení mezi lidmi, které trvá určité časové období a uvádí také názor, že vztah nastává v situaci, kdy na sebe mají dva lidé vzájemná očekávání. Autoři také tvrdí, že ačkoli pod tento pojem spadají jak milostné, tak přátelské vztahy i vztahy rodičů a dětí, termín vztah se stal tak dominantním ve společnosti, že pod něj spadají různé formy vazeb od chození spolu, přes milenecký poměr, zasnoubení i manželství.<sup>32</sup>

Ivan Slaměník vztah popisuje takto: „*Vztahem se myslí již ustanovená vazba mezi dvěma lidmi, která má své specifické vlastnosti a historii. Interakce je časově ohraničená sociální událost, která může proběhnout v trvajícím vztahu i mezi náhodně se setkávajícími lidmi. Interakce jsou nezbytné k udržení jakéhokoli vztahu.*“<sup>33</sup>

Jak bychom ovšem mohli definovat partnerské vztahy? V žádné literatuře jsem nenašla přesnou definici toho, co vlastně partnerský vztah je, což může být dáno faktem, že si pod partnerským vztahem každý člověk představí něco jiného. Podle mého názoru partnerský vztah spočívá ve vysoké angažovanosti obou partnerů, přičemž prostřednictvím takového vztahu dochází

---

<sup>32</sup> MCCUBBIN, Hamilton I. a Barbara B. DAHL. *Marriage and family: individuals and life cycles*. New York: Wiley, c1985.

<sup>33</sup> VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché, str. 99. ISBN 978-80-247-1428-8.

k dlouhodobému ovlivňování druhých lidí. Takové vztahy obsahují velmi pevnou vazbu obou partnerů, lásku a intimitu. Tento druh vztahu je ovšem jedním z nejčastějších zdrojů štěstí či následného zklamání.

## **2.2 Partnerské vztahy lidí trpících schizofrenií**

Jak jsem již zmínila, partnerství je základní potřebou všech dospělých osob, to znamená, že i lidé trpící duševní poruchou potřebují tuto potřebu naplnit, i když to není tak jednoduché jako u duševně zdravých jedinců. Je patrné, že člověk s diagnózou schizofrenie může během okamžiku přijít o všechno, a to také kvůli předsudkům, které se tohoto onemocnění týkají. To ovšem neznamená, že by takový člověk nemohl žít v partnerském vztahu. Většina lidí si myslí, že je nemožné s diagnózou schizofrenie prožívat a udržovat partnerský život, ale právě naopak. Pokud člověk získá správnou pomoc, je i po diagnóze schizofrenie možné udržet si zdravý partnerský vztah.

Každý vztah má své vzestupy i pády, ale pokud je u jednoho z partnerů diagnostikována schizofrenie, je možné, že i velmi stabilní vztah si může projít fází tenze a následně se rozpadnout. Největším problémem je, že schizofrenie lidem ztěžuje vytváření těsnějších vazeb k druhému člověku. Ovšem lidé se schizofrenií, kteří jsou ve svazku manželském, svého druhu či družku ve většině případů potkali ještě před samotnou diagnózou schizofrenie. Ale ani to, že se setkali před propuknutím nemoci, neznamená, že tento svazek vydrží. Může se stát, že se s tím partner či partnerka nevyrovná a druhého opustí. Největším problémem je, že je velmi složité pochopit situaci, kterou člověk se schizofrenií prožívá a s čím vším se sám musí vyrovnat, protože se mu celý život během jediného okamžiku obrátil naruby. Nejen partner či partnerka, ale také členové rodiny nemusí pochopit rozsah onemocnění, které pro ně může být šokem, a může tak dojít k odcizení člena rodiny, protože se u nemocného může dostavit celková změna osobnosti či chování. Díky symptomům jeho onemocnění může také nastat situace, že



i lidé, kteří se o nemocného starají a milují ho, se nemocnému mohou zdát vzdálenými a chladnými.<sup>34</sup>

Pokud nastane situace, že někdo z rodiny či partner/partnerka má diagnostikovanou schizofrenii, měli bychom pro něj být oporou a postarat se o něj. Péče o milovaného člověka se schizofrenií může být velmi obtížná, občas unavující a frustrující, ale pokud se onemocnění dostane do fáze relapsu, může dojít k zaležení nemoci.

Jak bychom tedy v partnerském vztahu měli přistupovat k partnerovi či partnerce s diagnostikovanou schizofrenií? Měli bychom dodržovat určitá pravidla, aby nadále partnerský vztah mohl fungovat. V první řadě bychom měli brát v potaz, že psychicky nemocný partner či partnerka nemusí být schopen uspokojit naše emocionální potřeby stejně jako kdysi. Z tohoto důvodu může dojít až k úzkostným stavům, a proto by bylo dobré mít přístup k podpoře duševního zdraví či k terapeutovi. Dobré je také mít k dispozici členy rodiny, kteří nás vyslechnou. Dále je nutné, aby nemocný partner či partnerka léčbu přijal/a a bral/a pravidelně medikaci. V každém vztahu je klíčová komunikace, ovšem u psychicky nemocného to platí dvojnásob. Je tedy velmi důležitá jasná a otevřená komunikace, díky které najdou podporu a pochopí tak, co se od nich ve vztahu očekává. Člověk trpící schizofrenií může mít problém s každodenními úkoly v domácnosti, protože partner nemusí být schopen rozpoznat, co je po něm vyžadováno. Proto je lepší definovat odpovědnost každého partnera v celé domácnosti. V oblasti financí může nastat velký problém, protože lidé, kteří mají schizofrenii, nejsou vždy schopni pracovat, i když dojde k ustálení příznaků. Léky na schizofrenii mohou být drahé, ale v takovém případě může pomoci žádost o dávky v invaliditě pro sociální zabezpečení.<sup>35</sup>

Pokud schizofrenie postihne jednoho z partnerů, může to představovat velkou překážku v jejich vzájemném vztahu. Může dojít k situaci, kdy jeden z partnerů nebude schopen situaci zvládnout

---

<sup>34</sup> TURNER, William. *Schizophrenia makes finding love difficult, not impossible*. CNN Health [online]. Mexiko: CNN Mexiko, 2012 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://edition.cnn.com/2012/05/29/health/mental-disorders-find-love/index.html>

<sup>35</sup> JAROLÍMEK, Martin. Rodina a schizofrenie. *Fokus Labe* [online]. Praha [cit. 2020-06-29]. Dostupné z: <https://www.fokuslabe.cz/dusevni-onemocneni/rodina-a-schizofrenie/>

a smířit se s ní. Ačkoliv se může partner cítit ze začátku zodpovědný za toho druhého a zavázán mu v takto těžké chvíli pomoci a překonat to spolu s ním, v některých případech to nemusí být schopen zvládnout. Pak je ale úplně v pořádku, pokud jeden z partnerů vztah ukončí. Oba z partnerů mají stejné právo takovýto vztah ukončit.

V partnerském vztahu je velmi důležitá také intimita, která se schizofrenií není vůbec jednoduchá, protože medikace může způsobit menší zájem o sex. Tomuto stavu se ale dá předejít změnou medikace, která má menší dopad na libido. Pro člověka trpícího schizofrenií je také velmi důležitá interakce s rodinou. Ovšem lidé, kteří mají schizofrenii, se mohou chovat iracionálně, mít problémy s jasným přemýšlením a zápasit s každodenními emocemi, které mohou být pro členy rodiny matoucí, děsivé nebo škodlivé a vést ke konfliktům. Je důležité jasně definovat přijatelné a nepřijatelné chování doma či ve společnosti, zejména pokud jsou v domácnosti děti.<sup>36</sup>

Na druhou stranu svobodní lidé trpící schizofrenií mají tendence zůstat svobodnými, protože je pro ně velmi složité navázat nové vztahy, případně udržet vztah, který momentálně prožívají. Tento fakt je způsoben zejména problémy s komunikací, ale také vlivem medikace mohou mít problém užít si některé aktivity a také projevit své emoce. Ve většině případů psychicky nemocní lidé ani po partnerském vztahu netouží, protože mají problém postarat se sami o sebe.<sup>37</sup>

Nicméně v této oblasti hraje velkou roli fakt, kdy byla člověku schizofrenie diagnostikována, zda v dospělosti či v období dospívání. Pokud byla člověku schizofrenie diagnostikována v období dospívání, což je pro člověka kritické období, nemusel vůbec zažít pocit zamilovanosti či lásky, což si, podle mého názoru, nikdo z nás nedokáže představit. Pro takového člověka je velmi složité samotné hledání partnera či partnerky, protože neví, co by měl od takového partnerského vztahu očekávat.

---

<sup>36</sup> BRICHFORD, Connie. *Keeping Your Relationship Strong After a Schizophrenia Diagnosis*. Everyday Health [online]. 2019, 7. 01. 2019 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://www.everydayhealth.com/hs/schizophrenia-caregiver-guide/schizophrenia-and-relationships/>

<sup>37</sup> SKOPCOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: Informace pro pacienty a jejich blízké* [online]. Praha: Galén, 2016 [cit. 2020-05-12]. ISBN 978-80-7492-232-9. Dostupné z: <https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Schizofrenie.pdf>

Jak uvádí pan Jiří Láška: „*Pacienti se schizofrenií hledají těžko vztahy, mají to složitější než lidé ostatní.*“<sup>38</sup> Pan Láška trpí schizofrenií, jeho matka i otec mají schizofrenii diagnostikovanou a z tohoto důvodu se o něj stará babička. Pan Jiří se snaží rozšířit povědomí o schizofrenii skrze svou webovou stránku. Navíc o něm byl natočen dokument: Otázky pana Lášky, ve kterém byl zmapován rok jeho života, díky čemuž člověk může nahlédnout do života schizofrenika.

Pokud člověk trpící schizofrenií touží po životě v partnerském vztahu, měl by to předem posoudit či jinak zvážit a být připraven na změny ve svém životě, které mohou nastat s příchodem vztahu.

### **2.3 Partnerské vztahy z pohledu lidí s vrozeným tělesným postižením**

Každý z nás, nehledě na naši životní situaci má potřebu milovat a být milován, chce být přijímán druhými a chce někam patřit. Tuto potřebu mají také lidé s tělesným postižením, na což se velmi často zapomíná. Lidé si myslí, že lidé s postižením tuto potřebu vůbec nemají. Problém je v tom, že toto téma provází stigmatizace, lidé se o toto téma nezajímají a je pro ně něčím, o čem se nemluví. Právě proto by se lidé měli otevřít novému smýšlení a měli by se naučit vnímat partnerské vztahy a sexualitu jedinců s tělesným postižením jako součást běžného života.

Pro mladé dospělé jedince s vrozeným tělesným postižením je velmi podstatné cítit blízkost jiné osoby a také intimitu. Partnerský vztah se pro ně stává zdrojem podnětů k pochopení sebe sama a k realizaci vlastního potenciálu. Dle Vágnerové<sup>39</sup> se může osobní život tělesně postižených osob vyznačovat dvěma protipóly. Buď není u těchto jedinců partnerství realizovatelné, protože často nemají příležitost si partnera najít, případně nemohou či neumějí navázat hlubší a intimnější vztah, v tomto případě dochází k přetrvávání závislosti na rodičích.

---

<sup>38</sup> LÁŠKA, Jiří. *Jiří Láška* [online]. [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <http://jirilaska.cz/schizofrenie-a-vztahy/index.html>

<sup>39</sup> VÁGNEROVÁ, Marie a Lidmila VALENTOVÁ. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita: Skripta pro posl. pedagog. fakulty Univ. Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1992, str. 92. ISBN 80-7066-384-7.

Na druhém protipólu je pro tohoto člověka partnerský vztah důležitější než pro člověka zdravého. To znamená, že ve vztahu nevidí pouze sexuální uspokojení, ale jde hlavně o sociální význam vztahu, protože díky němu si uvědomí svou hodnotu a sníží tak subjektivní míru svého postižení.<sup>40</sup>

V důsledku toho, že nemohou najít partnera, a touží po partnerském vztahu, si velmi často vybírají partnera se stejným nebo podobným znevýhodněním. Spojují je tak společné problémy a díky tomu se ve vztahu cítí rovnocenní. Ve většině případů se znají třeba ze školy či z různých komunit. Ovšem ne vždy se takový pár setká s pochopením okolí, v některých případech musí bojovat, aby si tento vztah prosadili u rodiny a známých. Tím se jejich vzájemný vztah upevní, ale také může dojít k sociálnímu stažení.<sup>41</sup>

Jedinec s tělesným postižením musí ve vztahu překonat spoustu překážek, kterými je limitován. V první řadě bychom neměli zapomínat na to, že i jedinec s tělesným postižením má úplně stejné potřeby jako zdravý člověk, co se týče oblasti partnerských vztahů. První překážkou je samotný zdravotní stav jedince s tělesným postižením, kvůli kterému může být omezen ve své mobilitě, může mít poruchy řeči a emocionality, přičemž u projevu takového jedince mohou být přítomny různé grimasy, mimovolní pohyby či zjevné deformace. Všechny tyto charakteristiky jsou velkou překážkou při seznamování, z tohoto důvodu ve většině případů jedinec s tělesným postižením využívá služby internetových seznamek, případně sociálních sítí k tomu, aby zde našel životního partnera. Dalším problémem při navazování vztahu může být nedostatek soukromí a přílišná péče okolí.<sup>42</sup>

---

<sup>40</sup> HANKOVÁ, Magdalena a Soňa VÁVROVÁ. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-271-0012-5.

<sup>41</sup> Tamtéž.

<sup>42</sup> Tamtéž.

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 3 VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V této kapitole je popsáno realizované výzkumné šetření. Je zde uveden cíl výzkumného šetření a formulace jednotlivých hypotéz. Dále je zde popsána metodologie, která byla v rámci šetření využita. Další část této kapitoly obsahuje zhodnocení výzkumného šetření, interpretaci dat a statistické ověření hypotéz.

### 3.1 Popis metodologie

Cílem výzkumného šetření je nastínit situaci lidí se schizofrenií v oblasti partnerských vztahů a rodiny. Výzkumné šetření bylo prováděno kvantitativně, metodou sběru dat byl dotazník. Pro účely mého výzkumu se mi tato metoda jevila jako nejvhodnější. Jelikož osobně neznám žádného člověka léčícího se se schizofrenií, ani jsem před provedením samotného výzkumného šetření nebyla v užším kontaktu s organizacemi zaměřujícími se na péči o lidi se schizofrenií, kvantitativní metoda sběru dat pro mě představuje vhodnou metodu pro můj výzkum. Dalším důvodem je také to, že lidé se schizofrenií většinou nemusí být moc důvěřiví vůči cizím lidem a udělat rozhovor s několika z nich by bylo pro mě velmi obtížné. Rozhovor by rovněž nemusel být příjemný ani pro pacienty se schizofrenií, jelikož téma partnerských vztahů a založení rodiny je poměrně citlivé a pacienti by mohli odmítnou sdělit informace o jejich aktuální situaci na toto téma či by toto téma mohlo vzbudit rozpaky. Z důvodů vyjmenovaných výše jsem proto zvolila dotazníkové šetření. Dotazník nebyl pro pacienty na vyplnění složitý a zabralo jim minimum času. Jako velkou výhodu dotazníků spatřuji v anonymitě, která byla, vzhledem k cílům mého výzkumu, velmi důležitá.

#### 3.1.1 Cíl výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je nastínit situaci lidí se schizofrenií v oblasti partnerských vztahů a rodiny. Zjistit, jakým způsobem schizofrenie ovlivňuje partnerský vztah a následné

rozhodnutí o založení rodiny. Jaké překážky musí lidé se schizofrenií v partnerských vztazích překonávat či zda se obávají založení vlastní rodiny. Jakým způsobem funguje partnerský vztah a zda lidé se schizofrenií získávají dostatečné pochopení a podporu ze strany partnera či partnerky.

V rámci tohoto výzkumného šetření jsem stanovila následující výzkumné otázky:

**Výzkumná otázka č. 1:** Žijí lidé se schizofrenií v partnerských vztazích?

- a. Pomáhá člověku se schizofrenií jeho partner/partnerka?
- b. Jaké musí člověk se schizofrenií ve vztahu překonávat překážky?
- c. Respektuje partner/partnerka schizofrenii u svého partnerky/partnera?
- d. Jakým způsobem funguje partnerský vztah?
- e. Žijí lidé se schizofrenií s partnerem/partnerkou ve společné domácnosti?
- f. Mají lidé se schizofrenií potřebu žít v partnerském vztahu?

**Výzkumná otázka č. 2:** Uvažují lidé trpící schizofrenií o založení rodiny?

- a. Mají lidé se schizofrenií strach ze založení rodiny?
- b. Za jakých podmínek by se lidé se schizofrenií rozhodovali o založení rodiny?

### **3.1.2 Stanovení hypotéz**

V rámci tohoto šetření jsem stanovila následující hypotézy:

**Hypotéza č. 1:** Ženy se schizofrenií žijí ve vztahu častěji než muži se schizofrenií.

**Hypotéza č. 2:** Ženy se schizofrenií žijí častěji sami v domácnosti než muži se schizofrenií.

**Hypotéza č. 3:** Muži se schizofrenií touží po vztahu kvůli sexuálnímu uspokojení častěji než ženy se schizofrenií.

**Hypotéza č. 4:** Ženy se schizofrenií se obávají založení rodiny častěji než muži se schizofrenií.

**Hypotéza č. 5:** Muži se schizofrenií mají častěji potomky než ženy se schizofrenií.

### **3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Základní soubor tvořili lidé trpící schizofrenií. Výběr vzorku byl proveden záměrným kvótním výběrem. Respondenty byli muži i ženy ve věku od 20 do 60 let, průměrný věk respondentů je 39 let. Výzkumu se celkem zúčastnilo 61 respondentů. Muži tvořili 54 % výzkumného souboru, tedy 33. Ženy tvořily 46 %, tedy 28. Nejvíce respondentů, tedy 22, dosáhlo základního vzdělání, druhou nejzastoupenější skupinou byli respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem. Konkrétně se jednalo o pacienty z Psychiatrické nemocnice Bohnice, z Psychiatrické nemocnice Horní Beřkovic a o klienty neziskové organizace Green Doors z.ú. v Praze.

### **3.1.4 Metoda sběru dat**

Jako metodu sběru dat jsem zvolila dotazník, protože jsou jeho výsledky nejnadhěji a nejrychleji zpracovatelné. Také je díky němu možné získat od respondenta více informací najednou. Velkou výhodou dotazníku je, že není časově náročný pro respondenty, jeho vyplnění zabere jen pár minut.

Dotazník jsem vytvořila v tištěné verzi pomocí programu Microsoft Word. Z důvodu snadného vyplňování jsem volila uzavřené otázky, ovšem v několika případech jsem zvolila také otázky otevřené.

Do úvodní části dotazníku jsem vložila 4 faktografické otázky, které se dotazují na základní informace o respondentovi, tj. na jeho pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání a věk, ve kterém mu byla diagnostikována schizofrenie. Celý dotazník jsem rozdělila do 5 částí, podle toho, zda má či nemá respondent partnera/partnerku a zda má či nemá děti. Respondent tedy vyplňoval pouze tři části dotazníku podle jeho současné situace. Celkem dotazník obsahuje 31 otázek.

Před samotným začátkem dotazování jsem dotazník rozdala 3 psychicky zdravým lidem v mém okolí a rovněž pracovníci v neziskové organizaci zaměřující se na péči o jedince postižené schizofrenií a udělala jsem tak předvýzkum, díky kterému jsem získala informace o tom, zda jsou všechny pokládané otázky jasné, srozumitelné a zda sytí hypotézy a cíl výzkumu.

### **3.1.5 Realizace sběru dat**

Dotazníky jsem rozdala v Psychiatrické nemocnici Horní Beřkovice, v Psychiatrické nemocnici Bohnice a v neziskové organizaci Green Doors z.ú. Samotný sběr dat proběhl v období od února do května roku 2020. Celkem jsem rozdala 80 tištěných dotazníků, 61 z nich se mi vrátilo vyplněných. Návratnost dotazníků je tedy 76 %.

### **3.1.6 Grafické znázornění výsledků výzkumného šetření**

V této části práce jsou uvedeny výsledky výzkumu pomocí grafického znázornění a následně komentáře k dotazníkové položce. Vždy je jako první uvedena dotazníková otázka, ve stejném pořadí, jako v dotazníku a poté je uveden graf či tabulka s popisem. Jelikož jsem rozdělila dotazník do pěti částí, tedy na úvodní část dotazníku, část určenou pro lidi se schizofrenií s partnerem/partnerkou a bez něj, čtvrtá a pátá část dotazníku byla určena pro lidi se schizofrenií, kteří mají a nemají vlastní rodinu. Zhodnocení výsledků bude z tohoto důvodu rozděleno stejným způsobem.

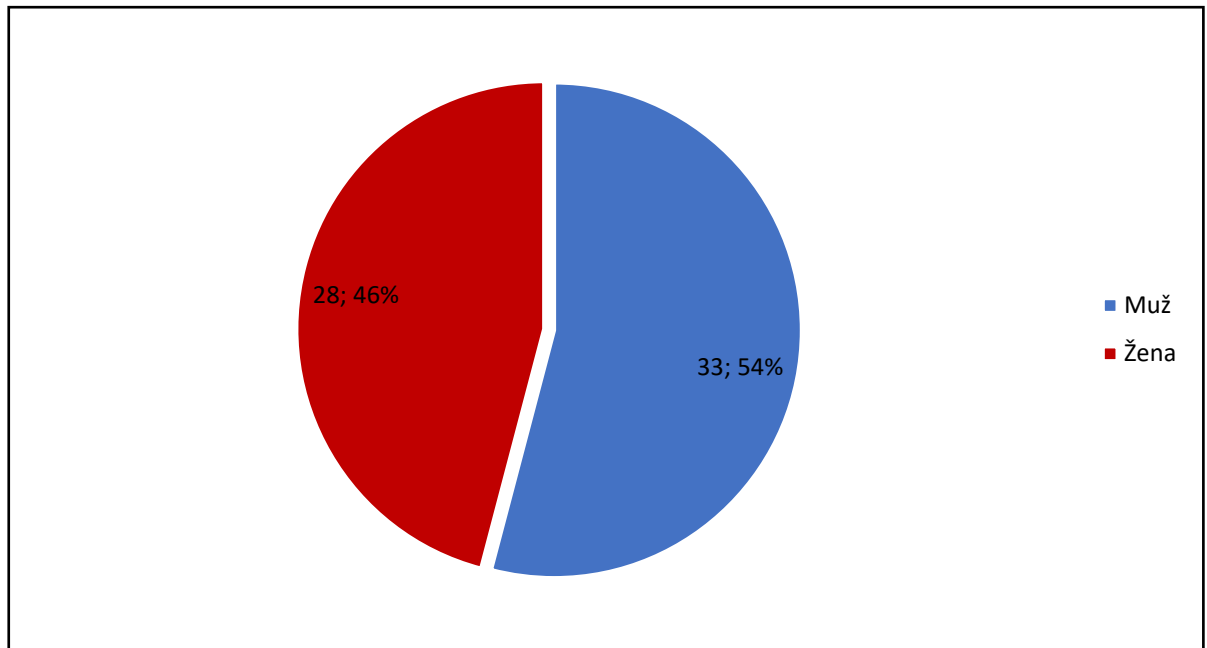
#### **Úvodní část dotazníku**

Tato část dotazníku byla stejná pro všechny respondenty, kteří se výzkumného šetření zúčastnili. Sloužila pro zjištění základních informací o respondentech. Tato část obsahuje 4 otázky.



## Otázka č. 1 – Pohlaví

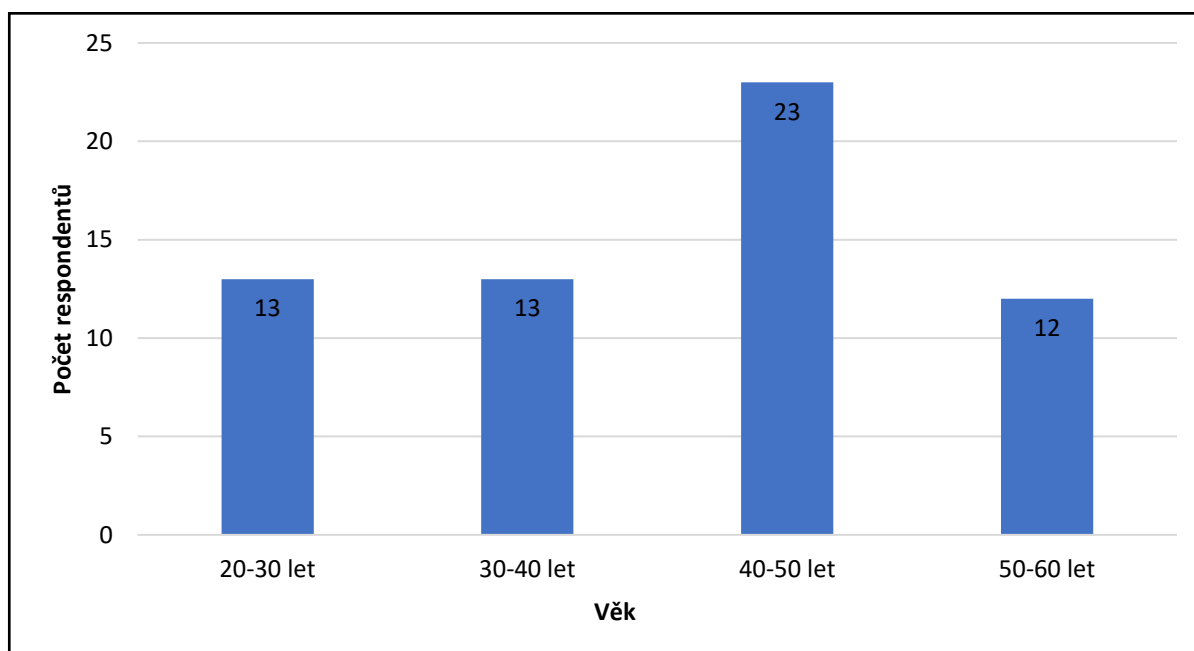
Graf č. 1 - Pohlaví



Výzkumného šetření se celkem zúčastnilo 61 respondentů. Jak je z tohoto grafu patrné 43 % z nich tvořily ženy, tedy 28 respondentů a 33 respondentů, tedy 54 % z nich tvořili muži.

## Otázka č. 2 – Věk

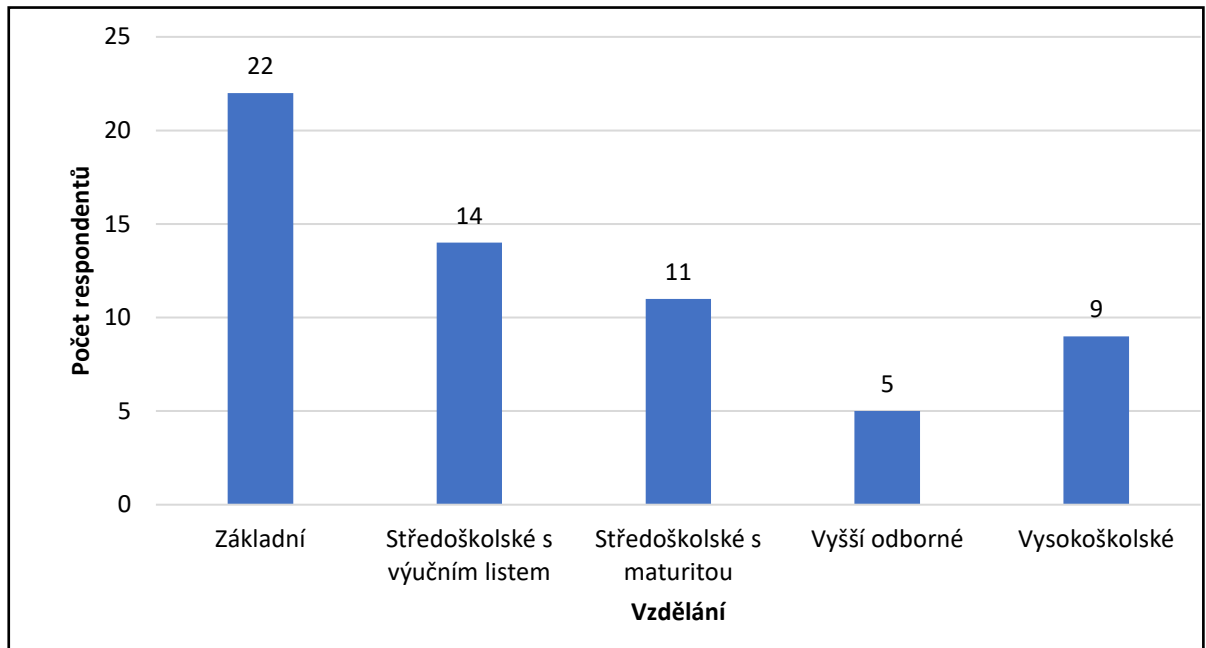
Graf č. 2 - Věk



V této otázce jsem věk respondentů rozdělila do 4 skupin, aby bylo jasně vidět, která věková kategorie ve výzkumném šetření převládá. Jako výstup této otázky můžeme vidět, že nejvíce zastoupenou skupinou ve výzkumném šetření byli respondenti ve věkové kategorii 40 až 50 let. Mezi druhou nejpočetnější skupinu respondentů patří respondenti ve věkové kategorii 30 až 40 let a 20 až 30 let. Nejméně respondentů bylo ve věkové kategorii od 50 do 60 let.

### Otázka č. 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Graf č. 3– Vzdělání



Co se týče vzdělání respondentů, je jasně vidět z grafu, že nejvíce respondentů dosáhlo pouze základního vzdělání (22). Hojně zastoupeni jsou také respondenti se středoškolským vzděláním s výučním listem. Naopak nejméně respondentů dosáhlo vyššího odborného vzdělání či vysokoškolského vzdělání.

#### **Otázka č. 4 – Vzpomenete si, kolik Vám bylo let, když Vám diagnostikovali schizofrenii?**

*Tabulka č. 1 - Věk diagnózy schizofrenie*

Věk	Ženy	Muži
0-14	2	3
15-25	7	14
26-35	10	6
36-45	4	5
46-55	2	1
Nevzpomínám si	2	5

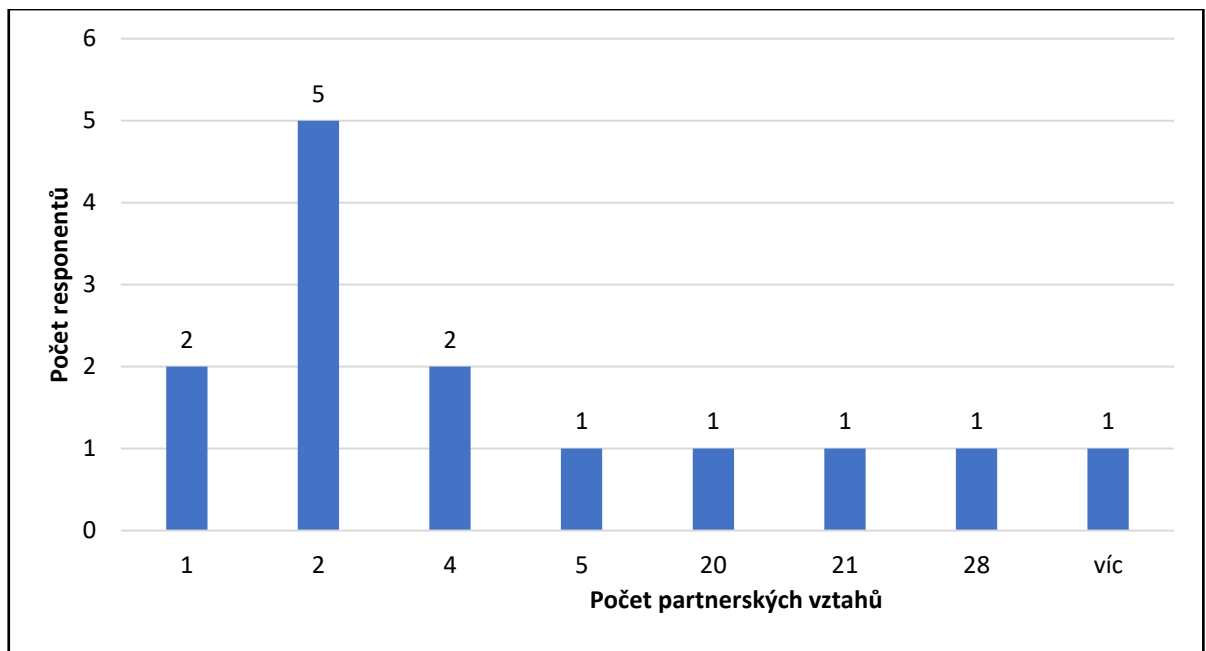
Touto otázkou jsem chtěla zjistit, v kolika letech respondentům byla diagnostikována schizofrenie. Vzhledem k teorii jsem rozdělila věkové rozhraní do několika skupin, aby bylo jasné, ve které věkové skupině jim schizofrenie byla diagnostikována a zda spadají do kategorie, ve které se schizofrenie nejčastěji vyskytuje. Jak je z tabulky patrné, u nejvíce mužů byla schizofrenie diagnostikována ve věku mezi 15 až 25 lety, což odpovídá teorii. Druhou nejvíce obsazenou věkovou skupinou u mužů bylo ve věkovém rozhraní mezi 26 až 35 lety. Nejvíce žen odpovědělo, že jim byla schizofrenie diagnostikována mezi 26 až 35 lety života, což také odpovídá teorii. Druhým nejvíce zastoupeným věkovým rozhraním u žen je mezi 15 až 25 lety. Ovšem nejméně respondentům byla schizofrenie diagnostikována mezi 46 až 55 lety.

## Druhá část dotazníku

Tato část dotazníku byla určena pouze respondentům, kteří mají partnera či partnerku. Pouze 14 respondentů má partnera/partnerku. Proto tuto část zodpovědělo pouze 14 respondentů.

### Otázka č. 5 – Kolik jste měl/a partnerských vztahů?

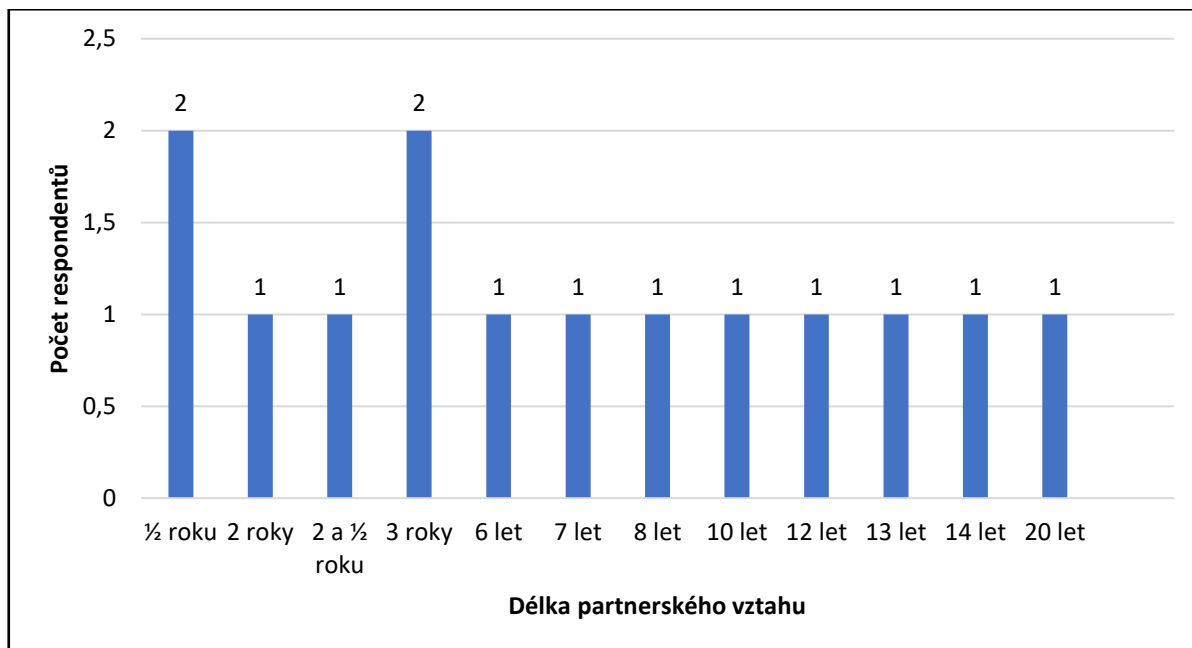
Graf č. 4 – Počet partnerských vztahů



Touto otázkou jsem chtěla od respondentů zjistit, kolik měli partnerských vztahů. Z grafu vyplývá, že nejvíce respondentů mělo 2 partnerské vztahy. Ve výzkumu se také naopak objevili respondenti, kteří měli 20 a více partnerských vztahů. Jeden respondent neuvedl v odpovědi přesné číslo, nýbrž odpověděl slovně a to slovem „víc“. V průměru vychází na jednoho respondenta 7 partnerských vztahů.

## Otázka č. 6 – Jak dlouho Váš vztah trvá?

Graf č. 5 – Délka partnerského vztahu

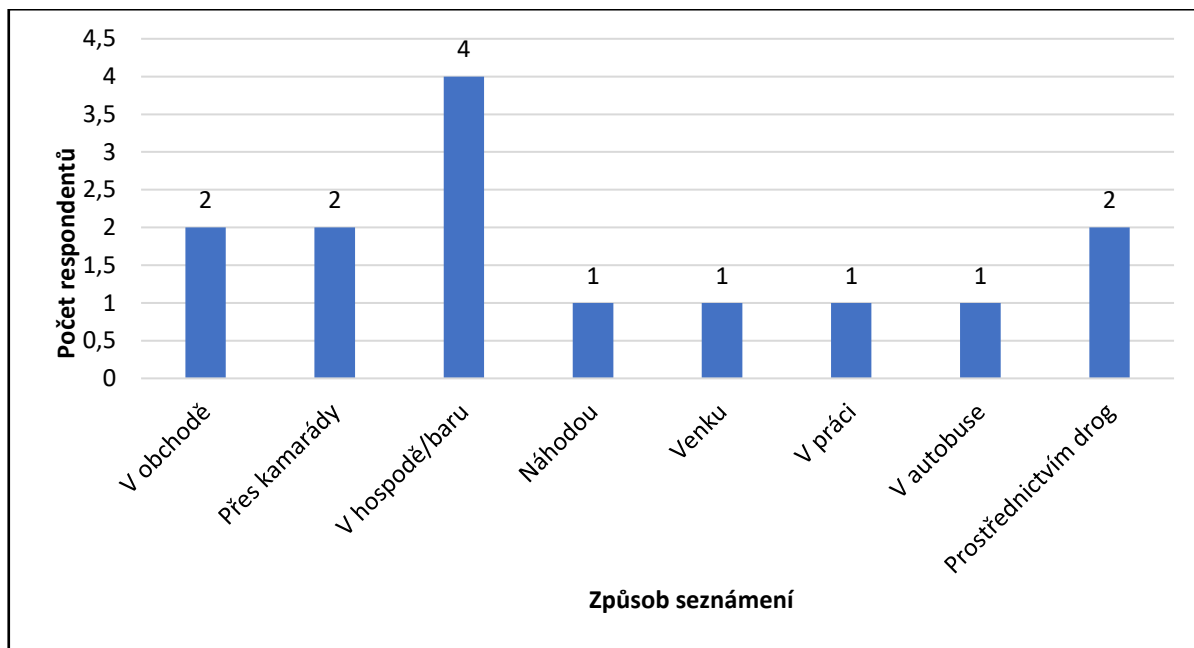


Tento graf zobrazuje, po jakou dobu respondent udržuje s partnerem či partnerkou partnerský vztah. Odpovědi respondentů na tuto otázku se velmi různily. Pouze 2 respondenti uvedli stejnou dobu trvání partnerského vztahu, jedná se o vztah v délce půl roku a 3 roky.

Z grafu je rovněž patrné, že 5 respondentů je v dlouhodobém vztahu, to jest v délce 10 let a více.

## Otázka č. 7 – Jak jste se seznámili?

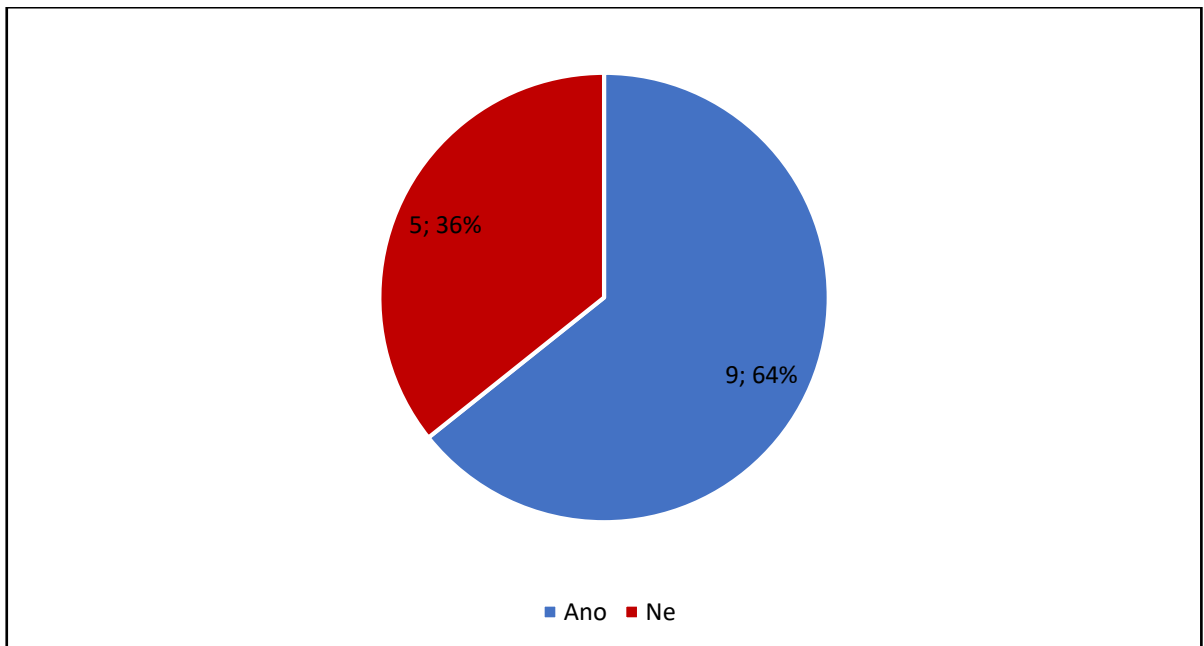
Graf č. 6– Seznámení s partnerem/partnerkou



Tato otázka se týkala seznámení respondentů s jejich partnerem či partnerkou. Jak je z grafu patrné, nejvíce respondentů poznalo svou polovičku v baru či v hospodě. Naopak nejmenší zastoupení zde mají respondenti, kteří jako místo seznámení uvedli autobus, venkovní prostředí či seznámení při práci. Jeden respondent uvedl, že se svou partnerkou či partnerem se seznámil náhodou. Vždy dva respondenti dále uvedli, že partnera poznali prostřednictvím pomoci kamarádů, v obchodě či při užívání drog.

## Otázka č. 8 – Je Vám Váš partner oporou?

Graf č. 7- Opora v partnerovi/partnerce

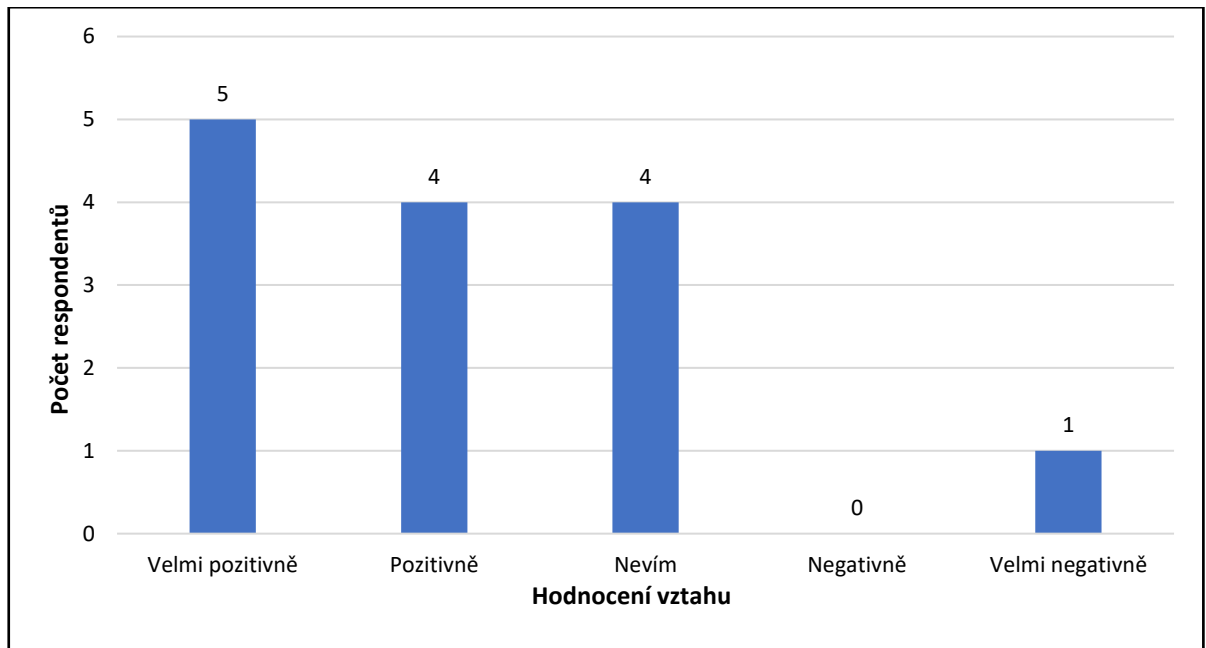


Ve vývoji a růstu každého člověka hraje opora jeho okolí velmi důležitou roli. Pro lidi trpící psychickými poruchami, zejména tak závažnými jako je schizofrenie, hraje potřeba podpory ještě signifikantnější roli. A to zejména z důvodu podpory při samotné léčbě a následně při návratu psychicky nemocných jedinců zpět do běžného života. Jak je z grafu patrné, 64 % respondentů uvedlo, že jim je partner/partnerka oporou. Naopak 36 % respondentů uvedlo, že jim partner/partnerka oporou není.



### Otázka č. 9 – Jak byste hodnotil/a svůj současný vztah?

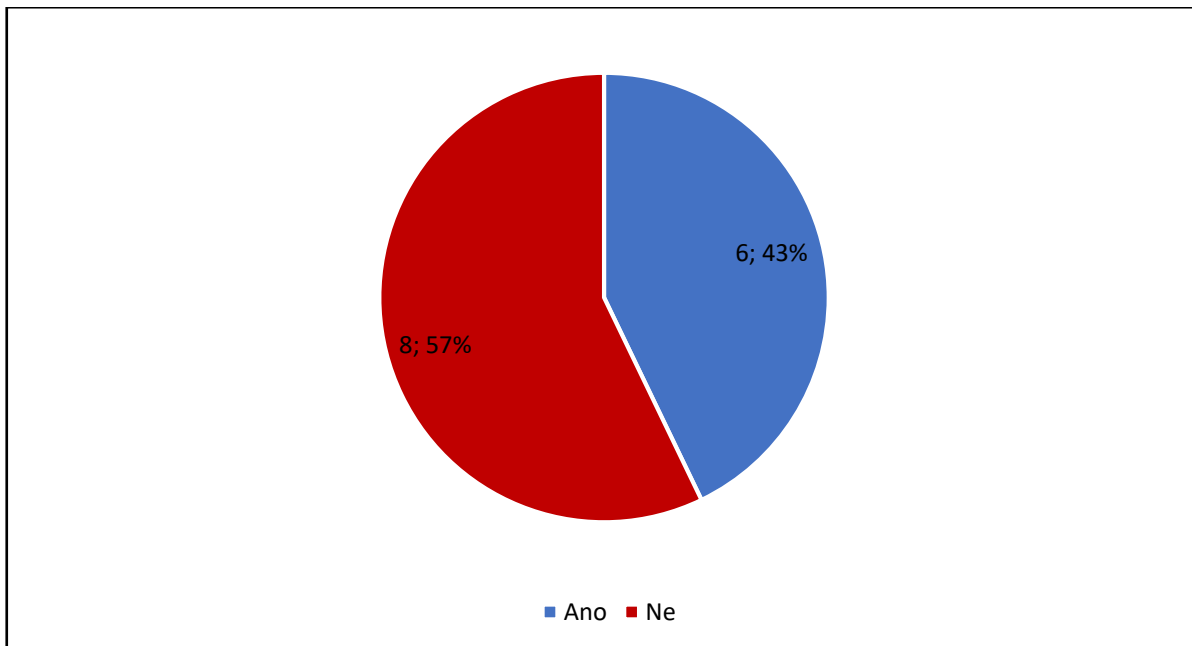
Graf č. 8– Hodnocení vztahu



Cílem této otázky bylo zjistit postoj respondentů k jejich současnému vztahu, jako ho sami vnímají a jak svůj současný vztah s partnerem hodnotí, zda kladně či negativně. Nejvíce respondentů zhodnotilo svůj partnerský vztah velmi pozitivně, druhým nejvíce zastoupeným hodnocením je hodnocení „pozitivní“ či „nevím“. Pouze jeden respondent uvedl, že partnerský vztah hodnotí velmi negativně.

### Otázka č. 10 – Potýkáte se s problémy ve vztahu kvůli Vaší nemoci?

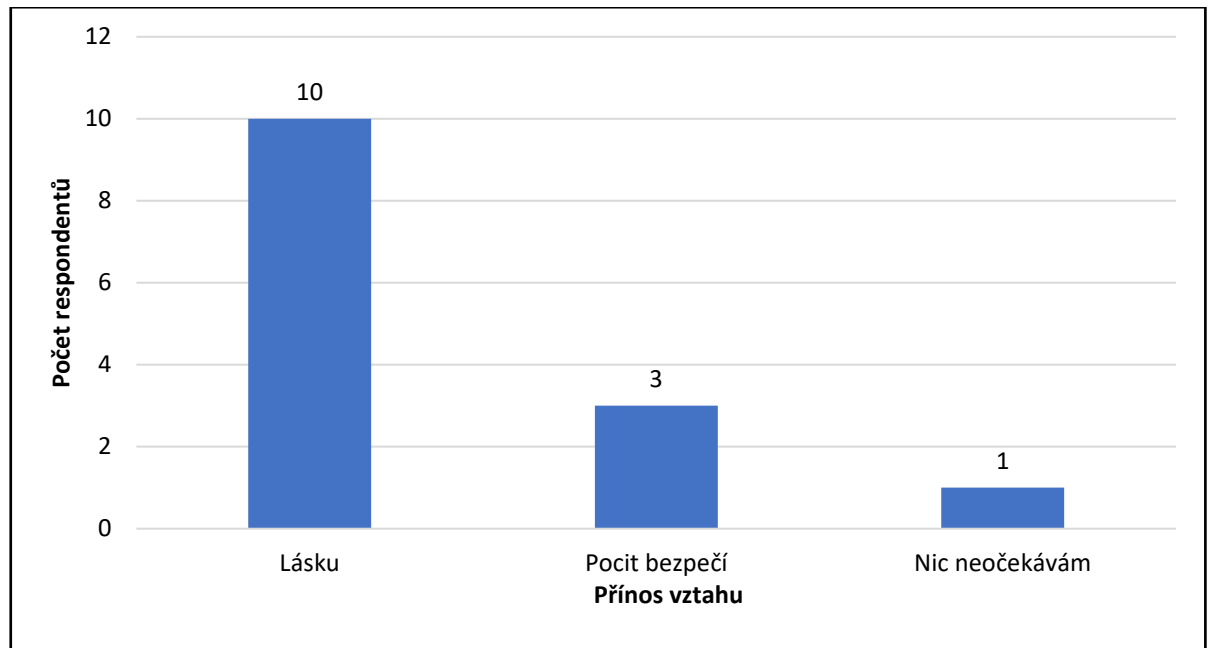
Graf č. 9– Problémy ve vztahu



Tato otázka se respondentů dotazovala, zda se v partnerském vztahu potýkají s problémy kvůli své nemoci. Výsledky této otázky jsou celkem vyrovnané, jak je z grafu patrné, 57 % respondentů odpovědělo, že se nepotýkají s problémy ve vztahu plynoucí z jejich nemoci, naopak 43 % respondentů se s takovými problémy potýká. Mezi problémy ve vztahu s člověkem se schizofrenií můžeme zařadit nízkou emocionální podporu, problémy s komunikací. V rámci komunikace může mít člověk se schizofrenií tendence stranit se ostatním lidem a je poté velmi složité s ním samotnou komunikaci navázat.

### Otázka č. 11 – Co očekáváte, že Vám vztah přinese?

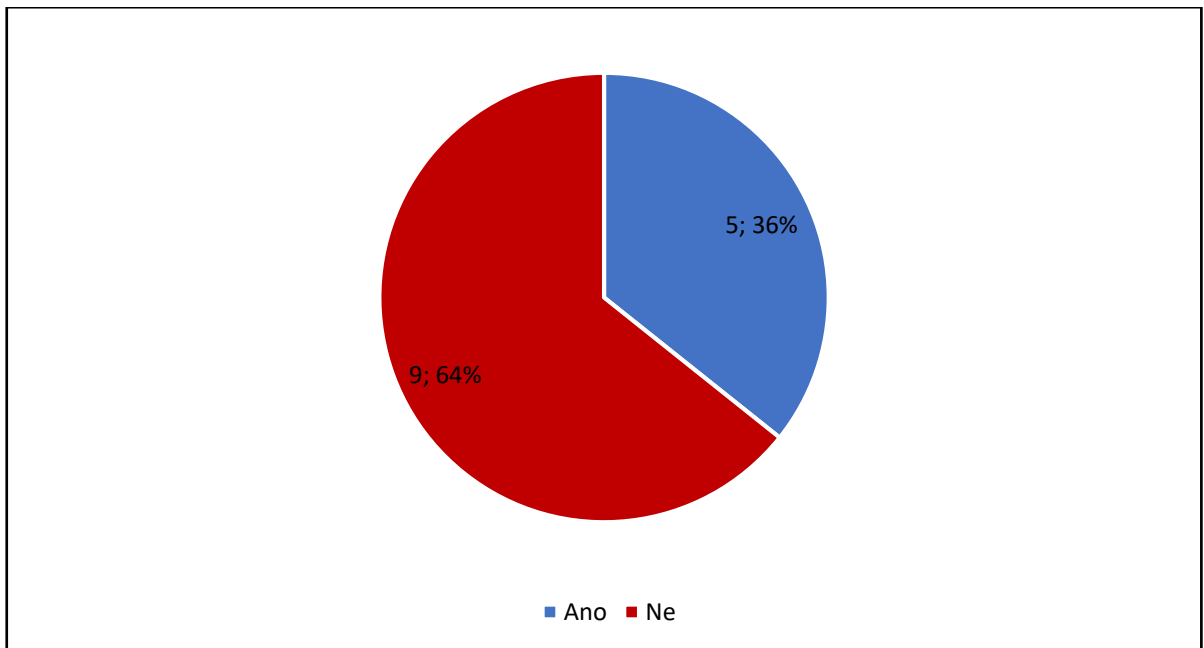
Graf č. 10– Přínos vztahu



Tento graf poukazuje na skutečnost, že se většina respondentů shodla v tom, co očekávají, že jim vztah přinese. Podle grafu 71 % respondentů očekává, že jim partnerský vztah přinese lásku. Druhou nejčtenější odpovědí respondentů bylo, že od vztahu očekávají navození pocitu bezpečí. Jeden respondent od partnerského vztahu nic neočekává.

## Otázka č. 12 – Žijete s partnerem/partnerkou ve společné domácnosti?

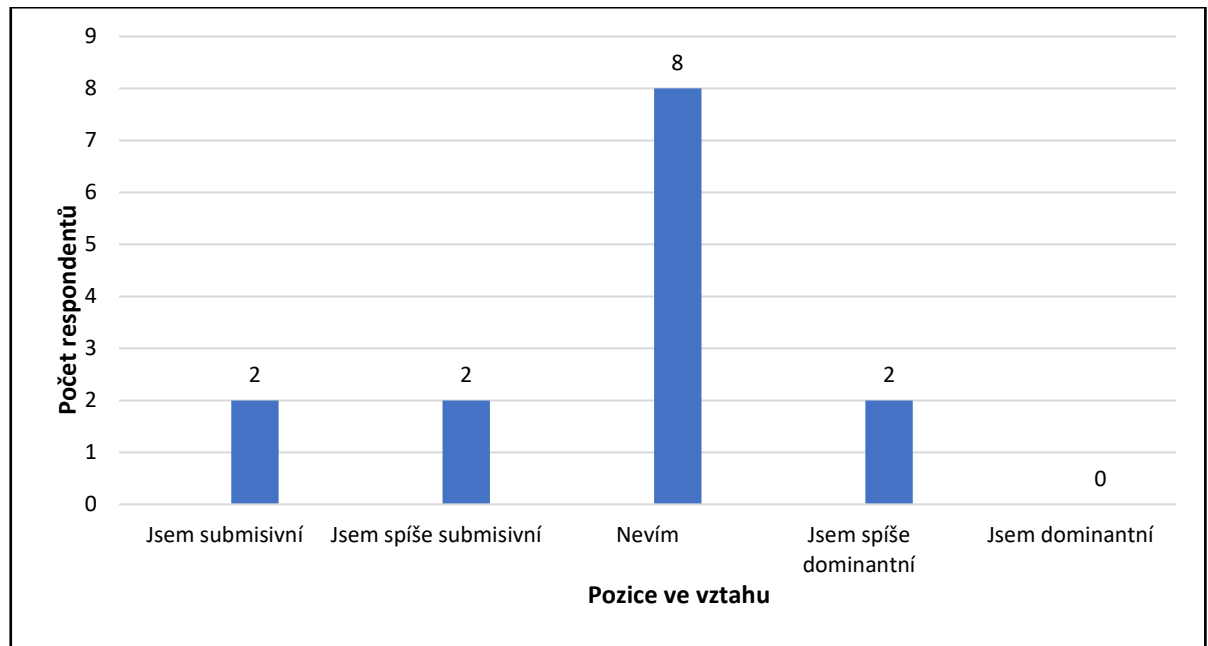
Graf č. 11– Společná domácnost s partnerem/partnerkou



Jak je patrné z tohoto grafu, více než 50 % respondentů nežije s partnerem či partnerkou ve společné domácnosti. Vzhledem k tomu, že výzkumné šetření bylo prováděno ve dvou psychiatrických nemocnicích, může být tato situace způsobena tím, že jsou respondenti hospitalizováni. Samotná hospitalizace zpravidla trvá několik měsíců a může se několikrát opakovat, podle momentálního stavu psychicky nemocného jedince.

### Otázka č. 13 – Jaká je Vaše pozice ve vztahu?

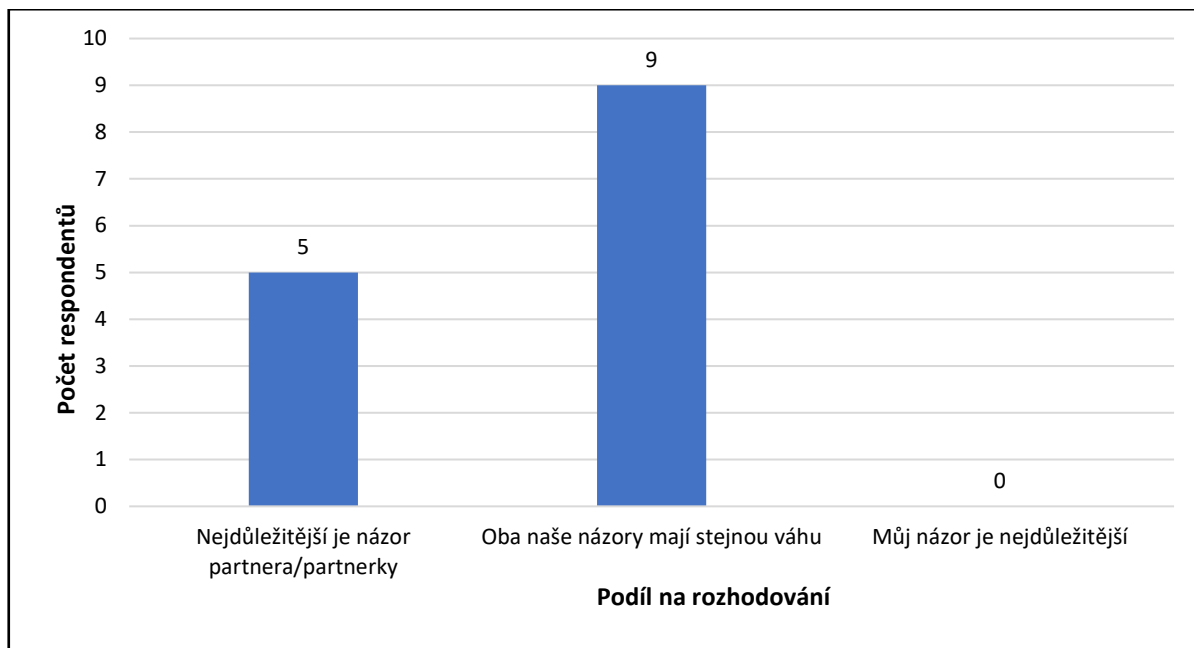
Graf č. 12– Pozice ve vztahu



Touto otázkou jsem od respondentů chtěla získat informace o tom, jaká je jejich pozice ve vztahu. Respondenti měli odpovědět, zda jsou ve vztahu spíše pasivní či naopak zda jsou dominantnější než jejich partner/partnerka. Jak ukazuje graf, nejvíce respondentů nevědělo, jak mají na tuto otázku odpovědět. Je možné, že otázka pro ně byla složitější, i přesto, že u otázky byla uvedena vysvětlivka. Nicméně další odpovědi respondentů byly vyrovnané, jak je vidět v grafu.

## Otázka č. 14 – Jak se podílíte na rozhodování důležitých věcí ve vztahu?

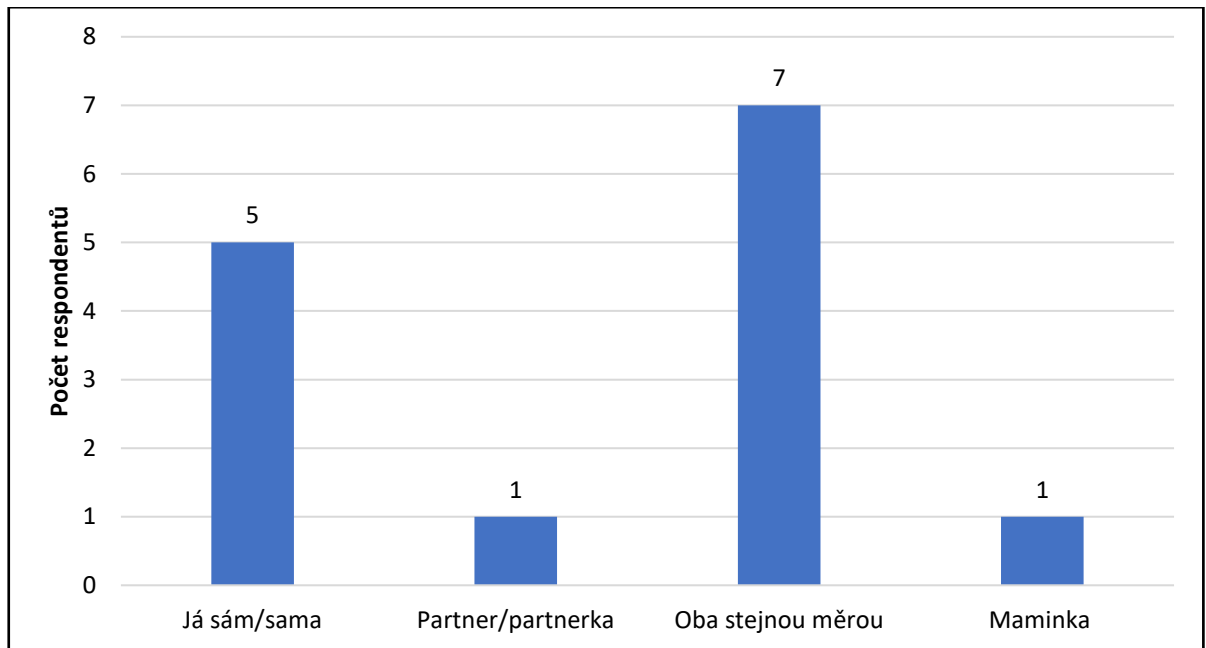
Graf č. 13– Podíl rozhodování ve vztahu



Tento graf zobrazuje, jakým způsobem se respondenti podílí na rozhodování důležitých věcí ve vztahu. Cílem otázky bylo zjistit, zda respondenti názorům svých partnerů přikládají vyšší či stejnou váhu jako těm svým. Graf poukazuje na skutečnost, že nejvíce respondentů považuje svůj i partnerův či partnerčin názor za rovnocenný. Naopak 5 respondentů uvedlo, že názor jejich partnera či partnerky považují za podstatnější než svůj.

### Otázka č. 15 – Kdo z vás se stará o každodenní chod domácnosti?

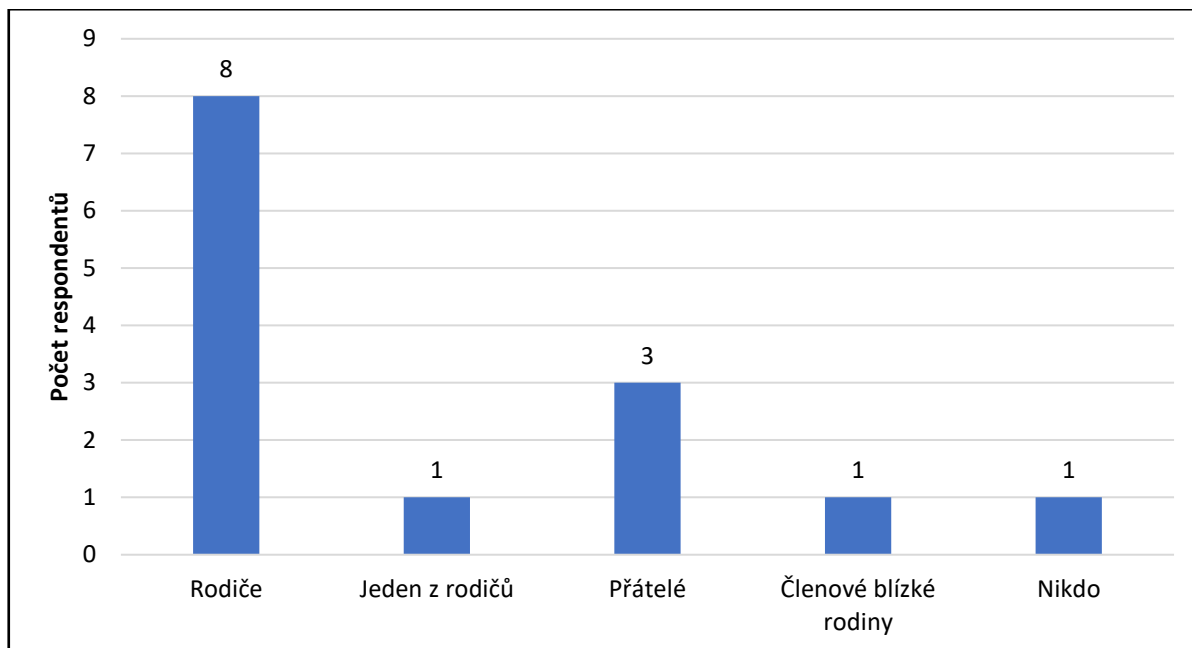
Graf č. 14– Starost o chod domácnosti



Jak je možné vidět z tohoto grafu, nejvíce respondentů se stará o chod domácnosti společně se svým partnerem. Ovšem výsledek této otázky je v rozporu s grafem č. 12, ve kterém pouze 5 respondentů odpovědělo, že sdílí společnou domácnost se svým partnerem či partnerkou. Druhou nejčastější odpovědí na tuto otázku byla, že se respondenti o chod domácnosti starají sami.

## Otázka č. 16 – Kdo je pro Vás po partnerovi/partnerce největší oporou?

Graf č. 15 - Opora



Tato otázka měla za úkol zjistit, kdo je po partnerovi či partnerce pro respondenta největší oporou. Pro nejvíce respondentů jsou největší oporou jejich rodiče. Rodiče hrají v životě jedince velmi důležitou roli, jsou prvními osobami, na které se člověk ihned po narození upne a má s nimi specifické pouto. Druhou nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že jsou pro respondenty největší oporou jejich přátelé. Jeden respondent uvedl, že v nikom jiném, než v partnerovi/partnerce oporu nemá.

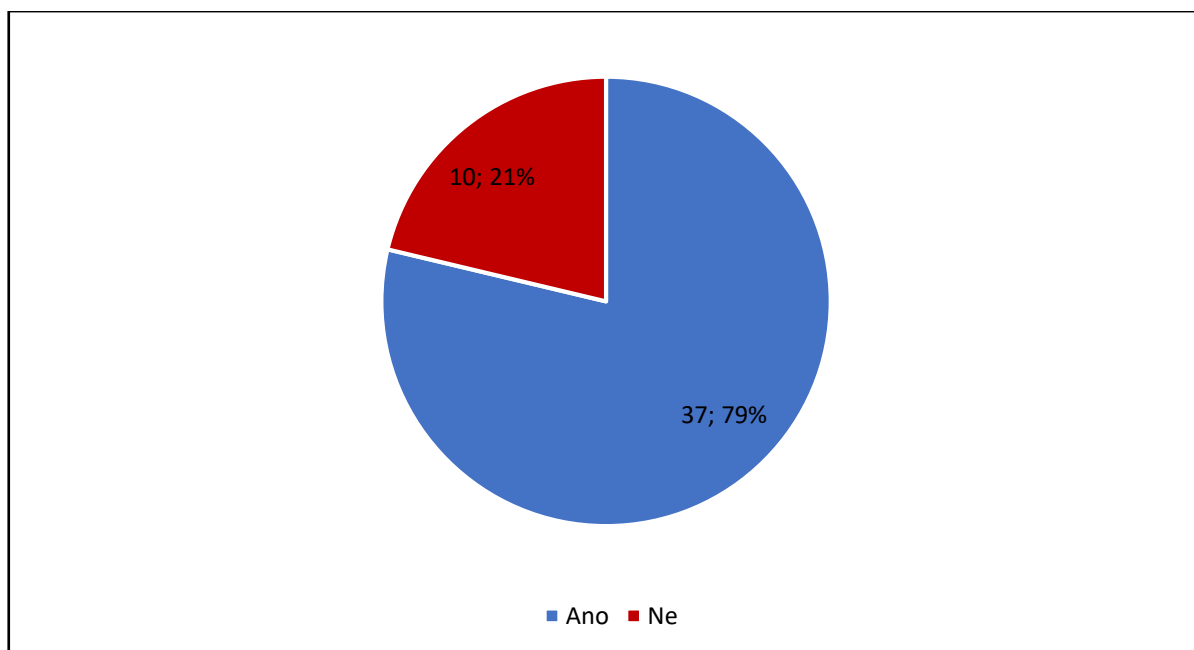


### Třetí část dotazníku

Tato část dotazníku byla zaměřena na respondenty, kteří v současné době nemají partnera/partnerku. Tuto část dotazníku vyplnilo celkem 47 respondentů.

#### **Otázka č. 17 – Měl/a jste někdy partnera/partnerku?**

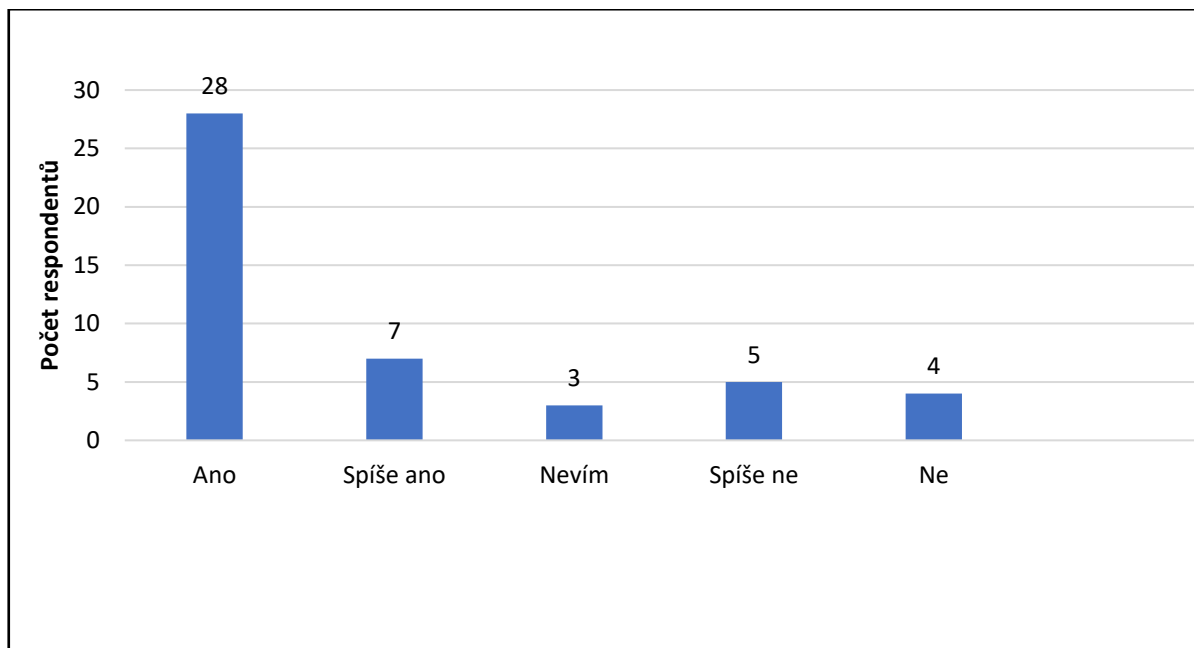
*Graf č. 16– Partner/partnerka*



Tato otázka směřovala na respondenty, kteří v době výzkumného šetření neměli partnera/partnerku. Jak je patrné z grafu, 79 % respondentů uvedlo, že někdy partnera či partnerku měli. Naopak 21 % respondentů nikdy partnera či partnerku nemělo.

## Otázka č. 18 – Chtěl/a byste žít v partnerském vztahu?

Graf č. 17– Život v partnerském vztahu

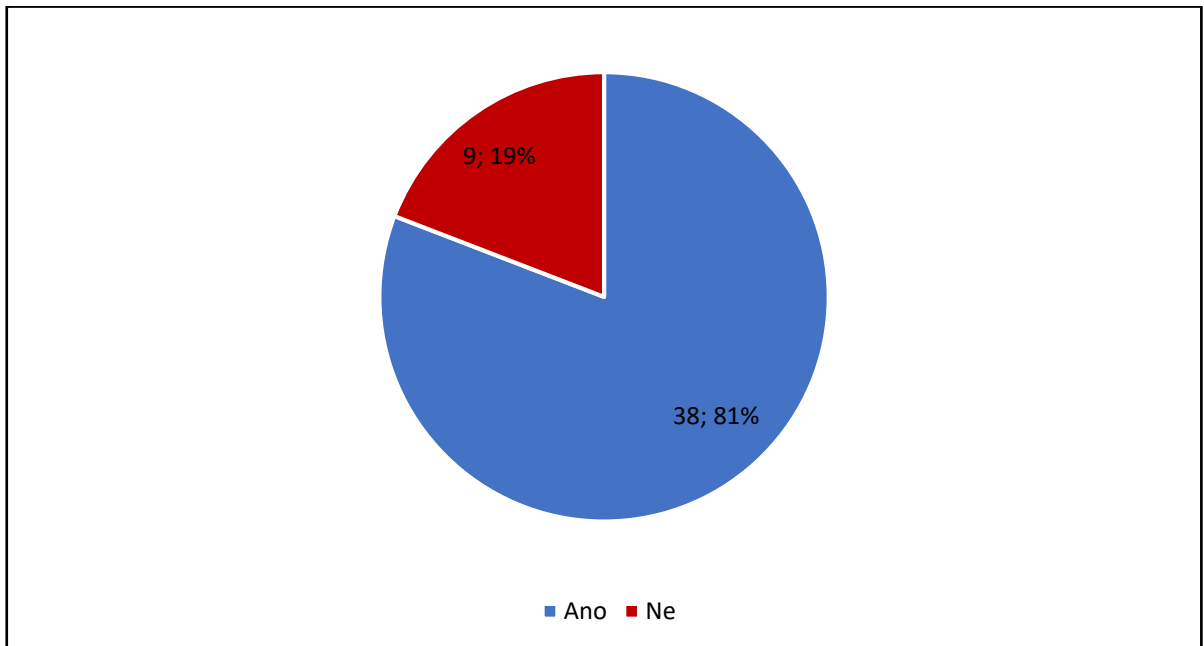


Cílem otázky bylo zjistit, zda mají respondenti zájem žít v partnerském vztahu. Většina respondentů, tedy 28 ze souboru, odpovědělo kladně. 7 respondentů se vyjádřilo k této otázce odpovědí spíše ano. Naopak 4 respondenti by v partnerském vztahu žít nechtěli a dalších 5 respondentů uvedlo, že by v partnerském vztahu spíše nechtěli být. Dále 3 respondenti uvedli, že neví, zda chtějí či nechtějí žít v partnerském vztahu. Tato otázka je téměř totožná s otázkou č. 5 – Chtěl/a byste mít partnera/partnerku? Ovšem odpovědi těchto dvou otázek se lehce odchyľují. U otázky č. 5 odpovědělo 39 respondentů, že by chtěli mít partnera či partnerku, ovšem u otázky č. 2 odpovědělo 35 respondentů, že by chtěli žít v partnerském vztahu. Podobně je to u odpovědi, že by nechtěli žít v partnerském vztahu či by nechtěli mít partnera/partnerku. Tato odchylka může být způsobena tím, že u této otázky měli respondenti na výběr z více odpovědí a mohli tak vybrat odpověď, která lépe vyjadřuje jejich momentální názor na to, zda by chtěli žít v partnerském vztahu. Také mohla být tato odchylka

způsobena tím, že respondenti mohli vidět rozdíl mezi životem v partnerském vztahu a tím mít partnera či partnerku.

**Otázka č. 19 – Zpozoroval/a jste někdy, že se do Vás někdo zamiloval?**

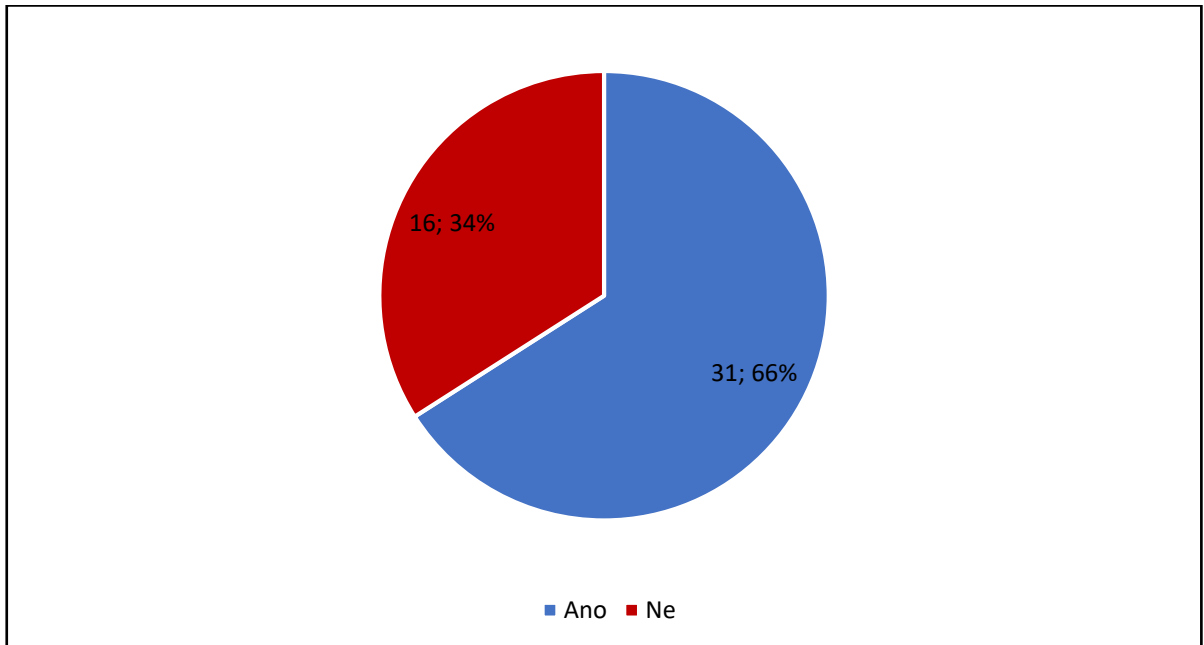
*Graf č. 18– Pocit zamilovanosti*



Touto otázkou jsem chtěla zjistit, zda respondenti někdy zpozorovali zájem o svou osobu jedincem druhého pohlaví, tedy zda se do nich někdo zamiloval. Na tuto otázku odpovědělo kladně 81 % respondentů. Naopak 19 % respondentů uvedlo, že nikdy nemělo takový pocit či to nikdy nezpozorovalo.

**Otázka č. 20 – Máte vedle sebe člověka, o kterého se můžete vždy opřít/svěřit se mu a který Vás vždy rád vyslechne?**

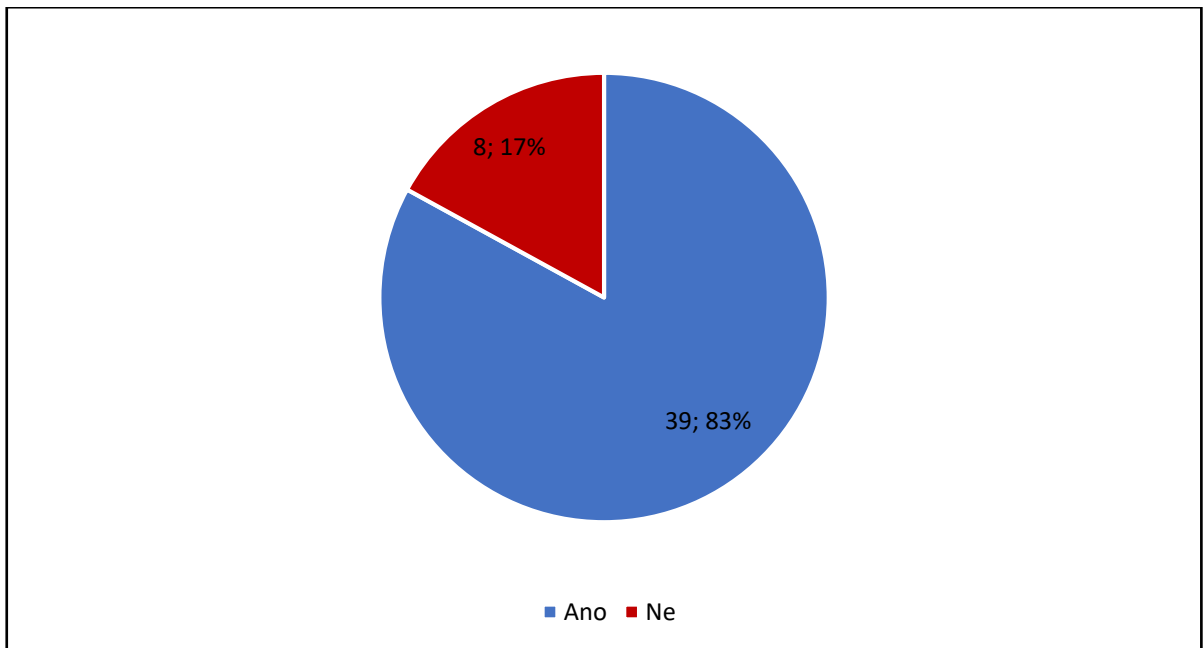
*Graf č. 19 - Opora*



Cílem této otázky bylo zjistit skutečnost, zda má respondent ve svém okolí člověka, o kterého se může opřít, kterému důvěřuje či u kterého najde oporu. Kladně odpověděla více než polovina respondentů, tedy 66 %. Naopak přes 30 % respondentů uvedlo, že ve svém okolí nemá nikoho, u koho by mohli hledat pomoc či oporu.

### Otázka č. 21 – Chtěl/a byste mít partnera/partnerku?

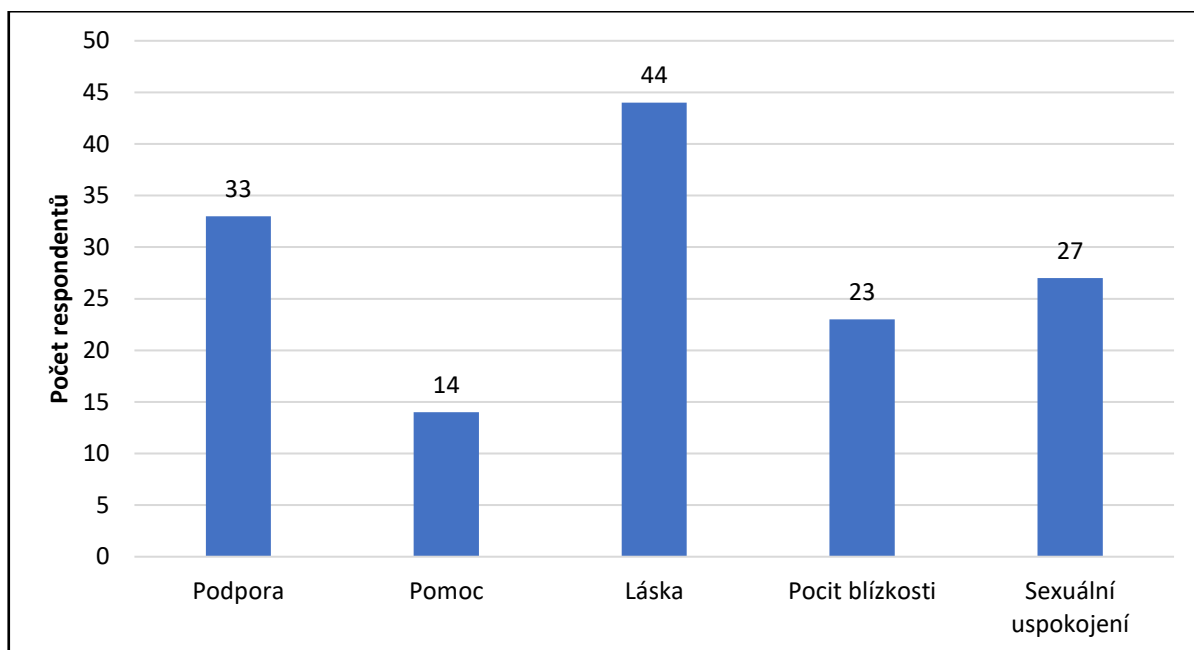
Graf č. 20– Potřeba partnera/partnerky



Tento graf zobrazuje odpovědi respondentů na otázku, zda by chtěli mít partnera či partnerku. Na tuto otázku zodpověděly kladně tři čtvrtiny respondentů. Naopak pouze 17 % respondentů uvedlo, že mít partnera či partnerku nechtějí.

## Otázka č. 22 – Z jakého důvodu byste chtěl/a mít partnera/partnerku?

Graf č. 21– Důvod potřeby partnera/partnerky



V této otázce měli respondenti vybrat tři nejdůležitější důvody, kvůli kterým by chtěli mít partnera či partnerku, na výběr měli celkem z 5 možností. Nejvíce respondentů uvedlo, že partnera či partnerku chtějí mít z důvodu pocítění lásky, druhou nejzastoupenější odpovědí bylo, že od svého partnera či partnerky chtějí pocit podpory. Celkem 27 respondentů by chtělo mít partnera/partnerku z důvodu sexuálního uspokojení.

### Otázka č. 23 – Co myslíte, že by Vám vztah mohl přinést?

Tabulka č. 2 - Přínos vztahu

Přínos vztahu:	Četnost odpovědí:
Lásku	6
Lepší život	4
Blízkost druhého člověka	3
Děti	3
Spokojenost	3
Podporu	3
Jistotu	2
Návrat do normálního života	2
Pohodu	2
Štěstí	2
Volnost	2
Pomoc	2
Důvěru	2
Rodinu	2
Pocit bezpečí	2
Nevím	2
Porozumění	1
Klid	1
Vítězství	1
Peníze	1
Průser	1

Tato tabulka zobrazuje shrnutí odpovědí respondentů na otázku, co si myslí, že by jim partnerský vztah mohl přinést. Odpovědi na tuto otázku byly opravdu rozmanité, přes pocity porozumění, bezpečí, štěstí až po přínosu vlastní rodiny a lepšího života. Ovšem nejvíce

respondentů by chtělo, aby jim vztah přinesl lásku. Jak vyplývá z předchozích odpovědí, pro většinu respondentů hraje láska ve vztahu velmi důležitou roli. Další nejvíce zastoupenou odpovědí bylo, že by díky partnerovi či partnerce mohli mít lepší život a mohli by mít vlastní děti a rodinu.

### Otázka č. 24 – Jaký by měl být Vás partner/partnerka?

Tabulka č. 3 - Charakteristiky partnera/partnerky

Hodnocení	1 Nejvíce vystihující	2 Spíše vystihující	3 Neutrální postoj	4 Spíše nevystihující	5 Nejméně vystihující
Společenský/á	26	8	10	1	2
Empatický/á, aby dokázal/a pochopit mé pocity	24	14	7	1	1
Hezký/á	30	10	3	2	2
Inteligentní	33	11	1	1	1
Měl/a by mít smysl pro humor, aby mě dokázal/a rozesmát	31	12	3	1	0
Hodný/á a laskavý/á	35	9	0	2	1
Věrný/á	38	4	3	1	1
Upřímný/á	34	7	5	1	0
Měl/a by umět dělat kompromisy	29	8	6	2	2
Tolerantní, aby bral/a ohledy na mé onemocnění	35	6	3	2	1

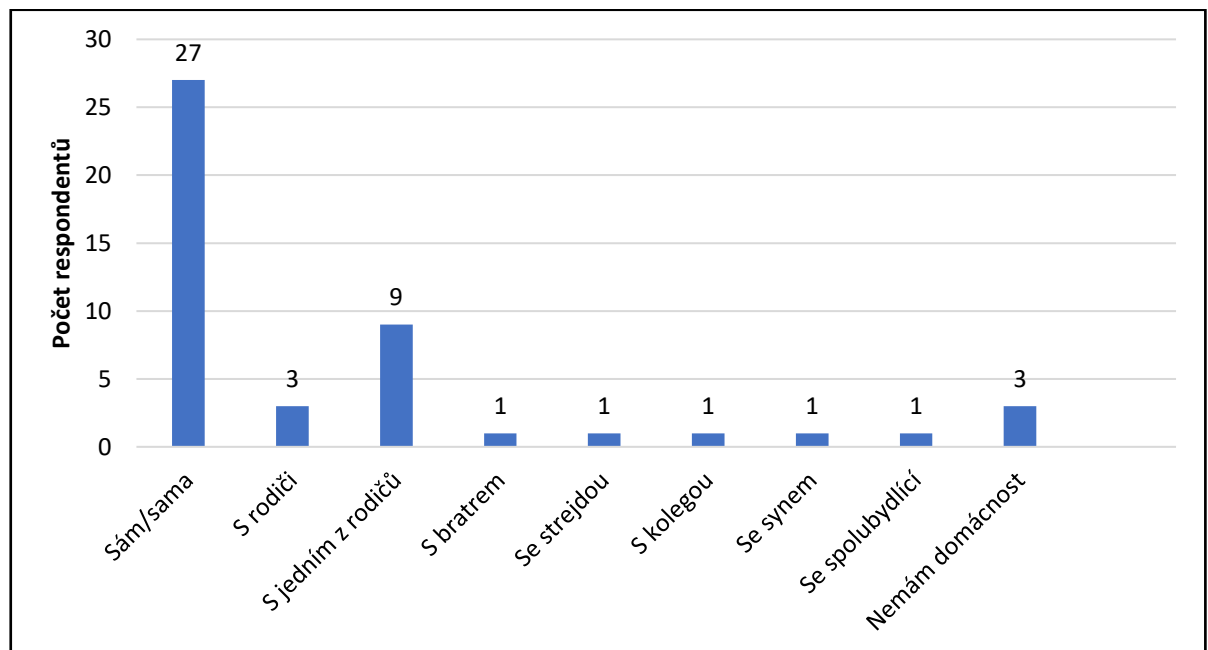
Tato otázka se zaměřovala na charakteristiky, které by partner či partnerka měl/a splňovat. K hodnocení jednotlivých charakteristik jsem stanovila škálu od 1 do 5, přičemž 1 je nejvíce vystihující, 2 je spíše vystihující, 3 je neutrální postoj, 4 je spíše nevystihující a 5 je nejméně vystihující. Jak je patrné z tabulky, nejvíce respondentů, celkem 38, požaduje, aby byl jejich



partner/partnerka věrný/á. Mezi další nejvíce vystihující charakteristiky respondenti zařadili, aby byl partner/partnerka tolerantní, hodný/á a laskavý/á, inteligentní a v neposlední řadě by měl/a mít smysl pro humor.

### Otázka č. 25 – S kým žijete v domácnosti?

Graf č. 22- Domácnost



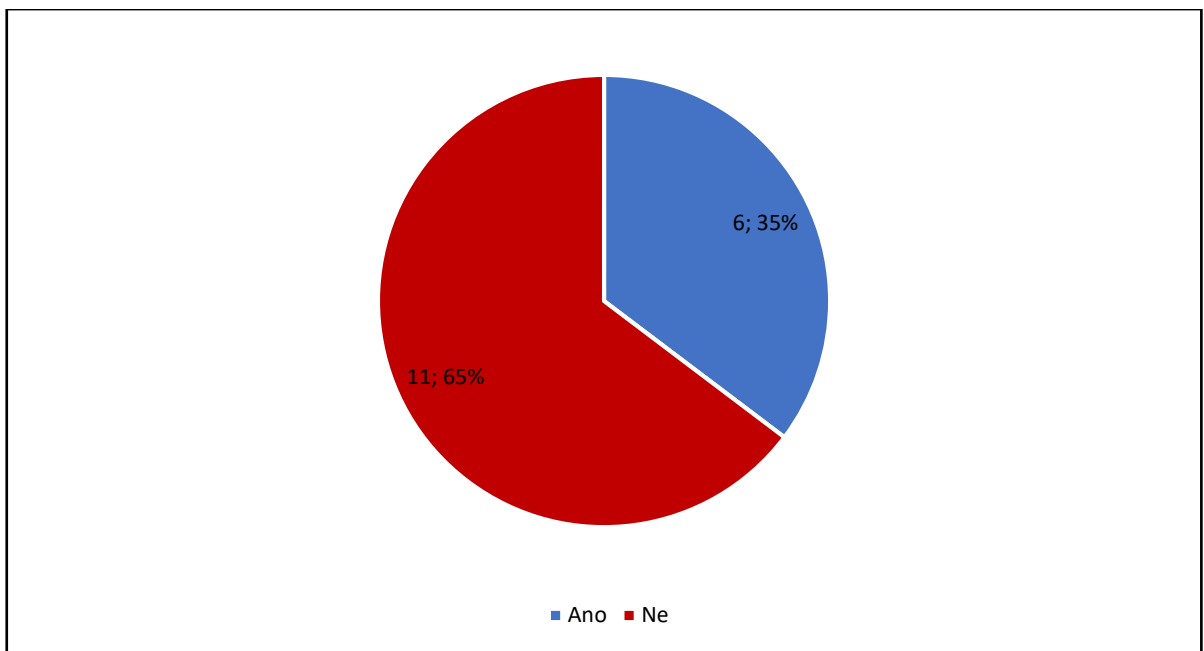
Cílem této otázky bylo zjistit, s kým respondent sdílí společnou domácnost. Jak si můžete z grafu všimnout, většina respondentů žije v domácnosti sama. Dále 9 respondentů uvedlo, že žijí v jedné domácnosti s jedním z rodičů. 3 respondenti odpověděli, že nemají vlastní domácnost. Důvodem může být, že kvůli nemoci přišli o práci a ve svém okolí nemají člověka, který by jim byl ochotný pomoci či u kterého by mohli hledat oporu.

### Čtvrtá část dotazníku

Tato část dotazníku byla určena pro respondenty, kteří mají děti. Z celkového počtu respondentů uvedlo, že má děti 17 z nich. Tato část obsahovala 3 otázky.

#### **Otázka č. 26 – Věděl/a jste o své nemoci v době, kdy jste zakládal/a rodinu?**

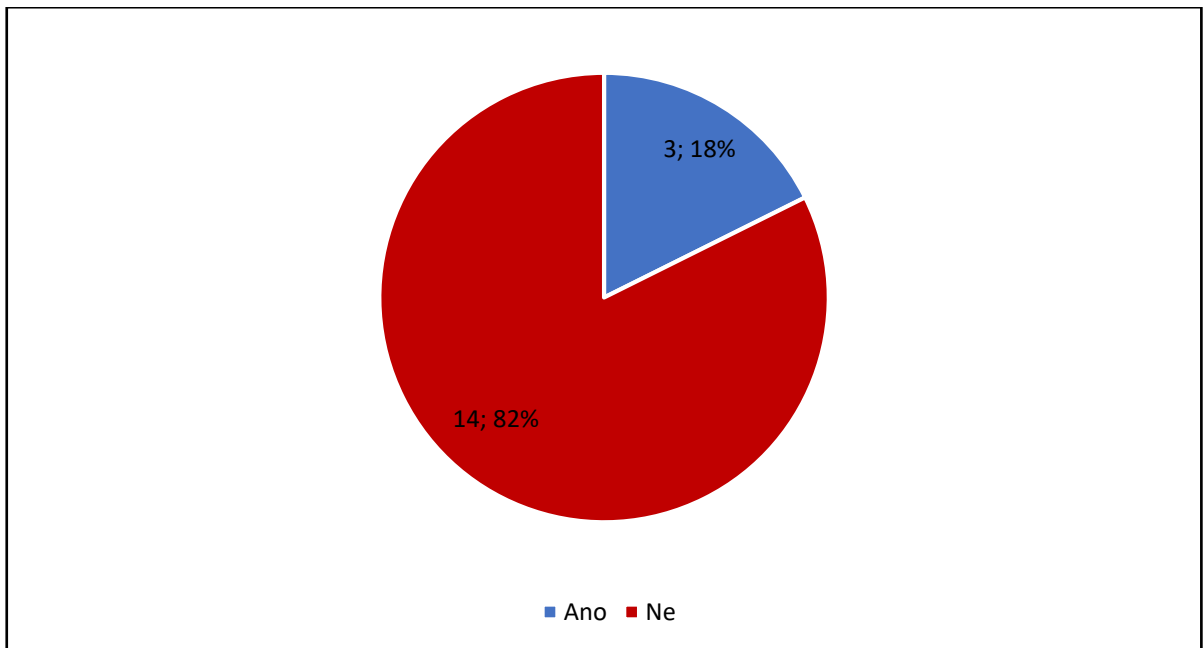
*Graf č. 23– Vědomí o nemoci v době zakládání rodiny*



Cílem této otázky bylo zjistit, zda respondenti již věděli o svém nemoci v době, kdy se snažili o založení rodiny. Tímto jsem také chtěla zjistit, zda se obávali dědičnosti své nemoci na potomky, která je rozvedena v dalším grafu. Více než polovina respondentů odpověděla záporně na tuto otázku, tedy že o své nemoci v době zakládání rodiny nevěděla. 35 % respondentů uvedlo, že si byli své nemoci vědomi.

### Otázka č. 27 – Obával/a jste se založení rodiny?

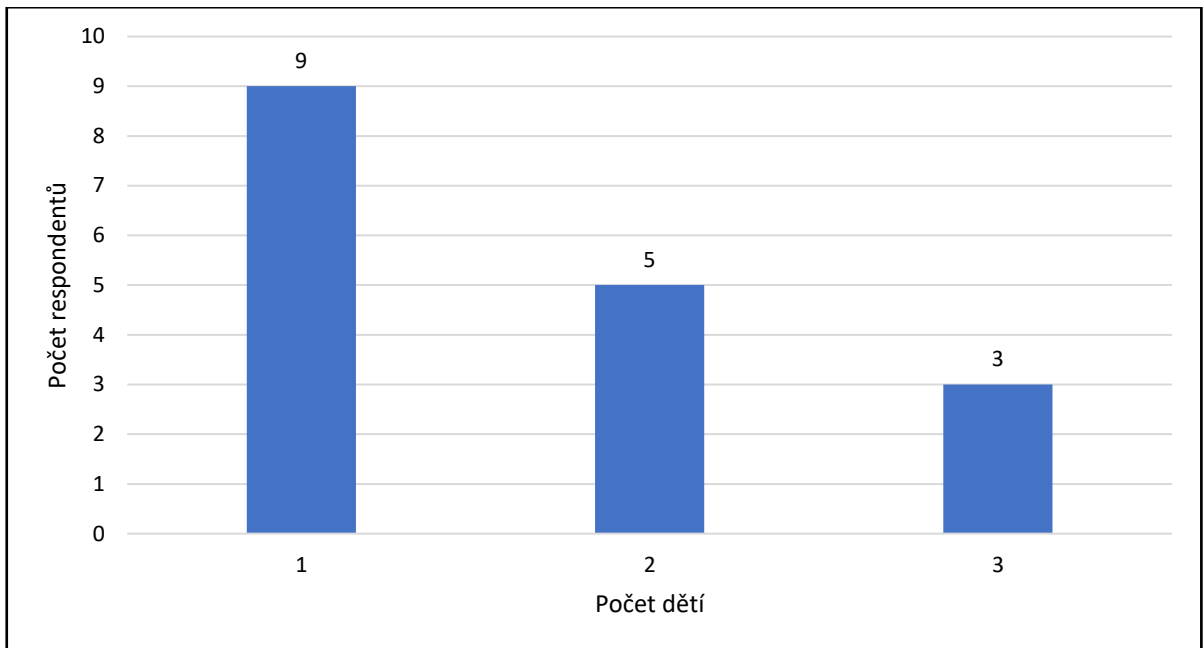
Graf č. 24– Strach ze založení rodiny



V návaznosti na předešlou otázku jsem chtěla zjistit, zda se respondenti obávali založení rodiny z důvodu dědičnosti své nemoci či neschopnosti zajištění řádného chodu domácnosti při svém zdravotním stavu se schizofrenií. Na tuto otázku odpověděla negativně téměř tři čtvrtina respondentů, celkem 87 %. Naopak pouze 13 % respondentů se potýkalo se strachem ze založení rodiny.

## Otázka č. 28 – Kolik máte dětí?

Graf č. 25– Počet dětí



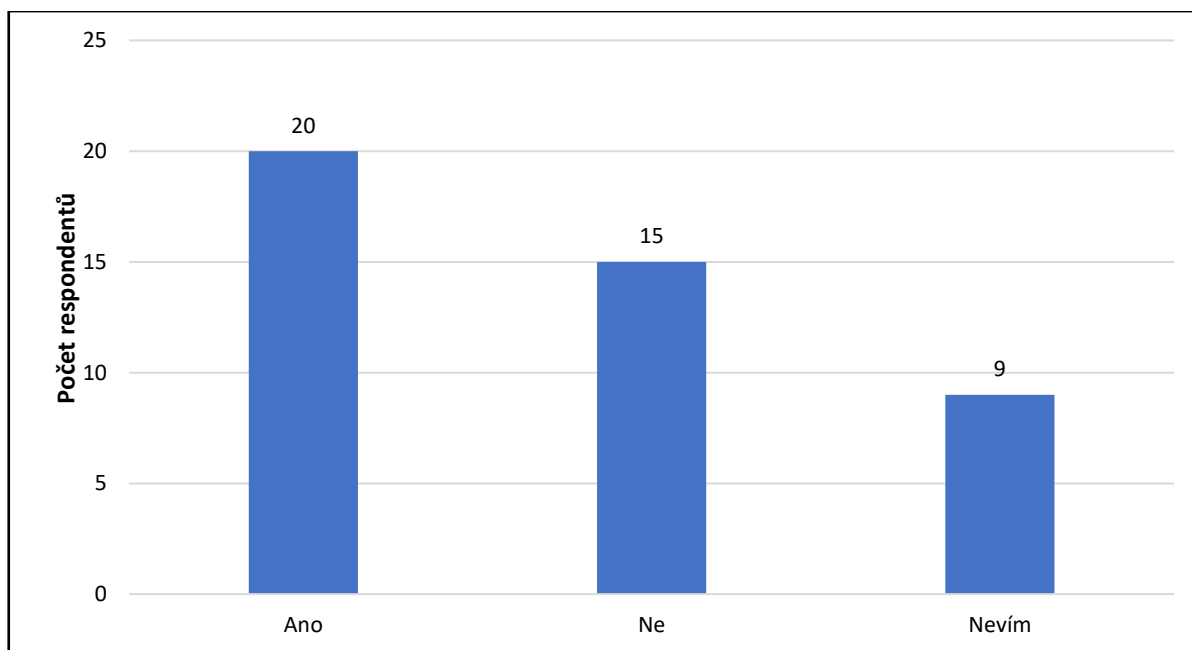
Touto otázkou jsem od respondentů chtěla zjistit, kolik mají potomků. Jak je patrné z tohoto grafu, nejvíce respondentů má jedno dítě. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou respondenti mající 2 děti a tři respondenti odpověděli, že mají děti 3.

## Pátá část dotazníku

Poslední část dotazníku byla určena respondentům, kteří nemají děti, děti nemá celkem 44 respondentů. V této části byli pouze dvě otázky.

### **Otázka č. 29 – Plánujete rodinu?**

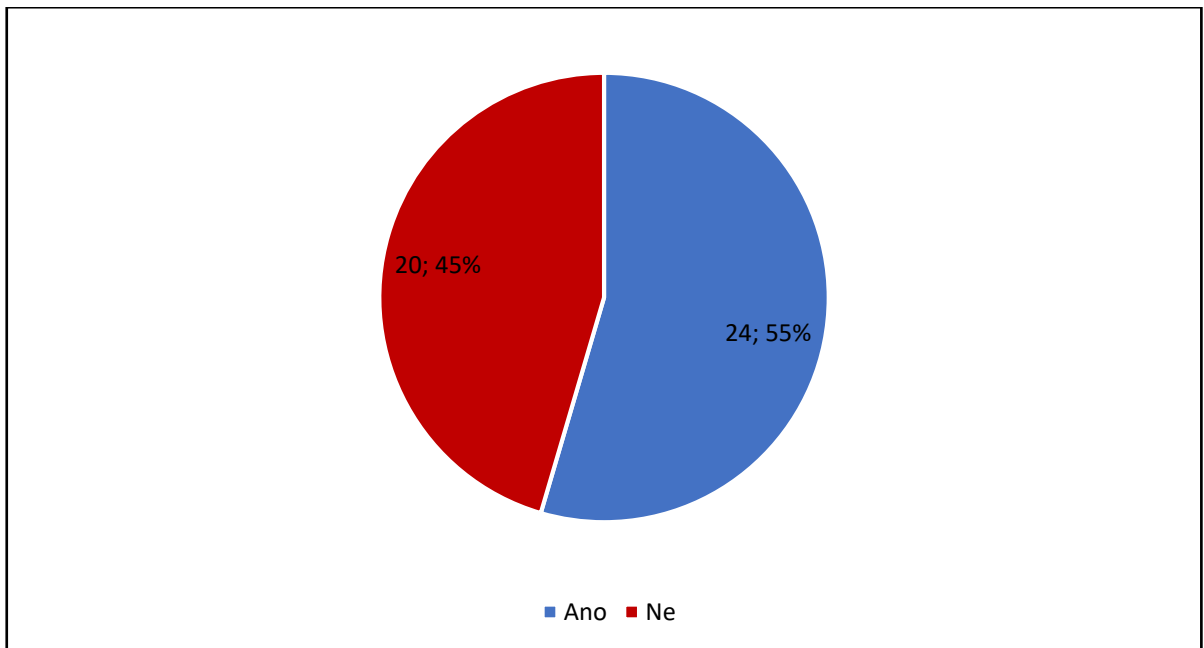
*Graf č. 26– Plán rodiny*



Tato otázka získala od respondentů informace o tom, zda do budoucnosti plánují založení vlastní rodiny či nikoliv. Většina respondentů uvedla, že plánují založení rodiny. Na druhou stranu, 15 respondentů uvedlo, že rodinu neplánují, což může být způsobeno strachem plynoucím z jejich nemoci, který je více rozebrán v následujícím grafu č. 27. Pouze 9 respondentů neví, zda by chtěli či nechtěli vlastní rodinu.

**Otázka č. 30 – Máte obavy ze založení rodiny plynoucí z Vaší nemoci?**

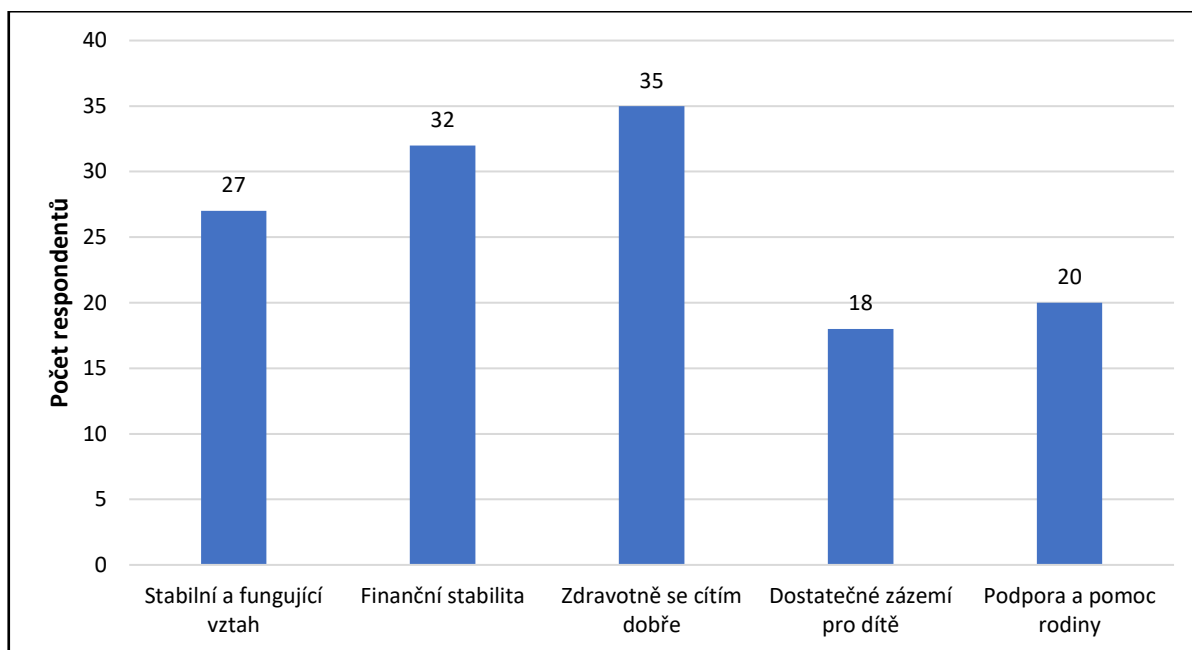
*Graf č. 27- Obavy ze založení rodiny*



Tento graf zobrazuje, zda mají respondenti obavy ze založení rodiny plynoucí z jejich rodiny. Výsledky této otázky jsou celkem vyrovnané, odpovědi se lišily pouze o 4 respondenty. Více respondentů, tedy 55 %, se obává založení rodiny kvůli své nemoci. Naopak 45 % se neobává založení rodiny.

### Otázka č. 31 - Za jakých okolností byste uvažoval/a o založení rodiny?

Graf č. 28- Okolnosti založení rodiny



Touto otázkou jsem od respondentů chtěla získat informace o tom, za jakých okolností by uvažovali o založení vlastní rodiny. Respondenti měli na výběr z pěti odpovědí a každý respondent vybral tři pro něho nejvíce vystihující odpovědi. Nejvíce respondentů, tedy 35, uvedlo, že by uvažovali o založení rodiny v případě, kdy by se cítili zdravotně dobře. Druhou nejzastoupenější odpovědí bylo, že by o založení rodiny uvažovali v případě finanční stability. Třetí nejčtenější odpověď představuje situace, kdy má respondent stabilní a fungující vztah.

#### 3.1.7 Statistické ověření hypotéz

K ověření hypotéz jsem použila chí-kvadrát test pro kontingenční tabulky. Jak uvádí Chráska, test dobré shody chí-kvadrát začíná formulací nulové a alternativní hypotézy. Nulová hypotéza je předpoklad, že mezi sledovanými jevy není vztah. Naopak hypotéza alternativní je

předpoklad, že mezi sledovanými jevy vztah je.<sup>43</sup> Po stanovení nulové a alternativní hypotézy jsem vytvořila tabulky zobrazující pozorované a očekávané četnosti, pomocí kterých jsem následně spočítala testové kritérium (TK) a kritickou hodnotu (KH). Poté jsem porovнала TK s KH, a na základě tohoto srovnání jsem přijala či zamítla nulovou případně alternativní hypotézu.

P – pozorovaná četnost

$$TK = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

O – očekávaná četnost

### **Hypotéza č. 1**

Tato hypotéza se váže ke shrnutí, zda mají či nemají respondenti partnera/partnerku.

H<sub>10</sub>: Ženy se schizofrenií žijí v partnerském vztahu stejně často jako muži se schizofrenií.

H<sub>1A</sub>: Ženy se schizofrenií žijí častěji v partnerském vztahu než muži se schizofrenií.

*Tabulka č. 4 - Pozorované četnosti H1*

Pohlaví	Žijící ve vztahu		Celkem
	ano	ne	
ženy	7	21	28
muži	7	26	33
Celkem	14	47	61

<sup>43</sup> CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika, str. 65. ISBN 978-80-247-5326-3.



Tabulka č. 5 - Očekávané četnosti H1

Pohlaví	Žijící ve vztahu	
	ano	ne
ženy	6,4262	21,5738
muži	7,5738	25,4262

Na základě pozorovaných a očekávaných četností jsme vypočítali testové kritérium a poté kritickou hodnotu. Hladinu významnosti jsme zvolili  $\alpha = 0,05$ .

$$TK = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

$$TK = 0,1228$$

$$KH = \chi^2_{0,95}(1) = 3,84$$

Testové kritérium nepřekročilo kritickou hodnotu. Zamítáme hypotézu alternativní, přijímáme nulovou hypotézu.

**Hypotéza č. 1 nebyla potvrzena.** Odpovědi respondentů se významně statisticky neliší, nelze tedy předpokládat, že ženy se schizofrenií žijí v partnerském vztahu častěji než muži se schizofrenií.

### **Hypotéza č. 2**

Tato hypotéza se váže k otázce č. 12: *Žijete s partnerem/partnerkou ve společné domácnosti?*  
A k otázce č. 25: *S kým žijete v domácnosti?*

H<sub>20</sub>: Ženy se schizofrenií žijí stejně často sami v domácnosti jako muži se schizofrenií.

H<sub>2A</sub>: Ženy se schizofrenií žijí častěji sami v domácnosti než muži se schizofrenií.

Tabulka č. 6 - Pozorované četnosti H2

Pohlaví	Žijící sami		Celkem
	ano	ne	
ženy	13	15	28
muži	14	19	33
Celkem	27	34	61

Tabulka č. 7 - Očekávané četnosti H2

Pohlaví	Žijící sami	
	ano	ne
ženy	12,3934	15,6066
muži	14,6066	18,3934

Na základě tabulek pozorovaných a očekávaných četností jsme vypočítali testové kritérium a následně také kritickou hodnotu. Hladinu významnosti jsme zvolili  $\alpha = 0,05$ .

$$TK = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

$$TK = 0,0985$$

$$KH = \chi^2_{0,95}(1) = 3,84$$

Testové kritérium nepřekročilo kritickou hodnotu, zamítáme hypotézu alternativní, přijímáme hypotézu nulovou.

**Hypotéza č. 2 nebyla potvrzena.** Odpovědi respondentů se významně statisticky neliší. Nelze tedy předpokládat, že ženy se schizofrenií žijí častěji sami v domácnosti než muži se schizofrenií.

### **Hypotéza č. 3**

Hypotéza se váže k otázce č. 11: *Co očekáváte, že Vám vztah přinese?* A k otázce č. 22: *Z jakého důvodu byste chtěl/a mít partnera/partnerku?*

H3<sub>0</sub>: Muži ani ženy se schizofrenií netouží po partnerském vztahu jen kvůli sexuálnímu uspokojení.

H3<sub>A</sub>: Muži se schizofrenií touží po partnerském vztahu kvůli sexuálnímu uspokojení častěji než ženy se schizofrenií.

*Tabulka č. 8 - Pozorované četnosti H3*

Pohlaví	Toužící po sexuálním uspokojení		Celkem
	ano	ne	
ženy	5	23	28
muži	14	19	33
Celkem	19	42	61

*Tabulka č. 9 - Očekávané četnosti H3*

Pohlaví	Toužící po sexuálním uspokojení	
	ano	ne
ženy	8,7213	19,2787
muži	10,2786	22,7213

Na základě tabulek pozorovaných a očekávaných četností jsme vypočítali testové kritérium a kritickou hodnotu. Hladinu významnosti jsme zvolili  $\alpha = 0,05$ .

$$TK = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

$$TK = 4,2629$$

$$KH = \chi^2_{0,95}(1) = 3,84$$

Testové kritérium překročilo hranici kritické hodnoty, proto zamítáme nulovou hypotézu. Abychom mohli přijmout hypotézu alternativní, je třeba porovnat pozorované četnosti s očekávanými. Na základě tohoto porovnání přijímáme alternativní hypotézu.

**Hypotéza č. 3 byla přijata.** Odpovědi respondentů se významně statisticky liší, lze tedy předpokládat, že muži se schizofrenií touží po partnerském vztahu z důvodu sexuálního uspokojení častěji než ženy se schizofrenií.

#### **Hypotéza č. 4**

Tato hypotéza se váže na otázku č. 27: *Obával/a jste se založení rodiny?* A otázky č. 30: *Máte obavy ze založení rodiny plynoucí z Vaší nemoci?*

H<sub>40</sub>: Ženy i muži se schizofrenií se obávají stejnou měrou založení rodiny.

H<sub>4A</sub>: Ženy se schizofrenií se obávají založení rodiny častěji než muži se schizofrenií.

*Tabulka č. 10 - Pozorované četnosti H4*

Pohlaví	Obávající se založení rodiny		Celkem
	ano	ne	
ženy	18	10	28
muži	12	21	33
Celkem	30	31	61

Tabulka č. 11 - Očekávané četnosti H4

Pohlaví	Obávající se založení rodiny	
	ano	ne
ženy	13,7705	14,2295
muži	16,2295	16,7705

Na základě pozorovaných a očekávaných četností jsme spočítali testové kritérium a následně kritickou hodnotu. Hladinu významnosti jsme zvolili  $\alpha = 0,05$ .

$$TK = \sum \frac{(P-O)^2}{O}$$

$$TK = 4,7251$$

$$KH = \chi^2_{0,95}(1) = 3,84$$

Testové kritérium překročilo kritickou hodnotu. Zamítáme hypotézu nulovou. Abychom mohli přijmout hypotézu alternativní, je třeba porovnat pozorované četnosti s očekávanými četnostmi. Na základě tohoto porovnání přijímáme alternativní hypotézu.

**Hypotéza č. 4 byla přijata.** Odpovědi respondentů se významně statisticky liší, lze tedy předpokládat, že ženy se schizofrenií se obávají založení rodiny častěji než muži se schizofrenií.

### **Hypotéza č. 5**

Tato hypotéza se váže ke shrnutí, zda mají či nemají respondenti vlastní potomky.

H<sub>50</sub>: Ženy i muži se schizofrenií mají ve stejné míře potomky.

H<sub>5A</sub>: Muži se schizofrenií mají častěji potomky než ženy se schizofrenií.

Tabulka č. 12 - Pozorované četnosti H5

Pohlaví	Mající potomky		Celkem
	ano	ne	
ženy	8	20	28
muži	9	24	33
Celkem	17	44	61

Tabulka č. 13 - Očekávané četnosti H5

Pohlaví	Mající potomky	
	ano	ne
ženy	7,8033	20,1967
muži	9,1967	23,8033

Na základě tabulek pozorovaných a očekávaných četností jsme spočítali testové kritérium a kritickou hodnotu. Hladinu významnosti jsme zvolili  $\alpha = 0,05$ .

$$TK = \sum \frac{(P-o)^2}{o}$$

$$TK = 0,0126$$

$$KH = \chi^2_{0,95}(1) = 3,84$$

Testové kritérium nepřekročilo kritickou hodnotu, proto zamítáme hypotézu alternativní a přijímáme hypotézu nulovou.

**Hypotéza č. 5 nebyla potvrzena.** Odpovědi respondentů se významně statisticky neliší, nelze tedy předpokládat, že mají muži se schizofrenií častěji potomky než ženy se schizofrenií.

### 3.1.8 Interpretace výsledků

Tato část se věnuje interpretaci výsledků výzkumného šetření. Budou zde shrnuty výsledky jednotlivých částí dotazníku a poté také výsledky statistického ověření hypotéz. Pro lepší přehlednost zde budu jednotlivá data interpretovat dle 5 částí dotazníku (úvodní část dotazníku, část určená pro lidi se schizofrenií s partnerem/partnerkou a bez něj, čtvrtá a pátá část dotazníku určená pro lidi se schizofrenií, kteří mají a nemají vlastní rodinu).

Výzkumné šetření přineslo mnou očekávané výsledky. Na druhou stranu mne i některé dosažené výsledky šetření překvapily. První část dotazníku se zaměřovala na faktografické otázky. Zde mě překvapilo, že nejvíce respondentů, tedy 22, dosáhlo pouze základního vzdělání. Podle mého názoru může být tato situace způsobena tím, že se schizofrenie nejčastěji objevuje v období pubescence či rané adolescence. Propuknutí nemoci právě v tomto věku mohlo mít za následek změnu osobnosti, preferencí či schopnosti a možnosti pro další studium. To ale neznamená, že by v mém šetření nebyli respondenti, kteří dosáhli středoškolského vzdělání s výučním listem či maturitou a také několik respondentů uvedlo, že mají vysokoškolské vzdělání. Tato část přinesla mnou i teorií očekávané výsledky, že se schizofrenie nejčastěji projevuje u mužů ve věku 15 až 25 let a u žen ve věku 25 až 35 let. Tuto teorii potvrdili výsledky, které ukazují, že nejvíce ženám byla schizofrenie diagnostikována ve věkové kategorii mezi 26-35 lety a mužům byla v nejvíce případech schizofrenie diagnostikována ve věkové kategorii mezi 15-25 lety. To ale neznamená, že by zde nebyli jedinci, kterým byla schizofrenie diagnostikována dříve či až v pozdějším věku.

Druhá část dotazníku byla zaměřena na respondenty, kteří mají partnera či partnerku. Překvapujícím výsledkem pro mne bylo, že 4 respondenti uvedli, že měli 20 a více partnerských vztahů. Překvapující to bylo zejména proto, že toto uvedl 20letý respondent. Nejsem si jistá, zda v tomto věku opravdu mohl mít takový počet partnerských vztahů. Je možné, že by zde respondenti uvedli jiný počet, kdybych do dotazníku napsala přesnou definici partnerských vztahů. Každý si definuje partnerský vztah jinak. Překvapujícím zjištěním pro mě bylo, že více než třetina respondentů uvedla, že jejich partnerský vztah trvá 10 let a déle. Toto zjištění je, podle mého názoru, pro dnešní dobu velmi vzácné, protože se lidé vlivem spousty příležitostí

a možností často rozchází či rozvádí. Dále 2 respondenti uvedli, že se s partnerem či partnerkou seznámili „prostřednictvím drog“. Musím k tomu dodat, že jsem tuto odpověď očekávala v hojnějším počtu. Obecně je známo, že drogy mohou být spouštěčem psychických poruch, zejména u jedinců, kteří jsou psychicky slabší a mají pro to určité predispozice. Také mě překvapilo, že nikdo z respondentů neuvedl, že se s partnerem či partnerkou setkal při léčbě schizofrenie, například v léčebně či v psychiatrické nemocnici, což bych, vzhledem k času, který jedinec se schizofrenií v takovém zařízení stráví, očekávala. Pro většinu respondentů jejich partner či partnerka představuje oporu, ale není tomu tak ve všech případech. Většina respondentů hodnotí svůj partnerský vztah velmi pozitivně či pozitivně, na druhé straně je zde jeden respondent, který svůj partnerský vztah zhodnotil velmi negativně. V tomto případě by mě zajímalo, proč v takovém vztahu pokračuje. Zda nemá sílu na to ho ukončit či zda se obává, že kdyby takový vztah ukončil, měl by problém navázat partnerský vztah nový. Více než polovina respondentů uvedla, že se nepotýká s problémy ve vztahu kvůli svému onemocnění. Toto mne překvapilo, čekala jsem, že se bude více respondentů potýkat s problémy. Myslím, že to může být způsobeno tím, že narazili na tolerantního a chápavého člověka, který stojí při nich v každém případě. Také mne zajímalo, jakou pozici ve vztahu lidé se schizofrenií zastávají, zda jsou spíše submisivní či dominantní. Nejvíce respondentů nedokázalo odpovědět, i když jsem u otázky oba pojmy vysvětlila, možná by bylo lepší tuto otázku zformulovat srozumitelnějším způsobem. Ovšem 4 respondenti uvedli, že jsou submisivní či spíše submisivní a pouze 2 uvedli, že jsou spíše dominantní. Podle mého názoru je tato pozice ve vztahu způsobena samotným onemocněním, jednoduše přenechají iniciativu na partnerovi či partnerce. Co se týče rozhodování ve vztahu, pro nejvíce respondentů jsou názory obou partnerů stejně důležité, ale byly zde také odpovědi, že nejdůležitější je názor partnera/partnerky, to je opět věc submisivního chování. Pro většinu respondentů jsou po partnerovi či partnerce největší oporou rodiče, což je pochopitelné. Rodiče představují první osoby, se kterými přijdeme do styku, a tudíž se mezi nimi a jejich dětmi utváří velmi silné pouto.

Třetí část dotazníku byla určena pro respondenty, kteří nemají partnera či partnerku. Většina respondentů partnera či partnerku měla a také by chtěla mít partnera či partnerku, i když



v momentální době nikoho takového nemají. Většina respondentů také zažila, že se do nich někdo zamiloval, ale také zde byli respondenti, kteří takový pocit nikdy nezažili. Nejvíce respondentů má v nějakém člověku oporu a má se na koho obrátit, ale třetina respondentů v nikom takovou oporu nemá, což je, z mého pohledu, velmi smutné, protože každý potřebuje cítit oporu v jemu blízkém člověku. Ale nemocný člověk ji potřebuje cítit dvojnásob. Nejvíce respondentů očekává, že jim partnerský vztah přinese lásku. Myslím, že většina lidí od vztahu lásku očekává, bez ohledu na jejich zdravotní stav či duševní rozpoložení. Každý hledá lásku, porozumění a uznání, což je lidskou přirozeností.

Velmi zajímavé výsledky přinesla otevřená otázka: Co očekáváte, že Vám partnerský vztah přinese? Většina respondentů, očekává, že jim vztah přinese lásku, oporu a pomoc. Našla se ovšem také odpověď, že by partnerský vztah respondentovi přinesl vítězství. Z této odpovědi je patrné, jak obtížné může pro člověka se schizofrenií navázání partnerského vztahu být. Tato odpověď, podle mého názoru, znamená, že je pro tohoto respondenta partnerský vztah nedosažitelný, úplně na vrchu žebříčku jeho hodnot, a pokud by se mu ho podařilo dosáhnout, bylo by to pro něj vítězství, protože by dosáhl svého nejvyššího cíle. Další, pro mě zarážející, odpovědi bylo, že by partnerský vztah pro respondenta znamenal „průser“, což si vykládám tak, že o partnerský vztah zájem nemá a je rád, že je sám. Může to být způsobeno tím, že má starosti sám se sebou a nechce, aby mu přibýly problémy a starosti, které může v partnerském vztahu spatřovat. U této otázky byla také odpověď, že by respondentovi partnerský vztah mohl přinést peníze, tuto odpověď si vysvětluji tak, že respondent může pobírat invalidní důchod a pro kvalitnější život by se mu hodilo, kdyby do domácnosti přibyl nový člen a spolu s ním další příjem.

Co naopak potvrdilo mé očekávání byl fakt, že lidé se schizofrenií žijí častěji s rodiči než s partnerem či partnerkou. Což je, podle mého názoru, logické, protože se schizofrenie nejčastěji projevuje v období pubescence či časně adolescence a v tomto věkovém období stále lidé žijí s rodiči ve společné domácnosti. A právě z tohoto důvodu žijí lidé se schizofrenií častěji se svými rodiči než s partnerem či partnerkou. V nejvíce případech žijí lidé se schizofrenií sami.

Čtvrtá část dotazníku byla určena pro respondenty, kteří mají děti. Zhruba čtvrtina respondentů uvedla, že mají děti. Tito respondenti dále také uvedli, že v době zakládání či plánování rodiny již věděli o své nemoci a neobávali se nějakých případných komplikací či rizik souvisejících s jejich zdravotním stavem.

Poslední část dotazníku byla určená respondentům, kteří nemají děti. Většina respondentů vlastní děti nemá, podle mého názoru, to může vypovídat o jejich zodpovědnosti vůči jejich „budoucím potomkům“. Myslím, že tito lidé si uvědomují riziko propuknutí nemoci či si myslí, že by vzhledem ke své nemoci nedokázali své potomky dobře vychovat a měli by problém jim poskytnout dostatečnou péči a zázemí. Také jsem se zajímala o to, za jakých okolností by se lidé se schizofrenií rozhodovali o založení vlastní rodiny. Nejvíce respondentů odpovědělo, že by uvažovalo o založení rodiny v době, kdy by se cítilo zdravotně dobře, druhou nejvíce zastoupenou odpovědí byla finanční stabilita a poté stabilní a fungující vztah. Tento výsledek mě nijak nepřekvapil, myslím si, že cítit se zdravotně dobře je pro člověka v této situaci nejdůležitější a ostatní dvě odpovědi jsou relevantní pro každého z nás v případě, že bychom přemýšleli o založení rodiny.

### **3.1.9 Diskuse**

Partnerskými vztahy se rozumí vazba mezi dvěma lidmi, která má své specifické vlastnosti a historii. Ačkoliv se schizofrenie řadí k velmi závažným duševním onemocněním, neznamená to nutně, že jedinec postižený touto nemocí nemůže mít fungující partnerský vztah a vlastní rodinu, i když v menší frekventovanosti, než je tomu u zdravých jedinců. Z mého výzkumného šetření jsem došla k závěru, že zhruba třetina respondentů (přesně 23 %) má partnera či partnerku. Tyto partnerské vztahy mají ale svá určitá specifika, kterými se odlišují od klasických partnerských vztahů zdravých jedinců. Rozdíl můžeme spatřovat například ve společném soužití partnerů. Ve svém výzkumu jsem došla k závěru, že většina lidí trpících schizofrenií, kteří mají partnerský vztah, žijí v oddělených domácnostech. Podle mého názoru je to způsobeno zejména tím, že tito lidé potřebují svůj prostor, a ne vždy se mohou cítit na to

být ve společnosti svého partnera či partnerky. Další rozdíl je možné vidět v tom, co od vztahu vlastně očekávají. Lidé se schizofrenií potřebují od svého partnera či své partnerky potřebují cítit lásku, podporu a pochopení, sexuální uspokojení ve většině případech nehraje tak důležitou roli, jak tomu často ve vztazích bývá.

Co se týče věku pacientů s diagnostikovanou schizofrenií, spousta odborných pramenů uvádí, že schizofrenie je ve velkém počtu případů diagnostikována zejména před 35. rokem života. Ve své výzkumu jsem došla k přibližně stejnému závěru. Z mého výzkumu vyplynulo, že schizofrenie byla z 63 % diagnostikována pacientům, kteří ještě nedosáhli věku 35 let. Zbylým 37 % byla schizofrenie diagnostikována po 35. roce života, s horní hranicí 51 let. Ve výzkumu se objevili také respondenti, celkem 8, kteří si na věk, kdy jim schizofrenie byla diagnostikována, nevzpomněli. Ovšem musíme brát v úvahu fakt, že někteří pacienti mohli pociťovat příznaky tohoto onemocnění již mnohem dříve, než s tímto problémem vyhledali specialistu. Proto je možné, že u některých respondentů budou tímto faktem odpovědi zkreslené a onemocnění by jim bylo diagnostikováno mnohem dříve. Pokud bych měla toto šetření provádět znovu či se mu ještě podrobněji věnovat v diplomové práci, do faktografických otázek bych zařadila otázku týkající se stavu, kdy poprvé začali pociťovat první změny ve svém chování či vnímání, které mohly značit první příznaky schizofrenie.

Dále jsem se ve svém výzkumu zabývala otázkou, zda lidé trpící schizofrenií mají vlastní rodinu či zda se obávají jejího založení. Na základě výzkumného šetření jsem došla k závěru, že většina (tedy přesně 72 %) nemá vlastní potomky. Myslím si, že je to způsobeno obavou, že se nemoc stane dědičnou a jejich potomek jí bude v budoucnu také trpět. Tyto obavy jsou samozřejmě oprávněné, ovšem tato situace je, jak uvádí zdroje, aktuální pouze pro partnery, kteří oba mají diagnostikovanou schizofrenii. Ve smíšeném páru je riziko dědičnosti nemoci velmi nízké. Podle mého názoru je tedy strach spíše podbarven obavou, zda by byly schopni se o potomka řádně postarat a poskytnout mu dostatečné zázemí. Také do toho spadá strach z finančního zajištění rodiny, lidé trpící těžší formou nemoci většinou nemohou pracovat a pobírají invalidní důchod, který je v mnohých případech nízký.

Když se ohlédnu za tímto dotazníkovým šetřením, v dotazníku bych doplnila definice některých pojmů, které by respondentům pomohly více se ztotožnit s danými otázkami a jejich odpovědi by se tak, podle mého názoru, mírně lišily. Toto téma bych ráda rozšířila v diplomové práci, zaměřila bych se na aspekty zakládání rodiny z pohledu lidí trpících schizofrenií.

### **3.2 Závěr výzkumného šetření**

Cílem výzkumného šetření bylo nastínit situaci lidí se schizofrenií v oblasti partnerských vztahů a rodiny. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativně, metodou sběru dat byl dotazník. Výzkumný soubor tvořili lidé se schizofrenií, léčící se ve dvou psychiatrických nemocnicích a v jedné neziskové organizaci. Celkem se výzkumného šetření zúčastnilo 61 respondentů, z toho 28 žen a 33 mužů. Na začátku výzkumu jsem stanovila 5 hypotéz, které jsem následně statisticky vyhodnotila. Výsledky tohoto výzkumného šetření jsou platné pouze pro zkoumanou skupinu.

První hypotéza se zabývala tím, zda jsou v partnerském vztahu častěji muži či ženy se schizofrenií. U této hypotézy jsem vycházela z předpokladu, že ženy léčící se se schizofrenií žijí v partnerském vztahu častěji než muži léčící se se stejnou diagnózou. Po statistickém ověření této hypotézy jsem došla k závěru, že skutečnost, že ženy s diagnostikovanou schizofrenií žijí častěji v partnerském vztahu, než muži se schizofrenií je nepravdivá.

Druhá hypotéza s následujícím zněním: Ženy se schizofrenií žijí častěji sami v domácnosti než muži se schizofrenií. U této hypotézy jsem vycházela z předpokladu, že ženy jsou obecně ve většině případů schopny se spíše postarat o chod a fungování domácnosti lépe než muži, a tím pádem jsou svým způsobem samostatnější. Po statistickém ověření jsem došla k závěru, že tvrzení, že ženy se schizofrenií žijí častěji sami v domácnosti než muži se schizofrenií, je nepravdivé.

Třetí hypotéza (Muži se schizofrenií touží po partnerském vztahu kvůli sexuálnímu uspokojení častěji než ženy se schizofrenií) se potvrdila. U této hypotézy jsem předpokládala, že muži

obecně ve vztahu více touží po sexuálním uspokojení než ženy a muži se schizofrenií nebudou představovat výjimku.

Čtvrtá hypotéza se zabývala strachem pacientů se schizofrenií ze založení rodiny. Tato hypotéza se po ověření potvrdila. U této hypotézy jsem vycházela z předpokladu, že se ženy se schizofrenií častěji obávají založení rodiny než muži se schizofrenií.

Pátá hypotéza zněla: Muži se schizofrenií mají častěji potomky než ženy se schizofrenií. Ačkoliv čtvrtá hypotéza tvrdící, že muži se obávají méně založení rodiny z důvodu své nemoci, nepotvrdilo se v rámci této hypotézy, že by měli častěji potomky než ženy se schizofrenií. Tato hypotéza se nepotvrdila.

## ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo nastínit situaci lidí se schizofrenií v oblasti partnerských vztahů a rodiny. Tímto cílem se zabývalo kvantitativní výzkumné šetření, které tvoří praktickou část této práce. Práce byla orientovaná na lidi se schizofrenií, zaměřovala se na partnerské vztahy a založení rodiny z jejich perspektivy.

Práce byla rozdělena do dvou částí, na teoretickou a praktickou. Na začátku práce bylo stěžejní vysvětlit a definovat pojem schizofrenie. Následně jsem podrobněji popsala příznaky této nemoci a rozdělila je do dvou základních kategorií. Po příznacích jsem nastínila a popsala jednotlivé formy schizofrenie, toto pořadí jsem zvolila z důvodu lepšího čtenářského komfortu a pochopení nemoci, je důležité nejprve pochopit příznaky a až poté si je následně spojit s jednotlivými formami nemoci. Následující část se věnovala diagnostice a léčbě schizofrenie, při psaní této kapitoly jsem vycházela z Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize a měla tak možnost nahlédnout do klasifikace, kterou v současnosti využívají psychiatři při diagnostice tohoto závažného onemocnění. Na závěr kapitoly o schizofrenii jsem uvedla příklad průběhu schizofrenie, díky kterému můžeme získat zcela jiný a nezkreslený pohled na nemoc a boj s ní.

Dále jsme nahlédli na partnerské vztahy. Na začátku této kapitoly bylo potřebné definovat samotný vztah a poté partnerské vztahy jako takové. Nejprve jsem definovala a detailněji popsala partnerské vztahy z pohledu lidí trpících schizofrenií. Následovaly partnerské vztahy lidí s vrozeným tělesným postižením.

Praktická část bakalářské práce se zabývala výzkumným šetřením, které bylo provedeno kvantitativní výzkumnou metodou pomocí dotazníkového šetření. Výzkumný soubor tvořili muži a ženy trpící se schizofrenií. Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 61 respondentů. V rámci výzkumu jsem si stanovila jednu hlavní výzkumnou otázku a 5 dílčích hypotéz.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že pohlaví respondentů nemá vliv na skutečnost, zda žijí či nežijí v partnerském vztahu. Celkem ze 14 respondentů žijících v partnerském vztahu, 7 žen a 7 mužů uvedlo, že žijí v partnerském vztahu, a tudíž pohlaví v tomto ohledu nehraje roli. Dále můžeme po statistickém ověření vyvodit závěr, že muži i ženy trpící schizofrenií žijí stejně

často sami v domácnosti. Dále z výzkumu vyplynulo, že muži se schizofrenií touží po partnerském vztahu z důvodu sexuálnímu uspokojení častěji než ženy se schizofrenií. Další tvrzení, které z výzkumu vyplynulo, je, že ženy se schizofrenií se obávají založení rodiny častěji než muži se schizofrenií. Ačkoliv se ženy se schizofrenií více obávají založení rodiny než muži, neznamená to na základě výsledků z výzkumu, že by měli méně vlastních potomků než muži trpící schizofrenií.

## BIBLIOGRAFIE

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a Filip ŠPANIEL. *Schizofrenie: jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2013. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2993-3.

BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie a František KOUKOLÍK. *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén, c2004. ISBN 80-7262-277-3.

BERÁNKOVÁ, Eva. *Ve stínu schizofrenie*. Praha: Calamarus, 2017. ISBN 978-80-906366-1-3.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2007. Farmakoterapie pro praxi, sv. 21. ISBN 978-80-7345-114-1.

DRÁBEK, Tomáš. *Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením: publikace pro odborné sociální poradenství*. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. ISBN 978-80-260-5281-4.

DRAGOMIRECKÝ, Andrej. *Schizofrenie, její příčiny a léčba*. Praha: Stratos, c2013.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HANKOVÁ, Magdalena a Soňa VÁVROVÁ. *Partnerské vztahy: očima mladých dospělých s vrozeným tělesným postižením*. Praha: Grada, 2016. Psyché. ISBN 978-80-271-0012-5.

HAUG, Achim. *Malá kniha o duši: průvodce na cesty naší psychou a jejími nemocemi*. Přeložil Magdalena ŠTULCOVÁ. V Praze: Paseka, 2019. ISBN 978-80-7432-986-9.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.

JAROLÍMEK, Martin. *Já blázním s vámi*. Praha: Galén, 2017. ISBN 978-80-7492-313-5.

JAŠÍK, Jindřich a PJÉR LA ŠÉ'Z. *Cesta ze schizofrenie*. Brno: Jindřich Jašík, 2019. ISBN 978-80-270-5259-2.

KOUKOLÍK, František, MALÁ, Michaela. *Homo psychoticus*. 2015. Praha: Triton, 2015. ISBN 978-80-7387-845-0.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché. ISBN 978-80-247-2045-6.



LIBIGER, Jan. *Schizofrenie*. Praha: Nezávislý novinář II, 1991. Zprávy Psychiatrického centra, č. 109. ISBN 80-85121-13-1.

MCCUBBIN, Hamilton I. a Barbara B. DAHL. *Marriage and family: individuals and life cycles*. New York: Wiley, c1985.

*Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize: duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka*. 2. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-85121-44-1.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché. ISBN 978-80-247-3737-9.

SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: MAXDORF, 2002. ISBN 80-85912-18-X.

ŠANDEROVÁ, Jadwiga a Alena MILTOVÁ. *Jak číst a psát odborný text ve společenských vědách: několik zásad pro začátečníky*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty, sv. 34. ISBN 80-86429-40-7.

VAJNEROVÁ, Ivana. Schizofrenie – stále plná tajemství. *Sanquis*, 2009/64. Str. 86-88. ISSN 1212-6535.

VÁGNEROVÁ, Marie a Lidmila VALENTOVÁ. *Psychický vývoj dítěte a jeho variabilita: Skripta pro posl. pedag. fakulty Univ. Karlovy*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-384-7.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché. ISBN 978-80-247-1428-8.

## INTERNETOVÉ ZDROJE

BRICHFORD, Connie. *Keeping Your Relationship Strong After a Schizophrenia Diagnosis*. *Everyday Health* [online]. 2019, 7. 01. 2019 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://www.everydayhealth.com/hs/schizophrenia-caregiver-guide/schizophrenia-and-relationships/>

JAROLÍMEK, Martin. Rodina a schizofrenie. *Fokus Labe* [online]. Praha [cit. 2020-06-29]. Dostupné z: <https://www.fokuslabe.cz/dusevni-onemocneni/rodina-a-schizofrenie/>

LÁSKA, Jiří. *Jiří Lásk* [online]. [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <http://jirilaska.cz/schizofrenie-a-vztahy/index.html>

*O schizofrenii*. Green Doors, z.ú. [online]. Praha [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/schizofrenie-psychoza-a-dusevni-onemocneni/>

*Popis nemoci*. Pfizer [online]. Česká republika: Pfizer [cit. 2020-06-12]. Dostupné z: [https://www.pfizer.cz/vase\\_zdravi-schizofrenie](https://www.pfizer.cz/vase_zdravi-schizofrenie)

*Schizofrenie*. Vipharm - partner lékařů i pacientů [online]. 2016 [cit. 2020-05-26]. Dostupné z: <https://vipfarm.cz/schizofrenie>

SKOPCOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: Informace pro pacienty a jejich blízké* [online]. 2016. Praha: Galén, 2016 [cit. 2020-06-12]. ISBN 978-80-7492-232-9. Dostupné z: <https://www.lundbeck.com/upload/cz/files/pdf/Brozury/Schizofrenie.pdf>

TURNER, William. *Schizophrenia makes finding love difficult, not impossible*. CNN Health [online]. Mexiko: CNN Mexiko, 2012 [cit. 2020-02-12]. Dostupné z: <https://edition.cnn.com/2012/05/29/health/mental-disorders-find-love/index.html>

## SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 - Pohlaví.....	33
Graf č. 2 - Věk .....	34
Graf č. 3 - Vzdělání.....	35
Graf č. 4 – Počet partnerských vztahů .....	37
Graf č. 5 – Délka partnerského vztahu .....	38
Graf č. 6 – Seznámení s partnerem/partnerkou.....	39
Graf č. 7- Opora v partnerovi/partnerce.....	40
Graf č. 8 – Hodnocení vztahu .....	41
Graf č. 9 – Problémy ve vztahu .....	42
Graf č. 10 – Přínos vztahu .....	43
Graf č. 11 – Společná domácnost s partnerem/partnerkou .....	44
Graf č. 12 – Pozice ve vztahu .....	45
Graf č. 13 – Podíl rozhodování ve vztahu .....	46
Graf č. 14 – Starost o chod domácnosti .....	47
Graf č. 15 - Opora .....	48
Graf č. 16 – Partner/partnerka.....	49
Graf č. 17 – Život v partnerském vztahu .....	50
Graf č. 18 – Pocit zamilovanosti.....	51
Graf č. 19 - Opora .....	52
Graf č. 20 – Potřeba partnera/partnerky.....	53
Graf č. 21 – Důvod potřeby partnera/partnerky.....	54
Graf č. 22 - Domácnost.....	57
Graf č. 23 – Vědomí o nemoci v době zakládání rodiny .....	58
Graf č. 24 – Strach ze založení rodiny .....	59
Graf č. 25 – Počet dětí .....	60
Graf č. 26 – Plán rodiny .....	61
Graf č. 27 - Obavy ze založení rodiny .....	62
Graf č. 28 - Okolnosti založení rodiny .....	63

## SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 - Věk diagnózy schizofrenie .....	36
Tabulka č. 2 - Přínos vztahu .....	55
Tabulka č. 3 - Charakteristiky partnera/partnerky .....	56
Tabulka č. 4 - Pozorované četnosti H1 .....	64
Tabulka č. 5 - Očekávané četnosti H1 .....	65
Tabulka č. 6 - Pozorované četnosti H2 .....	66
Tabulka č. 7 - Očekávané četnosti H2 .....	66
Tabulka č. 8 - Pozorované četnosti H3 .....	67
Tabulka č. 9 - Očekávané četnosti H3 .....	67
Tabulka č. 10 - Pozorované četnosti H4 .....	68
Tabulka č. 11 - Očekávané četnosti H4 .....	69
Tabulka č. 12 - Pozorované četnosti H5 .....	70
Tabulka č. 13 - Očekávané četnosti H5 .....	70

# PŘÍLOHA Č. 1 – DOTAZNÍK

## Dotazník

Vážení respondenti,

jsem studentkou 3. ročníku na Fakultě filozofické Univerzity Pardubice. Tímto bych Vás chtěla požádat o vyplnění krátkého dotazníku na téma Partnerské vztahy a založení rodiny. Dotazník je anonymní. Vyplnění dotazníku Vám nezabere více než pár minut. Předem děkuji za vyplnění.

1. Pohlaví
  - a. Žena
  - b. Muž
  
2. Věk (uved'te):.....
  
3. Nejvyšší dosažené vzdělání
  - a. Základní
  - b. Středoškolské s výučním listem
  - c. Středoškolské s maturitou
  - d. Vyšší odborné
  - e. Vysokoškolské
  
4. Vzpomenete si, kolik Vám bylo let, když Vám diagnostikovali schizofrenii?  
.....

Po této části dotazníku následuje část, která je vždy rozdělena do dvou sloupců, proto Vás žádám, abyste vždy vyplnil/a jeden sloupec, který vystihuje vaši současnou situaci: tedy pokud máte momentálně partnera či partnerku, zodpovězte otázky ve sloupci s nadpisem mám partnera/partnerku, pokud partnera/partnerku nemáte, zodpovězte na otázky ve sloupci druhém.

### Mám partnera

- 1) Kolik jste měl(a) partnerských vztahů?  
-----
- 2) Jak dlouho Váš vztah trvá?  
\_\_\_\_\_
- 3) Jak jste se seznámili?  
\_\_\_\_\_
- 4) Je Vám Váš partner oporou?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 5) Jak byste hodnotil/a svůj současný vztah?
  - a. Velmi pozitivně
  - b. Pozitivně
  - c. Nevím
  - d. Negativně
  - e. Velmi negativně
- 6) Potýkáte se s problémy ve vztahu kvůli Vaší nemoci?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 7) Co očekáváte, že Vám vztah přinese?
  - a. Lásku
  - b. Nic neočekávám
  - c. Pocit bezpečí
  - d. Podporu
  - e. Finanční zabezpečení
  - f. Jiné:.....
- 8) Žijete s partnerem ve společné domácnosti?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 9) Jaká je vaše pozice ve vztahu? Jste spíše submisivní či dominantní? (submisivní=podřizující se cizí vůli)
  - a. Jsem submisivní
  - b. Jsem spíše submisivní
  - c. Nevím
  - d. Jsem spíše dominantní
  - e. Jsem dominantní

### Nemám partnera

- 1) Měl(a) jste někdy partnera?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 2) Chtěla byste žít v partnerském vztahu?
  - a. Ano
  - b. Spíše ano
  - c. Nevím
  - d. Spíše ne
  - e. Ne
- 3) Zpozorovala jste někdy, že se do Vás někdo zamiloval?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 4) Máte vedle sebe člověka, o kterého se můžete vždy opřít/svěřit se mu a který Vás vždy rád vyslechne?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 5) Chtěla byste mít partnera?
  - a. Ano
  - b. Ne
- 6) Z jakého důvodu byste chtěl/a mít partnera/partnerku? Vyberte 3 nejvíce podstatné důvody.
  - a. Podpora
  - b. Pomoc
  - c. Láska
  - d. Sexuální uspokojení
  - e. Pocit blízkosti druhého člověka
  - f. Jiné:.....
- 7) Co myslíte, že by Vám vztah mohl přinést?  
\_\_\_\_\_

10) Jak se podílíte na rozhodování důležitých věcí ve vztahu?

- a. Můj názor je nejdůležitější
- b. Nejdůležitější je názor partner/partnerky
- c. Oba naše názory mají stejnou váhu
- d. Jiné:.....

11) Kdo z vás se stará o každodenní chod domácnosti?

- a. Já sama/sám
- b. Partner/partnerka
- c. Oba stejnou měrou
- d. Jiné:.....

12) Kdo je pro Vás po partnerovi/partnerce největší oporou?

- a. Rodiče
- b. Jeden z rodičů
- c. Přátelé
- d. Členové blízké rodiny
- e. Jiné:.....

8) Jaký by měl být Váš partner/partnerka?

Hodnoťte známkami jako ve škole (1 nejvíce vystihující, 5 nejméně vystihující)

Společenský/á	
Empatický/á, aby dokázal/a pochopit mé pocity	
Hezký/á	
Inteligentní	
Měl/a by mít smysl pro humor, aby mě dokázal/a rozesmát	
Hodný/á a laskavý/á	
Věrný/á	
Upřímný/á	
Měl/a by umět dělat kompromisy	
Tolerantní, aby bral/a ohledy na mé onemocnění	
Jiné:	

9) S kým žijete v domácnosti?

- a. Sám/sama
- b. S rodiči
- c. S jedním z rodičů
- d. S partnerem/partnerkou
- e. S manželem/manželkou
- f. Jiné:.....

### Mám děti

- 1) Věděla jste o své nemoci v době, kdy jste zakládala rodinu?
  - a. Ano
  - b. Ne
  
- 2) Obávala jste se založení rodiny?
  - a. Ano
  - b. Ne
  
- 3) Kolik máte dětí?

.....

### Nemám děti

- 1) Plánujete rodinu?
  - a. Ano
  - b. Ne
  - c. Nevím
  
- 2) Máte obavy ze založení rodiny plynoucí z Vaší nemoci?
  - a. Ano
  - b. Ne
  
- 3) Za jakých podmínek byste uvažoval/a o založení rodiny? (vyberte 3 nejvíce vystihující odpovědi)
  - a. Stablní a fungující vztah
  - b. Finanční stabilita
  - c. Zdravotně se cítím dobře
  - d. Dostatečné zázemí pro dítě
  - e. Podpora a pomoc rodiny
  - f. Jiné:.....