

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Markéta Blažková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Schizofrenie a znalosti studentů Fakulty zdravotnických studií o tomto
onemocnění

Markéta Blažková

2020/2021

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2019/2020

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

Jméno a příjmení: **Markéta Blažková**
Osobní číslo: **Z18206**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně-sociální pracovník**
Téma práce: **Schizofrenie a znalosti studentů Fakulty zdravotnických studií o tomto onemocnění**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace průzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3. rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. Jessenius. ISBN 978-80-7345-266-7.
2. HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.
3. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3.
4. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
5. SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, 2016. ISBN 978-80-7492-232-9.

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Zdeněk Hrstka, Ph.D.**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2021**

L.S.

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. března 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem *Schizofrenie a znalosti studentů Fakulty zdravotnických studií o tomto onemocnění* 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. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 20. 4. 2021

Markéta Blažková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala mému vedoucímu práce PhDr. Zdeňkovi Hrstkovi, Ph.D. za odborné vedení, ochotu a poskytnutí cenných rad při zpracování bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří věnovali svůj čas, pro vyplnění mého dotazníku. Zároveň chci také poděkovat své rodině, příteli a kamarádům, kteří mě po celou dobu studia podporovali.

ANOTACE

Tématem bakalářské práce je „Schizofrenie a znalosti studentů Fakulty zdravotnických studií o tomto onemocnění“. Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou.

V teoretické části je popsána schizofrenie jako celek a vymezuje základní pojmy dané problematiky. Práce obecně popisuje historii onemocnění, výskyt, příčiny vzniku, projevy a průběh nemoci. Dále se zabývá jednotlivými typy schizofrenie, diagnostikou a léčbou nemoci a zdravotní a sociální péčí o osoby se schizofrenním onemocněním. Předposlední část je zaměřena na postoje společnosti k osobám se schizofrenií a stigmatizaci těchto osob. Poslední kapitola se věnuje studentům a jejich studijnímu plánu.

Cílem praktické části je zjistit, jaké mají studenti Fakulty zdravotnických studií znalosti o schizofrenním onemocnění a jak tuto nemoc vnímají.

KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní onemocnění, schizofrenie, stigmatizace, znalosti

TITLE

The Schizophrenia and knowledge of students of the Faculty of Medical Studies about this disease

ANNOTATION

The theoretical part describes schizophrenia as a whole and defines the basic concepts of the issue. The work generally describes the history of the disease, occurrence, causes, manifestations and course of the disease, individual types of schizophrenia, diagnosis and treatment of the disease and health and social care for people with schizophrenia. The penultimate part focuses on society's attitudes towards people with schizophrenia and the stigmatization of these people. The last chapter deals with students and their study plan.

The aim of the practical part is to find out what their knowledge is and how they perceive this disease.

KEYWORDS

Knowledge, mental illness, schizophrenia, stigmatization

OBSAH

ÚVOD	13
CÍL PRÁCE	14
TEORETICKÁ ČÁST	15
1. SCHIZOFRENIE	15
1.1. Vymezení základních pojmů	15
1.1.1. Schizofrenie.....	15
1.1.2. Stigma	16
1.1.3. Psychóza.....	16
1.2. Historie schizofrenie.....	16
1.3. Epidemiologie.....	18
1.4. Příčiny vzniku schizofrenie	18
1.4.1. Biologický faktor	19
1.4.2. Prenatální a perinatální faktor	20
1.4.3. Psychosociální faktor	20
1.5. Příznaky schizofrenie	21
1.5.1. Pozitivní příznaky	22
1.5.2. Negativní příznaky	24
1.5.3. Kognitivní příznaky	24
1.6. Průběh a prognóza schizofrenie.....	24
1.7. Diagnostika schizofrenie a vyšetřovací metody	26
1.7.1. Diagnóza a klasifikace	27
1.7.2. Vyšetřovací metody	28
1.8. Klinické formy schizofrenie	29
1.8.1. Paranoidní schizofrenie	29
1.8.2. Hebefrenní schizofrenie	30
1.8.3. Katatonní schizofrenie	30

1.8.4.	Nediferencovaná schizofrenie	31
1.8.5.	Reziduální schizofrenie	31
1.8.6.	Simplexní schizofrenie	31
1.8.7.	Postschizofrenní deprese	31
1.9.	Léčba schizofrenie	32
1.9.1.	Farmakologická léčba	33
1.9.2.	Nefarmakologická léčba.....	35
2.	ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY SE SCHIZOFRENIÍ	36
2.1.	Sociální práce s lidmi se schizofrenií a komunitní péče.....	36
2.1.1.	Oblasti potřebné péče	36
2.1.2.	Komunitní přístup v péči.....	38
2.1.3.	Další potřebné služby	39
2.2.	Psychiatrická péče o osoby se schizofrenií	40
3.	POSTOJ SPOLEČNOSTI K OSOBÁM SE SCHIZOFRENIÍ.....	42
3.1.	Stigmatizace osob se schizofrenií.....	42
3.2.	Dopad stigmatizace na léčbu schizofrenního onemocnění.....	43
3.3.	Prevence stigmatizace	43
3.4.	Mýty o schizofrenii.....	44
4.	FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ	46
4.1.	Studijní programy	46
4.2.	Studijní plány a praxe	48
	PRAKTICKÁ ČÁST	49
1.	METODIKA PRŮZKUMU	49
1.1.	Charakteristika průzkumného vzorku.....	50
1.2.	Realizace průzkumu	50
1.3.	Cíl praktické části	51
1.4.	Průzkumné otázky	51

1.5. Metodika statistického zpracování dat	51
2. VÝSLEDKY PRŮZKUMU	53
2.1. Charakteristika souboru	53
2.2. Zpracování dat	56
DISKUZE	82
ZÁVĚR	93
POUŽITÁ LITERATURA	95
PŘÍLOHY	98

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka 1 - Přehled generických názvů antipsychotik (Raboch a kol., 2012, s. 254).....	34
Tabulka 2 - Hodnocení míry znalostí respondentů.....	52
Tabulka 3 – Rozdělení respondentů dle pohlaví.....	53
Tabulka 4 – Věk respondentů.....	53
Tabulka 5 – Předchozí vzdělání respondentů.....	54
Tabulka 6 – Studijní obory.....	55
Tabulka 7 – Pojem schizofrenie.....	56
Tabulka 8 – Projevy schizofrenie.....	57
Tabulka 9 – Základní příčiny vzniku schizofrenie.....	58
Tabulka 10 – Jaké pohlaví schizofrenie postihuje častěji.....	59
Tabulka 11 – Věk nejčastějšího propuknutí schizofrenie.....	60
Tabulka 12 – Léčba schizofrenie.....	61
Tabulka 13 – Schizofrenie v celosvětové populaci.....	62
Tabulka 14 – Formy schizofrenie.....	63
Tabulka 15 – Bludy a halucinace.....	64
Tabulka 16 – Příznaky schizofrenie.....	65
Tabulka 17 – Schizofrenie a schizoafektivní porucha.....	66
Tabulka 18 – Schizofrenie jako rozdvojená osobnost.....	67
Tabulka 19 – Psychofarmaka jako účinná terapie.....	68
Tabulka 20 - Halucinace.....	69
Tabulka 21 – Úspěšnost oborů.....	70
Tabulka 22 – Život lidí se schizofrenií.....	72
Tabulka 23 – Předsudky o schizofrenii.....	74
Tabulka 24 – Ústavní péče.....	75
Tabulka 25 – Stigmatizace.....	75
Tabulka 26 - Dohled.....	76
Tabulka 27 – Vnímání schizofrenie společností.....	76
Tabulka 28 – Kvalitní život osob se schizofrenií.....	77
Tabulka 29 - Terapie.....	78
Tabulka 30 – Odborná pomoc.....	78
Tabulka 31 - Hospitalizace.....	79
Tabulka 32 – Návrat do běžného života.....	79

Tabulka 33 - Svěprávnost	80
Tabulka 34 – Vnímání osob se schizofrenií.....	80
Tabulka 35 - Počet dosažených bodů jednotlivých respondentů u otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18.....	84
Tabulka 36 – Vyhodnocení bodů a míry znalostí všech respondentů u otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18.....	84
Graf 1 – Úspěšnost oborů	70

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

APA	Americká psychiatrická asociace
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
ČR	Česká republika
DSM IV	Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání
FZS	Fakulta zdravotnických studií
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
např.	například
PA	Porodní asistentka
RA	Radiologický asistent
SZO	Světová zdravotnická organizace
tj.	to je
tzv.	takzvaný
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
viz	lze vidět
VS	Všeobecná sestra
WHO	World Health Organization
ZSF JU	Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
ZSP	Zdravotně – sociální pracovník
ZZ	Zdravotnický záchranář

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá znalostmi studentů Fakulty zdravotnických studií o schizofrenním onemocnění. V dnešní době jsou osoby s duševním onemocněním, konkrétně osoby se schizofrenií, stále více aktuálním tématem. Důvodem je především spojování duševního onemocnění se stigmatem a mýty ze stran široké veřejnosti. Stigma této poruchy je vysoké a přispívá k diskriminaci, což může omezit přístup k všeobecné zdravotní péči, vzdělání, bydlení a zaměstnání. Populace se mnohdy takto nemocných osob bojí, jelikož jsou nesprávně nálepkováni jako nebezpeční pachatelé trestných činů. Tato psychotická porucha ovlivňuje jak život nemocného, tak životy jeho blízkých. Společnost nemá dostatečné informace o schizofrenním onemocnění a má sklony nemocné jedince vyčleňovat. Vzdělávání veřejnosti o duševním onemocnění by mohlo vést ke snižování stigmatu a diskriminace.

Schizofrenie je chronické a těžké duševní onemocnění postihující 20 milionů lidí na celém světě. Schizofrenie je charakterizována narušením myšlení, vnímání a emocí. Mezi hlavní příznaky patří halucinace a bludy. Celosvětově je schizofrenie spojena se značným zdravotním postižením a může ovlivnit vzdělávací a pracovní výkon. Stigma, diskriminace a porušování lidských práv lidí se schizofrenií je běžné (World Health Organization, 2019).

Hlavním cílem teoretické části bakalářské práce je popsat schizofrenní onemocnění jako celek a vymezit základní pojmy dané problematiky. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol a několika podkapitol. První kapitola se zaměřuje na schizofrenii jako na celek. V podkapitolách jsou vymezeny základní pojmy, je popsána historie nemoci, epidemiologie, příčiny vzniku schizofrenie, projevy a průběh nemoci. Dále podkapitoly popisují klinické formy schizofrenie, diagnostiku a léčbu nemoci. Druhá kapitola se zabývá zdravotní a sociální péčí o osoby se schizofrenií. Třetí kapitola se zabývá postojem společnosti k osobám s duševním onemocněním. Poslední kapitola teoretické části popisuje Fakultu zdravotnických studií a její studijní programy.

Na teoretickou část navazuje část praktická. Cílem praktické části bakalářské práce je zjistit, jaké mají studenti Fakulty zdravotnických studií znalosti o schizofrenním onemocnění, jaké jsou jejich postoje vůči lidem trpícím schizofrenií a jaký mají studenti názor ke společenským předsudkům vůči schizofrenii.

Tématika schizofrenie je dosti obsáhlá oblast, disponuje mnoha termíny a skutečnostmi, které je nutné pro celistvost pojmu schizofrenie uvést. Z těchto důvodů je bakalářská práce velmi rozsáhlá.

CÍL PRÁCE

Hlavní cíl teoretické části práce:

- Cílem teoretické části je popsat schizofrenní onemocnění jako celek a vymezit základní pojmy dané problematiky.

Hlavní cíl praktické části:

- Hlavním cílem praktické části je zjistit, jaké mají studenti Fakulty zdravotnických studií znalosti o schizofrenním onemocnění.

Dílčí cíle:

- Zjistit, zda jsou znalosti studentů jednotlivých oborů o schizofrenním onemocnění odlišné.
- Zjistit, jaký mají studenti Fakulty zdravotnických studií názor ke společenským předsudkům vůči schizofrenii a jaké jsou jejich postoje vůči lidem trpícím schizofrenií.

TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část se zabývá obecně schizofrenním onemocněním a vymezuje základní pojmy dané problematiky. Práce popisuje historii onemocnění, výskyt, příčiny vzniku, projevy a průběh nemoci. Dále se zaměřuje na rozdělení a popis jednotlivých typů schizofrenie, diagnostiku a léčbu nemoci, zdravotní a sociální péči o osoby se schizofrenním onemocněním a stigmatizaci osob se schizofrenií. Poslední část se věnuje studentům a jejich vzdělávání.

1. SCHIZOFRENIE

První kapitola této práce se zabývá vymezením a objasněním základních pojmů týkajících se schizofrenie, popisuje typické příznaky, průběh onemocnění, prognózu, klinické formy schizofrenie a také moderní možnosti léčby.

1.1. Vymezení základních pojmů

1.1.1. Schizofrenie

Pojem „schizofrenie“ je řeckého původu (základ slova „schizo“, znamená štěpit a „phren“ znamená rozum a myšlení). Název vyzdvihuje přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Laická veřejnost si tento pojem vykládá jako „rozštěpení osobnosti“, kdy samostatně existují dvě nebo více odlišných osobností. Toto tvrzení je ale zcela nesprávné (Raboch a kol., 2012, s. 245).

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které patří mezi tzv. psychotické poruchy, což jsou poruchy provázené podstatnou deformací myšlení a vnímání. Toto onemocnění postihuje asi 1% světové populace. Schizofrenie zasahuje do všech oblastí života a znemožňuje normální fungování člověka. Narušuje jeho schopnost uplatnit se v práci, ve společnosti i v jeho osobním životě. Ovlivňuje jeho prožívání, chování, náladu, udržení vztahu s ostatními lidmi, ale i schopnost nemocného postarat se sám o sebe (Skopová, 2016, s. 8).

Pro schizofrenii je charakteristická přítomnost bludů, halucinací a neobvyklého či nevysvětlitelného chování. Pacienti se schizofrenií mají zásadním způsobem změněný vztah ke skutečnosti a tím se mění i způsob, kterým hodnotí informace. Příkládá událostem naprosto jiný a závažnější význam než ostatní lidé (Hosák a kol., 2015, s. 182). Lidé s tímto onemocněním

trpí poruchou vnímání reality, obvykle slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednají (Růžičková, 2013, s. 46).

1.1.2. Stigma

Slovo „stigma“ je původem řecké slovo a bývá překládáno jako znak nebo stopa. Poukazuje na tělesné znaky, které svědčí o něčem neobvyklém, nedostatečném nebo o něčem, co je z morálního hlediska špatné. Původ slova se vztahuje k tetování či lépe vypálenému znamení. Toto označení znamenalo pro nositele, že byli rozpoznáváni a vylučováni ze společnosti (Ocisková a kol., 2015, s. 5). Podle Hosáka a kol. (2015, s. 611) může být stigma spojováno s náboženstvím, barvou pleti, národností, proděláním trestu a samozřejmě nemocí. Pacienti s pohlavními nemocemi, tuberkulózou, rakovinou, malomocenstvím a duševními poruchami byli v historii stigmatizováni a vylučováni ze společnosti.

1.1.3. Psychóza

V obecném slova smyslu je to vážná psychická porucha, při čemž je aktuálně narušena integrita osobnosti. Osobnost a její jednotlivé složky nefungují tak, jak by měly a nejsou ve vzájemné harmonii. Narušení jedné složky se ihned odrazí ve fungování druhé složky a dochází tak k vnitřnímu chaosu. Ten postrádá logický smysl, který zdraví lidé považují za logický a kterému rozumějí. Poté nastává situace, kdy nemocný ve svém myšlení a jednání vidí logiku, ale pro okolí je zcela nepochopitelné a nerozumí mu. Člověk s psychózou se chová jinak, než by se choval bez ní. Pokud takový člověk ve stavu psychózy spáchá nějaký trestný čin, bývá trestně neodpovědný nebo je mu odpovědnost snížena. Psychotická porucha je velmi vážná a pokud je to možné, vyžaduje zásah psychiatra. Stavy psychózy se vyskytují především v rámci schizofrenie, u některé z typů demencí, někdy jako stavy zmatenosti u demencí, dále jako delirium u závislosti na alkoholu, ale i v horečce nebo po operacích. K významným projevům psychózy patří halucinace, bludy, nedostatečně souvislé myšlení a poruchy vědomí ve smyslu deliria a zmatenosti (Kučerová, 2013, s. 13).

1.2. Historie schizofrenie

Pojmenování schizofrenie zavedl švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911. Do té doby byl používán pojem „*dementia praecox*“, neboli předčasná demence, který vystihoval hlavní charakteristiku nemoci, a to úpadek osobnosti v mladém věku. Tento pojem použil koncem 19. století Německý psychiatr Emil Kraepelin jako sjednocující diagnózu pro nemoci, které byly

do té doby diagnostikovány jako nezávislá onemocnění: paranoiu, hebefrenii, katatonii a juvenilní demenci. Diagnóza zahrnovala velké množství příznaků, které se u pacientů kombinovaly (Hosák a kol., 2015, s. 182).

Nejstarší doložitelné zprávy o schizofrenii pocházejí z období asi dva tisíce let př. n. l. ze starověkého Egypta, konkrétně z *Ebersova papyru*. Další zmínky o schizofrenii můžeme nalézt i v hebrejské bibli, odkud také vzešel zlidovělý výraz pro tuto nemoc „*mešuge*“. Do období 1400 let př. n. l. jsou datovány hinduistické texty, které definují vznik šílenství jako důsledek nevyrovnaného toku krve mezi pěti pevnými elementy (*buthas*) a třemi tekutými elementy (*dosas*). Staročínský spis *Žlutý císař* z období kolem roku 1000 př. n. l. je klasikou východní medicíny věnovanou vnitřnímu lékařství a popisuje příznaky duševních onemocnění, demence a křečí vzniklé na základě posedlosti nadpřirozenými démony. Ze starého Řecka projevoval zájem o lidskou psychiku Platon (427 až 347 př. n. l.), který rozeznával dva druhy šílenství: božské a fyzické (tělesné). Božské šílenství podle něj vedlo ke zrození proroků, inspirovalo básníky a vyvolávalo touhu po kráse a čistotě. Tuto myšlenku pozoroval i ve svých spisech Aristoteles (384 – 322 př. n. l.), ale na rozdíl od Platona nevěřil v božský původ šílenství. Hippokrates (460 – 377 př. n. l.) uplatňoval svou teorii čtyř tělesných tekutin a jejich vliv na psychiku člověka. V antickém období začínají první poměrně racionální postupy pro zklidnění agresivního pacienta. Asclepiades (129 – 40 př. n. l.) používal pro uklidnění pacienta hudbu a vynalezl houpací křeslo určené k odpočinku. Soranus (přelom 1. a 2. století n. l.) navrhoval, aby byli pacienti umístováni ve vzdušných a prosvětlených prostorech. Zároveň se pádně stavěl proti praktikování tělesných trestů. V období starověkého Říma se často uplatňoval humánní přístup k nemocnému a byl jim doporučován klid, masáže, dostatek jídla a teplé koupele. Galén ve 2. století n. l. přinesl přelomový názor, že příčina duševních poruch pramení v poruše mozku. V antice Celsus (25 př. n. l. – 50 n. l.) obhajoval použití bičování, pout a hladovění. To považoval za možnosti, kterými by mohlo být docíleno „*rozvíření neklidného ducha*“. Ve středověku převzali péči o duševně nemocné do svých rukou kněží a za základní „*diagnostickou jednotkou*“ se stala posedlost ďáblem. K „*vyléčení*“ se používala mučidla, nemocní byli zavírání a poutáni ve sklepeních, byli poléváni proudem studené vody, pálení žhavým železem a bodání jehlami. To vše bylo za účelem očištění od démonů. Až na počátku 18. století se zaměřili na hlubší poznání duševních poruch. Za jednoho ze zakladatelů moderní psychiatrie se považuje francouzský lékař Philippe Pinel (1745 – 1826), který kladl důraz na aktivní medicínsko-filozofický náhled duševních chorob a začal od sebe oddělovat demenci, idiocii, melancholii a máni. Jean Etienne Esquirol (1772 – 1840) byl Pinelův žák, který odborně

definoval symptomy halucinací a velmi se přiblížil k modernímu pojetí paranoidní schizofrenie. Benedict Augustin Morel (1809 – 1873) poprvé použil termín „předčasná demence“ a představil první srozumitelnou charakteristiku psychického postižení, které vede k předčasnému stárnutí mozkových funkcí (Orel, 2012, s. 117 – 119).

1.3. Epidemiologie

Jak uvádí Hosák a kol. (2015, s. 183) onemocnění postihuje zhruba 0,7 – 1,4 % celosvětové populace a začíná nejčastěji v adolescenci mezi 17 a 30 lety. Začátek v dětství je velmi vzácný. Je možný i pozdější začátek nemoci, ale průběh i jeho projevy bývají poněkud změněné, jelikož nemoc zasáhne již zformovanou mysl a osobnost. Roční výskyt schizofrenie se pohybuje mezi 7 – 13 novými případy na 100 000 obyvatel. Celoživotní riziko onemocnění je stejné pro muže i pro ženy, avšak muži častěji onemocní v mladším věku než ženy.

Svoboda a kol. (2012, s. 182) popisují, že u mužů je nejčastější začátek v pozdní adolescenci (mezi 15. a 25. rokem) a u žen začíná onemocnění v průměru o několik roků později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem). Ženy mívají oproti mužům mírnější formu onemocnění. Lépe reagují na léčbu, jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují, což je zřejmě vlivem estrogenů a dopaminergního systému. Schizofrenie je diagnostikována přibližně u 25 % psychiatrických hospitalizací a 50 % přijetí do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění často vede k trvalé invaliditě a celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších zdrojů úplné invalidity.

1.4. Příčiny vzniku schizofrenie

Přesné příčiny vzniku schizofrenie nejsou doposud známy, ale předpokládá se, že to může být kombinace více faktorů a ty společně vytvoří dispozici k onemocnění (Skopová, 2016, s. 9). Příčiny nemoci jsou obecně chápány jako důsledek působení mezi chorobnou vlohou a vnějším stresem. Vloha patří ke genetickým dispozicím, ale na vzniku schizofrenie se podílejí i vlivy prenatalní a perinatální (Hosák a kol., 2015, s. 184). Aby se u člověka s genetickou dispozicí projevila schizofrenie, je pravděpodobně nezbytné působení spouštěče. Spouštěčem jsou myšleny různé vlivy prostředí, jako například: užívání toxických látek, změna prostředí, nadměrný stres, úmrtí blízké osoby apod. (Petr a kol., 2014, s. 210).

Podle Orla (2012, s. 121 – 122) se příčiny hledají v rámci celého bio-psycho-sociálního spektra. Nejpravděpodobněji má mozek člověka se schizofrenií odlišnosti ve stavbě, funkci i propojení. Při vzniku schizofrenie mohou hrát hlavní roli odlišné spoje v mozku, a to například mezi pravou a levou hemisférou, mezi prefrontální kůrou a limbickým systémem. Dále může hrát významnou roli narušená asymetrie a funkční specializace mozkových polokoulí.

Moderní vědecké poznatky popisují, že schizofrenie vzniká následkem narušení některých chemických pochodů v určitých částech mozku. Hlavním problémem je narušení rovnováhy mezi chemickými látkami, neboli neurotransmitery, které se podílejí na přenosu nervového vzruchu mezi nervovými buňkami. Neurotransmitery mají vliv na specifický typ receptoru na nervové buňce. Ústřední roli v rozvoji schizofrenie mají neurotransmitery, dopamin a serotonin. Když je v některých částech mozku (limbický systém) nadbytek dopaminu, je přenášeno velké množství informací. Mozková kůra je nedokáže správně rozlišit na podstatné a nepodstatné informace, také nedokáže odlišit, zda informace přicházejí z jiných částí mozku nebo zvenčí a není schopna je správně zpracovat. Nemocný tudíž nezvládne odlišit například vlastní myšlenky od toho, co slyší. Serotonin má vliv na emoce, agresivitu, cyklus spánku a bdění a také na příjem potravy. Při vzájemné nerovnováze působení dopaminu a serotoninu a při nadbytku dopaminu vznikají různé příznaky psychózy (Raboch a kol., 2012, s. 246).

1.4.1. Biologický faktor

Jedním ze základních biologických faktorů je dědičnost. Podle studií dědičnosti se prokázalo, že při onemocnění jednoho rodiče schizofrenií je asi 10 % pravděpodobnost, že onemocní i jeho dítě. U onemocnění obou rodičů se zvyšuje riziko pro dítě až na 30 – 40 % (Skopová, 2016, s. 9). Pro určení míry dědičnosti je důležitá také studie jednovaječných a dvojevaječných dvojčat. Jednovaječná dvojčata mají naprosto stejnou genetickou výbavu a obě jednovaječná dvojčata onemocní schizofrenií častěji (v 30 – 40 %) než dvojevaječná dvojčata (asi v 10 %) i přesto, že dvojčata vyrůstala odděleně, v jiném rodinném a sociálním prostředí (Raboch a kol., 2012, s. 245). Hosák a kol. (2015, s. 184) uvádí, že zvýšené nálezy schizofrenie se vyskytují mezi příbuznými pacientů. Udává se, že celoživotní riziko onemocnění v populaci je zhruba okolo 1%, u příbuzných prvního stupně (děti, rodiče, sourozenci nemocných) je riziko onemocnění 6 – 13% a u příbuzných druhého stupně (synovci, neteře, vnuci) 4 – 6%. Adoptivní studie potvrzují riziko vyplývající z příbuzenství. Děti adoptované hned po narození, jejichž biologičtí rodiče byli nemocní, mají stejné riziko onemocnění, jako u příbuzných prvního stupně.

1.4.2. Prenatální a perinatální faktor

Funkční nebo morfologická odchylka získaná v průběhu těhotenství (např. infekce matky během těhotenství) nebo perinatálně (např. trauma CNS při komplikovaném porodu) (Raboch a kol., 2012, s. 245). Ocisková a kol. (2015, s. 46 – 47) uvádí, že během vývoje mozku dochází k jeho primárnímu poranění nebo patologickému procesu ještě dlouho před klinickým projevem onemocnění. Tato neurovývojová hypotéza naznačuje, že pacienti se schizofrenií prodělali narušený vývoj mozku již v prenatálním období, a to konkrétně během druhého trimestru. V době pozdní puberty a adolescence, kdy se prořezávají mozkové spoje, se některé neuronové systémy stanou neschopnými vyrovnat se s určitými typy psychosociálního stresu a životními změnami, a to kvůli nesprávnému prenatálnímu založení. Stejně tak komplikace v těhotenství a během porodu zvyšují riziko rozvoje schizofrenie, nejspíše z důvodu poškození rozvíjejícího se mozku. Jedním z důležitých faktorů je porodní hypoxie (plod nemá dostatečný přívod kyslíku), jenž se objevuje přibližně u 20 – 30 % lidí trpících schizofrenním onemocněním při srovnání se základní mírou výskytu 5 – 10 % v obecné populaci. Virová nákaza v těhotenství se na riziku vzniku schizofrenie podílí pouze malým zlomkem. Bylo prokázáno, že ke konci zimy nebo na jaře se rodí více osob se schizofrenií než v jiných ročních obdobích. V tomto období se zvyšuje procento lidí se schizofrenií narozených po epidemiích virových onemocnění (spalničky, chřipka, plané neštovice apod.).

1.4.3. Psychosociální faktor

Orel (2012, s. 122) uvádí, že příčiny schizofrenie jsou v poruše sociálních vztahů a komunikačním stylu v rámci primární rodiny. Známý jsou i názory, že se na příčinách uplatňuje vliv nechtěného těhotenství. Někteří považují schizofrenii jako specifickou formu reaktivního psychického zhroucení. Jedním z nejdůležitějších faktorů jsou vztahy v rodině. Studie prokázaly, že rodina a příbuzní mohou příznivě ovlivnit průběh onemocnění svým chováním (Raboch a kol., 2012, s. 246). Za základní funkce rodiny považujeme reprodukci, vytvoření materiálně-ekonomického zázemí pro děti, poskytování citové vazby a základů vztahovosti. Od určitého věku má významný vliv na další rozvoj osobnosti, socializace a rozvoj určitých schopností a dovedností vrstevnická skupina. Na zdravém vývoji psychiky se také podílí širší vliv společnosti a sociokulturního prostředí. Další příčinou vzniku schizofrenie mohou být aktuální sociální ztráty (partnera, rodičů, potomka, životních jistot, svobody atd.), akutní i dlouhodobé sociální konflikty (násilí, zneužívání, dlouhodobě disharmonické vztahy apod.),

intrapyschické konflikty, frustrace, deprivace (dlouhodobě neuspokojivé naplňování potřeby), krize a trauma (Orel, 2012, s. 38 – 39).

1.5. Příznaky schizofrenie

Příznaky schizofrenie lze rozdělit do tří hlavních skupin, a to na pozitivní, negativní a kognitivní příznaky. Dalo by se říci, že pozitivní příznaky se projevují nadměrným nebo zkresleným vyjádřením normálních funkcí. Negativní příznaky se projevují oslabením nebo ztrátou normálních funkcí a kognitivní příznaky znamenají oslabení schopností pamatovat si, soustředit se, plánovat a řešit problémy (Raboch a kol., 2012, s. 248).

Osobnost postiženého se vyznačuje určitými charakteristickými rysy jako například plachostí, redukcí sociálních kontaktů a uzavřeností. Úvodním projevem bývá plané filozofování a zájem o bizarní otázky nebo problémy. S postupným trváním nemoci se objevuje netečnost, nezájem o okolí, kdy se postižený soustřeďuje na vnitřní svět, který při přítomnosti bludů a halucinací může být pestrý a nemocnému zcela nahrazuje realitu. S nastupující dezintegrací osobnosti se rozpadá vnitřní svět schizofrenika. Porucha myšlení je jedním z hlavních příznaků schizofrenie, kdy je myšlení postiženo po formální i obsahové stránce. K formálním projevům se řadí tvorba vlastní symboliky, které nikdo jiný kromě nemocného nerozumí, neologismy – zdravým nerosozumitelná slova, inkoherenční, nesouvislé a zmatené myšlení. K obsahové stránce projevů patří charakteristicky přítomnost bludů, které mohou být perzekuční, úkorné, megalomaničké, originální a fantastické. V některých případech jde jen o difuzní paranoidní představy, jindy o pevně skloubené bludy. Bohatá bludná produkce se často projevuje u nemocných s prohlubujícím se autismem. Bludy mohou odeznívat nebo se rozpadat při dlouhodobém trvání nemoci. U některých z forem schizofrenie je vnímání výrazně narušeno, vyskytují se u nich iluze a halucinace. Na poruchy myšlení a vnímání, na poruchy emotivity a poruchy osobnosti většinou navazují poruchy jednání. Jednání schizofreniků je odlišné od jednání zdravých lidí, bývá často nevypočitatelné a zdravé lidi překvapí. Aktivitu nemocných mohou podle své naléhavosti ovlivňovat chorobné představy a vjemy. Pod vlivem bludů a halucinací se nemocný může dopouštět i trestné činnosti. Nezřídka dochází k sebevraždám, přičemž například nemocný vyskočí z okna, když prchá před domnělým nepřítelem. U nemocných se vyskytují impulsivní reakce, které se projevují náhlým a neočekávaným činem z nepochopitelné motivace. Mezi základní příznaky schizofrenie patří ambivalence a ambitendence, neboli zážitek protikladných citových vztahů a protikladného snažení a úsilí. S trváním onemocnění

se mění emotivita. Ze začátku nemusí být výrazné změny, někdy se ale naopak vyskytuje v podobě jakéhosi vystupňování projevů vůči nejbližším, kdy si nemocný vyčítá, že je nemá dost rád. U schizofreniků se mohou vyskytovat i patologické výkyvy nálad (manický nebo depresivní syndrom). Postupujícím onemocněním dochází k emočnímu vyhasínání a emoční oploštělosti, která se nakonec projeví v apaticko-abulickém syndromu, charakteristickým pro těžší formy onemocnění. Pozvolný začátek a brzký rozvoj negativních příznaků předpokládá těžší a nepříznivý průběh. Nemocný je lhostejný vůči lidem, přičemž se rozpadají citové vazby. To postupně vede k sociální izolaci a uzavírání se do svého vnitřního světa. Dalšími emočními projevy mohou být například nevhodný náhlý smích, náhlé upadnutí do deprese nebo stav, kdy má nemocný smutnou náladu a zároveň se směje. Schizofrenie nepostihuje intelekt, avšak chování nemocného působí dojmem, že byly zasaženy paměťové a intelektuální funkce. Na začátku onemocnění se může vyskytovat porucha vědomí kvalitativního charakteru (amence, deliria). U forem schizofrenie, které začínají náhle, se objevuje porucha vědomí. V průběhu onemocnění se vyskytuje pouze vzácně. Formy, které mají rychlý a prudký začátek, mají většinou příznivější prognózu (Dušek a kol., 2015, s. 227 – 229).

K somatickým příznakům na začátku rozvoje onemocnění patří časté poruchy spánku, které mohou upozornit na novou ataku nemoci a je třeba zahájit terapii. Dalšími projevy jsou bolesti hlavy, u žen dochází k poruchám menstruace, které se vyznačují poruchami menstruačního cyklu či vynecháním menstruace. Následkem omezeného pohybu může být pozorován přírůstek hmotnosti, což patří k sekundárním znakům, které nemají pro schizofrenii diagnostický význam (Dušek a kol., 2015, s. 229).

1.5.1. Pozitivní příznaky

Pozitivní příznaky zahrnují především různé typy poruch vnímání a falešných smyslových vjemů, které označujeme jako halucinace (Skopová, 2016, s. 13). Tyto příznaky jsou nejčastější příčinou hospitalizace a jsou spojovány s lokální zvýšenou dopaminergní aktivitou. Kromě poruch vnímání řadíme do této kategorie také bludy, poruchy myšlení (dezorganizaci) s důsledky určitého jednání nemocného (Češková, 2012, s. 17).

Mezi typické pozitivní příznaky u schizofrenie patří halucinace a bludy. **Halucinace** jsou falešné smyslové vjemy vznikající bez jasného zevního podnětu a projevují se zkresleným vnímáním reality. Nemocní slyší, vidí a cítí věci, které ale ostatní lidé nevnímají. Halucinace mohou postihovat všechny smysly. Nejčastější bývají *sluchové halucinace*, kdy nemocný může slyšet různé zvuky, jako například tikání, zvonění, škrábání apod., nebo může slyšet složitější

vjemy, jako jsou hlasy. Hlasy k nemocnému buď hovoří přímo, nebo hovoří o něm, ale také mohou komentovat jeho jednání. Za velmi nebezpečnou variantu se považují hlasy, které dávají nemocnému příkazy. Tyto hlasy se nazývají imperativní sluchové halucinace a pod jejich vlivem může dojít k ohrožení nemocného nebo jeho okolí. Nemocní s těmito halucinacemi často komunikují, jelikož jsou hlasy stejně intenzivní nebo intenzivnější než vnímaná skutečnost. Jedním ze zvláštních druhů halucinací jsou halucinace intrapsychické, kdy má nemocný dojem, že mu někdo myšlenky odnímá nebo mu je vkládá do hlavy. Nemocný může být přesvědčen, že jsou jeho myšlenky ozvučování nebo zveřejňovány (Raboch a kol., 2012, s. 248). Další častou formou jsou halucinace zrakové, kdy pacient vidí věci, které neexistují, a je o nich naprosto přesvědčen. Příkladem těchto halucinací jsou různé postavy ve svém bytě, obrazce na zdi, zvířata atd. Často se zrakové halucinace spojují se sluchovými halucinacemi, přičemž pacient vidí nějaké postavy, které k němu hovoří. Setkáváme se i s halucinacemi čichovými. Například nemocný cítí v bytě nějaký plyn, a myslí si, že je jedovatý. Dále existují halucinace chuťové, kdy pacient vnímá chuť jídla jako špatnou, hořkou nebo slanou. Pro Tělové halucinace jsou typické nepříjemné pocity, jako například bolest, pálení, píchání, mravenčení apod., které ovšem pacient pociťuje jako reálné (Kučerová, 2013, s. 14 – 15).

Bludy patří mezi poruchy myšlení. Je to přesvědčení pacienta o něčem, co je nepravdivé a co ve skutečnosti neexistuje. Nelze pacientovi rozmluvit a vyvrátit, že to co si myslí, není ve skutečnosti možné. Bludy zcela ovládají pacientovu psychiku, mají vliv na jeho jednání, při kterém pacient svoje jednání a chování mění. Bludy jsou spojeny s halucinacemi a na základě nich mohou bludy vznikat. Paranoidní blud je spojen se zrakovými halucinacemi, kdy například pacient vidí cizí lidi ve svém bytě, a jejich přítomnost si vysvětluje tak, že mu do bytu vnikli, aby mu ublížili nebo ukradli nějaké peníze. Paranoidně perzekuční blud vzniká v souvislosti se sluchovými halucinacemi. Bludy mohou spustit také halucinace čichové nebo chuťové. Jedná se o paranoidní bludy otrávenosti. Například, když pacient cítí v bytě zápach a je si naprosto jistý, že jde o jedovatý plyn, kterým ho chce někdo otrávit. Nebo když pacient odmítá jídlo kvůli divné chuti, a je přesvědčen o tom, že je v jídle nějaký jed, kterým ho chtějí otrávit jeho známí. Na základě somatických nebo viscerálních halucinací, kdy pacient cítí bolest a jiné nepříjemné pocity v různých částech těla, vznikají bludy hypochondrické. Pacient je mnohdy přesvědčen, že má někde v těle nádor, nejčastěji rakovinu, nebo nějakou vážnou infekci a jinou nemoc. Blud žárlivecký neboli emulační je poměrně častým typem bludu, který se vyskytuje převážně u mužů závislých na alkoholu, kteří mívají manželské problémy kvůli svému opilství nebo kvůli klesající sexuální potenci. V současné době méně obvyklé jsou bludy

náboženské (religiózní), přičemž pacient může být přesvědčen o svém speciálním náboženském poslání, spasení světa apod. (Kučerová, 2013, s. 16).

1.5.2. Negativní příznaky

Tyto příznaky často připomínají depresivní příznaky. Negativní příznaky se projevují např. oslabením vůle, ztrátou zájmů, poklesem nálady, celkovým snížením a ochuzením emocí a snížením pohybové aktivity. Dochází k celkovému sociálnímu stažení, nemocný se uzavírá do sebe. Je velmi důležité odlišit od sebe deprese a negativní příznaky, jelikož deprese provází schizofrenii a je významný rizikový faktor sebevražedného jednání (Skopová, 2016, s. 14). Podle Petra a kol. (2014, s. 213) laická veřejnost občas milně hodnotí tyto příznaky jako lenost a neschopnost. Nemocný ale tyto projevy neovlivňuje svou vůlí a může tak docházet k úplné sociální izolaci, zanedbávání sebepečce a hygieny.

Negativní příznaky jsou spojovány s regionálně sníženou dopaminergní aktivitou. Tyto příznaky jsou považovány za primární a jsou přítomny v první epizodě schizofrenního onemocnění. Za sekundární negativní symptomy jsou považovány pozitivní příznaky (např. nemocný, který má halucinace, není schopen přiměřené komunikace s okolím), dále jsou to deprese, snížená motorika a nedostatek sociálních stimulů. Negativní příznaky, které přetrvávají, souvisí s funkční prognózou (Češková, 2012, s. 17).

1.5.3. Kognitivní příznaky

Kognitivní příznaky jsou mnohdy spojeny s negativními příznaky. Spočívají v narušení poznávacích schopností, v narušení pozornosti, paměti, slovní plynulosti a zhoršenou schopností plánovat. Vyskytují se v různých kombinacích. Onemocnění je možné diagnostikovat podle kritérií, která jsou dána pro jednotlivé typy onemocnění. Diagnostika stále spočívá v pečlivém vyšetření, pozorování a popisu jednotlivých psychopatologických příznaků. Laboratorní a další vyšetření včetně testů představují pouze pomocná a doplňková řešení, jejichž význam je v běžné klinické praxi oproti výzkumu až druhotný (Skopová, 2016, s. 14).

1.6. Průběh a prognóza schizofrenie

„Schizofrenie mnohdy probíhá po měsíce i léta, než se pacient nebo jeho okolí rozhodnou vyhledat lékařskou pomoc. Po tu dobu se mohou vyskytovat nespecifické prodromální příznaky,

jako jsou podrážděnost, rozlada, uzavření do sebe, pseudofilozofování, motivační bezradnost a jiné symptomy z okruhů neurotických a osobnostních poruch.“ (Hosák a kol., 2015, s. 192)

Schizofrenie často začíná v průběhu dospívání nebo rané dospělosti. V premorbidním stádiu se onemocnění klinicky neprojevuje, ovšem mohou se objevovat latentní poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti. K typickému rozvoji onemocnění patří příznaky, které nemoci předcházejí. První projevy schizofrenie jsou rodinou a přáteli často chápány jako normální chování dospívajících a po dlouhou dobu toto chování tolerují, než vyhledají odbornou pomoc. Obvykle nemocného omlouvají a myslí si, že nemocný prochází pouze těžkým obdobím, které časem odezní. Změna chování je mnohdy přisuzována charakterovým negativním rysům, a proto je těžké určit počátek prodromálních příznaků překrývajících se s charakterovými rysy. K těmto rysům patří uzavřenost, pasivita a snížení kontaktů se svými vrstevníky nebo rodinou. Zprvu si nemocní stěžují na stále častější poruchy pozornosti, poruchy spánku, celkovou slabost, zažívací potíže, neurčité bolesti hlavy, zad a svalů. Proto nemocní často navštěvují lékaře kvůli podezření na špatně vyléčené tělesné onemocnění nebo na chronický únavový syndrom. Při dalším rozvoji onemocnění se projevují nové příznaky, jako například uvažování nad nepodstatnými věcmi, zvláštnosti v oblékání, v jídle a chování, objevuje se i nové zaujetí vírou nebo okultismem, změna režimu spánku a bdění, úzkost, neklid apod. V pozdějších fázích dochází k utváření a rozvoji bludů a halucinací a nakonec se objevují akutní příznaky psychického onemocnění. Schizofrenie je epizodické onemocnění, u kterého se v progredientním stádiu střídají ataky nemoci s ústupem příznaků. Relaps nebo-li znovuvzplanutí choroby je opakující se ataka nemoci po první epizodě. V dalších fázích dochází ke zklidnění ve stádiu stabilizace psychopatologie. Dlouhodobá prognóza – necelá třetina nemocných se schizofrenií se po první atace nemoci zcela uzdraví a další ataka se již neopakuje, u třetiny nemocných se onemocnění projevuje v atakách s reziduální psychopatií mezi atakami a více než třetina nemocných má dlouhodobý progredující průběh nemoci s kolísavou intenzitou téměř trvale přítomných příznaků onemocnění. U každého nemocného je výrazně individuální průběh onemocnění. Prognóza je příznivější, pokud se onemocnění projeví s náhlým začátkem a za přítomnosti pozitivních příznaků. Naopak onemocnění s plíživým začátkem a za přítomnosti spíše negativních příznaků má méně příznivou prognózu. Příznivější průběh onemocnění mají také ti, kteří mají stálé zaměstnání, studují, nebo mají partnera a rodinu. Též je důležité zachovat si koníčky a původní životní styl (Raboč a kol., 2012, s. 246 – 247).

Dle Češkové (2012, s. 22) prodělá jednu epizodu bez následného postižení 22 % nemocných, 35 % nemocných prodělá několik epizod zcela bez postižení nebo pouze s minimálním postižením, 8 % nemocným se po první epizodě zhorší stav bez návratu k normě a 35 % nemocných prodělá několik epizod s následným zvyšujícím se postižením bez návratu k normě. Proto je nutné zvažovat prognózu alespoň ve dvou dimenzích – přetrvávající symptomatologie a úroveň sociálního fungování. Nemocný může celkem dobře sociálně fungovat i při přetrvávající symptomatologii. Kvůli rozdílné metodologii studií, která se zabývá tímto onemocněním, vznikají v průběhu nemoci a dlouhodobé prognóze rozpory.

K příznivým prognostickým faktorům řadíme – ženské pohlaví, manželský život nebo stabilní partnerský vztah před vypuknutím nemoci, dobré premorbidní sociální fungování, akutní začátek onemocnění, začátek onemocnění v pozdějším věku než v dětství, afektivní odpověď v akutním stádiu, lepší socioekonomické zázemí, kratší doba eventuální hospitalizace, paranoidní typ schizofrenie, převaha pozitivních příznaků nad negativními. K negativním prognostickým faktorům patří – mužské pohlaví, nízký věk v začátku onemocnění, nepřítomnost spouštěcích faktorů a nenápadný plíživý začátek, život bez partnera a špatné sociální fungování před vypuknutím nemoci, schizofrenie v rodinné anamnéze, převaha negativních příznaků, abúzus drog, autistické chování, oploštělá emotivita, dezorganizovaný nebo nediferencovaný typ schizofrenie a život v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční atmosféry. Nemocní trpící psychickými chorobami umírají na somatická onemocnění častěji než psychicky zdraví lidé. Je také známo, že nemocní se schizofrenním onemocněním mají o 20 % kratší délku života a o 50 % vyšší riziko smrti na tělesná onemocnění. Pozornost se zaměřuje také na úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění, která se shoduje s problematikou obecné populace (Češková, 2012, s. 22 – 23).

1.7. Diagnostika schizofrenie a vyšetřovací metody

V současné době není žádný laboratorní test typický pro posouzení schizofrenního onemocnění. Diagnostika schizofrenního onemocnění se opírá o zjišťování přítomnosti příznačných skupin příznaků nemoci a funkčního narušení pacienta. Aby mohl psychiatr stanovit nebo vyvrátit diagnózu, musí nemocného vyšetřit a poté nějakou dobu pozorovat přítomnost jednotlivých příznaků a jejich dynamiky (Raboch a kol., 2012, s. 248).

1.7.1. Diagnóza a klasifikace

Podle Hosáka a kol. (2015, s. 185) schizofrenie zasahuje strukturálně a vývojově mozek. Mozková kůra má menší objem a neuronů je ve stejném objemu více než u zdravých lidí. Jejich propojení je ale odlišná a jinak se vyvíjí. U pacientů se schizofrenií je úbytek synaptických spojů během zrání jedince vyšší než u jejich vrstevníků.

Pro diagnózu schizofrenie jsou v současné době platné dvě velké klasifikace duševních poruch vypracované Světovou zdravotnickou organizací (SZO) a Americkou psychiatrickou asociací (APA) – 10. vydání Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) a Diagnostický a statistický manuál ve IV. vydání (DSM IV). Obě klasifikace staví na přesně popsanych kritériích a jsou užitečná pro kliniky ke stanovení diagnózy, vyloučení ostatních diagnóz a odhalení komorbidity pro ovlivnění průběhu onemocnění, reakci na léčbu a prognózu. Pro stanovení diagnózy schizofrenní poruchy, podle kritéria MKN 10, musí být minimálně po dobu jednoho měsíce přítomnost alespoň jednoho z charakteristických příznaků – manipulace s myšlenkami (slyšení vlastních myšlenek apod.), bludy ovládnutí, sluchové halucinace, jiné bludy a jiné halucinace, formální poruchy myšlení, katatonní příznaky (vzrušenost, negativismus, mutismus, stupor, apod.), negativní příznaky (apatie, emoční ochuzení a ochuzení řeči) a nápadné kvalitativní změny v chování (sociální stažení, ztráta zájmů, bezcílnost). DSM IV definuje schizofrenní onemocnění podobně jako MKN 10, hlavní rozdíl je ale v době trvání příznaků. MKN 10 požaduje dobu trvání příznaků jeden měsíc, DSM IV požaduje 6 měsíců a deterioraci funkce (Češková, 2012, s. 18 – 19).

Při diferenciální diagnóze je třeba zvažovat řadu poruch, které se mohou podobně projevat psychotickými příznaky a podivným chováním. K těmto poruchám řadíme *intoxikaci návykovými nebo halucinogenními látkami*, proto je důležité provést toxikologické vyšetření moči ke zjištění psychoaktivních látek a tím včasné odlišení od organických toxických psychóz. Dále jsou to *organická onemocnění mozku* nebo i systémová autoimunitní a endokrinní onemocnění, které mohou napodobovat schizofrenii. Snadno lze rozlišit známky deliria a akutního psychotického onemocnění. Schizofrenie nebývá spojena s kvalitativní poruchou vědomí na rozdíl od deliria, které bývá provázeno poruchami vědomí charakterizovanými zrakovými halucinacemi, nikoli však sluchovými halucinacemi, které jsou jedním z příznaků schizofrenie. Rozdílné je také nesouvislé myšlení, které u deliria plyne z chaotického zmatku a provázejí ji zmínky o halucinovaných scénách či dějích. Nesouvislé myšlení je u schizofrenie důsledkem rozvolnění gramatických i obsahových vazeb, kdy se ztrácí logická struktura řeči.

U deliria se občas projevují tzv. bludy zaměstnanosti, přičemž nemocný složitě jedná a jeho chování odpovídá nějaké činnosti (rozmotávání nití, zahánění zvířat apod.) *Akutní toxická psychóza* může být provázena poruchou vědomí, stejně jako psychotická ataka schizoafektivní poruchy nebo akutní přechodné psychotické poruchy. Je to kvalitativní porucha vědomí projevující se dezorientovaným neklidem a následnou amnézií. *Bipolární afektivní poruchu* není vždy lehké odlišit od schizofrenie, zejména při manické nebo smíšené fázi s psychotickými příznaky. U bipolární afektivní poruchy je důležité zaměřit se na podrobnou anamnézu, která je zaměřená na periodickou manifestaci poruch nálady. Příznaky schizofrenie, jako jsou pocity psychotické depersonalizace a hluboká nejistota o povaze skutečnosti, se při manických a smíšených fázích bipolární afektivní poruchy objevují zřídka. U schizofrenie nebývá naopak přítomna expanzivní nálada. Manická fáze bipolární afektivní poruchy se může projevit nesouvislým myšlením a dochází k pseudoinkoherenci namísto rozpadu myšlenkového toku. Při mánii je tok myšlenek zrychlen natolik, že je nemocný nestačí vyslovovat a z toho, co chce sdělit, zůstávají pouze útržky, přičemž si nevšimne ztráty souvislosti. *Deprese s psychotickými rysy* se od schizofrenního onemocnění liší absencí expanzivních bludů a bludů telepatického ovlivňování, ale nemocného budou provázet bludy depresivní a vztahovačné (lidé o něm mluví a vědí o něm něco zahanbujícího). U nemocných s depresemi dochází spíše k bezradné beznaději než k nedostatku potěšení, oploštělé emotivitě a apatické lhostejnosti. *Emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu* se projevuje emoční nestálostí (prudké a úplné změny nálad a změny emočních vazeb) k lidem i věcem, na rozdíl od schizofrenie, která se projevuje emoční ambivalencí a oploštělostí. Poruchy osobnosti a změny nálad nemají psychotický kontext a lze je detekovat psychologickým vyšetřením. *Jiné psychotické poruchy* – pokud se nevyskytují charakteristické poruchy vztahu ke skutečnosti, měla by být zvážena možnost jiné schizotypní poruchy, která probíhá klidněji a není ovlivněno chování halucinacemi či bludy, ale bývá přítomna nápadnost v projevu i mluvě, pseudofilozofování se sklonem k iluzím, stereotypnímu myšlení a sociálnímu stažení (Hosáka a kol., 2015, s. 190 – 192).

1.7.2. Vyšetřovací metody

U nového psychotického pacienta jsou vedle psychiatrického vyšetření zacíleného na psychopatologické příznaky zapotřebí další vyšetření – k běžné anamnéze odebrat také objektivní anamnézu (od blízkých pacienta nebo od jeho doprovodu) pro doplnění údajů získaných při vyšetření duševního a tělesného stavu; fyzikální a neurologické vyšetření pacienta pro odhalení případného tělesného onemocnění (diabetes, náhlá mozková příhoda,

thyreotoxikóza apod.); vhodné je zvážit oftalmologické vyšetření pro odhalení známek nitrolebeční hypertenze; toxikologické vyšetření moči, kvůli podezření na zneužívání psychoaktivních látek a intoxikaci farmaky; krevní obraz a diferenciální krevní obraz; základní biochemické laboratorní vyšetření krve (glykemie, jaterní testy, testy na funkci ledvin a minerály, stanovení hormonů štítné žlázy – alespoň TSH); EKG (ischemie a úzkost, bezprostřední terapeutický plán); EEG (epileptický parciální komplexní záchvat, mozková příhoda); CT mozku, strukturální magnetická rezonance; sérologické vyšetření při anamnéze (pohlavní choroby) nebo příznacích (teploty, meningeální příznaky) kvůli možnosti neuroinfekce (Hosáka a kol., 2015, s. 189).

1.8. Klinické formy schizofrenie

Schizofrenie má mnoho alternativ jak v psychologické podobě, v průběhu onemocnění, tak i v míře funkčního postižení nemocného. Od začátku používání tohoto diagnostického pojmu byl pojem schizofrenie uváděn jako množné číslo a hovořilo se o tzv. „skupině schizofrenií“. Předpokládá se, že pojem schizofrenie skrývá řadu onemocnění, která mají některé společné psychopatologické rysy, ale mohou se lišit v patofyziologických dějích, a to průběhem, okolnostmi vzniku a vývojem onemocnění. V současné době MKN – 10 rozlišuje několik forem schizofrenie (Raboch a kol., 2012, s. 250).

Dle Češkové (2012, s. 19 – 20) se schizofrenní poruchy na základě převažující psychopatologie dělí na několik klinických forem - *paranoidní schizofrenie* (je vyznačována převážně bludy), *hebefrenní schizofrenie* (svými projevy karikuje pubertální období), *katatonní schizofrenie* (hlavními projevy jsou poruchy hybnosti), *nediferencovaná schizofrenie* (nemívá vyhraněnou podobu), *reziduální schizofrenie* (chronický stav po ústupu akutních příznaků) a *simplexní schizofrenie* (postupné stažení se do sebe a z toho vyplývající změny chování).

1.8.1. Paranoidní schizofrenie

Paranoidní forma schizofrenie patří k nejběžnějším typům. U této formy se vyskytuje paranoidní nebo paranoidně halucinatorní syndrom, který může začínat bludným laděním, pocity ukřivdění, nedůvěřivosti a podrážděností. Bludy se postupně formují a systemizují. U forem schizofrenie s rychlým nástupem a průběhem nejsou bludy dostatečně pevné a systematizované. V některých případech je již od počátku plíživý rozvoj bludů a postupně se přidávají halucinace. Někdy se porucha projeví právě halucinacemi. Nejčastější jsou halucinace

sluchové, méně časté potom halucinace ostatních smyslů jako zrakové, tělové, orgánové apod. (Dušek a kol., 2015, s. 230). Paranoidní schizofrenie je relativně snadno diagnostikovatelná. V klinickém obraze dominují nejen bludy provázené halucinacemi, ale také poruchy nálady, vůle a řeči. Katatonní příznaky chybějí, nebo nejsou v popředí (Češková, 2012, s. 20).

Růžičková (2013, s. 47 – 48) uvádí, jaké může mít pacient se schizofrenií potíže. Nemocnému svět připadá nebezpečný, má pocit, že mu chce někdo ublížit a že je pozorován, sledován a ovlivňován. Má také pocit, že o něm ostatní lidé mluví, pomlouvají ho, nebo mu někdo vkládá do hlavy myšlenky. Může slyšet hlasy, které jeho jednání kontrolují, hádají se či šeptají, radí nebo rozkazují. Občas je nemocný přesvědčen o něčem nepravděpodobném nebo nemožném.

1.8.2. Hebefrenní schizofrenie

Hebefrenní forma schizofrenie se obvykle rozvíjí pozvolna. Její projevy jsou jakoby zvýrazněné pubertální chování s typickou hypomanickou náladou a planým vtipkováním. Projevuje se výraznou náladou nepřiměřenou situaci, bezcílností či rozporuplností a roztěkaností, nemocný působí dojemem nevychovanosti, je hluchý, nápadný a jeho řeč je nesouvislá a inkoherentní (Růžičková, 2013, s. 48). Tato forma začíná nejčastěji v dospívání a rané dospělosti. Charakteristické je pro ni nepřiléhavé chování (neodpovědné a nepředvídatelné) a emoce. Hebefrenní forma je nazývána americkou klasifikací za dezorganizovanou, při níž jsou bludy a halucinace proměnlivé a fragmentární (Češková, 2012, s. 20).

1.8.3. Katatonní schizofrenie

Dle Růžičkové (2013, s. 48) je tato forma schizofrenie považována za prognosticky nejpříznivější a obvykle s akutním začátkem. U pacienta se projevuje střídáním velkého vzrušení a pohybových aktivit s nehybností, někdy automatickým plněním všeho, co někdo žádá a někdy naopak schválně nedělá to, o co je žádán. Často pacient zaujímá neobvyklých tělesných pozic a postojů, působí dojemem ztuhlosti. Když k němu někdo promlouvá, jako by dotyčného vůbec neslyšel. Češková (2012, s. 20) uvádí poruchy motoriky, kterými se vyznačuje katatonní schizofrenie. Poruchy motoriky mohou být ve smyslu zvýšené až bezcílné motorické aktivity, manýrování, grimasování, nebo ve smyslu stuporu. Ve verbálním projevu a chování bývají časté stereotypie, přítomna může být také vosková ohebnost.

1.8.4. Nediferencovaná schizofrenie

Tato forma schizofrenie se projevuje psychotickými stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídají žádnému z výše uvedených podtypů, nebo mají rysy více než jedné formy, bez výrazné převahy nějakého zvláštního souboru diagnostických charakteristik. Do tohoto typu patří atypická schizofrenie (Kučerová, 2010, s. 21). Nediferencovaná schizofrenie je málo častá forma. Projevuje se nenápadně, převládají negativní příznaky bez zjevných psychotických příznaků – změny chování s úpadkem vůle, lhostejnost, povrchnost, ztráta zájmů a oploštění emocí (Wikisofia, 2013).

1.8.5. Reziduální schizofrenie

O reziduální schizofrenii hovoříme v případě, že po jasně proběhlé schizofrenii přetrvává určitá zbytková schizofrenní symptomatologie. Mezi projevy patří např. bezcílnost, podivínství, omezením sociálních kontaktů, oploštělou emotivitou a pasivitou. Tento stav se v minulosti označoval jako „postpsychotický defekt“ (Orel, 2012, s. 117). Reziduální schizofrenie prezentuje chronický stav ve vývoji schizofrenní nemoci, přičemž je jasná progresse z časného do pozdního stádia. Její charakteristikou jsou dlouhodobé negativní symptomy a poruchy. Projevují se psychomotorickým zpomalením a sníženou aktivitou, chudou řečí v obsahu nebo množství, pasivitou a nedostatkem iniciativy, otupělostí afektu, špatnou nonverbální komunikací - výrazem obličeje, očima, modulací hlasu a postojů, defektivními sociálními projevy a sníženou péčí o sebe sama (Kučerová, 2010, s. 21 – 22).

1.8.6. Simplexní schizofrenie

Raboch a kol. (2012, s. 251) uvádí simplexní schizofrenii jako méně častou formu schizofrenie, ale prognosticky velmi závažnou. Projevuje se postupným a někdy až plíživým rozvojem změn chování s úpadkem vůle, pacient ztrácí zájmy, narůstá lhostejnost a povrchnost, emoce jsou oploštělé a často nepřiměřené situaci. Jedná se o pozvolný proces, který neprobíhá v epizodách a často končí trvalou změnou osobnosti pacienta. Podle Růžičkové (2013, s. 49) jsou v popředí negativní příznaky, jako je hypobulie s hypoaktivitou, ztráta temperamentu, sebestřednost, bezcílnost, řídnutí slovní zásoby, pasivita, neúčelnost (myšlení může působit jako jalové), pacient má potíže při studiu nebo při práci, ztrácí výkonnost.

1.8.7. Postschizofrenní deprese

Tato kategorie vzniká po odeznění epizody schizofrenie a zahrnuje epizodu depresivní nálady. Na základě současné klasifikace musí být přítomny i některé další příznaky schizofrenie, které

ale nepřevládají v klinickém obraze. Většinou se jedná o příznaky negativní. Ústupem psychotických příznaků se odkrývají příznaky afektivní. Tyto příznaky jsou spíše součástí onemocnění schizofrenií než reakcí na schizofrenní onemocnění. Depresivní nálada bývá jen málokdy klasifikována jako těžká. Je těžké a občas i nemožné rozhodnout, které příznaky se mohou přičítat depresivnímu ladění, které vlastnímu psychotickému onemocnění a které lze přičíst vedlejším účinkům antipsychotické léčby. Při této formě depresivní poruchy je zvýšené riziko sebevražedného jednání (Raboch a kol., 2012, s. 251).

1.9. Léčba schizofrenie

Dle Skopové (2016, s. 16) léčba schizofrenie vychází ze zjištění, že jednotlivé příznaky vychází z narušené rovnováhy mezi neurotransmitery (mediátory) v mozku. Neurotransmitery jsou látky chemické povahy, které zajišťují přenos informací mezi nervovými buňkami (neboli neurony). Na spojích mezi neurony jde o velmi komplexní a složité procesy, kdy je narušena rovnováha mediátorů a to zejména dopaminu a serotoninu. Ztracenou rovnováhu pomáhají vyrovnat antipsychotika a tím obnovují normální fungování mozku.

Pro celkový průběh a prognózu onemocnění je nejdůležitější včasný začátek léčby. Při jakýchkoli pochybnostech je vždy vhodné vyhledat lékaře. Léčbu je optimální zahájit ve stádiu prodromálních příznaků, dokud ještě nejsou plně rozvinuty typické schizofrenní symptomy. V praxi je velmi časté, že lékař zahájí léčbu až v době, když již má nemocný za sebou několik atak a několik let průběhu onemocnění. Včasné zahájení léčby je důležité nejen pro dosažení brzké remise (vymizení příznaků onemocnění) a zabránění dalším relapsům, ale také kvůli předcházení změnám, k nimž dochází po každém relapsu. Zprvu se jedná o tzv. akutní léčbu, na kterou navazuje léčba dlouhodobá, jejíž cílem je udržení remise a předcházení dalším relapsům, které zhoršují prognózu nemocného. O celkové délce léčby rozhoduje lékař, který zná dobře jak svého pacienta a průběh jeho onemocnění, ale také jeho celkové zázemí. Vzhledem k rozsáhlým zkušenostem a sledování se doporučuje dlouhodobá léčba s pravidelnými kontrolami. Onemocnění často bývá celoživotní a čím déle toto onemocnění trvá, tím je pravděpodobnější relaps po vysazení léčby (Skopová, 2016, s. 16 – 17).

Vyhlídky na průběh onemocnění jsou podstatně lepší po zavedení moderních léků. Výsledek léčby nezávisí pouze na typu psychotického onemocnění, ale také na tom, jak nemocný spolupracuje s lékařem a zda správně užívá léky. Důležitou roli hraje též faktor rodinného prostředí a životních událostí, se kterými se nemocný setkává. Léčba schizofrenie se odvíjí od

toho, ve které fázi nemoci se dotýčný nachází. Hlavní metodou při akutních stavech je podávání léků, neboli antipsychotik. Důležité je pravidelné užívání psychofarmak k zabránění návratu nemoci. Mezi akutními epizodami nemoci se využívají psychoterapeutické metody, převážně psychoedukace (podrobné seznámení s nemocí, využití socioterapeutických metod léčby – chráněné dílny, chráněné bydlení, denní stacionáře apod.) (Růžičková, 2013, s. 49). Více než 69% lidí se schizofrenií nedostává odpovídající péči. Nedostatečný přístup ke službám duševního zdraví je důležitou otázkou. Navíc je u lidí se schizofrenií méně pravděpodobné, že vyhledají péči, než u běžné populace (World Health Organization, 2019).

1.9.1. Farmakologická léčba

Léčba schizofrenie se zakládá především na farmakoterapii antipsychotiky. Každý léčebný plán by měl být individuální u každého pacienta a lékař by měl využívat více než jednu metodu léčby. Spolupráce s rodinou a blízkými nemocného je velmi významná ve všech fázích léčby. Rozlišujeme celkem tři fáze léčby, kterými jsou: léčba akutních příznaků, pokračující léčba ke stabilizaci stavu a dosažení uspokojivé remise (vymizení příznaků), udržovací léčba k zachování remise a prevence relapsu. Antipsychotika léčí psychotické příznaky, zmírňují úzkost, navozují spánek a vedou ke zklidnění nemocného. Při pravidelném užívání léků se pozvolna uspořádává myšlení, halucinace a bludy pomalu odeznívají až nakonec zcela zmizí. U schizofrenie se vyskytuje zvýšená aktivita dopaminergního systému. Antipsychotika blokují dopaminové receptory, přičemž zabraňují dopaminovému přenosu a snižují aktivitu dopaminergního systému v mozku nemocného. Působení na aktivitu dopaminergního systému působí na pozitivní příznaky schizofrenie, jako jsou halucinace, bludy a zvýšená tělesná aktivita. Tyto léky se nazývají klasická antipsychotika neboli *antipsychotika 1. generace*. Antipsychotika vyvolávají také nežádoucí účinky, které jsou způsobeny ovlivněním dopaminergního systému i v oblastech mozku, kde se reguluje mimovolní pohyblivost a svalové napětí. Působení antipsychotik se může projevovat svalovým třesem, pocitem ztuhlosti svalů, averze k pohybu a snížením gestikulace a mimiky. Při delším užívání antipsychotik se mohou objevit také zvláštní mimovolní pohyby v okolí úst a očí, které nejsou nebezpečné a úpravou medikace je lze odstranit. Atypická antipsychotika neboli *antipsychotika 2. generace* ovlivňují nerovnováhu mezi dopaminergním a serotoninergním systémem, ale také vývoj nových antipsychotik. Ovlivněním dopaminových a serotoninových receptorů působí atypická antipsychotika na pozitivní, negativní i kognitivní příznaky a mohou též do jisté míry ovlivnit i náladu nemocného. Oproti klasickým antipsychotikům způsobují méně nežádoucích vedlejších příznaků a tím zlepšují kvalitu života pacientů. Někdy jsou nežádoucí vedlejší

příznaky pro pacienta tak nepříjemné, že přestanou lék nebo léky užívat. Abychom zabránili relapsu nemoci, je důležité podávat antipsychotikum po dostatečně dlouhou dobu. Po první epizodě se doporučuje alespoň jeden rok podávat tzv. udržovací léčbu, čímž snížíme riziko relapsu až o 50 %. Někteří lékaři doporučují užívat antipsychotika ještě dva roky po vymizení všech příznaků akutní fáze nemoci. Mnoho pacientů po propuštění nerado užívá léky, zapomínají na jejich pravidelné dávkování a mnohdy léky úplně vysazují. Potom je vhodné podávat léky v depotní injekční formě, která je s dlouhodobým účinkem a užívá se jednou za 14 dní až za měsíc. Tato forma je účinná, jelikož látka je rozpuštěna v oleji a pozvolna se z místa aplikace uvolňuje do těla. V průběhu onemocnění se může objevit smutná nálada, proto se v takovém případě přidávají k léčbě antidepresiva. Pokud se v průběhu nemoci objeví poruchy spánku, přidávají se léky nazývané hypnotika. Když se objeví nežádoucí vedlejší účinky léčby v podobě mimovolních pohybů, třesu nebo ztuhlosti, podávají se antiparkinsonika. Mezi další nežádoucí účinky antipsychotik se řadí také pocity závratě ze snížení krevního tlaku, zrychlená činnost srdce, pocit útlumu, nešikovnosti pohybů, výtok z prsů a pocit vnitřního neklidu. Účinnost určitého podávaného antipsychotika je vhodné hodnotit až po 4 – 6 týdnech nepřetržitého podávání a při neúčinnosti léku převést na jiný druh antipsychotika. Nelze předem určit, zda bude antipsychotikum zcela účinné, jelikož účinnost antipsychotik je u každého pacienta individuální. Proto je mnohdy třeba vystřídat několik antipsychotik, abychom našli správné a účinné. Pro správnou a efektivní léčbu je potřeba spolupráce nemocného, rodiny nemocného a lékaře. Výrazně se nedoporučuje kombinovat antipsychotika s alkoholem, jelikož alkohol zvyšuje účinek antipsychotik a naopak alkohol může zesilovat útlum po antipsychotikách (Raboch a kol., 2012, s. 253 – 254).

Tabulka 1 - Přehled generických názvů antipsychotik (Raboch a kol., 2012, s. 254)

Klinická antipsychotika	Atypická antipsychotika	Depotní antipsychotika
chlorpromazin	risperidon	haloperidol decanoat
levomepromazin	ziprasidon	zuclopentixol
haloperidol	olanzapin	flupentixol
chlorprothixen	quetiapin	risperidon
flupentixol	clozapin	
zuclopentixol	aripiprazol	
	amisulprid	
	zotepin	
	sertindol	

1.9.2. Nefarmakologická léčba

Nezbytnou součástí zahájení léčby je vždy důkladné poučení nemocného a jeho blízkých. Jde o *psychoedukaci*, jejíž cílem je poskytnout všechny potřebné informace a ukázat nemocnému, že jde o dobrý partnerský vztah, který je významný pro získání vzájemné důvěry a pro úspěšnost dlouhodobé léčby. Vhodná forma je skupinová psychoedukace, při níž je nemocný seznamován s osudy dalších pacientů, s jejich zkušenostmi a zkušenostmi jejich rodin. Komunikace s ostatními pacienty je jednou z možností, jak v případě pracovní neschopnosti nebo invalidity udržovat sociální kontakty a zbavit se pocitu osamělosti. Při skupinové psychoedukaci pacient procvičuje své komunikační dovednosti, získává od ostatních členů užitečné rady o životosprávě a učí se včas rozpoznávat varovné příznaky relapsu. Pacient tak není odkázán pouze na psychiatra, který vede léčbu. Pro nemocné s delším průběhem onemocnění je velmi významná kognitivní a sociální rehabilitace. Ve větších městech jsou zřizovány denní sanatoria a specializované denní stacionáře. Pro pacienty, kteří se prozatím nemohou vrátit do svého původního zaměstnání, je vhodná pracovní rehabilitace (Skopová, 2016, s. 20 – 21).

Psychoterapie je léčba pomocí psychologických prostředků a jejím těžištěm je období po odeznění akutních příznaků psychózy. Cílem všech psychoterapeutických postupů je podporování zdravých částí osobnosti nemocného. Rozlišujeme psychoterapii individuální, skupinovou a rodinnou. Pro pacienty se schizofrenií jsou velmi účinné kognitivně-behaviorální psychoterapeutické techniky. Psychoterapeutickými metodami jsou: rozhovor, umělecká práce, hraní rolí, psychogymnastika, dramatizace a nácvik dovedností. Tato terapie pomáhá navrátit přirozený pocit kontroly nad svým vnímáním, emocemi, chováním, myšlenkami a představami. Individuální psychoterapie pomáhá k vytvoření pevné vztahové osoby, které může pacient v krizových situacích důvěřovat a přispívá tak k obnovení důvěry ve svět. Důvěrná atmosféra skupinové psychoterapie pomáhá pacientovi ujasnit si svou situaci ve světě a uvědomit si formy chování vedoucí ke stresu. Mnohdy se učí od ostatních, jak se vyrovnat s psychózou a jak řešit každodenní problémy. Pacient si tak uvědomí, že druzí prožívají podobné věci. Kognitivně-behaviorální terapie se orientuje na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci, odstranění úzkostného způsobu myšlení a úpravy neadaptivního chování a relaxace. Terapie trénuje dovednosti pacienta potřebné pro samostatný život a učí ho se zbavovat reziduálních příznaků. Rodinná terapie zahrnuje do léčby také rodinné příslušníky. Pro pacienta je důležité „příznivé klima“ v rodině, bez prudkých emocí, výčitek nebo hádek (Raboch a kol., 2012, s. 255 – 256).

2. ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ PÉČE O OSOBY SE SCHIZOFRENIÍ

Problémy osob s duševním onemocněním nestačí řešit pouze na úrovni péče zdravotnické (nemocniční), ale je potřeba zajistit i další doplňkové sociální služby. O klienty s duševním onemocněním pečují dva systémy – sociální a zdravotní. Pro poskytování kvalitní péče je nutné oba tyto systémy zkoordinovat (Valentová, 2008, s. 127).

2.1. Sociální práce s lidmi se schizofrenií a komunitní péče

Práce s osobami s duševním onemocněním je komplikovaná a klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístupu. Je třeba brát v úvahu základní psychopatologii duševní nemoci při jednání s klientem s duševní poruchou. Při práci s těmito klienty je vhodné chovat se přirozeně, s respektem a zájmem. Málokdy můžeme udělat chybu, když nasloucháme názorům klienta, vnímáme jeho prožívání a klient tak cítí, že o něj máme zájem. Měli bychom počítat s tím, že klient může být přehnaně vztahovačný, a proto je vhodné lépe vážit slova. V běžné komunikaci by některá slova proběhla bez povšimnutí, u klienta s duševní poruchou mohou být zdrojem tenze a nedorozumění. Je třeba počítat také s tím, že komunikaci s klientem mohou komplikovat sluchové halucinace, které jsou jako „třetí osoba“ v probíhajícím rozhovoru a nemusí být nutně na naší straně (Valentová, 2008, s. 126).

2.1.1. Oblasti potřebné péče

Valentová (2008, s. 129 – 133) v knize popisuje oblasti potřebné péče.

- *Překonání společenské izolace a stigmatizace*

Osoby se schizofrenním onemocněním se snadněji dostávají do sociální izolace. Nemoc pacientům obvykle znemožní přirozeně a volně budovat mezilidské vztahy a znehodnocuje již dříve vybudované vazby. Mohou mít limitované možnosti trávení času ve veřejných prostorách v souvislosti s omezenými fyzickými či finančními prostředky. Vlivem negativního vnímání duševního onemocnění dochází často ke stigmatizaci, jenž může být překážkou pro budování sociálních vazeb. Stigmatizace souvisí především s předsudky a stereotypy, pomocí nichž bývají určité skupiny považovány za zjednodušené a iracionální. Duševní onemocnění je stigma, které působí především v situacích interpersonálního kontaktu, může způsobit také různé změny v prožívání a chování stigmatizovaného. Mnohdy dochází k sebestigmatizaci, přičemž se nemocný cítí méněcenný, podceňuje se a pocituje, že se do okolního světa nehodí.

Větší část společnosti vnímá duševně nemocné jako homogenní skupinu, nebezpečnou a méněcennou.

- *Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností*

Lze se věnovat primárnímu postižení (onemocnění duševní nemocí) nebo sekundárnímu postižení, které vzniká jako nežádoucí následek léčby, nepříznivým postojem veřejnosti apod. Vznik sekundárního postižení je příkládán především dlouhodobému pobytu pacienta v nemocničním zařízení. V podmínkách nemocničního zařízení můžeme pacienty připravit na přechod do původního sociálního prostředí cílenou rehabilitací. Režim oddělení by měl být co nejvíce smysluplný. Pacientům má umožňovat podílet se na chodu oddělení například formou terapeutické komunity, zahrnovat aktivizující prvky jako jsou kluby, kulturní akce nebo besedy, činnostní terapie jako je ergoterapie nebo pracovní terapie, jež by měla být užitečná, zajímavá a pestrá. V nemocničních zařízeních se využívá arteterapie, muzikoterapie, pohybové aktivity, biblioterapie, atd. Důležité jsou různé programy náviku sociálních dovedností (např. cvičná kuchyňka), ale také propustky ze zařízení, které pacienta připravují na přechod do domácího prostředí. Po propuštění pacienta z lůžkové péče přebírají péči návazné služby komunitní péče, které jsou postaveny na prvcích psychosociální rehabilitace. Jedná se o sociální centra, centra denních služeb, denní stacionáře, různé kluby a poradny.

- *Chráněné a podporované bydlení pro duševně nemocné*

Klienti dlouhodobě hospitalizovaní v psychiatrických zařízeních mohou úspěšně fungovat v chráněných podmínkách mimo psychiatrická zařízení. Každý z klientů má tak možnost využívat co nejvíce formu samostatného bydlení dle svého zdravotního stavu. Někteří pacienti jsou schopni žít pouze v psychiatrickém lůžkovém zařízení. Pro některé jsou to domovy pro seniory s psychiatrickou péčí nebo ústavy sociální péče. Další klienti zvládnou bydlet ve společné komunitě (např. *domovy na půl cesty - komunitní bydlení*). Samostatnější klienti mohou žít v *chráněných bytech* s podporou asistentů, ty jsou ovšem často tréninkové, tudíž časově omezené. *Podporované bydlení* – nejideálnější možností je bydlení ve vlastním bytě, přičemž klient může využívat podpory asistenčních služeb, které za klientem docházejí. Je třeba poskytovat různé formy podpory bydlení vzhledem k různorodé klientele. Především pro mladé klienty, kteří se chtějí osamostatnit a odpoutat od své primární rodiny, je tu forma bydlení v podobě *sociálních bytů*.

- *Chráněná práce*

Nejvyšší míru chráněného pracovního prostředí představují *chráněné dílny*. Nejznámějšími jsou tzv. tréninkové resocializační kavárny, které splňují velmi důležitou podmínku, a to smysluplnost práce. V chráněných dílnách není buď žádné nebo jen malé finanční ohodnocení. Dále se osvědčily dílny s náplní práce nejrůznějších starých řemesel, kde mohou klienti v například vyrábět svíčky, tkát, drátovat, pracovat se dřevem, vyrábět ruční papír, atd. Keramika, neboli práce s hlinou má stále své nezastupitelné místo. Přechodné a podporované zaměstnávání je již poskytováno i v běžných firmách a podporuje tak přirozený každodenní kontakt zdravých a léčených lidí. Terapeut zde podporuje klienta je v nezbytně nutné míře, tím se klient připravuje na přestup do nechráněného zaměstnání. Doba podpory v rámci *přechodného zaměstnávání* je obvykle časově omezena na šest měsíců, během nichž si klient osvojí pracovní návyky, které může poté využít na volném trhu práce. *Podporované zaměstnávání* umožňuje klientovi nastoupit do nechráněného zaměstnání, přičemž v případě potřeby se klient může obrátit na svého terapeuta, který klientovi pomůže řešit dané problémy (kontakt se zaměstnavatelem, řešení absencí, nezvládání pracovního týmu apod.). Tyto služby jsou již ve fungujících systémech, neboli rehabilitačních programech, které zahrnují další návazné služby (vzdělávací kurz, sociální a právní poradenství, podpůrné skupiny apod.).

- *Smysluplné trávení volného času*

Úzce souvisí se sociálními dovednostmi. Ambulantní formou mohou být denní stacionáře, které poskytují klientům nejrůznější aktivity – práce s počítačem, společenské hry, akce, výlety, výuka cizích jazyků, sportovní nebo výtvarné aktivity, atd.).

2.1.2. Komunitní přístup v péči

Nabídka služeb v rámci komunitního přístupu je velmi pestrá, navzájem provázaná a zajišťuje optimální péči o klienty s duševním onemocněním. Propojuje sociální a zdravotní oblast a zároveň sociální služby mezi sebou. Komunitní péče zajišťuje komplexní péči o klienta, je alternativou k hospitalizaci a působí jako prevence (Valentová, 2008, s. 133).

Tradičním pojmem je *resocializace*, což znamená znovuzačlenění jedince do společnosti (např. u osob s duševní poruchou po déletrvajícím ústavní léčbě). Rovněž se ujal i pojem *psychiatrická rehabilitace*, jejíž cílem je zlepšování sociálních funkcí u osob s duševním onemocněním, dosažení jejich úspěšnosti a spokojenosti v prostředí, které si k životu vybrali sami, přičemž míra profesionální podpory by měla být postačující, avšak co možná nejnižší. Rehabilitace se soustřeďuje na zlepšení schopností a kompetencí lidí s duševním onemocněním, na zlepšení jejich chování a dovedností (bydlení, vzdělávání, volný čas, práce, apod.), na rozdíl od léčby,

kteřá se snaží zmírnit symptomy duševní poruchy. Rehabilitace se rovněž zaměřuje na rozvoj zdrojů podpory nemocného – rodina, přátelé. Podobné cíle s psychiatrickou rehabilitací sdílí i komunitní péče. Rehabilitace předpokládá aktivní zapojení pacienta, zatímco komunitní péče představuje širokou paletu podpor a služeb s cílem pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejvíce v podmínkách běžného života. Mezi principy komunitní péče patří: využití přirozených zdrojů pomoci a podpory v komunitě, maximální míra sociálního začlenění, individualizace péče, posílení zdravých stránek osobnosti pacienta, princip partnerství ve spolupráci pacientů a profesionálů, redukce symptomů i posílení funkční kapacity pacientů a posílení občanských práv a důstojnosti pacientů. Komunitní péče a psychiatrická rehabilitace překonávají vnitřní a vnější překážky, které zabraňují duševně nemocným plné začlenění do běžné společnosti. Mezi vnitřní překážky patří závažné příznaky duševního onemocnění (deprese, schizofrenie a její negativní symptomy apod.), negativní sebeobraz, nedostatečná schopnost komunikace a oslabení sociální funkce, finanční nouze a nedostatečná pracovní kvalifikace kvůli nedokončenému vzdělání nebo kvůli problematické pracovní anamnéze. Mezi vnější bariéry patří stigmatizace duševně nemocných ve společnosti, diskriminace, předsudky a nevhodné stereotypy vůči duševně nemocným. Problémem je také nedostatek vhodných pracovních míst pro znovuzачlenění a nedostatek sociálních bytů, aby bylo duševně nemocným umožněno samostatné bydlení. (Hosák a kol., 2015, s. 514 – 515). Valentová (2008, s. 134) popisuje prvky komunitní péče:

- *Krizové služby a domácí léčení* - telefonní linka (může být neprofesionální i profesionální), krizové kontaktní centrum, služba s možností přespání – krizová lůžka, mobilní služby – terénní mobilní krizový tým, domácí léčba.
- *Denní stacionáře a denní centra* – Poskytují služby terapeutické, rehabilitační, v oblasti zaměstnávání a v oblasti sociální. Zajišťují také aktivizační činnosti jako jsou výlety, sportovní akce, výtvarné dílny, divadlo, zpěv apod. Důležitou roli mají nejrůznější poradenské služby (sociální, právní atd.)
- *Podpora v oblasti bydlení*
- *Podpora v práci*

2.1.3. Další potřebné služby

- *Terénní mobilní týmy* zasahují v krizi, přičemž poskytují domácí péči a podporují život člověka v domácím prostředí. Člověk tak nevypadává ze svého domácího prostředí a

v době krize předchází hospitalizaci. Poskytují pomoc také rodinným příslušníkům. Cílem práce je stabilizace psychického stavu pacienta a předcházet hospitalizacím, případně snížit počet hospitalizací nebo zkrátit pobyt v lůžkových zařízeních.

- *Domácí péči* mohou provádět psychiatrické zdravotní sestry v přirozeném prostředí pacienta. Obsahem práce je vyhodnocení, nácvik a udržení dovedností potřebných pro každodenní život.
- *Case management* je metoda komunitní práce. Spočívá v koordinaci péče pro klienta jedním klíčovým pracovníkem case managerem. Pracovník odpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče. Úkolem pracovníka je, aby klient využíval dostupné komunitní péče, které jsou pro něj vhodné. Péče nemá být chaotická, bez řádu a smyslu a má zajistit, aby klient systém sociální péče nezneužíval (Valentová, 2008, s. 134 – 135).

2.2. Psychiatrická péče o osoby se schizofrenií

V České republice je psychiatrická péče realizována prostřednictvím ambulantních, lůžkových a komplementárních psychiatrických zařízení. Pro zajištění efektivity péče je důležitá spolupráce, propojenost a návaznost mezi jednotlivými složkami – psychologickými, psychoterapeutickými a sociálními. Pro některé psychiatrické nemoci je zcela nepostradatelná psychiatrická hospitalizace. Hospitalizaci lze uskutečnit v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích a v psychiatrických léčebnách. Psychiatrické léčebny jsou určeny pro určitou oblast, jsou rozděleny na specializovaná oddělení (např. příjmové, gerontopsychiatrické, psychotické a neurotické) a zajišťují dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu.

Uzavřená psychiatrická oddělení mohou omezit volný odchod pacientů. Je nezbytné takto omezit pacienty, kteří jsou například dezorientovaní, zmatení, nejsou v kontaktu s realitou nebo jsou nebezpeční sobě a svému okolí. I na uzavřených odděleních, pokud to pacientovi dovolí stav, je samozřejmě možné přijímat návštěvy nebo s doprovodem či samostatně absolvovat vycházky. Hospitalizovaní pacienti na *otevřených psychiatrických odděleních* se mohou pohybovat bez omezení, jelikož jejich stav nevyžaduje tak bedlivou kontrolu.

Psychiatrická oddělení mohou být také rozděleny na čistě mužské, ženské nebo smíšené a každé z nich má své výhody i nevýhody. Mezi psychiatrickým oddělením, psychiatrickou klinikou a

psychiatrickou léčebnou jsou rozdíly nejen u množství pacientů, ale také v délce možného pobytu. V psychiatrických léčebnách může hospitalizace trvat měsíce až roky, zatímco na psychiatrických oddělení a psychiatrických klinikách to jsou řádově dny až týdny.

Je nezbytné propojení, návaznost a spolupráce mezi jednotlivými zařízeními. Při akutním příjmu pacienta na psychiatrickou kliniku je pacient nejprve diagnostikován a zaléčen. Pokud je nezbytná delší doba hospitalizace, je pacient předán do psychiatrické léčebny. Při propuštění pacienta navazuje ambulantní psychiatrická péče nebo pacient navštěvuje některé zařízení komplementární péče.

Psychiatrické ambulance poskytují služby ambulantní psychiatrické péče. Pravidelně kontrolují stav pacienta, sledují případné komplikace, podle potřeby upravují medikaci apod. Ne všechny psychiatrické poruchy a stavy vyžadují hospitalizaci, v některých případech postačí diagnostika a léčba v ambulanci. Psychiatrická péče v ambulancích může navazovat na hospitalizaci nebo jí může předcházet. Široká síť psychiatrických ambulancí umožňuje pacientům navštěvovat ambulanci v místě bydliště pacienta. Tím umožňuje pacientovi častější kontroly v případě potřeby (při zhoršení stavu apod.), umožňuje také úpravu medikace, aniž by byla nutná hospitalizace. Psychiatrické ambulance mohou být samostatné, ale také jsou vždy součástí psychiatrických klinik, psychiatrických oddělení nemocnic a psychiatrických léčeben.

Na hospitalizaci nebo ambulantní péči navazuje *péče komplementární – intermediární*. Mnohdy je brána jako „mezičlánek“ mezi ambulancí a hospitalizací. Cílem je zachování větší soběstačnosti, navázání a udržení sociálních kontaktů, zaměstnání a umožňuje program ve volném čase. Komplementární péče je realizována v podobě denních stacionářů, které zajišťují pro klienty denní program, poté jsou tu terapeutické kluby, přičemž se pacienti mohou setkávat s podobnými lidmi a tím se snižuje sociální izolace a osamělost řady klientů nebo psychiatrických pacientů. Chráněné dílny, chráněná pracoviště a pracovní – tréninková centra dovolují zapojení klientů do pracovní činnosti, čímž se zvyšuje pocit sebedůvěry a sebeúcty. Dále je tu chráněné bydlení a domy na půl cesty, které jsou určeny klientům, kteří nejsou schopni samostatného bydlení, ale není třeba dlouhodobé hospitalizace. Další formou komplementární péče jsou svépomocné skupiny nemocných nebo jejich rodinných příslušníků. Poskytují nejen oporu a podporu, ale také pomáhají při řešení konkrétních problémů (Orel, 2012, s. 18 – 20).

3. POSTOJ SPOLEČNOSTI K OSOBÁM SE SCHIZOFRENIÍ

Schizofrenní onemocnění je laickou veřejností obtížně vnímáno, jelikož je opředeno mnoha mýty a obavami. Média bohužel věnují schizofrenii pouze negativní pozornost. Se schizofrenií se setkáváme většinou v souvislosti s tragickými událostmi a dramatizací problematiky. Tím veřejnost dostává pouze zkreslené a zavádějící informace (Skopová, 2016, s. 7).

3.1. Stigmatizace osob se schizofrenií

Negativní konotace, stereotyp duševních poruch a bezprostřední reakce druhých lidí vytváří stigma, které postihuje nemocného. Ve společnosti panuje velká nevědomost o duševním onemocnění a zvláště pak o schizofrenii. Osoby trpící schizofrenií, jejich příbuzné a blízké zasahují mýty o tomto onemocnění (např. pacienti jsou nevypočitatelní, neschopní a potencionálně agresivní apod.). Stigma snižuje šance na vyléčení pacienta a jeho návrat k samostatnému a běžnému fungování v životě, jelikož se stigma stává hlavní příčinou sociální izolace, neschopností najít si práci, bezdomovectví, užívání alkoholu a drog a v rámci oddělení psychiatrických klinik a léčeben nadměrné snahy o řešení situace (Raboch a kol., 2012, s. 252 – 253). Stigma neboli znamení hanby a méněcennosti je umocněno postojem společnosti, přičemž přetrvává stereotyp duševně nemocného pacienta (např. léčit se je hanba a osobní selhání, navštěvování psychiatra znamená, že jsi blázen). Negativní vnímání duševně nemocných podporují také různé vtipy o bláznech a sdělovací prostředky, které duševně nemocné předkládají jako osoby, jenž páchají trestnou činností (Růžičková, 2013, s. 23).

Kvůli předsudkům a diskriminacím, které prožívají lidé s duševním onemocněním, vědci začali rozlišovat veřejné stigma od sebestigmatizace. Veřejné stigma je to, co lidem běžně přichází na mysl při diskuzi o tomto fenoménu, představuje předsudky a diskriminace zaměřené na skupiny obyvatelstva. Týká se negativních postojů veřejnosti k lidem s odlišnými charakteristikami. Sebestigmatizace nastává, když si lidé osvojí a vnitřně se ztotožní s těmito postoji veřejnosti a trpí řadou negativních důsledků. Stereotypy jsou způsoby, kterým lidé kategorizují informace o skupinách lidí. Negativní stereotypy často spojené s duševním onemocněním, jako jsou například pojmy nebezpečnosti nebo neschopnosti, mohou být pro osoby s duševním onemocněním škodlivé. Většina lidí má znalosti o konkrétních stereotypech, jelikož jsou definovány společenskými charakteristikami lidí. Lidé nemusí nutně souhlasit se stereotypy, které širší společnost definovala. Ti, kteří s negativními stereotypy souhlasí, vyvíjejí negativní

pocity a emoční reakce, neboli předsudky (např. osoba, která věří, že lidé se schizofrenií jsou nebezpeční, může popsat pocit strachu z těch, kteří trpí vážnou duševní poruchou). Z této emoční reakce přichází diskriminace nebo behaviorální reakce na negativní myšlenky a pocity o osobě, která patří do stigmatizované skupiny. Lidé z široké veřejnosti mohou zůstat vzdálení od osoby s duševní poruchou z důvodu strachu (předsudků) a přesvědčení (stereotypu), že osoba s duševní poruchou je nebezpečná (Corrigan and Rao, 2012).

3.2. Dopad stigmatizace na léčbu schizofrenního onemocnění

Vůči psychiatrické léčbě a psychiatrickým zařízením existují jisté předsudky, které zhoršují průběh mnohých psychických poruch tím, že pro ně chybí nezbytná terapie. Pro nemocné znamená pocit ztráty cti, když se stanou pacienty psychiatrického zařízení. V médiích jsou psychicky nemocní popisována jako nebezpečná monstra schopná jakékoliv krutosti. Za těchto okolností to mají obzvlášť těžké zejména nemocní, u kterých jsou projevy nemoci znatelné. Léčba je obtížnější, když pacient a jeho rodina cítí stigma psychiatrické diagnózy, když se setkává se stigmatizací u zdravotního personálu nebo očekává odmítnutí spolupracovníky či přáteli. Předsudky panují také o samotné psychiatrické léčbě, což je dalším důvodem vyhýbání se psychiatrii i přes to, že dotyčný léčbu potřebuje. Lidé považují psychofarmaka za málo účinné, které pouze tlumí a „oblubují“, vyvolávají závislost a negativně ovlivňují mozek i tělo. Takový je pohled především na antipsychotika. Stigmatizace proto zhoršuje také spolupráci při braní léků a je zdrojem psychické zátěže, která nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění. Problém stigmatu schizofrenie je považován Světovou psychiatrickou asociací za tak vážný a rozšířený jev, kvůli němuž vyhlásila program na jeho odstranění. Program má zbavit nemocného diskriminace, snažit se uchovat jeho autonomii a právo rozhodovat o sobě samém (Ocisková a kol., 2015, s. 64).

3.3. Prevence stigmatizace

Předcházet stigmatizaci duševních poruch lze více možnostmi, jako jsou například:

- pečlivá diagnostika – neměli bychom stanovit jednoznačnou psychiatrickou diagnózu před tím, než jsme zcela přesvědčeni o její odborné správnosti;

- vyvarovat se nevhodných označení – důležité je vyvarovat se jednoduchých nebo hanlivých označení psychiatrických pacientů, nepoužívat termíny jako „psychopat“, „blázen“ nebo „hysterka“;
- odstraňování sebestigmatizace – nácvik sociálních dovedností psychiatrických pacientů;
- rodinná terapie – správná edukace rodiny pacienta s duševním onemocněním;
- respekt – v psychiatrii i v medicíně obecně platí – přistupovat k pacientovi vždy s respektem;
- důsledná mlčenlivost o všem, co se týče duševní poruchy pacienta;
- podpora svépomocných skupin a příbuzných nemocného (Hanušová, 2015, s. 613 – 614).

3.4. Mýty o schizofrenii

V laické veřejnosti se šíří řada mýtů o schizofrenním onemocnění. Zde jsou nejčastější z nich:

- *Schizofrenie je nevléčitelné nebo špatně léčitelné onemocnění*

Schizofrenie je dobře léčitelné onemocnění, pokud se zahájí včasná léčba, pacient užívá léky dle doporučení lékaře (nevynechává dávky) a je zapojen do komplexní léčby. V současné době je prognóza onemocnění velmi dobrá díky novému vývoji a dostupnosti moderních léků, které se dokáží vyvarovat výrazných vedlejších účinků. Léčbě napomáhají i psychoterapeutické a rehabilitační programy (Skopová, 2016, s. 10 – 11).

- *Nemocní se schizofrenií mají většinou sklon k násilí a jsou nebezpeční*

Většina pacientů se schizofrenním onemocněním nikdy nespáchá násilný ani jiný trestný čin. I přesto, že u nemocných se schizofrenií je lehce zvýšený počet násilných trestných činů, týká se to především nemocných, kteří nejsou správně léčeni nebo nejsou léčeni vůbec (Valentová, 2008, s. 126). Skopová (2016, s. 10) uvádí, že tento mýtus výrazně posilují prakticky všechna média. Nebezpeční svému okolí mohou být pouze ti pacienti, u kterých se v akutní atace nemoci objevuje narušení kontaktu s realitou. Tito pacienti mají poruchy vnímání a myšlení, cítí se být v ohrožení nebo slyší hlasy, které ho nabádají k agresivnímu jednání. Takové chování není typické pro všechny pacienty. Podle statistik a výsledcích výzkumu je agresivita pacientů se

schizofrenií nižší než s tzv. zdravou populací. Nemocní jsou častěji oběťmi násilných trestných činů ze strany lidí bez diagnózy duševní poruchy.

- *Lidé se schizofrenním onemocněním jsou nespolehliví a nemohou pracovat*

Tento mýtus je dán poklesem energetického potenciálu a emotivity nemocných, což patří mezi příznaky daného onemocnění v případech, kdy nebyla léčba zahájena včas nebo jako důsledek nedodržování předepsané medikace, přičemž došlo k rozvoji opakovaných atak a k chronicitě. Někteří pacienti nechtějí užívat předepsanou medikaci, protože se necítí být nemocní. To vede ke zhoršení nemoci (Skopová, 2016, s. 11). Zaměstnávání osob s duševním onemocněním má svá specifika, která jsou dána především nestálým a kolísavým klinickým obrazem, což omezuje ochotu zaměstnavatelů zaměstnávat tyto pacienty. Přesto velká část pacientů je schopna nějaké formy pracovního zařazení a řada z nich i velmi kvalitně (Valentová, 2008, s. 127).

- *Schizofrenií mohou onemocnět pouze lidé s nižším intelektem*

Schizofrenie může postihnout kohokoliv. Onemocnět mohou lidé jak se základním vzděláním, tak i s vysokoškolským vzděláním. Známé je mnoho talentovaných a slavných osobností, které postihlo schizofrenní onemocnění např. John Nash – držitel Nobelovy ceny za matematiku, Bobby Fischer – americký šachista nebo český básník Ivan Blatný (Skopová, 2016, s. 11).

- *Nemocní se schizofrenií nejsou schopni normálního života*

Pacienti se po uplynutí akutní epizody nemoci se pomalu vracejí do svého původního běžného života. Mohou pokračovat ve studiu nebo v zaměstnání, ale pouze za předpokladu, že pacienti dodržují doporučenou léčbu a režim. Pracovní schopnost ztrácí nemocní, kteří léčbu nezačínají včas, mnohdy je to až po několika letech od začátku onemocnění, nebo pacienti, kteří nedodržují léčebný režim a léčbu ukončí předčasně, což většinou vede k dalším relapsům a progresi onemocnění (Skopová, 2016, s. 11 – 12).

- *Léky mohou nemocného změnit*

Tato domněnka je také mýtus. Osobnostní změny přináší samo onemocnění při chronickém průběhu s opakovanými a nedostatečně léčenými atakami. Oproti starším lékům jsou moderní antipsychotika dobře snášena. Negativní vedlejší účinky léků jsou buď velmi mírné a nemocného samy o sobě nemění, nebo se neobjevují vůbec (Skopová, 2016, s. 12).

4. FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Tato kapitola byla do teoretické části bakalářské práce zahrnuta za účelem představení Fakulty zdravotnických studií, její historie a vývoje jednotlivých studijních programů, které jsou součástí praktické části bakalářské práce v rámci provádění průzkumu. Studenti jednotlivých bakalářských studijních oborů v prezenční formě studia představují průzkumný vzorek v praktické části bakalářské práce.

Historie Fakulty zdravotnických studií začíná dnem 1. ledna 2002, kdy vznikl tehdejší Ústav zdravotnických studií se dvěma bakalářskými studijními obory v prezenční formě studia Všeobecná sestra a Porodní asistentka. Tyto studijní programy byly určeny pro všechny zájemce, kteří úspěšně absolvovali úplné střední všeobecné nebo úplné střední odborné vzdělání zakončené maturitní zkouškou, a následně také splnili podmínky přijímacího řízení. V dalších letech byly postupně akreditovány dva dvouleté navazující magisterské studijní obory v prezenční formě - navazující magisterský program Ošetřovatelství (2005/2006) a navazující magisterský program Ošetřovatelství ve vybraných klinických oborech (2006/2007). Ve stejném roce ve spolupráci se Zdravotně-sociální fakultou - Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (ZSF JU) byl nově reakreditován společný studijní doktorský program Specializace ve zdravotnictví, obor Prevence, náprava a terapie zdravotní a sociální problematiky dětí, dospělých a seniorů. Postupně byly akreditovány další studijní programy a obory – bakalářský studijní program Specializace ve zdravotnictví, obor Zdravotnických záchranář (2008) a společný doktorský studijní program Ošetřovatelství s ZSF JU, kombinovaná forma studijního bakalářského programu Ošetřovatelství, studijní obor Všeobecná sestra (2009), studijní program Specializace ve zdravotnictví, studijní obor Radiologický asistent (2010) a konečně bakalářský studijní program Zdravotně sociální péče, studijní obor Zdravotně-sociální pracovník. Následně v dalším akademickém roce 2011/2012 byl poprvé otevřen navazující magisterský studijní program Specializace ve zdravotnictví, studijní obor Perioperační péče v gynekologii a porodnictví (Univerzita Pardubice, 2021).

4.1. Studijní programy

V rámci bakalářského programu je možné studovat 5 kvalifikačních bakalářských studijních programů - Všeobecné ošetřovatelství, Porodní asistence, Zdravotně sociální péče, Radiologická asistence a Zdravotnické záchranářství (Univerzita Pardubice, 2021).

Všeobecné ošetrovatelství je studijní program zaměřený na výkon regulovaného povolání všeobecná sestra. Cílem studijního programu je získání profesní kvalifikace všeobecná sestra (všeobecný ošetrovatel) pro poskytování přímé péče o individuální potřeby jednotlivců, rodin a komunit. Absolvent získává způsobilost k výkonu profese všeobecná sestra (všeobecný ošetrovatel) s uplatněním v řadě oblastí ošetrovatelské péče a služeb v nemocniční, domácí i komunitní péči u pacientů/klientů v různém vývojovém období, s širokým spektrem onemocnění a vad (Univerzita Pardubice, 2021).

Porodní asistence je studijní program zaměřený na výkon povolání porodní asistentka. Cílem studijního programu je získání profesní kvalifikace porodní asistentka pro poskytování přímé péče o individuální potřeby jednotlivců, rodin a komunit. Absolventka získává způsobilost k výkonu profese porodní asistentka a je oprávněna k výkonu samostatné i týmové odborné zdravotní péče v porodní asistenci a v ošetrovatelské péči na úseku gynekologie (Univerzita Pardubice, 2021).

Zdravotnické záchranářství je studijní program zaměřený na výkon povolání zdravotnický záchranář. Cílem studijního programu je získání profesní kvalifikace zdravotnický záchranář pro poskytování samostatné, specifické ošetrovatelské péče na úseku neodkladné péče a akutního příjmu. Absolvent získává způsobilost k výkonu profese zdravotnický záchranář v síti zařízení a pracovišť zdravotnické záchranné služby integrovaného záchranného systému a v dalších složkách činných v záchrance života a zdraví (Univerzita Pardubice, 2021).

Radiologická asistence je studijní program zaměřený na výkon povolání radiologický asistent. Cílem studia studijního oboru Radiologický asistent je získat potřebné znalosti k provádění radiologických zobrazovacích a ozařovacích postupů a aplikaci ionizujícího záření při postupech používaných při lékařském ozáření. Absolvent studijního oboru Radiologický asistent je připraven v praxi uplatnit odborné činnosti jako je péče o pacienta během radiologických postupů, dále je schopen podle ordinace lékaře samostatně vykonávat zobrazovací postupy v oblasti radiodiagnostiky, nukleární medicíny a provádět aplikaci dávek ionizujícího záření v radioterapii (Univerzita Pardubice, 2021).

Zdravotně sociální péče je studijní program zaměřený na výkon regulovaného povolání zdravotně sociální pracovník. Cílem studijního programu je získání profesní kvalifikace zdravotně-sociální pracovník k samostatnému výkonu přímé zdravotně sociální péče a služeb o jedince, rodinu, komunitu a to jak v oblasti preventivní, tak i v oblasti zdravotně sociální, napříč všemi věkovými kategoriemi. Absolvent získá odbornou způsobilost k výkonu povolání

zdravotně-sociálního pracovníka bez odborného dohledu. Realizuje činnosti v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oblasti zdravotně sociální. Podílí se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování zdravotně sociálních potřeb pacienta/klienta (Univerzita Pardubice, 2021).

4.2. Studijní plány a praxe

Průzkumným vzorkem jsou studenti bakalářského studia nelékařských zdravotnických oborů: Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Zdravotně sociální pracovník, Radiologický asistent a Zdravotnický záchranář v prezenční formě. Studenti těchto oborů se mohou setkat s osobami se schizofrenním onemocněním během své praxe i v rámci svého budoucího povolání.

Studijní obor Zdravotnický záchranář má ve třetím ročníku 1 týden praxe na psychiatrii a obor Všeobecná sestra musí splnit během svého studia 2 týdny praxe na psychiatrickém oddělení. Obor Zdravotně sociální pracovník má také možnost vykonávat praxi na psychiatrickém oddělení v rámci praxe ve zdravotnických zařízeních. Obory Radiologický asistent a Porodní asistentka nevykonávají praxi na psychiatrickém oddělení, ale lze předpokládat, že se během své profese mohou s lidmi se schizofrenií setkat.

Obory Porodní asistentka a všeobecná sestra mají v 5. semestru předmět Ošetrovatelství v psychiatrii. Studenti oboru Zdravotnický záchranář se v 5. semestru setkávají s předmětem Akutní stavy v neurologii a psychiatrii. Obor Zdravotně sociální pracovník má ve 3. semestru předmět Psychiatrie a ve 4. semestru předmět Zdravotně sociální práce s osobami s duševním onemocněním.

PRAKTICKÁ ČÁST

Bakalářská práce je teoreticko-praktická. Na teoretickou část bakalářské práce navazuje část praktická. Cílem praktické části je zjistit, jaké mají studenti Fakulty zdravotnických studií znalosti o schizofrenním onemocnění, jaké jsou jejich postoje vůči lidem trpícím schizofrenií a jaký mají studenti názor ke společenským předsudkům vůči schizofrenii. Ke zjištění tohoto cíle byla využita metoda kvantitativní. Podle Skutila (2011, s. 59) je zdrojem kvantitativního výzkumu pouze objektivní a co možná nejpřesnější zkoumání edukační reality. Hlavním znakem kvantitativního výzkumu je numerické měření specifických aspektů sledovaného jevu. Především se opírá o vymezení měřitelných proměnných.

1. METODIKA PRŮZKUMU

V rámci průzkumu bylo provedeno kvantitativní šetření pomocí anonymního dotazníku vlastní konstrukce. Podstatou dotazníkového šetření je zjištění dat a informací o respondentovi, ale také zjištění jeho názorů a postojů k problémům, které dotazujícího zajímají. Výhodou dotazníkového šetření je snadná administrace, formou dotazníku lze oslovit větší počet respondentů a tím získat značné množství dat, možnost získání informací, které nejsme schopni získat jinou technikou a údaje lze většinou plně kvantifikovat (Maněnová a kol., 2021).

V úvodu dotazníku je zmíněna identita autorky, téma a účel bakalářské práce a ujištění o anonymitě respondenta. Dále byl v úvodu uveden stručný návod na vyplnění dotazníku. V dotazníku jsou použity otázky uzavřené s možností jedné odpovědi, jedna polootevřená otázka a jedna otevřená otázka. Dotazník obsahuje celkem 32 otázek, přičemž první 4 otázky jsou zaměřeny na osobní údaje respondenta – pohlaví, věk, dosavadní vzdělání a studijní obor. Dotazník se odvíjí od stanovených cílů bakalářské práce. První část dotazníku je tvořena 14-ti otázkami (otázky 5 – 18) vycházejícími z teoretické části, které zjišťují míru znalostí o schizofrenním onemocnění. Tyto otázky jsou uzavřené a na výběr byla vždy jedna správná odpověď. Druhá část dotazníku je zaměřena na individuální postoje a názory a je tvořena 14-ti otázkami (otázky 19 – 32). V této části je jedna otázka otevřená, u níž musí respondenti vypsát odpověď vlastními slovy, a jedna otázka polootevřená. Pokud respondent zvolí otevřenou odpověď, musí danou odpověď vypsát vlastními slovy. Dotazníkové šetření probíhalo dobrovolně a anonymně. (viz Příloha 1 - Vzor dotazníku).

1.1. Charakteristika průzkumného vzorku

Výběr vzorku respondentů byl proveden formou záměrného výběru. Cílový soubor respondentů pro praktickou část práce tvořili studenti Fakulty zdravotnických studií, konkrétně 3. ročníky bakalářských studijních oborů: Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Zdravotně sociální pracovník, Radiologický asistent a Zdravotnický záchranář v prezenční formě studia. Celkem bylo osloveno 154 (100 %) respondentů, z toho dotazník vyplnilo 83 (54 %) respondentů. Na vyplnění dotazníku se podílelo 17 (20 %) respondentů z oboru Radiologický asistent, 18 (22 %) respondentů z oboru Všeobecná sestra, 15 (18 %) respondentů z oboru Porodní asistentka, 14 (17 %) respondentů z oboru Zdravotně sociální pracovník a 19 (23 %) respondentů z oboru Zdravotnický záchranář.

1.2. Realizace průzkumu

Před samotným průzkumem byla pro ověření srozumitelnosti dotazníku provedena pilotní studie. Tohoto šetření se zúčastnilo 10 respondentů. Nikdo z dotázaných osob neshledal nejasnost ve formulaci otázek ani v jejich srozumitelnosti, dotazník proto zůstal ve stejné podobě. Dotazníky použity v pilotním průzkumu nebyly do hodnocení zařazeny. Pilotní průzkum probíhal v lednu 2021.

K provedení dotazníkového šetření byly podány žádosti o provedení výzkumu vedoucím kateder Ošetrovatelství, Klinických oborů a Porodní asistence a zdravotně sociální práce. Tyto žádosti byly postupně vedoucími kateder schváleny a po obdržení písemného souhlasu byly dotazníky zaslány studentům. Sběr dat probíhal v období od února 2021 do března 2021. Průzkumné šetření proběhlo formou dotazníku, který byl vypracován prostřednictvím webu Survio a distribuován formou přímého URL odkazu studentům Fakulty zdravotnických studií.

V původním plánu realizace průzkumu měly být dotazníky rozdány studentům na Fakultě zdravotnických studií v rámci vyučovacích hodin. V souvislosti s pandemií covidu – 19 byl dle nařízení vlády zákaz osobní přítomnosti studentů na vzdělávání a studiu na českých základních, středních, vyšších odborných i vysokých školách a školských zařízeních. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla pro variantu realizace dotazníkového šetření prostřednictvím webu Survio a posláním dotazníku skrze e-mailové adresy studentům. Vzhledem k dobrovolnosti vyplnění dotazníků a nemožností osobní účasti při vyplňování se na průzkumu podílelo pouze 54 % respondentů.

1.3. Cíl praktické části

V praktické části bakalářské práce byly stanoveny následující cíle:

Hlavním cílem je zjistit, jaké mají studenti Fakulty zdravotnických studií znalosti o schizofrenním onemocnění. Prvním dílčím cílem je zjistit, zda jsou znalosti studentů jednotlivých oborů o schizofrenním onemocnění odlišné. Druhým dílčím cílem je analyzovat postoje studentů Fakulty zdravotnických studií vůči lidem trpícím schizofrenií a zjistit, jaký mají studenti názor ke společenským předsudkům vůči schizofrenii.

1.4. Průzkumné otázky

Ze stanovených cílů bakalářské práce byly stanoveny následující průzkumné otázky:

- Průzkumná otázka 1: Jaká je míra znalostí studentů Fakulty zdravotnických studií o schizofrenním onemocnění?
- Průzkumná otázka 2: Jsou znalosti studentů jednotlivých oborů o schizofrenním onemocnění odlišné?
- Průzkumná otázka 3: Jaký mají studenti Fakulty zdravotnických studií postoj vůči lidem trpícím schizofrenií a jaký mají názor ke společenským předsudkům vůči schizofrenii?

1.5. Metodika statistického zpracování dat

Získaná data byla zpracována pomocí počítačových programů Microsoft Office Word 2016 a Microsoft Office Excel 2016. K popisu byly použity metody popisné statistiky. Hodnoty v jednotlivých položkách jsou vyjádřeny v absolutní četnosti (n_j), která uvádí počet respondentů, kteří odpověděli na danou otázku. Dále je v jednotlivých položkách procenty znázorněna relativní četnost (p_j), která značí podíl mezi absolutní četností a rozsahem souboru. Číselné hodnoty u relativní četnosti jsou zaokrouhleny na jedno desetinné místo. Celkový počet respondentů znázorňuje celková četnost (n). Jednotlivé výsledky jsou zpracovány do tabulek, které jsou okomentované. Pouze k jedné tabulce je připojen graf pro větší přehlednost výsledku. Pro přehlednost tabulek jsou u položek 1 až 18 jednotlivé možnosti výběru odpovědí vyňaty a jsou popsány zvlášť nad každou tabulkou. U znalostních otázek je správná odpověď vždy

zvýrazněna modrou barvou. U otázek zaměřených na názory a postoje studentů je nejčastější odpověď zvýrazněna vždy zelenou barvou.

Na základě stanovených průzkumných otázek, které zjišťují míru znalostí respondentů o schizofrenním onemocnění (otázky v dotazníku č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18), byla stanovena kritéria hodnocení, která vyhodnocují výsledná data. Celkem mohl každý respondent získat 14 bodů. Na základě výše zmíněné první průzkumné otázky bylo zvoleno následující kritérium vyhodnocení. Ke všem otázkám (5 – 18) byl za správnou odpověď přidělen jeden bod, jelikož otázky měly pouze jednu správnou odpověď.

Za velmi dobrou míru znalostí byla stanovena relativní četnost při dosažení 85 % až 100 % správných odpovědí. Dobrou míru znalostí získají respondenti, kteří při relativní četnosti správných odpovědí dosahovali 70 % až 84 %. Za uspokojivou míru znalostí budou považovány správné odpovědi při relativní četnosti 55 % až 69 %. Za méně uspokojivou míru znalostí budou považovány správné odpovědi při relativní četnosti 30 % až 54 %. Nedostatečnou míru znalostí bude vykazovat relativní četnost při dosažení 0 % až 29 % správných odpovědí (viz Tabulka 2).

Tabulka 2 - Hodnocení míry znalostí respondentů

Hodnocení míry znalostí	Relativní četnost správných odpovědí
Velmi dobré	85 – 100 %
Dobré	70 – 84 %
Uspokojivé	55 – 69 %
Méně uspokojivé	30 – 54 %
Nedostatečné	0 – 29 %

Příloha 1 zahrnuje vzor dotazníku, který byl rozdán respondentům v rámci průzkumného šetření.

2. VÝSLEDKY PRŮZKUMU

Tato část práce je věnována prezentaci výsledků dotazníkového šetření. Výsledky jsou zde znázorněny pomocí tabulek. Demografické otázky, které byly v první části dotazníku, jsou pomocí tabulek vyobrazeny v následující podkapitole Charakteristika souboru. Otázky zaměřené na znalosti, postoje a názory studentů jsou vyobrazeny v podkapitole Zpracování dat.

2.1. Charakteristika souboru

Otázka č. 1: Jakého jste pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Tabulka 3 – Rozdělení respondentů dle pohlaví

Pohlaví	RA	VS	PA	ZSP	ZZ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
žena	12	18	15	14	8	67	80,7 %
muž	5	0	0	0	11	16	19,3 %
Celkem	17	18	15	14	19	83	100 %

V položce dotazníku č. 1 bylo zjišťováno pohlaví respondentů. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů se dotazníkového šetření zúčastnilo 16 (19,3 %) mužů a 67 (80,7 %) žen.

Otázka č. 2: Jaký je Váš věk?

- a) 20 – 22
- b) 23 – 25
- c) 26 a více

Tabulka 4 – Věk respondentů

Věk	RA	VS	PA	ZSP	ZZ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
20 – 22	13	14	12	10	17	66	79,5 %
23 – 25	4	4	3	4	2	17	20,5 %
26 a více	0	0	0	0	0	0	0,0 %
Celkem	17	18	15	14	19	83	100 %

V položce dotazníku č. 2 byl zjišťován věk respondentů. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů tvoří nejpočetnější skupinu respondenti ve věkové kategorii od 20 – 22 let, tj. 66 (79,5 %). Méně početnou skupinu zastupují respondenti ve věkové kategorii 23 – 25 let, tj. 17 (20,5 %). Do věkové kategorie 26 a více let nespadal žádný z dotazovaných respondentů.

Otázka č. 3: Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

- a) Gymnázium
- b) Střední zdravotnická škola
- c) Střední škola nezdravotní
- d) Vyšší odborná škola zdravotní
- e) Vyšší odborná škola nezdravotní
- f) Vysoká škola bakalářského programu zdravotní
- g) Vysoká škola bakalářského programu nezdravotní

Tabulka 5 – Předchozí vzdělání respondentů

Dosavadní vzdělání	RA	VS	PA	ZSP	ZZ	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Gymnázium	4	3	5	6	8	26	31,3 %
Střední zdravotnická škola	8	12	5	2	7	34	41,0 %
Střední škola nezdravotní	4	3	3	6	3	19	22,9 %
Vyšší odborná škola zdravotní	1	0	0	0	1	2	2,4 %
Vyšší odborná škola nezdravotní	0	0	0	0	0	0	0,0 %
Vysoká škola bakalářského programu zdravotní	0	0	2	0	0	2	2,4 %
Vysoká škola bakalářského programu nezdravotní	0	0	0	0	0	0	0,0 %
Celkem	17	18	15	14	19	83	100 %

V položce dotazníku č. 3 bylo zjišťováno předchozí vzdělání respondentů. Ze získaných dat je patrné, že 34 (41,0 %) respondentů absolvovalo střední zdravotnickou školu, 26 (31,3 %)

respondentů studovalo na gymnáziu, 19 (22,9 %) respondentů vystudovalo střední školu nezdravotní, pouze 2 (2,4 %) respondenti absolvovali vyšší odbornou školu zdravotní a 2 (2,4 %) respondenti absolvovali vysokou školu bakalářského programu zdravotní.

Otázka č. 4: Jaký je Váš obor?

- a) Radiologický asistent
- b) Všeobecná sestra
- c) Porodní asistentka
- d) Zdravotně sociální pracovník
- e) Zdravotnický záchranář

Tabulka 6 – Studijní obory

Obor	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Radiologický asistent	17	20,5 %
Všeobecná sestra	18	21,7 %
Porodní asistentka	15	18,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	14	16,8 %
Zdravotnický záchranář	19	22,9 %
Celkem	83	100 %

V položce dotazníku č. 4 byl zjišťován studijní obor respondentů. Průzkumu se zúčastnilo 17 (20,5 %) studentů oboru Radiologický asistent, 18 (21,7 %) studentů oboru Všeobecná sestra, 15 (18,0 %) porodních asistentek, dále 14 (16,9 %) studentů oboru Zdravotně – sociální pracovník a 19 (22,9 %) zdravotnických záchranářů.

2.2. Zpracování dat

V první části této kapitoly jsou zpracována data z první poloviny dotazníkového šetření zaměřeného na znalosti studentů Fakulty zdravotnických studií o schizofrenním onemocnění. Výsledky jsou zde znázorněny pomocí tabulek. K tabulce 20, ve které je zaznamenána celková úspěšnost jednotlivých oborů, je připojen graf pro větší přehlednost výsledku. Druhá část kapitoly je zaměřena na prezentaci výsledků z druhé poloviny dotazníkového šetření, která se zabývá postoji studentů vůči lidem trpícím schizofrenií a jejich názorem ke společenským předsudkům vůči schizofrenií. Zde jsou také výsledky znázorněny pomocí tabulek.

Otázka č. 5: Co je to schizofrenie?

- a) duševní onemocnění, které se projevuje prudkými změnami nálad, střídá se stav mánie a deprese
- b) rozdvojená osobnost, mysl člověka je rozdělena do několika osob
- c) psychotické onemocnění, provázené podstatnou deformací myšlení a vnímání

Tabulka 7 – Pojem schizofrenie

Pojem schizofrenie	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	4	23,5 %	7	41,2 %	6	35,3 %
Všeobecná sestra	5	27,8 %	3	16,6 %	10	55,6 %
Porodní asistentka	3	20,0 %	5	33,3 %	7	46,7 %
Zdravotně – sociální pracovník	0	0,0 %	2	14,3 %	12	85,7 %
Zdravotnický záchranář	2	10,5 %	9	47,4 %	8	42,1 %
Celkem	14	16,9 %	26	31,3 %	43	51,8 %

Tabulka 7 sledovala znalost pojmu schizofrenie. Za správnou odpověď byla považována možnost c) *psychotické onemocnění, provázené podstatnou deformací myšlení a vnímání*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 6 (35,3 %) radiologických asistentů, 10 (55,6 %) všeobecných sester, 7 (46,7 %) porodních asistentek, 12 (85,7 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 8 (42,1 %) studentů z oboru Zdravotnický záchranář. Celkem uvedlo správnou odpověď 43 (51,8 %) respondentů.

Otázka č. 6: Jak se schizofrenie projevuje?

- a) labilita, depresivní či úzkostně depresivní nálady, skleslá nálada, snížení aktivity, myšlenky na sebevraždu, poruchy emotivity (naléhavost až vtíravost)
- b) zrychlené myšlenkové pochody, přehnané emoční projevy, manipulativní chování, nepřiměřeně vysoké sebevědomí, podrážděnost, výbušnost, sebepoškozování
- c) halucinace, bludy, poruchy komunikace, řeči a chování, emoční oploštělost, útlum myšlení a řeči, ztráta cílevědomosti

Tabulka 8 – Projevy schizofrenie

Projevy schizofrenie	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	5	29,4 %	2	11,8 %	10	58,8 %
Všeobecná sestra	2	11,1 %	2	11,1 %	14	77,8 %
Porodní asistentka	3	20,0 %	2	13,3 %	10	66,7 %
Zdravotně – sociální pracovník	0	0,0 %	1	7,1 %	13	92,9 %
Zdravotnický záchranář	6	31,6 %	1	5,3 %	12	63,1 %
Celkem	16	19,3 %	8	9,6 %	59	71,1 %

Tabulka 8 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jak se schizofrenie projevuje. Za správnou odpověď byla považována možnost c) *halucinace, bludy, poruchy komunikace, řeči a chování, emoční oploštělost, útlum myšlení a řeči, ztráta cílevědomosti*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 10 (58,8 %) radiologických asistentů, 14 (77,8 %) všeobecných sester, 10 (66,7 %) porodních asistentek, 13 (92,9 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 12 (63,1 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 59 (71,1 %) respondentů.

Otázka č. 7: Jaké jsou základní příčiny vzniku schizofrenie?

- a) dědičnost, změny ve struktuře a funkcích mozku, vliv prostředí a životních událostí (užívání toxických látek, nadměrný stres, úmrtí blízké osoby apod.)
- b) mechanické poškození mozku, úrazy, snížená inteligence
- c) silný otřes, silný dlouhodobý stres (úmrtí blízké osoby, šikana), frustrace, deprivace, dlouhodobé působení traumatických vlivů

Tabulka 9 – Základní příčiny vzniku schizofrenie

Základní příčiny vzniku schizofrenie	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	11	64,7 %	1	5,9 %	5	29,4 %
Všeobecná sestra	15	83,3 %	0	0,0 %	3	16,7 %
Porodní asistentka	14	93,3 %	1	6,7 %	0	0,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	14	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Zdravotnický záchranář	15	78,9 %	1	5,3 %	3	15,8 %
Celkem	69	83,1 %	3	3,6 %	11	13,3 %

Tabulka 9 sleduje znalost základních příčin vzniku schizofrenie. Za správnou odpověď byla považována možnost *a) dědičnost, změny ve struktuře a funkcích mozku, vliv prostředí a životních událostí (užívání toxických látek, nadměrný stres, úmrtí blízké osoby apod.)*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 11 (64,7 %) radiologických asistentů, 15 (83,3 %) všeobecných sester, 14 (93,3 %) porodních asistentek, 14 (100 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 15 (78,9 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 69 (83,1 %) respondentů.

Otázka č. 8: Schizofrenie postihuje častěji:

- a) ženy
- b) muže
- c) na pohlaví nezáleží

Tabulka 10 – Jaké pohlaví schizofrenie postihuje častěji

Jaké pohlaví schizofrenie postihuje častěji	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	2	11,8 %	7	41,2 %	8	47,1 %
Všeobecná sestra	6	33,3 %	4	22,2 %	8	44,4 %
Porodní asistentka	4	26,7 %	5	33,3 %	6	40,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	2	14,3 %	1	7,1 %	11	78,6 %
Zdravotnický záchranář	7	36,8 %	4	21,1 %	8	42,1 %
Celkem	21	25,3 %	21	25,3 %	41	49,4 %

Tabulka 10 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jaké pohlaví častěji postihuje schizofrenie. Za správnou odpověď byla považována možnost *c) na pohlaví nezáleží*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 8 (47,1 %) radiologických asistentů, 8 (44,4 %) všeobecných sester, 6 (40,0 %) porodních asistentek, 11 (78,6 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 8 (42,1 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 41 (49,4 %) respondentů.

Otázka č. 9: V jakém věku schizofrenie nejčastěji propuká?

- a) 5 – 16 let
- b) 17 – 30 let
- c) 31 – 50 let
- d) 50 let a více

Tabulka 11 – Věk nejčastějšího propuknutí schizofrenie

Věk nejčastějšího propuknutí schizofrenie	a)		b)		c)		d)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	1	52,9 %	12	70,6 %	4	23,5 %	0	0,0 %
Všeobecná sestra	0	0,0 %	14	77,8 %	4	22,2 %	0	0,0 %
Porodní asistentka	0	0,0 %	11	73,4 %	2	13,3 %	2	13,3 %
Zdravotně – sociální pracovník	0	0,0 %	14	100 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Zdravotnický záchranář	1	5,3 %	12	63,1 %	5	26,3 %	1	5,3 %
Celkem	2	2,4 %	63	75,9 %	15	18,1 %	3	3,6 %

Tabulka 11 znázorňuje odpovědi na otázku, v jakém věku nejčastěji propuká schizofrenie. Za správnou odpověď byla považována možnost *b) 17 – 30 let*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 12 (70,6 %) studentů oboru Radiologický asistent, 14 (77,8 %) všeobecných sester, 11 (73,4 %) porodních asistentek, 14 (100 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 12 (63,1 %) studentů oboru Zdravotnický záchranář. Celkem uvedlo správnou odpověď 63 (75,9 %) respondentů.

Otázka č. 10: Jak se může schizofrenie léčit?

- a) nedá se léčit, prostřednictvím léků se pouze tlumí příznaky
- b) farmakoterapie, psychoterapie
- c) homeopatika, hypnóza, fytotherapie

Tabulka 12 – Léčba schizofrenie

Léčba schizofrenie	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	8	47,1 %	9	52,9 %	0	0,0 %
Všeobecná sestra	11	61,1 %	7	38,9 %	0	0,0 %
Porodní asistentka	8	53,3 %	7	46,7 %	0	0,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	7	50,0 %	7	50,0 %	0	0,0 %
Zdravotnický záchranář	8	42,1 %	10	52,6 %	1	5,3 %
Celkem	42	50,6 %	40	48,2 %	1	1,2 %

Tabulka 12 sleduje znalost možností léčby schizofrenie. Za správnou odpověď byla považována možnost *b) farmakoterapie, psychoterapie*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 9 (52,9 %) studentů oboru Radiologický asistent, 7 (38,9 %) studentů oboru Všeobecná sestra, 7 (46,7 %) porodních asistentek, 7 (50,0 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 10 (52,6 %) studentů oboru Zdravotnický záchranář. Celkem uvedlo správnou odpověď 40 (48,2 %) respondentů.

Otázka č. 11: Kolik procent celosvětové populace postihuje schizofrenie?

- a) 0,7 – 1,4 %
- b) 1,4 – 2,1 %
- c) 2,1 – 3,8 %

Tabulka 13 – Schizofrenie v celosvětové populaci

Schizofrenie v celosvětové populaci	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	7	41,2 %	10	58,8 %	0	0,0 %
Všeobecná sestra	11	61,1 %	7	38,9 %	0	0,0 %
Porodní asistentka	6	40,0 %	8	53,3 %	1	6,7 %
Zdravotně – sociální pracovník	7	50,0 %	6	42,9 %	1	7,1 %
Zdravotnický záchranář	7	36,8 %	9	47,4 %	3	15,8 %
Celkem	38	45,8 %	40	48,2 %	5	6,0 %

Tabulka 13 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, kolik procent celosvětové populace postihuje schizofrenie. Za správnou odpověď byla považována možnost a) 0,7 – 1,4 %. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 7 (41,2 %) radiologických asistentů, 11 (61,1 %) všeobecných sester, 6 (40,0 %) porodních asistentek, 7 (50,0 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 7 (36,8 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 38 (45,8 %) respondentů.

Otázka č. 12: Která z forem schizofrenie neexistuje?

- a) simplexní schizofrenie
- b) depresivní schizofrenie
- c) hebefrenní schizofrenie
- d) nediferencovaná schizofrenie
- e) paranoidní schizofrenie
- f) katatonní schizofrenie
- g) reziduální schizofrenie

Tabulka 14 – Formy schizofrenie

Formy schizofrenie	a)		b)		c)		d)		e)		f)		g)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	3	17,5 %	2	11,8 %	2	11,8 %	2	11,8 %	1	5,9 %	2	11,8 %	5	29,4 %
Všeobecná sestra	0	0,0 %	3	16,7 %	7	38,9 %	2	11,1 %	1	5,6 %	1	5,6 %	4	22,2 %
Porodní asistentka	1	6,7 %	4	26,7 %	3	20,0 %	3	20,0 %	0	0,0 %	1	6,7 %	3	20,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	4	28,6 %	8	57,1 %	0	0,0 %	2	14,3 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Zdravotnický záchranář	1	5,3 %	4	21,1 %	5	26,3 %	2	10,5 %	1	5,3 %	1	5,3 %	5	26,3 %
Celkem	9	10,8 %	21	25,3 %	17	20,5 %	11	13,3 %	3	3,6 %	5	6,0 %	17	20,5 %

Tabulka 14 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku týkající se forem schizofrenie, konkrétně, která z forem schizofrenie neexistuje. Za správnou odpověď byla považována možnost *b) depresivní schizofrenie*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedli správnou odpověď 2 (11,8 %) radiologický asistenti, 3 (16,7 %) všeobecné sestry, 4 (26,7 %) porodní asistentky, 8 (57,1 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 4 (21,1 %) zdravotnický záchranáři. Celkem uvedlo správnou odpověď 21 (25,3 %) respondentů.

Otázka č. 13: Bludy a halucinace jsou příznaky:

- a) pozitivní
- b) negativní
- c) kognitivní

Tabulka 15 – Bludy a halucinace

Bludy a halucinace	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	6	35,3 %	6	35,3 %	5	29,4 %
Všeobecná sestra	9	50,0 %	4	22,2 %	5	27,8 %
Porodní asistentka	5	33,3 %	6	40,0 %	4	26,7 %
Zdravotně – sociální pracovník	3	21,4 %	4	28,6 %	7	50,0 %
Zdravotnický záchranář	3	21,1 %	6	31,6 %	10	52,6 %
Celkem	26	31,3 %	26	31,3 %	31	37,4 %

Tabulka 15 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, k jakým příznakům patří halucinace a bludy. Za správnou odpověď byla považována možnost *a) pozitivní*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 6 (35,3 %) radiologických asistentů, 9 (50,0 %) všeobecných sester, 5 (33,3 %) porodních asistentek, 3 (21,4 %) zdravotně – sociální pracovníci a 3 (15,8 %) zdravotnický záchranáři. Celkem uvedlo správnou odpověď 26 (31,3 %) respondentů.

Otázka č. 14: Všichni jedinci trpící schizofrenií mají stejné příznaky.

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka 16 – Příznaky schizofrenie

Příznaky schizofrenie	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	0	0,0 %	17	100 %	0	0,0 %
Všeobecná sestra	0	0,0 %	18	100 %	0	0,0 %
Porodní asistentka	0	0,0 %	15	100 %	0	0,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	0	0,0 %	14	100 %	0	0,0 %
Zdravotnický záchranář	0	0,0 %	16	84,2 %	3	15,8 %
Celkem	0	0,0 %	80	96,4 %	3	3,6 %

Tabulka 16 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda všichni jedinci trpící schizofrenií mají stejné příznaky. Za správnou odpověď byla považována možnost *b) ne*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 17 (100 %) radiologických asistentů, 18 (100 %) všeobecných sester, 15 (100 %) porodních asistentek, 14 (100 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 16 (84,2 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 80 (96,4 %) respondentů.

Otázka č. 15: Schizofrenie a schizoafektivní porucha jsou synonyma?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka 17 – Schizofrenie a schizoafektivní porucha

Schizofrenie a schizoafektivní porucha	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	1	5,9 %	10	58,8 %	6	35,3 %
Všeobecná sestra	0	0,0 %	17	94,4 %	1	5,6 %
Porodní asistentka	1	6,7 %	11	73,3 %	3	20,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	0	0,0 %	12	85,7 %	2	14,3 %
Zdravotnický záchranář	0	0,0 %	14	73,7 %	5	26,3 %
Celkem	2	2,4 %	64	77,1 %	17	20,5 %

Tabulka 17 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda schizofrenie a schizoafektivní porucha jsou synonyma. Za správnou odpověď byla považována možnost *b) ne*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 10 (58,8 %) radiologických asistentů, 17 (94,4 %) všeobecných sester, 11 (73,3 %) porodních asistentek, 12 (85,7 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 14 (73,7 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 64 (77,1 %) respondentů.

Otázka č. 16: Pojem schizofrenie je to samé jako rozdvojená osobnost?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka 18 – Schizofrenie jako rozdvojená osobnost

Schizofrenie jako rozdvojená osobnost	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	4	23,5 %	12	70,6 %	1	5,9 %
Všeobecná sestra	3	16,7 %	15	83,3 %	0	0,0 %
Porodní asistentka	2	13,3 %	12	80,0 %	1	6,7 %
Zdravotně – sociální pracovník	0	0,0 %	14	100 %	0	0,0 %
Zdravotnický záchranář	7	36,8 %	12	63,2 %	0	0,0 %
Celkem	16	19,3 %	65	78,3 %	2	2,4 %

Tabulka 18 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda pojem schizofrenie je to samé jako rozdvojená osobnost. Za správnou odpověď byla považována možnost *b) ne*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 12 (70,6 %) radiologických asistentů, 15 (83,3 %) všeobecných sester, 12 (80,0 %) porodních asistentek, 14 (100 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 12 (63,2 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 65 (78,3 %) respondentů.

Otázka č. 17: Mohou být psychofarmaka účinnou terapií u lidí se schizofrenií?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

Tabulka 19 – Psychofarmaka jako účinná terapie

Psychofarmaka jako účinná terapie	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	10	58,8 %	1	5,9 %	6	35,3 %
Všeobecná sestra	15	83,3 %	0	0,0 %	3	16,7 %
Porodní asistentka	11	73,3 %	1	6,7 %	3	20,0 %
Zdravotně – sociální pracovník	11	78,6 %	2	14,3 %	1	7,1 %
Zdravotnický záchranář	18	94,7 %	0	0,0 %	1	5,3 %
Celkem	65	78,3 %	4	4,8 %	14	16,9 %

Tabulka 19 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda mohou být psychofarmaka účinnou terapií u lidí se schizofrenií. Za správnou odpověď byla považována možnost *a) ano*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 10 (58,8 %) radiologických asistentů, 15 (83,3 %) všeobecných sester, 11 (73,3 %) porodních asistentek, 11 (73,3 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 18 (94,7 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 65 (78,3 %) respondentů.

Otázka č. 18: Co jsou halucinace?

- a) patří mezi poruchy myšlení, je to přesvědčení pacienta o něčem, co je nepravdivé a co ve skutečnosti neexistuje
- b) patří mezi poruchy vnímání, jsou to klamné smyslové vjemy, které vznikají bez vnějšího reálného podkladu
- c) patří mezi poruchy vnímání, vycházejí z reálného objektu který pacient vnímá, ale jeho mozek ho nepřesně zpracuje

Tabulka 20 - Halucinace

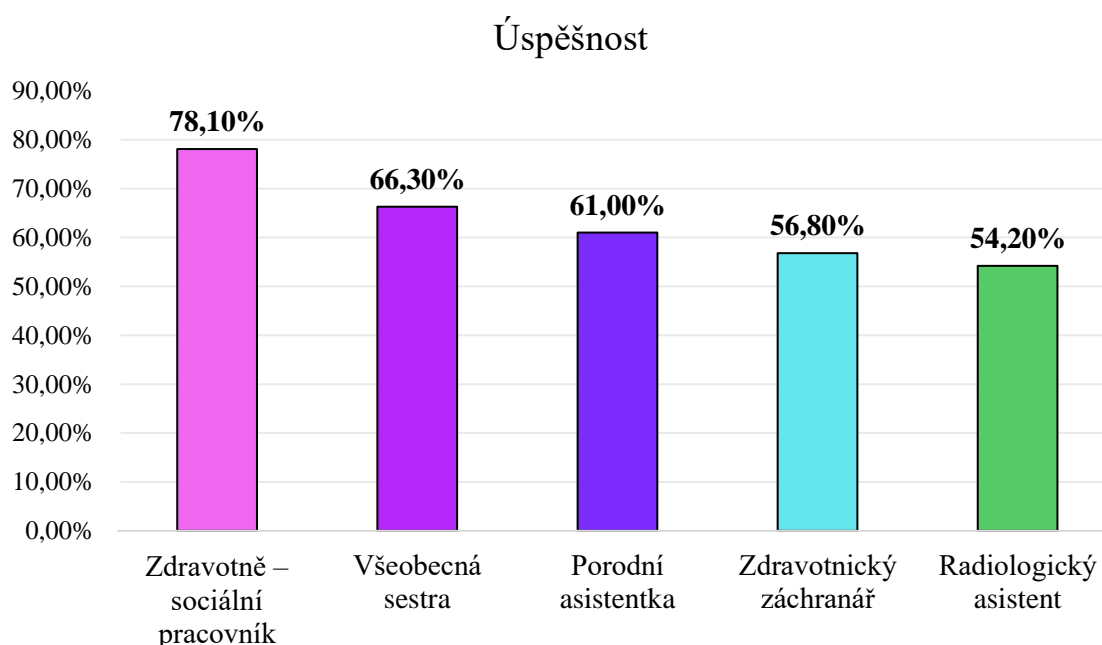
Halucinace	a)		b)		c)	
	n	%	n	%	n	%
Radiologický asistent	3	17,6 %	9	52,9 %	5	29,4 %
Všeobecná sestra	2	11,1 %	11	61,1 %	5	27,8 %
Porodní asistentka	2	13,3 %	9	60,0 %	4	26,7 %
Zdravotně – sociální pracovník	1	7,1 %	13	92,9 %	0	0,0 %
Zdravotnický záchranář	3	15,8 %	11	57,9 %	5	26,3 %
Celkem	11	13,2 %	53	63,9 %	19	22,9 %

Tabulka 20 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, co jsou halucinace. Za správnou odpověď byla považována možnost *b) patří mezi poruchy vnímání, jsou to klamné smyslové vjemy, které vznikají bez vnějšího reálného podkladu*. Z celkového počtu 83 (100 %) respondentů uvedlo správnou odpověď 9 (52,9 %) radiologických asistentů, 11 (61,1 %) všeobecných sester, 9 (60,0 %) porodních asistentek, 13 (92,9 %) zdravotně – sociálních pracovníků a 11 (57,9 %) zdravotnických záchranářů. Celkem uvedlo správnou odpověď 53 (63,9 %) respondentů.

Úspěšnost jednotlivých oborů v dotazníkovém šetření zaměřeném na znalosti

Tabulka 21 – Úspěšnost oborů

Úspěšnost oborů	Průměrná úspěšnost %	Hodnocení míry znalostí
Radiologický asistent	54,2 %	Méně uspokojivé
Všeobecná sestra	66,3 %	Uspokojivé
Porodní asistentka	61,0 %	Uspokojivé
Zdravotně – sociální pracovník	78,1 %	Dobré
Zdravotnický záchranář	56,8 %	Uspokojivé
Celkem	63,3%	Uspokojivé



Graf 1 – Úspěšnost oborů

Tabulka 21 znázorňuje průměrné dosažené výsledky jednotlivých oborů s přiřazenou mírou znalostí dle kritérií, která byla popsána výše (viz Tabulka 2). Z tabulky vyplývá, že obor Zdravotně – sociální pracovník dosáhl 78,1 % správných odpovědí, obor Všeobecná sestra dosáhl 66,3 % správných odpovědí, třetí pozici obsadili studenti oboru Porodní asistentka s 61,0 % úspěšností, dále obor Zdravotnický záchranář s 56,8 % úspěšností a poslední pozici zaujímá obor Radiologický asistent, který dosáhl 54,2 % správných odpovědí. Celková úspěšnost je vyhodnocena jako uspokojivá.

Otázka č. 19: Jaký je Váš názor na lidi trpící schizofrenií?

V položce dotazníku č. 19 byl zjišťován názor respondentů na lidi trpící schizofrenií. Na otázku odpovědělo všech 83 (100 %) respondentů. U jednotlivých odpovědí je v závorkách uveden počet respondentů, kteří na otázku odpověděli totožně. Zde jsou jednotlivé odpovědi:

- *Nemám názor, nesetkal jsem se s nimi nikdy. (17x)*
- *Myslím si, že tyto lidi za to vůbec nemůžou a je mi jich líto. (13x)*
- *Mám pro ně pochopení. (13x)*
- *Mají to složité v životě. (5x)*
- *Vzbuzují ve mně strach. (4x)*
- *Nemocní lidé, kteří potřebují pomoc. (3x)*
- *Mám k těmto lidem respekt. Snažím se k nim přistupovat jako k člověku a ne k diagnóze. (3x)*
- *Chápu, že jde o onemocnění, se kterým není jednoduchá žít. Proto se budu snažit jim jakkoliv pomoci a být jim oporou. (2x)*
- *Pokud nejsou jejich příznaky utlumovány léky, tak je chování schizofreniků nepředvídatelné a mám z nich strach. (2x)*
- *Musí pro ně být těžké existovat ve společnosti, ve které jsou psychické poruchy dosti stigmatizovány. (2x)*
- *Nemohou za svoji nemoc. Mohou být nebezpeční, ale neznamena to, že by se jim lidé měli vyhýbat. (1x)*
- *Jako nemocný člověk, musí se s tím okolí smířit a vnímat to tak. (1x)*
- *Je důležité být k nim shovívavý. (1x)*
- *Beru je jako obyčejné lidi, které postihla nějaká nemoc. (1x)*
- *Nijak není citově zabarvený, ničím nepoznamenaný je to jen zdravotní kondice. (1x)*
- *Je to normální nemoc jako každá jiná, je mi jich líto. (1x)*
- *Snažím se je pochopit. Sama několik schizofreniků v rodině mám. (1x)*
- *Chápu je, onemocnění si nevybírám, proto tyto lidi naprosto toleruji. (1x)*
- *Snažím se jim porozumět. (1x)*
- *Myslím, že pro lidi se schizofrenií je těžké získat náhled na své onemocnění, nepřipouští si, že nějakým duševním onemocněním trpí. Takovým lidem je pak těžké pomoci. Stále mám vůči těmto lidem předsudky a za přátele bych si je nejspíš nevybrala. (1x)*

- Jsou to nemocní lidé, kteří vyžadují určitou míru pochopení a spolupráce s nimi musí probíhat bez předsudků a odsuzujícího chování. (1x)
- Na jednu stranu se jich trochu bojím, ale je to spíše tím, že to je pro mě něco neznámého, ale kdybych měla více informací o tomto onemocnění, tak bych se snažila tomu člověku alespoň trochu pomoci. (1x)
- Mrzí mě, že si něčím takovým někdo může procházet. Moje nejlepší kamarádka je bohužel schizofrenička, a tak vím, jak moc jí to ničí živo. (1x)
- Nemám s nimi problém a tím pádem ani oni se mnou. (1x)
- To je jako kdybych měla říct názor na člověka se zlomenou nohou. Je to velmi vážné onemocnění, ale prostě to tak bohužel je. Tito lidé potřebují odbornou pomoc, nemám důvod je odsoudit, ale ani se jich nebojím nebo mi jich není líto i přesto, že si uvědomuji jak nepříjemné to musí být. (1x)
- Ještě jsem se nesečkala s člověkem se schizofrenií, ale jakékoli psychiatrické onemocnění ve mně vyvolává dojem strachu, děsu, "nikdy nevím, jak se ten člověk zachová". (1x)
- Jsou to lidé jako kdokoli jiný a je nutno jim život neztěžovat našimi stereotypními představami (schizofrenik = vyvraždění rodiny). (1x)
- Je potřeba se o problematiku psychických nemocí zajímat více. (1x)
- Ve svém okolí mám 3 lidi se schizofrenií a z toho si myslím že jí opravdu mají jen 2 a nebojím se nikoho z nich, jsem k nim tolerantní. (1x)

Otázka č. 20: Jak by podle Vás měli žít lidé se schizofrenií?

Tabulka 22 – Život lidí se schizofrenií

Život lidí se schizofrenií		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Měli by být umístěni do psychiatrického zařízení	5	6,0 %
b)	Měli by být s rodinou	50	60,3 %
c)	Měli by žít sami	1	1,2 %
d)	Jinak (svou odpověď odůvodněte)	27	32,5 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 22 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, jak by měli žít lidé se schizofrenií. Z tabulky je patrné, že 50 (60,3 %) respondentů zvolilo odpověď *b) měli by být s rodinou*. 27 (32,5 %) respondentů zvolilo odpověď *d) jinak*. 5 (6,0 %) respondentů zvolilo variantu *a) měli by být umístěni do psychiatrického zařízení*. Možnost *c) měli by žít sami*, zvolil pouze 1 (1,2 %) respondent. Respondenti, kteří v otázce č. 20 zvolili variantu *d) jinak*, svou odpověď zdůvodnili. Zde jsou jednotlivé odpovědi:

- *Záleží na formě a příznacích, někteří to zvládnou s rodinou na léčích, u agresivních a nebezpečných, příp. nepřizpůsobivým je lepší je umístit do zařízení.*
- *Záleží v jakém stavu jsou a zda je jejich chování zvladatelné - v tomto případě bych volila rodinu, protože na ně může mít pozitivní vliv.*
- *Někomu může být lépe v prostředí rodiny, pokud jsou pro to vhodné podmínky, někdo musí být hospitalizován. V žádném případě by neměli zůstat sami.*
- *Tak aby naplňovali své základní potřeby a představy o životě a zároveň neohrozili sebe ani své okolí.*
- *Měli by být s lidmi, kteří je mají rádi a rozumí i té nemoci samotné, aby na to nebyli sami a měli oporu v nejbližších.*
- *Měli by být s rodinou, se svými blízkými, kteří se budou společně s dalšími službami a formami péče, starat a pomáhat.*
- *Tak jak si sami přejí, pokud svým rozhodnutím neohrožují sebe a své okolí.*
- *Tak jak jim je to nejpohodlnější.*
- *S rodinou, popřípadě s člověkem blízkým, ke kterému má důvěru.*
- *Užívat léky. Poté můžou žít sami.*
- *Záleží na závažnosti.*
- *Jak jim to bude vyhovovat.*
- *Měli by žít tak, jak sami chtějí.*
- *Nemám tušení.*
- *Tam, kde se samy cítí dobře.*
- *Záleží dle jejich stavu a účinnosti léčby. Podle toho ústav/rodina/sám.*
- *Záleží na kompenzaci onemocnění.*
- *Pokud to bude rodina zvládat, tak určitě v kruhu rodiny.*
- *Měli by žít normálně jako ostatní s nějakou kontrolou (rodina, lékaři).*
- *Nemohu příliš posoudit, ale nediskriminovala bych je.*
- *Podle stavu, podpora rodiny je důležitá existují i stacionáře, kam mohou docházet.*

- *Záleží na závažnosti asi? Jestli jsou nebezpeční sobě a okolí, tak by měli být někde umístěni. Pokud ne, domácí prostředí může pomoci terapii.*
- *Měli by žít tam, kde je to pro ně nejlepší, pokud ubližují sobě nebo svému okolí, tak v nemocnici, pokud ne, tak tam, kde se cítí doma.*
- *Nevím. Ideálně asi s rodinou. Na druhou stranu je to pro tu rodinu strašně těžké.*
- *Do psychiatrického zařízení by měli být umístěny, pokud představují nebezpečí pro sebe i ostatní.*
- *Pokud je léčba kterou podstupují účinná, není důvod aby měli v životě nějaká zásadní omezení. Myslím, že by měli žít a vést normální život.*
- *Asi podle závažnosti? Problematice nerozumím, ale pokud existuje zvladatelná fáze/stav, tak asi s rodinou. Pokud ne, tak psychiatrické zařízení.*

Otázka č. 21: Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí, jsou nebezpeční a páchají trestnou činnost.

Tabulka 23 – Předsudky o schizofrenii

Předsudky o schizofrenii		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	1	1,2 %
b)	Spíše souhlasím	15	18,1 %
c)	Nevím	21	25,3 %
d)	Spíše nesouhlasím	44	53,0 %
e)	Plně nesouhlasím	2	2,4 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 23 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokem, že pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí, jsou nebezpeční a páchají trestnou činnost. 44 (53 %) respondentů zvolilo variantu *d) spíše nesouhlasím*. 21 (25,3 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. Dalších 15 (18,1 %) respondentů se rozhodlo pro možnost *b) spíše souhlasím*. 2 (2,4 %) respondenti s výrokem plně nesouhlasí a 1 (1,2 %) respondent naopak s výrokem plně souhlasí.

Otázka č. 22: Myslíte si, že by tito lidé měli být zavíráni v ústavech?

Tabulka 24 – Ústavní péče

Ústavní péče		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	0	0,0 %
b)	Spíše souhlasím	3	3,6 %
c)	Nevím	10	12,1 %
d)	Spíše nesouhlasím	61	73,5 %
e)	Plně nesouhlasím	9	10,8 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 24 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda by lidé se schizofrenií měli být zavíráni v ústavech. 61 (73,5 %) respondentů zvolilo variantu *d) spíše nesouhlasím*. 10 (12,1 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. Dalších 9 (10,8 %) respondentů se rozhodlo pro možnost *e) plně nesouhlasím*. 3 (3,6 %) respondenti s výrokem plně souhlasí a variantu *a) plně souhlasím*, nezvolil nikdo z dotázaných respondentů.

Otázka č. 23: Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „psychopat“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující.

Tabulka 25 – Stigmatizace

Stigmatizace		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	37	44,6 %
b)	Spíše souhlasím	21	25,3 %
c)	Nevím	12	14,5 %
d)	Spíše nesouhlasím	6	7,2 %
e)	Plně nesouhlasím	7	8,4 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 25 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokem: charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „psychopat“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující. 37 (44,6 %) respondentů zvolilo variantu *a) plně souhlasím*. 21 (25,3 %) respondentů zvolilo možnost *b) spíše souhlasím*. Dalších 12 (14,5 %) respondentů nemělo

k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. 7 (8,4 %) respondentů s výrokiem plně nesouhlasí a 6 (7,2 %) respondentů zvolilo variantu *d) spíše nesouhlasím*.

Otázka č. 24: Lidé se schizofrenním onemocněním potřebují dohled.

Tabulka 26 - Dohled

Dohled		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	14	16,9 %
b)	Spíše souhlasím	58	69,9 %
c)	Nevím	8	9,6 %
d)	Spíše nesouhlasím	3	3,6 %
e)	Plně nesouhlasím	0	0,0 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 26 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokiem, že lidé se schizofrenií potřebují dohled. 58 (69,9 %) respondentů zvolilo variantu *b) spíše souhlasím*. 14 (16,9 %) respondentů zvolilo možnost *a) plně souhlasím*. Dalších 8 (9,6 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. 3 (3,6 %) respondenti s výrokiem spíše nesouhlasí a variantu *e) plně nesouhlasím*, nezvolil nikdo z dotázaných respondentů.

Otázka č. 25: Lidé se schizofrenním onemocněním jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni.

Tabulka 27 – Vnímání schizofrenie společností

Vnímání schizofrenie společností		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	15	18,1 %
b)	Spíše souhlasím	40	48,2 %
c)	Nevím	22	26,5 %
d)	Spíše nesouhlasím	6	7,2 %
e)	Plně nesouhlasím	0	0,0 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 27 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokem, že lidé se schizofrenií jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni. 40 (48,2 %) respondentů zvolilo variantu *b) spíše souhlasím*. 22 (26,5 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. Dalších 15 (18,1 %) respondentů zvolilo možnost *a) plně souhlasím*. 6 (7,2 %) respondentů s výrokem spíše nesouhlasí a variantu *e) plně nesouhlasím*, nezvolil nikdo z dotázaných respondentů.

Otázka č. 26: Lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život.

Tabulka 28 – Kvalitní život osob se schizofrenií

Kvalitní život osob se schizofrenií		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	3	3,6 %
b)	Spíše souhlasím	10	12,0 %
c)	Nevím	18	21,7 %
d)	Spíše nesouhlasím	39	47,0 %
e)	Plně nesouhlasím	13	15,7 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 28 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokem, že lidé se schizofrenním onemocněním se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život. 39 (47,0 %) respondentů zvolilo variantu *d) spíše nesouhlasím*. 18 (21,7 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. Dalších 13 (15,7 %) respondentů zvolilo možnost *e) plně nesouhlasím*. 10 (12,0 %) respondentů zvolilo variantu *b) spíše souhlasím*, a 3 (3,6 %) respondenti s výrokem plně souhlasí.

Otázka č. 27: Vhodnou terapií pro většinu lidí se schizofrenním onemocněním je být součástí normální společnosti.

Tabulka 29 - Terapie

Terapie		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	15	18,1 %
b)	Spíše souhlasím	50	60,2 %
c)	Nevím	15	18,1 %
d)	Spíše nesouhlasím	3	3,6 %
e)	Plně nesouhlasím	0	0,0 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 29 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokem, že vhodnou terapií pro většinu lidí se schizofrenií je být součástí normální společnosti. 50 (60,2 %) respondentů zvolilo variantu *b) spíše souhlasím*. 15 (18,1 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. Dalších 15 (18,1 %) respondentů zvolilo možnost *a) plně souhlasím*. 3 (3,6 %) respondenti s výrokem spíše nesouhlasí a variantu *e) plně nesouhlasím*, nezvolil nikdo z dotázaných respondentů.

Otázka č. 28: Většina lidí s tímto psychickým onemocněním vyhledá odbornou pomoc.

Tabulka 30 – Odborná pomoc

Odborná pomoc		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	1	1,2 %
b)	Spíše souhlasím	16	19,3 %
c)	Nevím	23	27,7 %
d)	Spíše nesouhlasím	39	47,0 %
e)	Plně nesouhlasím	4	4,8 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 30 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokem, že většina lidí se schizofrenií vyhledá odbornou pomoc. 39 (47,0 %) respondentů zvolilo variantu *d) spíše nesouhlasím*. 23 (27,7 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. Dalších 16 (19,3 %) respondentů zvolilo možnost *b) spíše souhlasím*. 4 (4,8 %)

respondenti zvolili variantu *e) plně nesouhlasím*, a pouze 1 (1,2 %) respondent s výrokem plně souhlasí.

Otázka č. 29: Jakmile se u člověka objeví symptomy duševní poruchy, měl by být hospitalizován.

Tabulka 31 - Hospitalizace

Hospitalizace		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Plně souhlasím	6	7,2 %
b)	Spíše souhlasím	28	33,7 %
c)	Nevím	15	18,1 %
d)	Spíše nesouhlasím	28	33,7 %
e)	Plně nesouhlasím	6	7,2 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 31 znázorňuje odpovědi respondentů, zda souhlasí či nesouhlasí s výrokem, že jakmile se u člověka objeví symptomy duševní poruchy, měl by být hospitalizován. 28 (33,7 %) respondentů zvolilo variantu *d) spíše nesouhlasím*, a stejně tak 28 (33,7 %) respondentů zvolilo možnost *b) spíše souhlasím*. 15 (18,1 %) respondentů nemělo k výroku stanovený postoj, proto zvolili možnost *c) nevím*. Dalších 6 (7,2 %) respondentů zvolilo možnost *e) plně nesouhlasím*, a stejně tak 6 (7,2 %) respondentů zvolilo variantu *a) plně souhlasím*.

Otázka č. 30: Kolik lidí se schizofrenním onemocněním se podle Vašeho názoru vrací do běžného života?

Tabulka 32 – Návrat do běžného života

Návrat do běžného života		Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	1/2	18	21,7 %
b)	1/3	33	39,8 %
c)	1/4	30	36,1 %
d)	Žádný	1	1,2 %
e)	Všichni	1	1,2 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 32 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, kolik lidí se schizofrenním onemocněním se vrací do běžného života. 33 (39,8 %) respondentů zvolilo variantu *b) 1/3*. 30 (36,1 %) respondentů zvolilo možnost *c) 1/4*. Variantu *a) 1/2*, zvolilo 18 (21,7%) respondentů. 1 (1,2 %) respondent se rozhodl pro možnost *d) žádný*, a taktéž 1 (1,2 %) respondent zvolil možnost *e) všichni*.

Otázka č. 31: Měli by být, podle Vašeho názoru, lidé se schizofrenním onemocněním omezováni na svéprávnosti?

Tabulka 33 - Svěprávnost

	Svěprávnost	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Ano, vždy	1	1,2 %
b)	Ano, pokud to vyžaduje jejich zdravotní stav	63	75,9 %
c)	Ne	3	3,6 %
d)	Neumím posoudit	16	19,3 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 33 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda by lidé se schizofrenií měli být omezováni na svéprávnosti. 63 (75,9 %) respondentů zvolilo variantu *b) ano, pokud to vyžaduje jejich zdravotní stav*. 16 (19,3 %) respondentů zvolilo možnost *d) neumím posoudit*. 3 (3,6 %) respondenti jsou toho názoru, že by lidé se schizofrenií neměli být omezováni na svéprávnosti a 1 (1,2 %) respondent zvolil variantu, že by lidé se schizofrenií měli být vždy omezováni na svéprávnosti.

Otázka č. 32: Vnímáte osoby se schizofrenním onemocněním jako zátěž pro společnost?

Tabulka 34 – Vnímání osob se schizofrenií

	Vnímání osob se schizofrenií	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
a)	Ano	4	4,8 %
b)	Ne	63	75,9 %
c)	Nevím	16	19,3 %
Celkem		83	100 %

Tabulka 34 znázorňuje odpovědi respondentů na otázku, zda jsou osoby se schizofrenním onemocněním zátěží pro společnost. 63 (75,9 %) respondentů zvolilo variantu *b) ne*. 16 (19,3 %) respondentů zvolilo možnost *c) nevím*. Další 4 (4,8 %) respondenti vnímají osoby se schizofrenií jako zátěž pro společnost, proto zvolili variantu *a) ano*.

DISKUZE

Tato část bakalářské práce se zabývá diskuzí nad výsledky průzkumného šetření. Bakalářská práce je zaměřena na ověření teoretických znalostí studentů třetích ročníků nelékařských oborů bakalářského studia Fakulty zdravotnických studií. Zajímala mě nejen úroveň jejich teoretických znalostí, ale také jejich názory a postoje vůči lidem trpícím schizofrenií. Je předpokládáno, že studenti jednotlivých oborů se mohou v praxi setkat s osobami se schizofrenií. Teoretická část práce popisuje schizofrenní onemocnění jako celek. Zabývá se také zdravotní a sociální péčí o osoby se schizofrenií a postojem společnosti k osobám se schizofrenií. Poslední kapitola teoretické části popisuje Fakultu zdravotnických studií a její studijní programy, čímž propojuje teoretickou část s částí praktickou.

Samotnému průzkumu předcházela pilotní studie, která byla rozdána deseti respondentům. Pilotáž měla za úkol zjistit případné nedostatky ve formulaci položek v dotazníku. Do samotného průzkumu byli zapojeni studenti Fakulty zdravotnických studií, konkrétně třetích ročníků bakalářských studijních oborů: Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Zdravotně sociální pracovník, Radiologický asistent a Zdravotnický záchranář v prezenční formě studia. Sběr dat probíhal po schválení žádostí o provedení výzkumu vedoucími jednotlivých kateder fakulty. Celkem bylo rozesláno 154 dotazníků, vyplněno jich bylo 83. Příčina nízké návratnosti byla pravděpodobně zapříčiněna aktuální situací spojenou s pandemií covid – 19. Dotazník obsahoval celkem 32 položek (viz Příloha 1). Získaná data z dotazníků byla vypracována pomocí programů Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word, kde byly výsledky zpracovány do tabulek, jež jsou okomentovány pomocí popisů. K jedné z tabulek bylo přidáno grafické znázornění.

Úvodní část dotazníku zjišťovala identifikační údaje o respondentech, tedy pohlaví, věk, dosažené vzdělání a studijní obor. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 16 (19,3 %) mužů a 67 (80,7 %) žen. Dalším ze sledovaných demografických faktorů průzkumu byl věk respondentů. Jelikož se jednalo o studenty denního studia, byla větší část respondentů (79,5 %, tj. 66) ve věkové kategorii od 20 – 22 let. Zbylí respondenti (20,5 %, tj. 17) spadali do věkové kategorie 23 – 25 let. Jednotlivé studijní obory zastupovalo 17 (20,5 %) studentů oboru Radiologický asistent, 18 (21,7 %) studentů oboru Všeobecná sestra, 15 (18,0 %) studentů oboru Porodní asistentka, dále 14 (16,9 %) studentů oboru Zdravotně – sociální pracovník a 19 (22,9 %) studentů oboru Zdravotnický záchranář. Nerovnoměrné rozložení respondentů je zapříčiněno rozdílnými počty studujících v jednotlivých oborech a současnou situací covid – 19, kvůli

čemuž bylo dotazníkové šetření realizováno elektronickou formou. Ze šetření je dále zjištěno, že 34 (41,0 %) respondentů absolvovalo střední zdravotnickou školu, 26 (31,3 %) respondentů studovalo na gymnáziu, 19 (22,9 %) respondentů vystudovalo střední školu nezdravotní, 2 (2,4 %) respondenti absolvovali vyšší odbornou školu zdravotní a 2 (2,4 %) respondenti absolvovali vysokou školu bakalářského programu zdravotní.

Průzkumná otázka 1: Jaká je míra znalostí studentů Fakulty zdravotnických studií o schizofrenním onemocnění?

K této průzkumné otázce se vztahovaly položky dotazníku č. 5 (*Co je to schizofrenie?*), č. 6 (*Jak se schizofrenie projevuje?*), č. 7 (*Jaké jsou základní příčiny vzniku schizofrenie?*), č. 8 (*Schizofrenie postihuje častěji:*), č. 9 (*V jakém věku schizofrenie nejčastěji propuká?*) č. 10 (*Jak se může schizofrenie léčit?*), č. 11 (*Kolik procent celosvětové populace postihuje schizofrenie?*), č. 12 (*Která z forem schizofrenie neexistuje?*), č. 13 (*Bludy a halucinace jsou příznaky:*), č. 14 (*Všichni jedinci trpící schizofrenií mají stejné příznaky.*), č. 15 (*Schizofrenie a schizoafektivní porucha jsou synonyma?*), č. 16 (*Pojem schizofrenie je to samé jako rozdvojená osobnost?*), č. 17 (*Mohou být psychofarmaka účinnou terapií u lidí se schizofrenií?*), a č. 18 (*Co jsou halucinace?*).

Přiřazení bodů u jednotlivých otázek bylo popsáno výše. Maximum bodů, které mohl jednotlivý respondent získat, bylo čtrnáct. Čtrnáct bodů získali celkem 4 respondenti (4,8 %) a stejně tomu bylo i u získaných třinácti bodů. 6 respondentů (7,3 %) získalo bodů dvanáct. 8 respondentů (9,6 %) získalo jedenáct bodů a stejně tomu bylo i u získaných deseti bodů. Devět bodů získalo 16 respondentů (19,3 %). Osm bodů získalo 11 respondentů (13,3 %). 10 respondentů (12,1 %) získalo sedm bodů a 7 respondentů (8,4 %) získalo šest bodů. Pět bodů získali 2 respondenti (2,4 %). Čtyři body získali 4 respondenti (4,8 %) a tři body získali 3 respondenti (3,6 %). Výsledky dosažených bodů jsou zobrazeny následovně (viz Tabulka 35).

Tabulka 35 - Počet dosažených bodů jednotlivých respondentů u otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18

Počet dosažených bodů	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
14 bodů	4	4,8 %
13 bodů	4	4,8 %
12 bodů	6	7,3 %
11 bodů	8	9,6 %
10 bodů	8	9,6 %
9 bodů	16	19,3 %
8 bodů	11	13,3 %
7 bodů	10	12,1 %
6 bodů	7	8,4 %
5 bodů	2	2,4 %
4 body	4	4,8 %
3 body	3	3,6 %
Celkem	83	100 %

Následující Tabulka 36 uvádí vyhodnocení bodů všech respondentů s přiřazenou mírou znalostí dle kritérií, která byla popsána výše (viz Tabulka 2). Respondenti prokázali rozsah mezi nedostatečnou, méně uspokojivou, uspokojivou, dobrou a velmi dobrou mírou znalostí.

Tabulka 36 – Vyhodnocení bodů a míry znalostí všech respondentů u otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18

Otázka	Maximum bodů	Získané body	Vyhodnocení bodů	Vyhodnocení znalostí
Č. 5	83	43	51,8 %	Méně uspokojivé
Č. 6	83	59	71,1 %	Dobré
Č. 7	83	69	83,1 %	Dobré
Č. 8	83	41	49,4 %	Méně uspokojivé
Č. 9	83	63	75,9 %	Dobré
Č. 10	83	40	48,2 %	Méně uspokojivé
Č. 11	83	38	45,8 %	Méně uspokojivé
Č. 12	83	21	25,3 %	Nedostatečné
Č. 13	83	26	31,3 %	Méně uspokojivé
Č. 14	83	80	96,4 %	Velmi dobré
Č. 15	83	64	77,1 %	Dobré
Č. 16	83	65	78,3 %	Dobré
Č. 17	83	65	78,3 %	Dobré
Č. 18	83	53	63,9 %	Uspokojivé
Celkem	1162	727	62,6 %	Uspokojivé

Dle mého názoru mají studenti 3. ročníků bakalářského studia o schizofrenním onemocnění malé znalosti. Je na zvážení, zda je to právě tím, že tato psychotická porucha není příliš viditelná a existuje velmi málo příležitostí, jak se s touto nemocí setkat.

Pátá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, co je to schizofrenní onemocnění. Správně odpovědělo 51,8 % respondentů. Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které patří mezi tzv. psychotické poruchy, což jsou poruchy provázené podstatnou deformací myšlení a vnímání (Skopová, 2016, s. 8). 31,3 % respondentů zvolilo odpověď, že schizofrenie je rozdvojená osobnost, kdy mysl člověka je rozdělena do několika osob. 16,9 % respondentů zvolilo odpověď, která uvádí, že schizofrenie je duševní onemocnění, které se projevuje prudkými změnami nálad a střídá se stav mánie a deprese. Znalost studentů, která se zaměřuje na obecný pojem schizofrenie hodnotím méně uspokojivě (viz Tabulka 36).

Šestá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti znají projevy schizofrenie. Správnou odpovědí byly halucinace, bludy, poruchy komunikace, řeči a chování, emoční oploštělost, útlum myšlení a řeči a ztráta cílevědomosti. Všechny tyto příznaky schizofrenie popsal ve své knize Hosák a kol. (2015, s. 188). Tato odpověď byla nejvíce zastoupenou odpovědí a zvolilo ji 71,1 % respondentů. Znalost studentů o projevech schizofrenie hodnotím dle kritérií jako dobré znalosti (viz Tabulka 36).

Sedmá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, jaké jsou základní příčiny vzniku schizofrenie. Správnou odpovědí byla dědičnost, změny ve struktuře a funkcích mozku, vliv prostředí a životních událostí (užívání toxických látek, nadměrný stres, úmrtí blízké osoby apod.) (Petr a kol., 2014, s. 210). Tato odpověď byla nejvíce zastoupenou odpovědí a zvolilo ji 83,1 % respondentů. Znalost studentů o základních příčinách vzniku schizofrenie hodnotím dle kritérií jako dobré znalosti (viz Tabulka 36).

Osmá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, které pohlaví schizofrenie postihuje nejčastěji. Správnou odpovědí bylo 49,4 % respondentů. Celoživotní riziko onemocnění je stejné pro muže i pro ženy (Hosák a kol., 2015, s. 183). 25,3 % respondentů zvolilo odpověď, že schizofrenie postihuje častěji ženy a stejně tomu bylo i u odpovědi, že schizofrenie postihuje častěji muže. Znalost studentů, která se zaměřuje na schizofrenii častěji zasažené pohlaví hodnotím dle kritérií méně uspokojivě (viz Tabulka 36).

Devátá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, v jakém věku schizofrenie nejčastěji propuká. Správnou odpovědí bylo, že schizofrenie začíná nejčastěji v adolescenci mezi 17 a 30 lety (Hosák a kol., 2015, s. 183). Tato odpověď byla nejvíce zastoupenou odpovědí

a zvolilo ji 75,9 % respondentů. Znalost studentů, která se zaměřuje na nejčastější věk propuknutí schizofrenie hodnotím dle kritérií jako dobré znalosti (viz Tabulka 36).

Desátá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti znají možnost léčby schizofrenie. Správnou odpovědí byla farmakoterapie a psychoterapie. Petr a kol. (2014, s. 214) uvádí, že základem léčby psychotických onemocnění je farmakoterapie, kterou většinou doplňuje psychosociální léčba zahrnující psychoterapii a psycho – sociální edukaci. Nejvíce zastoupenou odpovědí byla v 50,6 % odpověď, že schizofrenie se nedá se léčit a prostřednictvím léků se pouze tlumí příznaky. Poté až ve 48,2 % byla zvolena odpověď farmakoterapie a psychoterapie. Znalost studentů o léčbě schizofrenie hodnotím méně uspokojivě (viz Tabulka 36).

Jedenáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, kolik procent celosvětové populace postihuje schizofrenie. Správnou odpovědí bylo, že onemocnění postihuje zhruba 0,7 – 1,4 % celosvětové populace (Hosák a kol., 2015, s. 183). Nejvíce zastoupenou odpovědí byla ve 48,2 % odpověď, že schizofrenie postihuje 1,4 – 2,1 % celosvětové populace. Poté až ve 45,8 % byla zvolena správná odpověď 0,7 – 1,4 %. Znalost studentů o léčbě schizofrenie hodnotím méně uspokojivě (viz Tabulka 36).

Dvanáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti umí rozpoznat, která z forem schizofrenie neexistuje. Správnou odpovědí byla depresivní schizofrenie. Tato odpověď byla sice nejvíce zastoupenou odpovědí, ale zvolilo ji pouze 25,3 % respondentů. Příčinou mohl být větší počet možných odpovědí, ze kterých respondenti volili pouze jednu správnou odpověď. Znalost studentů, která se zaměřuje na formy schizofrenie hodnotím dle kritérií jako nedostatečné znalosti (viz Tabulka 36). Mezinárodní klasifikace nemocí (2021) dělí schizofrenní poruchy na několik klinických forem (F20 – F20.9) – paranoidní schizofrenie (F20.0), hebefrenní schizofrenie (F20.1), katatonní schizofrenie (F20.2), nediferencovaná schizofrenie (F20.3), postschizofrenní deprese (F20.4), reziduální schizofrenie (F20.5), schizofrenia simplex neboli simplexní schizofrenie (F20.6), jiná schizofrenie (F20.8) a schizofrenie NS (F20.9).

Třináctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti umí rozpoznat, do jaké kategorie příznaků patří bludy a halucinace. Správnou odpověď uvádí Raboch a kol. (2012, s. 248), že halucinace a bludy patří mezi typické pozitivní příznaky u schizofrenie. Správně odpovědělo 31,3 % respondentů. Stejný počet respondentů (31,3 %) zvolilo odpověď, že bludy a halucinace patří do kategorie negativních příznaků. Nejvíce zastoupenou odpovědí byla ve 37,4 % nesprávná odpověď, že bludy a halucinace spadají do kategorie kognitivních příznaků. Znalost

studentů, která se zaměřuje na bludy a halucinace hodnotím dle kritérií méně uspokojivě (viz Tabulka 36).

Čtrnáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, jestli všichni jedinci trpící schizofrenií mají stejné příznaky. Správnou odpovědí byla možnost *ne*. Raboch a kol. (2012, s. 248) uvádí, že ne všichni nemocní mají stejné příznaky a rozděluje je do tří hlavních skupin, a to na pozitivní, negativní a kognitivní příznaky. Nejvíce zastoupenou odpovědí byla v 96,4 % správná odpověď. Znalost studentů, která se zaměřuje na příznaky schizofrenie hodnotím dle kritérií velmi dobře (viz Tabulka 36).

Patnáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti umí rozpoznat rozdíl mezi schizofrenií a schizoafektivní poruchou. Správnou odpovědí byla možnost, která vyvracela tvrzení, že schizofrenie a schizoafektivní porucha jsou synonyma. Schizoafektivní porucha je onemocnění, u kterého se na rozdíl od schizofrenie vyskytují současně s příznaky typickými pro schizofrenní psychózu i poruchy nálady. (Hosák a kol., 2015, s. 207). Správně odpovědělo 77,1 % respondentů. Znalost studentů o schizofrenii a schizoafektivní poruše hodnotím dle kritérií jako dobré znalosti (viz Tabulka 36).

Šestnáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti umí rozpoznat rozdíl mezi schizofrenií a rozdvojenou osobností. Správnou odpovědí byla možnost, která vyvracela tvrzení, že pojem schizofrenie je to samé jako rozdvojená osobnost. Pojem „schizofrenie“ je řeckého původu (základ slova „schizo“, znamená štěpit a „phren“ znamená rozum a myšlení). Název vyzdvihuje přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Laická veřejnost si tento pojem vykládá jako „rozdvojení osobnosti“, kdy samostatně existují dvě nebo více odlišných osobností. Toto tvrzení je ale zcela nesprávné (Raboch a kol., 2012, s. 245). Správně odpovědělo 78,3 % respondentů. Znalost studentů o schizofrenii a schizoafektivní poruše hodnotím dle kritérií jako dobré znalosti (viz Tabulka 36).

Sedmnáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, jestli psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenií. Správnou odpovědí byla možnost, která potvrzovala tvrzení, že psychofarmaka mohou být účinnou terapií u lidí se schizofrenií. Při pravidelném užívání psychofarmak se pozvolna uspořádává myšlení, halucinace a bludy pomalu odeznívají až nakonec zcela zmizí (Raboch a kol., 2012, s. 253 – 254). Správně odpovědělo 78,3 % respondentů. Znalost studentů o schizofrenii a schizoafektivní poruše hodnotím dle kritérií jako dobré znalosti (viz Tabulka 36).

Osmnáctá otázka v dotazníku zjišťovala, zda respondenti vědí, co jsou halucinace. Správnou odpověď uvádí Raboch a kol. (2012, s. 248) – halucinace jsou falešné smyslové vjemy vznikající bez jasného zevního podnětu a projevují se zkresleným vnímáním reality. Nejvíce zastoupenou odpovědí byla v 63,9 % správná odpověď. Znalost studentů, která se zaměřuje na příznaky schizofrenie hodnotím dle kritérií uspokojivě (viz Tabulka 36).

K průzkumné otázce 1 „Jaká je míra znalostí studentů Fakulty zdravotnických studií o schizofrenním onemocnění?“ je míra informovanosti o schizofrenii dle výsledků a autorkou práce stanovených kritérií (viz Tabulka 2 a 36) uspokojivá (62,6 %). Uspokojivé znalosti se nacházejí v prostřední linii relativní četnosti mezi 55 až 69 %. Průměrná relativní četnost otázek č. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 a 18 činí 62,6 % a nachází se ve středním bodovacím kritériu.

Průzkumná otázka 2: Jsou znalosti studentů jednotlivých oborů o schizofrenním onemocnění odlišné?

Celková úspěšnost jednotlivých oborů je zaznamenána v tabulce 21. Z tabulky vyplývá, že studenti oboru Radiologický asistent zvládli dotazníkovou část zaměřenou na znalosti na 54,2 %, studenti oboru Všeobecná sestra na 66,3 %, obor Porodní asistentka dosáhl 61,0 % správných odpovědí, obor Zdravotnický záchranář 56,8 % a studenti oboru Zdravotně – sociální pracovník dosáhli 78,1 % správných odpovědí. Dohromady dosáhli studenti 3. ročníků bakalářského studia 63,3 % úspěšnosti.

Odpověď na průzkumnou otázku 2 je ano, znalosti jednotlivých oborů o schizofrenii jsou odlišné. Jedním z důvodů odlišnosti celkové úspěšnosti napříč obory je pravděpodobně způsobeno nerovnoměrným počtem respondentů z jednotlivých oborů. Dalším možným faktorem je rozdílný studijní plán jednotlivých oborů. Obor radiologický asistent dosáhl nejmenší celkové úspěšnosti v dotazníkovém šetření (54,2 %), což je pravděpodobně důsledkem studijního plánu, ve kterém tito studenti nemají v žádném semestru předmět zaměřený na psychiatrické pacienty. I přes to, že studenti oboru Zdravotnický záchranář mají ve třetím ročníku 1 týden praxe na psychiatrii a v 5. semestru se setkávají s předmětem Akutní stavy v neurologii a psychiatrii, umístili se na druhém místě s nejmenší celkovou úspěšností (56,8 %). Studenti oboru Porodní asistentka zaujímají třetí místo v úspěšnosti dotazníkového šetření s 61,0 % a studenti oboru Všeobecná sestra se dostávají na druhé místo s 66,3 %. Největší úspěšnosti (78,1 %) dosáhl obor Zdravotně – sociální pracovník.

Průzkumná otázka 3: Jaký mají studenti Fakulty zdravotnických studií postoj vůči lidem trpícím schizofrenií a jaký mají názor ke společenským předsudkům vůči schizofrenií?

K této průzkumné otázce se vztahovaly položky dotazníku č. 19 (*Jaký je Váš názor na lidi trpící schizofrenií?*), č. 20 (*Jak by podle Vás měli žít lidé se schizofrenií?*), č. 21 (*Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí, jsou nebezpeční a páchají trestnou činností.*), č. 22 (*Myslíte si, že by tito lidé měli být zavíráni v ústavech?*), č. 23 (*Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „psychopat“, „blázen“ nebo „šílenec“ považují za stigmatizující.*), č. 24 (*Lidé se schizofrenií potřebují dohled.*), č. 25 (*Lidé se schizofrenií jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni.*), č. 26 (*Lidé se schizofrenií se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život.*), č. 27 (*Vhodnou terapií pro většinu lidí se schizofrenií je být součástí normální společnosti.*), č. 28 (*Většina lidí se schizofrenií vyhledá odbornou pomoc.*), č. 29 (*Jakmile se u člověka objeví symptomy duševní poruchy, měl by být hospitalizován.*), č. 30 (*Kolik lidí se schizofrenií se podle Vašeho názoru vrací do běžného života?*), č. 31 (*Měli by být, podle Vašeho názoru, lidé se schizofrenií omezováni na svéprávnosti?*) a č. 32 (*Vnímáte osoby se schizofrenií jako zátěž pro společnost?*).

Bakalářská práce Schorníkové (2019) na téma „Stigmatizace u osob se schizofreniím onemocněním“ se zabývala problematikou stigmatizací duševních poruch z pohledu studentů zdravotnických věd a analyzovala jejich postoje vůči vybraným aspektům onemocnění schizofrenie. Vzhledem k podobnosti některých otázek v dotazníkovém šetření jsem porovnávala výsledky s bakalářskou prací Schorníkové (2019). Jednotlivé výsledky obou bakalářských prací jsou zaznamenány v následujících výsledcích dotazníkového šetření (otázka č. 23, 25, 26, 27, 28 a 29).

Devatenáctá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na osoby trpící schizofrenií. Jednotlivé odpovědi jsou zaznamenány v podkapitole Zpracování dat. Častou odpovědí bylo, že se s osobami se schizofrenií nikdy nenesetkali a proto k této otázce nemohou vyjádřit žádný názor. Další respondenti jsou názoru, že tito lidé za svou nemoc nemohou a je jim jí líto. Velký počet respondentů vyjádřilo názor, že mají pro nemocné pochopení, protože to mají v životě těžké a okolí by k nim mělo být více shovívaví.

Dvacátá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na otázku, jak by měli žít lidé se schizofrenií. 50 respondentů (60,3 %) jsou toho názoru, že by měli být s rodinou. 27 respondentů (32,5 %) chtělo na tuto otázku odpovědět jinak, proto svou odpověď vypsali. Jednotlivé odpovědi jsou zaznamenány v podkapitole Zpracování dat.

Dvacátá první otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí, jsou nebezpeční a páchají trestnou činností. V odpovědích na tuto otázku můžeme zjistit, že nadpoloviční většina respondentů (55 %) s tvrzením nesouhlasí. Zhruba 19 % respondentů jsou opačného názoru a čtvrtina respondentů neznala odpověď. Valentová (2008, s. 126) uvádí, že většina pacientů se schizofrenií nikdy nespáchá násilný ani jiný trestný čin. Pokud nemocní se schizofrenií spáchají násilný trestný čin, je to především z důvodu, že nejsou správně léčeni nebo nejsou léčeni vůbec.

Dvacátá druhá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na otázku, zda si myslí, že by lidé se schizofrenií měli být zavíráni v ústavech. Z průzkumu vyplývá, že velká část respondentů (84 %) nesouhlasí s tím, aby byli tito lidé zavíráni v ústavech. Zhruba 4 % respondentů si myslí opak a 12 % respondentů neznala odpověď.

Dvacátá třetí otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „psychopat“, „blázen“ nebo „šílenec“ je stigmatizující. Nadpoloviční většina respondentů (70 %) považuje tyto charakteristiky pro osoby s duševním onemocněním za stigmatizující. Zhruba 16 % respondentů však s daným tvrzením nesouhlasí a zhruba 15 % respondentů se nedokázalo rozhodnout. Téměř totožné tvrzení použila ve svém dotazníkovém šetření Schorníková (2019). Výsledek byl velmi podobný, kdy nadpoloviční většina respondentů (61 %) také považuje tvrzení za stigmatizující.

Dvacátá čtvrtá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že lidé se schizofrenií potřebují dohled. Většina studentů (87 %) s tvrzením souhlasí. Pouze necelé 4 % respondentů jsou opačného názoru a zhruba 10 % respondentů se nedokázalo rozhodnout.

Dvacátá pátá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že lidé se schizofrenií jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni. Nadpoloviční většina respondentů (66 %) s tvrzením souhlasí. Pouze 7 % respondentů je opačného názoru a necelých 27 % respondentů se nedokázalo rozhodnout. Schorníková (2019) ve své bakalářské práci dosáhla téměř stejného výsledku, přičemž nadpoloviční většina studentů (64 %) je přesvědčena, že osoby se schizofrenním onemocněním nejsou tak nebezpečné, jako je vnímá široká společnost. Neshody jsou viditelné v odpovědi, kdy respondenti nesouhlasí s tvrzením. V bakalářské práci Schorníkové (2019) uvedlo 22 % studentů, že s tvrzením nesouhlasí a zbylých 14 % studentů neznala odpověď.

Dvacátá šestá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že lidé se schizofrenií se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život. Nadpoloviční většina studentů (63 %) je přesvědčena, že lidé se schizofrenním onemocněním se mohou uzdravit i natolik, aby mohli vést kvalitní život. Zhruba 16 % respondentů tvrdí opak a zbylá část nedokázala odpovědět. Schorníková (2019) ve své bakalářské práci na totéž tvrzení dosáhla téměř stejného výsledku. Nadpoloviční většina studentů (62 %) s tvrzením nesouhlasí, téměř čtvrtina je přesvědčena o nemožnosti vést kvalitní život a zbylé procento respondentů nedokázalo odpovědět. Skopová (2016, s. 11) uvádí, že po překonání akutní epizody nemoci se pacienti vrací do svého původního života, pokračují ve svém zaměstnání nebo studiu.

Dvacátá sedmá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že vhodnou terapií pro většinu lidí se schizofrenií je být součástí normální společnosti. Z průzkumu vyplývá, že velká část respondentů (78 %) pokládá za vhodnou terapii pro většinu osob se schizofrenií, být součástí normální společnosti. Zbylá část respondentů s tvrzením nesouhlasila nebo se nedokázala rozhodnout. Schorníková (2019) ve své bakalářské práci dosáhla podobného výsledku, přičemž 70 % studentů s tvrzením souhlasí a zbylí studenti jsou opačného názoru nebo se nedokázali rozhodnout.

Dvacátá osmá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že většina lidí se schizofrenií vyhledá odbornou pomoc. Z průzkumu je patrné, že větší část respondentů (52 %) s tvrzením nesouhlasí. Zhruba pětina respondentů souhlasila s přesvědčením, že většina osob se schizofrenií vyhledá odbornou pomoc a zbylé procento nedokázalo odpovědět. Opět se výsledky shodují s bakalářskou prací Schorníkové (2019), kde je pouze malá odchylka. V její bakalářské práci uvedlo 60 % studentů, že s tvrzením nesouhlasí. Pětina studentů jsou opačného názoru a zbylé procento studentů neznala odpověď.

Dvacátá devátá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na tvrzení, že jakmile se u člověka objeví symptomy duševní poruchy, měl by být hospitalizován. Z průzkumu bylo zjištěno, že 41 % respondentů je přesvědčeno o nutnosti hospitalizace při projevech duševní poruchy, ale stejně tak 41 % respondentů si naopak nemyslí, že je hospitalizace nutná. Zbylá část respondentů se nedokázala rozhodnout. Schorníková (2019) ve své bakalářské práci dosáhla rozdílného výsledku. 60 % studentů odpovědělo na tvrzení nesouhlasně, zbylá část studentů s tvrzením souhlasila nebo se nedokázala rozhodnout.

Třicátá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na otázku, kolik lidí se schizofrenií se vrací do běžného života. 40 % respondentů je přesvědčeno, že do běžného života se vrací 1/3 pacientů. 36 % respondentů si myslí, že 1/4 pacientů a 22 % respondentů je přesvědčeno o polovině pacientů navracejících se do běžného života. Pouze jeden respondent je názoru, že se do běžného života nenavrací žádný pacient a stejně tak jeden respondent si myslí, že se vracejí všichni pacienti. Raboch a kol. (2012, s. 247) uvádí, že necelá třetina nemocných se schizofrenií se po první atace nemoci zcela uzdraví a další ataka se již neopakuje. Peterková (2021) označuje schizofrenii jako „třetinovou nemoc“, protože asi 1/3 osob se schizofrenií se vyléčí a vrátí do běžného života, u 1/3 nastane jisté zlepšení, ale určité projevy nemoci člověka i nadále obtěžují, popřípadě se vrací, a další 1/3 zůstanou schizofrenní symptomy jako chronické a nereagující na léčbu.

Třicátá první otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na otázku, zda by měli být lidé se schizofrenií omezováni na svéprávnosti. Z průzkumu vyplývá, že velká část respondentů (76 %) pokládá za správné omezit svéprávnost pouze pokud to vyžaduje pacientův zdravotní stav. Tři respondenti nesouhlasí s omezováním svéprávnosti a naopak jeden respondent je názoru, že by lidé se schizofrenií měli být vždy omezováni na svéprávnosti. Zbylá část respondentů nedokázala tuto otázku posoudit.

Třicátá druhá otázka v dotazníku zjišťovala názor respondentů na otázku, zda vnímají osoby se schizofrenií jako zátěž pro společnost. Velká část respondentů (76 %) nevnímá osoby se schizofrenií jako zátěž pro společnost. 5 % respondentů je opačného názoru a 19 % se nedokázalo rozhodnout.

ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na znalosti schizofrenního onemocnění u studentů třetích ročníků nelékařských oborů Fakulty zdravotnických studií. Práce je velmi obsáhlá z důvodu velkého počtu informací, které je nutné pro celistvost daného tématu uvést. Praktická část je též rozsáhlá, jelikož se průzkumné šetření nezaměřuje pouze na znalosti studentů, ale také na jejich vnímání schizofrenního onemocnění. Pro průzkum bylo osloveno 154 studentů z pěti nelékařských oborů.

Práce byla rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. Teoretická část práce byla věnována schizofrennímu onemocnění, jeho historií, výskytem, příčinami vzniku, projevy a průběhem nemoci. Popisuje jednotlivé typy schizofrenie, diagnostiku a léčbu nemoci, zdravotní a sociální péči o osoby se schizofrenním onemocněním a stigmatizaci těchto osob. Poslední kapitola teoretické části byla věnována studentům a jejich vzdělávání, zejména propojení teoretické a praktické výuky. Praktická část prezentuje výsledky průzkumu zaměřeného na znalosti schizofrenního onemocnění u výše zmíněného vzorku. Data byla získána prostřednictvím anonymního dotazníkového šetření. Následně byla získaná data doplněna komentářem autorky a porovnávána s dostupnou odbornou literaturou a dalším výzkumem na podobné téma.

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo zmapovat znalosti studentů o schizofrenním onemocnění. Předpokládala jsem, že studenti zdravotnické fakulty dosáhnou úspěšnosti alespoň 75 %. Těchto hodnot však dosáhl pouze obor Zdravotně – sociální pracovník (78,1 %). Obor Všeobecná sestra dosáhl 66,3 %, studenti oboru Porodní asistentka dosáhli 61,0 %, dále obor Zdravotnický záchranář dosáhl 56,8 % a studenti oboru Radiologický asistent dosáhli úspěšnosti 54,2 %. Předpoklad se tedy nepotvrdil.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, zda se vyskytují rozdíly ve znalostech o schizofrenním onemocnění mezi jednotlivými studijními obory. Vycházela jsem z předpokladu, že všichni studenti těchto oborů se mohou během své praxe v rámci svého budoucího povolání setkat s osobami se schizofrenií, a proto by měli mít dostatečné znalosti o tomto onemocnění. Jedním z předpokladů byl fakt, že studenti oboru Radiologický asistent dosáhnou nejmenší dosažené úspěšnosti v dotazníkovém šetření, jelikož v žádném semestru nemají předmět zaměřený na psychiatrické pacienty a jejichž praxe není realizována na psychiatrických odděleních. Tento předpoklad se potvrdil. Dále jsem předpokládala, že výsledky oborů Všeobecná sestra, Porodní asistentka, Zdravotně sociální pracovník a Zdravotnický záchranář, by měly být vzhledem

k jejich studijním plánům podobné a přesáhnout výše zmíněnou hranici úspěšnosti 75 %. Tento předpoklad se nepotvrdil.

Druhým dílčím cílem práce bylo analyzovat postoje studentů Fakulty zdravotnických studií vůči lidem trpícím schizofrenií a zjistit, jaký mají studenti názor ke společenským předsudkům vůči schizofrenii. Výsledky této průzkumné části práce nasvědčují tomu, že se mezi dotazovanými studenty stigmatizující tendence ve větší míře nevyskytují.

Z výsledků praktické části bakalářské práce vyplývá, že míra znalostí studentů o schizofrenním onemocnění je dle výsledků a autorkou stanovených kritérií uspokojivá (62,6 %) a nachází se ve středním bodovacím kritériu. Nelze označit míru znalostí o schizofrenii u jednotlivých oborů za velmi dobrou ani za nedostačující.

Výsledky dotazníkového šetření mě nemile překvapily. Předpokládala jsem, že míra znalostí studentů o schizofrenním onemocnění bude vyšší, vzhledem k tomu, že během svého budoucího povolání mohou s těmito pacienty pracovat. Celková úroveň znalostí o schizofrenním onemocnění se mi jeví jako nedostatečná, proto si dovoluji do této závěrečné části bakalářské práce zahrnout doporučení pro univerzitu. Jedním z doporučení je zavedení předmětů týkajících se psychiatrických nemocí do více semestrů. Dalším doporučením je navštívit v rámci exkurze psychiatrické zařízení nebo sociální službu pro danou cílovou skupinu, aby studenti měli možnost vidět práci s klienty v praxi.

Doufám, že tato bakalářská práce přispěje ke zvýšení povědomí a k posílení znalostí o schizofrenním onemocnění u budoucích a současných zdravotnických pracovníků.

POUŽITÁ LITERATURA

CORRIGAN, Patrick a Deepa RAO, 2012. On the self-stigma of mental illness: Stages, disclosure, and strategies for change. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 57(8), 464-469. DOI: 10.1177/070674371205700804.

ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 3., rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2012. Jessenius. 118 s. ISBN 978-80-7345-266-7.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). 648 s. ISBN 978-80-247-4826-9.

HANUŠOVÁ, Anna. *Stigmatizace v psychiatrii*. In: HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. 648 s. ISBN 978-80-246-2998-8.

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-4733-0.

KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.

OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). 376 s. ISBN 978-80-247-5199-3.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). 264 s. ISBN 978-80-247-3737-9.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). 296 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. 468 s. ISBN 978-80-246-1985-9.

RŮŽIČKOVÁ, Lenka. *Psychiatrické minimum*. Benepal, a.s., 2013. DOI CZ.1.07/3.2.13/03.0029.

SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie - vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, 2016. 22 s. ISBN 978-80-7492-232-9.

SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. 59 s. ISBN 978-80-7367-778-7.

SVOBODA, Mojmir, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2012. 320 s. ISBN 978-80-262-0216-5.

VALENTOVÁ, Vanda. *Sociální práce s člověkem s psychotickým onemocněním a komunitní péče*. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE:

MANĚNOVÁ, Martina a Martin SKUTIL. Metodologie pedagogického výzkumu. *docplayer.cz* [online]. 2021. [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/185828539-Metodologie-pedagogickeho-vyzkumu-martina-manenova-martin-skutil.html>

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. *ÚZIS ČR* [online]. WHO/ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-09-04]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F20-F29>

PETERKOVÁ, Michaela. Schizofrenie: Vše o schizofrenii - podrobně a srozumitelně pro každého. *Schizofrenie.psychoweb.cz* [online]. 2021 [cit. 2021-04-09]. Dostupné z: <https://www.schizofrenie.psychoweb.cz>

UNIVERZITA PARDUBICE. Bakalářské programy. *fzs.upce.cz* [online]. 2021. [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <https://fzs.upce.cz/fzs/studium/bakalarske.html>

UNIVERZITA PARDUBICE. Bakalářské programy. *fzs.upce.cz* [online]. 2021. [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://fzs.upce.cz/fzs/o-nas-fakulta-zdravotnickych-studii>

UNIVERZITA PARDUBICE. Bakalářské programy. *fzs.upce.cz* [online]. 2021. [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://fzs.upce.cz/fzs/fakulta/o-fakulte.html>

WIKISOFIA. Schizofrenie. *wikisofia.cz* [online]. 2013. [cit. 2021-03-03]. Dostupné z: <https://wikisofia.cz/wiki/Schizofrenie>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Schizophrenia. *who.int* [online]. 2019. [cit. 2021-02-17]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

BAKALÁŘSKÉ PRÁCE:

SCHORNÍKOVÁ, Andrea. *Stigmatizace u osob se schizofrenním onemocněním* [online]. Zlín, 2019 [cit. 2021-04-07]. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce Mgr. Bc. Barbora Plisková. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/44541/schorniková_2019_dp.pdf?sequence=1

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Vzor dotazníku	99
----------------------------------	----

Příloha 1 – Vzor dotazníku

Vážení respondenti,

jmenuji se Markéta Blažková a jsem studentkou třetího ročníku bakalářského oboru Zdravotně-sociální pracovník Fakulty zdravotnických studií v Pardubicích.

Obracím se na Vás s prosbou ohledně vyplnění dotazníku, který bude sloužit jako podklad pro bakalářskou práci na téma „*Schizofrenie a znalosti studentů Fakulty zdravotnických studií o tomto onemocnění*“. Cílem této práce je zjistit, jaké znalosti, postoje a názory mají studenti Fakulty zdravotnických studií o schizofrenním onemocnění. Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní a bude použit pro mé studijní účely.

Každá otázka má pouze jednu správnou odpověď, popřípadě odpověď dopište.

Velice Vám děkuji za vyplnění dotazníku.

Markéta Blažková

1. Jakého jste pohlaví?

- žena
- muž

2. Jaký je Váš věk?

- 20 – 22
- 23 – 25
- 26 a více

3. Jaké je Vaše dosavadní vzdělání?

- Gymnázium
- Střední zdravotnická škola
- Střední škola nezdravotní
- Vyšší odborná škola zdravotní
- Vyšší odborná škola nezdravotní
- Vysoká škola bakalářského programu zdravotní
- Vysoká škola bakalářského programu nezdravotní

4. Jaký je Váš obor?

- Radiologický asistent
- Všeobecná sestra
- Porodní asistentka
- Zdravotně sociální pracovník
- Zdravotnický záchranář

5. Co je to schizofrenie?

- duševní onemocnění, které se projevuje prudkými změnami nálad, střídá se stav mánie a deprese
- rozdvojená osobnost, mysl člověka je rozdělena do několika osob
- psychotické onemocnění, provázené podstatnou deformací myšlení a vnímání

6. Jak se schizofrenie projevuje?

- labilita, depresivní či úzkostně depresivní nálady, skleslá nálada, snížení aktivity, myšlenky na sebevraždu, poruchy emotivity (naléhavost až vtíravost)
- zrychlené myšlenkové pochody, přehnané emoční projevy, manipulativní chování, nepřiměřeně vysoké sebevědomí, podrážděnost, výbušnost, sebepoškozování
- halucinace, bludy, poruchy komunikace, řeči a chování, emoční oploštělost, útlum myšlení a řeči, ztráta cílevědomosti

7. Jaké jsou základní příčiny vzniku schizofrenie?

- dědičnost, změny ve struktuře a funkcích mozku, vliv prostředí a životních událostí (užívání toxických látek, nadměrný stres, úmrtí blízké osoby apod.)
- mechanické poškození mozku, úrazy, snížená inteligence
- silný otřes, silný dlouhodobý stres (úmrtí blízké osoby, šikana), frustrace, deprivace, dlouhodobé působení traumatických vlivů

8. Schizofrenie postihuje častěji:

- ženy
- muže
- na pohlaví nezáleží

9. V jakém věku schizofrenie nejčastěji propuká?

- 5 – 16 let
- 17 – 30 let
- 31 – 50 let
- 50 let a více

10. Jak se může schizofrenie léčit?

- nedá se léčit, prostřednictvím léků se pouze tlumí příznaky
- farmakoterapie, psychoterapie
- homeopatika, hypnóza, fytotherapie

11. Kolik procent celosvětové populace postihuje schizofrenie?

- 0,7 – 1,4 %
- 1,4 – 2,1 %
- 2,1 – 3,8 %

12. Která z forem schizofrenie neexistuje?

- simplexní schizofrenie
- depresivní schizofrenie
- hebefrenní schizofrenie
- nediferencovaná schizofrenie
- paranoidní schizofrenie
- katatonní schizofrenie
- reziduální schizofrenie

13. Bludy a halucinace jsou příznaky:

- pozitivní
- negativní
- kognitivní

14. Všichni jedinci trpící schizofrenií mají stejné příznaky.

- ano
- ne
- nevím

15. Schizofrenie a schizoafektivní porucha jsou synonyma?

- ano
- ne
- nevím

16. Pojem schizofrenie je to samé jako rozdvojená osobnost?

- ano
- ne
- nevím

17. Mohou být psychofarmaka účinnou terapií u lidí se schizofrenií?

- ano
- ne
- nevím

18. Co jsou halucinace?

- patří mezi poruchy myšlení, je to přesvědčení pacienta o něčem, co je nepravdivé a co ve skutečnosti neexistuje
- patří mezi poruchy vnímání, jsou to klamné smyslové vjemy, které vznikají bez vnějšího reálného podkladu
- patří mezi poruchy vnímání, vycházejí z reálného objektu který pacient vnímá, ale jeho mozek ho nepřesně zpracuje

19. Jaký je Váš názor na lidi trpící schizofrenií? (Příklad: mám z nich strach, chápu je, apod.)

.....

20. Jak by podle Vás měli žít lidé se schizofrenií?

- měli by být umístěni do psychiatrického zařízení
- měli by být s rodinou
- měli by žít sami
- jinak (*svou odpověď odůvodněte*)

21. Pacienti se schizofrenií mají většinou sklon k násilí, jsou nebezpeční a páchají trestnou činnost.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

22. Myslíte si, že by tito lidé měli být zavíráni v ústavech?

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

23. Charakterizovat člověka s duševním onemocněním slovy „psychopat“, „blázen“ nebo „šílenec“ považuji za stigmatizující.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

24. Lidé se schizofrenií potřebují dohled.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

25. Lidé se schizofrenií jsou méně nebezpeční, než jak jsou společností vnímáni.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím

- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

26. Lidé se schizofrenií se nikdy nemohou uzdravit natolik, aby mohli vést kvalitní život.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

27. Vhodnou terapií pro většinu lidí se schizofrenií je být součástí normální společnosti.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

28. Většina lidí se schizofrenií vyhledá odbornou pomoc.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

29. Jakmile se u člověka objeví symptomy duševní poruchy, měl by být hospitalizován.

- plně souhlasím
- spíše souhlasím
- nevím
- spíše nesouhlasím
- plně nesouhlasím

30. Kolik lidí se schizofrenií se podle Vašeho názoru vrací do běžného života?

- 1/2
- 1/3

- 1/4
- žádný
- všichni

31. Měli by být, podle Vašeho názoru, lidé se schizofrenií omezováni na svéprávnosti?

- ano, vždy
- ano, pokud to vyžaduje jejich zdravotní stav
- ne
- neumím posoudit

32. Vnímáte osoby se schizofrenií jako zátěž pro společnost?

- ano
- ne
- nevím