

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Kvalita života pacientů s úzkostnými poruchami v ambulantní péči

na Vimpersku

(bakalářská práce)

Vedoucí práce:

MUDr. Jan Tuček

Autor:

Milada Bejčková

2010

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá mapováním a hodnocením kvality života pacientů s úzkostnými poruchami v ambulantní péči na Vimpersku. Tyto poruchy jsou nazývány neurotické, stresové a somatoformní. Jsou to častá psychiatrická onemocnění a jejich počet v současné době společně se změnou životního stylu stoupá. Často jde o onemocnění chronická, která pacienta pronásledují dlouhodobě. Velmi důležitá je adekvátní léčba a také přístup pacienta a jeho okolí k onemocnění. Hlavním cílem léčby je nejen zmírnění obtíží, ale i podpora pacienta v jejich zvládnutí, v jeho samostatnosti a zapojování do života společnosti. Jmenovaná onemocnění do značné míry omezují život člověka a ovlivňují tak jeho kvalitu. Je to velice závažný fakt, a proto jsem mu věnovala pozornost. Kvalitu života můžeme charakterizovat jako subjektivní náhled jedince na jednotlivé stránky jeho života. Mezi nejdůležitější činitele, které ovlivňují kvalitu života, můžeme počítat zdravotní stav, rodinné zázemí, dostatek financí, odpovídající zaměstnání, rozvíjení sociálních kontaktů a možnosti dalšího vzdělávání a smysluplného využití volného času. Kvalita života je pojem velmi individuální. Jde o hodnoty, které jsou pro každého člověka jiné a během života se mění.

Bakalářská práce se skládá ze dvou základních částí, teoretické a výzkumné. V teoretické části jsem čerpala z odborné literatury, kde jsou popisovány jednotlivé úzkostné poruchy a jejich léčba. V další kapitole jsem se zabývala otázkou kvality života a různými možnostmi náhledu na tuto veličinu. Druhou část práce představuje „výzkumná studie“ zpracovaná na základě analýzy dat údajů získaných prostřednictvím dotazníků a rozhovorů. Výzkum kvality života pacientů byl proveden metodou SEIQoL, dále byl respondentům předložen dotazník, který byl specificky upraven za účelem zodpovězení výzkumných otázek. Celkem byly získány a analyzovány údaje od 100 pacientů psychiatrické ambulance ve Vimperku. Dále byly stanoveny dvě výzkumné otázky: 1. Cítí se klienti psychiatrické ambulance ve společnosti stigmatizováni a 2. Zda a jakým způsobem se zlepšila kvalita života u zkoumaného souboru v porovnání se začátkem léčby. Výběr pacientů byl náhodný, jednalo se o klienty ambulance s úzkostnými poruchami, kteří se dostavili v období leden - březen ke kontrolnímu vyšetření a souhlasili s provedením výzkumu.

Využití bakalářské práce lze spatřovat v možnosti jako zdroj informací jak pro laickou veřejnost, tak i pro zřizovatele a poskytovatele ambulantních služeb na celorepublikové úrovni.

Abstract

The bachelor's thesis deals with recording and evaluating the quality of life of the patients suffering from anxiety disorders who are under outpatients' care in Vimperk region. These disorders are called neurotic, stress-related and somatoform disorders. They are frequent psychiatric disorders which are becoming greater in number due to the changes in lifestyle. There are frequently chronic disorders involved which mean a long-term harassment for the patient. What is of great importance is the appropriate treatment and the way the patient and the people around them approach the disorder. The main goal of the treatment is not relieving the troubles only, but also supporting the patient to be able to manage them, to be independent and to be able to join the society's life. The above mentioned disorders represent a considerable limitation of man's life, thus influencing its quality. It is a very serious fact, and therefore I have focused my attention on it. A quality of life can be characterized as an individual's subjective look upon the individual sides of his life. The most important factors influencing the quality of life include the state of health, family background, enough money an appropriate job, the development of social contacts and possibilities of further education and spending one's free time in a reasonable way. The quality of life can be looked upon as a fairly individual idea. There are values involved which are different for everyone and undergo changes during one's lifetime.

The bachelor's thesis consists of two basic parts, a theoretical and a research one. In the theoretical part I have borrowed facts from specialized literature where there is a description of the individual anxiety disorders and their treatment to be found. In the next chapter I have dealt with the problem of the quality of life and possibilities of how one can look upon this term. The second part of the thesis involves a „research study“ processed on the basis of the data analysis which have been gained by way of questionnaires and dialogues. The research of the patients' quality of life was carried out through the SEIQoL-Method, moreover, the respondents were presented a uestionnaire which was specifically arranged so that the research questions might have been answered. There was a total of 100 patients' data gained and analysed within the scope of the psychiatric outpatients' department in Vimperk. Further on there were two

research questions specified: 1. Whether the clients of the psychiatric outpatients' department have the impression of being stigmatized within the society and 2. Whether and which way the quality of life of the research sample had improved in comparison with the beginning of the treatment. The patients were chosen accidentally, they were clients of the outpatients' department suffering from anxiety disorders who appeared in the period of January until March for a control check-up and agreed with the research to be carried out.

The bachelor's thesis can be used as a source of information both for the lay public and the founders and providers of outpatients' departments' services nationwide.

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách, v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Ve Vimperku 2.5.2010

Podpis studenta

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. Janu Tučkovi za odborné vedení a za ochotnou konzultaci všech problémů. Poděkování náleží i mé rodině za trpělivost a podporu ve studiu. Rovněž děkuji svému zaměstnavateli, firmě „MediClinic“ za poskytnuté studijní volno.

Obsah

Úvod.....	10
1. Současný stav.....	12
1.1 Úzkost, strach a stres.....	13
1.1.1 Pojmy úzkost a strach.....	13
1.1.2 Pojem stres.....	15
1.1.3 Vývoj úzkosti a strachu z pohledu ontogeneze	17
1.1.4 Somatické a psychické změny.....	21
1.1.5 Příčiny vzniku úzkosti a strachu.....	23
1.2 Úzkost a strach u psychiatrických pacientů	25
1.2.1 Fobické úzkostné poruchy.....	25
1.2.2 Jiné úzkostné poruchy	27
1.2.3 Obsedantně-kompulsivní porucha.....	27
1.2.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení.....	28
1.2.5 Disociační (disociativní, konverzní) poruchy.....	30
1.2.6 Somatoformní poruchy	31
1.2.7. Jiné neurotické poruchy.....	32
1.3 Léčba úzkostných poruch.....	33
1.3.1 Léčba psychofarmaky.....	34
1.3.2 Psychoterapie.....	34
1.3.3 Kognitivně behaviorální psychoterapie.....	36
1.3.4. Relaxačně-aktivační metody	37
1.3.5. Socioterapie	37
1.4 Kvalita života	38

1.4.1 Přístupy k měření kvality života.....	41
2. Cíl práce a výzkumné otázky.....	44
2.1 Cíl práce.....	44
2.2 Výzkumné otázky.....	44
3. Metodika.....	45
3.1. Charakteristika sledovaného souboru respondentů.....	45
3.2 Metoda SEIQoL.....	45
3.3 Charakteristiky dotazníku.....	46
3.4. Sběr a způsob zpracování dat.....	46
4. Výsledky.....	46
4.1 Výsledky vlastního dotazníku.....	46
4.2 Výsledky SEIQoL.....	62
4.3 Ověřování platnosti výzkumných otázek.....	65
6. Závěr.....	74
7. Seznam literatury a použitých zdrojů.....	76
8. Klíčová slova.....	79
9. Přílohy.....	80

Úvod

Úzkostné poruchy patří mezi nejčastější duševní onemocnění, protože z celoživotního hlediska postihují poměrně velkou část populace ve vyspělých zemích. Dokonce se i uvádí, že toto onemocnění se stává symbolem XX. a XXI. století. Příznaky, kterými pacienti trpí, jsou velmi nepříjemné ať už z hlediska emocionálního, tak i somatického a mohou je omezovat v sociálních kontaktech, v zaměstnání i v rodinném životě i v prožívání volného času.

Kvalita života je pojem, který může být hodnocen subjektivně a individuálně. Vedle zdravotního stavu a materiálního zabezpečení bývají nejčastějšími prioritami rodina, mezilidské vztahy, vhodné zaměstnání a smysluplné trávení volného času. Požadavky na kvalitu života se obecně stupňují a v současnosti je třeba se tázat, zda i pacienti psychiatrické ambulance mohou svůj život plnohodnotně prožívat a zda je jejich onemocnění neomezuje v sociálních kontaktech. Je zapotřebí brát v potaz, jak sami pacienti hodnotí kvalitu svého života, kterým faktorům dávají prioritu a proč, zda a do jaké míry mohou pacienti kvalitu svého života sami ovlivnit, v čem jim můžeme pomoci my jako zdravotničtí pracovníci a v čem jejich rodina či jejich okolí.

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala, protože pracuji již přes 18 let na psychiatrické ambulanci a nad kvalitou života našich klientů se často zamýšlím. v poslední době dochází k posunu v mínění veřejnosti o psychiatrických onemocněních. Zatímco dříve se psychiatrickí pacienti za své onemocnění styděli a vyčleňovali se ze společnosti, nyní se svoje potíže již nesnaží tak skrývat. Osobně mám za to, že příčinou otevřenosti k veřejnosti je postupná změna životního stylu a větší informovanost a publicita o duševních onemocněních. v současné době můžeme mluvit o větší spolupráci všech složek, které se podílejí na léčbě, rehabilitaci i následném udržení optimálního stavu pacienta. Jsou to jak zdravotnická zařízení, tak i různé neziskové organizace, svépomocné skupiny, rodina i přátelé pacientů. v neposlední řadě musíme zařadit také samotný přístup pacienta ke svému onemocnění, to jakým způsobem se staví k léčebnému i rehabilitačnímu procesu a jak on sám posuzuje jednotlivé stránky svého života. Důležité je, jak pacient hodnotí svůj zdravotní stav a fyzickou i psychickou výkonnost. Nepostradatelné jsou také další faktory jako např. genetické

vybavení, věk, pohlaví, vzdělání, rodinná i sociální situace. Zajímám se o to, do jaké míry tyto veličiny ovlivňují kvalitu života.

1. Současný stav

S úzkostnými poruchami, poruchami vyvolané stresem a somatoformními poruchami se setkáváme v našem současném životě velmi často. Jsou charakteristické chronickou nepřiměřenou úzkostí a narušením emočního prožívání. Pro pacienty jsou zátěží v běžném životě, protože nejsou schopni své pocity a z nich vyplývající jednání ovládnout. Např. úzkost a strach navozuje jednání, které směřuje k obraně či úniku před očekávaným ohrožením, ale stejně tak může vést k ochromení nebo neschopnosti cokoli udělat (Vágnerová, 2004).

Zmíněné poruchy jsou vlastně funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí, ale také vůči sobě samému. Tato špatná adaptace souvisí s výskytem opakovaných stresových událostí. Při jejich překonávání se může objevit konflikt, který navozuje úzkost. v celkovém vývoji úzkostných poruch hrají významnou roli nejen opakované stresy, ale je i důležitá celková temperamentová charakteristika, charakterové vlastnosti a genetický základ osobnosti postiženého

Při terapeutickém procesuje důležité posouzení pacientova somatického i psychického stavu na základě znalosti jeho rodinného a pracovního prostředí a též jeho sociálního zázemí. Je užitečné mít co nejvíce údajů o zvycích a zájmech pacienta, o sportovních, hudebních popř. jiných aktivitách ve volném čase a životním stylu (Malá, Pavlovský, 2002).

Pacientovo prožívání a jednání ovlivňuje ve svém důsledku také celé jeho okolí. v rodině je zapotřebí nesmírné trpělivosti, empatie a porozumění. Toto mnohdy vyžaduje i přehodnocení stávajícího životního stylu, jinou organizaci volného času či dělby práce a vzájemnou podporu členů rodiny. Postoj rodiny i její ochotu pomáhat nemocnému ovlivňuje také dlouhodobost onemocnění, jeho prognóza a někdy též finanční situace. Jestliže se jedná o rodinu, která je pacientovi oporou, jsou vždy vyhlídky na průběh onemocnění příznivější (Bártlová, 2005).

Zdravotníci i lidé pracující v pomáhajících profesích mají mnoho příležitostí se s pacienty s úzkostí setkávat. Je zapotřebí si uvědomit, že léčba těchto pacientů je velice náročná, někdy i zdoluhavá a výsledky se nemusí brzy dostavit. Léčba má být jak komplexní, to znamená, že všechny složky léčby se musí vzájemně doplňovat, tak i

individuální, to znamená, že ke každému pacientovi bychom měli přistupovat jako k jedinečné bytosti a přizpůsobit mu náš přístup i terapii. Vztah mezi pacientem a zdravotníkem by měl být založený na vzájemném pochopení, úctě a důvěře (Kavka, 1992).

Mezi důležité složky terapie patří resocializace pacienta. Jejím úkolem je zaměřit se na postupné společenské začleňování pacienta do takových rolí ve společnosti, které jsou pro něj a jeho zdravotní a psychický stav dostupné a na jaké býval zvyklý (Vágnerová, 2004).

Sledování kvality života je nezbytnou součástí péče o pacienty, u kterých nemoc narušila původní sociální vazby a hodnoty fyzického a duševního zdraví. v současné době se zvyšuje potřeba hodnotit zdravotní péči z hlediska pacientů i celé společnosti a brát ohled zvláště na jedinečný a nezastupitelný pohled nemocného na své zdraví (Petr, 2004).

1.1 Úzkost, strach a stres

1.1.1 Pojmy úzkost a strach

Úzkost a strach jsou nejčastěji studovanými emocionálními projevy. Přestože ještě mnoho souvislostí nebylo vyzkoumáno, je v dnešní době známo množství poznatků, které nám pomáhají pochopit, jak strach a úzkost vznikají, jak ovlivňují naše chování a zejména jakou roli hraje utváření patologických forem strachu a úzkosti (Stuchlíková, 2002).

Mezi pojmy úzkost a strach není přesná hranice, jejich užívání je mnohdy věcí jazykového citu (Vymětal, 2003). Časté prožívání strachu vede k náchylnosti k úzkosti a úzkost dělá člověka citlivějším vůči zažívání strachu v různých situacích (Stuchlíková, 2002).

Strach a úzkost vyjadřují pocit skutečného nebo pouze představovaného nebezpečí. Vztahují se jak k přítomnosti, tak i k budoucnosti, kterou hodnotí negativně. Rozdíl mezi úzkostí a strachem spočívá v obsahu obav.

Strach je nepříjemný prožitek podmíněný určitým předmětem nebo situací, které v jedinci vyvolávají představu ohrožení. Je tedy reakcí na poznané nebezpečí a má

signální a obrannou funkci (Vágnerová, 2005). Ohrožení je vnější (např. rychlá jízda aut na silnici), nebo vnitřní (např. obava, že na něco nestačím). Často jsou faktory vnitřní a vnější propojeny a navzájem se ovlivňují, protože máme představivost, zkušenosti i schopnost předvídat. Strach může být **reálný** (druzí jej vidí jako pochopitelný a přirozený), nebo **nereálný** (pro druhé často nepochopitelný, často iracionální a nepřiměřený) (Vymětal, 2003). Rozdělení typů strachu se liší podle osobních a sociálních faktorů. Jako příklad uvádím věk: dítě se bojí tmy a starší člověk se bojí nemoci. Primárně má strach obranný charakter, protože reguluje chování jedince takovým způsobem, aby před ohrožením utekl (Vágnerová, 2005).

Úzkost je nepříjemný prožitek a stav a na rozdíl od strachu si neuvědomujeme její bezprostřední příčinu, to znamená určitý předmět nebo situaci, které jí vyvolávají (Vymětal, 2003). Je to neurčitý pocit ohrožení, které jedinec nedovede konkrétněji vyjádřit. Úzkost je tíšňové napětí, těžko zachytitelné a vyjádřen reakcí na tušené a neznámé nebezpečí (Sovák, 2006). Úzkost bývá nepříjemnější než strach, protože očekávání něčeho nepříjemného a neznámého je horší než událost sama, je li jasně poznána (Vymětal, 2003). Vyšší míra úzkosti je subjektivně velmi nepříjemná, protože vede k bezradnosti, myšlenky odvádí od konkrétního cíle a je typická vnitřním neklidem. Osoby se sklonek k úzkosti bývají nepružné, mají rády pořádek a zaběhlý řád: Každý nový podnět a změna je vnitřně rozruší a vyděsí a proto se všemu takovému brání nebo alespoň podvědomě (Cimický, 2001).

Stejně jako strach má i úzkost primárně signální a obrannou funkci a patří mezi přirozené dispozice člověka, které jsou nutné k jeho orientaci ve světě a k přežití (Vymětal, 2003).

Úzkost běžně přechází ve strach a naopak, tyto termíny nelze je od sebe striktně oddělit, protože se navzájem podmiňují a splývají. v klinické praxi se dá říci, že se relativně častěji setkáváme se strachem u vnitřně stabilnějších jedinců a naopak úzkost bývá typická pro lidi, které jsou méně vnitřně stabilní (Vymětal, 2003). Proto bývá úzkost více prožívána u pacientů v psychiatrické péči.

Z pohledu psychosomatiky můžeme říci že to, co člověk potlačuje a nezvládá a nebo co se špatně naučil, přesunuje do svého tělesného "já", kde se to projeví jako

symptom úzkosti nebo neurózy. Například konfliktní výchova, která osciluje mezi dvěma naprosto protichůdnými hodnotami. Dalším příkladem je identifikace s nemocí nebo symptomy jednoho z rodičů. Může se také stát, že pacient své narůstající problémy somatizuje. Hypochondrický pacient přesunuje svou pozornost na fungování vlastního těla (Poněšický, 1999).

Freud rozlišuje mezi realistickou úzkostí - ta je přiměřenou reakcí na reálné ohrožení, neurotickou úzkostí - tato je neúměrná objektivnímu nebezpečí a vzniká jako strach z potrestání nějakým vnějším imaginárním zdrojem, a dále morální úzkostí, která se objevuje, když porušíme určité morální normy (Praško, 2005).

Úzkost a strach jsou dobrým příkladem propojení všech dějů a faktorů, které se týkají člověka jako jedince, který je součástí společnosti. Holistické pojetí, které vnímá člověka jako bytost bio-psycho-spirito-sociální, nás vede k tomu, abychom lépe pochopili všechny příčinné souvislosti, které ovlivňují city, prožívání, jednání člověka i jeho sociální kontakty. Tím vším je také podmíněna kvalita života člověka.

1.1.2 Pojem stres

Jde o celkový stav, do něhož se dostává organismus ohrožený nebo zasažený působením silných nepříznivých vlivů v oblasti tělesné i duševní. Jako stres se označuje situace, která vyvolává úzkost a napětí. Subjektivně je prožíván jako tíseň a ohrožení. Stres se často vyskytuje v souvislosti s nepříznivým působením fyzického a sociálního prostředí na psychiku jedince a to zvláště v podmínkách dnešní civilizace (Sovák, 2006).

Stres vede k rozvoji stresové reakce. To nemusí v každém případě znamenat rozvoj úzkostnosti, ale úzkost bývá častým důsledkem. (Praško, 1996).

Podněty, které spouští stresovou reakci, nazýváme stresory. Může jít o jakoukoli změnu vně, ale i uvnitř organismu. Soudobé modely stresu předpokládají, že při stresové reakci se uplatňuje vzájemná interakce tří struktur organismu: Fyziologické, psychologické a sociální. (Baštecký, Psychosomatická onemocnění).

K tomu, aby se zátěžová situace stala stresorem, je vždy důležité osobní hodnocení zátěžové situace. Na interpretaci události mají vliv vrozené faktory (odolnost

osobnosti, citlivost a temperamentové vlastnosti) a naučené faktory odolnosti ke stresu (ty zahrnují vše, co jsme se od narození do současnosti naučili - životní styl, hodnotový systém, předsudky, dále to, jak si věříme, že situaci zvládneme a jakou strategii použijeme) (Praško, 1996).

Pro psychickou a tělesnou reakci organismu na stresor se používá pojem stresová reakce (Praško, Prašková, 2004). Stres je složitý mechanismus, který se týká celého organismu a jeho činnosti: srdce a krevního oběhu, centrálního nervového systému, trávicího ústrojí, důležitou roli hraje také hypofýza a neurovegetativní systém (Arrivé, 2004).

Stresová reakce přivádí organismus do stadia pohotovosti a připravenosti. Tento mechanismus je zděděný po našich dávných předcích. Je spouštěn, kdykoliv rozpoznáme, že jsme v ohrožení. Rychle proběhne celá řada změn, která připraví organismus na boj nebo útěk. Tato reakce je efektivní, pokud čelíme fyzickému nebezpečí. Jestliže ale čelíme psychologické hrozbě, je tento mechanismus spíše neužitečný (Cimický, 2001).

Stres nemusí mít vždy negativní význam. Přiměřená míra stresu může člověka aktivizovat, stimulovat. Pokud všední den nenabízí dostatek stresorů, tak si je sami vytváříme, aby náš život nebyl nudný (např. díváme se rádi na horory nebo provádíme extrémní sporty). Nebezpečí vzniká, jestliže je stresová situace vyvolána příliš často bez možnosti odbourání stresových hormonů a nahromaděné energie, pak je stres škodlivý a nebezpečný (Harss, 1994).

Někdo si může všimnout nejprve tělesných příznaků stresu: bolesti hlavy, bušení srdce, průjmy, svědění, pocity tepla nebo chladu v končetinách, potíže s močením, různé pocity únavy, pocity na zvracení, třes rukou, nadměrné pocení, sucho v ústech. Dlouholetý stres může ovlivnit i naši imunitu a to může vést k opakovaným nemocem z nachlazení, zvýšení krevního tlaku, vzniku vředové choroby a uvažuje se i o vlivu na rozvoji nádorových onemocnění (Praško, Prašková, 2004).

Psychická reakce začíná, když stres vyvolává silně negativní pocity. Typickou reakcí na stres je úzkost, pocity napětí, obavy z blíže neurčeného ohrožení, objevuje se též hněv a vztek, který vyvolává agresi. Někdy se může dostavit smutek, apatie a

tendence rezignovat. Dochází ke změně způsobu uvažování a pocit ohrožení ovlivňuje zpracování informací. Zhoršuje se koncentrace pozornosti a člověk může reagovat zkratkovitě a uvažovat pesimisticky (Vágnerová, 2004).

Rychlost moderního života, kladení nároku na výkon, stálý nedostatek času, radikální změny v životním stylu, to vše je v dnešní době příčinou stresu a frustrací. v neposlední řadě musím jmenovat stresory v mezilidské komunikaci, kterými se mohou stát moralizující šéf, mnohomluvný kolega, náročná tchyně nebo nespolehlivý partner. Někteří lidé zvyšují nároky na sebe i nevědomě. Jsou to například perfekcionisté, nebo ti, kteří chtějí být za každou cenu úspěšní. Mezi rizikovou skupinu patří také ti, kteří mají pocit, že musí každému očekávání vyhovět (Harss, 1994).

Důležité je, abychom se naučili reagovat na stres tak, aby odpovídal našim schopnostem nalézat na zátěžové situace přiměřená řešení. Jedním z prvních předpokladů zvládnutí stresu je jeho vnímání. Člověk by si měl vytvořit správný vztah k sobě samému. Měl by uvážit, zda je ochoten si ničit své zdraví a svou duševní rovnováhu nebo naopak si na sebe dávat pozor a vlídně se sebou zacházet. Je dobré, když si můžeme najít na stres alespoň nějakou reakci, například vyjádřit se emočně a to třeba i způsobem, který situaci přímo neřeší, avšak přispívá k ventilaci nahromaděné energie. Důležité je mít k dispozici dobrého partnera, přítele, knihu. Frustrační toleranci zvyšuje psychoterapie a kognitivně-behaviorální psychoterapie, snaží se naučit pacienta adekvátně vnímat a reagovat na stresové podněty (Poněšický, 1999).

1.1.3 Vývoj úzkosti a strachu z pohledu ontogeneze

Novorozenec prožívá řadu emocí, které souvisí s jeho vnitřním stavem a jeho pocity jsou rovněž vázané na uspokojování potřeby bezpečí, jistoty a lásky. Psychologie dnes. Kojenec reaguje na nelibé podněty, jako je bolest a hlad křikem. Pláčem dítě sděluje své potřeby, ale také jím dává současně najevo i svůj afektivní stav (Matějček, 1986). o strachu nebo úzkosti můžeme mluvit až okolo 7 – 8 měsíců dítěte, kdy se objevuje tzv. separační úzkost, která se objeví jako odpověď na přítomnost neznámého člověka (Sovák, 2000). Ve věku kojeneckém a batolecím se rozhoduje o tom, převládne-li základní důvěra nad základní nedůvěrou. Pocit důvěry ve svém dítěti

vytváří hlavně jeho matka tím, že citlivě pečuje o potřeby dítěte a je pro dítě zdrojem jistoty (Matějček, 1986). Když je matka nespolehlivá a často odchází, může dojít ke vzniku různých typů úzkostných poruch, zvláště separační poruchy, vyhubavé poruchy v dětství nebo panické poruchy (Raboch, 2000).

U dětí předškolního věku souvisí strach s jejich bohatou fantazií. Bojí se pohádkových bytostí, tmy, někdy i zvířat a rovněž se objevují úzkosti ze separace. Děti se také učí strachu nápodobou od druhých lidí, a když k tomu připojí fantazii, bývá tento pocit silnější než strach, který vznikl na základě jejich reálné zkušenosti (Vymětal, 2003).

Děti školního věku mohou někdy trpět školní fobií, která je způsobena zkušenostmi, jež vzbuzují strach např. výsměch spolužáků, nesprávný přístup učitele. Dívky mívají častěji trému a u méně obratných chlapců bývá problémem tělocvik (Vymětal, 2003). v nesprávně vedeném výchovně-vzdělávacím procesu se vyskytne mnoho příležitostí ke vzniku pocitu méněcennosti. Děti s úzkostnými poruchami se také stávají předmětem šikany a týrání mezi vrstevníky. Vyhubavé chování těchto dětí vyvolává odmítavé reakce u spolužáků a toto v průběhu vývoje zpětně posiluje jejich izolaci a sociálně úzkostné postoje (Raboch, 2000).

S pubertou nastupuje pohlavní zrání, dospívající člověk se setkává s podněty, které jsou pro něho nové a s nimiž si neví rady. Toto období je charakteristické novým přílivem fantazie, schopností sledovat vlastní duševní děje, posuzování vlastních prožitků i prožitků druhých (Matějček, 1986). Nové jsou zkušenosti v oblasti sexuality i v navazování eroticky laděných vztahů. Při vyrovnávání s těmito zkušenostmi, které byly pro člověka dosud neznámé, může dojít k zažívání zvýšené úzkosti, případně i strachu (Vymětal, 2003).

Adolescent někdy propadá pocitům méněcennosti a nedostatečnosti anebo naopak své sebevědomí překompenzovává. Charakteristická pro toto období jsou impulsivní činnosti a experimentování ve všech oblastech, zvláště tělesné. Emocionalita je výbušná, nechybí ani pocity tísně a úzkosti, které se snaží adolescent zvládat přes projekci do party vrstevníků (Macková, 2007).

V mladistvém věku bývají časté poruchy přizpůsobení, které vznikají v období zvládání významné životní změny působením nepříznivých životních událostí. Postižený má pocity úzkosti a nedůvěry v sebe sama, obává se, že se nedokáže vyrovnat s nastalou situací, nedokáže zvládat současné bytí a plánovat dopředu. Poruchy bývají v mladistvém věku časté, většinou krátkodobé (Malá, Pavlovský, 2002).

V dospělosti může být vyvolávajícím faktorem úzkosti a strachu z nejistoty změna navykého způsobu života, zvýšená, nebo nezvyklá aktivita při přizpůsobení nebo události, které kladou zvýšený nárok na adaptaci.

V dospělém věku jsou nejdůležitějšími úkoly role partnerská a rodičovská. k obojímu musí člověk dozrát. v manželském poradenství se vyskytují jedinci, kteří jsou ještě hluboce závislí na svých rodičích a v partnerském vztahu jsou velice plaší a křehcí. Vznik úzkostných poruch je dáván do kontextu s péčí o vlastní domácnost a zvláště s péčí o děti (Říčan, 2004).

Rozvoj stresu a úzkostných reakcí může zapříčinit také dysfunkce a rozpad rodiny. Partneři mohou projít stádiem vzájemné averze a partnerské disharmonie, navíc se do jejich vzájemného vztahu ještě promítá vztah k vlastním dětem. Také porozvodová adaptace je dlouhodobým procesem, který ne každý jedinec zvládne velmi dobře (Výrost, Slaměník, 1998).

Velký vliv na život člověka má jeho profesní specializace, čímž rozumíme vliv vykonávané činnosti na osobnost. Dospělý tráví větší část svého času v práci a postavení v pracovním světě stanoví i sociální hodnotu, tzn. prestiž, která náleží člověku ve společnosti (Furst, 1997).

Mezi nejohroženější profese, u nichž je častější stresové selhání, než u jiných, patří: Piloti (musí trávit celé hodiny při letu ve zdánlivém klidu a pohodě, ale přitom musí být neustále soustředěni, protože někde číhá osudové nebezpečí). Lékaři a zdravotníci (zvláště ti, kteří si uvědomují, že špatnou diagnózou nebo zanedbáním ošetření, mohou ohrozit život pacientů. Zdravotníci se pohybují v prostředí bolesti, strachu a úzkosti, což je nepopíratelný fakt, který působí negativně na psychiku člověka). Sekretářky (musí se dokonale přizpůsobovat svým šéfům, snášet jejich nálady a rozmary. Stejně tak musí přizpůsobovat firmě plánování svého volného času). Učitelé

(mají velmi obtížnou roli před žáky, jež je neustále vystavena jejich kritice. Učitelé musí své žáky nejen učit novým poznatkům, ale také je i vychovávat. To je nesmírně náročná role, zvláště v dnešním období velkých společenských změn a civilizačního chvatu). Tyto profese jsou ohroženy zvláště tím, že při jejich výkonu musí člověk působit navenek klidně a empaticky a nesmí dávat najevo svoje pocity a prožitky, přestože prožívá něco velmi emocionálního (Cimický, 2001).

Jeden nepříjemný faktor dnešního světa, který musíme brát v potaz, je nezaměstnanost. Jestliže n je někomu odebrána možnost pracovat, má to za následek nejen finanční ztrátu, ale také závažné psychické účinky. Život rodiny je vystaven velkému napětí, jsou omezené finanční prostředky, nezaměstnaný ztrácí životní perspektivu pevný denní časový plán. Nezaměstnanost vede také k sociální izolaci a osamocení (Furst, 1997).

Starý člověk trpí tělesnými změnami, ale sociální změny se projevují většinou mnohem tvrději. Ve starším věku můžeme zařadit mezi stresující faktory některé ze životních událostí: Sociální změny v rodině a okolí (např. úmrtí), odchod do starobního důchodu a následující neschopnost navázat nové sociální kontakty, změna finanční situace, změna zdravotního stavu, změna bydliště (např. výměna bytu, umístění do ústavu zdravotní či ústavní péče) a změny majetkoprávní (prodej nemovitosti nebo její výkup např. z důvodu asanace). Na vzniku neurotických poruch se podílejí všechna zátěžové situace z předchozích životních období a také změny psychiky, které jsou pro stáří charakteristické. Osoby vyššího věku mají sklon k neurotickým reakcím, trpí pocity bezmocnosti a závislosti na okolí. Potřebují větší pocit jistoty, uznání a lásky a z toho vyplývá jejich změněné hodnotové schéma. Rovněž bývá pozorováno zesílení některých hypochondrických projevů. Toto způsobuje řadu diagnostických problémů, proto je zapotřebí nejen celkového vyšetření nemocného, ale i pátrání po psychických a sociálních příčinách onemocnění (Baštecký, 1994).

Jedním z prvních stěžejních psychoanalytiků Sigmund Freud vykládal vznik úzkosti tak, že předpokládal konflikt mezi touhou jedince po slasti a společenským požadavkem na civilizované chování, dále chápal úzkost jako důsledek konfliktu mezi libidem a tzv. ego- instinkty. Nevybité libido je transformováno do manifestně

prožívané úzkosti. Freud také vysvětloval vznik signální úzkosti, která nevychází přímo z konfliktu mezi pudy, ale je dána signálem ega anticipující na úzkostnou situaci, která není sama o sobě instinktuální, ale může být dána funkcemi ega (např. paměť).

Na Freudovo učení navázala M. Kleinová, která uvedla myšlenku úzkosti jako důsledku vnitřního konfliktu mezi libidem a pudem smrti. Uvádí, že tento konflikt vede ke vzniku persekční a depresivní úzkosti.

Další autor Rankl uvádí teorii úzkosti na základě psychoanalýzy a to vznik úzkosti při porodu jako pravzor všech dalších úzkostí. (Vymětal, 2007).

1.1.4 Somatické a psychické změny

Úzkostné poruchy jsou onemocnění, která mají mnoho příznaků a to jak v oblasti psychiky, tak i somatiky. Mezi psychickou a somatickou složkou je velmi těsný vztah, jsou to dvě součásti jednoho organismu, které se navzájem podmiňují. Vyskytují se typické i netypické příznaky, které bývají i vícečetné a někdy jsou nejednotně popisované (Kafka, 1992).

Typickým emočním příznakem úzkosti jsou obavy, zlé předtuchy a znepokojení, které je nemožné ovládat a kontrolovat. Dalším příznakem jsou pocity ohrožení a trvalé napětí, kterého není možné se zbavit. Úzkostní lidé bývají podráždění, přecitlivělí a mnohdy se připojují pocity beznaděje (Vágnerová, 2004).

Je zhoršená koncentrace pozornosti. Chybou většiny postižených je, že se začnou ještě horlivěji snažit pozornost udržet, ale to vede ke zvýšení vnitřního napětí, což zákonitě psychický stav i výkon zhoršuje (Honzák, 2005).

Myšlení úzkostného člověka je citově deformováno, protože pod vlivem úzkosti se mění způsob uvažování a postoje k okolnímu světu. s tím souvisí také zaměření se na podněty, které by mohly signalizovat něco negativního. Silný pocit úzkosti, kdy člověk očekává negativní situaci, se nazývá anticipační úzkost. Pacient může takové obavy prožívat ještě dříve, než se do takovéto situace dostane a prožitek ohrožení může proběhnout pouze na úrovni představy. Jestliže člověk takto trvale úzkostně reaguje, fixuje se určitá kognitivní strategie. Uvažování ovlivňuje negativní očekávání a

převažuje pesimismus. Toto se promítá i do vztahu k sobě samému a tito lidé mívají horší sebehodnocení a sebevědomí a trpí pocity méněcennosti (Vágnerová, 2004).

Subjektivně se člověk cítí být ohrožen, projevuje obavy a bezradnost. Vystupňovaná bázeň ústí v paniku a děs. Intenzivní úzkost a strach mohou být provázeny depresivními prožitky a únavou, dále může úzkost vést i k pocitům depersonalizace a derealizace (Vymětal, 2003).

Bylo by nesprávné se domnívat, že příznaky strachu a úzkosti se odehrávají jenom ve sféře psychiky. Lidské tělo a jeho psychika jsou neoddělitelně spojeny a právě v tělesných projevech se objevují základní příznaky mnohem dříve, než dojde ke změnám psychickým. Napětí a úzkost se vzájemně potencují a jejich výsledkem bývá bolest, a tak úzkostní pacienti často poprvé vyhledají lékaře s tímto příznakem, který je sužuje. Nejčastěji si nemocní stěžují na bolesti hlavy, zad, bolesti za hrudní kostí nebo bolesti břicha (Cimický, 2001).

Krev se ve stresové situaci stahuje z okrajových částí těla, kůže i zažívacího traktu. Vlivem odkrvení kůže zbledne, jsou pocity na omdlení a můžeme cítit chlad v končetinách. Přívod krve je přiškrcen také do zažívacího traktu, a tak se začne dělat špatně od žaludku a může nastat pocit na zvracení. Dále je prožitek strachu i úzkosti provázen organickými příznaky jako je bušení srdce, třes, malátnost, nepříjemné pocity břišní, pocit sevřeného hrdla a jiné neurovegetativní poruchy. Mají různou intenzitu podle konstitučních vlastností jedince a také situace, v níž se jedinec nachází (Sovák, 2000). Mezi další projevy můžeme uvést zrychlené dýchání nebo i zatajování dechu, pocit sucha v ústech, naopak vzrůstá potivost kůže a zvyšuje se svalové napětí (Vymětal, 2003).

Někdy silné pocity úzkosti člověka zcela paralyzují, nutí člověka k močení a to i v případech, kdy již není co močit. Dále je uváděno snížení libida (Honzák 2005).

Mezi další potíže patří: poruchy spánku, kardiovaskulární příznaky a trávicí obtíže. v důsledku toho se nám nafoukne břicho a cítíme tlak nebo píchání v podžebří (Honzák, 2005). Jsou to psychicky podmíněné somatické problémy, které jsou označovány jako somatoformní úzkostné potíže. Jsou vyvolány emočními faktory, které se objevují jako reakce na zátěžové situace. Mohou tedy sloužit i jako signál

přetěžování, s nímž je zapotřebí se vyrovnat, protože u exponovaných jedinců může mít zátěž nežádoucí a dlouhotrvající následky (Vágnerová, 2004).

Úzkostný člověk má vyděšený výraz a jeho mimika není tak zřetelná, v obličeji bývá pobledlý a působí dojmem strnulosti a napětí, tento výraz je snadno rozpoznatelný od jiné emoce. Nápadné je také držení těla, ramena jsou schoulena dopředu, pohyby bývají hůře koordinované a nepřesné (Vymětal, 2003).

Osoby se sklonem k úzkosti bývají rigidní, vyžadují pořádek a zaběhlý řád. Každý narušující podnět nebo změna je rozruší, a proto se tomu vnitřně i podvědomě brání. Úzkost nelze snadno potlačit, vytváří napětí, toto vyvolává i bolest (Cimický, 2001).

S napětím, které se projevuje neklidem a neschopností uvolnit se souvisí tendence k akcentovaným reakcím na běžné podněty. Přestože má úzkostný člověk náhled na situaci, není schopen regulovat a ovládat své chování. Výsledkem je projev, který se zdá neúčelný a nesmyslný (např. náhlý útěk, ztráta schopnosti nějak reagovat.) Důsledkem pocitu nejistoty bývá tendence k izolaci a vyhýbání se různým situacím i kontaktům s lidmi, které se mohou zdát jako ohrožující. Tyto způsoby mívají další nepříznivé důsledky, zvláště v oblasti mezilidských vztahů (Vágnerová, 2004).

1.1.5 Příčiny vzniku úzkosti a strachu

Rozeznáváme celou řadu teorií vzniku a udržování úzkosti. Vliv má osobnost jedince, prostředí, v němž žije nebo žil a dále okolnosti a situace, v nichž se nachází. Kombinace zranitelnosti a nepříznivých vlivů vede k vytvoření dispozic. o vzniku úzkosti a strachu lze uvažovat v souvislosti s následujícími činiteli:

- vnější nebo vnitřní podněty (např. stimuly sociální, fyzikální, psychické – vzpomínky nebo myšlenky)
- osobnost člověka (zdravotní a psychofyzický stav organismu, genetická výbava, kvalita CNS, dřívější negativní zkušenost z období dětství)
- vývojové období, včetně věku (čím mladší dítě, tím je citlivější na impulsy podmiňující vznik úzkosti)
- různé situace (známé či neznámé prostředí) (Vymětal, 2003).

Úzkostné poruchy jsou tedy podmíněny multifaktorálně a příčinné faktory působí ještě ve vzájemné interakci. Navzájem mohou ovlivnit závažnost a délku projevů, ale i trvání potíží a reakci na léčbu.

Mezi biologické faktory vzniku úzkostných poruch patří dědičnost, což signalizují projevy jako snížená tolerance k zátěži, větší psychická zranitelnost, dráždivost, labilita a sklon k vegetativním potížím.

Dále můžeme uvažovat o změně mozkových funkcí. Výklad obsedantně-kompulsivní poruchy vychází z představy, že je narušena koordinace mozkových drah spojující prefrontální kortex, bazální ganglia a thalamus.

V neposlední řadě je potřeba zmínit poruchu interakce různých neurotransmitelových systémů. v současné době jsou hypotézy, že se jedná o narušení benzodiazepinových receptorů, které pokud nefungují, zvyšuje se hladina noradrenalinu a tím i sklon k úzkostnému jednání. Další hypotéza uvažuje o narušení regulace serotoninového systému. Serotonin redukuje pohotovost reagovat úzkostně. Nadměrné zvýšení úzkosti je také spojeno poruchou některých hormonálních funkcí (Vágnerová, 2002).

Další koncepty vývoje a vzniku úzkosti vyvinula psychoanalýza. Starší autoři předpokládají, že úzkostné poruchy vznikají u lidí, kteří k nim mají dispozici již od dětství, a proto nejsou schopni zvládat své vnitřní konflikty. Moderní autoři uznávají kromě psychogeneze také dědičnou temperamentovou složku. v klinické praxi nám psychoanalytický pohled může přiblížit možné intra- a interpersonální problémy, se kterými se pacient potřebuje vypořádat (Honzák, 2005).

Velmi záleží také na výchově v dětství. Vyvolávající příčinou bývá nadměrné trestání, kritizování, zneužívání, které navozuje pocity ohrožení. Tyto pocity se mohou zafixovat a později je mohou vyvolat i zcela bezvýznamné podněty. Pocity úzkosti mohou vznikat kladením nadměrných nároků na dítě, ale také vzor úzkostného rodiče a rozbroje i hádky mezi rodiči (Matějček, 1986).

Mezi okolnosti, které brání nadměrnému výskytu úzkosti a strachu, je zakotvenost člověka v kvalitních meziosobních vztazích, které jsou důležitou stránkou pojmu domov. Domov je místem bezpečí a jistoty, kam se vracíme, abychom načerpali síly,

místem spolehlivých meziosobních vztahů a základem jistoty a zakotvenosti.(Vyměta, 2003). Důležitým faktorem, který modeluje projevy strachu je i přináležení k nějaké skupině. Ukazuje se, že lidé jsou mnohem náchylnější k prožitkům strachu, když jsou o samotě (Stuchlíková, 2002).

1.2 Úzkost a strach u psychiatrických pacientů

Úzkost je častým příznakem téměř u všech psychiatrických onemocnění. Protože pracuji řadu let na psychiatrické ambulanci, vybrala jsem si diagnózy, které podle MKN 10 jsou označovány jako F40 – F48 a s nimiž se nejvíce ve své praxi setkávám.

Tato onemocnění jsou pojmenována jako neurotické, stresové a somatoformní poruchy a patří mezi ně:

1. Fobické úzkostné poruchy
2. Jiné úzkostné poruchy
3. Obsedantně kompulsivní porucha.
4. Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení
5. Disociační poruchy
6. Somatoformní poruchy
7. Jiné neurotické poruchy

1.2.1 Fobické úzkostné poruchy

Fobie je chorobný a vtíravý strach z věcí a situací, které jsou zjevně nesmyslné. Dotyčný ví, že tento strach je pošetilost, není ale schopen zmobilizovat sílu a ovládnou se, ani se tohoto strachu zbavit. Proto mu raději vyhoví (Cimický, 2001). Podle MKN 10 jsou fobické úzkostné poruchy rozděleny:

- **agorafobie** – toto slovo je původně řeckého původu a znamená strach z tržiště. v dnešní době se používá v širším slova smyslu pro abnormní obavy, které jsou vázané na některá typická místa nebo situace jako je užití hromadných dopravních prostředků – metro, vlak, autobus, jízda na pohyblivých schodech, nakupování v obchodních domech, samoobsluhách, stání ve frontách. Dále sem patří strach před

tunely, podchody, mosty, čekání v dopravní zácpě. Jsou zaznamenány i případy silných obav před pobytem na místech, kde je hodně lidí jako např. kina, restaurace, výstavy, divadla, ale i strach zůstat sám doma nebo pobývat mimo domov (Praško, 1998).

- **sociální fobie** – objevuje se v sociálních situacích a je to iracionální strach ze situace, kdy lidé běžně strach nemívají. Charakteristický je strach z kontaktu s jinými lidmi, z nesouhlasu, odmítnutí, kritiky, posměchu, hodnocení. Může se jednat o izolované obavy např. z veřejného vystoupení, ale může jít také o formu generalizovanou, kdy se obavy týkají téměř všech sociálních kontaktů. Pacienti se nejčastěji obávají situací jako např. být představen, být pozorován při různých činnostech, mluvit na veřejnosti apod. (Praško, 2005).

Nejvýraznějším příznakem sociální fobie je sociální úzkost. Vyskytuje se častěji než sociální fobie a v různé intenzitě si ji zažil téměř každý. Bývá spojena s obtížnými situacemi jako např. promluvit na veřejnosti, podstoupit kritiku kolegy, setkat se s významným člověkem atp. (Praško, 2005). Specifickým druhem této úzkosti je tréma. Tato silná emoce je úzkost spojená s očekáváním. U plachých lidí je tréma větší, ale v malé míře je přirozená. Mimo jiné příznaky znemožňuje se koncentrovat a vybavovat si z paměti. Když přeroste určitou mez je blížká panice (Cimický, 2001).

- **specifické (izolované) fobie** – jedná se o obavy ze specifických objektů, situací nebo činností. Obavy bývají pacienty považovány za nadměrné a nerozumné, avšak jsou dlouhodobě přítomné. Zde je uvedena Acrofobie (strach z výšek), zoofobie (strach ze zvířat) a claustrofobie (strach z uzavřených prostor)

Fobií nazýváme nadměrný strach, jestliže zasahuje do života člověka a způsobuje mu výrazný stres. Pokud strach není nadměrný a neomezuje člověka v aktivitě, nejedná se o fobii, nýbrž o strach. Např. člověk, kterému nedělá dobře jízda v metru nebo ve výtahu, ale přesto je používá, velmi pravděpodobně fobií netrpí. Stejně tak jako člověk, který má strach z pavouků nebo hadů, ale to ho nijak v životě neomezuje, chodí do práce, cestuje, chodí do přírody, jen je opatrnější a na hady a pavouky nesahá (Praško, 1998).

1.2.2 Jiné úzkostné poruchy

- **panická porucha** – panika je název odvozený od řeckého boha Pana, který číhal v lese na poutníky a děsil je. Panický záchvat se projevuje silnou úzkostí, která vzniká náhle, většinou bez zjevné příčiny. Je doprovázena výraznými tělesnými příznaky a má vliv na následné chování člověka. Ten se snaží ze situace utéct a později se vyhýbá místům, kde paniku prožil, nebo se bojí, že se může znovu objevit. Postižený má strach z omdlení, za ztráty sebeovládání nebo ze zešlání. Panika bývá doprovázena četnými tělesnými (Praško, 2006).
- **generalizovaná úzkostná porucha** – je hlavní diagnostická kategorie, která zahrnuje výraznou a chronickou úzkostnou symptomatiku, trvající alespoň 6 měsíců. Pacienti žijí v neustálém úzkostném očekávání špatných událostí, jsou plačtiví, nedokážou si odpočinout, ale i soustředit se. Prožívají řadu nepříjemných tělesných obtíží jako svalové napětí, nespavost, bolesti hlavy, třes, nadměrná potivost (Raboch, 2001).
- **smíšená úzkostně-depresivní porucha** – je porucha, kde jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese současně. Příznaky jsou: dlouhodobá dysforická nálada, chronická anxieta, obtíže s koncentrací, poruchy spánku, únava nebo malá energie, beznaděj, nízké sebevědomí a pocity bezcennosti (Praško, 2005).

1.2.3 Obsedantně-kompulsivní porucha

Obsedantně-kompulsivní porucha je chronické onemocnění, které může vést až k invaliditě. Pro tuto poruchu je typický opakovaný výskyt nežádoucích vtíravých myšlenek a představ (obsese) a nepotlačitelných impulsů k jednání (kompulse), které nejsou přiměřené (Vágnerová, 2004). To znamená, že se člověk zabývá nepříjemnými myšlenkami a kvůli nim trpí silnou úzkostí. Jsou to například nejruznější obavy, že se něco přihodí nebo, že se něco zanedbá a výsledky budou katastrofické. Proto se někteří lidé trpící tímto onemocněním vyhýbají situacím, které navozují takovéto ohrožující myšlenky. Obavy a následné vyhýbavé chování se snaží neutralizovat opakovanými úkony nebo stereotypními myšlenkami. Vzápětí ale přichází nová úzkost, nová potřeba ji snížit a rozvíjí se další rituál (Raboch, 2001).

Mezi příznaky obsedantně-kompulsivní poruchy patří: vtíravé myšlenky o ušpinění, o agresi k druhým lidem, stálé kontrolování, umývání se, vtíravá váhavost, nutkavé sledování tělesných funkcí. Většina nemocných má mnoho z těchto příznaků, často si uvědomují, že jejich chování je iracionální, ale nedokážou je neprovádět, protože v případě vynechání cítí velkou úzkost. s obsesemi bývá někdy spojena tendence k magickému myšlení. Toto vede opět k tomu, že si člověk myslí, že mu pomohou určité specifické úkony, které potom provádí. Tyto činnosti nazýváme kompulsivní rituály. Ty souvisí nejčastěji s dodržováním hygieny, ale mnohé mají až bizarní podobu, jsou velice složité a zdlouhavé a mohou trvat někdy i hodiny (Vágnerová, 2004).

Za své chování se ale také často stydí, bojí se, aby je okolí nepovažovalo za „blázný“ a vysmívalo se jim. Proto se pokoušejí zvládnout příznaky vlastní vůlí, což se jim nedaří. Pacienti dlouho váhají a odkládají vyhledat odbornou pomoc (Praško, 2005).

Při tomto onemocnění hraje velkou roli dědičnost. Začátek bývá obvykle v adolescenci nebo v rané dospělosti. Většinou začíná dříve u mužů a bývá postupný, jen výjimečně náhlý. Pacienti s obsedantně-kompulsivní poruchou trpí často dalšími duševními obtížemi, ať jsou to úzkostné poruchy, fobické poruchy nebo poruchy nálad či deprese (Smolík, 2002).

1.2.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

- **akutní reakce na stres** – jedná se o závažnou duševní poruchu, která vzniká u jedince, který dříve netrpěl psychickými potížemi jako reakce na mimořádně výjimečný fyzický a duševní stres. Obvykle netrvá déle než několik hodin či dnů. Vyvolávajícím faktorem je zážitek spojený s ohrožením jedince nebo jeho blízkého okolí (např. přírodní katastrofy, těžký úraz) nebo náhlá a závažná změna v sociální roli a mezilidských vztazích postiženého (ztráta zaměstnání, nevěra partnera, rozvod). Riziko vzniku poruchy je větší u disponovaných osob, jako u jedinců oslabených dlouhodobou nemocí, fyzickým vyčerpáním, vyšším věkem, apod. Příznaky jsou dosti variabilní, ale probíhají obvykle v typickém cyklu: úvodní stav „ustrnutí“, se zúženým vědomím a pozorností, neschopností chápat podněty tzv.

„stavění se mrtvým“. Na tento stav může navazovat další citové otupění, nebo naopak agitace a hyperaktivita. Jsou také přítomny tělesné příznaky stresu. Symptomy obvykle vymizí během několika hodin nebo dnů a na zmíněné období se může rozvinout částečná nebo úplná amnézie (Raboch, Pavlovský, 2001).

- **posttraumatická stresová porucha** je termín, který se používá pro úzkostnou poruchu, která se rozvíjí po citově těžké stresující události, která svojí závažností přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a bývá traumatická pro většinu lidí. Takovou situací jsou například přírodní katastrofy (povodně, zemětřesení, válečné události, výbuch sopky), traumata způsobená lidmi (přepadení, znásilnění), ale i autohavárie, požár apod. Typickými příznaky jsou opakující se vzpomínky na událost a její okolnosti, děsivé sny připomínající událost, znovuprožívání v podobě útržků, vyhýbání se myšlenkám a činnostem spojeným s traumatem nebo připomínající trauma. Dále ztráta zájmu, pocit odcizení, omezení pozitivních emocí. Často bývá přítomna podrážděnost, výbuchy hněvu, potíže se soustředěním nebo naopak nadměrná ostražitost, ustrašené chování a poruchy spánku. Někdy se připojí nadměrná konzumace alkoholu (Praško, 2005).

Traumatizující zážitek, zvláště, jestliže byl degradující (např. násilné chování, týrání nebo znásilnění) může postiženého sociálně stigmatizovat. Postižený se chová jinak než ostatní a lidé se k němu také chovají odlišným způsobem než dříve. Mnoho problémů zapříčiňuje také fakt, že laik přetrvávajícím nápadnostem v chování postiženého nerozumí. Výsledkem toho bývá tendence se postiženému raději vyhnout a komunikovat jen formálně a nehovořit o citlivém tématu. Změny chování na obou stranách mohou vést k narušení mezilidských vztahů (Vágnerová, 2004).

Posttraumatickou poruchou můžou trpět i děti, které zažily některou výše jmenovanou událost. Reakce na prožité trauma je odvislá od aktuální vývojové úrovně dítěte. v důsledku prožité stresující události mohou tyto děti zvýšeně lpět na dospělých, nepustí se od nich ani na krok, trpí zvýšeným strachem a to i ze situací, které nemusí jednoznačně souviset se zvýšeným traumatem. Dále se u nich objevují se poruchy chování a může se vyskytnout i agresivita. Mezi nejčastější obtíže patří tělesné potíže, jako bolesti hlavy, bolesti břicha a tzv. regrese. Děti se po prožitém psychotraumatu

vracejí ve vývoji jakoby několik stádií zpátky. Dítě, které se obešlo bez plen, se začne znovu pomočovat. Objevuje se cucání prstů, kývání tělem. Také se může stát, že děti, které již mluvily správně, začnou znovu šišlat nebo dokonce přestanou mluvit vůbec (Macková, 2007).

- **porucha přizpůsobení** – jedná se o poruchy vznikající jako reakce na významné negativní životní události, které jsou nepřiměřené obsahem, intenzitou a délkou trvání. Jedná se většinou o úzkostnou nebo i depresivní symptomatiku, která trvá několik měsíců. Můžou se projevit i poruchy chování (typické např. u adolescentů po úmrtí rodičů) projevující se agresivitou nebo disociálním chováním (Raboch, Pavlovský, 2001).

1.2.5 Disociační (disociativní, konverzní) poruchy

Pojem „disociační“ zavedl francouzský psychiatr Pierre Janet, který navrhl způsob vysvětlení vzniku těchto poruch. Spočíval v předpokladu, že některé části obsahu myšlení jsou vytlačeny z vědomí, ale pokračují ve svém působení vytvářením motorických a senzorických příznaků. Základním předpokladem je rozpad funkcí, které jsou normálně integrovány. Předpokládá se, že původ těchto poruch je psychogenní, dříve byly nazývány jako konverzní hysterie. Příznaky vypadají často tak, jak si je pacient představuje. Klinické ani laboratorní vyšetření často nepotvrdí přítomnost somatické nebo neurologické poruchy (např. závislá osoba ochrne na jednu dolní končetinu a tím přinutí partnera, aby ji neopustil) (Smolík, 2002).

- **disociační amnézie** - jedná se o ztrátu paměti, týkající se traumatických nebo stresujících událostí (např. pohlavní zneužití, znásilnění, sebevražedný pokus). Vztahuje se na časový úsek, který trvá minuty až roky. Schopnost jedince získat nové poznatky není narušena. Většinou jsou potlačené vzpomínky přístupny hypnotickému znovuprožití (Raboch, Pavlovský, 2001).
- **disociační fuga** - jde o mráкотný stav s amnézií, kdy postižený jedinec neočekávaně opustí domov, cestuje na delší vzdálenost, nepamatuje si svoji minulost a někdy získá i novou identitu. Nezávislým pozorovatelům se může zdát chování jedince

normální. Disociační fuga často začíná jako reakce na silný psychosociální stres. Může dojít až k rozvoji poruchy osobnosti (Raboch, Pavlovský, 2001).

- **disociační stupor** – značné snížení a chybění volných pohybů. Vyvine se náhle, dá se vypátrat návaznost na nedávné stresové události. Chybí jakékoli známky somatického poškození. Není přítomna reakce pohybů a normálních odpovědí na zevní podněty, jako je světlo, hluk, dotyk. Útlum psychomotoriky splňuje kriteria pro stupor (Smolík, 2002).
- **trans a stavy posedlosti** - dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného vnímání okolí. Postižená osoba jedná, jako by se jí zmocnil někdo jiný (duch, božstvo). Stavy transu jsou mimovolní.
- **disociační porucha motoriky** - dojde ke ztrátě schopnosti pohybovat celou končetinou nebo její částí. Porucha může být podobná apraxii, akinezi, diskinezi nebo obrně.
- **disociační křeče** - mohou být podobné epileptickému záchvatu, ale chybí ztráta vědomí, místo ní se může objevit stupor.
- **disociační porucha citlivosti a senzorické poruchy** – zhoršená citlivost není způsobená organickou poruchou. Je porušeno kožní čítí, dojde ke ztrátě zraku, sluchu nebo čichu, poruchy nejsou způsobeny neurologickou lézí (Smolík, 2002)

Lidé s disociativní poruchou mívají problémy v sociální adaptaci, zvláště v oblasti mezilidských vztahů. Mají tendenci zdůrazňovat vlastní osobu a potřebu za všech okolností vyniknout. Negativně také působí jejich sklon ke zkreslování reality a chtějí přizpůsobit vnější svět svým potřebám. Avšak i takto postižený člověk má potřebu citového vztahu, je zapotřebí si pouze uvědomit, že rozdíly v jeho chování mohou být nevědomé (Vágnerová, 2004).

1.2.6 Somatoformní poruchy

Jsou poruchami vjemů a funkcí, které nejsou způsobeny somatickou poruchou. Hlavním rysem jsou opakované stížnosti na somatické stesky, které se nedají vysvětlit tělesnou poruchou. Pacienti požadují stále lékařská vyšetření, i když byl několikrát

prokázán negativní nález. To vede k nadměrnému využívání lékařské péče, ale také i k snížení kvality života postiženého.

- **somatizační porucha** - rozmanité, opakované a často se měnící tělesné příznaky, kvůli nimž pacient vyžaduje u rozličných lékařů a specialistů léčbu. Popis příznaků bývá velmi působivý a dramatický. Jde především o problémy kožní, bolesti končetin, kloubů, stížnosti na zvracení, na průjmy, mikční obtíže atd. Průběh choroby je chronický, kolísavý a je často spojen s dlouhodobým narušením sociálních, meziosobních i rodinných vztahů.
- **hypochondrická porucha** - základním rysem není zabývání se tělesnými příznaky, ale strach z toho, že jedinec trpí závažnou chorobou. Normální nebo běžné pocity nebo vzezření jsou často interpretovány jako nenormální nebo obtěžující. Často je přítomna zřetelná úzkost.
- **Somatoformní vegetativní dysfunkce** - dochází k vegetativní aktivaci. o jaký typ poruchy jde, určují subjektivní vegetativní příznaky, které se vztahují k určitému systému (kardiovaskulární, urogenitální, atd.) (Malá, Pavlovský, 2002).

Somatoformní poruchy ztěžují pacientovi plnění běžných sociálních rolí. Týká se to jak profesního, tak i partnerského a rodinného života. Tím, že je člověk zaujatý vlastními somatickými problémy, není schopen vnímat problémy ostatních lidí a ztrácí zájem o svou práci i rodinu. Pacient sám se necítí spokojen a psychicky navozené somatické potíže zhoršují kvalitu jeho života. Soužití s nemocným bývá pro ostatní lidi zátěží a dochází k narušení mezilidských vztahů (Vágnerová, 2004).

1.2.7. Jiné neurotické poruchy

- **neurastenie** - u neurastenie se uvádí dva typy. Prvním je zvýšená únava po duševním vypětí, která přináší obtíže s koncentrací a neefektivním myšlením. U druhého typu je kladen důraz na pocity tělesné slabosti dostavující se i po minimální tělesné námaze. U obou typů může být přítomno mnoho dalších nepříjemných somatických pocitů jako bolesti hlavy, podrážděnost, poruchy spánku a obavy ze zhoršeného tělesného i duševního zdraví, ale také různé stupně deprese a úzkosti (Smolík 2002).

- **depersonalizační a derealizační syndrom** – postižení si stěžují na pocity neskutečnosti a odcizení, jakoby jejich myšlenka a tělo jim nepatřily, nebo že okolí nebo určité předměty vypadají divně „jako na jevišti“, Pacienti si uvědomují, že nejde o realitu, ví že je to jeho subjektivní prožívání.

Všechny úzkostné poruchy přinášejí pacientovi nepříznivé sociální následky., protože jej neustále zatěžují, omezují jeho výkonnost i sociální kontakty a tak snižují kvalitu jeho života ve všech oblastech. v pracovním procesu bývá nalézáno hůře vhodné uplatnění. Stejně tak i pro rodinu je někdy zátěží soužití s tímto pacientem, protože ten se v řadě případů potřebuje pomoc svých blízkých. U těžších případů se může stát, že se nemocný stane závislý na své rodině, respektive na prostředí bytu, který pak neopouští a není schopen běžných sociálních aktivit nebo se ani nedokáže sám o sebe postarat (Vágnerová, 2004).

1.3 Léčba úzkostných poruch

Léčba úzkostných poruch není jednoduchá a výsledky se nedostavují ihned. Léčba je dlouhodobá a někdy má kolísavý průběh, to znamená, že stav pacienta je jednou v remisi, jindy se poruchy vracejí. Bývá časté, že čím déle pacienti odkládají začátek léčby, tím později dochází ke zlepšení a léčba trvá déle.

Druhy léčby (farmakoterapie, psychoterapie, kognitivně-behaviorální terapie) se navzájem podporují a doplňují. Je zapotřebí trpělivosti na straně pacienta, protože se výsledky léčby nedostavují ihned, je nutná také vytrvalost a systematičnost.

Na straně terapeuta a ošetřovatelského personálu se očekává profesionální erudice, velká dávka empatie a pochopení.

Rovněž je důležitá podpora blízkých. Příbuzní mohou pomoci také tím, že společně s pacientem navštěvují terapeuta, mohou také poskytnout objektivní informace, v případě, že pacient příznaky skrývá nebo je pro něj obtížné se o nich vyjadřovat. Dále může rodina či blízcí pacienta vytvořit pro léčbu dobré zázemí.

1.3.1 Léčba psychofarmaky

Psychofarmaka pacientům předepisuje zpravidla psychiatr. Léky snižují napětí, pomáhají při nespavosti a těžkém průběhu s předrážděností a tak organismu umožní, aby se zklidnil a neplýtvал energií. Léčba bývá dlouhodobá, teprve po odeznění příznaků se přistupuje k postupnému snižování dávek léků. Optimální jsou léky, na které nemůže vzniknout závislost. z farmakoterapie patří ke standardní léčbě úzkosti anxiolytika a antidepresiva. U některých stavů (speciálně u obsedantně-kompulsivní poruchy) přidáváme neuroleptika (Malá, Pavlovský, 2002).

1.3.2 Psychoterapie

Znamená cílevědomé léčebné působení na psychiku člověka prostřednictvím druhé signální soustavy, hlavně pomocí slova (Sovák, 2000).

U psychiatrických pacientů se používá jako podpůrná a doplňková léčba, kombinuje se zejména s farmakoterapií, ale i jinými opatřeními v rámci komplexního léčebného přístupu k pacientovi a jeho rodině (Vymětal, 2003).

V léčbě úzkostných poruch je velmi důležitým terapeutickým přístupem. Pomáhá více porozumět, co se s člověkem trpícím úzkostí děje a také pomáhá nalézt události v životě, které s rozvoje poruchy souvisejí, učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a problémy v životě a trénuje dovednosti, které umožňují předcházet novým problémům. Psychoterapie pomáhá obnovit kontrolu nad svými emocemi, myšlenkami a chováním (Praško, 1998).

Rozeznáváme tři základní formy psychoterapie:

- a. psychoterapii individuální
- b. psychoterapii prostřednictvím skupiny
- c. psychoterapii v rámci léčebného společenství

ad a) Individuální psychoterapie je v praxi nejrozšířenější. Odehrává se mezi dvěma subjekty terapeutem a pacientem. Důležité je zklidnění pacienta, to znamená navázání

dobrého vztahu, empatické naslouchání, umožnění odreagování negativních emocí a nabídka společného hledání řešení problému (Praško, 2005).

ad b) Lze rozdělit do dvou základních typů. Prvním typem je skupina uměle vytvořená, druhým je skupina přirozená, kde je pacient i mimo situaci terapie (např. rodina).

Skupinová terapie má dynamiku danou vztahy lidí mezi sebou a jejich navyklými způsoby chování. Cílem je poznat souvislosti mezi chování jedince a jeho problémy a nemocí a potom pomoci tyto vzorce změnit. Otvíráním jednotlivých členů při skupinové terapii vzniká atmosféra otevřenosti, důvěry a spoluúčasti (Vágnerová, 2004). Hlavním terapeutickým prostředkem je rozhovor, který je doplňován psychodramatem, arteterapií apod. (Vymětal, 2007).

Nejpřirozenější skupinou je rodina, proto se u tohoto typu skupinové léčby také pracuje s rodinou jako celkem. To neznámá, že všichni členové rodiny musí být při každém setkání přítomni, ale že se léčba odehrává s ohledem na celou rodinu. Porucha zdraví bývá chápána jako záležitost, která se týká všech členů rodiny a hraje tudíž také úlohu stabilizátora rodiny. Kromě rodinné terapie spadá do této skupiny také partnerská a manželská terapie.

Další možností skupinové terapie jsou svépomocné skupiny. Jejich existence má jasný účel a to je poskytnout psychickou podporu lidem trpícím psychickou poruchou a jejich rodinám. Je zde více empatických reakcí, využívá se soudržnost skupiny a také chování nápodobou. Tyto skupiny pomáhají pacientům vyrovnat se jak s psychickými problémy, tak i se stigmatizovaným postavením ve společnosti. (Praško, 2005).

ad c) Psychoterapie v rámci léčebného společenství znamená, že se psychologické léčebné prostředky uplatňují např. v psychiatrických nebo psychosomatických léčebných zařízeních. Pacienti a personál tvoří společenství, které se navzájem ovlivňuje a vytvářejí celý pobytový program (socioterapie, terapie prací, kulturní program apod.). Řízení společenství probíhá prostřednictvím komunity. Komunitních setkání se účastní všichni pacienti a také všichni personál, který je ve službě. Průběh komunity řídí patientská samospráva, hovoří se o všem, co je pokládáno za důležité, řeší se konflikty, vítají se noví pacienti atd. (Vymětal, 2003).

Nový přístup humanistického pojetí psychoterapie zavedl americký psycholog Carl Ranson Rogers. Tato terapie počítá s vrozenou a spontánní tendencí organismu k rozvoji jeho pozitivních možností. U člověka jde o dosahování vyšší kvality osobnosti a života. Léčba spočívá v tom, že těchto žádoucích změn u pacienta terapeut dosahuje akceptací. Znamená to, že terapeut se vůči pacientovi projevuje empaticky a autenticky a tím vytváří prostor, který podporuje pacientův osobnostní růst a umožňuje překonání jeho vnitřních rozporů. Během léčby dochází k lepšímu porozumění sobě i subjektivně významným skutečnostem. Rozšiřuje se tak pacientova nezávislost, jeho sebeřízení a kompetence. Indikace k této léčbě jsou: pacient má být schopen a ochoten spolupracovat a kvalitně komunikovat a jeho porucha zdraví musí být alespoň částečně psychosociální povahy. Rovněž je považován u pacientů nejméně průměrný intelekt a přístupnost k názoru, že jejich potíže mohou mít souvislost s jejich povahou a způsobem života nebo také se vztahy s ostatními lidmi. U dětí je vyžadován věk alespoň 3-4 roky, užívá se volná terapie hrou. U dospívajících a dospělých převažuje individuální a skupinová forma léčby a jejím hlavním prostředkem je dyadický a skupinový rozhovor (Vymětal, 2007).

1.3.3 Kognitivně behaviorální psychoterapie

Je kombinací kognitivní a behaviorální psychoterapie. Behaviorální psychoterapie se zabývá především studiem procesů učení. Poruchy chování jsou zde chápány jako naučené reakce. Dále vychází z předpokladu, že pokud je člověk vystaven obávanému podnětu dostatečně dlouho, jeho úzkost klesá. Kognitivní psychoterapie věnuje pozornost především poznávacím procesům, zvláště myšlení. Je založená na myšlence, že pacientova mylná katastrofická interpretace tělesných potíží je hlavní příčinou jeho úzkostných poruch. Spojením obou směrů vzniká terapeutická metoda, kde se obě psychoterapie kombinují dle aktuální potřeby (Praško, 2005).

Tato forma psychoterapie vychází z předpokladu, že člověk se naučí úzkosti a strachu v těch situacích, které sám nesprávně hodnotí. Terapie spočívá v přeučování a poté novému učení (Vymětal, 2003).

Tato terapie se používá při léčbě úzkostných poruch, fobií, obsedantně-kompulsivních poruch, stresových poruch, sociální fobie, zaměřuje se hlavně na kognitivní práci s pacientovou motivací k léčbě. Základní postupy spočívají v porozumění projevům a jejich vzájemné souvislosti, vytváření správných postojů a myšlenek, přímý nácvik požadovaného chování, postupné učení dobře zvládat obtížné situace, nácvik řešení problémů v životě

Výhodou kognitivně-behaviorální terapie je vysoká účinnost a chybění vedlejších účinků. Největší předností bývá udávána relativní trvalost zlepšení. Tato terapie je velice náročná a problémem je také nedostupnost vycvičených terapeutů.

1.3.4. Relaxačně-aktivační metody

Jde o autoregulační cvičení. Začíná se relaxační fází, která se skládá z relaxace svalové i psychické. Musí být vytvořeny vhodné podmínky /ticho, zavřené oči/. Nejprve se cvičí svalové uvolnění, poté psychické. Relaxace umožňuje nejen uvolnění, ale také vznik nových pohledů na skutečnost. Navozený stav se nakonec upevní tzv. aktivační fází, která je protikladem relaxace. Výsledkem jsou změny psych. Stavů a výkonu: rozplyne se pocit negativního napětí a úzkosti, zvyšuje se odolnost vůči stresu, ztrácí se pocit únavy a vzniká pocit svěžesti a zotavení.(Možný, 2002).

1.3.5. Socioterapie

Je zaměřena na to, aby se pacient mohl co možná nejlépe začlenit do společnosti takovým způsobem, jak je to pro něj dostupné. Jde o opětovné zařazení do školy, zaměstnání a zvládnutí běžných sociálních požadavků.

V současné době je využíván biopsychosociální pohled na člověka. Jde o paradigma, které je obohacené o sociální, kulturní, duchovní, etickou a ekologickou stránku jednotlivce, který je chápán v celém kontextu společnosti. To znamená, že se snažíme pomoci nemocnému jedinci nejen v otázkách zdraví, ale i ve všech výše zmíněných kontextech. To vše vyžaduje týmový přístup jak odborníků, tak i všech osob, které se podílejí na začleňování pacienta do sociálních skupin (Vágnerová, 2004).

Jestliže se jedná o opětovné zařazení pacienta do společnosti, opíráme se pozitivní využití mezilidských vztahů a důležité jsou společně sdílené činnosti. Je dokázáno, že sociální podpora skupiny má velký vliv na úspěšnou integraci. Prostředky socioterapie jsou cílené sociální učení, programy zaměřené na zlepšení sociálních dovedností a návyků a náhledu na mezilidské vztahy. Velkou pomocí jsou kromě zainteresovaných rodinných příslušníků a přátel také svépomocné skupiny a dobrovolníci.

http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/socioterapie_social_therapy

1.4 Kvalita života

Kvalita života je jedním z nejčastěji používaných pojmů dneška a to nejen v současné medicíně, ale i v každodenním životě. Zvláště dlouhotrvající nemoci a onemocnění psychického rázu velmi výrazně ovlivňují nejen celkový fyzický a psychický stav pacienta, ale i jeho sociální kontakty.

WHO (World Health Organization - Světová zdravotnická organizace) definuje kvalitu života jako „individuální vztah člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům, v daném kulturním, sociálním a enviromentálním kontextu“ (WHO, 2007).

Kvalita života je tedy vnímána jako subjektivní posouzení vlastní životní situace. Je zde zahrnut pocit fyzického i psychického zdraví, společenské uplatnění, náboženství i ekonomické aspekty. Dalšími faktory, které hrají významnou roli jsou věk pacienta, jeho pohlaví, polymorbidita, dále i rodinná situace a kulturní zázemí (Payne, 2005).

Na otázku „Co se rozumí kvalitou života“, odpovídá Křivohlavý: „Kvalita je charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku, např. život jednoho člověka od druhého člověka“ (Křivohlavý, 2002).

Aristoteles říká: „Štěstí je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. Když člověk onemocní, vidí štěstí ve zdraví. Když je v pořádku, jsou mu štěstím peníze“ (Křivohlavý, 2002).

Mluvíme-li o kvalitě života, myslíme tím život jednotlivého člověka a vybíráme z této problematiky jen jednu oblast. Tato problematika je popisována ve třech sférách:

1. V makro-rovině – otázky kvality života velkých společenských celků Tato problematika se stává součástí politické strategie např. boj s hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem. Jde také o investice do infrastruktur, zvláště do zdravotnictví, školství nebo zabezpečení obrany státu atp.
2. V mezo-rovině – otázky kvality života v malých sociálních skupinách jako škole, nemocnici, domově pro seniory, podniku atp. Zde se jedná o to, jak je přijímána morální hodnota života člověka a také, jak je vytvářeno sociální klima, dále otázky vzájemných vztahů mezi lidmi, uspokojování nebo neuspokojování základních životních potřeb členů skupiny.
3. Osobní rovina – otázky osobního- subjektivního hodnocení života jedince ať již jde o hodnocení zdravotního stavu, nebo spokojenosti, nadějí očekávání atp.(Křivohlavý, 2002)

Spokojenost s kvalitou života souvisí také s hierarchií hodnot, protože hodnotový systém patří k nedělitelné součásti člověka jako jedince. Právě hodnoty dělají z jednání člověka kulturní záležitost. Každý hodnotový systém je svou povahou systémem vícefaktorovým a dává tím prostor k různě směřovanému jednání. Hodnotová orientace ovlivňuje volbu a rozhodování člověka a je projevem jeho osobní angažovanosti na určitých hodnotách. Ve vztahu k hodnotám musí člověk vždy uvážít, čeho se má vzdát a co má přijmout, oč má usilovat a na co má rezignovat. (Dorotíková 1998).

Psychologie definuje hodnoty jako něco, čeho se snaží člověk dosáhnout a podle toho, co člověk upřednostňuje, si vytváří svůj žebříček hodnot. Tím se dokazuje, že hodnoty jsou to, co jednoho člověka od druhého nejvíce odlišuje. Hierarchie hodnot poukazuje na jedinečnost člověka. Neexistují dva lidé, kteří by měli hierarchii hodnot naprosto stejnou. Žebříček hodnot není po celý život stálý, ale mění se v závislosti na věku, potřebách, zdravotním a psychickém stavu a sociálních aspektech člověka. Přesto některé hodnoty zůstávají poměrně trvalé po celý život (Křivohlavý, 2006).

Dnes se často setkáváme s termínem „well-being“, který se dá do češtiny přeložit jako duševní pohoda. Znamená to, jak člověk kognitivně a emocionálně vyhodnocuje svůj vlastní život. Pohoda je tedy velice širokým pojetím toho, co je pro člověka důležité. Toto se týká kladných i negativních emocí, afektů i nálad, dále i toho, jak

člověk pohlíží na své plány, očekávání a jejich realizaci. Je vycházeno z údajů, které poskytuje vlastní zkušenost člověka (Křivohlavý, 2004).

Termín „well-being“ je spjat jak s holisticky pojímaným zdravím, tak i s komplexně založeným pojetím životního stylu. Vliv životního stylu na zdraví je velmi aktuálním problémem. Významnou součástí je tělesná zdatnost. Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek jak na psychickou pohodu, protože může příznivě ovlivňovat náladu, sebeúctu, tenzi, úzkost i vnímání strachu (Petr, Šolcová, 2004).

Kvalita života obecně a kvalita života související se zdravotním stavem spolu vzájemně korelují. Vnitřní i vnější faktory, které působí na člověka, ovlivňují jeho postoj k nemoci a tím i pocit životní pohody. Mezi vnitřními faktory jmenuji např. individuální charakteristiky, jako jsou citlivost, motivace, typ osobnosti (Petr, 2004). Také pojem sebeocení hraje velkou roli. Jde o to, jak člověk vidí sebe sama a jak si sám sebe cení. Toto sebehodnocení je výsledkem sebereflexe, to znamená zamýšlení se sama nad sebou, co a jak dělám, o čem přemýšlím a usiluji (Křivohlavý, 2004). Mezi důležité zevní faktory působící na člověka patří: rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima (Petr, 2004).

Rovněž společenské změny mají bezesporu také velmi silný vliv. v posledních desetiletích dochází ke zrychlení životního stylu, bourání starých systémů a tvorbě nových. Na jedné straně vzniká skupina lidí, kteří pociťují spíše individuální přínosy, ale na druhé straně se vytváří také skupina těch, kteří z důvodů různých společenských změn také ztrácejí. Posledních dvacet let lze v České republice charakterizovat jako období zavádění politické svobody, tržní ekonomiky, přílivu zahraničního kapitálu a možnosti svobodného podnikání. Na opačné straně toto období přineslo bankroty firem a nezaměstnanost. Vznikla také sociální nerovnost a prohloubily se rozdíly mezi společenskými vrstvami (Petr, Hnilicová, 2004). Všechny tyto vlivy se odrazily také v životě lidí na Vimpersku, kde došlo k velkým změnám v průmyslové struktuře i v zemědělství. Pacienty psychiatrické ambulance se stali jak lidé nezaměstnaní, tak i mladší podnikatelé, kteří neunesli nápor spojený s touto činností. Taktéž mohu mluvit i o skupině dlužníků nebo jejich rodinných příslušníků.

Velkou skupinu klientů psychiatrické ambulance tvoří lidé vyššího věku. Kvalita života seniorů je často vnímána jako synonymum schopností vést nezávislý život. Metody hodnocení se zaměřují na schopnost provádět samostatně běžné každodenní činnosti (Petr, Dragomirecká, Šelepová 2004). Senioři mají často více somatických onemocnění a psychiatrické onemocnění se k tomu ještě někdy přidává. Tito lidé mají změněné hodnotové schéma, častější pocity bezmocnosti a závislosti na okolí z toho vyplývá zvýšená potřeba jistoty, uznání a lásky, které vyžadují od svých blízkých (Baštecký, 1994). Také různé typy životních událostí a sociální změny ovlivňují kvalitu jejich života seniorů.

V posledních letech se důraz kladený na hodnocení výsledků vyšetření ve zdravotnictví (laboratorní, zobrazovací metody apod.) přesunul na hodnocení a sledování faktorů, které jsou spojeny s léčbou a mají tedy zřejmý dopad na pacienta a tím ovlivňují jeho vnímání kvality života (Petr, 2004).

Z výše uvedeného vyplývá, že ryze medicínská hlediska stavu pacientů je potřeba doplňovat ještě jiným druhem hledisek, která jsou zapotřebí čerpat z širšího pojetí lidské existence. Vždyť se ukazuje, že změny ve zdravotním stavu pacienta, ať jeho zlepšení nebo zhoršení, je zapotřebí vyjadřovat ještě v dalších úhlech pohledu, nežli představují údaje o změnách jeho fyzického nebo duševního stavu. Tím vším se zabývá problematika kvality života (Křivohlavý, 2002).

1.4.1 Přístupy k měření kvality života

Tyto metody můžeme rozdělit do tří skupin

- a) Metody měření kvality života, když tuto kvalitu hodnotí jiná osoba
- b) Metody měření kvality života, když hodnotitelem je sama daná osoba
- c) Metody smíšené, které vznikly kombinací předchozích metod

Mezi metody, kde druhá osoba hodnotí kvalitu života pacienta, patří metoda APACHE (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System). Tato metoda je používán především na jednotkách intenzivní péče v oblasti Spojeného království Velké Británie. Je to přístup, kde se celkový stav pacienta posuzuje podle ryze fyziologických

a patofyziologických kritérií. Výsledkem je jedno číslo v rozmezí 0 – 71 bodů. Čím vyššího čísla je dosaženo, tím větší je pravděpodobnost úmrtí pacienta.

Další metodou je Karnofskyho index. Tento index stanoví lékař a vyjadřuje jím svůj názor na celkový zdravotní stav klienta k danému datu. Výsledek je vyjádřen v procentech a to 100 % je normální stav bez obtíží a 0 % je klientova smrt.

Metodou, tentokrát více globálně zaměřenou je vizuální škálování celkového stavu klienta. Tentokrát je porovnávána kvalita pacientova života více jako zhodnocení jeho celkového stavu, než jako soubor jeho zdravotních problémů. Tato metoda je nazývána VAS (Vizual Analogus Scale). Je vyjádřena úsečkou 10 cm dlouhou vodorovnou nebo lépe stoupající v úhlu 45 s označenými dvěma extrémy. Extrém vlevo dole vyjadřuje, že celkový stav klientův je velice špatný a extrém vpravo nahoře vyjadřuje naopak stav velmi dobrý. Hodnotitelem je tentokrát lékař, ale i zdravotní sestra či rodinný příslušník klienta. Kritikou této metody je poznatek, že hodnocení může být velice subjektivní a rozdíly v hodnocení mohou být až diametrálně odlišné.

Symbolické vyjádření kvality života bylo zavedeno do našich nemocnic jako „normalizované“ hodnocení pacientova života. Jde zvláště o hodnocení samoobslužnosti klienta, o jeho schopnost komunikace s ošetřujícím personálem a jeho celkový psychický stav. Princip zápisu a hodnocení byl pomocí křížků. Čím více křížků, tím je vyjádřena horší kvalita života pacienta.

Pokrokem ve snaze o vyjádření kvality života můžeme považovat zavedení slovně formulovaných kritérií. Za příklad uvádím Index kvality života ILF. Zde byla předem stanovena kritéria a to např. sebeobslužnost pacienta, jeho sociální opora, jeho emocionální stav a bolesti, zvládání těžkostí, které jsou spojené s onemocněním atp.

V různých způsobech hodnocení kvality života docházelo ke značným rozdílům, a proto vznikla potřeba vytvořit metodu, která bude zaměřena na subjektivní hodnocení kvality života. k nejrozšířenějším metodám, kdy hodnotitelem je daná osoba, můžeme zařadit metodu SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Live – Systém individuálního hodnocení života). Zde se zjišťuje kvalita života a nejsou kladena předem kritéria, která by stanovila „co je správné a žádoucí“. Metoda vychází z osobních představ dotazovaného, na tom, co on sám považuje za důležité a do jaké

míry je spokojen. Základními údaji jsou výpovědi dané osoby, která sama definuje kvalitu života a hodnotí. Záleží na jejím vlastním systému hodnot, určování aspektů života, které se mohou v průběhu života měnit. Metoda se snaží rozpoznat v rozhovoru s danou osobou. Názory a přesvědčení jsou následně analyzovány (Křivohlavý, 2002).

Dotazník HRQoL (Health Related Quality of Life) je v současnosti jedním z nejvíce používaných dotazníků, zejména dotazník SF-36. Zde je možno hodnotit výsledky zdravotních a sociálních intervencí v 8 kategoriích: Fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví (Petr, 2004).

Jsou tři typy dotazníků HRQoL které zjišťují kvalitu života:

1. Global assesement – je gloální hodnocení, poskytuje všeobecné zhodnocení kvality života. Nevýhodou je, že nelze zjistit postižení v jednotlivých oblastech, jako jsou např. fyzikální nebo emoční.
2. Generic – tento typ umožňuje zjistit podrobnosti, ale i rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami. Také umožňuje zjistit, jak jednotlivé nemoci mohou ovlivnit kvalitu života
3. Specifik – je specifický pro určitou nemoc a umožňuje hodnotit vývoj stavu nemoci v čase.

Mezi smíšené metody řadíme metodu MANSA (Manchester Short Assesment of Quality of Life). Jde o krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchestru.. Zde je hodnocena nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem definovaných dimenzí života (vlastní zdravotní stav, finanční situace, rodinné vztahy, sociální vztahy, účast na aktivitách volného času atd.). k hodnocení těchto dimenzí života je používána metodika LSS (Life Satisfaction Scale – Škála životního uspokojení), kterou můžeme najít v metodě MANSA ve variaci LqoLP (Lancashire Quality of Life Profile). Cílem této metody je zjistit obraz kvality života určitého člověka tak, jak se mu jeví v daný okamžik (Křivohlavý, 2002).

2. Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Hlavním cílem předkládané bakalářské práce je mapovat kvalitu života klientů psychiatrické ambulance, kteří trpí neurotickými a stresovými poruchami a vyhodnotit skóre kvality života u zkoumaného souboru.

Problematika pacientů s úzkostnými poruchami je velice složitá, protože je jejich onemocnění do značné míry omezuje v jejich životě. v současné době stoupá počet klientů psychiatrické ambulance a je zapotřebí se zamýšlet nad tím, co na pacienta působí, co jej ovlivňuje, čím bychom mu mohli pomoci, jak může v léčbě a rehabilitaci spolupracovat také rodina nebo známí pacienta. Pacienta tak musíme vnímat v celém jeho bio - psycho- sociálním kontextu.

Rámec kvality života tvoří vedle fyzického a psychického zdraví také materiální zabezpečení, rodina, přátelé, dobré zaměstnání, možnost dalšího vzdělávání a využití volného času, ekologické životní prostředí a podobně. Kvalita života je pojmem velmi subjektivním a individuálním. Je podmíněna různými potřebami a požadavky v různém časovém období pro každého jednotlivce. Celkově se ale požadavky na kvalitu života stupňují a je velmi důležité, aby i klienti psychiatrické ambulance prožívali plnohodnotný život, ve kterém by byly v co největší míře saturovány všechny jejich fyzické, psychické, sociální a spirituální potřeby.

2.2 Výzkumné otázky

1. Cítí se klienti psychiatrické ambulance ve společnosti stigmatizováni?
2. Zda a jakým způsobem se zlepšila kvalita života u zkoumaného souboru v porovnání se začátkem léčby.

3. Metodika

3.1. Charakteristika sledovaného souboru respondentů

Výzkum byl realizován v psychiatrické ambulanci ve Vimperku, jejíž klienti jsou z Vimperska, Prachaticka a části Strakonicka. Proběhl v měsících leden – březen 2010. Respondenti byli obojího pohlaví. Protože pacienty s úzkostnými poruchami jsou převážně ženy, tvořily výzkumný vzorek z větší části převážně ony. Celkem bylo zapojeno 100 respondentů, z toho 70 žen a 30 mužů.

3.2 Metoda SEIQoL

Pro zmapování kvality života byl proveden kvalitativní výzkum metodou SEIQoL. Výzkumný koncept SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) je program, který se zabývá hodnocením individuálně chápané kvality života.

Pojetí kvality života určité osoby závisí na jejím subjektivním systému hodnot, který je při měření kvality života zjišťován během rozhovoru a naprosto respektován. Při tomto strukturovaném rozhovoru je daná osoba požádána, aby uvedla pět životních cílů, které ona sama považuje v danou chvíli za nejdůležitější. Uvádí se pouze pět cílů, jestliže je uvedeno více, bereme v úvahu pouze prvních pět uvedených.

Dále u každého cíle uvádí daná osoba i míru uspokojování s tímto podnětem a to v procentech, kde dolní hranice („nejsem vůbec spokojen/a/ s daným cílem“) je rovna 0 % a horní hranice (jsem zcela – úplně spokojen/a/ s dosahováním daného cíle“) je rovna 100 %“.

U každého životního cíle je ještě dotazovanou osobou vyjádřena míra důležitosti a to tak, že u všech uvedených pěti témat je k dispozici pouze celkem 100%. Daná osoba má za úkol rozdělit těchto 100% mezi všechna uvedená témata podle toho, jak moc je to či ono téma pro ni důležité (Křivohlavý, 2003).

„Vyhodnocení SEIQoL se provádí tak, že se u každého tématu násobí jeho důležitost mírou spokojenosti. Výsledná hodnota se rovná součtu takto zjištěných

součinů pro všech pět řádek. Tento součet se dělí stem, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí od 0 do 100“ (Křivohlavý, 2003, s. 247).

3.3 Charakteristiky dotazníku

Dotazník byl sestaven specificky pro účel výzkumu a obsahoval celkem 25 otázek. Otázky byly formulovány tak, aby byly srozumitelné. Úvodní otázky byly identifikační, týkaly se pohlaví, věku, dosaženého vzdělání a rodinného stavu. Další otázky byly zaměřené na psychiatrickou péči a na její délku a na to, zda se pacienti psychiatrické ambulance cítí být ve společnosti stigmatizováni. Poslední otázky porovnávaly stav pacientů před začátkem léčby a jejich současným stavem. Celkem 23 otázek bylo uzavřených, zbylé 2 byly polouzavřené. Respondenti vyplňovali dotazník samostatně po předchozí instrukci.

3.4. Sběr a způsob zpracování dat

Návratnost dotazníků byla 100%, protože jsem se před předáním dotazníků pacientů nejprve dotázala, zda budou souhlasit s prováděným výzkumem. Vyplněné dotazníky byly vhozeny tentýž den anonymně do zapečetěné schránky. Důvodem vysoké návratnosti je také skutečnost, že sama již 18 let pracuji na psychiatrické ambulanci a pacienti mě velmi dobře znají.

Zjištěná data byla vyhodnocena procentuálně. Zpracování výsledků výzkumu bylo realizováno Microsoft Excel pomocí výsečových grafů. Výsledná čísla byla uvedena v procentech.

Data uvedená v dotazníku SEIQoL (viz příloha č. 2) byla zpracována a vyhodnocena pomocí tabulkového procesoru.

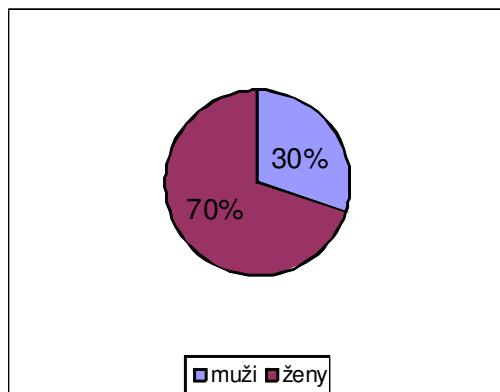
4. Výsledky

4.1 Výsledky vlastního dotazníku

Otázka č. 1.: Jste muž nebo žena?

Soubor obsahuje 100 respondentů, z toho 30 mužů (30 %) a 70 žen (70 %)

Graf 1: Pohlaví respondentů

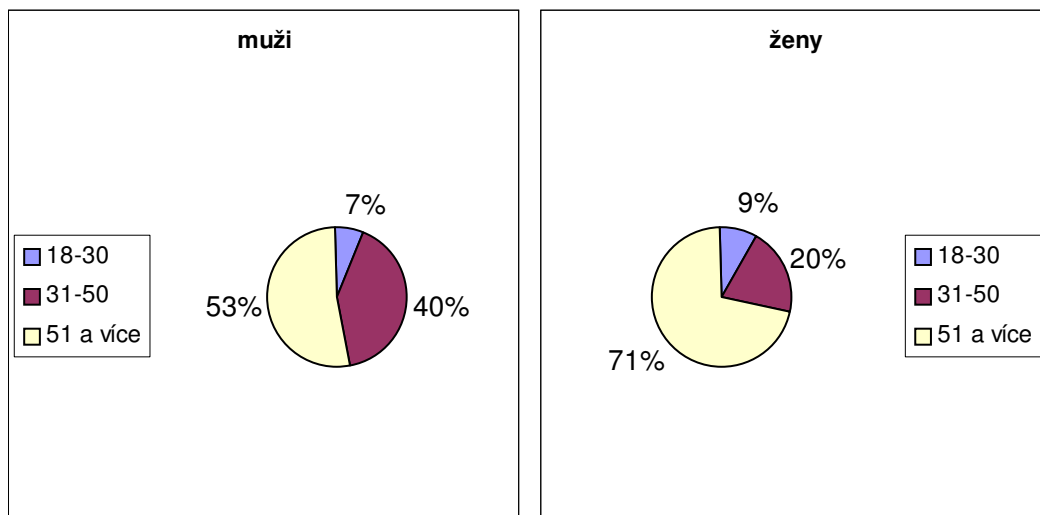


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2. : Jaký je Váš věk?

Z celkového počtu 30 ti mužů byli 2 ve věku 18 – 30 let (7 %), 12 ve věku ve věku 31 – 50 let (40%) a 16 ve věku 51 let a více (53%). z celkového počtu 70 ti žen bylo 6 žen ve věku 18 – 30 let (9%), 14 ve věku 31 – 50 (20%) a 50 ve věku 51 a více (71%).

Graf 2 : Věk respondentů

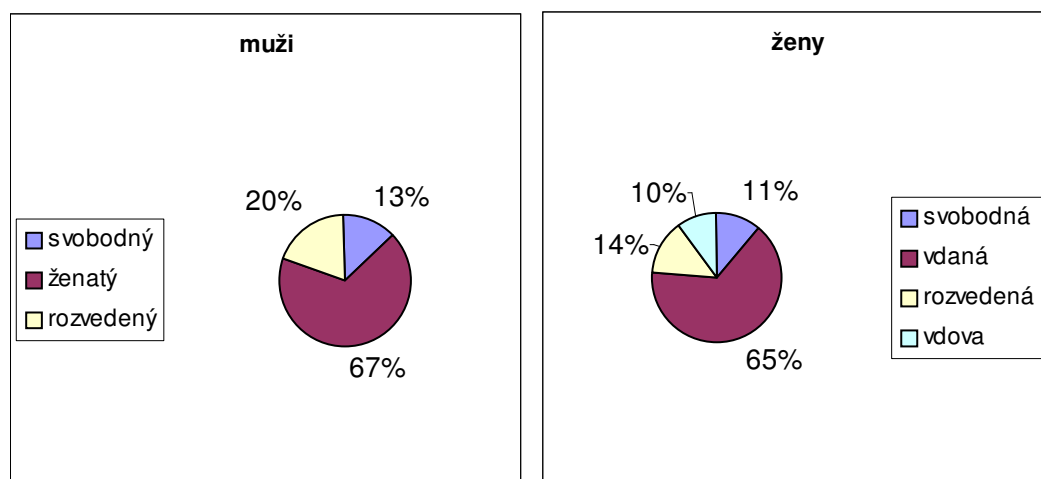


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 3. : Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Z celkového počtu 30 ti mužů mělo 17 základní vzdělání (57%), 10 středoškolské (33%) a 3 vysokoškolské (10%). z celkového počtu 70 ti žen mělo 39 žen základní vzdělání (55%), 28 středoškolské (39%) a 4 vysokoškolské (6%).

Graf 3 : Dosažené vzdělání

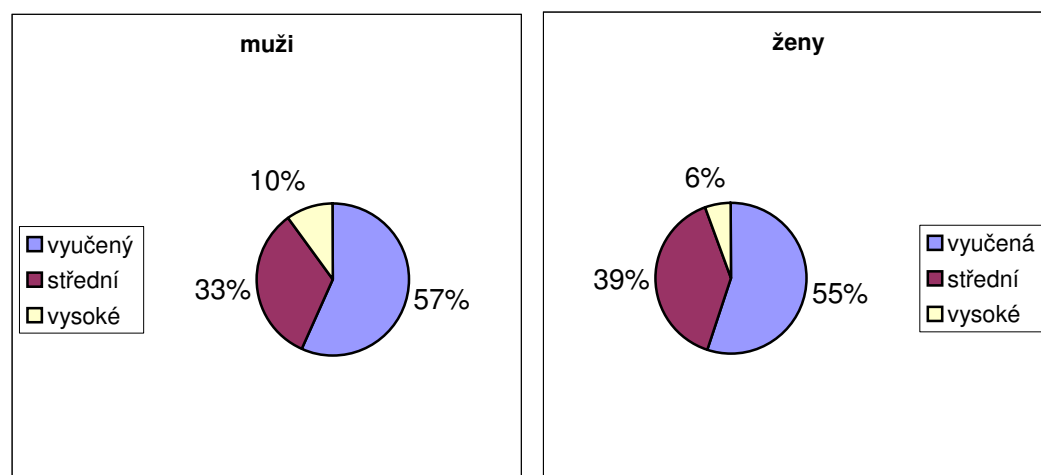


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 4. : Jaký je Váš rodinný stav?

Z celkového počtu 30 ti mužů byli 4 svobodní (13%), 20 ženatých (67%) a 6 rozvedených (20%). z celkového počtu 70 ti žen bylo 8 svobodných (11%), 45 vdaných (65%), 10 rozvedených (10%) a 7 vdov.

Graf 4 : Rodinný stav

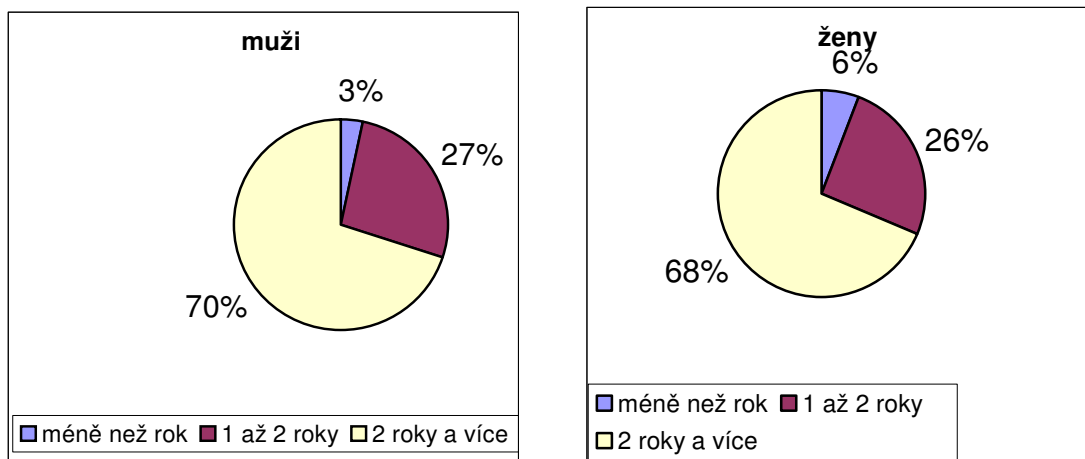


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 5. : Jak dlouho trpíte potížemi?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: méně než 1 rok 1 muž (3%), 1-2 roky 8 mužů (27%) a více než 2 roky 21 mužů (70%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo méně než 1 rok 4 ženy (6%), 1-2 roky 18 žen (26%) a více než 2 roky 48 žen (68%).

Graf 5 : Délka trvání potíží

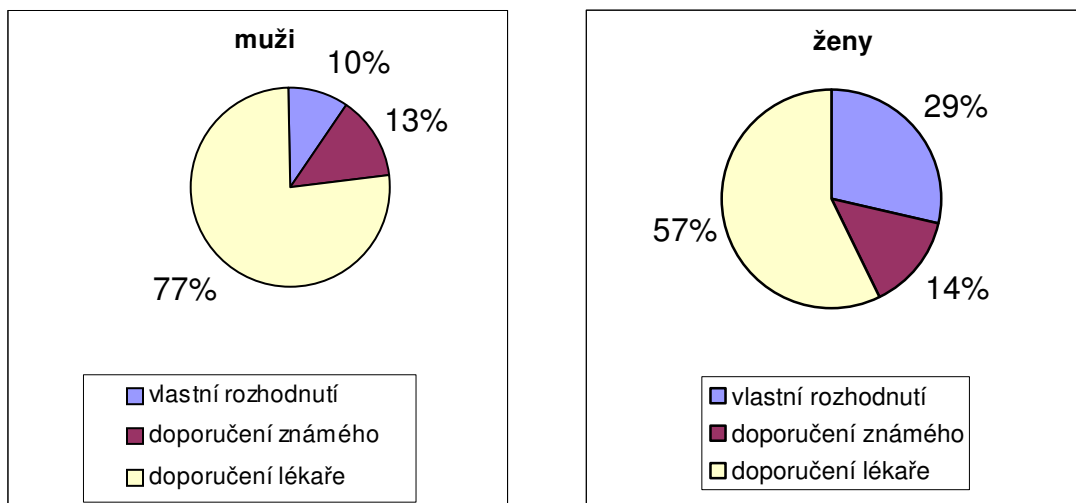


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 6. : Na základě čeho jste se rozhodl/a navštívit psychiatra?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: na základě vlastního rozhodnutí 3 muži (10%), na doporučení známého 4 muži (13%) a na doporučení lékaře 23 mužů (77%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: na základě vlastního rozhodnutí 20 žen (29%), na doporučení známého 10 žen (14%) a na doporučení lékaře 40 žen (57%).

Graf 6 : Odpověď respondentů na otázku na základě čeho se rozhodli navštívit psychiatra.

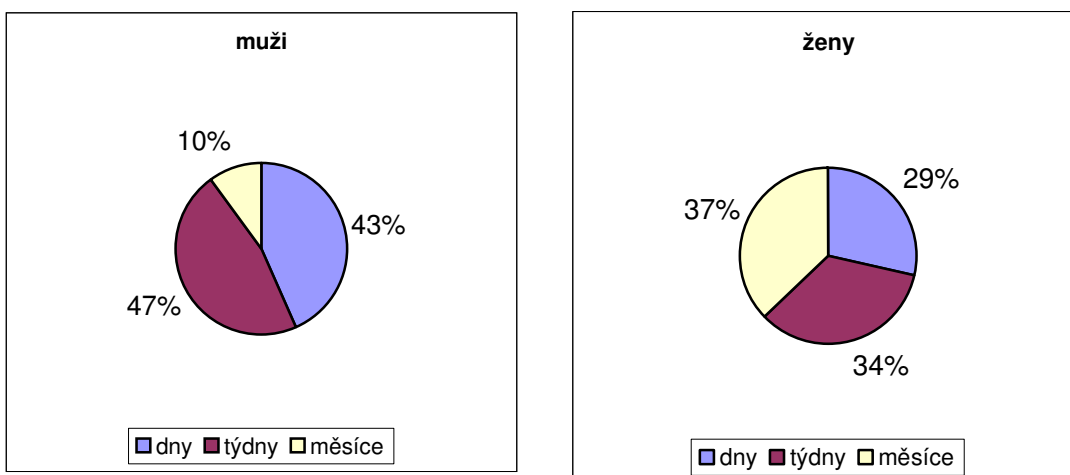


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 7. : Jak dlouho trvalo, než jste se odhodlal/a navštívit psychiatra?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: dny 13 mužů (43%), týdny 14 mužů (47%) a měsíce 3 muži (10%). z celkového počtu 70 žen odpovědělo: dny 20 žen (29%), týdny 24 žen (34%) a měsíce 26 žen (37%).

Graf 7 : Odpověď respondentů na otázku jak dlouho trvalo, než se odhodlali navštívit psychiatra.

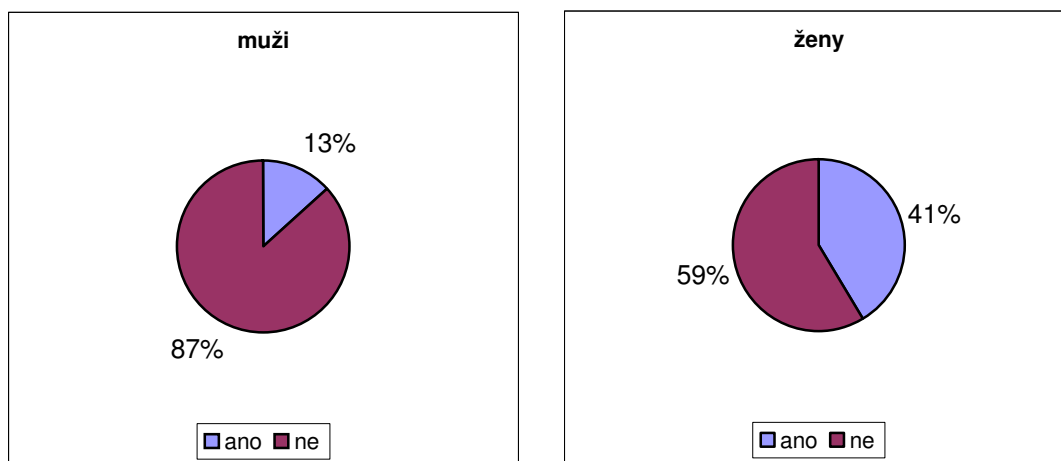


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 8. : Měl/a jste zábrany podstoupit psychiatrickou péčí?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: 4 ano (13%) a 26 ne (87%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo 29 ano (41%) a 41 ne (59%).

Graf 8: Odpověď respondentů na otázku zda měli zábrany podstoupit psychiatrickou péčí.

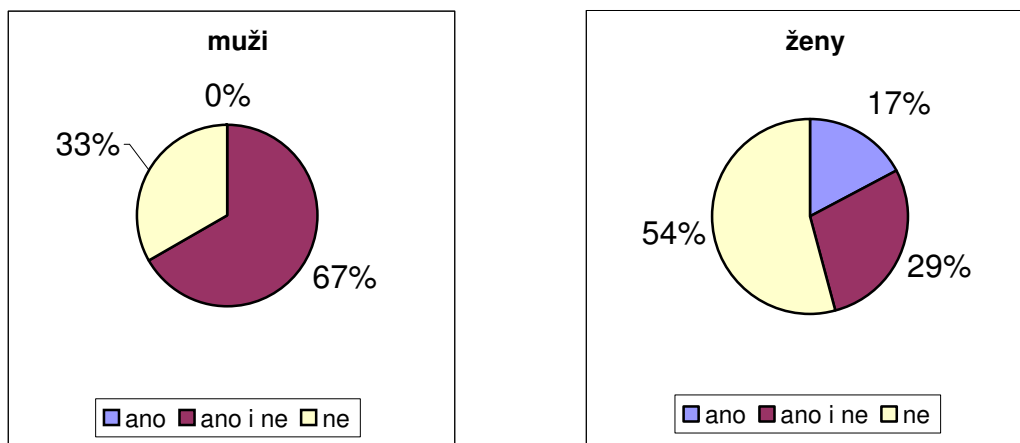


Zdroj. Vlastní výzkum.

Otázka č. 9.: Stydíte se před svými známými za to, že jste v psychiatrické péči?

Na otázku celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ano 0 (0%), ano i ne 20 mužů (67%) a ne 10 mužů (33%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo ano 12 žen (17%), ano i ne 20 žen (29%) a ne 38 žen (54%).

Graf 9 : Odpověď respondentů na otázku zda se stydí před známými za to, že jsou v psychiatrické péči

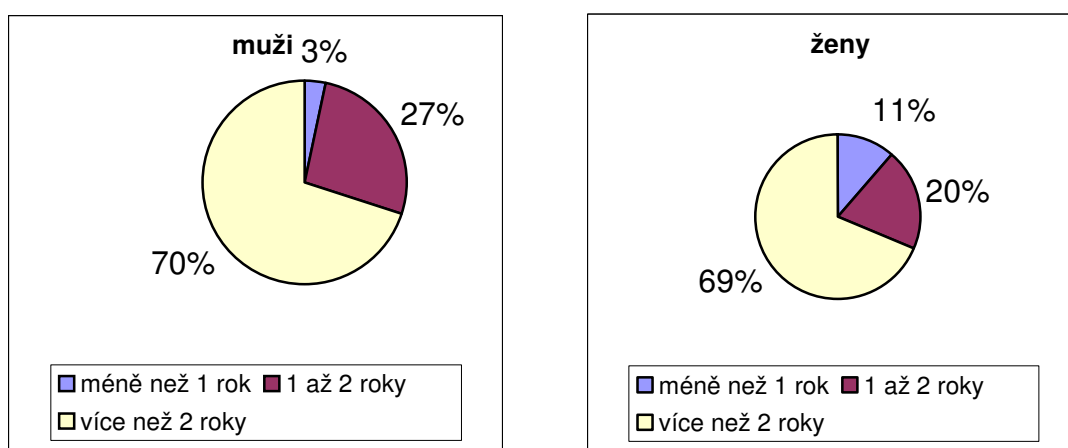


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 10.: Jak dlouho jste v péči psychiatra?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: méně než rok 1 (3%), 1 -2 roky 8 mužů (27%) a více než 2 roky 21 mužů (70%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: méně než 1 rok 8 žen (11%), 1 -2 roky 14 žen (20%) a déle než 2 roky 48 žen (69%).

Graf 10: Odpověď respondentů na otázku jak dlouho jsou v péči psychiatra

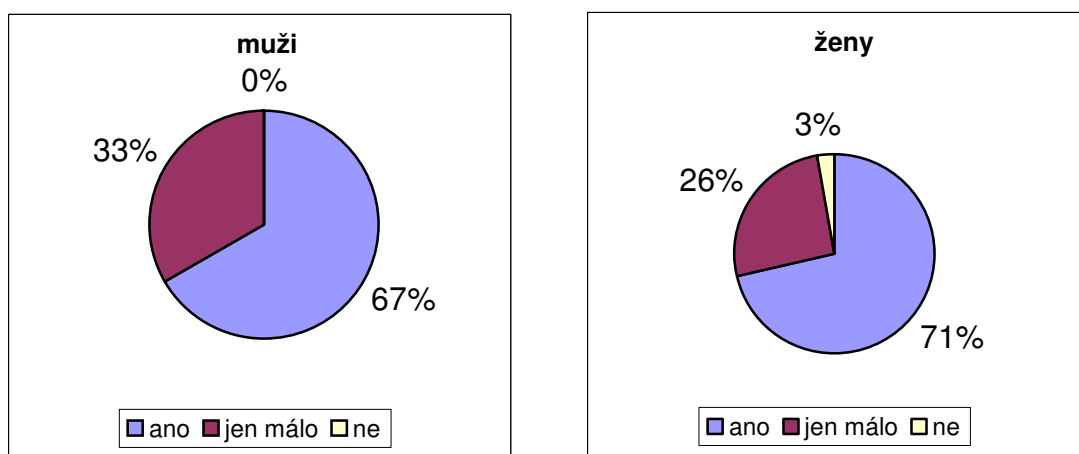


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 11. : Máte přátele, kteří vám pomůžou v případě potřeby?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ano 20 mužů (67%), jen málo 10 mužů (33%) a ne 0 mužů (0%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: ano 50 žen (71%), jen málo 18 žen (26%) a ne 2 ženy (3%).

Graf 11: Odpověď respondentů na otázku zda mají přátele, kteří jim pomohou v případě potřeby

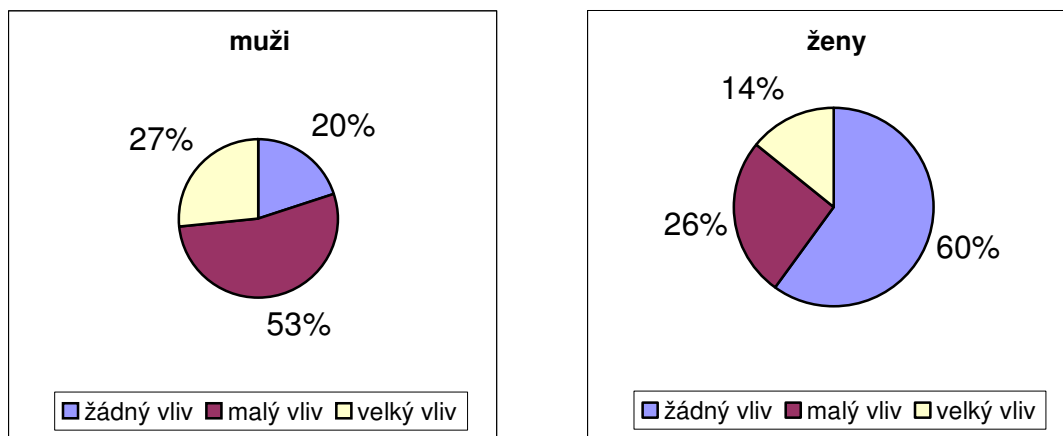


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 12.: Jaký vliv má vaše nemoc na vaše kontakty s okolím?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: žádný 6 mužů (20%), malý vliv 16 mužů (53%) a velký vliv 8 mužů (27%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo žádný 42 žen (60%), malý vliv 18 žen (26%) a velký vliv 10 (14%).

Graf 12: Odpověď respondentů na otázku jaký vliv má jejich nemoc na kontakty s jejich okolím

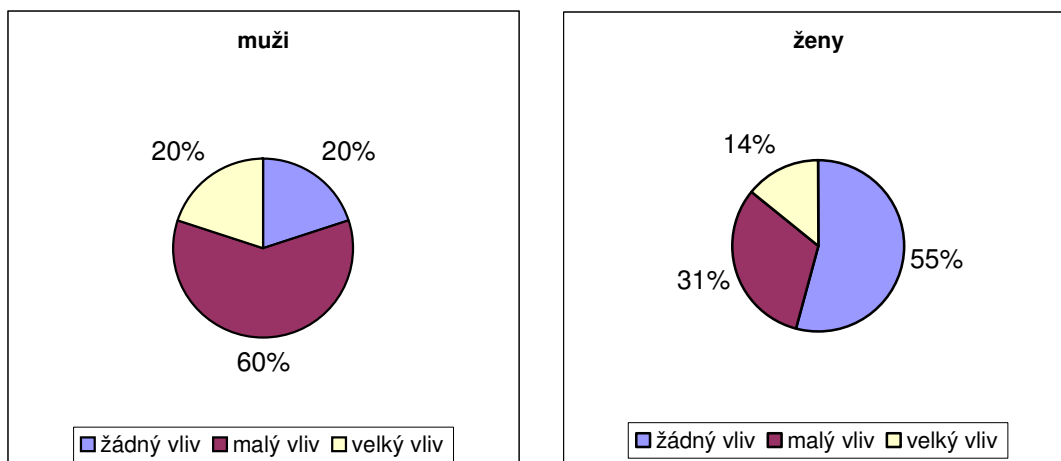


Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 13.: Jaký vliv mají vaše zdravotní problémy ve vašem zaměstnání?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: žádný vliv 6 mužů (20%), malý vliv 18 mužů (60%) a velký vliv 6 mužů (20%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: žádný vliv 42 žen (55%), malý 18 žen (31%) a velký vliv 10 žen (14%).

Graf 13: Odpověď na otázku jaký vliv mají vaše zdravotní problémy ve vašem zaměstnání

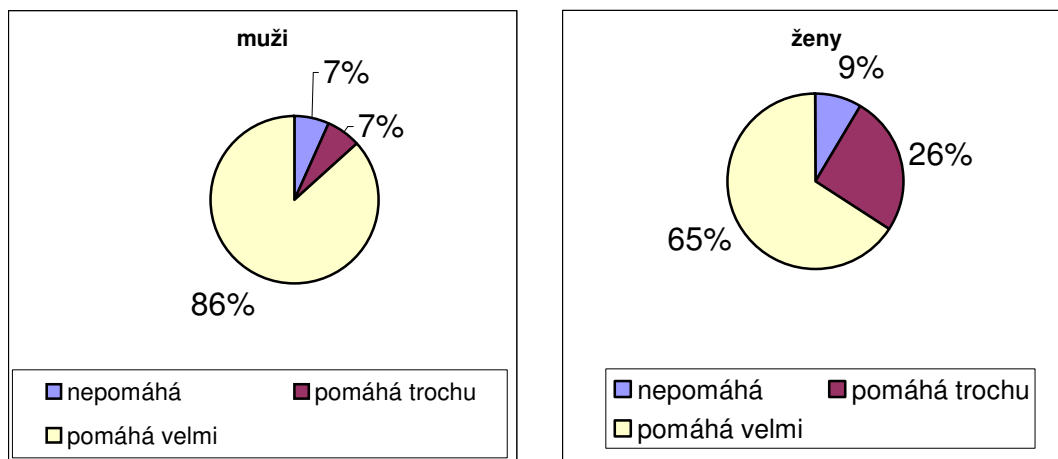


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 14.: Jak vám pomáhá vaše rodina?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: nepomáhá 2 muži (7%), pomáhá trochu 2 muži (7%) a pomáhá velmi 26 mužů (86%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: nepomáhá 6 žen (9%), pomáhá trochu 18 žen (26%) a pomáhá velmi 46 žen (65%).

Graf 14: Odpověď na otázku, zda jim pomáhá jejich rodina

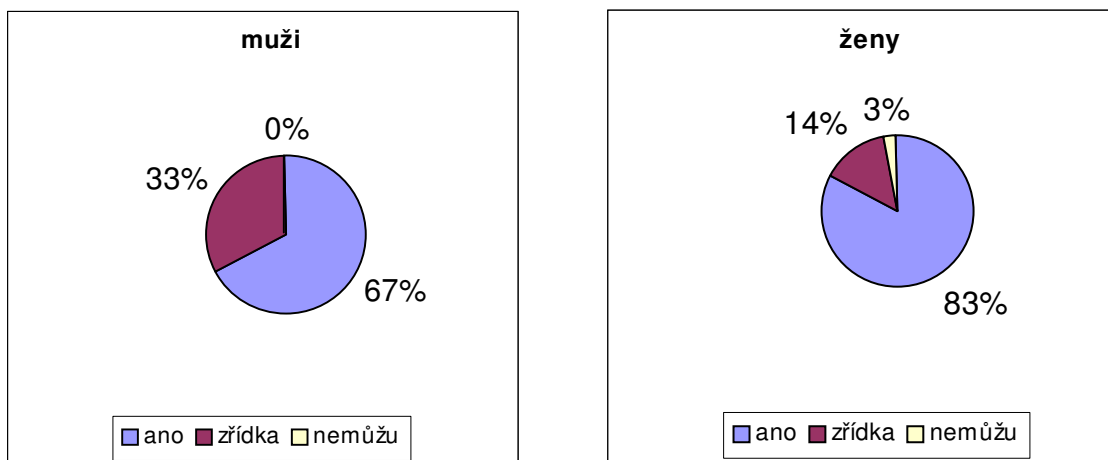


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 15.: Můžete se věnovat svým zálibám?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ano 20 mužů (67%), zřídka 10 mužů (33%) a nemůžu 0 mužů (0%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: ano 58 žen (83%), zřídka 10 žen (14%) a ne 2 ženy (3%).

Graf 15: Odpověď na otázku, zda se mohou věnovat svým zálibám

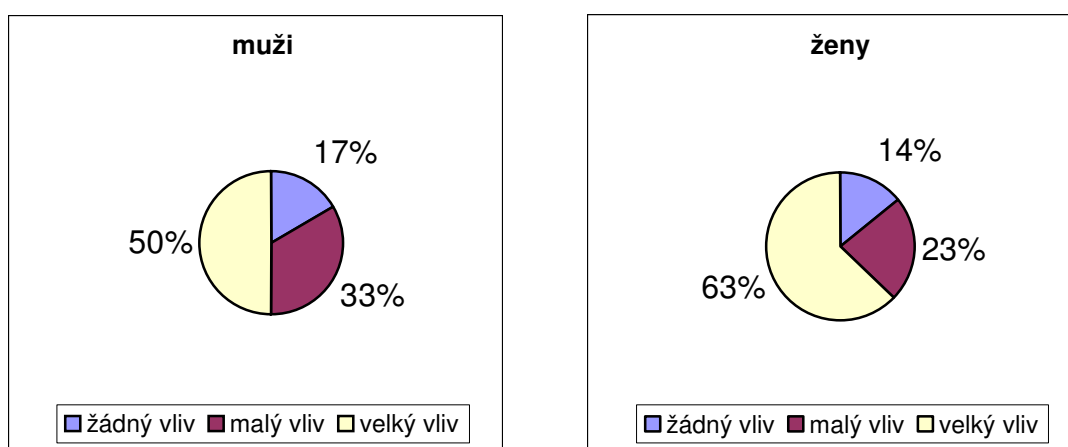


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 16.: Jak velký vliv má váš zdravotní stav na vaši finanční situaci?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: nemá vliv 5 mužů (17%), má malý vliv 10 mužů (33%) a má velký vliv 15 mužů (50%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: nemá vliv 10 žen (14%), má malý vliv 16 žen (23%) a má velký vliv 44 žen (63%).

Graf 16: Odpověď na otázku, jak velký vliv má váš zdravotní stav na vaši finanční situaci

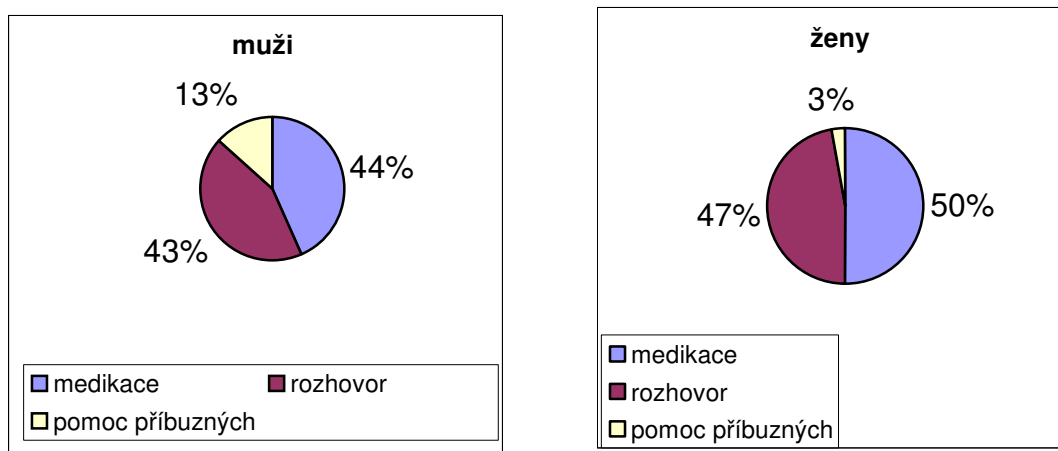


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 17.: Co nejvíce zlepšilo kvalitu vašeho života po zahájení psychiatrické léčby?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: medikace 13 mužů (43,5%), rozhovor se zdravotnickým personálem 13 mužů (43,5%) a pomoc příbuzných a okolí 4 muži (13%), z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo medikace 35 žen (50%), rozhovor se zdravotnickým personálem 33 žen (47%) a pomoc příbuzných a okolí 2 ženy (3%).

Graf 17: Odpověď na otázku, co nejvíce zlepšilo kvalitu vašeho života

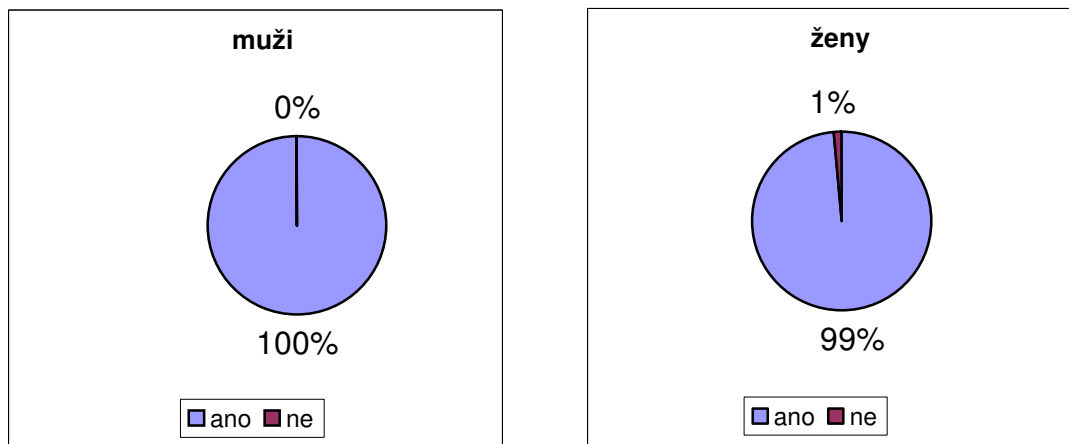


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 18.: Jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo ano 30 mužů (100%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo ano 69 žen (99%).

Graf 18: Spokojenost s dostupností zdravotní péče

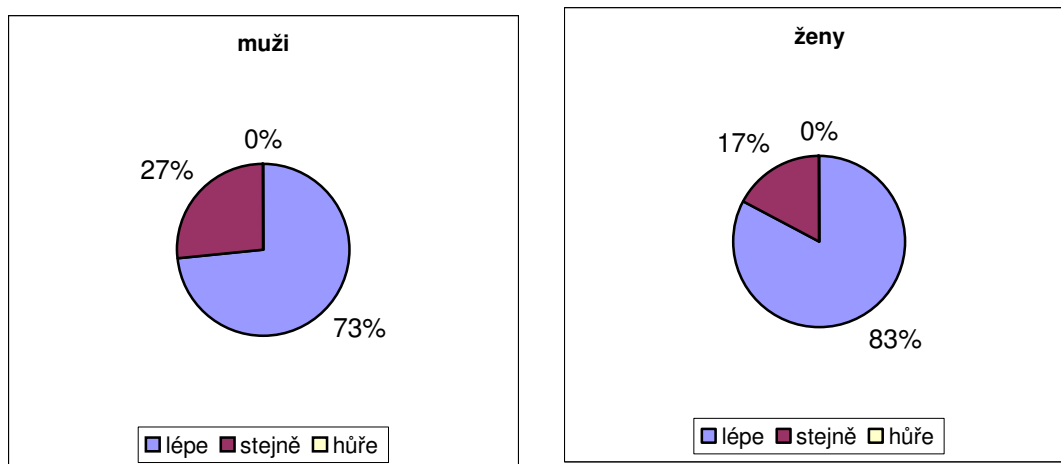


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 19.: Jak se cítíte v porovnání se začátkem léčby?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: lépe 22 mužů (73%), stejně 8 mužů (27%), hůře 0 mužů. z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: lépe 58 žen (83%), stejně 12 žen (17%) a hůře 0 žen.

Graf č. 19: Odpověď na otázku, jak se cítíte v porovnání se začátkem léčby

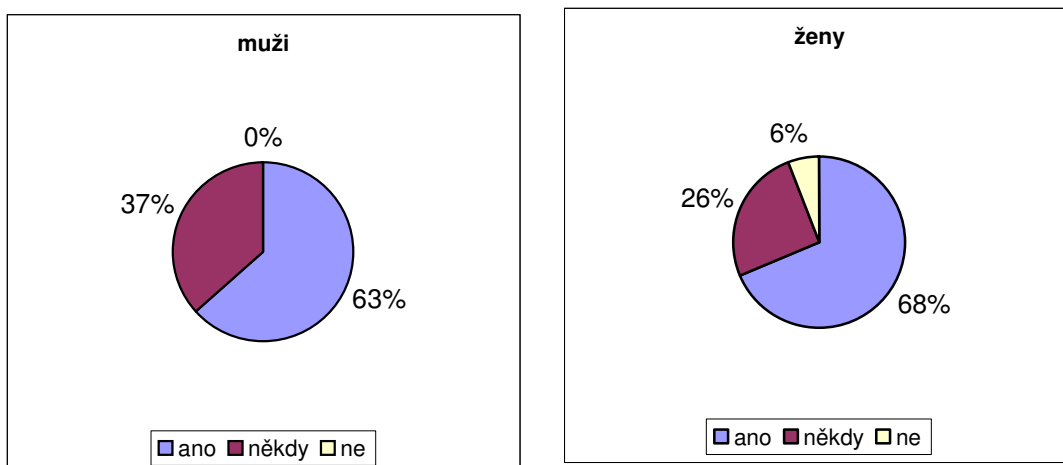


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 20.: Zlepšila se vám kvalita spánku?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ano 19 mužů (63%), někdy 11 mužů (37%) a ne 0 mužů. z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: ano 48 žen (68%), někdy 18 žen (26%) a ne 4 ženy (6%).

Graf 20: Odpověď na otázku, zda se zlepšila kvalita spánku

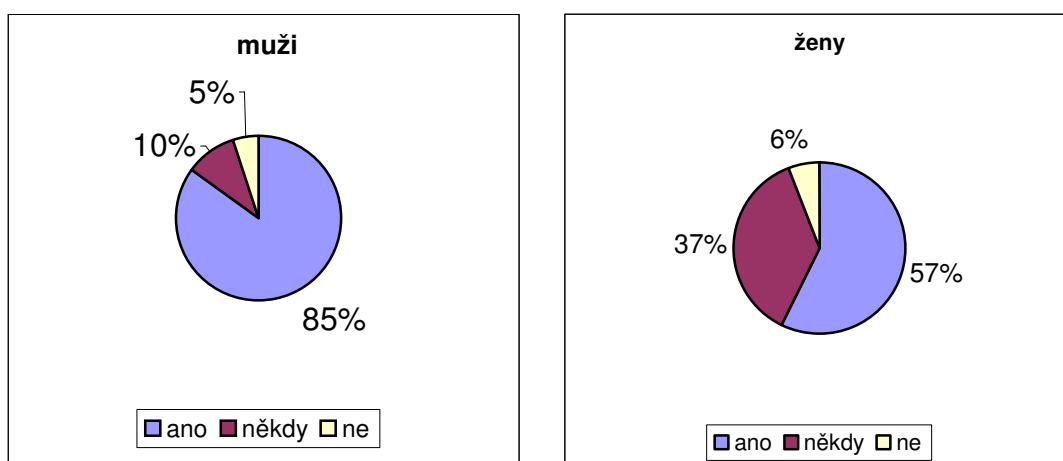


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 21.: Máte více energie v porovnání se začátkem léčby?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ano 26 mužů (85%), někdy 3 muži (10%) a ne 1 muž (5%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: ano 40 žen (57%), někdy 26 žen (37%) a ne 4 ženy (6%).

Graf 21: Odpověď na otázku, máte více energie v porovnání se začátkem léčby

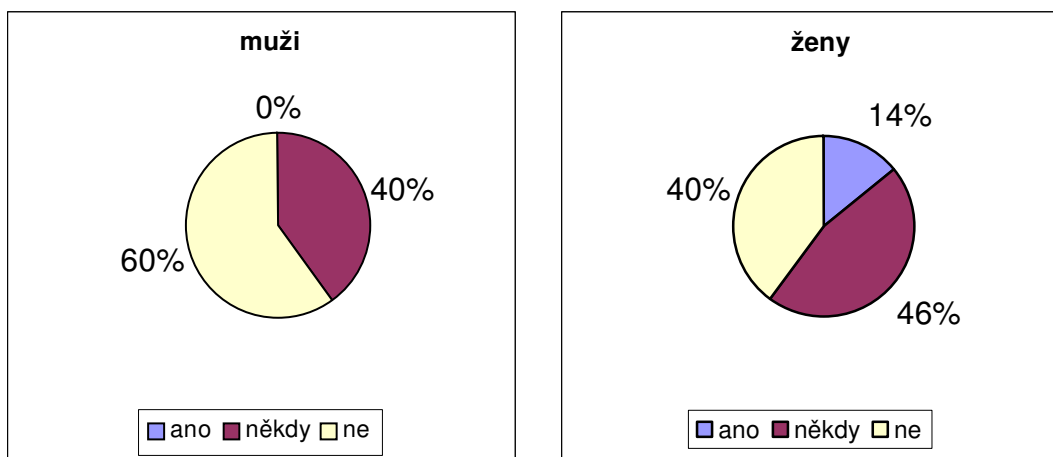


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 22.: Pronásledují vás pocity strachu nebo úzkosti?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ano 0 mužů, někdy 16 mužů (40%) a ne 24 mužů (60%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo: ano 10 žen (14%), někdy 32 žen (46%) a ne 28 žen (40%).

Graf 22: Odpověď na otázku pronásledují Vás pocity strachu nebo úzkosti

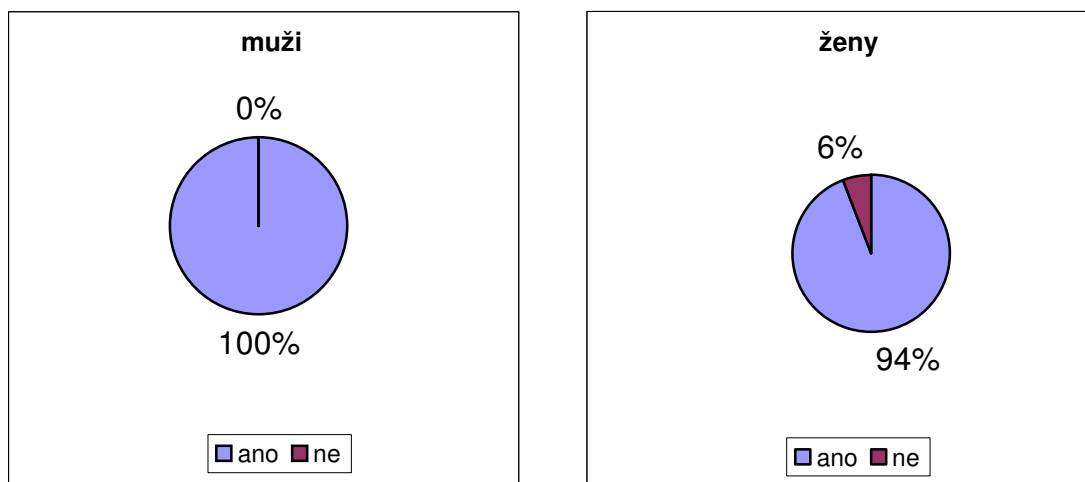


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 23.: Dokážete se zaradovat a z čeho?

Na tuto z celkového počtu 30 mužů odpovědělo 30 ano (100%) a z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo ano 66 žen (94%) a 4 ženy ne (6%).

Graf 23: Odpověď na otázku, zda se dokážete zaradovat a z čeho



Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka 1 - Důvody radosti

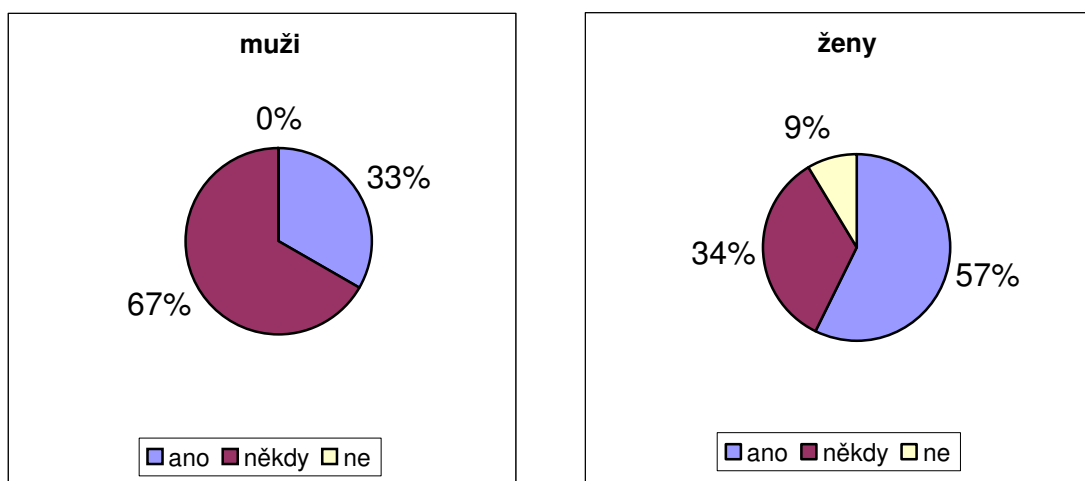
Ženy	Muži
1. vnoučata	1. setkání s kamarádem
2. nepřítomnost bolest	2. úspěch dětí
3. krásný den	3. sport
4. hezká květina	4. hezké počasí
5. maličkosti	5. zahrádka

Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka č. 24.: Zlepšila se vám schopnost soustředit se?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ano 10 mužů (33%), někdy 20 mužů (67%) a ne 0 mužů. z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo ano 40 žen (57%), někdy 24 žen (34%) a ne 6 žen (9%).

Graf 24: Odpověď na otázku, zda se zlepšila schopnost se soustředit

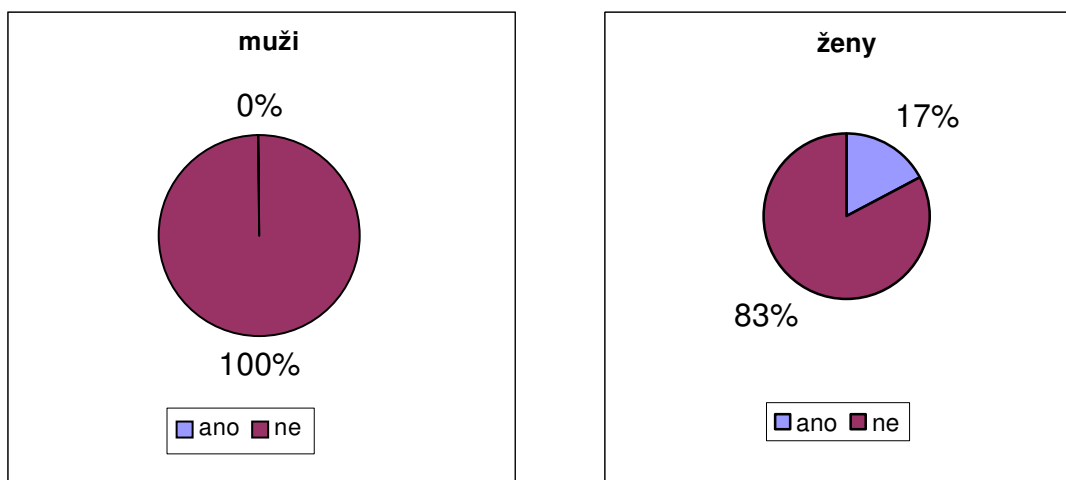


Zdroj: Vlastní výzkum.

Otázka č. 25.: Pláчете častěji než dříve?

Na otázku z celkového počtu 30 ti mužů odpovědělo: ne 30 mužů (100%). z celkového počtu 70 ti žen odpovědělo ne 58 žen (83%) a ne 12 žen (17%).

Graf 25: Odpověď na otázku, zda pláчете častěji než dříve



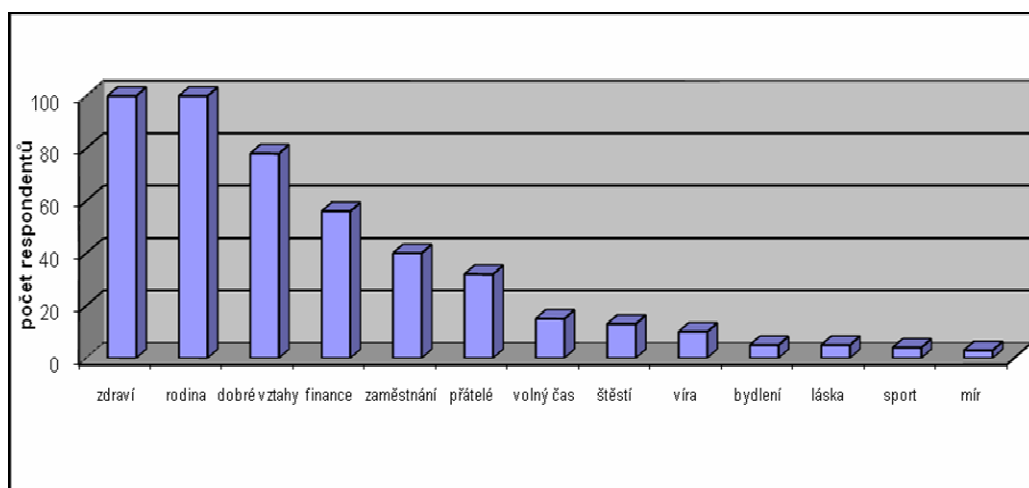
Zdroj: Vlastní výzkum.

4.2 Výsledky SEIQoL

Ve výzkumné skupině bylo zastoupeno 30 mužů a 70 žen, všichni byli klienty psychiatrické ambulance a s výzkumem souhlasili. Vedla jsem s nimi polořízený

rozhovor a byla překvapená, jak vstřícně spolupracovali. Všichni ochotně a zodpovědně odpovídali a zamýšleli se nad prioritami svého života, jejich důležitostí a mírou naplnění. Každý dotazovaný uvedl 5 priorit ve svém životě. Na dalším grafu uvádím, jaké priority byly zmiňované nejčastěji u celého sledovaného souboru.

Graf 26: Nejčastěji zmiňované priority



Zdroj: Vlastní výzkum

Kvalitu života vypočítáme podle metody SEIQol tak, že u 5 ti životních priorit vynásobíme uvedené procento důležitosti uvedeným procentem spokojenosti a výsledné součiny sečteme a vydělíme 100. v tabulce č. 2 uvádím příklad výpočtu.

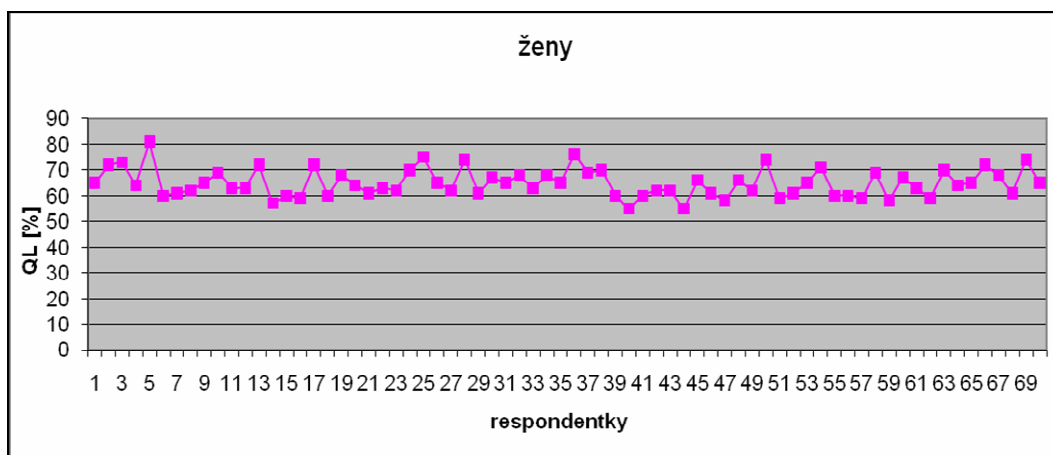
Tabulka 2 - Příklad výpočtu QL metodou SEIQoL. Žena, věk 53

priorita	důležitost	spokojenost
Zdraví	65%	70%
Rodina	20%	80%
Finance	7%	50%
Přátelé	5%	50%
Volný čas	3%	50%

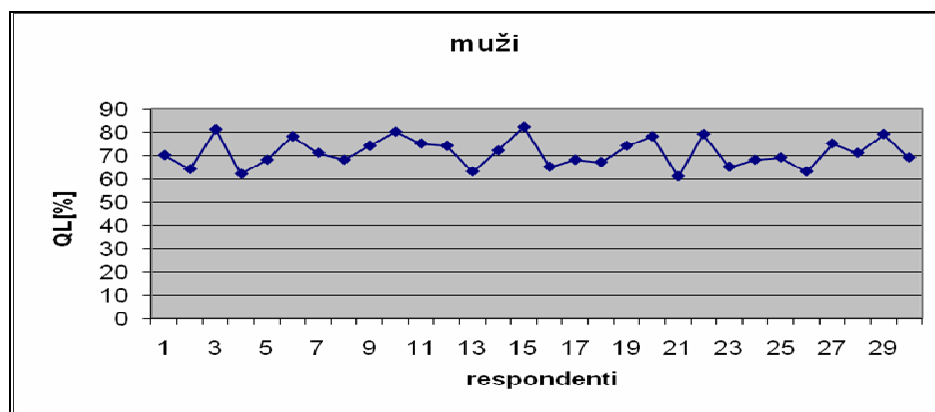
$$QL = (65 \times 70 + 20 \times 80 + 7 \times 50 + 5 \times 50 + 3 \times 50) / 100 = (4550 + 1600 + 350 + 250 + 150) / 100 = 69\%$$

Na dalších dvou grafech uvádím vypočtené hodnoty kvality života pro ženy a muže z výzkumného souboru.

Graf 27: QL ženy



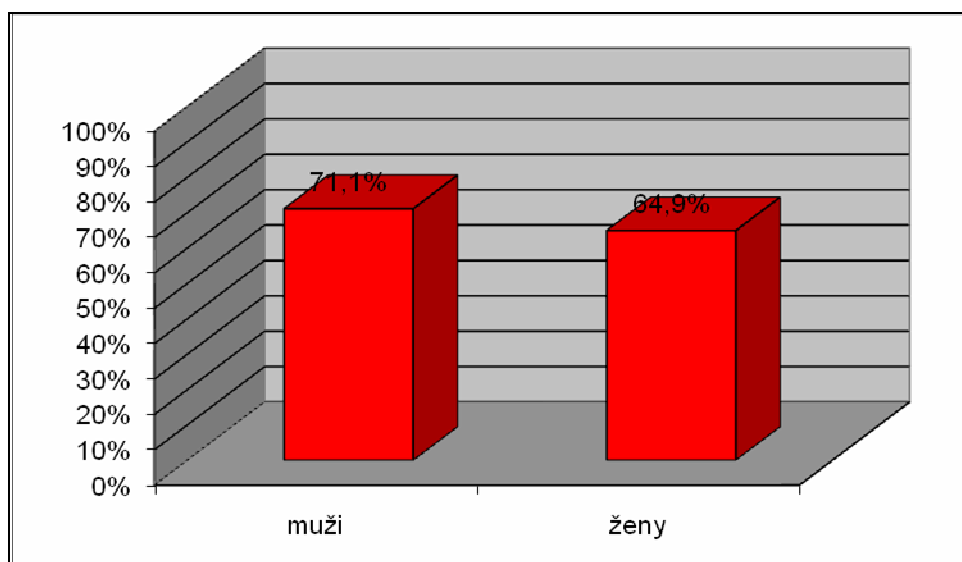
Graf 28: QL muži



Zdroj: Vlastní výzkum

Z uvedených grafů vyplývá, že QL u žen se pohybovala v rozmezí od 55% do 82%, u mužů v rozmezí od 61% do 82%. Z výsledků jsem také vypočítala průměrné hodnoty QL, které byla u mužů 71,1% a u žen 64,9%. z výsledků můžeme konstatovat, že průměrné hodnoty QL jsou u mužů poněkud vyšší.

Graf 29: Průměrné QL



Zdroj: Vlastní výzkum

Z uvedených grafů vyplývá, že průměrné QL u žen je 64,9% a u mužů je 71,1%.

4.3 Ověřování platnosti výzkumných otázek

4.3.1 Výzkumná otázka 1

Cítí se klienti psychiatrické ambulance ve společnosti stigmatizováni?

Stigma jako sociologický termín můžeme chápat jako určité znamení hanby nebo méněcennosti. Může být buď zjevně patrné a nebo skryté, které působí poněkud odlišně. Zjevná stigmata působí tak, že prvotní bývá podceňující postoj okolí, naproti tomu u skrytého stigma je pacient ovlivněn hlavně vlastním pocitem méněcennosti. U úzkostných pacientů většinou nevidíme na první pohled nějakou odchylku od běžné populace. Oni se ale za své onemocnění někdy stydí a pod tímto vlivem jednají. Někdy je ovlivněna vzájemná interakce mezi pacienty a jejich okolí, které se k těmto pacientům může chovat přezíravě a s nepochopením. Negativní postoj mohou mít laici i málo informovaní lidé, kteří sami nemají zkušenost s psychiatrickou léčbou a jsou také

ovlivnění obecně sdíleným stereotypem. My však můžeme na tento postoj působit a někdy ho i zcela změnit. Nejefektivnějším podnětem ke změně názoru bývá kladná zkušenost s léčbou a jejím výsledkem a dále vhodné chování a dobrý přístup zdravotnického personálu. Troufám si říci, že postoj veřejnosti k psychiatrické léčbě se postupem času změnil. Velký význam má vlastní zkušenost nebo reference známých a také větší informovanost veřejnosti.

Předpoklad, zda se klienti psychiatrické ambulance cítí stigmatizováni jsem se pokoušela zkoumat pomocí otázek č.8 a č.9. ve vlastním dotazníku. Podrobněji informují výše uvedené grafy.

Z výsledků můžeme odpovédět takto:

Velká část mužů nemá zábrany postoupit psychiatrickou péči, i když se za ni někdy stydí. 33% mužů odpovědělo, že se necítí stigmatizováni být v péči psychiatra.

Naproti tomu u zkoumaného vzorku žen 41% odpovědělo, že měly zábrany psychiatrickou péči postoupit, 17% se stydí za to, být v psychiatrické péči, 20% částečně a 54% se necítí být stigmatizováno.

Předpoklad se nepotvrdil, protože větší část klientů psychiatrické ambulance se necítí být ve společnosti stigmatizována.

4.3.2 Výzkumná otázka 2

Zda a jakým způsobem se zlepšila kvalita života u zkoumaného souboru.

Kvalita života patří k širokým a velice frekventovaným pojmům dneška. Ukazuje se, že hlavním komponentem, který tuto veličinu ovlivňuje je fyzické a duševní zdraví. Zkoumala jsem, jak se klienti psychiatrické ambulance cítí v porovnání se začátkem léčby, zda se jim zlepšila kvalita spánku, zda mají více energie v porovnání se začátkem léčby a zda se jim zlepšila schopnost se soustředit. Také jsem se dotazovala na negativní pocity a to, zda je pronásledují pocity strachu či úzkosti a zda pláčou častěji než dříve. Odpovídali také na otázku, zda se dokáží zaradovat a z čeho a co podle jejich mínění zlepšilo kvalitu jejich života. Podrobné odpovědi zaznamenávají grafy č. 17-25.

Tento výzkumný problém můžeme vyhodnotit takto: po zahájení psychiatrické léčby pomohla pacientům dle jejich odpovědí nejvíce medikace a rozhovor se zdravotnickým personálem. Velká část dotazovaných udává, že se cítí subjektivně lépe

v porovnání se začátkem léčby, lépe spí a mají více energie. Naproti tomu je méně pronásledují pocity strachu a úzkosti a pláčou méně. U velké části zkoumaného souboru se zlepšila schopnost se soustředit a zaradovat. Je potěšující, že poměrně podstatná část zkoumaného vzorku udala, že se dokáže radovat z maličkostí i ze života všedního dne, jako např. z hezké květiny či krásného počasí. z toho usuzuji, že se klientům zlepšila i jejich nálada, která je také důležitým činitelem pro kladný přístup k životu, což v konečném důsledku ovlivňuje kvalitu života.

Z těchto výsledků je zřejmé, že se zlepšilo subjektivní hodnocení kvality života u pacientů psychiatrické ambulance v porovnání se začátkem léčby.

5. Diskuse

Bakalářská práce pojednává o kvalitě života s pacientů s neurotickými, stresovými a somatoformními poruchami. v současné době můžeme pozorovat, že onemocnění tohoto druhu velmi rychle přibývá. Je to tím závažnější že jde o onemocnění, která mají někdy i chronický průběh a tím člověka pronásledují po velkou část jeho života. v jejich důsledku se pacient cítí omezován v jak v osobním, tak i ve veřejném životě, onemocnění mohou narušovat jeho sociální kontakty a mohou také ovlivňovat jeho životní hodnoty. Proto je v bakalářské práci je řešen problém kvality života pacientů s úzkostnými poruchami a vyhodnocení skóre kvality života podmíněné zdravím u tohoto souboru

Kvalitu života jsem se rozhodla zkoumat podle metody SEIQoL, při níž jsem vedla s klienty rozhovor a dále jsem vypracovala vlastní dotazník, kde klienti odpovídali na otázky týkající se jejich potíží, vlivu jejich nemoci na kontakty s okolím, na možnosti věnovat se zálibám, na okolnosti týkající se psychiatrické péče i na porovnání nynějšího stavu se stavem před zahájením léčby atd., které také souvisí s kvalitou života.

Do zkoumaného vzorku jsem zařadila klienty psychiatrické ambulance ve Vimperku a to 70 žen a 30 mužů. Výběr byl zcela náhodný a to tak, že jsem se dotázala pacientů, kteří trpí úzkostnými poruchami a přišli během ledna až března 2010 na kontrolu, zda by souhlasili s výzkumem. v případě kladné odpovědi jsem je zařadila do

studie. Do skupiny bylo vybráno více žen proto, že v naší evidenci je také větší zastoupení žen než mužů. Co se týče věkového rozdělení, u žen převažovaly spíše osoby ve věku 51 let a více, u mužů bylo procento středního věku zastoupeno poměrně více. Všechny věkové kategorie ukazuje podrobně graf č. 2.

Další identifikační otázkou bylo dosažené vzdělání. Převažují vyučení a středoškoláci, nejméně jsou zastoupeni vysokoškoláci. v následující otázce týkající se rodinného stavu, převažovali ženatí a vdané, ale byli zastoupeni i svobodní a rozvedení a vdovy. Podrobný výčet je uveden v grafech 3 a 4. Osobně si myslím, že všechny tyto identifikační ukazatele jsou také přibližně jakýmsi reprezentativním vzorkem klientů naší ambulance.

Ukazatel v následujícím grafu nám přibližuje, jak dlouho trpí naši pacienti potížemi. Zde můžeme jasně vydedukovat, že velká část klientů má potíže déle než 2 roky, stejně tak největší část zkoumaného vzorku je v péči psychiatra více než 2 roky. z těchto výsledků můžeme usuzovat, že onemocnění jsou dlouhodobá, chronická. Onemocnění mají takový průběh, kdy se mohou potíže vracet a nebo se po určité remisi znovu objevit. Pro ošetřující personál má tento fakt to znamená, že je pečováno o známé klienty s opakujícím se onemocněním po řadu let. Znalost klientely je velkou výhodou a v případě, že se ani zdravotnický personál nestřídá, může být vytvořena atmosféra vzájemné důvěry a porozumění.

Hnilicová uvádí, že spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb. Nová orientace poskytování zdravotní péče se zaměřuje především na uspokojování potřeb pacientů. I když spokojenost pacientů nemůžeme zaměňovat s klinickou kvalitou péče, může takto spokojenost do značné míry ovlivnit efekt léčby (Payne, 2004).

Odpovědi na další otázku č. 6: „Na základě čeho jste se rozhodl/a navštívit psychiatra?“ nám vypovídá o tom, že nejvíce odpovědí bylo na základě doporučení lékaře. z tohoto výsledku můžeme vyvodit, že v našem regionu existuje dobrá spolupráce s praktickými a odbornými lékaři. Zajímavé je také procento odpovědí, které uvádí, že se pacienti rozhodli navštívit psychiatra na doporučení známého. Myslím, že toto vypovídá o faktoru „dobré reference“, který je např. v německy mluvících zemích

nazýván jako „die Mundpropagande“. Troufám si říci, že jestliže se snažíme odvádět dobrou práci, pacienti to poznají a když se v jejich blízkosti objeví někdo, kdo trpí podobnými problémy, dovedou mu poradit ze své zkušenosti a doporučit odbornou péči, která se jim osvědčila. Více graf 6.

Odpovědi na otázku, která se týkala dostupnosti zdravotní péče, vypovídaly naprosto přesvědčivě, že jsou klienti spokojeni. Je to důležitý ukazatel a je jistě velkým přáním, aby dostupnost zdravotní péče zůstala zachována.

Výsledek anketní otázky „Co nejvíce zlepšilo kvalitu vašeho života po zahájení psychiatrické léčby?“ jsem téměř předpokládala. Protože pracuji již řadu let na psychiatrii, mám v podvědomí, že musíme léčit nejen léky, ale i slovem. Sami pacienti mnohdy říkají: „jenom jsem se u vás vypovídal/a/ a už se mi ulehčilo.“ Podrobněji v grafu 17.

Další otázky se nepřímo dotýkaly kvality života. WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace) definuje kvalitu života „jak člověk vnímá své postavení v životě ve vazbě na kulturní prostředí, ve kterém žije a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům.“

Hnilicová uvádí, že život člověka nelze popsat pouze pomocí objektivních, většinou ekonomických ukazatelů, jako jsou např. úroveň bydlení, hluchost či znečištění ovzduší. Je zapotřebí přihlížet k celému souboru dalších faktorů, zvláště pak subjektivních, které ukazují, jak lidé sami hodnotí svůj život (Payne, 2004).

Za hodnotu, která zaujímala jedno z předních míst i v dotazníku SEIQoL, byli přátelé. Proto jsem se také ve vlastním dotazníku ptala, zda mají klienti přátele, kteří pomohou v případě potřeby. Velká část odpovědí byla kladná, „jen málo přátel“ odpověděla menšina dotazovaných a byly zde ještě 2 záporné odpovědi. Více graf 11.

Další neopomenutelnou hodnotou je rodina. Zde na otázku, zda a v jaké míře pomáhá klientům vlastní rodina, byla odpověď vcelku pozitivní. Graf 12. Přátelství a rodina nejsou jen prioritami v životě, ale hrají velmi důležitou roli při léčbě, zvláště u psychických onemocnění, kdy je podpora nejbližších a přátel ovlivňuje též prognózu onemocnění. Vesměs všichni respondenti uváděli nejméně jednu z těchto hodnot (rodina, přátelé) do svých prvních pěti priorit v životě.

Dalšími otázkami v dotazníku byly otázky typu, zda psychiatrické onemocnění omezuje klienta v kontaktu s okolím a zda může ovlivnit také jeho výkon v zaměstnání. I zde se vyskytla část respondentů, kteří odpověděli kladně, přesto převážná většina odpověděla, že malý vliv, nebo žádný. Kladné odpovědi si můžeme vysvětlit také tím, že se může jednat o pacienty se sociální fobií, kteří se proto u nás léčí a společně se snažíme o to, abychom tento handicap odstraňovali.

Jedním z ukazatelů kvality života je možnost smysluplného využití volného času. v dotazníku byla také zmínka o tom, zda se klienti mohou věnovat svým zálibám. Záliby a koníčky dávají životu nový rozměr a obohacují jej o pozitivní prožitky. Všichni dotázaní muži uvedli, že se zálibám mohou věnovat, 1/3 méně, 2/3 více. I všechny dotázané ženy uvedly, až na 2 výjimky, že se zálibám věnovat mohou. Toto je příznivá okolnost, která přispívá jak k úspěšnosti léčby, tak i k rozšíření obzorů pacientů a k uspokojování jejich potřeb.

Nepostradatelnou součástí života jsou v dnešní době peníze. Protože finance bývají uváděny také jako jedna z priorit v životě, položila jsem otázku, jak velký vliv má zdravotní stav pacientů na jejich finanční situaci. Musím se zmínit, že část klientely tvoří také nezaměstnaní nebo lidé, kteří jsou dlouhodobě nemocní či invalidní, což se jistě odráží také v jejich finanční situaci. Zde se vyskytlo jakési pravidlo, a to, že čím méně peněz lidé měli, tím jim přikládali větší důležitost. Důležitost peněz pocítíme, až když se nám jich nedostává. v současné době není jednoduché nalézt u nás ve městě vhodné zaměstnání, čímž by byly vyřešeny mnohé finanční problémy. Často se také musí lidé spokojit s prací méně kvalifikovanou nebo hůře placenou. o subjektivním názoru vlivu zdravotního stavu na finanční situaci vypovídá graf 16.

V bakalářské práci jsou stanoveny 2 hypotézy. První: Cítí se psychiatrickí pacienti ve společnosti stigmatizováni.? Tuto hypotézu ověřovaly otázky č. 8 a č. 9, nepřímou též otázka č. 7 v otázce č. 8 : „ Měl/a/ jste zábrany podstoupit psychiatrickou péči?“ se nám ukázalo, že skutečně část pacientů brání tomu, že se mají dostavit do psychiatrické ordinace. v procentuálním měřítku je zastoupeno více žen, u kterých se dá předpokládat, že jsou citlivější. Snad si tito pacienti nechtějí připustit „že patří na psychiatrii“ a tento obor ještě nese jakýsi pejorativní nádech. z dalších odpovědí a to na otázku č. 9:

„Stydíte se před známými za to, že jste v psychiatrické péči?“ můžeme usuzovat, že skutečně přetrvává skupina osob, která své psychiatrické onemocnění před známými nepřizná. Snad je to také tím, že naši klienti žijí na malém městě a psychiatrické onemocnění by pro ně podle nich znamenalo znevýhodnění v zaměstnání i ve veřejném životě. Stejně tak nám ukazují i výsledky z otázky č.7 , kde jsem se tázala, jak s dlouho trvalo, než se klienti rozhodli navštívit psychiatra. Zde se můžeme dohadovat, že před rozhodnutím podstoupit psychiatrickou péči může předcházet určitá doba váhání. Pozitivním v tomto výzkumu nacházím fakt, že procento lidí, které v tomto směru zábrany nemají a necítí se stigmatizováni za to, že jsou psychiatrickými pacienty, je vyšší než předchozí jmenované. v tomto směru cítím já osobně uspokojení, protože si vzpomínám na dobu před 18 ti lety, kdy jsem na psychiatrické ambulanci začínala a v čekárně bylo mnoho lidí, kteří se ohlíželi, zda někdo ze známých neviděl, kam vešli. Závěrem můžeme konstatovat, že ačkoli se část klientů psychiatrické ambulance cítí být stigmatizována, větší část si toto nepřipouští.

Hypotéza č. 2 : Zda a jakým způsobem se zlepšila kvalita života u zkoumaného souboru v porovnání se začátkem léčby.

Na tuto hypotézu jsem nacházela odpověď z výsledků odpovědí otázek č. 19 – 25. Všechno byly pouze subjektivní názory klientů, byly však anonymní, protože dotazník byl vyplňován v čekárně a potom byl vhozen do zapečetěné schránky, kterou jsem otevřela až po skončení výzkumu. Stěžejní otázka byla č. 19 a to, jak se cítíte v porovnání se začátkem léčby. Dá se říci, že většina odpověděla, že lépe, i když část klientů uvedla, že stejně. Tuto skutečnost můžeme také vysvětlit tím, že výsledky psychiatrické léčby jsou někdy kolísavé a může je ovlivnit řada vnějších faktorů, které následně ovlivní i léčebné postupy. Mám na mysli nějakou nepředvídanou událost v rodině nebo okolí pacienta, která může negativně působit na jeho psychiku.

To, zda se člověk cítí odpočatým a potom následně má i více energie i schopnosti soustředit se, podmiňuje dostatek kvalitního spánku. Spánek označují naši klienti jako podstatnou veličinu subjektivní spokojenosti. Jestliže se člověk dobře vyspí, je celý další den radostněji naladěný a má i více síly a elánu, který je důležitý k pozitivnímu přístupu k životu. o kvalitě spánku, schopnosti soustředit se a množství energie

v porovnání se začátkem léčby referují podrobně grafy 20, 24 a 21. Celkový výsledek můžeme brát pozitivně.

Naopak o nepříjemných pocitech a to pocitu strachu a úzkosti a také o tom, zda klienti pláčou častěji než dříve vypovídají grafy 22 a 25. Zde jsou výsledky poněkud odlišné u žen a u mužů. Zatímco ženy ve většině odpověděly, že pocity strachu a úzkosti mají v menší míře a že nepláčou častěji než dříve, v malém procentu byly odpovědi opačné. U mužů byly výsledky velmi pozitivní. Můžeme tedy zhodnotit, že u žen větší procento a u mužů téměř u všech dotázaných se zlepšila psychická stránka v tomto ohledu.

Křivohlavý píše o radosti jako o pozitivní emoci, která vytváří optimální fungování člověka a ovlivňuje jeho jednání. Pozitivní emoce rozšiřují naše myšlení a veškeré naše činnosti, budují také zdroje naší mentální síly. Můžeme též říci, že kladné emoce jsou účinným protilékem negativních emocí.(Křivohlavý, 2004).

Důležité je tedy, aby se naši klienti uměli zaradovat. Jedna ze stěžejních otázek tedy byla: „Dokážete se zaradovat a z čeho?“ Výsledky byly zajímavé. Pouze ve 4% odpověděly respondenti, že ne, ostatní sdělovali, že ano. Mezi nejčastější odpovědi patřily : „Dokážu se radovat z vnučat, z úspěchu dětí“, ale i jednodušší, přesto ale smysluplné odpovědi „Dělá mi radost krásný den, pěkná květina nebo i to, že můžu někomu radost sama udělat.“ Podobněji tabulka 1.

Kvalitu života jsem zjišťovala metodou SEIQoL, kde jsem zjišťovala potřebné údaje pomocí interview s klienty psychiatrické ambulance, kteří trpí úzkostnými poruchami. Setkala jsem se až s nečekanou vstřícností, což vytvářelo dobrou a důvěrnou atmosféru. Důvodem této otevřenosti byl fakt, že se s mnohými našimi klienty znám již řadu let. Setkáváme se nejen na mém pracovišti, ale i na veřejnosti, protože Vimperk je malé město a mnoho lidí se vzájemně zná. Rovněž si myslím, že i zvědavost klientů hrála velkou roli.

V koncepci metody SEIQoL nalézáme kvalitu života tak, jak ji člověk sám chápe a subjektivně vidí. Základními daty jsou výpovědi dané osoby. Pojetí kvality života této osoby závisí na jejím vlastním systému hodnot (Křivohlavý 2003).

Proto tedy bylo mým výzkumným cílem vystihnout, jaký význam dávají respondenti životním hodnotám. Podle Křivohlavého patří mezi nejčastěji uváděné priority v životě zdraví, rodiny, práce, náboženství, finance, vzdělání (Křivohlavý 2002,2003). P

Také v mém výzkumu patřily mezi nejčastěji uváděné hodnoty na prvních dvou místech téměř ve 100% zdraví a rodina a to jak u mužů, tak i u žen. Dále klienti přikládali značnou důležitost dobrým vztahům a to jak na poli sousedských, příbuzenských, tak i pracovních vztahů. Dalšími hodnotami byly finance a zaměstnání. Zvláště mladší lidé a nezaměstnaní dávali tuto hodnotu na jednu z předních míst. Dokazuje to pravdivost přísloví, že „Důležitost peněz si uvědomíme až tehdy, pokud se nám jich nedostává“. Dalšími hodnotami v pořadí byli přátelé, volný čas, štěstí, víra, bydlení, láska, sport a mír. Četnost těchto priorit je zobrazena v grafu 26. Hodnoty volný čas, bydlení a sport upřednostňovali mladší, zatímco víru a mír starší klienti. Ukázalo se také, že změna životní situace (např. lidé s posttraumatickým stresovým syndromem) se promítla také do hodnocení kvality života.

Z mnoha šetření vyplynulo, že zhoršení zdravotního stavu se promítne i do výsledné hodnoty kvality života zjišťované pomocí metody SEIQoL. Jsou ale i lidé, v mém výzkumu to byli zvláště starší klienti, kteří jsou se svým zdravotním stavem vcelku smířeni a nemají přehnané požadavky a očekávání, která jsou nereálná. Tito klienti udávají vyšší procento spokojenosti a tím je ovlivněno výsledné procento kvality života. Proto je nutné si uvědomit, že pojetí kvality života, které je spojováno s metodou SEIQoL, je mnohem širší než pouze klasický biomedicínský pojem zdravotní stav. Zde jsou brány v úvahu také údaje o psychickém stavu pacienta, o jeho míře spokojenosti s tím, jak se mu daří realizovat záměry, které si předsevzal (Křivohlavý 2003). Příklad výpočtu skóre kvality života uvádím v tabulce 2.

Zabývala jsem se také srovnáním kvality života mužů a žen ve výzkumném souboru. Byl proveden výzkum u 70 ti žen 30 ti mužů, klientů psychiatrické ambulance s úzkostnými poruchami a následně byly vypočítány výsledné hodnoty metodou SEIQoL. Tyto hodnoty znázorňuje graf 27- ženy a 28- muži. U žen se výsledky pohybovaly od 55% do 81% a u mužů od 61% do 82%, v průměru měly ženy výslednou

hodnotu 64,5% a muži 71,1%. Můžeme tedy usuzovat, že výsledná hodnota SEIQoL je u mužů v průměru vyšší než u žen, což znázorňuje graf 29.

6. Závěr

Cíl práce byl splněn, výzkumné údaje jsem analyzovala, vyhodnotila a interpretovala v části práce „Diskuse“, kde je uvedený též komentář k jednotlivým částím výzkumu.

Cílem mé práce bylo zjistit, zda neurotické úzkostné a stresové poruchy ovlivňují kvalitu života lidí trpícími těmito chorobami.

Kvalita života je velmi rozsáhlý a nejednoznačně definovatelný pojem. Jde o pojem multidisciplinární a multidimenzionální, který pojímají různí odborníci i samotní jedinci, u nichž kvalitu života zjišťujeme, jinak. v mé práci byla použita metoda SEIQoL a vlastní dotazník.

Životní hodnoty a smysl života jsou jedním z nejdůležitějších aspektů při hodnocení kvality života člověka. Ve zkoumaném zaujímal první pozici subjektivní zdravotní stav pacienta v souvislosti s prožíváním, které může být ovlivněno i různými chorobami. Dalšími uváděnými hodnotami byly: 2. rodina, 3.dobré vztahy, 4. zaměstnání a 5. finance.

Ve srovnání s Křivohlavým, který uvádí nejčastěji uváděné hodnoty. 1.zdraví, 2.rodina, 3. práce, 4. náboženství a 5. finance (Křivohlavý, 2002), jsou životní priority uváděné ve výzkumném vzorku téměř totožné

Hodnocení kvality života je velmi subjektivní. v tomto hodnocení docházelo ke značným rozdílům mezi pacienty. Protože konečný výsledek byl ovlivněn také mírou spokojenosti, nebylo možno předem stanovit jasné předpoklady, který člověk vykáže vyšší či nižší hodnotu kvality života. Obecněji ale lze říci, že lidé, kteří jsou spokojenější a nemají zvýšené nároky a požadavky,vykazují vyšší skóre kvality života. v mém výzkumném souboru vykazovali vyšší skóre muži než ženy.

Dále jsem položila dvě výzkumné otázky a to:

1.Cítí se klienti psychiatrické ambulance ve společnosti stigmatizováni? Tato hypotéza se na základě výzkumu nepotvrdila.

2. Zda a jakým způsobem se zlepšila kvalita života u zkoumaného souboru v porovnání se začátkem léčby. Zde můžeme odpovědět kladně, viz předchozí výzkum.

Tato bakalářská práce se zabývala kvalitou života pacientů s úzkostnými poruchami v ambulantní péči na Vimpersku. Může posloužit ke zvýšení informovanosti veřejnosti o této problematice a výsledky výzkumu budou také poskytnuty zřizovateli a poskytovateli ambulantních služeb na celorepublikové úrovni.

7. Seznam literatury a použitých zdrojů

1. ARRIVÉ, J.-Y., *Umění prožívat emoce*. 1. vyd.. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-828-7
2. BAŠTECKÝ, J. et al., *Gerontopsychiatrie*. 1.vyd. Praha: Grada Avicenum, 1994 320 s. ISBN 80-7169-070-8
3. CIMICKÝ, J., *Sám sobě psychiatrem*. 1.vyd. Olomouc: Formát, 2001. 196 s. ISBN 80-86155-82-X
4. DOROTÍKOVÁ, S., *Filosofie hodnot*, 1.vyd. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, 1998, 162 s.
5. FURST, M., *Psychologie*. 1. vyd. Olomouc: Votobia, 1997. 263 s. ISBN 80-7198-199-0
6. HARSS, C., MAIER, K., *Stres, cena úspěchu?* 1.vyd. Vimperk: Tina, 1994. 178 s. ISBN-80-8561815-X
7. HONZÁK, R. et al., *Úzkostný pacient*. 1.vyd.. Praha: Galén, 2005 180 s. ISBN 80-7262-367-2
8. KAFKA, J., *Psychiatria. Učebnice pro lékařské fakulty*. 1.vyd. Martin: Osveta, 1993. 236 s. ISBN 80-217-0514-0
9. KŘIVOHLAVÝ, J., *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X
10. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s. ISBN 80-247-0179-0
11. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie smysluplnosti existence*. 1.vyd..Praha: Grada Publishing, 2006. 204 s. ISBN 80-247-1370-5
12. KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha : Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
13. MACKOVÁ, I., *Úzkost brání dětskému vývoji. Psychologie dnes*. Praha: Portál, 2007, roč.13, č.4, 60 s. ISSN 1212-9607
14. 13. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie. Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0
15. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J., *Počátky našeho duševního života*. 1. vyd.. Olomouc: Panorama, 1986. 368 s. 505-21-825

16. MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. 10 revize. *Neurotické, stresové a somatoformní poruchy*. 646 s. ÚZIS 1992
17. MOŽNÝ, I., *Česká společnost:nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 208 s. ISBN 80-7178-624-1
18. PAYNE, J. et al., *Kvalita života a zdraví*.1. vyd. Praha: Triton 2005. 630 s. ISBN 80-7254-657-0
19. PETR, P., *Kvalita života v balneologii*. 1.vyd. Praha: Inpress, 2004. 118 s. ISBN 80-903427-1-X
20. PETR, P., *Sborník příspěvků z konference konané 25.10.2004 v Třeboni*. 1.vyd. Kostelec nad černými lesy: IZPE, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6
21. PONĚŠICKÝ, J., *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Triton, 1999. 208 s. ISBN 80-7254-050-5
22. PRAŠKO, J. et al., *Agorafobie*.1.vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 1998. 112 s. ISBN 80-85121-43-3
23. PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., *Asertivitou proti stresu*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. 280 s. ISBN 80-7169-334-023.
24. PRAŠKO, J. et al., *Panická porucha a jak ji zvládat*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006. 55 s. ISBN 80-7262-424-5
25. PRAŠKO, J., *Úzkostné poruchy*. 1.vyd.. Praha: Portál, 2005. 416 s. ISBN 80-7178-997-6
26. RABOCH,J. et al., *Česká psychiatrie a svět*. 1.vyd. Praha. Galén, 2004. 303 s. ISBN 80-7262-273-0
27. RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., *Psychiatrie, minimum pro praxi*. 2.vyd. Praha: Triton, 2001. 207 s. ISBN 80-7254-156-0
28. RABOCH, J. et al., *Psychiatrie pro XXI. Století*. 1.vyd.. Praha: Galén, 2000. 158 s. ISBN 80-86257-18-5
29. ŘÍČAN, P., *Cesta životem*. 2.vyd.. Praha: Portál, 2004. 392 s. ISBN 80-7178-829-5
30. SMOLÍK, P., *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. revidované vyd. Praha: Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-85912-18-X
31. SOVÁK, M. et al., *Defektologický slovník*. 3. upravené vyd. Jinočany: Nakladatelství H and H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5

32. STUHLÍKOVÁ, I., *Základy psychologie emocí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. 227 s. ISBN 80-7178-553-9
33. VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
34. VÁGNEROVÁ, M., *Základa psychologie*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2005, 356 s. ISBN 80- 246-0841-3
35. VYMĚTAL, J., *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
36. VYMĚTAL, J. et al., *Speciální psychoterapie*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha. Grada Publishing, 2007. 400 s. ISBN 978-80-247-1315-1
37. VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., ed., *Aplikovaná sociální psychologie I*. 1.vyd. Praha: Portál, 1998. 383 s. ISBN 80-7178-269-6
38. http://www.drogy-info.cz/index.php/info/glosar_pojmu/s/socioterapie_social_therapy

8. Klíčová slova

Úzkost

Strach

Stres

Neurotické poruchy

Somatoformní poruchy

Kvalita života

9. Přílohy

Dotazník pro klienty psychiatrické ambulance ve Vimperku.

6. Na základě čeho jste se rozhodl/a vyhledat péči psychiatra?

- vlastní rozhodnutí doporučení známého doporučení lékaře

7. Jak dlouho trvalo, než jste se odhodlal/a navštívit psychiatra?

- dny týdny měsíce

8. Měl/a jste zábrany podstoupit psychiatrickou péči?

- ano ne

9. Stydíte se před známými za to, že jste v psychiatrické péči?

- ano ano i ne ne

10. Jak dlouho jste v péči psychiatra?

- méně než 1 rok 1-2 roky 2 roky a více

11. Máte přátele, kteří Vám pomůžou v případě potřeby?

- ano jen málo ne

12. Jaký vliv má vaše nemoc na vaše kontakty s okolím?

- žádný vliv malý vliv velký vliv

13. Jaký vliv mají vaše zdravotní problémy ve vašem zaměstnání?

- žádný vliv malý vliv velký vliv

14. Jak mnoho Vám pomáhá Vaše rodina?

- nepomáhá pomáhá trochu pomáhá velmi

15. Můžete se věnovat svým zálibám?

- ano zřídka nemůžu

16. Jak velký vliv má Váš zdravotní stav na Vaši finanční situaci?

- nemá vliv má malý vliv má velký vliv

17. Co nejvíce zlepšilo kvalitu Vašeho života po zahájení psychiatrické léčby?

- medikace rozhovor se zdravotnickým personálem pomoc
příbuzných a okolí

18. Jste spokojena s dostupností zdravotní péče?

- ano ne jiné (vyjádřete svůj názor)

19. Jak se cítíte v porovnání se začátkem léčby?

- lépe stejně hůře

20. Zlepšila se Vám kvalita spánku?

- ano někdy ne

21. Máte více energie v porovnání se začátkem léčby?

ano někdy ne

22. Pronásledují Vás pocity strachu nebo úzkosti?

ano někdy ne

23. Dokážete se zaradovat a z čeho?

24. Zlepšila se Vám schopnost soustředit se?

ano někdy ne

25. Pláčete častěji než dříve?

ano ne