

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Kvalita života a její vnímání osobami s duševním
onemocněním v centru Paprsek naděje**

bakalářská práce

Autor práce: Radka Bartošíková
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Prevence a rehabilitace sociální patologie
Vedoucí práce: Mgr. Jana Stejskalová, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2013

Abstrakt

Touto prací bych chtěla čtenáře seznámit s následky, které na člověku zanechává duševní onemocnění. V práci jsem se soustředila na psychosociální důsledky nemoci ve formě opory člověka v nemoci, kvality mezilidských vztahů a kvality sociální interakce vázané na stigma.

Podstatou výzkumu v sociální oblasti byla zjištění týkající se životních podmínek klienta, jeho aktivit, trávení volného času či druhu opory v nemoci. Důležitým úkolem klienta bylo odpovídat na otázky po strádání v životě. Práce se dále zabývá poznatky v oblasti fyzických, duševních i duchovních kvalit. Zaměřuje se na srovnávání a uvědomování si role nemoci a farmakoterapie jako omezujícího faktoru v prožívání kvalitního života. Poukazuje na materiální podmínky těchto osob, objevující se závislosti na návykových látkách a subjektivní hodnoty a pocit kvalitně prožívaného života obecně.

Za důležitý prvek výzkumu považuji zjišťování životních cílů klienta a zaznamenávání životní spokojenost na „škálu životní spokojenosti“. Mým cílem bylo zmapovat skutečnou úroveň kvality života klientů centra Paprsek naděje a klíčové aspekty v jeho prožívání a jak z pohledu klienta uspokojování jednotlivých potřeb ovlivňuje kvalitní život. Výsledky jsem následně hodnotila a porovnávala s Maslowovou pyramidou potřeb.

Práci dělím do dvou částí, na teoretickou a praktickou. V teoretické části se zabývám klasifikací duševních poruch, jejich prognózou a léčbou, zdůrazňuji onemocnění schizofrenie jako současný fenomén, a konečně kvalitou života a jednotlivými aspekty, které ji ovlivňují – statusem nemocného v rodině, společnosti, zaměstnání a izolací.

V empirické části se pak věnuji samotnému výzkumu. Pro výzkum jsem užila metody kvalitativního šetření a techniky polostrukturovaného rozhovoru doplněného o pozorování. Výzkumný soubor byl tvořen 5 uživateli centra Paprsek naděje ve věkovém rozmezí od 28 do 59 let. Předem provedení výzkumu jsem realizovala jednu pilotní studii.

Výsledná data byla zpracovávána a následně umístěna do tabulek a grafů a hodnocena a porovnávána v rámci diskuse a závěru. Část výzkumu jsem realizovala za pomoci Programu hodnocení individuální kvality života, zvaný SEIQoL. Pomocí této metody jsem zjišťovala jednotlivé životní cíle každého klienta a jejich důležitost a spokojenost s jejich dosahováním. Celkem jsem odpovídala na jednu hlavní výzkumnou otázku a dvě dílčí otázky.

Za stěžejní výsledky, ovlivňující negativně kvalitu života, považuji zjištění týkající se abnormální invalidizace a nezaměstnanosti, vysokou míru stigmatizujících zkušeností, nedostatek aktivního vyplnění volného času a fyzických aktivit, objevující se závislosti na návykových látkách či chudost v interpersonálních vztazích. Fyzická zchátralost byla vždy přítomnou komponentou. Z výzkumu také vyplynula občasná neznalost diagnózy. Pozitiva lze spatřit v převládající opoře rodiny a kvalitě rodinných vztahů, dostatečném materiálním zabezpečení a v rodinných a duchovních prioritách.

Podstatné je, že v porovnání s Maslowovou pyramidou bylo zjištěno, že si zachovala své tradiční uspořádání v postupu uspokojování potřeb. Obsah jednotlivých potřeb se však lišil v každé její jednotlivé části. Zjistila jsem také, že díky duševnímu onemocnění jsou klienti značně omezení například v kontextu kultury a zájmů nebo uplatňování rodičovského pudu z důvodu strachu z velkého množství odpovědnosti nebo dopadu jejich nemoci na potomky. Nečekaným zjištěním byla spokojenost všech klientů s materiálním zabezpečením. Stejně tak vidina duševního onemocnění jako určitá cesta uvědomění si, spokojenosti.

Abstract

In this thesis I would like to acquaint the reader with the impact of mental illness on human. In my thesis I focus on the psychosocial impact of the illness in the form of the assistance to an ill person, the quality of interpersonal relationships and quality of social interactions linked to the stigma.

The essence of research in the social field were the findings concerning the living conditions of the client, client's activities and leisure time activities or the manners of support in illness. An important task of the client was to respond to questions about the hardships in life. The paper also deals with the knowledge of the physical, mental and spiritual qualities. It focuses on the comparison and awareness of the role of illness and pharmacotherapy as a limiting factor in the perception of quality life. It refers to the material conditions of these people, emerging drug addiction and subjective values and a feeling of well lived life in general.

An important element of my research is to detect clients' life goals and to record their life satisfaction using "scale of life satisfaction." My goal was to map the real quality of life of the clients of the centre Paprsek naděje and the key aspects of the experience of life and how the meeting of the individual needs of the client affects the quality of life from their own perspective. The results were then evaluated and compared with Maslow's hierarchy of needs.

The thesis is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part deals with the classification of mental illnesses, their prognosis and treatment. I emphasize the disorder schizophrenia as a contemporary phenomenon, and finally the quality of life and the various aspects that affect it - the status of the ill person in the family, society, work and isolation.

The empirical part is devoted to the research itself. For research I used qualitative research methods and techniques of semi-structured interview supplemented by observations. The research group consists of 5 clients of the centre Paprsek naděje in the age range of 28-59 years. I carried out one pilot study before the research itself.

The resulting data were processed and put in tables and graphs, evaluated and compared in the discussion and conclusion. Part of the research was realized using the Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life, SEIQoL. Using this method, I examined individual life goals of each client, their importance and satisfaction with their achievements. Overall I responded to one main research question and two sub-questions.

I consider the findings of abnormal invalidity and unemployment, high levels of stigmatizing experience, lack of active free time and physical activity, emerging drug addiction or lack of interpersonal relationships as the crucial results negatively affecting quality of life. Physical decrepitude is always a present component. The research also showed occasional unfamiliarity with diagnosis. Positives can mainly be seen in family support and in the quality of family relationships, also in sufficient material sources and in family and spiritual priorities.

It is essential that compared with the Maslow's hierarchy, it was found that it has preserved its traditional arrangement in the process of meeting the needs. The content of individual needs was however varied in each of its individual parts. I have also learned that mental illness limits clients greatly for example in the context of culture and their interests and that there are also limitations to the parental instinct caused by fear of the large amount of responsibility and the impact of their illness to their children. An unexpected finding was the satisfaction of all clients with material sources. Similarly, the clients see their mental illness as a certain way of realizing satisfaction.

Prohlášení

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. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2013

.....

Radka Bartošíková

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Stejskalové, Ph.D. za odborné vedení mé práce, poskytnutí cenných rad a informací.

Dále děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli informace pro výzkum a v neposlední řadě vedoucí Paprsku naděje, Mgr. Jindřišce Šmejkalové, za vytvoření podmínek pro výzkum a vstřícný přístup všech pracovníků centra.

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 SOUČASNÝ STAV	7
1.1 Duševní onemocnění	7
1.1.1 Klasifikace duševních poruch, symptomy, prognóza	8
1.1.2 Faktory ovlivňující vznik choroby	12
1.1.3 Léčba a terapie	14
1.2 Schizofrenie jako fenomén	18
1.3 Kvalita života	21
1.3.1 Vymezení pojmu kvalita života	22
1.3.2 Pojetí kvality života, přístupy a modely	24
1.3.3 Sociální izolace a stigmatizace	30
1.4 Paprsek naděje-centrum služeb pro podporu duševního zdraví	34
II EMPIRICKÁ ČÁST	36
2 CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	36
3 METODIKA	38
3.1 Použité metody a techniky výzkumu	38
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	41
4 VÝSLEDKY	44
4.1 Analýza vnímání kvality života	44
4.2 Analýza trsů a citace rozhovorů	47
5 DISKUSE	61
6 ZÁVĚR	64
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	66
8 KLÍČOVÁ SLOVA	70
9 PŘÍLOHY	71

ÚVOD

Aby měl člověk pocit z plnohodnotně prožitého života, měl by věnovat pozornost hodnotám, které v životě má. Bez naplňování přání a snů, a potažmo bez uspokojování potřeb obecně, není kvalitní život možný. Jako první veličina však musí být dostupné zdraví – jak fyzické, tak duševní.

U duševně nemocných osob je dosahování životních cílů ztíženo onou duševní nemocí, vázající na sebe těžkosti příznaků a projevů nemoci i farmakoterapie. Je člověku natolik velkou bariérou, že vysloveně brání uspokojování přání, ba i touhám po jejich splnění. Je předmětem snížené aktivity člověka, únavy, vedlejších příznaků farmakoterapie, kognitivního deficitu, ale i psychosociálních dopadů ve formě ztráty blízkých osob, ztráty vlastního Já a ztráty náhledu na realitu. Specifika duševní nemoci mívají dopady i na blízké okolí pacienta, na rodinu a na přátele.

Problematické duševního zdraví a kvality života duševně nemocných osob se ve své práci věnuji proto, že již nějaký čas pracuji jako dobrovolník v centru služeb na podporu zdraví, a mám tak příležitost nahlížet do života těchto lidí, na jejich úskalí v životě s duševní nemocí. Není výjimkou častý mediální ruch spjatý s kriminalitou duševně nemocných. Cokoli, co tyto osoby spáchají, je ze světového pohledu hodné zřetele. Jedná se o jednostranný pohled společnosti s nádechem senzace, avšak hledisko výrazně stigmatizující. I toto je jeden z důvodů, proč chci v práci manifestovat rozdílnou kvalitu života bez automatizace a samozřejmosti některých prvků v životě.

Všeobecně známým faktem je snížená kvalita duševně nemocného člověka, na kolik však může být snížená, a co všechno představuje tento pojem, se budu snažit v práci objasnit. Stejně tak se zaměřím na náhled uživatelů na svůj život. Máme tak možnost nahlédnout bezprostředně, skrze výpovědi respondentů, na jejich osobité vnímání kvality vlastního života.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Duševní onemocnění

V mnoha zemích světa je každý rok u 10% obyvatelstva diagnostikována nějaká duševní choroba (Benson, 2010). Například životní prevalence onemocnění schizofrenií, dle nejnovějších výsledků epidemiologických studií, je vcelku konzistentně udávána mezi 1-1,5%, tedy jeden člověk ze sta odpovídá diagnostickým kritériím určující onemocnění schizofrenního okruhu (Horáček, 2003). „*Celoživotní prevalence schizofrenie se pohybuje kolem 1%. Incidence je stejná u obou pohlaví, tj. 2-4 případy na 10 000 ročně. U žen je pozorován benignější průběh onemocnění, onemocnění začíná později (nejčastěji mezi 25. a 35. rokem, u mužů mezi 15. a 25. rokem), ženy jsou méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují*“ (Češková, 2007, s. 13). Webové stránky FOKUSU Labe uvádějí, že v současné době se v České republice vyskytuje zhruba 100 000 lidí s diagnózou psychóza. (Fokus Labe, on-line). Ve světě psychózy, měnící zásadně způsob prožívání nejen sebe sama, ale i lidí druhých a potažmo světa, ve kterém nemocný žije, dochází k uzavírání, odtrhávání nemocného od druhých lidí. Svět přeludů a fantazií zaujímá první příčky vnímání a realita druhých lidí se nemocnému stává cizí (Kalina, 2001).

Každá lidská choroba vzniká v souvislosti s určitou existenciální situací a biografií, bez jasných stop po příčinných nebo konečných souvztažnostech a ovlivňující průběh a kvalitu života (Danzer, 2001). Stejně jako každé jiné somatické onemocnění, tak i to duševní můžeme posuzovat dle **somatického aspektu**, vymezující pro danou chorobu typické příznaky, **psychického aspektu**, jako souhrn emočních prožitků vyvolaných chorobným stavem, a konečně **aspektu sociálního**, čili pacientovy role, postoje ve společnosti a společenského hodnocení nemoci s tím spjaté (Vágnerová, 2004).

„Každý psychotický stav je závažným zásahem do integrity jedince“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 34). „Psychózu lze definovat jako patologický stav, při kterém dochází ke hrubé poruše kontaktu s realitou. Realita je chybně vnímána (halucinace a iluze) a/nebo interpretována – myšlena (bludy a formální poruchy)“ (Horáček, 2003, s. 16).

Nejedná se však pouze o stažení se z reality a tvorby vlastního „imaginárního“ světa, porucha ovlivňuje sociální i pracovní život, brání uspokojení z naplněného života a tak snižuje i jeho kvalitu (Preiss, 2006). Psychoticky nemocný člověk mění prožívání svého okolí i vlastní osobnosti, přerušuje vazby na reálný svět, který ustupuje před bludy a fantaziemi, a ztrácí schopnost přirozeného fungování ve společnosti (Styx, 2003). Není schopen zaujímat nadále své pozice a role, potýká se s tzv. endogenními příčinami onemocnění, tedy sociálním selháním či pocitem nezvládnuté krize a neštěstí, jež jedince určitým způsobem označuje. Pacient se uzavírá do sebe, zápolí s logikou jeho vnitřního světa, podle které také jedná a chová se, bývá neklidný, vyhubavý. Zejména zhroucení hranic JÁ a změny chování v důsledku extrémních emocí přivádí nemocného na psychiatrická oddělení (Kalina, 2001). První psychotická ataka přináší stres, strach, podezřavost. V tomto směru bývá právě první návštěva a tudíž reakce profesionála – psychiatra, jedním z důležitých aspektů ovlivňující budoucí postoj pacienta k léčbě (Češková, 2007).

1.1.1 Klasifikace duševních poruch, symptomy, prognóza

Duševní nemoci se v minulosti tradičně dělily podle etiologie do tří základních skupin: **organické**, **endogenní** a **psychogenní**. Do **organických** poruch patřila onemocnění, která vznikla v důsledku úrazu, zánětu, intoxikace, nádoru apod., čili přímým postižením mozku, nebo v důsledku např. infekčního onemocnění - nepřímým postižením mozku. Patří sem např. všechny typy demencí, delirium tremens nebo alkoholové psychózy.

Endogenní (také *funkční*), čili „pocházející zevnitř“, nemají jasnou příčinu, na jejich vzniku se podílí dědičnost, vlivy prostředí, biologické faktory. Řadí se sem schizofrenie, endogenní deprese nebo bipolární afektivní porucha. **Psychogenní** poruchy, kam patří

neurózy (např. hysterie, fobie, obsedantně-kompulzivní porucha či panická porucha), dále somatická onemocnění nebo třeba hypochondrie, jsou výsledkem tzv. exogenních, vnějších vlivů, reakce na akutní nebo dlouhodobý stres a psychické a tělesné zátěže (Praško et al., 2003). Dle novější terminologie se duševní nemoci dělí do dvou hlavních skupin, na **neurózy** (například úzkostná porucha, panická porucha, fobické úzkostné poruchy, obsedantně-kompulzivní porucha, reakce na závažný stres, somatoformní a disociační poruchy) a **psychózy** (především schizofrenie, endogenní deprese, bipolární afektivní porucha a porucha s bludy), přiřazují se i **hraniční poruchy osobnosti**. Pro svět bludů a halucinací a z hlediska narušení osobnosti a adekvátní orientace v sobě samém i okolí jsou psychózy považovány za onemocnění závažnější. Neurotické poruchy jsou funkční psychické poruchy a vznikají u jedinců s vyšší vnímavostí a zranitelností. Projevují se pocitem ohrožení a napětí, strachu, úzkosti a zhoršeným emočním laděním. Poruchy osobnosti jsou zakotveny hluboko ve struktuře osobnosti. Projevují se odchylkami v prožívání, chování nebo nadměrně či nepříznivě zvýrazněnými vlastnostmi jedince (Šmejkalová, 2004).

Charakteristické symptomy neuróz jsou neklid, nespokojenost, podrážděnost, špatná koncentrace, zapomínání, vyčerpanost či neurčitý strach spojený s tělesnými projevy, jako je zrychlený tep a dýchání. Například *fobická neuróza* se vyznačuje nepřiměřeným a těžko překonatelným strachem z určité situace či podnětu. *Obsedantně-kompulzivní porucha* je typická pro nutkavé myšlenky, které se objevují neustále a proti vůli nemocného. Pro *hysterickou neurózu* jsou pak typické znaky jako přehnaná emotivita, dramatičnost, egocentrismus, absence rozumového nadhledu a dále také tělesné příznaky – přechodné oslepnutí či ohluchnutí, ztráta rovnováhy, záchvaty smíchu nebo pláče, omdlávání. *Depresivní neuróza* je charakteristická smutnou náladou, anhedonií, sníženou výkonností, schopností se radovat či sebedoceňováním (Základní druhy neuróz, on-line). Tito nemocní jsou sklíčení, stísnění, objevují se poruchy spánku a denního rytmu, zpomalené nebo úplná neschopnost myslet a jednat, trpí nechutenstvím, bývají podráždění, vztahovační a objevují se i sebevražedné myšlenky (Kalina, 2001).

Symptomy schizofrenie se dělí na *pozitivní* a *negativní*. Pozitivní (také *psychotické*) bývají příčinou hospitalizace a řadíme sem **halucinace** (poruchy vnímání), **bludy a dezorganizace** (poruchy myšlení). Negativní příznaky zahrnují sníženou emoční reaktivitu, apatii, ztrátu motivace a sociálních kontaktů, ochuzení myšlení i řeči (Češková, 2007). „*Pozitivní jsou ty, které jsou oproti normě navíc, tedy především bludy a halucinace, ale též impulzivní chování. Negativní jsou ty, jež oproti normě chybějí, tedy zejména ochuzení myšlení, slovní zásoby, emotivity, vůle, sociálních kontaktů, celkové snížení aktivity*“ (Kučerová, 2010, s. 15). Mimo tyto příznaky se setkáváme i s kognitivní dysfunkcí, tedy narušení poznávacích schopností, kdy je narušena pozornost, paměť a exekutivní funkce – schopnost iniciovat nebo plánovat a řešit úkoly. Tato dysfunkce se v lehké míře může nalézat také u příbuzných nemocného (Češková, 2007). „*Pro akutní onemocnění jsou typické především pozitivní symptomy, které se projevují obvykle nápadnou změnou psychických funkcí přetrvávající po určitou dobu (alespoň jeden měsíc)*“ (Vágnerová, 2004, s. 337). **Halucinace** se vyznačují jako klamné vjemy, o kterých je nemocný nevyvratně přesvědčen a podle kterých se také chová a jedná. Jedná se o jakousi chybnou interpretaci světa, vedoucí k dezorganizaci ve světě i sobě samém (Vágnerová, 2004). Halucinace mohou být sluchové (u 50% pacientů), zrakové (15%) a taktilní (5%). Jsou rozpoznatelné například podle pacientova soustředěnému naslouchání dění v hlavě nebo třeba zakrývání uší. Sluchové halucinace jsou pacienty popisovány jako „hlasy“ (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Halucinace bývají signálem propuknutí nemoci. Někdy je pacient vnímá jako vkládané myšlenky mluvící přímo k němu, nebo se může jednat o rozhovor jiných bytostí o něm a k pacientovi přímo nemluví. Tyto hlasy mohou vyhrožovat, obviňovat, přikazovat, doporučovat, povzbuzovat, pomlouvat, ale i chválit nebo předpovídat tragédii. Nejničivější podoba ve formě příkazů a zákazů (např. brání léků), může zásadním způsobem ovlivnit i pacientovu léčbu nebo jeho zdraví i bezpečí okolí (Kalina, 2001). Tato situace může u nedobrovolně hospitalizovaného pacienta být ošetřena omezovacími prostředky **§23 zákona 20/1996 v platném znění**. Musí však být splněna podmínka nebezpečnosti sobě nebo okolí. Zásah v domácím prostředí bez souhlasu

pacienta se však může dít pouze v ohrožení života, majetku nebo zdraví, zde asistuje police dle zákona o policii č. 283/1996 sb. §14 (Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

Bludy mohou být různě zaměřené na kontrolování, ovlivňování, ovládání, ale i blud příslušnosti k jiné kultuře, nadlické moci, nebo třeba náboženské či politické identity. Bludy se objevují u více než 90% nemocných (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). V bludném světě se nemocný stává někým významným, bývá mimořádně důležitý – v protikladu ke světu reálnému, kde se cítí být nevýznamným, méněcenným (Kalina, 2001). **Kognitivní deficit** a kognitivní poškození se prokazuje jak u schizofrenie, tak př. u depresivní poruchy a má důsledky pro praktický život. Dle výzkumů je to právě kognitivní dysfunkce, která je významná pro sociální dovednosti. S tím je spojena nepříznivá prognóza onemocnění s nízkou kvalitou života a neschopností vést nezávislý a samostatný život (Preiss, 2006). Poruchy exekutivních funkcí jsou přítomny u 40 až 95% pacientů (Pěč, Probstová, 2009).

Prognóza neuróz, blíže například *fobických úzkostných poruch* se odvíjí od farmakoterapie, bez terapie léky odezní zřídka a je doprovázena relapsy a remisemi. *Obsedantně-kompulzivní porucha* bez léčby odezní jen velmi vzácně, pacient je pak uvězněn mezi neustálými kompulzemi a obsesemi. *Reakci na závažný stres* může pomoci krizová psychoterapeutická intervence, mohou být doporučeny anxiolytika nebo hypnotika (Praško et al., 2003).

Prognóza schizofrenie se dle publikace *Psychiatrie* (Benson Piero, 2010) opírá o tzv. pravidlo třetin a pravidlo čtvrtin:

- „1/3 pacientů se zcela vyléčí
- 1/3 pacientů se sice uzdraví, ale dochází u nich k opakovaným relapsům
- 1/3 pacientů se nevyléčí vůbec;

- 1/4 pacientů se po první epizodě uzdraví a zcela se zbaví všech příznaků
- 1/4 pacientů se sice vyléčí, ale stále u nich přetrvávají některé symptomy
- 1/4 pacientů se vyléčí částečně a symptomy schizofrenie u nich přetrvávají

- *¼ pacientů se nikdy nevyлéčí, jejich stav se naopak trvale zhoršuje*“

(Benson, 2010, s. 125).

Prognóza schizofrenie je vázána na příznivé a nepříznivé prognostické údaje. Mezi příznivé například patří faktory ženského pohlaví, stabilní partnerský nebo manželský vztah, dobré sociální fungování, převaha pozitivních příznaků nad negativními, nebo pokud se onemocnění objeví v pozdějším věku nežli v dětství. Nepříznivými prognostickými faktory jsou nízký věk začátku onemocnění, mužské pohlaví, premorbidní život bez partnera a špatné sociální fungování, abúzus drog nebo schizofrenie v rodinné anamnéze (Češková, 2007). „*V dlouhém průběhu onemocnění je mezi nemocnými velká variabilita, ale u většiny jde o celoživotní onemocnění s perzistující symptomatologií a narušeným fungováním*“ (Češková, 2007, s. 21).

1.1.2 Faktory ovlivňující vznik choroby

Nejkomplexnější pohled na vznik a rozvoj duševních poruch je **biopsychosociální model**, který se skládá:

1. z pohledu biologického
2. psychologického
3. sociálního.

Mezi biologické faktory patří především **dědičnost**. Dále také intoxikace nebo prodělané infekce matky v těhotenství, nádory mozku či úrazy hlavy. Řadí se sem ale i tíživé rodinné situace, dlouhodobý nebo opakovaný stres dítěte nebo ztráta blízké osoby. Tyto faktory se označují jako tzv. *spouštěče*. Sociální faktory jsou významné pro celý průběh a léčbu onemocnění. Patří sem vliv rodiny, pocit bezpečí a lásky v dětství – sociální prostředí v rodině, výchova, škola a vztahy se spolužáky a nadřízenými. Nejdůležitějším a nejvíce zkoumaným sociálním faktorem je **stres**. Stresové situace v podobě ztráty zaměstnání, blízké osoby, rozvodu rodičů nebo odchodu dětí z rodiny mohou při kumulaci faktorů způsobit rozvoj psychické poruchy (Praško et al., 2003). Spouštěčem jsou pak spíše dlouhodobě působící faktory, než jednorázový podnět, jedná se často o situace typu sociálního zranění a odpoutávání se od rodiny, ale i hledání

sexuální role nebo povolání. Spouštěčem neuróz bývají události spojené se smrtí a ztrátou blízké osoby, narození dítěte, nadměrná pracovní zátěž, nebo zklamání v lásce a manželství (Kalina, 2001). Dědičnost hraje u schizofrenní poruchy významnou roli, děti rodičů se schizofrenií mají 10x vyšší riziko, že schizofrenií onemocní také (Češková, 2007). „Z různých epidemiologických studií vyplývá, že zatímco prevalence onemocnění v běžné populaci je okolo 1%, riziko vzniku u dítěte, jehož jeden rodič trpí schizofrenií, je 12%, pokud jsou nemocní oba rodiče, pak je riziko 40% a nejvyšší míra rizika je pro jednovaječné dvojče schizofrenika (47%)“ (Horáček, 2003, s. 39). Zajímavým faktem je, že čím je starší otec při početí, tím stoupá riziko onemocnění potomka (Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

Vlivy prostředí jsou pro každého jedince individuální, nepůsobí vždy stejně a závisí na působení jednotlivých vlivů a na tom, jak je jedinec zpracovává a jak jsou pro něj tyto vlivy důležité (Vágnerová, 2004). Zajímavé je, že 5-8% schizofreniků se rodí v zimě a na jaře. Bylo také zjištěno, že riziko vzniku schizofrenie klesá se vzdáleností od středu města (vyšší osídlenost znamená vyšší riziko onemocnění) (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Příznivější průběh choroby je pak pozorován v méně rozvinutých oblastech, pravděpodobně díky lepšímu přijetí obyvatel (Horáček, 2003). Vyšší incidence a prevalence se objevuje u imigrantů - potýkají se s potížemi s adaptací v nové kultuře. Více nemocných se rodí na severní polokouli v lednu a březnu, na jižní pak v červenci a srpnu. Je také prokázána souvislost onemocnění s nižšími sociálními vrstvami z důvodu nižšího sociálně ekonomického statusu, či finančního znevýhodnění a stresy s tím spojené (Češková, 2007). Zpracovávat každodenní **stres** je pro duševně nemocné díky křehkému neurokognitivnímu terénu a snížené stresové toleranci obtížné. Proto je jedním z cílů terapie chronický stres odstranit, nebo alespoň zmírnit (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Působením stresových zátěží může docházet k narušení psychické rovnováhy. Pacient však svým zpracováním může tyto situace využít i pozitivně, záleží na tom, jak se se situací vyrovná a na jeho celkovém emočním klimatu. Míra odolnosti, tzv. *frustrační tolerance*, někdy v literatuře tzv. *hardiness*

(pevnost, tvrdost) označuje stupně odolnosti vůči stresu, pojem *resilience* pak schopnost odolávat v průběhu času (Vágnerová, 2004).

Již známým faktem, zodpovědným za asi 8-14% případů schizofrenie, je působení **drog a návykových látek**. U marihuany se dokonce uvádí, že čím dříve v adolescenci je užívána, tím je její efekt škodlivější. Zjištěna byla i souvislost mezi dalšími ilegálními drogami a zvýšením rizika vzniku psychózy (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Údaje světové literatury ukazují, že až 50% schizofreniků zneužívá alkohol, kouří až tři čtvrtiny schizofreniků a celoživotní prevalence abúzu alkoholu se ve Spojených státech pohybuje kolem 48% (17% v běžné populaci). 25-35% schizofreniků má problémy s návykovými látkami (Horáček, 2003). V průběhu života se zneužívání alkoholu nebo návykových látek objeví až u 50% všech osob s vážným duševním onemocněním (Pěč, Probstová, 2009).

1.1.3 Léčba a terapie

Diagnostika všech psychických onemocnění se opírá o **psychiatrickou anamnézu** a **posouzení psychického stavu**. V rámci psychiatrické anamnézy se zkoumá průběh a příznaky nemoci. Její součástí je i osobní, rodinná a somatická anamnéza. Součástí posouzení psychického stavu je posouzení vzhledu, chování, řeči, vědomí a orientace, emotivity, myšlení, vnímání, intelektu nebo paměti (Češková, 2007). Pro zjištění kognitivního profilu pacienta s jeho silnými i slabými stránkami a za účelem individuálního rehabilitačního plánu, se užije psychologického vyšetření MATRICS – *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia*. Toto vyšetření se zabývá pozorností, pracovní pamětí, učením a pamětí, logickým myšlením i sociální kognicí (Preiss, 2006). Diagnostika schizofrenie se určuje dle MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) dle přítomnosti příznaků a dobou jejich trvání (Češková, 2007). **Systém psychiatrických služeb** se v České republice skládá z ambulantní (psychiatrické ordinace), lůžkové služby (psychiatrické léčebny) a služeb „na polovině cesty“ (denní stacionáře, chráněné dílny a bydlení, kluby + neziskové organizace v podobě nadací apod.) (Kalina, 2001). Základním pilířem léčby je

farmakoterapie antipsychotiky, odstraňující symptomy a působící preventivně proti relapsu (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Mezi psychofarmaka se řadí *neuroleptika*, která upravují psychickou činnost a odstraňují bludy a halucinace, tlumí neklid a úzkost. Dále jsou to *antidepresiva* rozptylující chorobný smutek a upravující nálady a deprese. Je možnost zařazení také *anxiolytik* (Kalina, 2001). Tento druh léčby obecně slouží k uklidnění a zvýšení odolnosti a pod jejím vlivem se zmírňují zejména akutní a pozitivní příznaky choroby. Farmakoterapie je však taky zásahem do obranného mechanismu a zbavuje pacienta jistoty. Pro pacienty bývá obtížné samotného lékaře – psychiatra akceptovat. Dalším úskalím je nedostatečná motivace k léčbě. Pacienti se většinou mylně domnívají, že žádnou léčbu nepotřebují (Vágnerová, 2004). Až 50% pacientů se po první hospitalizaci nedostaví ke kontrole – jsou tak vystaveni rizikům nepodstoupení léčbě (Češková, 2007). Až 80% pacientů, trpících psychózou, nedodrží stanovenou léčbu i přesto, že pacienty ve značné míře chrání před relapsem, a prokazuje se i jejich horší kognitivní výkon. Nespolupráce však bývá často pouhou snahou uniknout stigmatizujícím dopadům nemoci (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Podle Kaliny se však díky farmakologické léčbě rýsuje ona hranice mezi člověkem a nemocí, kterou klienti popisují nejprve jako „vlasovou čáru“, potom jako „skleněnou stěnu“ a na konec jako „zed“, „zavřené dveře“ atd. (Kalina, 2001). Pobyt v psychiatrické léčebně je však rozporem s WHO – podmínky v zařízeních způsobují izolaci a nakonec vedou ke stigmatizaci (Bankovská Motlová, Španiel, 2011).

„Cílem současné medicíny je dosažení a udržení co nejvyšší možné kvality života pacienta, k čemuž významně přispívá i psychoterapie“ (Vymětal, 2003, s. 197). **Psychoterapie** ovlivňuje život psychoticky nemocného cestou komunikace a vztahu (Vymětal, 2003). *„Čím více se totiž zabýváme lidským nitrem, tím více se stírají vnějškově a hrubě pozorovatelné a zachytitelné rozdíly, jimiž se řídí běžná klasifikace“* (Vymětal, 2003, s. 175). Psychoterapie podporuje pacienta v nemoci, přispívá k porozumění sobě samému a své nemoci a ke zlepšení pacientových sociálních dovedností (Vágnerová, 2004). Místo hospitalizace na lůžkovém oddělení, bývá u neuróz upřednostňována léčba v pacientově přirozeném sociálním prostředí (př. denní

stacionář). Psychoterapie se snaží navodit změny v osobnosti a životním stylu nemocného jejím hlavním způsobem a prostředkem - slovem - rozhovorem (Vymětal, 2003). Základní dělení psychoterapeutických přístupů je na **individuální, skupinovou, supportivní** (podpůrnou) a **investigativní** („odkrývací“) psychoterapii (Horáček, 2003). Při psychoterapii pacientů se schizofrenií bývá doporučována kombinace individuální a skupinové psychoterapie. Individuální psychoterapie je tvořena především vztahem psychoterapeuta a klienta, jejich komunikací a interakcí (Vymětal, 2003). „*Jedním z velkých zisků intenzivní individuální terapie je osobní prožitek toho, jak velkou hodnotu má pro člověka pozitivní podpora*“ (Yalom, 2004, s. 29). Do skupinové psychoterapie může patřit okruh neznámých lidí se stejným problémem, ale i okruh rodiny a partnerů. Stejně tak významné jsou tzv. svépomocné skupiny, jež samy, bez pomoci odborníků, tvoří silný terapeutický náboj (Vymětal, 2003). Psychoterapie zahrnuje i jiné způsoby „lечения“ – arteterapii, muzikoterapii, psychogymnastiku nebo psychodrama (Kalina, 2001). Neméně důležitá je pak **socioterapie**, která usiluje o sociální adaptaci a integraci v oblasti bydlení a zaměstnání (Vágnerová, 2004).

Cílem současné léčby však není pouhá absence příznaků, ale umožnit nemocnému obstat v životních rolích – tzv. **úzdruva** (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Dále reintegrace, soběstačnost, resocializace a schopnost obstat v pracovním procesu (Češková, 2007). „*Úzdruva zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu života jedince poté, co překlene katastrofické dopady duševní nemoci.*

Lidé s duševní nemocí se mnohdy navíc musejí zotavit:

- *ze stigmatu, které duševní nemoc přináší a které je často klientem zvnitřeno*
- *z iatrogenních efektů nastavení léčby a z nedostatku příležitosti pro sebeurčení*
- *z negativního vedlejšího efektu nezaměstnanosti*
- *z rozbitých snů“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 104).*

Nemocní paradoxně pociťují v období uzdravování smutek a prázdnotu, určité symptomy mohou přetrvávat a pociťují zvýšenou zranitelnost, útlum motivace i aktivity. Může docházet k sebevražedným pokusům, které signalizují, že pacient situaci nezvládl (Vágnerová, 2004).

Prevence relapsu: „Nemocní se schizofrenií nejčastěji prožívají opakované psychotické epizody (tj. relapsy, charakterizované exacerbací psychotických příznaků) nebo mohou mít dlouhodobě trvající psychotické příznaky. Přibližně třetina nemocných se po jedné, dvou či po několika málo atakách dokáže vrátit k normálnímu životu, nemoc u nich ustoupí. Poslední třetina se ani přes léčbu nezbaví příznaků psychózy, tito nemocní nejsou schopni samostatného života a jsou celý život odkázáni na pomoc rodiny, popř. zdravotnického zařízení“ (Češková, 2007, s. 21-22). Jednoróční frekvence relapsů u schizofrenie se pohybuje mezi 15-35% a celých 80% nemocných prodělalo relaps během 5 let od první ataky. Každým relapsem klesá naděje na remisi (uzdravení, vyléčení), proto se prevence relapsu stává základním cílem v léčbě schizofrenie (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Relaps nejen že snižuje účinnost léčby a odpověď na léky, ale vede k rezistenci na léčbu a je predispozicí k dalším epizodám (Češková, 2007).

Následná péče: Protože mnozí pacienti jsou schopni žít určitou dobu mimo psychiatrická zařízení, je třeba jim poskytnout komplexní péči i mimo tato zařízení. Jedná se o **komunitní péči**, která umožňuje život v přirozených podmínkách a prostředí (Češková, 2007). Tento typ péče je silným nástrojem pro pochopení osobní odpovědnosti pacienta a vytvoření nové interpersonální role (Yalom, 2004). „Člen komunity má možnost pociťovat ozvěnu vlastního vnitřního světa v ostatních lidech a zpětně vstřebat aspekty sama sebe, které u sebe dříve nemohl tolerovat“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 193). Terapeutické společenství může přinášet oporu, porozumění, sebedůvěru i trénink mezilidských vztahů (Kalina, 2001).

1.2 Schizofrenie jako fenomén

„Schizofrenie zůstává i na počátku 21. století jedním z nejzávažnějších onemocnění nejen v kontextu psychiatrie, ale i celé medicíny. Často se vyznačuje chronickým průběhem s významným funkčním postižením, změnami osobnosti, sníženou kvalitou života s vysokou mírou pracovní neschopnosti a trvalé invalidity, závažným dopadem na rodiny nemocných i celou společnost“ (Horáček, 2003, s. 31).

„Schizo-“ (rozštěp) navozuje představu „rozštěpené osobnosti“ a záhadných a nebezpečných individuí, na které společnost často pohlíží skrz prsty (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Laici se často domnívají, že všichni lidé s diagnózou schizofrenie jsou vraždící maniaci, ponoření do světa klamů a iluzí (Barker, 2004). U nemocných schizofrenií skutečně dochází k rozštěpu nebo rozpolcení osobnosti, projevuje se chronickým narušením myšlení, vnímání, dezintegrací psychických funkcí, emotivity a osobní integrity (Vágnerová, 2004). Schizofrenie je charakteristická pro poruchy myšlení, vnímání, poznávacích a psychosociálních funkcí. Je považována za nejzávažnější chorobu ze všech duševních onemocnění. Nemocní schizofrenií tvoří celosvětově asi 1% populace (Elder, Evans, Nizette, 2009). Statistika z roku 2008 dokládá, že ambulantně vyšetřených osob v ČR s diagnózou schizofrenie bylo 41 558, z toho 54% žen. Nemoc se projevuje typicky tzv. **atakou**, nejčastěji mezi 20. – 30. rokem života. I první atace však předchází prodromy jako je např. podrážděnost, náladovost nebo nedostatek energie (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). V průběhu nemoci jsou narušeny paměťové funkce, pozornost, exekutivní funkce i řeč. Objevuje se porucha syntaxe i neologismy. Intelektové schopnosti jsou ovlivněné v návaznosti na době propuknutí nemoci, jsou závislé na dovednostech, jež se nemocný stihl naučit před začátkem onemocnění (Preiss, 2006). *„Zkoumání kognitivních funkcí u schizofrenních pacientů nabývá v posledních letech na důležitosti. Ukazuje se totiž, že narušení kognitivních funkcí je téměř vždy přítomnou komponentou schizofrenní psychopatologie. Kognitivní deficit je považován za důležitý rozměr onemocnění, který stojí v pozadí ostatních příznaků schizofrenie, ovlivňuje úspěšnost léčby, schopnost sociální adaptace*

a kvalitu života pacientů“ (Preiss, 2006, s. 197). Jedním ze základních příznaků schizofrenie je i narušení orientace v realitě a tudíž neschopnost zpracovávat běžné informace a pracovat s nimi. Okolní svět se stává pro nemocného nepochopitelný, plný silných a těžko srozumitelných podnětů, proto se nemocný stahuje do sebe a vlastního světa. Zabývání se myšlenkovým chaosem zabírá všechn jeho čas i energii (Vágnerová, 2004). Řeč schizofrenního pacienta je zvláštní, šroubovaná, často nadměrně filozofující, nebo jen vágně popisující (Kučerová, 2010). Onemocnění způsobuje izolaci a nadměrnou koncentraci na vlastní osobu (až patologický narcismus), objevuje se pocit depersonalizace, cizosti vlastních myšlenek, prožitků, vůle i těla. Pacient se v chronické fázi onemocnění setkává například se snížením aktivity a únavou, s nižší schopností emočně reagovat nebo apatií, nedostatkem iniciativy a motivace, zájmu i vůle, sociální izolací a úpadkem společenského života i péče o vlastní osobu (Vágnerová, 2004). Nemoc negativně ovlivňuje pacientův praktický život, především v souvislosti se sociálním a pracovním selháváním (Preiss, 2006). **Příčinou** schizofrenního onemocnění může být mimo jiné komunikace v rodině, resp. dvojznačné chování rodičů nebo jejich pokynů. Pro pochopení chování pacienta s touto diagnózou je tedy třeba nahlédnout blíže i do rodinného prostředí (Benson, 2010).

Stanovit **diagnózu** schizofrenie je v dnešní době jakýmsi odpovědným úkolem, neboť se jedná o onemocnění stigmatizující (Kučerová, 2010). **Základními typy** schizofrenie jsou:

- 1. Paranoidní schizofrenie** s charakteristickými bludy s paranoidním obsahem a halucinacemi (především sluchovými). Nemocný bývá podezřivý, vztahovačný, bývá přesvědčen o tom, že je pronásledován nebo vyvolen k určitému úkolu. Emočně jsou tito lidé spíše otupělí až apatičtí.
- 2. Hebefrenní schizofrenie** propuká v časném věku, cca mezi 15 a 25 lety, proto se také stává prognosticky nepříznivou, protože zasáhne rozvoj osobnosti v době její stabilizace a rozvoje identity. Je charakteristická poruchami myšlení, tzv. hypomanickou náladou (tendence

k nevhodnému žertování), mohou se objevit hypochondrické nebo kosmicky zaměřené bludy, halucinace bývají spíše zrakové. V sociálních vztazích se nemocný projevuje hrubě až vulgárně, bez zábran.

3. **Katatonní schizofrenie** projevující se výrazně v psychomotorické oblasti. Buď se jedná o nadměrnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitu, nebo naopak o tzv. *stuporózní formu*, čili útlum veškeré motorické aktivity a ztráty vůle k jakékoli činnosti.
4. **Simplexní schizofrenie** bývá nápadná úpadkem celkového projevu, nerespektováním běžných sociálních norem, potulováním se a zahálením. Pacienti tak tráví celé dny prakticky v nečinnosti (Vágnerová, 2004).

Schizofrenie je vázána na hluboké narušení reality, na pocity úzkosti, zmatku, neskutečnosti, vztahovačnosti. Pacient žije svůj fantazijní svět plný halucinací, vidin a neskutečných prožitků, přihlíží změnám svého těla a uniká přeludům za cílem uniknout kosmickým silám. Osobnost ztrácí souvislost s okolím, nemocný se vzdaluje svým blízkým a skutečnému světu (Kalina, 2001).

1.3 Kvalita života

„Opravdu kvalitní život může být veden tehdy, jestliže sobě rozumíme a žijeme vlastní život v nahlédnutí.“ (Vymětal, 2003, s. 201).

Protože je schizofrenie onemocněním, které zanechává následky nejen na psychických funkcích člověka, je ten okrádán o základní a podstatné věci v každodenním životě. Nemoc narušuje fungování člověka prakticky ve všech oblastech života. Častým jevem se stává částečná nebo úplná invalidizace a navzdory snahám o zařazení těchto nemocných do pracovního procesu pouze méně než 10% pracuje na celý úvazek. Invalidizace sice poskytne jisté sociální zabezpečení, ale odvádí pacienta od sociálních vazeb a následně vede k izolaci. Je dokonce známo, že tito lidé, častěji než psychicky zdraví lidé, umírají na somatická onemocnění. Uvádí se, že nemocní se schizofrenií mají až o 50% vyšší riziko smrti právě na tělesná onemocnění a o 20% kratší délku života (Češková, 2007). Onemocnění má často chronický průběh a celosvětově je řazeno mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity (Češková, 2007). Sociální pozice i životní podmínky těchto osob jsou značně ztíženy. 26-53% nemocných v Nizozemí nemá strukturovaný denní program, 91-97% nemá placené zaměstnání a až 67-79% nemá stálého partnera. Celých 50% pacientů žije osamoceně. Obecně kvalitu svého života a tím pádem i uspokojení ze života tak hodnotí jako nižší. Přitom přání pacientů se většinou od přání psychicky zdravých lidí neliší. Kladou důraz na zdraví, bydlení a práci, dobré vztahy s rodinou a partnery, na přátelství, uznání druhých osob i osobní rozvoj. Je však pravdou, že většina nemocných si ke zlepšení kvality svého života nemůže pomoci vlastními silami a potřebuje dlouhodobou profesionální pomoc. Osoby s duševním onemocněním jsou vystaveny problémům s nízkým finančním příjmem, nedostatkem sociální podpory a nedostupností sociálních služeb nebo nedostatečnou informovaností o nich, dlouhodobé hospitalizaci a sociálním bariérám a stigmatizaci. Právě kombinace některých z faktorů vede ke snížení kvality života (Pěč, Probstová, 2009). *„Důvodem k psychiatrické hospitalizaci v mnoha případech potom není „potřeba pomoci“, signalizovaná provokujícím způsobem. Zpravidla k ní vede selhání člověka ve společnosti, kde již nelze jiný způsobem obnovit*

rovnováhu mezi člověkem a prostředím. Existuje proto termín „sociálně kontrolní funkce““ (Styx, 2003, s. 26). Někdy konečným důsledkem negativních faktorů je až suicidium. Suicidium u pacientů s duševním onemocněním je spjato s životním stylem, s nižší péčí o tělesné zdraví a ztíženým přístupem ke zdravotní péči, symptomy, léčbou a stigmatem (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). S nemocí přichází také **změna role** na kvalitativně horší roli nemocného. Ten bývá považován za viníka svého stavu a nepředpokládá se, že by si vlastními silami pomohl. Má však jistá privilegia, jakými je například zproštění od některých povinností, ale zároveň nedisponuje stejnými právy jako zdraví lidé. A konečně se od něj očekává, že svůj nežádoucí stav bude chtít změnit – uzdravit se – spolupracovat při léčbě. V případě, že se tak neděje, ztrácí svá privilegia a stává se pro společnost těžko tolerovaným (Vágnerová, 2004).

1.3.1 Vymezení pojmu kvalita života

Slovo „kvalita“ pochází z latinského základu „qualitas“ – kvalita – či „qualis“ – jaký. Kvalitou rozumíme i „jakost, hodnotu“ (Křivohlavý, 2002). Vycházíme-li z definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace (WHO), dle níž je zdraví „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“, je pak kvalitní život odpovídající stavu „fyzické, psychické a sociální pohody“ člověka (Vymětal, 2003). „Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí. Je nesourodým srovnáním a motivací (hybnou silou) žít“ (Křivohlavý, 2002, s. 164.). S pojmem „kvalita života“ se setkáváme již přes několik desítek let jak v odborném, tak veřejném světě. Vztahují se k němu aktivity, které se dotýkají lidské existence. Tohoto pojmu je často užíváno v souvislosti s poskytovanou léčebnou péčí a rehabilitací. **Objektivní** kvalitou života jsou sociální a materiální podmínky života, fyzické zdraví a sociální status člověka. Může se jednat o sociální, zdravotní, ekonomické či environmentální podmínky člověka, které ovlivňují jeho rozvoj. **Subjektivní** kvalita života se vztahuje přímo na hodnocení jedince ze svého pohledu, na všeobecnou spokojenost se životem nebo lidskou emocionalitu. Zaměřuje se na vnímání člověka a jeho postavení ve světě, na hodnoty, osobní cíle, očekávání, zájmy nebo životní styl (Vymětal, 2003).

V současnosti je kvalita života vnímána jako jedna z nejdůležitějších částí a cílů léčby nejen v psychiatrii, ale v medicíně obecně (Raboch, Doubek, Zrzavecká, 2002).

Je přirozené, že v první řadě je kvalita života určována **aktuálním zdravotním stavem** člověka a tím, jak on tento stav hodnotí. Nemalý vliv má také úroveň soběstačnosti nebo závislosti na pomoci druhých osob, komunikace, sebeobsluhy a konečně i pomoc či akceptace ze strany nejbližších osob. Zmínit je třeba i ekonomickou situaci pacienta, neboť ta je, díky určité závislosti léčby duševních poruch na finančních prostředcích nemocného, prognosticky důležitým faktorem (Vymětal, 2003). V roce 1974 Evropská komise OSN vytvořila **8 kategorií** sociálních indikátorů:

- 1) zdraví
- 2) kvalita pracovního prostředí
- 3) nákup zboží a služeb
- 4) možnosti trávení volného času
- 5) pocit sociální jistoty
- 6) možnosti rozvoje osobnosti
- 7) fyzikální kvalita životního prostředí
- 8) možnost účasti na společenském životě (Nepožítková, 2009).

„Výzkumný medicínský přístup ke kvalitě života realizuje WHO projektem WHOQOL(1997), který vychází z koncepce, kde kvalita života je reprezentována v šesti doménách :

- 1) *tělesné zdraví*
- 2) *psychický stav*
- 3) *stupeň nezávislosti*
- 4) *sociální vztahy*
- 5) *environment*
- 6) *spiritualita, osobní přesvědčení*“(Koňářiková, 2006, str. 6).

V širším rámci je možné rozlišovat determinanty kvality života v pojetí 3 vědních disciplín: **psychologii, sociologii, psychoterapii**. **Psychologické pojetí** je podobné psychoterapeutickému; vychází ze subjektivity člověka. Klade důraz na osobní očekávání ve shodě s životní realitou, na spokojenost, pocit štěstí, prožívání pozitivní citové odezvy, ale také uznávání autoritami, sebeúctu i kompetentnost člověka ve smyslu chápání světa a možnosti jej ovlivnit. Je třeba zdůraznit i existenci alespoň jednoho sociálního vztahu, naplno, psychicky blízko a autenticky. **Psychoterapeutický rámec** určuje kvalitu života v rehabilitaci za cílem jejího co nejvyššího možného zvýšení. Zahrnuje rozvíjení a naplňování pozitivních možností člověka, které mohou být prodělanou nebo probíhající nemocí poznamenány. S těmito změnami se nemocný vyrovnává v průběhu času a je mu nápomocna právě psychoterapie, metoda, bez níž by kvalitní život u jednotlivých osob ani nemohl existovat (Vymětal, 2003). **Pojetí sociologické** je vázáno na tzv. atributy sociální úspěšnosti. Mohli bychom sem řadit například postavení, majetek, vybavení domácnosti, rodinný stav nebo dosažené vzdělání (Čermáková, 2010).

1.3.2 Pojetí kvality života, přístupy a modely

Kvalita života, na niž nahlíží psycholog, je určována termínem *spokojenost*. Kvalitně tedy může žít jen ten, kdo je se svým životem spokojen. Spokojenost nebo uspokojení je definováno jako **důsledek dlouhodobého snažení se člověka o dosažení životních cílů očekávaně dlouhou, nebo i rychlejší cestou**. Člověk tak žije v pohodě (*wellbeing*) a životní pohoda (*wellness*) je představou psychologického pojetí kvality života. Když se člověku daří realizovat své subjektivní plány, je s životem spokojen. Tímto osobním pojetím kvality života může být následkem překážky (př. chronické onemocnění, hospitalizace, sociální problémy...) oťreseno. Calman (1984) definuje kvalitu života jako „rozdíl mezi nadějemi a očekáváním tohoto člověka a současným stavem jeho života“ (Křivohlavý, 2002). „*Při zjišťování spokojenosti s vlastním životem se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, zjišťuje se struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak je život lidí ovlivňován jednotlivými společenskými institucemi. Subjektivní pohoda má svou kognitivní a emocionální dimenzi. Kognitivní*

složka se soustřeďuje na racionální hodnocení vlastního života celkově a odtud plynoucí (ne)spokojenosti, zatímco emocionální pohled znamená to, jak člověk citově prožívá různé životní situace“ (Henzlová, 2007, str. 12). Zajímavý je pohled nizozemské školy STORM na proces psychosociální rehabilitace. Wilken a Hollander (1999) se zabývají komplexním přístupem k psychosociální rehabilitaci (KoPPR) a zdůrazňují kvalitu lidského života (na základě přístupu k rehabilitační péči) - ta se také stává ústředním tématem KoPPRu. Kvalita života je zde ústředním rámcem, z nějž vycházíme. Řídí se principy udržení a zlepšení kvality života (zaměřuje se na přání a cíle klienta), psychosociální zranitelnost klienta (důraz na zlepšení sociálních dovedností za účelem udržení rovnováhy a stability při zvládnání životních problémů) a kvalitu sociálního prostředí, potřeby pomoci, podpory, asistence, sociální sítě (prostředí, kde klient pracuje či se pohybuje, osoby, s nimiž je v kontaktu, jeho podporující prostředí atd.) (Pěč, Probstová, 2009). V konceptu kvality života tedy vstupují do popředí ty dimenze života, které mají pro pacienta mimořádnou cenu. Subjektivní vnímání kvality života hraje roli nejen v pacientově rozhodování, ale i při hodnocení změn zdravotního stavu, celkového stavu, nebo efektivity terapie (Křivohlavý, 2002).

➤ **Hodnoty, motivy, potřeby, zájmy a záliby v závislosti na ovlivňování kvality života:**

Hodnotou je pro člověka to, co má pro něj osobní význam a co je pro subjekt žádoucím. V kladném slova smyslu se jedná o subjektivně pojaté dobro – hodnotné je to, co je pro člověka dobré, co ho činí spokojeným a šťastným. Na tomto základě vznikají hodnotící procesy a vytváří se individuální hierarchický systém hodnot. **Motivy** jsou vědomé či nevědomé cíle jednání, širše cíle chování vůbec. **Potřeba** je základní formou motivu ve formě deficitu ať v biologické nebo sociální rovině bytí člověka. Psychologicky je potřeba chápána jako puzení k aktivitě zaměřené na dosažení určitého cíle. Pojetí biologické hodnotí potřebu jako absenci fyziologické rovnováhy organismu. Redukce těchto potřeb má pak za následek uspokojení, pocit úlevy, jistoty apod. **Zájmem** je činnost, do níž je člověk ochoten vkládat úsilí, finanční prostředky či čas

(př. politika, hudba, umění...). **Záliba** („koníček“) je zaměřená na činnost, která člověka uspokojuje. Často bývá slučována se zájmem (Nakonečný, 1997).

V rámci Camberwell-ského pilotního šetření potřeb - hodnocení potřeb závažně duševně nemocných – byly zkoumány naplněné a nenaplněné potřeby duševně nemocných osob (TAB. 2) (Česká a slovenská psychiatrie, on-line):

Tabulka 1: Jednotlivá životní zaměření zdravých starších lidí pro vnímání kvalitního života.

<i><u>Životní zaměření zdravých starších lidí</u></i>
sociální činnost
zdraví
rodina
životní podmínky
náboženství (víra)
finance
vztahy
nezávislost
práce
štěstí

Zdroj: Sestavená dle Krivohlavý, 2002, s. 17.

Tabulka 2: Potřeby závažně duševně nemocných.

<i><u>Potřeby závažně duševně nemocných</u></i>	
Oblast naplněných potřeb	Nenaplněné potřeby
psychotické symptomy	přátelé
psychické potíže	sexualita
tělesné zdraví	intimní vztahy
denní činnosti	psychické potíže
přátelé	finanční dávky

Zdroj: Sestavená dle Camberwellské šetření potřeb, on.line.

A. Lidské potřeby podle Abrahama Maslowa (1908 – 1970):

Americký klinický psycholog Abraham Maslow se výrazně zajímal o témata filozofická, kulturní a náboženská. Již v průběhu 2. světové války se věnoval zkoumání lidské motivace ve vztahu k vyšším a nižším potřebám (Smékal, 2009). Razil pojem **metapotřeby** a následně teorii „metamotivace“, na jejímž základě vysvětloval fungování mezi vyššími a nižšími potřebami (Maslow, 1960). Vývojově **nejvyšší potřeby** jsou potřeby **sebeaktualizace** či **sebeuskutečnění**. Nejvyšší potřeba sebeaktualizace se vyskytuje jen u osob respektujících a vážících si sebe sama. Tyto potřeby však člověk může realizovat nejprve poté, co jsou uspokojeny základní potřeby a zdraví (tedy vyšší až po uspokojení nižších). Obsahem metapotřeb jsou životní hodnoty člověka, duchovní hodnoty a všeobecně hodnotami jsou pak významné aspekty života biologického a kulturního (Nakonečný, 1997). Maslow je tvůrcem hierarchického systému potřeb, tzv. **Maslowovy pyramidy potřeb**:

Obrázek 1: Maslowova pyramida potřeb



Zdroj: Maslowova pyramida, on-line.

1. Fyziologické potřeby – základní lidské potřeby jako je potřeba kyslíku, výživy, sexuální potřeby... Nejsou-li tyto potřeby naplňovány, působí velkým tlakem na ostatní osobnostní funkce. Tenze z neuspokojené potřeby musí být odstraněna za cílem obnovení homeostázy.

2. Potřeby bezpečí – vystupují v situacích, které vyvolávají strach, zmatek či úzkost.

Zvláště silně jsou projevovány v dětství.

3. Potřeby náležitosti a lásky – jedná se o touhu někam patřit a být akceptován, s někým sdílet citový vztah. Tyto potřeby začínáme naplňovat po uspokojení předešlých nižších potřeb.

4. Potřeby úcty – dle Maslowa děleny na **sebeúctu** a **úctu druhých**. Jedná se tedy nejen o vědomí zvládnání životních nároků, ale i touhu po respektu, prestiži, důvěře...

5. Potřeba sebeaktualizace – v tomto rámci se člověk musí stát tím, čím může být. Zahrnuje také osobní růst a potřebu realizovat své schopnosti.

Řada prvků z Maslowovy teorie je využitelná pro práci v pomáhajících profesích (Drapela, 2008).

B. Lidské potřeby a hodnoty v pojetí některých dalších významných osobností:

E. Spranger a jeho pojetí hodnotového systému je považováno za nejznámější. Jeho kategorizace spočívá v tzv. „*Lebensformen*“, čili „*životních formách*“. Jsou to duchovní principy, kterými člověk poznává svět. Jedná se o pravdu, krásu, užitek (zisk), lásku k lidem, moc a moudrost (bůh). Spranger dále popisuje 6 typů osobností podle upřednostňované agens: teoretického, estetického, ekonomického, sociálního, náboženského člověka a mocenského typu osobnosti (Smékal, 2009). **H. A. Murray** sestavil nejobsáhlejší index motivů a index tzv. viscerogenních (fyziologických) potřeb, jakými jsou potřeby vyjadřující nedostatky (př. potrava), potřeby vyjadřující nadbytky (př. vyprazdňování) a potřeby vyjadřující vyhnutí (př. škodlivým vlivům). Murrayův systém psychogenních potřeb dále obsahuje 20 zjevných potřeb (př. autonomie, obrany, pořádek, zábava, sex, porozumění atd.), 8 skrytých (potlačování něčeho, ovládnutí, sexualita) a 4 „vnitřní faktory“ (svědomí, pocit viny apod.) (Nakonečný, 1997). **E. Fromm** jmenuje 5 hlavních potřeb každé lidské bytosti ve vztahu k lásce: potřeba vztaženosti, transcendence, zakořeněnosti, identity a potřeba orientačního rámce. Zralá a dobře přizpůsobená osobnost pak dokáže tyto potřeby propojovat, aniž by ztrácela identitu. Silou a podporou je mu právě láska (Drapela, 2008).

➤ **Přístupy k měření kvality života:**

Metody měření kvality života se dělí do 3 skupin:

1. Metody, kdy kvalitu života hodnotí druhá osoba.

Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality života jsou zaměřeny na objektivně měřitelné chování a jednání pacientů z pohledu pacientových blízkých – rodinných příslušníků, lékařů. Jakýmsi předchůdcem těchto metod jsou tzv. HS – Health State – *Rejstříky zdravotního stavu daného pacienta*, zdokonalenou formou pak tzv. HSP – Health State Profiles – *Profily zdravotního stavu pacienta*. Jedná se tedy pouze o hledisko fyziologické, zkoumáno z ryze lékařského pohledu. Příkladem dnešního přístupu, hodnotící kvalitu pacientova života na základě fyziologie nebo patofyziologie, je metoda APACHE (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) – *Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu*. Podstata této metody spočívá v měření stavu pacienta a odchylky tohoto stavu od fyziologické normy. Do této kategorie můžeme dále řadit *symbolické vyjádření kvality života*, kdy se zaznamenával stav pacienta na lůžkovém oddělení, a to za pomoci jednoho, dvou, třech a čtyřech křížků. Více křížků signifikuje horší kvalitu pacientova života. Dalšími metodami jsou například slovní vyjádření kvality života nebo hodnocení kvality života pomocí symbolů.

2. Metody, kdy hodnotitelem je sama dotazovaná osoba.

Mezi tyto metody je řazena metoda DDRS (Distress and Disability Rating Scale) – *Posuzovací škála stresu a neschopnosti*. Dále SWLS (The Satisfaction with Life Scale) – *Stupnice spokojenosti se životem*. A konečně SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – *Systém individuálního hodnocení kvality života*. Tato metoda vychází z osobních představ dotazovaného, nejsou předem daná kritéria důležitosti. Je ukazatelem individuálního hodnocení kvality života člověkem samým, založený na osobních hodnotách a aspektech, které v daný okamžik jedinec vnímá za klíčové. Tyto aspekty jsou dále rozvíjeny pomocí rozhovoru. Tato metoda se zaměřuje nejen na pacientův zdravotní stav, ale také stav psychický a dokonce jeho spokojenost s realizací záměrů a cílů, které si v životě stanovil. Zmínit je třeba také dotazník SQUALA (Křivohlavý, 2002). Jedná se o „*sebeposuzovací dotazník, konstruovaný podle jasných metodologických pravidel. SQUALA filozoficky vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb*“ (Nepožítková, 2009, str. 23).

3. Smíšené metody zjišťování kvality života, kombinované 1. a 2.

Příkladem propojení předchozích dvou skupin je metoda MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) – *Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru*, s metodikou LSS (Life Satisfaction Scale) – *Škála životního uspokojení*. Metoda hodnotí jak celkovou spokojenost se životem, tak se stanovenými dimenzemi života člověka. Cílem je tedy zjistit aktuální obraz kvality života s tím, že tomu může být následně navržena přesná efektivní pomoc a péče (Křivohlavý, 2002).

1.3.3 Sociální izolace a stigmatizace

Status nemocného ve společnosti:

„V mezilidských souvislostech, v kontaktu se společností se člověk teprve stává člověkem, naše existence vyžívá v humánní, kooperativní a komunikativní formu bytí. Jednotlivá osoba existuje jen v kontaktu s jinými osobami. Teprve biologická, sociální, jazyková a kulturní spojitost, která je „ztělesňována“, utvářena a nesena jinými osobami, umožňuje vzdělání, utváření a fixaci jádra osoby, jakož i její vývoj a rozšíření“ (Danzer, 2001, s. 35). Vzhledem k tomu, že schizofrenie je onemocnění, které narušuje (ať trvale či dočasně) způsobilosti plnit běžné vývojové úkoly, vede u mladých pacientů ke snížení pravděpodobnosti úspěšné separace od původní rodiny nebo (i) jejich hyperprotektivním postojům k nemocnému. Nemocný je někdy nucen přerušit nebo ukončit studium či odejít ze zaměstnání. Přechází do dlouhodobé pracovní neschopnosti či invalidního důchodu. (Údaje České správy sociálního zabezpečení mluví jasně: k říjnu roku 2004 bylo přiznáno celkem 12 695 invalidních důchodů pacientům s diagnózou schizofrenie a v roce 2003 celkem 549 plných invalidních důchodů.) Invalidní důchod je alespoň dočasně zdrojem, který dopomáhá pacientům naplňovat některé potřeby, avšak po určité době se stává činitelem způsobující sociální izolaci a izolaci od běžných sociálních situací a pracovních povinností (Preiss, 2006). I když je všeobecně známa důležitost **lidského kontaktu**, v této souvislosti nemocní často zůstávají stranou (Kalina, 2001). U osob s úzkostnými poruchami se v porovnání s běžnou populací uvádí nižší úroveň dosaženého vzdělání, častější závislost na dávkách, neschopnost či snížená schopnost navazovat trvalé mezilidské vztahy a

konečně i rozvoj depresivních poruch a tedy častějších suicidií a také závislosti na návykových látkách (Raboch, Doubek, Zrzavecká, 2002). Také hospitalizace nemocných na psychiatrickém oddělení se stává předmětem spekulací. Pro pacienta může mít hospitalizace jakýsi příděch „sociálního trestu“, neboť se dostává do kontaktu pouze s omezenou skupinou lidí a ztrácí kontakty původní. Díky rehospitalizaci jsou pak styky s těmito pacienty stále častější. Pacienti tak mohou vnímat své pozice coby izolované subkultury (Styx, 2003). Podporu v sociálních kontaktech mohou pacienti hledat jednak ve formalizovaných službách, ale především cestou přirozené podpory – v rodině, u přátel, spolupacientů... (Pěč, Probstová, 2009). Protože se jedná o onemocnění propukávající v mladém věku, potýkají se pacienti nejen s nedostatečným vzděláním, ale mívají také méně přátel a uzavírají méně sňatků (Horáček, 2003). Longitudinální studie však ukazují, že se řada osob ze sociální izolace alespoň částečně zotaví nebo dokonce zcela vymaní (Pěč, Probstová, 2009).

Zaměstnání: Najít si nebo udržet zaměstnání je pro pacienty s duševním onemocněním velice obtížné. Není tomu tak z důvodu manifestace pozitivních příznaků, ale spíše nedostatečným osvojením pracovních dovedností. Stále je zde souvislost s již zmíněným kognitivním deficitem (Preiss, 2006). Například vznik schizofrenního onemocnění je choulostivý právě v tom, že vzniká ve věku, který je kritický pro rozvoj profesních dovedností. Mnozí z nemocných tak nemají prakticky žádnou kvalifikaci a jejich uplatnění je tak obtížné (Vágnerová, 2004). „*Pátráme-li po tom, jak velká část lidí s duševní poruchou pracuje, možná nás překvapí zjištění, že pracovní začlenění u nehospitalizovaných dlouhodobě duševně nemocných psychiatrických pacientů nepřevyšuje 10%, což je méně než u lidí s tělesným hendikepem. Přesto většina lidí s psychickými problémy pracovat chce, 60% z této cílové skupiny si pracovat přeje*“ (Pěč, Probstová, 2009, s. 116). Dle primářky Psychiatrické léčebny v Jihlavě, MUDr. Dagmar Dvořáčkové, jsou tyto osoby dokonce hůře zaměstnávány než osoby s mentálním zaostáním (Rozhovor s Dagmar Dvořáčkovou, primářkou Psychiatrické léčebny v Jihlavě. Třebíč 25. 10. 2012). Pouhé umožnění pracovních možností však nestačuje, pacienti potřebují pro výkon vytvoření příznivějších podmínek (Pěč, Probstová, 2009).

Status nemocného v rodině: Rodina nemocného je pro něj často jedinou sociální skupinou, díky níž je možné dosáhnout sociální integrace. Rodina je zdrojem zázemí a podpory a v konečném důsledku je to i jediná skupina, v níž pacient zachovává individuální role a není anonymizován. (Vágnerová, 2004) Obecně řečeno je hlavním, nejdůležitějším a často jediným zdrojem podpory. Členové rodiny zůstávají i po všech léčebných procedurách. Avšak ani úloha členů rodiny není jednoduchá. Velmi často se poruchou blízkého cítí vinni, ať špatným vychováním či osobním selháním (Pěč, Probstová, 2009). Z pochopitelných důvodů i v rodinné atmosféře a rodinných vztazích se dějí změny. Atmosféra se díky nemoci člena rodiny stává nepříjemnou a napjatou. Už sdělení diagnózy příslušníkům rodiny působí jako zátěž až trauma a je třeba se s ní vyrovnat. Zátěž často narušuje fungující pravidla a zvyklosti rodiny. Proto častým řešením této situace jsou tendence omezit reálný kontakt s nemocným členem rodiny. Jedno je však jasné: bez odpovídající léčby není rodinné soužití možné (Vágnerová, 2004). Pokud však rodina nespolupracuje a nepodílí se na léčbě, snaha odborníků v léčbě často selhává. Stejně tak nemocný s pouhou podporou rodiny bez absence odborné pomoci (Kalina, 2001). *„Spokojenost s duševním zdravím a se vztahem k rodině bude signifikantně více růst u pacientů randomizovaných k denní péči než u pacientů hospitalizovaných“* (Raboch, Doubek, Zrzavecká, 2002, s. 107). Malé sociální skupiny působí značným vlivem, působí přímo prostřednictvím mezilidských kontaktů a vztahů. Proto má právě rodina v problematice psychických poruch a jejich rozvoje největší význam. Pro dítě je matka, a potažmo celá rodina právě tím potřebným zdrojem jistoty a bezpečí i informací o něm samém. V kladném případě může být tvůrcem psychické pohody v dospělosti, v záporném pak rizikovým faktorem vzniku psychických potíží (Vágnerová, 2004).

Stigmatizace: *„Náš sebeobraz je do značné míry formulován jako odraz ocenění, které vnímáme v očích klíčových osob svého života“* (Yalom, 2004, s. 59). *„Ze sociálního hlediska je schizofrenie výrazně stigmatizujícím onemocněním. Nejasná etiologie, nedostatek znalostí o příčinách této choroby, se projevují posílením*

předsudků“ (Vágnerová, 2004, s. 354). Společnost zaujímá na duševní nemoc spíše odmítavý postoj. Předpokládá určitý podíl viny pacienta na vzniku jeho onemocnění a fakt, že se léčí u psychiatra, je samotným degradujícím faktorem současné společnosti. Připisuje pacientům vlastnosti, které jsou samy o sobě společensky netolerované, což vede k různým stupňům jejich odmítání. Duševně nemocný je bezesporu součástí značkovacího procesu, což snižuje jeho sebedůvěru a naději na kvalitní život (Šmejkalová, 2004). Elder ve své knize *Psychiatric and Mental Health Nursing* uvádí, že nemocní pociťují dopady stigmatu ve stejné míře, jako příznaky samotného onemocnění. Stigmatizace přináší bariéry, které jednoduše brání plnohodnotnému prožití života (Elder, Evans, Nizette, 2009). Společnost díky svému odmítavému postoji v jistém slova smyslu brání i rehabilitaci duševně nemocných. Většina občanů je ochotna akceptovat duševně nemocného jako souseda či kolegu, málokdo však umožní nemocnému přístup do soukromého života či do soukromého života jemu blízkých osob. Za následek stigmatu může být až chronický stres, nízké sebehodnocení, demoralizace, deprese, přirozeně nízká kvalita života, ale i regrese nebo opětovné hospitalizace. Boj proti stigmatizaci musí začít u samotného klienta, jenž musí nejprve překonat své „sebestigma“, zdroj každodenních starostí a bariér. Antistigmatizační intervence mají šanci působit až v dlouhodobém kontextu, je tedy třeba takového zákonodárství, které zcela zakazuje diskriminaci (Pěč, Probstová, 2009). Proti diskriminaci by měly bojovat také kampaně za redukci stigmatu a nabourat, skrze rozvoje komunikace s duševně nemocnými, přesvědčení veřejnosti, že s těmito lidmi je těžké se domluvit a jsou nepředvídatelní (Bankovská Motlová, Španiel, 2011). Tolerance k psychicky nemocným však v poslední době roste. Bude tak snadnější naplnit úkol Světové zdravotnické organizace z roku 2001 – dosáhnout rovnocenného přístupu k fyzickým a duševním chorobám (Češková, 2007).

Východiskem z utrpení v nemoci může být pacientovi i **suicidium**. Suicidia pacienti páchají nejčastěji pod vlivem sluchových halucinací. Matoucí může být situace, kdy pacient uskuteční suicidium v úspěšném procesu uzdravování – pacient má jednoduše k činu sílu, kterou dříve neměl. Může být i cestou úniku z léčby nebo součástí

sebepoškozujících tendencí (Kalina, 2001). Statistiky udávají 5% výši dokonaného suicidia (7-10x vyšší než u normální populace). Předpokládá se, že vysoká sebevražednost souvisí spíše s neléčením nemoci a s vysokou autoagresí pacientů. Pozitivní psychotické symptomy v době spáchání suicidia byly zjištěny u celých 70-80% osob (Češková, 2007).

1.4 Paprsek naděje - centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč

V rámci centra Paprsek naděje jsou poskytovány sociální služby dospělým osobám od 18 do 64 let trpící duševním onemocněním, kteří potřebují získat schopnosti a dovednosti k samostatnému zvládnání každodenního života. Tyto služby jsou poskytovány bezplatně a je zaručena co největší možnost práce s klienty v jejich přirozeném prostředí (ať v prostorách centra nebo prostřednictvím terénní služby). Do centra přichází klienti i pro duchovní podporu, setkávají se zde s ostatními nemocnými a komunikují spolu. Pracovníci centra jsou zde nápomocni v řešení problémů klientů. Velkým přínosem centra je i pomoc v nácviku sociálních dovedností a obecně rozvoji všech schopností. **Cílem služby je pomoc a podpora v následujících oblastech:**

- Zvládnání dovedností každodenního života (př. hospodaření s financemi, orientace v neznámém prostředí, příprava jídla, vaření, nakupování, hygiena, práce s počítačem a internetem apod.).
- Uplatňování občanských práv a využívání ostatních dostupných služeb (komunikace v rámci těchto návštěv, ale i využití sportovních a kulturních aktivit nebo spotřebitelských služeb).
- Při organizaci každodenního života a denního režimu.
- Schopnost zastávat v životě sociální role (manžel, partner, zaměstnanec...).
- Rozvoj mezilidské komunikace.
- Rozvoj rozumových schopností a manuálních dovedností.
- Nabídnutí duševní podpory.

Z diagnostického hlediska jsou zde služby Paprsku naděje pro tyto osoby:

- organické duševní poruchy (okruh diagnóz F06 – F07),
- schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (okruh diagnóz F20 – F29),
- poruchy nálady (okruh diagnóz F30 – F39),
- neurotické, stresové a somatoformní poruchy (okruh diagnóz F40 – F49),
- poruchy osobnosti (okruh diagnóz F60 – F62).

Nikoli pro osoby, které vyžadují individuální celodenní péči nebo lidem, kterým trvalý stav nedovoluje kontrolovat své chování.

Mezi poskytované služby například patří kontakt s lidmi s obdobnými problémy, základní sociální poradenství, doprovod a podpora při jednání s úřady, rozvoj pracovních návyků a podpora při orientaci na trhu práce, podpora při řešení krizových situací, zprostředkování poznatků z oblasti psychiatrie a psychologie, nácvik praktických dovedností, nácvik společenského chování, tvůrčí dílny, výtvarné dílny, rozvoj komunikačních dovedností, kulturně společenské a volnočasové aktivity, či duchovní podpora. Pracovníci centra se řídí Mezinárodním etickým kodexem sociální práce, Etickým kodexem sociálních pracovníků České republiky a Kodexem Charity České republiky. Jsou povinni zachovávat lidskou důstojnost, respektovat individualitu, tempo a možnosti každého uživatele. Je zachováván rovný přístup ke všem klientům a respekt ke svobodnému rozhodování o vlastním životě uživatelů. S klienty se pracuje na základě partnerského vztahu na profesionální úrovni a je podporována klientova samostatnost a nezávislost (Oblastní charita Třebíč, on-line). Jindřiška Šmejkalová, vedoucí Paprsku naděje, poukazuje v souvislosti s duševní nemocí, na vysoké množství pacientů v centru s invalidním důchodem a taktéž na vysokou míru nezaměstnanosti klientů. Zmiňuje i možnosti vzdělávání v centru, například výuky angličtiny a snahu odbourat předsudky společnosti vůči této skupině. Zdůrazňuje dobrovolnost a ochranu osobních dat. Poslední, ale neméně důležitá věc je, aby klient o tuto pomoc skutečně sám stál (Rozhovor s Jindřiškou Šmejkalovou, Třebíčské noviny, říjen 2012).

II EMPIRICKÁ ČÁST

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem výzkumu je zmapovat, co vnímají klienti centra Paprsek naděje za klíčové pro prožití kvalitního života a jak z jejich pohledu uspokojování jednotlivých potřeb ovlivňuje kvalitní život.

Výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké aspekty určující prožití kvalitního života vnímají klienti centra Paprsek naděje za klíčové?

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jak uspokojování potřeb podle Maslowovy stupnice ovlivňuje vnímání kvality života klienty?
2. Jaké jsou jiné aspekty, které ovlivňují vnímání kvality života klienty?

V rámci výzkumu jsem usilovala o zjištění informací týkající se aspektů, jež určují prožívání kvalitního života člověka. Jedná se o subjektivní problematiku, proto jsem zvolila cestu kvalitativního výzkumu. Mým cílem bylo zjistit, co klienti centra Paprsek naděje považují v aktuálním časovém horizontu za nejdůležitější a co naopak méně důležité a jak tyto prvky působí na jejich psychiku a subjektivní vnímání kvalitně prožívaného života. Za užití Maslowovy stupnice potřeb jsem se snažila porovnat, do jaké míry se stupnicí potřeby duševně nemocných shodují či naopak odlišují, jak jednotlivé stupně vnímají a jak klienty naplňování těchto potřeb ovlivňuje. V neposlední řadě jsem se zajímala i o to, jaké jiné aspekty ovlivňují, ať pozitivně či negativně, prožívání kvalitního života. Můj výzkum byl tedy z velké části stavěn na potřebách jednotlivých klientů, dotkla jsem se ale i problematiky fyziologického zdraví. Velký

důraz jsem kladla na sociální sféru, na status nemocného ve společnosti, v okruhu nejbližších osob či na pracovišti. Stejně tak jsem usilovala o vytvoření náhledu na průběh života, ve kterém později začala hlavní roli hrát duševní nemoc. Pokoušela jsem se apelovat na zamyšlení respondentů nad životem s nemocí, aby se ukázaly ztráty, vlivem nemoci zpřetrhané sociální vazby, narušené rodinné prostředí nebo přání a touhy, kterých se uživatelům kvůli nemoci nedostává. Snažila jsem se zjistit, jestli je to pro pacienta právě duševní nemoc, kterou považuje za omezující v prožívání kvalitního života.

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Vzhledem k subjektivnímu pojmu „kvalita života“ jsem užíla strategie **kvalitativního** výzkumu. „*Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10). Primárním cílem kvalitativních projektů není potvrdit či vyvrátit hypotézu, ale získat vhled a porozumění (Ferjenčík, 2000). „*Kvalitativní výzkum je ve své povaze orientovaný holisticky: Člověk, skupina, jejich produkty, či nějaká událost jsou zkoumány podle možností v celé šíři a všech možných rozměrech. Navíc je aspirací pochopit všechny tyto rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech*“ (Ferjenčík, 2000, s. 245). „*Každá situace je jedinečná a neopakovatelná. Potlačujeme princip opakovatelnosti*“ (Mioviský, 2006, s. 72). Zvolila jsem jej nejen z důvodu nalezení potřebného vhledu a pochopení životní situace duševně nemocného člověka, ale i se zřetelem na nižší počet dotazovaných respondentů. V rámci kvalitativního výzkumu bylo užito metody získávání dat cestou **polostrukurovaného rozhovoru doplněného o pozorování**. „*Rozhovor je taková technika terénního sběru informací, při které jsou potřebné informace od zkoumaných osob získávány prostřednictvím záměrně cílených otázek kladených respondentovi v rozhovoru vedeném tváří v tvář (face to face) nebo telefonicky*“ (Výzkum v sociální oblasti, on-line). „*V polostrukurovaném rozhovoru se aktivita interviewujícího dále zvyšuje. Má předem připravený seznam otázek. Způsob, forma odpovědi na tyto otázky zůstává nadále víceméně volná. Respondent si sám může vybrat styl odpovědi*“ (Ferjenčík, 2000, s. 175). Kvalitativních data získaná polostandardizovanými rozhovory byla dále analyzována pomocí **metody vytváření trsů**. „*Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. Společným znakem takového trsu může být například tematický*

překryv, tj. když vyhledáváme ve výrocih osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného tématu.“ (Miovský, 2006, 221). Analýzu jsem si usnadnila technikou **barvení textu**, kdy jsem si barevně označila pasáže, týkající se určitých tematických celků (Miovský, 2006). Takto vzniklé kategorie jsem pak slepovala do dílčích, tematicky odpovídajících pasáží. V otázce hierarchie životních potřeb jsem našla inspiraci v sebezposuzujícím dotazníku „SQUALA“, vycházející z Maslowovy pyramidy potřeb (více viz. kap. 3. 2). První část výzkumu, zaměřující se na životní hodnoty a cíle, byla realizována na základě **metodologie SEIQoL**. *„Kvalita života, tak jak ji chápe metoda SEIQoL, není něčím všeobecně platným pro všechny lidi. Je individuální. To znamená, že k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí (chápe, definuje apod.) ten, kdo je dotazován“*(Křivohlavý, 2001, s. 243). *„Pojetí kvality života dané osoby závisí tedy na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života zjišťován (diagnostikován) a plně respektován“*(Křivohlavý, 2001, s. 243).

Koncept metodologie SEIQoL:

1. Respondent je požádán o uvedení 5 životních cílů (tzv. cues), které považuje v daném okamžiku za nejdůležitější. Jedná se o cíle životní, celkové zaměření života, základní životní témata – čili dlouhodobé snahy, nikoli momentální chtění.
2. U každého z 5 uvedených životních cílů uvede i míru spokojenosti s dosahováním daného cíle v procentech (0%=nejsem vůbec spokojený s daným cílem, 100%=jsem zcela spokojen). Tento číselný údaj zaznamená do kolonky „míra spokojenosti“.
3. Následujícím krokem je celkový počet 100%, který představuje 100% všech snah, rozdělit podle důležitosti daného cíle mezi uvedené životní cíle tak, aby celek byl opět 100%.
4. Poslední částí je označit příslušné místo křížkem na stupnici, která představuje jakýsi teploměr, „škálu životní spokojenosti“. Tato škála představuje míru spokojenosti se životem (Křivohlavý, 2001).

Předem každého rozhovoru jsem si vyžádala klientův souhlas s provedením výzkumu a ujistila jsem ho, že informace budou použity pro výzkum mé bakalářské práce, budou anonymní, a že rozhovor bude nahráván na diktafon. Některým klientům byl třeba rozhovor předem nastínit. Určitý odstup od výzkumu se však ztratil po provedení prvního rozhovoru. Nepopřu však, že provedení rozhovoru s každým klientem pro mne bylo do samého konce otázkou, klienti často měnili svá postavení k výzkumu, nejspíš z důvodu určité psychosociální nejistoty. Všechny respondenty jsem také informovala o účelu interview. Rozhovory byly provedeny v dopoledních hodinách s ohledem na omezení některých klientů udržet delší dobu pozornost a zvýšenou unavitelnost a nepřesahovaly 45 minut. Připravenou jsem měla základní sít' otázek, které navazují na dotazníkové šetření SQUALA a zároveň se dotýkají metodologie SEIQoL.

Výzkum jsem tedy začala formulářem metodologie SEIQoL, který jsem s klienty společně vyplňovala. Následně jsme se soustředili na dialog. Rozhovor, s mnou konstruovanými otázkami, jsem si rozdělila do 4 částí, počínaje osobními údaji, přes fyzickou stránku člověka, společenskou a interaktivní stránku, po psychické aspekty člověka, víru a oporu. Základní struktura rozhovoru obsahuje celkem **21 otázek**. Snažila jsem se dodržet kritéria pro výběr otázek dle Kerlingera (1972), a to kritérium vztahu otázky k výzkumnému problému, kladení jasných a nedvojsmyslných otázek, emocionálně přijatelných, zabránit sugestivnímu ovlivnění otázkou, stavět ji na informacích, které klient zná či zabránit navádění k sociálně žádoucím odpovědím (Ferjenčík, 2000). Snažila jsem se vyvarovat kladení sugestivních, nejednoznačných otázek nebo haló efektu a s ním spojené negativní ladění respondenta. Uvědomuji si, že i metoda rozhovoru má svá omezení a nezachycuje všechny stránky potřebné pro výzkum, například stránku nonverbální. „*Jakákoli verbální výpověď nikdy nedokáže v úplnosti vyjádřit jedinečnost předmětu nebo skutečnosti. Je pouze nástrojem k jejímu opisu*“ (Ferjenčík, 2000, s. 171).

3. 2 Charakteristika výzkumného souboru

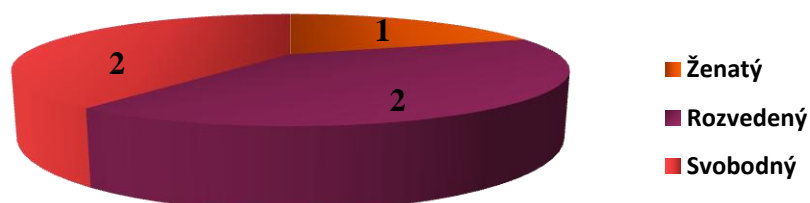
Výběr **výzkumného souboru** jsem realizovala **metodou záměrného (účelového) výběru** s ohledem na dobrý psychický stav klienta, umožňující mu dostatečné otevření a schopnost o problematice vůbec hovořit. Ze zkušeností vím, že někdy špatný psychický stav klienta ani neumožňuje objektivně soudit, uvažovat a interpretovat svůj současný stav či nesnáze a trápení. V potaz jsem samozřejmě brala také druh onemocnění, který i v určitém smyslu s interpretací potíží a vnímání života obecně souvisí. Mezi klienty jsem tedy vybírala ty, kteří splňují kritéria pro výzkum a zároveň souhlasí s poskytnutím informací pro výzkum. Počítám s tím, že má práce se soustředí pouze na malý vzorek respondentů a že se mohou setkat se zkreslujícím efektem účelového výběru, který by v konečném důsledku mohl způsobit zobecnění poskytnutých informací na všechny skupiny duševně nemocných. Užitím účelového výběru bych se mohla dostat do určitých nesnází v případě, jestliže bych neznala vlastnosti a tedy kritéria základního souboru. Stejně tak by se můj výzkum mohl dostat do zkreslujících situací jako je například „efekt morčete“ a tzv. Hawthornský efekt, či efekt výběru role, kdy klienti mohou usilovat o to, aby se jevíli v lepším světle, než je jejich reálná situace či přirozené chování. Nepředpokládám však, že by tomu tak bylo, neboť se s klienty díky mé dobrovolnické aktivitě již znám a počítám tak s jejich upřímným a pravdivým přístupem. Získaná data jsem zpracovala pomocí metody fixace kvalitativních dat – audiozáznamem.

Základním souborem pro účely mého výzkumu jsou dospělí klienti centra Paprsek naděje. Společné pro všechny klienty je buď psychotické či neurotické onemocnění a ve většině případů braní léků, které s sebou nese různá drobná i větší omezení. Společnou charakteristikou je přirozeně i docházka do centra a hledání jakési lepší cesty života, kterou Paprsek naděje skrze širokou nabídku služeb, nabízí. Klienti tak jasně sahají po příležitosti být vlastními aktéry ve zlepšení kvality svého života. Velikost **výběrového souboru** je 5 klientů centra. Záměrně jsem se při výběru vzorku nesoustředila na fakta, která v určitém slova smyslu zpodobňují klienty – sama bych tak zapříčinila možnou podobnost výsledných údajů. Zohlednila jsem také do určité míry inteligenci klientů a

jejich přístup k léčbě. Účastnění se léčby je z mého pohledu důležitým faktorem ve výzkumu, protože jsou to právě antipsychotika, která v mnohém pacienta ovlivní, ale zároveň stabilizují, vedou k „úzdavě“ a snižují četnost relapsů. Každý další relaps bude přirozeně kvalitu života pacienta snižovat.

Prvním respondentem je 59letý muž s diagnózou **schizofrenie**. Je ženatý a má 3 děti, s kterými také žije ve společné domácnosti. Od té doby, co onemocněl, pobírá plný invalidní důchod. Je silně věřící, trpí opakovanými dekompenzacemi, suicidiální sklony se u něj neobjevují. **Druhým respondentem** je 40letá žena s diagnózou **paranoidní schizofrenie**. Je svobodná, bezdětná a žije s rodiči. Kvůli nemoci taktéž pobírá plný invalidní důchod. I ona je velmi silně věřícím člověkem. **Třetím respondentem** je 48letý muž s diagnózou **bipolární afektivní porucha**. Kvůli svému onemocnění je již rozvedený a má 1 dceru. Žije sám, v současné době v pečovatelském domě. Je také silně věřící a pobírá plný invalidní důchod. **Čtvrtým respondentem** je 46letý muž s diagnózou **bipolární afektivní porucha se syndromem závislosti**. Jak diagnóza napovídá, tento klient byl závislý na alkoholu. Závislost stále zcela vyléčenou nemá. Tento klient je rozvedený, bezdětný a žije s rodiči. Věřící není a pobírá plný invalidní důchod. **Pátým respondentem** je 28letý klient s diagnózou **porucha osobnosti**. Je svobodný, bezdětný a žije sám. I tento klient pobírá plný invalidní důchod.

Graf 1: Rodinný stav respondentů

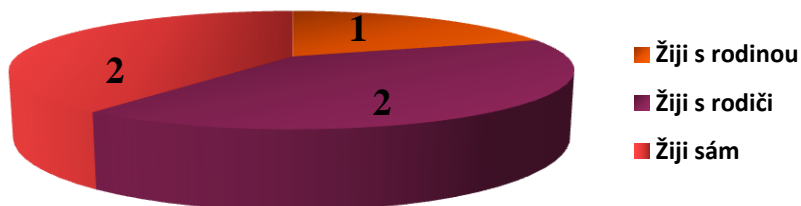


Zdroj: vlastní výzkum

Předem provedení rozhovorů jsem provedla jednu pilotní studii s 35letým svobodným mužem, který však nezná svoji diagnózu. Je bezdětný a žije s rodiči. Taktéž

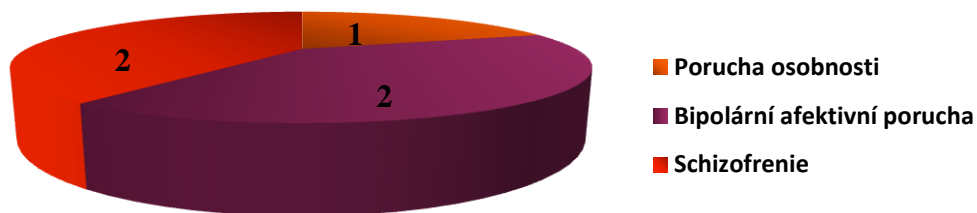
pobírá plný invalidní důchod a je nevěřící. Pilotní studie nepřinesla žádné změny v poté provedených rozhovorech s ostatními respondenty.

Graf 2: Poměr soužití respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3: Poměr diagnóz u respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

4 VÝSLEDKY

Celkem jsem tedy provedla 6 rozhovorů. 5 rozhovorů zakládá můj výzkumný soubor, 1 pilotní studii. V rámci pilotní studie jsem se setkala se ztíženými podmínkami. Klient neznal svoji diagnózu, ale také nevěděl, že je duševně nemocný. V rámci rozhovoru mluvil o hlasech, určitý druh schizofrenie jsem tedy mohla jen předpokládat. Neznalost diagnózy by sama o sobě nebyla překážkou v provedení rozhovoru, klientovi však naprosto chyběl náhled na život v souvislosti s duševním onemocněním. Tato teze se mi potvrdila i na životní škále, kdy zaznamenal křížek téměř k 90%, tedy skoro maximální hodnotu, avšak celková hodnota kvality života i míry spokojenosti vykazovala nejnižší výsledek. Právě u tohoto klienta se projevil zřetelně kognitivní deficit. V minimální míře ovlivňoval všechny respondenty například při projevu, u pilotáže docházelo často k naprostému nepochopení otázek. Celkově ve mně pilotní studie zanechala záporný dojem, s klientem se špatně pracovalo, postrádal jakýkoli náhled a sám dokonce přiznal, že v kontaktu s méně důvěrnými osobami hodně znervózní a má dokonce nepříjemné hlasy.

4.1 Analýza vnímání kvality života

Tabulka 3: Výsledky měření kvality života

Výsledky měření kvality života		
	Celková hodnota QL	Celková míra spokojenosti se životem
Respondent č. 1	44	38
Respondent č. 2	47,5	50
Respondent č. 3	48,15	56
Respondent č. 4	73,75	70
Respondent č. 5	36,5	42
Průměrná hodnota	49,98	51,2

Zdroj: vlastní výzkum

Co se týká zaznamenávání spokojenosti se životem na škálu životní spokojenosti, pouze 1 z respondentů zaznamenal tuto míru podprůměrnou – cca na 20% škály. Jako jediný je to právě on, který postrádá podporu rodiny a mluví o jakémsi zavrnutí. Protože opora rodiny je bezpochyby stěžejním faktorem v prožití kvalitního života, uvedla bych tento jev do souvislostí. Zbylí klienti zaznamenali křížek na průměr, někdy dokonce lepší nadprůměr.

Odpovědi na hlavní výzkumnou otázku:

Jaké aspekty určující prožití kvalitního života vnímají klienti centra Paprsek naděje za klíčové?

Tabulka 4: Rozbor jednotlivých životních cílů

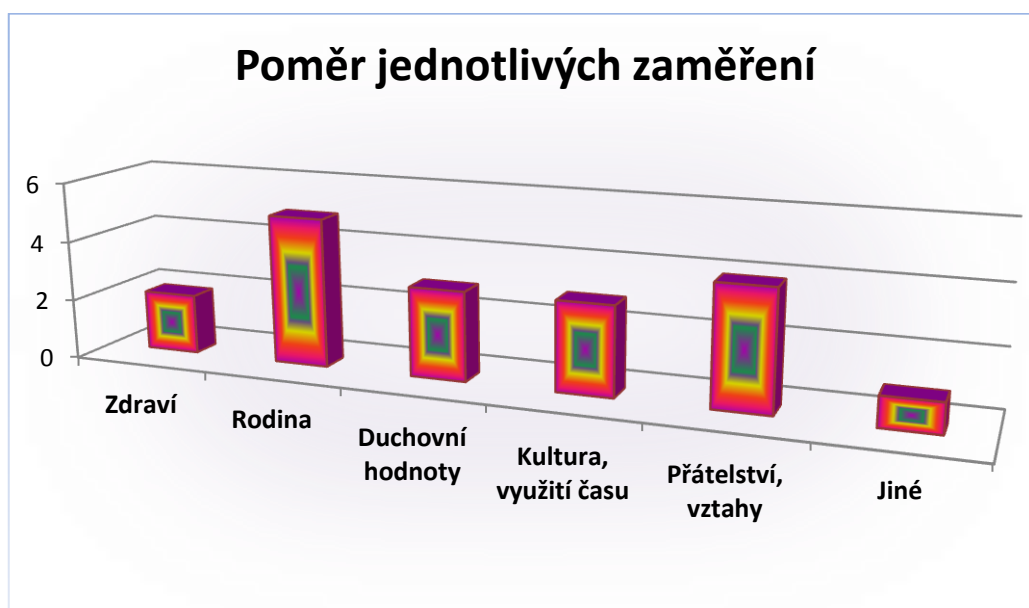
Kategorie	Obsah u jednotlivých respondentů	Celkem zmiňovalo klientů
Zdraví	R3: „Uzdravit se“ R4: „Zlepšit fyzickou aktivitu“	2
Rodina	R1: „Manželka a rodinný život“ R1: „Být zde pro děti, pomáhat jim“ R2: „Život v rodině, vycházet s rodiči“ R3: „Jde mi o návrat společné rodiny“ R3: „Mít dobrý vztah s dcerou“ R4: „Udržovat vztah s rodiči“ R5: „Mít vlastní rodinu“	5
Duchovní hodnoty	R1: „Jít životem s Bohem“ R1: „Usilovat o věčný život“ R2: „Stát se svatou“ R2: „Neztratit víru v Boha“	3

	R3: „ <i>Spása duše všech lidí</i> “	
Kultura, využití času	R2: „ <i>Mít možnost navštěvovat Paprsek</i> “ R4: „ <i>Kulturně žít, kulturu provádět</i> “ R4: „ <i>Věnovat se historii</i> “ R4: „ <i>Starat se o psa</i> “ R5: „ <i>To, co dělám, má smysl</i> “ (hudba)	3
Přátelství, vztahy	R1: „ <i>Pomáhat lidem</i> “ R2: „ <i>Mít kvalitní přátele nebo vůbec nějaké</i> “ R3: „ <i>Mír ve světě a přátelství</i> “ R5: „ <i>Pochopení druhých lidí</i> “ R5: „ <i>Dokázat, že jsem jiný, než si všichni myslí</i> “	4
Jiné	R5: „ <i>Aby bratr dostal alespoň těch 20 let</i> “ (za vraždu)	1

Zdroj: vlastní výzkum

Rodinu do životních cílů zahrnuje všech 5 klientů, ať v podobě touhy po vlastní rodině, či v podobě udržení či práce na vztahu s rodiči. Na zdraví se kupodivu zaměřili pouze dva ze všech dotazovaných. Doménou se u věřících stal přirozeně vztah k Bohu, či určitá cesta životem dle těchto duchovních pravidel. U některých dokonce duchovní stránka zabírala více než jedno místo v životních tématech. U věřících respondentů bylo pravidlem přiřazovat k duchovním cílům největší procenta důležitosti a tyto cíle tedy jasně zaujímaly první příčky v životě těchto osob. Zřetelná nadvláda duchovních priorit nad rodinnými byla pro mě překvapující. Poměr všech životních cílů je možné vidět na následujícím grafu:

Graf 4: Poměr jednotlivých zaměření



Zdroj: vlastní výzkum

4.2 Analýza trsů a citace z rozhovorů

1) Somatická oblast

Ve fyzické rovině jsou duševně nemocné osoby citelně omezeny. Je zřetelně znát úbytek fyzických sil. Naprostá většina respondentů přiznává nedostatek sil na participaci na podstatných věcech v každodenním životě. Proto je odpověď na otázku určitého úbytku fyzických kvalit jasná. Tento jev je přirozeně spojen s vysokou mírou invalidity. Odpovědi na tělesné pocity byly všechny negativní. Četnost somatických onemocnění je prokazatelně vyšší než u psychicky zdravé populace, ač z pozice „výzkumníka“ nemohu tyto souvislosti přesvědčivě objasnit. Hned ve 2 případech je zmiňována nadváha – zřejmě právě úbytkem fyzických sil -, jeden klient trpí epilepsií, další mozkovou obrnou. Asi polovina z respondentů někdy uvažovala o suicidii. Samotné odpovědi na otázku, jak se respondenti cítí fyzicky, byly následující:

RI: „Na nule... fyzicky se necítím...“

R2: „No moc dobře ne. Jakmile přestanu používat některý svaly, tak brzo jako ochabujou...“

R3: „Fyzicky? Že mám nadváhu... Fyzicky... bolijou mě kolena...“

R4: „...ted'ka mám nadváhu, tak se necítím moc dobře. Se cítím tak na minus...“

R5: „Úplně rozbitej... Mám těžký celý tělo...“

Nepříznivé vlivy farmakoterapie není třeba zmiňovat. Léčba je zásahem do obranného mechanismu pacientů, je ale také bariérou fyzickým aktivitám a potažmo prožívání života po fyzické stránce obecně. Je odpovědná za zvýšenou až maximální potřebu odpočinku a relaxace i naprosté vyčerpanosti z některých běžných úkonů. Z výpovědí všech dotazovaných respondentů tak vyplynulo, že značné ovlivnění léky pociťují a přiznávají:

R1: „Jo, určitě no, ty léky jako mi, jako tlumí hodně no... Sice beru jenom jeden lék, ale ten je jako dost silný, že jako mě to tlumí...“

R2: „Mně ano. Někomu možná ne, někdo říká, že psychika je něco jiného než fyzická, že to spolu nesouvisí, nebo že psychicky nemocnej člověk by měl bejt fyzicky na tom dobře, ale já jsem ted'kon na tom jako hůř, než jsem bývala.“

R3: „Já to mám ted'ka tak, že já když jedu do Třebíče do Paprsku a přijedu, tak jsem kolikrát tak unavenej z tý cesty, jenom z tý cesty a z toho, asi jak člověk přijde do jinýho prostředí, než je doma...“

„...a prostě jo, já se do tý práce zapojuju a třeba jeden den dělám a pak zase jedu dom a musím tři, čtyři dny odpočívat, než můžu zase něco dělat, no...“

R4: „Ovlivňuje jako no. No, hodně spím.“

R5: „...já když začnu něco dělat, tak...já co třeba nemůžu dělat 8 hodin jako jo, mě začnou kolena bolet, záda bolet... Furt bych seděl.“

Fakt působení drog a návykových látek na lidskou psychiku se otevřel i v rámci mého výzkumu. Fenomén vztahu drog a schizofrenního onemocnění se mi sice nepotvrdil, nicméně má blízko k tezi, že zneužívání návykových látek a alkoholu se objevuje až u 50% všech osob se závažným duševním onemocněním (Pěč, Probstová, 2009).

R4: „...no ten alkoholismus, no... Jo určitě. Alkohol.“

R5: „Tak že bych byl závislej, to třeba jako nejsem jako, jo... No tu trávu, tu jako kouřím furt... jako já jsem ju kouřil denně jako jo, ale potom jsem zjistil, že jsem z toho úplně...jak se říká, úplně vypatlanej. Tak jsem přestal na půl roku a pak jsem zase začal, no.“

2) Sociální oblast

Nemalý vliv na kvalitu života má vliv sociálního fungování ve společnosti. Je to cesta uvědomění si vlastní existence, nalezení sebeobrazu, zdroj reflexe a nemalá část podpory. Frustrace, vyplývající z nenaplněné potřeby sociálního života, implicitně směřují k negativním psychosociálním důsledkům. Přeneseně lze interpersonální aspekt života člověka zahrnout nejméně do 3 částí Maslowovy pyramidy – sounáležitost a láska, potřeba úcty či sebeaktualizace. Aby nedocházelo k transformaci interpersonální role do jakési pozice izolované subkultury, je třeba předcházet, ba „rehabilitovat“ zpřetrhané a narušené mezilidské vztahy. Pro rehabilitaci obecně je třeba vnímat i prostředí, ve kterém se sociálními vazbami pracujeme. V otázce na určitý druh zázemí odpovídali klienti vesměs kladně, záporně se vyjádřil pouze 1 klient:

R1: „Určitě no, jako to zázemí, jako ten, to jako ten rodinný život, to je pro mě jako víc...“

R2: „Řekla bych, že se cítím doma dobře.“

R3: „No jo, právě já jsem takovej... na půl... 50% pečovatelskýho a 50% jako doma.“

R4: „Ano. Mám tam i svůj pokoj. Mám svoje zázemí, takže dobře.“

R5: „Ne... No...kdyby to šlo, tak už su dávno pryč. Ale to nejde tak rychle, že jo.“

Rodina je nezastupitelným faktorem v procesu úzdravy duševně nemocného. Bez zaváhání lze říct, že zaujímá první příčky lidských hodnot obecně. Stejně tak se důležitost rodiny objevovala vždy na prvních dvou příčkách životních hodnot respondentů/tky. Může se stát, že namísto podpory rodiny se nemocný setká s různým druhem odmítnutí a následně separace od rodiny. Překvapením pro mne je, že 4 z 5 dotazovaných respondentů je poskytován tento druh podpory. Potřeba sounáležitosti v závislosti na Maslowově pyramidě je zde tedy uspokojována cestou rodinného přijetí a pochopení.

R1: „Já myslím, že mi rodina hodně pomáhá jako no... hlavně manželka a.. .dost pomáhají, abych šel jako tou cestou, jako tou vírou v toho Boha, no... Vlastně mě podporují jako tak nějak...“

R2: „Rodiče to víceméně chápou jako tu moji nemoc. A mám i určitý úlevy doma jako.“

R3: „Právěže cejtím tu podporu.“

R4: „Cítím. Ano. Aji od sestry.“

Poslední klient je právě oním příkladem zavrnutí nebo separace od rodiny:

R5: „No, tak to je můj případ. Se cejtím, jak kdybych tam byl úplně cizí.“

„Jako stejkám se... stýkám se, tak jako přijedu tam, že jo, za něma. Ted' sem tam byl nedávno, tatík na mě: „Ty vole, proč bereš ty prášky? Na co?“ No já jsem mu řekl: „Já to беру, protože... to, co se stalo...protože kvůli Vám!“ Kvůli lidem tady vokolo mě...“ (pozn.: klient nebyl do nedávné doby ještě v léčbě)

V rámci rozhovorů mě zajímal i respondentů/tky pohled na jakýsi pocit bezpečí. V souvislosti se znejistěním ve všech podstatných oblastech života mě zajímalo, v čem, kom, či kde klienti vidí bezpečí a jak je potřeba bezpečí dle Maslowa uspokojována:

R1: *„Tak to zase já se cítím jako spíš v bezpečí, že věřím v toho Boha... Ta víra mi dodává jakože tak nějak, prostě cítím tu pomoc jako zhůry, jako...“*

R2: *„Být v bezpečí...Jako aby... to okolí i to prostředí vyvolávalo pozitivní myšlenky ve mně... No nejradši bych se cítila pozitivně v rodině. Protože tam trávím nejvíce času. Nebo přítel taky no, mám přítele...mít za kým jít jako, no...“*

R4: *„Že mám nějakou finanční podporu... cítím se právě dobře tím, že nemusím do té práce jít.“*

R5: *„Bejt v bezpečí... Mejt všechno, co potřebuju...“*

Z výpovědí respondentů/tky vyplynulo, že i navazování přátelských vztahů činí jistou obtíž. Mnohokrát publikovaná teze, že duševně nemocní často zůstávají stranou sociálním kontaktům, je z rozhovorů patrná:

R2: *„No ztratila jsem některý přátele, no. Že mám málo přátel.“*

R3: *„Přátele? Dobrý. Babičky. V pečovatelském domě.“*

R4: *„No...hospodskýho mám právě, no rodinu, synovce, s těma sportuju, no...“*

R5: *„Voni se jako tváříjou že jo, potom mě jako úplně...že se nezajímaj, je jim to úplně jedno...“*

Všichni dotazovaní respondenti udržují nějaké přátelské vazby i mimo centrum, jak kvalitní a poskytující skutečnou oporu, toť je nám otázkou. Do jakéhosi porovnání můžeme nahlédnout skrze následující odpovědi:

R1: *„No tak já jako usiluju o to, aby to jako i v tom Paprsku bylo dobrý jo.. Jako zatím prostě tady nemám nějakýho kamaráda, kterému bych jako mohl říct úplně“*

jako co a jak. Prostě to je určitá generace, která mě jako vyslechne jo.. A to jsou prostě už jako se mnou staří jako...vrstevníci, kteří mi tak nějak rozumí, jo...“

R4: „Obojí je dobře. I když tady je to pravdivější. Takže v Paprsku se cejtím skoro líp. Právě si toho všimla i moje klíčová pracovnice, ta vedoucí, že chodím víc semka. Cítím se líp tady.“

R5: „No, jo, tady jo. Tady když řeknu „pomoz mě“, tak mě pomůžou. Jo, ale když řeknu něco tam, tak mě řeknou „pomož si sám“.“

Příjemným zjištěním je, že je to právě Paprsek naděje, a možná většina ostatních center na podporu zdraví, kde klienti nacházejí uspokojení a uznání. Dalo by se říci, že centrum je nápomocno při naplňování alespoň nějaké části vyšších potřeb - uznání i sounáležitosti.

Při nahlédnutí do následujících odpovědí zjistíme, že potřeba odpočinku zcela vyhrává nad ostatními aktivitami běžného dne. Je to aspekt související opět s farmaceutiky. Vystává zde ona otázka, jak může člověk vnímat svůj život maximálně kvalitní, když postrádá síly k tomu, aby se na svém životě aktivně podílel?

R1: „Já hodně potřebuju nabrat sílu jako jo... prostě ta nemoc mě trochu jako ukračuje a musím jako...získávat jako víc jako ten odpočinek.“

R2: „Jako dřív jsem v neděli tvořivala jo... Ale teď na to nemám energii. Teď prostě si ráda poslechnu nějakou dobrou písničku na Proglase a už nemám sílu u toho tvořit teda jako jo...“

R3: „Já se ten den snažím prožít, prostě celej den mám nějaký modlitby, že člověk se snaží prostě žít tak jakoby duchovně...Načerpat vlastně tu sílu prostě do dalšího dne. Jak jsem říkal, že se cejtím vlastně kolikrát unavenej, a zase když se cejtím už jakože, a mám hodně tý síly v sobě a energie... Takže odpočívám, pracuji, odpočívám...Takhle se to furt nějak střídá.“

R4: „Snažím se, jak teďka mám tu kytaru, snažím se hrát. Nějaký písničky, v počítači, vytisknu si třeba nějaký akordy a učím se to. Takže se snažím jako bejt aktivní, jo. Ale někdy mě přemůže ta únava.“

R5: „To já radši téma aktivitama.“

Z hierarchie potřeb medikamenty v jistém slova smyslu brání uplatnění potřeby seberealizace, nejvyšší aspekt Maslowovy stupnice. Klienti hovoří o nemoci jako o spoutávající, omezující, až bránící uplatnění. Zcela přirozeně tak jejich názor na kvalitní život bude spíše negativní.

V rámci materiálních podmínek duševně nemocných osob je nutné zdůraznit masivní množství počtu pobírání invalidního důchodu. Také v rámci mého výzkumu všech 5 dotazovaných respondentů, včetně 1 respondenta pilotní studie, pobírá plný invalidní důchod. Zajímalo mě, zda vnímají tyto podmínky jako dostatečné, protože je to bezpochyby i materiální zabezpečí, které je spjato s lepší kvalitou života:

R1: „Tak jako hodně se musím uskromnit jako no... Jako když se uskromním, tak si můžu potom něco koupit jako no...“

R2: „Když jsem u rodičů, tak ano. Ale když jsem byla jako s přítelem, bydlela, tak jsem měla problémy, no... ten invalidní důchod by měl asi stačit. Neklást si jako větší nároky na to, že kdybych byla zaměstnaná, měla bych víc peněz...“

R3: „No řeknu Vám to takhle, že jsou na tom lidi hůř a musijou žít...jako...nějaký peníze mám.“

R4: „No, díky tomu, že vlastně rodičům nemusím dávat nic, tak teďka jak jsem se zadlužil jako alkoholik, tak jsem měl auto půjčený. Já mám sice důchod, ale musím splácet. Takže se cejtím teďka bezpečně. Ale horší by to bylo, kdyby rodiče nebyly. To bych...těžko stíhal.“

R5: „Jako, vobčas to vážne jako, jo. Ale mám takovej pocit, že jo. Čas od času....“

V otázce „Co Vám v životě nejvíc chybí?“ odpovídali respondenti se záští. V nejednom případě usilují o založení společné rodiny. 3 z dotazovaných uživatelů vyslovují přání po vztahu a intimním kontaktu s opačným pohlavím. Značně postrádají naplňování potřeby sounáležitosti, lásky, náklonnosti. Zbylí 2 klienti hovoří o skromnosti a vůli. Byla vyslovena i tužba po matce, kterou klient v mladém věku ztratil. Odpovědi jsou důkazem a potvrzují, že duševně nemocní lidé se svými přáními od zdravých osob neliší. Tato otázka byla otázkou nejemocionálnějších projevů.

R1: *„No právě jako víc mi chybí jako tý skromnosti, že jako dost jako spíš jsem byl zvyklej brát jako hodně peněz z velký výplaty. Ted'kon, když jsem onemocněl, tak vlastně si musím zvykat jako na ty menší dávky a že to mě jako prostě... to mě jako... no... že mě to jako brzdí v tom chodu dál...“*

R2: *„Hm. Asi pevná vůle někdy no...“*

R3: *„Chybí no... chybí...To se nebude třeba říkat... Že je člověk sám. Že třeba nemá ten kontakt. S manželkou, když ten blízký, intimní.... To mi chybí...“*

R4: *„Nějaké přátelství s nějakou ženskou no. No jenže mě zas primářka říká, že mě to vždycky dostává, ty vztahy. Ona mi říká, že mám bejt spokojenej se psem, a že mám chodit na ty procházky, že mi to spíš potom škodí, že když do toho vztahu investuju...“*

R5: *„Jo. To jo. Hodně věcí. No tak...třeba...první věc – moje máti... Ta už jako...Je tady jako...To já vždycky kolikrát řeknu: „Vidíš to, co se tady děje?“ A za druhý ta druhá osoba.“*

Tendence k sociální izolaci a fakt stigmatizace duševně nemocných jsou popsány v mnoha odborných publikacích. Duševní nemoc často způsobuje nezvyklé projevy

chování, odchylující se od společenské normy, a tito lidé mohou působit sociálně rušivě. Netřeba zmiňovat, že je to právě stigmatizace, která zanechá hluboké psychosociální následky na některých pacientech. Kvalita života stigmatizovaného člověka je tak nepříznivě ovlivněna a nálepkování nese podstatný podíl na negativním efektu nemoci. Z výpovědí všech 5 dotazovaných respondentů je zřejmé, že byl každý předmětem nějakého útoku následkem stigmatizace. Skrze následující odpovědi respondentů/ky můžeme nahlédnout do konkrétních situací:

R1: *„No oni lidi jako spíš jako se ode mě jako odvrátili, ale neposmívali se mi jako... No jako ty, kteří jako neměli se mnou takovej ten bližší vztah, ten jako vnitřní, tak jako vlastně se oddělili ode mě...“*

R2: *„No vysmívání jako to... vesměs jako ne. Neporozumění, to třeba ano. Ale vysmívání to ne, s tím jsem se nesečkala.“*

R3: *„Jo. Hmm. Kolikrát... Že se člověk třeba dozví od druhých lidí, že o něm povídají, že vypadá zdravě, ale že... že takhle o mě mluví... Nebo když člověk třeba jel autobusem a slyšel za hlavama slyšel mluvit lidi, že prostě „To je on, on je nemocnej“ ...jo prostě...to jako... to na člověka působí jako...zvlášť na mě, já jsem takovej citlivější jako celej život...To mě vadí prostě.“*

R4: *„Jo. Jo. Ale dal jsem mu to najevo. Já jsem se tady na to i ptal tady v Paprsku, na těch komunitách... No že jsme tam stáli třeba a přitom řídím teďka auto a on že mám „papíry na hlavu“... Tak jsem mu řekl, že to není pravda, tak jsem mu ukázal papíry na auto, že vlastně mám psychotesty, že jsem je udělal a že tak se mnou to hrozný není, jak si myslí.“*

R5: *„Jo, je to. A je to furt! Nevím, když jsem šel třeba v Kočičině, a teď jdou naproti mně dva...A teď jdou kolem mě dva a říkají: „hele, postiženej!“ Tak sem si to tak nějak rozmyslel. A ten jede říká: „By mě zajímalo, kolik bere důchod!“ Tak jsem se otočil a říkám: „Víte co, běžte do prdele!“ Začali se mě smát a*

říkám: „Hoši, kdybyste měli to, co mám já, tak nevím, co byste dělali.“ Jo...Což se začali smát. Já říkám: „Já kdybych Vám to mohl dát, tak Vám to dám, a vy byste za mnou přišli za dva dny, že to nechcete, tak si to vem zpátky...“

Je nutné si položit otázku, zda tyto negativní zkušenosti zapříčiní společenskou izolaci a stáhnutí. Prožitek stigmatizace je však bezpochyby také záležitostí charakterových složek. V rámci výzkumu jsem se ptala, zda je negativní zkušenost s nálepkováním zdrojem strachu, obav, starostí o to, jak budou tyto osoby ve společnosti přijaty a akceptovány. Stereotyp diskriminace a sankcionování duševně nemocných by totiž v krajním případě mohl zapříčinit popření nemoci a tak absenci nezbytné léčby. Zde jsou tedy odpovědi na otázku, zda se respondenti/ka někdy vyhnuli/a nebo i báli/a společenské aktivity:

R1: „Jo někdy jo... někdy jako jo...nějaké aktivitě jsem se vyhnul.“

R2: „Ne, to myslím ne. Nejsu z toho vyděšená, nebo jako... Já teďkon totiž i jak ubývají fyzický síly, tak jakoby i duševní jakože...se někdy i teď lidí straním. Že prostě nejsem si schopná si delší dobu povídat, aniž by mě to nevyčerpalo, jo...“

R3: „Hm. Bál. Hm.. Jo. Jo. Ano.“

R4: „Ne nevyhýbám se. Ne nebojím se toho, ne. Prostě si řeknu, že to nemá cenu, abych se kvůli tomu nějak... lidi jsou takový, že jo. Neskřívám se.“

R5: „To ne, to ne. To já jsem se naučil říkat. To mě říkali prostě kamarádi, že prostě: „tak se na ně vyser, pošli je do prdele“. Takže mě je to jedno.“

Je evidentní, že riziko stigmatizace zde působí, ač to není pravidlem u všech respondentů. Tento fakt se může stát pro klienty přítěžujícím v procesu sociální rehabilitace.

V neposlední řadě mě zajímalo, jak to respondenti skutečně vidí v kontextu rodinných hodnot nebo založení vlastní rodiny:

R2: *„Ted' to nepovažuju za důležitěj smysl života. Dřív jsem i jako chodila mezi děti, že jsem pracovala s dětma, ale ted'kon je to nad moje síly. No vylučovat bych to neměla ale... Musela bych víc spoléhat na boží pomoc jak na svoje vlastní síly, jako.“*

R3: *„Je to důležitý. Jenže mě to obešlo. Dceři je třiadvacet a vlastně ji vychovává manželka. A vlastně, vlastně dva roky, co se rozvedla, se znova vdala...Vlastně dcera říká tomu Milanovi strejdo, vlastně ji vychoval on... jsem tenkrát v tý době nějak nad tím nepřemejšlel, prostě jsme čekali rodinu, dcera se nám narodila, bylo to fajn. Že jo... jak by ten život šel, tak by se člověk staral, jo jenže... já jsem prostě byl úplně mimo...“*

R4: *„Mám rád děti. Ale u mě to asi nemá smysl, že jo, když mám tu nemoc... Chybí mi to. Toužil jsem dřív strašně moc, ale ted'ka už mě to přechází, jo, protože si uvědomuju tu zodpovědnost.“*

R5: *„Protože mě jednou tatik říká, že, taky jsem mu to řekl, že bych chtěl mít děcka, a von že: „Ty vole, ty a děcka? To nejde dohromady.“ A von říká: „A když ty děcka budeš mít, tak to budou chudáci.“*

3) Psychologická oblast

V této oblasti jsem postupně kladla otázku na význam duchovní stránky v životě, víry v Boha, a co konkrétně pro respondenty víra představuje, popřípadě kde jinde hledají podporu, útěchu. V nahlédnutí do následujících odpovědí zjistíme, že víra pro některé respondenty představuje zdroj největší podpory:

R1: *„Pro mě je to taková berlička. Jako že můžu se o něco opřít, jako že můžu pro něco žít.“*

R2: *„Trochu jistoty ano. Být dobrá pro Boha, ať si tu víru uchovám nebo ne, ale aby ji potom nějakým způsobem odměnil na závěr... smrti.“*

R3: *„No právě tu naději na věčný život. A jaký to bude... Jakoby na věčnosti. Jo, prostě v Bibli je „Co oko nevidělo, ucho neslyšelo“, prostě Pán Ježíš dal těm, co ho milují...“*

Není ale jediným zdrojem podpory. Jak se laicky říká „co člověk, to jiný názor“ – každému vyhovuje jiný druh aktivit vyvolávající pocit bezpečí, podpory, stabilizace. Překvapivě se v odpovědích objevilo i slovo „léky“. Ostatní respondenti se soustředili na duchovní podporu, podporu od blízkých a v zájmech. Stejně tak pro mne byly překvapující odpovědi 2 respondentů, kteří hledají podporu sami v sobě, v upevnění si stávajících hodnot. To považuji za vyrovnanost a vysoký osobnostní potenciál.

R1: *„No právě v té modlitbě. Jako že se můžu obracet s modlitbou... ve víře v Boha.“*

R2: *„...v modlitbě moc ne. Spoléhám na léky...asi tak půl na půl jako...víra, modlitba a ty léky.“*

R3: *„V modlitbě. V kostele. No... důvěrněj rozhovor s blízkým člověkem...“*

R4: *„V té historii... ve psovi mám strašnou podporu, ten žije se mnou doma, chodím ho venčit, kouká se mnou na „Óčko...musím brát sílu nějak v sobě a dívat se kolem jako jo... Někdy jsem taky na dně, ale jako řeknu si prostě, že to musí bejt lepší, že mám ten důchod, nějakou tu jistotu, a řeknu si prostě, že to musí jít.“*

R5: *„Tak si pustím, nějakou “music“ si pustím, že jo.“*

Poslední otázka byla na zamyšlení a je možná podstatou subjektivně vnímané kvality života. „Jak si představujete svůj život bez nemoci? Myslíte si, že by bylo něco jinak, kdyby jste nebyl/a nemocný/á?“:

R1: „*Já bych na to odpověděl tak, že vlastně jsem to přijal jako... tu moji nemoc a že vlastně to je určitá cesta člověka jako no...vlastně kolikrát jsem se nad tím zamejšlel, že prostě, jestli by byla lepší ta cesta, že bych pracoval a byl zdravěj. Ale jako teď si říkám, že vlastně je to úplně jiná cesta, taková hlubčí a jinačí. Že si člověk jako uvědomuje jako dalece víc ten život.*“

R2: „*Je to asi vůle Boží být nemocná, možná, že to pro mě bude mít větší smysl, než kdybych byla zdravá, jako. Takže nevím. Zatím ne tak docela chápu, proč Bůh zvolil tuhle cestu, že mě jako navštívil tou nemocí, ale možná, že někdy v budoucnu na to přijdu, že to možná bylo důležitější, než kdybych byla zdravá a pracovala...měla velkou rodinu...*“

R3: „*No to by bylo hodně věcí jinak. Nebydlel bych v pečovatelském domě. Neměl bych plnej invalidní důchod. Je otázka kde bych bydlel, je otázka z čeho bych žil...*“

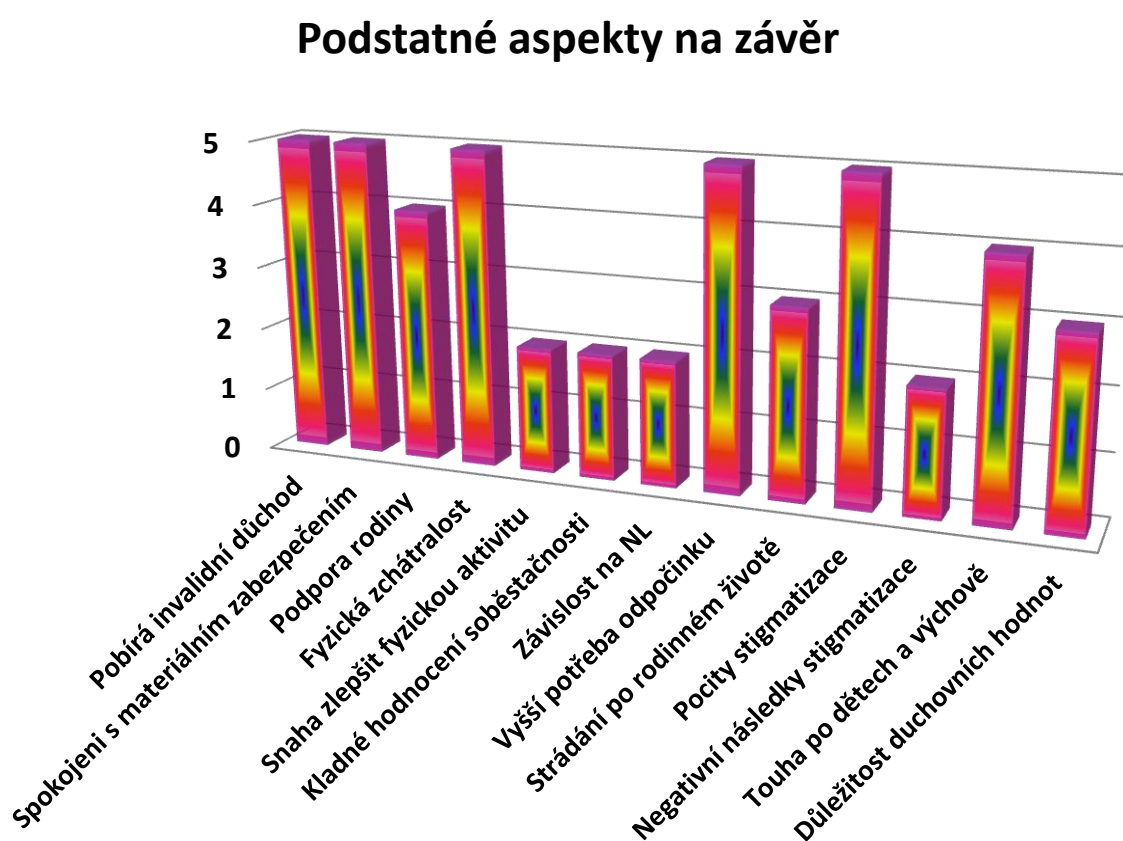
„*No jako já nad tím taky přemejšlím. To vlastně vlivem té nemoci jsem úplně všechno ztratil, jo. Přišel jsem vlastně o manželství, o rodinu, o dceru, o bydlení, o pejska, o auto... To prostě tenkrát totálně všechno krachlo...*“

R4: „*No asi bych byl ženatej, měl bych děti a dobrou práci, zaměstnání... Takže určitě by byl jinačí ten život. Byl bych ženatej, asi. Měl bych dítě. Nevím. Asi určitě. No, ale říkám si, zase to беру na druhou stránku, že jsem spokojenej, jo...*“

R5: „*No. To já jsem taky kolikrát přemejšlel. Říkám, já kdybych neměl tu nemoc, tak si udělám řidičák a jezdil bych mezinárodní dopravu. Mohl bych dělat všechno, to co jsem vlastně chtěl. Že jo, kvůli té mý nemoci to prostě nejde.*“

Jak vidíme z výpovědí, duševní nemoc velmi silně zasahuje do života člověka. Přináší velkou spoustu změn, na které se pacienti musí adaptovat. Prakticky všichni respondenti vlivem nemoci něco ztratili. Někdy dokonce všechno. Místo milující rodiny často tráví celý den v osamění, místo výchovy dětí sledují televizi. Je velkým odpovědným úkolem všech druhů terapií navrátit tyto osoby zpět do zásadně měněného prostředí a zasloužit se tak o nápravu kvality života osob s duševním onemocněním.

Graf 5: Podstatné aspekty pro vytvoření závěru



Zdroj: vlastní výzkum

5 DISKUSE

V této kapitole se pokusím shrnout nelehký úděl pacientů s duševním onemocněním a zhodnotit jejich subjektivní vnímání kvality života. Úvodem (stejně jako úvodem kapitoly Kvalita života) bych příhodně užila citované moudro z knihy *Úvod do psychoterapie: „Opravdu kvalitní život může být veden tehdy, jestliže sobě rozumíme a žijeme vlastní život v nahlédnutí“* (Vymětal, 2003, s. 201). V průběhu výzkumu jsem si ověřila, jak diskutabilní tato teze může být, pokud ji aplikujeme na duševně nemocného člověka. Je otázkou, na kolik si mohou duševně nemocné osoby rozumět, je otázkou, zda jsou schopni na život nahlížet v široké perspektivě. Došla jsem k závěru, že většina respondentů rozumí svým přáním, rozhodně není na místě uvažovat tak, že jim tato schopnost zcela chybí. Vše je ale poznamenáno nemocí. A žít život v nahlédnutí? I toho jsou přirozeně někteří schopni. Jak jsem ale zjistila, nahlížet na život těmito osobám působí určitou bolest, jeden klient dokonce odpověděl, že jsem mu svými otázkami dala „brouka do hlavy“. A ohlížet se do minulosti, kde vidí pouze věci a hodnoty, které ztratili, zvýšení kvality života nepřispěje. Smysl jejich života se musí bezpodmínečně ubírat do budoucna. Dale píše, že kvalita života je spojována se subjektivní pohodou. (Dale, 2010). Ve své knize zmiňuje souvislost symptomů nemoci s kvalitou života a autonomií. V rámci výzkumu, stejně jako výzkumem Mayerse a Dienera, se potvrdily teze nesouvislosti určité subjektivní pohody s věkem, genderovými aspekty, ale i bohatstvím alespoň základně ekonomicky zabezpečených osob (Dale, 2010). Faktem je, že o výběru některých klientů jsem uvažovat nemohla právě díky absenci náhledu na život v souvislosti s duševní nemocí. V rámci pilotní studie jsem však chtěla zkusit dát šanci i těmto osobám a rozhovor jsem provedla. Data takto získaná však nebyla použitelná. Naprostá absence náhledu spojená s kognitivním deficitem zapříčinila to, že uživatel nebyl schopen uvažovat v širší perspektivě.

Fakt, že pouze 2 z dotazovaných respondentů mají děti, i vzhledem k pokročilému věku, jen potvrzuje, že nemoc brání v určitém slova smyslu rodinnému životu a budování rodiny obecně. Oba respondenti mají děti z doby před vypuknutí nemoci a jeden z nich díky nemoci přišel o dceru ve smyslu participace na výchově a jejím

životě. Dva zbývající muži po rodině velmi silně touží, jsou si však natolik vědomi svého „handicapu“, že tuto možnost zavrhnou, nebo bojují s protiargumenty blízkých osob. Jediná žena v rozhovoru přiznává, že na svůj rodinný život síly nemá a s touto možností tedy ani nepočítá. Velkou otázkou se stala víra v Boha. 3 respondenti jsou velmi silně věřící a nemoc vysvětlují jako volbu nebo úděl Boha, kterou ale zatím nepochopili. Tyto hodnoty u nevěřících respondentů nahrazuje především kultura, v jednom případě fyzická aktivita či vztah s lidmi. Nejméně ve 2 případech jsem se setkala s neznalostí vlastní diagnózy, přesvědčením o jiném druhu onemocnění, nebo dokonce naprosté nevědomosti o duševním onemocnění. A jak zmiňuje Lehman, základní premisou spokojenosti v životě je vědomí a lidský, konkrétní náhled na sebe samého, svoji životní situaci a onemocnění. Tato znalost může člověku jenom prospět (Lehman, 1988).

Stěžejním předpokladem nízké kvality života jsou všechny příznaky a projevy nemoci. Pro zvýšení kvality života každého jednotlivého člověka je třeba pracovat na zmíněných životních cílech. Není to jenom například stigmatizace či nedostatečné materiální zabezpečení, které činí život méně kvalitní. Je to spíše potřeba, touha po uskutečnění životních cílů. Stejně tak pravdivý je výrok z kategorie pracovní rehabilitace: *„Jakákoli pracovní činnost umožní těmto lidem zvýšit jejich sebedůvěru, dosáhnout větší samostatnosti a udržet si potřebné sociální dovednosti“* (Vágnerová, 2004, s. 231). Rogers a Pilgrim zdůrazňují jasnou nevýhodu duševně nemocných osob v procesu zaměstnanosti. Uvádí, že tyto osoby mají šanci pouze 1:4, že budou vůbec zaměstnání. Taktéž zmiňují, že lidé s duševní nemocí jsou až třikrát častěji nezaměstnaní než fyzicky postižené osoby a že optimální duševní zdraví souvisí s bezpečnou a dobře placenou prací. Nezaměstnaní lidé pak mají duševní zdraví chudší (Rogers, Pilgrim, 2010). Pravdivost myšlenek autorů je ověřitelná i v rámci mého výzkumu.

Tito lidé mohli mít všechno. Rázem také všechno ztratit. Ke všemu ještě zjišťují svoji diagnózu doprovázenou o pocity selhání, a jak vypověděl v rozhovoru jeden z respondentů: „totálně všechno krachlo.“ Najednou nejsou schopni obstát v běžných

rolích. Jak se výzkumem potvrdilo, jsou vyřazeni z pracovního procesu, z rutiny běžného dne, vystaveni stigmatizaci, únavě, nenávidění se. Protože respondenti mluvili o bilancích nad životem, troufám si říci, že čas od času prochází peklem, nikoli kvalitním životem. Respondenti mluví o navrácení rodiny, o obnově ztracených vztahů, touží po své rodině. Uvědomují si však, jak málo sil jim jejich tělo poskytuje. Velmi pozitivním zjištěním je, že tito klienti obstávají, v možná vnucené roli psychicky nemocné osoby. Snaží se participovat na vztazích, hledají práci, učí se sociálním dovednostem. Hovoří o izolaci, jsou si vědomi své role stigmatizované osoby, ale o to víc si uvědomují a váží mezilidských vztahů. I zde naváží na myšlenky Rogers a Pilgrima o „sebestigmatu“, kteří ve své knize uvádí prožitek naprostého šoku ze zjištěné diagnózy, kdy samo vyřčení diagnózy „schizofrenie“ šokovalo a následkem byla pacientova domněnka, že musí být izolován, neboť je přece společnosti nebezpečný (Rogers, Pilgrim, 2010). Považuji roli stigmatizace, která se ve výzkumu maximálně potvrdila, za jeden ze stěžejních nedostatků kvalitně prožívaného života. Abychom zabránili jakési „dobrovolné izolaci“ pacienta, je nutné přistupovat ke všem pacientům nanejvýš obezřetně a citlivě.

Dostala jsem odpovědi na všechny mé výzkumné otázky. I na závěr je však třeba zdůraznit subjektivitu pojmu kvalita života. Každý respondent tak přirozeně na kvalitu svého života nahlížel z jiných úhlů. Je tedy téměř nemožné sumarizovat jednotlivé výpovědi a tápat po souvislostech, dokud si nenajdeme čas na každého klienta zvlášť. Důvodem k radosti může být fakt, že většina respondentů cítí zázemí, bezpečí, oporu rodiny i finanční zabezpečení. Především velká míra opory rodiny byla potěšující. Rogers a Pilgrim uvádí myšlenku, že způsobovat emocionální labilitu a rušivě působit mohou právě členové rodiny, což u pacientů s diagnózou deprese a schizofrenie zvyšuje i pravděpodobnost relapsu (Rogers, Pilgrim, 2010). Ano, tato teze se určitým způsobem potvrdila, ale pouze u jediného respondenta, postrádajícího oporu rodiny. Empirické šetření je zdrojem nových informací, potvrzuje nižší kvalitu života, ale nevyvrací příznivější průběh v budoucí perspektivě.

6 ZÁVĚR

Touto bakalářskou prací jsem chtěla poukázat na kvalitu života duševně nemocných osob a subjektivní odlišnosti ve vnímání kvality života. Za hlavní cíl jsem si kladla zmapovat, co vnímají klienti centra Paprsek naděje za klíčové pro prožití kvalitního života a jak z jejich pohledu uspokojování jednotlivých potřeb ovlivňuje kvalitní život. Pracovala jsem s hierarchií potřeb dle Maslowa, z čehož také vyplývají zbylé výzkumné otázky, zaměřující se na uspokojování potřeb dle této stupnice a jejich vliv na vnímání kvality života. Odpovědí na první výzkumnou otázku je, že Maslowova stupnice je hierarchicky naplňována dle svého tradičního uspořádání, ale s omezenějšími možnostmi. Poslední výzkumná otázka pátrala po dalších aspektech, které by mohli kvalitu života, ať příznivě či nepříznivě, ovlivňovat. Za stěžejní zjištění výzkumu, a zároveň odpověď na druhou výzkumnou otázku, považuji naprostou převahu rodinných priorit a poté duchovních priorit. Všichni respondenti považovali rodinu za zdroj podpory, ať psychické, tak materiální, někteří mluvili o rodině jako o stimulu seberealizace. Není náhodou, že právě potřeba seberealizace tvoří nejvyšší příčku Maslowovy pyramidy. Stejně tak se dostávala do popředí v odpovědích respondentů.

Život duševně nemocného člověk zkvalitňuje také Paprsek naděje. Je zdrojem důvěry, přátelství, podpory, učení se sociálním dovednostem a tedy do jisté míry seberealizace. Centrum se subjektivním způsobem podílí na naplňování všech částí Maslowovy stupnice.

Důležitou položkou výzkumu bylo taktéž zjištění, že skrze duševní onemocnění jsou klienti značně omezení například v kontextu kultury a zájmů. V této části jsem čekala možná více aktivit, nebo alespoň přání aktivity provádět. Nejpozitivnějším zjištěním byla převaha podpory rodiny. Méně pozitivním faktem zůstává absence uplatnění rodičovského pudu, klienti buď rodinu nemají a velmi po ní touží, nebo děti mají z doby před vypuknutí nemoci a vztah s dětmi byl nějakým způsobem zpřetrhán, narušen. Překvapující byla tvrzení, že touha po vlastní rodině je sice velká, ale její

realizace častokrát zavrhnutá. Stejně tak překvapující byla spokojenost všech respondentů s finančním zajištěním. Je však jasné, že v polovině případů byla spokojenost daná výpomocí rodičů. Je otázkou, jak by respondenti odpovídali v situaci, kdy by i po materiální stránce byli odkázáni pouze sami na sebe. Dalším podstatným problémem, až alarmujícím faktem, který z výzkumu vyplynul a kterým bychom se měli do budoucna zabývat, je masivní nezaměstnanost duševně nemocných osob a problematika invalidních důchodů. Ač tento fakt nebyl kritériem účelového výběru, naprostá většina všech respondentů odpovídala v této souvislosti kladně. Dalším problémem a spíše faktem je fyzická zchátralost všech respondentů i objevující se závislosti na návykových látkách. Chtěla bych upozornit na fakt, že z malého výzkumného souboru jsou to 2 z 5 respondentů (6 s pilotní studií), kteří byli a aktuálně jsou, závislí na návykových látkách. Jako pozitivní zjištění, které ve velké míře ovlivňuje vnímání kvality života je fakt, že téměř většina respondentů mluvila o nemoci jako o cestě, která jim umožnila více život vnímat a uvědomovat si skutečně důležité věci – dle mého názoru se jedná již o výsledek psychoterapie.

Velkou bariérou sociální rehabilitaci je stigmatizace duševně nemocných. Všichni respondenti uvedli zkušenost s nálepkováním a někteří přiznávají, že po negativní zkušenosti se společenských aktivit obávají, kontaktům se vyhýbají a jsou tak předmětem „dobrovolné“ izolace. Rozhodně je třeba pracovat na „vymýcení“ stigmatizace až diskriminace duševně nemocných osob. Věřím tomu, že příklady, které byly uvedeny respondenty, nejsou zdaleka těmi nejhoršími a že míra stigmatizačních projevů stoupá se zřetelnějšími projevy nemoci. Mohli bychom toho docílit i změnou terminologie v oblasti diagnóz, jak navrhuje autoři publikace *„Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století.“* Podpořit antistigmatizační přístupy můžeme realizací větší osvěty v oblasti nejasné etiologie nemoci, která jen předsudky posiluje, zkvalitnění psychoterapie a některých druhů rehabilitace a konečně změnit přístupy v sobě samých. Za určitou nutnost bych považovala i kvalitnější přístup psychiatrů k pacientům v souvislosti s diagnózami. Znalost diagnózy je dle mého názoru podstatná a přispívá ke kvalitnějšímu přístupu i ze strany pomáhajících profesí, například právě center na podporu zdraví.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie, ŠPANIEL, Filip. *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. 1.: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2494-5.
2. BARKER, Philip J. *Assessment in Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2. vyd. United Kingdom: Nelson Thornes, 2004, 384 s. ISBN 9780748778010.
3. BENSON, Nigel C. PIERO, *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010, 176 s. ISBN 978-80-7367-671-1.
4. ČERMÁKOVÁ, Jitka. *Kvalita života chronicky nemocného člověka*. Olomouc, 2010. 130 s. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Martin Kupka, PhD.
5. ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba*. 2. vyd. Praha: MAXDORF, 2007, 104 s. ISBN 978-80-7345-114-1.
6. DALE, Johnson L. *A Compendium of Psychosocial Measures : Assessment of People with Serious Mental Illnesses in the Community*. 1. vyd. New York: Springer Publishing Company, 2010, 584 s. ISBN 978-0-8261-1818-9.
7. DANZER, Gerhard. *Psychosomatika: Celostný pohled na zdraví těla i duše*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-456-7.
8. DRAPELA, Victor J. *Přehled teorií osobnosti*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008, 175 s. ISBN 978-80-7367-505-9.
9. ELDER, Ruth, EVANS, Katie, NIZETTE, Debra. *Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2. vyd. Australia: Libby Houston, 2009, 498 s. ISBN 9780729538770.
10. FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 256 s. ISBN 80-7178-367-6.
11. HENZLOVÁ, Lucie. *Kvalita života lidí s duševní poruchou*. Brno, 2007. 73 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. Jan Kolář.

12. HORÁČEK, Jiří et al. *Psychosomatické stavy v klinické praxi*. 1. vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2003, 263 s. ISBN 80-86694-01-1.
13. Interview s Dagmar Dvořáčkovou, primářkou Psychiatrické léčebny v Jihlavě. Třebíč 25. 10. 2012.
14. KALINA, Kamil. *Jak žít s psychózou*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
15. KOŇAŘÍKOVÁ, Radka. *Kvalita života pedagogů v etopedických zařízeních*. Brno, 2006. 63 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, pedagogická fakulta. Vedoucí práce PhDr. Evžen Řehulka, CSc.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
18. KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010, 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.
19. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
20. NAKONEČNÝ, Milan. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 1997, 323 s. ISBN 80-200-0628-1.
21. NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003, 507 s. ISBN 80-200-0993-0.
22. NEPOŽITKOVÁ, Jitka. *Kvalita života a subjektivní charakteristiky zdraví*. Brno, 2009. 67 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.
23. PĚČ, Ondřej, PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy: Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.
24. PRAŠKO, Ján et al. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Informatorium, 2003, 192 s. ISBN 80-7333-002-4.
25. PREISS, Marek et al. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006, 416 s. ISBN 80-247-1460-4.

26. RABOCH, Jiří, DOUBEK, Pavel, ZRZAVECKÁ, Irena. *Psychiatrie v medicíně a medicína v psychiatrii*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-162-9.
27. ROGERS, Anne, PILGRIM, David. *A sociology of mental health and illness*. 3. vyd. New York: Open University Press, 2010, 269 s. ISBN 0-335-21583-1.
28. Rozhovor s Jindřiškou Šmejkalovou pod názvem *Nejčastější duševní chorobou je schizofrenie, říká Šmejkalová*. Třebíčské noviny, říjen 2012.
29. SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 3. vyd. Brno: Barrister&Principal, 2009, 523 s. ISBN 978-80-87029-62-6.
30. STRAUSS, Anselm, CORBINOVÁ, Juliet. *Základy kvalitativního výzkumu: Postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vyd. Boskovice: Albert, 1999. ISBN 80-85834-60-X.
31. STYX, Petr. *O psychiatrii: Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003, 178 s. ISBN 80-7226-828-7.
32. ŠMEJKALOVÁ, Jindřiška. *Sociální opora ve stacionáři pro duševně nemocné*. Brno, 2004. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce PhDr. Miroslava Štěpánková, PhD.
33. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
34. VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s, 2003, 264 s. ISBN 80-247-0253-3.
35. YALOM, Irvin D. *Chvála psychoterapie: Otevřený dopis nové generaci*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004, 244 s. ISBN 80-7178-894-5.
- Internetové zdroje:
36. *Duševní onemocnění*. Fokus Labe [online]. 2008-2012 [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <http://www.fokuslabe.cz/dusevni-onemocneni/>.
37. ICEBERG, Shiny. *Maslowova pyramida*. Virtual! Magazine [online]. 2009 [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <http://vm.oborsky.cz/indexe918.html?q=obsah/maslowova-pyramida-potreb>.

- 38.** KOZLOVÁ, Lucie. *Výzkum v sociální oblasti*. EAMOS [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm.
- 39.** LEHMAN, Anthony F. *A quality of life interview for the chronically mentally ill*. Evaluation and program planning. [online]. 1988 [cit. 2013-02-17]. Dostupné z: http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&sqi=2&ved=0CDEQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.minshaw.com%2Fvb%2Fattachment.php%3Fattachmentid%3D731%26d%3D1281369230&ei=3F1xUbPKM8eQtQa_joCoDA&usq=AFQjCNFD56RgOmPpSDSEI-XBGCuWCscQrQ&sig2=o4CM8VmJEqZaa10OxFz2A&bvm=bv.45373924,d.Yms.
- 40.** *Paprsek naděje - centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč*. Oblastní charita Třebíč [online]. 2013 [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <http://trebic.charita.cz/strediska/paprsek-nadeje/zakladni-informace/>.
- 41.** ŠELEPOVÁ, Pavla et al. *Camberwellské šetření potřeb-Hodnocení potřeb závažně duševně nemocných*. Česká a slovenská psychiatrie [online]. 2012 [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=803>.
- 42.** *Základní druhy neuróz*. Webzdarma [online]. Rok není uveden [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: http://ldmb.webzdarma.cz/dokumenty/nemoci/druhy_neuroz.htm.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Duševní onemocnění (Mental Illness)

Schizofrenie (Schizophrenia)

Kvalita života (Quality of Life)

Stigmatizace (Stigmatization)

Maslowova pyramida potřeb (Maslow's Hierarchy of Needs)

9 PŘÍLOHY

PŘÍLOHA 1

SCÉNÁŘ ROZHOVORU S RESPONDENTY

A. Otázky týkající se osobních a základních údajů:

1. Kolik Vám je let?
2. Jste svobodný/á či ženatý/vdaná?
3. Máte děti? Uveďte počet.
4. S kým žijete?
5. Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

B. Otázky zaměřující se na fyziologickou stránku člověka a zdraví:

1. Jak se cítíte fyzicky?
2. Myslíte si, že nemoc nějak ovlivňuje vaši fyzickou aktivitu? Jak?
3. Máte dojem, že se o sebe dokážete postarat sám/a?
4. Byl/a nebo jste v současnosti závislý/á na nějaké návykové látce? Pokud ano, na jaké?

C. Otázky pátrající po sociálních aspektech života pacienta:

1. Máte pocit, že žijete v příjemném prostředí a bydlení?
2. Jak se cítíte v rodině?
3. Co pro Vás představuje pojem „být v bezpečí“?
4. Jaké máte přátele?
5. Jak trávíte volný čas?

Je pro Vás tedy spíše důležité:

- *Odpočívat a nabrat sílu do dalšího dne.*
 - *Smysluplně využít volný čas. (Například sport, procházky, kultura.)*
6. Máte dojem, že si vystačíte s Vašimi finančními prostředky?

7. Máte pocit, že Vám v životě něco chybí?
8. Už jste byl/a někdy v situaci, že se Vám někdo kvůli Vaší nemoci vysmíval nebo se k Vám choval jiným způsobem, který se Vám nelíbil?
9. Jak je pro Vás důležité mít děti a vychovávat je?

D. Otázky zkoumající psychickou stránku klienta:

1. Jste věřící?
2. Kde čerpáte sílu, když Vám není zrovna dobře?
3. Jak si představujete svůj život bez nemoci? Myslíte si, že by bylo něco jinak, kdyby jste nebyl/a nemocný/á?

PŘÍLOHA 2

FORMULÁŘ METODOLOGIE SEIQoL

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL -

Program hodnocení individuální kvality života

Tato metoda se zabývá zkoumáním kvality lidského života a je zcela anonymní. Kvůli zajištění úspěšnosti výzkumu Vás prosím, abyste odpovídal/a podle pravdy.

Důležitost daného tématu v %	Životní téma – "oč ti v životě jde a oč ti jde především (nejvíce)?"	Míra spokojenosti v % (od 0 do 100%)

=100%

Míra spokojenosti se životem:

←.....→

*je to tak špatné, jak jen je to možné
může být*

je to tak dobré, jak jen to

Celková hodnota QL:

Celková míra spokojenosti se životem:

PŘÍLOHA 3

INFORMOVANÝ SOUHLAS S PROVEDENÍM VÝZKUMU

Podle zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů, uděluji Radce Bartoškové souhlas se zpracováním svých osobních a citlivých údajů ke studijním a vědeckým účelům, poskytnutých v rozhovoru v rámci bakalářské práce s názvem „Kvalita života a její vnímání osobami s duševním onemocněním v centru Paprsek naděje.“ Prohlašuji, že jsem všechny informace poskytl/a dobrovolně a souhlasím s dalším zveřejňováním těchto informací. Byl/a jsem srozuměna s účelem výzkumu a s tím, že informace budou dále šířeny anonymně. Souhlasím také, aby průběh rozhovoru byl zaznamenáván na diktafon.

Vdne.....

.....

jméno, příjmení a podpis

PŘÍLOHA 4

DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ SQUALA

SQUALA

Hodnocení důležitosti

V této tabulce zaznamenejte **důležitost**, kterou ve svém životě přisuzujete zde uvedeným oblastem.

	nezbytné	velmi důležité	středně důležité	málo důležité	bevyznamné
1) být zdravý					
2) být fyzicky soběstačný					
3) cítit se psychicky dobře					
4) příjemné prostředí a bydlení					
5) dobře spát					
6) rodinné vztahy					
7) vztahy s ostatními lidmi					
8) mít a vychovávat děti					
9) postarat se o sebe					
10) milovat a být milován					
11) mít sexuální život					
12) odpočívat ve volném čase					
13) mít koníčky ve volném čase					
14) být v bezpečí					
15) práce					
16) spravedlnost					
17) svoboda					
18) krása a umění					
19) pravda					
20) peníze					
21) dobré jídlo					

Je ještě něco jiného, co považujete v životě za důležité?
