

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující Centra duševního zdraví

Adéla Lipavská

Diplomová práce

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii (NMgr.)

vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Hricová, PhD.

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies

Quality of Life Among People with Mental Illness Attending Mental Health Centers

Adéla Lipavská

Diploma Thesis

Diploma Thesis Work Supervisor: doc. PhDr. Alena Hricová, PhD.

Prague 2024

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 25.4.2024

Podpis

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'H. Pávek', written over a dotted line.

Poděkování:

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce doc. PhDr. Aleně Hricové, PhD. za ochotu vést mou diplomovou práci, cenné připomínky, rady a především věnovaný čas. Mé poděkování patří také všem respondentům a sociálním pracovníkům z center duševního zdraví.

Anotace: Tato diplomová práce se zaměřuje na zkoumání kvality života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví. Cílem této práce je zjistit, jaká je kvalita života těchto lidí v doménách fyzického a psychického zdraví, sociálních vztahů a prostředí, v kterém žijí. Teoretická část práce je věnována tématům kvality života, problematice duševních onemocnění, sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, reformě psychiatrické péče a konceptu center duševního zdraví. Praktická část je založena na kvantitativním výzkumném přístupu s využitím standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF pro zjišťování kvality života lidí. Data byla získávána dotazníkovým šetřením od lidí, kteří pravidelně navštěvují centra duševního zdraví. Analýza dat proběhla s pomocí počítačového nástroje Excel. Výsledná skóre v jednotlivých doménách byly porovnávány s běžnou populací, napříč věkovými skupinami, pohlavím a délkou navštěvování center duševního zdraví. V závěru práce jsou diskutovány možné souvislosti a limity studie včetně doporučení pro budoucí výzkum.

Klíčová slova: kvalita života, duševní onemocnění, centra duševního zdraví, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Abstract: This master's thesis focuses on examining the quality of life among people with mental illness visiting mental health centers. The aim of this work is to determine the quality of life of these individuals in the domains of physical and mental health, social relationships, and their environment. Theoretical part of thesis addresses topics such as quality of life, the issues of mental illness, social work with people with mental illness, psychiatric care reform, and the concept of mental health centers. Practical part is based on a quantitative research approach using the standardized WHOQOL-BREF questionnaire to assess the quality of life. Data were collected through questionnaire surveys from people who regularly attend mental health centers. Data analysis was conducted using the Excel computer tool. The resulting scores in each domain were compared with the general population across age groups, gender, and length of attendance at mental health centers. The conclusion discusses possible correlations and limitations of the study, including recommendations for future research.

Key words: quality of life, mental illness, mental health centres, social work with people with mental illness

Obsah

Úvod	5
Teorie	6
Duševní onemocnění	6
Typy duševních poruch	7
Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	11
Reforma psychiatrické péče	13
Centra duševního zdraví.....	14
Kvalita života	15
Kvalita života lidí s duševním onemocněním.....	15
Výzkumné otázky.....	18
Metoda	19
Výzkumný soubor	19
Výzkumný postup.....	19
Měřicí nástroj - WHOQOL-BREF	19
Analýza dat.....	20
Výsledky	22
Samostatné položky.....	22
Doména 1 – Fyzické zdraví.....	23
Doména 2 – Psychické zdraví	27
Doména 3 – Sociální vztahy	31
Doména 4 - Prostředí.....	33
Doménové skóry.....	38
Ověření hypotéz	43
Diskuse.....	45
Limity a doporučení pro budoucí výzkum.....	51
Závěr	51
Literatura	53

Úvod

Duševní onemocnění představují velkou zátěž pro jednotlivé osoby i společnost jako celek. Ovlivňují kvalitu života lidí a jejich schopnost plnohodnotně fungovat ve společnosti a soukromém životě. Lidé s duševním onemocněním se často potýkají s rozsáhlým spektrem symptomů od psychických obtíží až po omezení v sociální interakci či výkonu běžných denních aktivit. Tato onemocnění mohou vést ke ztrátě zaměstnání, sociální izolaci, a dokonce i ke zhoršení fyzického zdraví. Poskytování adekvátní péče a podpory lidem s duševním onemocněním je důležité pro jejich uzdravení a zlepšení kvality jejich života.

Centra duševního zdraví představují klíčový prvek v poskytování komplexní péče a v podpoře lidí s duševními onemocněními. Tyto instituce slouží jako bezpečné místo, kde mohou lidé získat lékařskou a sociální pomoc, terapii a další formy podpory zaměřené na zlepšení jejich duševního zdraví a celkové kvality života. Jsou to centra, která integrují různé terapeutické přístupy a specialisty, aby mohla poskytnout individuálně přizpůsobenou péči každému klientovi.

Cílem této diplomové práce je podrobněji zkoumat kvalitu života lidí navštěvujících centra duševního zdraví a analyzovat faktory, které ji ovlivňují. Prostřednictvím této práce se snažíme lépe porozumět potřebám specifické populace lidí s duševním onemocněním a přispět k optimalizaci poskytované péče a podpory.

Teorie

Duševní onemocnění

Existuje mnoho různých konceptů, jakými přistupovat k duševnímu onemocnění duševnímu zdraví. Zdraví je stav plné tělesné, duševní i sociální pohody, v němž každý jedinec naplňuje svůj vlastní potenciál, zvládá běžný životní stres, udržuje zdravé vztahy s ostatními, může pracovat produktivně a plodně a je schopen přispívat k prospěchu své komunity. Je to stav, který člověku umožňuje řešit problémy a mít pocit smyslu a hodnoty ve svém životě. Zdraví není chápáno jako pouhá nepřítomnost onemocnění (WHO, 1946). Dle Noel-Hoeksena et al. (2012) je u duševních onemocnění hlavním znakem abnormalita v chování. Za normální se u člověka považuje přiměřené vnímání reality, schopnost ovládat své chování, sebeúcta a akceptace, schopnost navazovat láskyplné vztahy a čínorodost. Tyto schopnosti jsou u lidí s duševním onemocněním narušené.

Duševní onemocnění je u člověka charakterizováno klinicky významnou poruchou v jeho kognici, regulaci emocí nebo v chování. Duševní onemocnění, označované také jako duševní porucha je často spojená se distresem, úzkostí nebo poškozením důležitých oblastí pro fungování (WHO, 2022). Dle Hartla (2004) je duševní porucha klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která člověka vyřazuje ze společenského a profesního života či zodpovědnosti při právních úkonech. Šířeji se jedná o změnu některých psychických procesů projevujících se v emocích, myšlení a chování člověka. Tyto změny znesnadňují jeho adaptaci a interakci se sociálním okolím. Duševní poruchy mohou být označované také jako stavy duševního zdraví. Tento širší pojem zahrnuje duševní poruchy, psychosociální postižení a (jiné) duševní stavy spojené se značným distresem, poruchou fungování nebo rizikem sebepoškozování (WHO, 2022).

Na duševní onemocnění lze dle Nolen-Hoeksema et al. (2012) nahlížet několika základními hledisky. Biologický přístup vychází z představy, že duševní poruchy vznikají v důsledku poruch činností mozku. Genetické odchylky, abnormální rysy a dysfunkce mozkových systémů mohou dle tohoto přístupu člověka předurčit k určité duševní poruše. Psychoanalytické hledisko zdůrazňuje nevědomé konflikty z raného dětství, používání obranných mechanismů při zvládání úzkosti, převedení nevědomých konfliktů a emocí do vědomí apod. Z behaviorálního hlediska je třeba zkoumat způsob, jakým ve specifických situacích dochází k podmiňování strachu a úlohou, jakou hraje posílení a přetrvání nevhodného chování. Důraz je kladen na učení a předpokládá se, že maladaptivní chování je naučené. Kognitivní hledisko předpokládá, že duševní poruchy pramení z maladaptivních kognitivních procesů a lze je zmírnit změnou předpojatých kognitivních vzorců. Podle kulturního hlediska nejsou duševní poruchy zakotvené v mozku nebo myslí, ale vznikají v důsledku společenského kontextu, v němž člověk žije. Pozornost je věnována sociálnímu prostředí a stresům, které v něm vznikají.

Nějakou formou duševního onemocnění trpí téměř 10 % Čechů. Celkový počet osob trpících nějakou formou duševního onemocnění vzrostl mezi lety 2010 a 2021 o 22 % (NZIP, 2024). Existuje několik typů duševních poruch.

Typy duševních poruch

Světová zdravotnická organizace rozlišuje dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 několik druhů duševních poruch a poruch chování označované F00-F99 (ÚZIS ČR, 2022).

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79 Mentální retardace

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Tato kategorie zahrnuje skupinu duševních poruch, které jsou klasifikovány podle společné prokázané etiologie spojené s onemocněním mozku, traumatickým poraněním mozku nebo jiným typem poškození, které vede k poruchám mozku. Organická duševní porucha označuje pokles duševních funkcí, který není důsledkem psychiatrického stavu (Diamond & Dettle, 2018).

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Tato sekce se zabývá širokým spektrem nemocí různé závažnosti a klinických forem, jejichž společným jmenovatelem je užívání psychoaktivních látek, ať už jsou předepsány lékařem nebo ne. Identifikace psychoaktivních látek by měla být založena na co nejvíce dostupných informačních zdrojích, jako jsou údaje poskytnuté pacientem, analýza krve nebo jiných tělesných tekutin, charakteristické somatické a psychické příznaky, klinické znaky a chování a další důkazy, jako jsou drogy nalezené v majetku

pacienta nebo zprávy od informovaných třetích stran. Mnoho uživatelů psychoaktivních látek užívá více než jeden typ látky. Pokud je to možné, hlavní diagnóza by měla být klasifikována podle látky nebo třídy látky, která nejvíce přispěla k současnému klinickému stavu (ÚZIS ČR, 2022).

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emoční reaktivity a celkové osobnostní integrity. Toto onemocnění je spojeno s multisystémovým poškozením funkcí mozku. Přesné příčiny vzniku schizofrenie nejsou zcela jasné, jedná o komplexní skupinu poruch, které sdílejí některé společné rysy. Předpokládá se, že vznik schizofrenie je ovlivněn kombinací různých faktorů a jejich vzájemnou interakcí. Mezi tyto faktory patří genetické predispozice, tedy soubor dědičných faktorů, změny v mozkové struktuře a funkci, které jsou podmíněny vývojem a vnějšími vlivy (Vágnerová, 2008).

Schizotypální porucha je charakterizována výstředním chováním a poruchami myšlení a afektu, které jsou podobné těm u schizofrenie, ale určité a charakteristické symptomy se nevyskytnou v žádném stadiu. Mezi symptomy mohou patřit chladné a nepřiměřené afekty, anhedonie, podivné a nápadné chování, tendence k izolaci od společnosti, paranoidní nebo bizarní myšlenky, vtíravé ruminace, poruchy myšlení a vnímání. Přesný začátek neexistuje a vývoj a průběh jsou podobné jako u poruch osobnosti. Porucha s bludy je charakterizována vývojem jednoho nebo více vzájemně souvisejících bludů, které často přetrvávají i po dlouhou dobu. Obsah těchto bludů může být velmi rozmanitý. Schizoafektivní poruchy jsou epizodické a mají zřejmé jak afektivní, tak schizofrenní symptomy, takže jednotlivé epizody neopravňují ani k diagnóze schizofrenie ani depresivní či manické epizody. Dále do této skupiny patří: akutní a přechodné psychotické poruchy, Indukovaná porucha s bludy aj (ÚZIS ČR, 2022).

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Tyto poruchy jsou charakterizovány základní poruchou afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii. Tato změna nálady obvykle doprovází změnu v celkové aktivitě. Většina dalších symptomů je buď sekundární k těmto změnám v náladě a aktivitě, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina těchto poruch má tendenci k opakovaným epizodám. Nástup jednotlivé epizody je často vyvolán stresovou událostí nebo situací. Patří sem například Bipolární afektivní porucha, která je charakterizovaná dvěma nebo více fázemi, při nichž je nálada a úroveň aktivity pacienta významně narušena. Za určitých okolností je patrná zvýšená nálada, energie a aktivita (hypomanie anebo manie), jindy zhoršení nálady a snížení aktivity a energie (Akiskal & Benazzi, 2006).

Další porucha s názvem Depresivní fáze se může projevit v lehké, střední nebo těžké formě. Depresivní fáze se liší od běžných kolísání nálady a krátkodobých emocionálních reakcí na výzvy v každodenním životě. Během této fáze má osoba deprimovanou náladu (pocit smutku, podrážděnosti, prázdnoty) nebo ztrátu potěšení nebo zájmu o aktivitu,

téměř celý den po dobu nejméně dvou týdnů. Kromě toho jsou přítomny i další symptomy jako špatná koncentrace, pocity nadměrné viny nebo nízké sebehodnocení, beznadějná ohledně budoucnosti, myšlenky o smrti nebo sebevraždě, narušený spánek, úbytek váhy, změny v chuti k jídlu a pocit zvláštní únavy nebo nízké energie (WHO, 2022).

F40-F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Do této kategorie patří fobie, panické poruchy, generalizovaná úzkostná porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, somatoformní poruchy a další podobné kategorie. Hlavním znakem je pocit úzkosti a jeho doprovodná tělesná reakce. Někdy se úzkost objevuje v reakci na určitý spouštěcí podnět, jindy se nečekaně projevuje v úzkostných záchvatech (a pacienti často považují tyto záchvaty za zdravotní komplikace, jako je infarkt). Úzkost může být také trvalá. Někdy se projevuje pouze tělesnými příznaky, aniž by si pacient byl vědom samotné úzkosti. Společným rysem těchto poruch je významný vliv na každodenní život jedince, omezení v pracovních výkonech, vztazích a volném čase. Pacienti mají často genetickou predispozici k úzkosti a často procházejí stresujícími událostmi, konflikty nebo traumaty (Komunikujeme o.p.s., 2019).

F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Tyto poruchy zahrnují různé syndromy a stavy, které mají vliv na chování jedince a jsou ovlivněny fyziologickými nebo somatickými faktory. Mezi tyto poruchy patří poruchy příjmu potravy, jako je Mentální anorexie a Mentální bulimie, které jsou spojeny s nezdravými stravovacími vzorci a mají často fyziologické dopady na tělo, jako je porucha elektrolytové rovnováhy a somatické komplikace. Mezi další poruchy do této třídy patří poruchy sexuálního chování, které mohou být ovlivněny fyziologickými nebo somatickými faktory, neorganické poruchy spánku a abúzus – zneužívání látek nezpůsobující závislost (ÚZIS ČR, 2022).

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

Jedná se skupinu onemocnění, kdy se u jedince vyskytují určité rigidní vzorce chování, myšlení a emocí, které se vytvořily v průběhu života a jedinec je používá, i když nejsou účinné. Nemocní nemají náhled na fakt, že jsou i jiné možnosti chování a myšlení a že mají volbu změny. To pak vede k častým konfliktům s okolím, ve vztazích, rodině i práci. Tyto poruchy vznikají na základě genetiky, rodinného prostředí a různých traumat (Suchomel, 2019). Do této kategorie poruch patří například Paranoidní porucha osobnosti, která je charakterizována trvale přítomnou nedůvěrou vůči druhým lidem, nepřátelským interpersonálním stylem, emočním chladem, přecitlivělostí na kritiku a odmítnutí, či rigidními maladadaptivními přesvědčeními o motivech druhých (Bernstein & Useda, 2007). Dále Schizoidní porucha osobnosti, která je charakterizovaná stahováním do sebe, nízkou mírou navazování vztahů s druhými lidmi, zaměřením na samotářské činnosti, emočním chladem. Tito lidé se nadměrně zabývají fantaziemi a svým vnitřním světem, jsou lhostejní ke chvále i kritice (Suchomel, 2021).

F70-F79 Mentální retardace

Mentální retardace je neurovývojová porucha charakterizovaná postižením v intelektuálních a adaptačních funkcích, které se poprvé projeví v dětství. Děti s mentálním postižením obvykle mají inteligenční kvocient (IQ) nižší než 70 a deficit v nejméně dvou adaptačních funkcích, které ovlivňují každodenní běžný život. Zahrnují intelektuální funkce uvažování, řešení problémů, plánování, abstraktní myšlení, úsudek, akademické učení a učení se zkušeností (APA, 2013).

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

Poruchy psychického vývoje zahrnují širokou škálu duševních problémů, které se objevují již v dětství a mohou ovlivnit různé oblasti života. Některé z nich se s věkem mohou zlepšit, ale jiné mohou přetrvávat i v dospělosti. Genetická predispozice hraje při jejich vzniku důležitou roli (NZIP, 2024).

F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

Tato skupina zahrnuje škálu poruch chování a emocí, které se obvykle projevují v dětství a adolescenci. Tyto poruchy mohou zahrnovat poruchy hyperkinetické (hyperaktivní) a pozornostní, poruchy chování a emoční regulace, tiky a poruchy příjmu potravy, mezi dalšími. Charakterizují se narušenou schopností kontrolovat impulzy, emoční nestabilitou, obtížemi ve sociálních interakci a adaptaci a problémy s pozorností a soustředěním (ÚZIS ČR, 2022).

Diagnózy jednotlivých duševních poruch se stanovují pomocí různých metod, jako jsou psychometrické testy, pozorování a dotazování. Při určování diagnózy by měly být zohledněny sociální normy, kulturní a náboženská přesvědčení (APA, 2013). Nejčastěji diagnostikované psychiatrické poruchy byly v roce 2020 poruchy nálady (deprese, smíšená úzkostlivě depresivní porucha), Alzheimerova nemoc, kategorie vážných psychických onemocnění (schizofrenie aj.) a vaskulární demence (NZIP, 2024). Diagnostiku duševních poruch určují profesionálové v oblasti duševního zdraví jako je klinický psycholog, psychiatr, psychiatrická sestra nebo klinický sociální pracovník (APA, 2013). Mnoho duševních poruch lze účinně léčit za relativně nízké náklady, avšak zdravotnické systémy zůstávají značně nedostatečně financovány a mezery v léčbě jsou široce rozšířeny po celém světě. Péče o duševní zdraví je často nedostatečně kvalitní. Lidé s duševním onemocněním zažívají stigmatizaci, diskriminaci a porušování lidských práv. Duševní poruchy mohou způsobit obtíže ve všech oblastech života, včetně vztahů s rodinou, přáteli a komunitou. Mohou vyplývat z problémů ve škole a práci nebo k nim naopak vést (WHO, 2024). Jednou z disciplín, která má za cíl podporovat lidi s duševními poruchami je sociální práce.

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální práce je dle Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW, 2014) definována následovně:

Sociální práce je na praxi založená profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost a zplnomocňování lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, společenské zodpovědnosti a respektu k rozmanitosti. Sociální práce podporuje lidi a jejich okolí v řešení těžkých životních situací a výzev, aby se zvyšovala jejich životní pohoda. Opírá se přitom o teorie sociální práce, společenských a humanitních věd a o vlastní znalosti.

Základní složkou sociální práce jsou sociální služby. Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se sociální službou rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Pro lidi s duševními onemocněním jsou k dispozici různé druhy sociálních služeb, které poskytují podporu a péči v různých oblastech jejich života. Tyto sociální služby zahrnují poradenské služby, sociální rehabilitaci, podporu samostatného bydlení, podporu v hledání a udržování zaměstnání, krizovou intervenci, individuální a skupinovou terapii, které jsou klientům nabízeny dle jejich situace.

Hodnocení situace klienta a jeho potřeb se stalo požadavkem, bez kterého si dnes nelze kvalitní sociální služby představit. Matoušek (2010) uvádí několik základních rámců hodnocení klienta:

- Popis osobnostního vývoje klienta, hledání příčin sociálního selhávání
- Popis obecné charakteristiky klienta (sociální dovednosti, duševní zdraví, rozumové schopnosti)
- Popis stupně postižení (např. stanovení nároku na dávky)
- Porovnání aktuálních potřeb klienta s dostupnými zdroji jejich naplnění
- Definování problémového systému a kroky vedoucí k řešení
- Definování žádoucích dovedností klienta
- Popis silných stránek klienta a zmapování jeho zdrojů

Dle Faltysové (2017) je klíčovým prvkem sociální práce, který pomáhá získat komplexní pohled na situaci klienta v oblasti materiálního a sociálního zajištění, stejně jako na jeho aktuální emoční a kognitivní stav je sociální šetření. Jedná se o metodu sociální práce, realizované za účelem seznámení se s přirozeným prostředím člověka a získání informací o životní a sociální situaci za účelem jejího posouzení. Tento proces představuje jeden z prvních kroků v práci sociálního pracovníka. Během sociálního šetření sociální pracovník buduje s klientem důvěrný vztah, který je založen na vzájemném respektu a porozumění. Sociální pracovník respektuje individuální potřeby každého klienta a aktivně podporuje jeho cestu k uzdravení a sociální integraci.

Práce s lidmi s duševními onemocněními má určitá specifika. Moderní přístup v sociální práci s lidmi s duševními problémy využívá případové vedení. Tento model se zaměřuje na posílení sociální sítě a podporu komunity klienta, zejména jeho rodiny a blízkých osob (Matoušek et al., 2010). Doména sociální práce v oblasti duševního zdraví se obecně týká sociálního kontextu a sociálních důsledků duševních onemocnění. Praktická činnost odborníků v této oblasti má za cíl podporu zotavení, obnovení osobního, rodinného a komunitního blaha, prosazení principů sociální spravedlnosti, posílení rozvoje a kontroly lidí nad svým životem. Praxe sociální práce v oblasti duševního zdraví probíhá na rozhraní mezi člověkem a jeho prostředím: sociální práce začíná u jednotlivce a rozšiřuje se na kontexty rodiny, sociálních sítí, komunity a širší společnosti (Bland et al., 2021).

Dle Probstové a Pěče (2014) je sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví součástí intervencí, které mohou mít různé cíle a rozsah. Výzvou při práci s lidmi s duševními onemocněními je, jak zdůrazňuje Matoušek (2010), stigma spojené s těmito onemocněními a s ním související diskriminace, která se projevuje nejen ve společnosti jako celku, ale i v interakcích v rámci místních komunit. Toto stigma postihuje nejen samotné pacienty, ale i profesionály, kteří s nimi pracují a jejich rodiny. Savenje (2009) zdůrazňuje, že rodinám lidí s duševními onemocněními často chybí potřebné znalosti o povaze a průběhu těchto onemocnění, což je často přivádí do krizových situací. Je klíčové, aby tyto rodiny získaly od sociálních pracovníků dostatečné informace o onemocnění, jeho dopadech a dostupných sociálních službách.

Matoušek (2010) upozorňuje na jednu z klíčových potřeb klientů s duševním onemocněním, a to bydlení. Koncept podpory bydlení v běžném prostředí se zakládá na přiblížení klienta k normálním životním podmínkám. Proto je důležité, aby se nácvik dovedností konal v přirozeném prostředí klienta, kde se cítí bezpečně, a aby byl spojen s vytvářením sociální sítě kolem klienta. Efektivita této sociální rehabilitace závisí na vztahu mezi pracovníkem a klientem, kontinuitě péče, individualizaci podpory a flexibilitě, která se přizpůsobuje aktuálnímu zdravotnímu stavu klienta. Duševní nemoci také snižují šance na uplatnění se na pracovním trhu. Proto je důležité, aby pracovní rehabilitace pomohla klientovi obnovit, udržet a rozšířit jeho pracovní schopnosti. Zaměstnání může klientovi přinést finanční stabilitu a posílit jeho sebedůvěru, sebehodnocení a sociální vazby (Marková et al., 2006). Další specifickou potřebou, na kterou upozorňuje Matoušek (2010) je naplnění volného času. Duševně nemocní mohou narazit na různé překážky při plnění této potřeby. Mezi bariéry patří symptomy duševní nemoci, vedlejší účinky léků, nízká sebedůvěra či nedostatek dovedností. V důsledku toho mohou být lidé s duševním onemocněním často izolováni, mohou mít vytvořenou malou sociální síť a jejich potřeba vyplnění volného času může zůstat nenaplněná, což poskytuje příležitost pro intervenci sociálních pracovníků.

Dle Mahrové a Venglářové (2008) by základním úkolem sociálního pracovníka mělo být přivést klienta do uceleného systému služeb a pomoci mu zvolit služby, které jsou pro něj a případně jeho rodinu vhodné, tímto systémem ho provázet a poté s ním

spolupracovat v konkrétních postupech a činnostech sociální práce. Dále upozorňují na hlavní problém dlouhodobého psychiatrického onemocnění, který spočívá v nutnosti pokrýt množství potřeb klienta. Tyto potřeby jsou různé a souvisí s mnoha jednotlivými odbornostmi. Účinný způsob je součinná a provázaná spolupráce mnoha odborníků, což je podstatou multidisciplinární péče.

Multidisciplinární přístup musí dle Psychiatrické společnosti ČLS JEP (2017) probíhat na třech základních úrovních, a to koordinace a spolupráce různých profesí v rámci jednoho týmu, koordinace a spolupráce napříč jednotlivými službami a koordinace a spolupráce v rámci komunity. Mahrová a Venglářová (2008) upozorňují na mnoho aspektů, které ovlivňují konkrétní podobu multidisciplinární práce. Za zásadní považují ochotu spolupracovat, respekt k jiným názorům a důvěru v jiné odborníky. Management zařízení musí mít také důvěru a respekt ke svému týmu. Měl by tým podporovat, investovat do jeho soudržnosti a pravidelně vyhodnocovat kvalitu péče. Barcaccia (2013) také zdůrazňuje potřebnost multidisciplinárních odborných týmů, které se mohou komplexně věnovat nejen fyzickému zdraví, ale i psychosociálním potřebám člověka. Rozšíření multidisciplinárních přístupů je jedním ze základů strategie reformy psychiatrické péče v ČR.

Reforma psychiatrické péče

Reforma v oblasti psychiatrické péče představuje systematickou změnu poskytování péče o duševní zdraví, která směřuje ke zlepšení její kvality a účinnosti. Hlavním cílem této reformy je zlepšení kvality života lidí s duševními onemocněními a snížení stigmatizace, se kterou se v životě setkávají (MZČR, 2020).

Dle Psychiatrické společnosti ČLS JEP (2017) je reforma psychiatrické péče nezbytná, protože od počátku 90. let 20. století nedošlo v České republice k žádným zásadním systémovým inovacím v této oblasti. Současný model péče nepodporuje dostatečně pacienty v jejich domácím prostředí a nezajišťuje spolupráci mezi různými poskytovateli péče o duševní zdraví. Psychiatrická péče se potýká s dlouhodobým nedostatkem financí a stávající systém je založený na zastaralém konceptu psychiatrických nemocnic. Základní změnou v oblasti péče o lidi s duševním onemocněním je implementace systematického poskytování propojené a koordinované péče zaměřené na podporu procesu zotavení. Každý kraj by měl mít definovanou regionální síť služeb pro lidi s duševním onemocněním a snažit se dosáhnout ideální podoby této sítě. Tato nově vytvořená síť péče zahrnuje škálu zdravotních a sociálních služeb, včetně podpory v oblasti bydlení, zaměstnání a vzdělávání. Dalším cílem je využití kapacit psychiatrických nemocnic k podpoře rozvoje alternativních forem péče o duševně nemocné a začlenění nemocnic do rozvoje nelůžkové péče. Dochází k významnému rozšíření komunitní péče a zavedení nových typů služeb, jako je ambulantní péče s rozšířenými službami a centra duševního zdraví.

Centra duševního zdraví

Centrum duševního zdraví (CDZ) je nový nízkoprahový pilíř, jehož ústředním nástrojem jsou multidisciplinární týmy. Centra duševního zdraví slouží jako spojovací článek mezi primární (včetně ambulantní psychiatrické péče) a lůžkovou péčí, včetně akutních i specializovaných oddělení. Jeho hlavním úkolem je prevence hospitalizací, zkrácení délky hospitalizace a pomoc lidem, kteří dlouhodobě pobývali v nemocnici s reintegrací do běžné komunity (Dudová, 2018).

Do roku 2023 vzniklo 29 CDZ pro lidi se závažným duševním onemocněním, další CDZ pro děti a adolescenty (3), seniory (1), lidi s adiktologickým problémem (3) a pro lidi s nařízeným ochranným léčením (2). Vznikly standardy pro tento nový efektivní druh služby, byla nastavena legislativa i systém financování. Do roku 2030 by pak mělo existovat 100 CDZ pro osoby se závažným duševním onemocněním a desítky dalších pro ostatní cílové skupiny (MZČR, 2023). V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby. Veškerá činnost se řídí právními předpisy, zejména zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, a zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Týmy center duševního zdraví poskytují ambulantní i terénní služby lidem se závažným duševním onemocněním z okruhu psychóz, poruch nálad, poruch osobnosti či duální diagnózou. Spolupráce s nimi je dobrovolná a služby jsou poskytovány zdarma. Každý klient má svého klíčového pracovníka, se kterým plánují péči a zapojení dalších spolupracovníků (case management). V centrech duševního zdraví se pracuje s několika základními principy zotavení:

1. Víme, že duševním onemocněním může onemocnět kdokoli.
2. Věříme, že z duševního onemocnění se dá zotavit.
3. Vnímáme každého člověka především jako jedinečného a rovnocenného partnera.
4. Klíčovou hodnotou naší práce je naděje, že se věci mohou posouvat k lepšímu. (CDZ9, 2024)

Na začátku možné spolupráce s klientem jsou pečlivě zkoumány potřeby, aktuální situace a přání každého jednotlivce. Forma poskytnuté podpory se po zmapování individuálně přizpůsobuje potřebám klienta. Podle potřeb a přání klienta se spolupracuje s dalšími odborníky jako jsou ambulantní psychiatři, pracovníci sociálních služeb a další. Setkání s klienty mohou probíhat v jejich domovech, na pracovišti CDZ, v nemocnici nebo jinde. Při zhoršení příznaků nemoci či odmítání péče ze strany klientů se postupuje s empatií a citlivostí (CDZ8, 2024). Centra duševního zdraví nabízí konkrétní pomoc ve formě: sociální poradenství, sledování celkového zdravotního stavu klienta, podpora při aktivizaci a zapojení do běžného života, podpora při užívání

medikace, práce s rodinou a blízkými, pomoc při hájení práv, krizová intervence, psychologická pomoc a zprostředkování psychiatrické péče. Vzhledem k relativně nové formě poskytování podpory z center duševních zdraví je důležité průběžně sledovat výsledky léčby a splnění předpokládaných očekávání.

Hodnocením splnění očekávání uživatelů a jejich rodinných příslušníků v centrech duševního zdraví se zabývala studie se dvěma sběry dat. Sběry probíhaly v osmi centrech duševního zdraví. Výzkumníci zkoumali obě skupiny respondentů - jak klienty center duševního zdraví, tak jejich rodinné příslušníky. Výsledky studie ukazují, že v některých případech poskytované služby předčily očekávání uživatelů. Například se podařilo snížit počet hospitalizací nebo úspěšně zvládnout akutní stavy v ambulantní formě. Rodinní příslušníci hovořili o nadstandardní a individualizované pomoci, která je poskytována nemocnému členovi rodiny v situacích, kdy rodinná podpora nestačí, ale není nutná hospitalizace (MZČR, 2022). Celkově lze říci, že centra duševního zdraví plní cíle reformy psychiatrické péče a poskytují přístup k důležitým zdravotním a sociálním službám, které pomáhají lidem lépe zvládat svá onemocnění, dosahovat vyšší úrovně životní spokojenosti a mohou hrát klíčovou roli při zlepšování kvality jejich života.

Kvalita života

Kvalitu života definuje Světová zdravotnická organizace jako „individuální vnímání svého postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (WHO, 2020).

Dle Barcaccia (2013) výzkumníci často neusilují ani o definování konceptu kvality života, ale používají ho spíše jako indikátor. Do centra zkoumání kvality života patří:

- Životní spokojenost, která je však subjektivní a může se rychle měnit.
- Vícefaktorové aspekty, které zahrnují vše od fyzického zdraví, duševního stavu, úrovně nezávislosti, rodinných vztahů, vzdělání, bohatství, náboženských přesvědčení, pocitu optimismu, dostupných služeb a dopravy, zaměstnání, sociálních vztahů, bydlení a životního prostředí.
- Kulturní perspektivy, hodnoty, osobní očekávání a cíle toho, co od života chceme.
- Přítomnost fyzického, duševního a sociálního blaha.
- Subjektivní interpretace faktů a událostí, přijetí současného stavu, schopnost regulovat negativní myšlenky a emoce.

Kvalita života lidí s duševním onemocněním

Duševní onemocnění významně snižuje kvalitu života a představuje společenský problém. Jejich prevalence stoupá a běžně dostupná léčba je mnohdy neúčinná, nebo jen v omezené míře. Connell (2012) považuje za klíčová témata týkající se kvality života jedinců s duševními problémy kontrolu, autonomii, sebepojetí, pocit přináležetosti,

aktivitu, pocit naděje a beznaděj. Dále zdůrazňuje důležitost porozumění souvislostem mezi minulými zkušenostmi a subjektivní perspektivou lidí s duševní poruchou ke zlepšení kvality života. Faktory jako strach, úzkost, fyzické zdraví, sebepojetí a sociální integrace se také významně podílí na jejím určování. Pro zlepšení kvality života je důležité uspokojení základních životních potřeb, dobré vztahy s rodinou a přáteli, pocit podpory a participace ve společnosti (Williams et al., 2015). Tyto aspekty života mohou být často u lidí s duševním onemocněním nedostatečně naplňovány. V minulosti byl kladen důraz především na mírnění symptomů nemoci a volby vhodné medikace. Posun pozornosti od přístupu založeného na redukci symptomů (např. léčba deprese) k univerzálnější strategii by mohl vést k prospěchu (Kočárová a Preiss, 2020). V souvislosti s reformou psychiatrické péče je k dispozici základní strategie.

Základní referenční rámec pro strategii reformy psychiatrické péče je koncept kvality života. Na evropské úrovni se koncept kvality života rozvíjí prostřednictvím Evropské nadace pro zlepšování životních a pracovních podmínek, zatímco v českém kontextu se na jeho rozvoji podílí Centrum pro sociální a ekonomické strategie FSV UK. Tento koncept definuje kvalitu života jako celkovou úroveň blaha jednotlivců v dané společnosti, zahrnující 12 klíčových oblastí: zdraví a zdravotní péče, zaměstnání a pracovní podmínky, ekonomické zdroje, vzdělání a vědění, rodiny a domácnosti, život v komunitě a sociální participace, bydlení, místní životní prostředí, doprava, bezpečnost a kriminalita, rekreace a volnočasové aktivity, kultura a identita, lidská práva a politické zdroje. Tento koncept kvality života lze využít jako základní měřítko pro hodnocení současné situace v oblasti psychiatrické péče a také jako pomocné hodnotící kritérium během provádění nebo po dokončení reformy. Musíme si však být vědomi, že je nutné tento koncept aplikovat citlivě a obezřetně, přičemž některé domény budou mít větší důležitost než jiné z objektivních důvodů. Větší pozornost bude věnována oblasti zdraví a zdravotní péče, avšak důležité je brát v úvahu další kontexty, jako je zaměstnanost, bydlení, sociální vztahy a stereotypy ve společnosti, včetně stigmatizace a dalších faktorů (MZČR, 2020). Tato studie se zaměřuje právě na zkoumání kvality života u duševně nemocných v centrech duševního zdraví a teoretický rámec vychází z několika předešlých zjištění.

Zkoumání kvality života dané populace lidí s duševním onemocněním je strategií, která umožňuje rozšířit porozumění problémům, které pacienti zažívají a nalézt efektivní intervenci pro zlepšení kvality jejich života. Tyto informace lze využít také k identifikaci pacientů s možným vyšším rizikem problémů a k zahájení včasné intervence, přispívající k podpoře jejich zdraví. Některé studie naznačují, že výsledek z měření kvality života u pacientů s duševními poruchami je indikátorem péče, kterou dostávají, a toto téma by mělo být bráno v úvahu při hodnocení a plánování péče (Oliveira et al., 2015).

Desalegn et al. (2020) se ve svém výzkumu se zaměřili na hodnocení kvality života lidí se schizofrenií a zkoumali její souvislost s psychiatrickými symptomy a sociodemografickými faktory. U těchto participantů byly díky duševnímu onemocnění

nejvíce zasaženou oblastí jejich života sociální vztahy. Faktory jako manželství, úroveň vzdělání, věk a venkovské bydliště kvalitu života ovlivňovaly. Pozitivní i negativní psychiatrické symptomy a obecná psychopatologie byly spojeny s celkovou nižší kvalitou života. Studie zdůraznila nutnost řešení sociálních deficitů a psychiatrických symptomů pro zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním.

Bonskasen (2012) ve své studii zkoumal rozdíly v kvalitě života mezi pohlavími a výsledkem byla vyšší kvalita života u mužů. Upozorňuje však na možnou souvislost mezi vnímanou kvalitou života a depresí, která u žen bývá častěji a mohla souviset s jejich subjektivním hodnocením. Výsledky z výzkumu Xiang et al. (2010) ukázaly také vyšší kvalitu života u mužů v doméně fyzického zdraví. Oproti tomu souvislost mezi kvalitou života a pohlavím lidí s duševním onemocněním nebyla dle několika studií zjištěna (Bechdorf et al., 2003; Priebe et al., 2010). Mercier et al. (1998) také neprokázali rozdíly v kvalitě života mezi muži a ženami, ale studie přinesla zjištění, že lidé ve vyšším věku byly se svým životem více spokojeni. Pozdější výzkumy zaměřující se na rozdíly v kvalitě života mezi věkovými skupinami mají však odlišné výsledky. Ramaprasad (2015) uvádí, že starší věkové skupiny mají oproti mladším nižší kvalitu života, ale dle Popovic (2011) je souvislost s věkem lidí a kvalitou jejich života malá.

Řada výzkumů se věnuje souvislostem mezi duševním onemocněním, kvalitou života a navštěvováním různých sociálních či zdravotnických institucí. Dle studie Elisabeth et al. (2017), která byla zaměřena na faktory ovlivňující kvalitu života lidí s psychiatrickou diagnózou, výsledky tohoto výzkumu neukázaly žádný rozdíl v kvalitě života mezi skupinami lidí s psychiatrickou diagnózou, kteří navštěvují komunitní denní centra a lidmi s psychiatrickou diagnózou, kteří centra nenavštěvují. Avšak tvrdí, že při zvýšení sebeovládání a motivace, a to jak obecné (k navštěvování denních center), tak stanovování jasných cílů při aktivitách v denních centrech se může u lidí s psychiatrickým onemocněním jejich kvalita života zvýšit. V předurčování kvality života u této populace hrají významnou roli faktory jako je sebeovládání, motivace, zapojení do pracovních aktivit, sociální interakce a přizpůsobování se komunitě. Autoři zdůrazňují důležitost intervencí zaměřených na tyto faktory ke zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním.

Lidé s duševním onemocněním mají dle výzkumů obecně nižší kvalitu života ve srovnání s celkovou populací. Stále vzrůstá zájem o transformaci kvality života na kvantitativní měřítko. Za tímto účelem bylo doporučeno měřit kvalitu života skrze vnímání pacienta (Oliveira et al., 2015). Multidisciplinární přístup péče v centrech duševního zdraví se zaměřuje na zvyšování kvality života klientů. Cíl této práce je zjistit, jaká je kvalita života lidí, kteří využívají služby center duševního zdraví v porovnání s běžnou populací, zdali kvalita jejich života souvisí s délkou navštěvování CDZ. Pozornost bude věnována i možné rozdílnosti v kvalitě života mezi muži a ženami a odlišnostem mezi věkovými skupinami.

Výzkumné otázky

hlavní VO

HVO: Jaká je kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví?

vedlejší VO

VO1: Jak se liší kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví proti běžné populaci?

VO2: Jaká je souvislost mezi pohlavím a kvalitou života lidí s duševním onemocněním, kteří navštěvují centra duševního zdraví?

VO3: Jak souvisí délka navštěvování center duševního zdraví s kvalitou života lidí s duševním onemocněním?

Hypotézy

H1: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Fyzické zdraví nižší než kvalita života u běžné populace.

H2: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Psychické zdraví nižší než kvalita života u běžné populace.

H3: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Sociální vztahy nižší než kvalita života u běžné populace.

H4: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Prostředí nižší než kvalita života u běžné populace.

H5: Celková kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je nižší než kvalita života u běžné populace.

H6: Celkový zdravotní stav je u lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví nižší než u běžné populace.

H7: Kvalita života se u respondentů v jednotlivých doménách liší dle pohlaví.

H8: Se vzrůstající délkou navštěvování center duševního zdraví vzrůstá celková kvalita života lidí s duševním onemocněním.

Metoda

Výzkum byl proveden kvantitativní metodou pomocí dotazníků. Kvantitativní výzkum je výzkumná strategie zaměřená na kvantifikaci sběru a analýzy dat. Vychází z deduktivního přístupu, který se zaměřuje na testování teorie a potvrzování či odmítnutí hypotéz (Bryman, 2012). Data byla sbírána pomocí dotazníku WHOQOL-BREF, využívaného k měření kvality života lidí s duševním onemocněním.

Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří 51 respondentů (23 žen a 28 mužů) s duševním onemocněním, kteří pravidelně navštěvují centra duševního zdraví. Věkové složení participantů je 19 až 65 let. Doba, po kterou participanté navštěvují centra duševního zdraví se pohybuje mezi 3 měsíci a 8 lety.

Výzkumný postup

Participanty jsem oslovovala prostřednictvím center duševního zdraví. Seznam CDZ a multidisciplinárních týmů jsem čerpala z webových stránek Ministerstva zdravotnictví. Z tohoto seznamu jsem vyčlenila služby, které neodpovídaly principu CDZ a CDZ, které jsou určené pro děti, mladistvé a seniory a obrátila jsem se celkem na 27 CDZ. Vedoucím CDZ jsem rozeslala dotazníky spolu s informacemi o účelu výzkumu, anonymizaci dat a dobrovolnosti zapojení. Požádala jsem je o přeposlání kolegům a vyplnění dotazníků s jejich klienty s duševním onemocněním, kteří CDZ pravidelně navštěvují. Žádný z participantů se také neměl nacházet v psychóze, být pod vlivem drog či v akutní fázi svého onemocnění. Vzhledem k velkému vytížení pracovníků CDZ jsem nechala na jejich rozhodnutí, komu a kolika lidem dají dotazníky k vyplnění.

Měřicí nástroj - WHOQOL-BREF

WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – BREF) je zkrácená verze dotazníku vyvinutého Světovou zdravotnickou organizací (WHO) k posouzení kvality života. Tento obecný nástroj pro měření kvality života je standardizovaný, mezikulturní a je k dispozici v mnoha jazycích. WHOQOL-BREF má přijatelnou reliabilitu a validitu k měření kvality života u pacientů s duševním onemocněním (Kar et al., 2017). Umožňuje mezinárodní nebo regionální srovnání nebo srovnání skupin s různými sociodemografickými charakteristikami. Dotazník WHOQOL-BREF je určený k samostatnému vyplnění respondentem (v případě potřeby formou rozhovoru). Doba potřebná k vyplnění WHOQOL-BREF je přibližně 5 minut (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Dotazník obsahuje celkem 24 položek, které jsou rozděleny do čtyř domén: fyzické zdraví, psychické zdraví, sociální vztahy a prostředí (viz.tab.1). Dvě samostatné položky posuzují celkovou kvalitu života a zdravotní stav (celkem 26 položek). Každá položka je formulována jako výrok a respondent určuje, do jaké míry s ním na určité stupnici souhlasí.

Tabulka 1*WHOQOL-BREF domény*

Domény	Facety
1. Fyzické zdraví	Každodenní činnosti (q17) Závislost na lékařské péči (q4) Energie a únava (q10) Pohyblivost (q15) Bolest a nepříjemné pocity (q3) Spánek a odpočinek (q16) Pracovní výkonnost (q18)
2. Psychické zdraví	Přijetí svého vzhledu (q11) Negativní pocity (q26) Potěšení ze života (q5) Sebevědomí (q19) Smysl života, spiritualita, víra (q6) Soustředění (q7)
3. Sociální vztahy	Osobní vztahy (q20) Sociální podpora přátel (q22) Sexuální život (q21)
4. Prostředí	Finanční situace (q12) Pocit bezpečí (q8) Dostupnost zdravotní a sociální péče (q24) Prostředí bydlení (q23) Příležitosti k získání nových informací (q13) Volnočasové aktivity (q14) Životní prostředí (q9) Doprava (q25)

Analýza dat

Výsledky dotazníku WHOQOL-BREF se vyjadřují jako doménové skóre, které představují průměrné hrubé skóre z příslušných položek včetně transformace na škálu od 4 do 20 a hodnoty odpovědí dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života (q1) a celkový zdravotní stav (q2). Rozpětí dvou samostatných položek se pohybuje mezi 1 a 5. Hrubé skóre jednotlivých domén je standardizovaná průměrná hodnota položek v každé doméně. Rozpětí hrubého skóre u domén se pohybuje mezi 4 a 20. Vyšší hodnota znamená lepší kvalitu života (Dragomirecká a Bartoňová, 2006).

Vzorce pro výpočet hrubého skóre:

D1 Fyzické zdraví (hrubé skóre) = (6-q3) + (6-q4) + q10 + q15 + q16 + q17 + q18

D2 Psychické zdraví (hrubé skóre) = q5 + q6 + q7 + q11 + q19 + (6-q26)

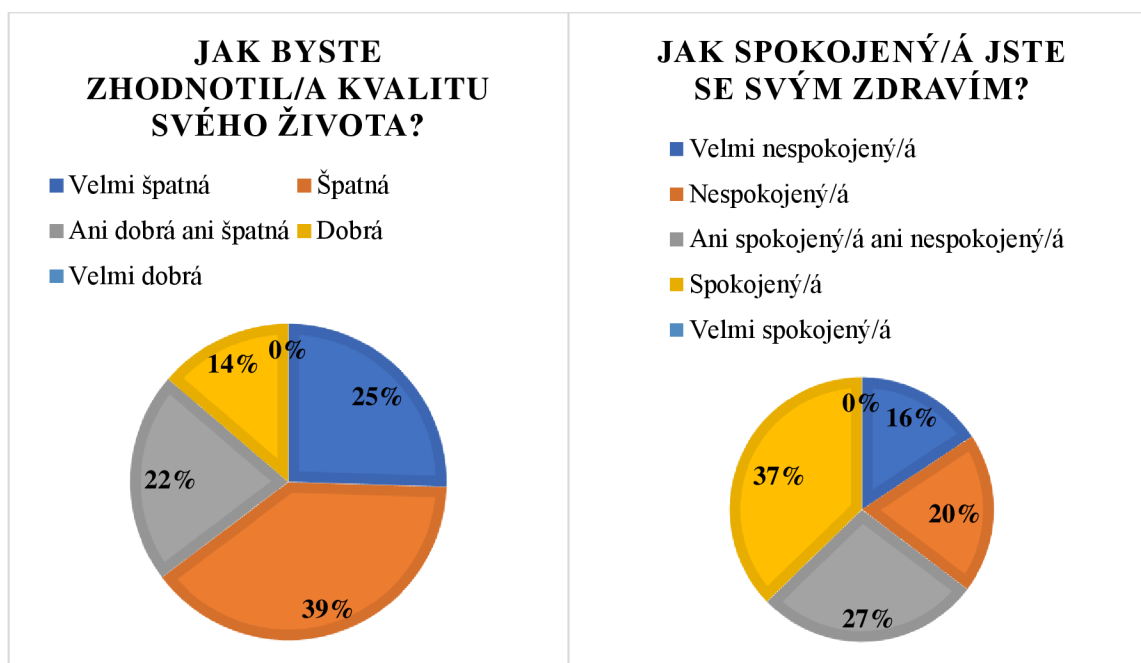
D3 Sociální vztahy (hrubé skóre) = q20 + q21 + q22

D4 Prostředí (hrubé skóre) = q8 + q9 + q12 + q13 + q14 + q23 + q24 + q25

Data z dotazníků jsem zaznamenávala do tabulky a zpracovávala s využitím počítačové aplikace Excel.

Výsledky

Samostatné položky



Graf 1

Otázka q1 – kvalita života

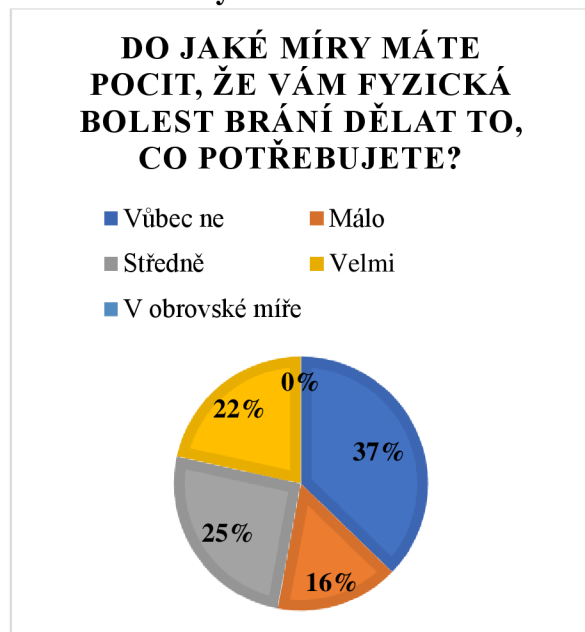
Graf 2

Otázka q2 – spokojenost se zdravím

První samostatná otázka se zabývala celkovým hodnocením kvality života (viz Graf 1). Nejvyšší počet účastníků, celkem 20 (39 %), označil svou kvalitu života za "špatnou". Druhé nejčastější hodnocení je "velmi špatná", které si vybralo 25 % (13 odpovědí). 22 % (11 lidí) hodnotí svou kvalitu života jako ani dobrou, ani špatnou. "Dobrou" kvalitu života označilo 14 % (7 účastníků), zatímco nikdo z respondentů neoznačil svou kvalitu života za "velmi dobrou".

Z výsledků druhé samostatné otázky (viz. Graf 2), která zahrnovala hodnocení celkové spokojenosti se zdravím, vyplývá, že největší část respondentů, konkrétně 37 % (19 osob), projevila spokojenost se svým zdravotním stavem. U 14 účastníků (27 %) nebylo zjištěno jednoznačné hodnocení, neboť se necítí ani spokojení, ani nespokojení. Dalších 10 respondentů (20 %) vyjádřilo nespokojenost se svým zdravím. Pouze 16 % (8 osob) se označilo jako "velmi nespokojených" a žádný z účastníků se nestavil jako "velmi spokojený".

Doména 1 – Fyzické zdraví



Graf 3

Otázka q3 – bolest a nepříjemné pocity

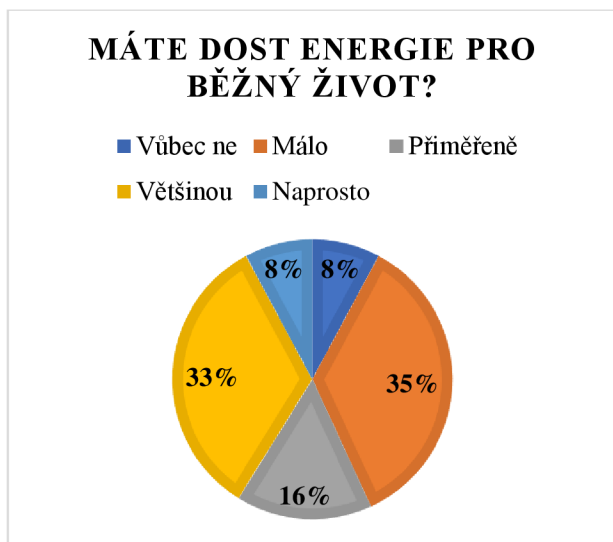
Většina respondentů (19 osob, tj. 37 %) uvádí, že fyzická bolest vůbec nebrání tomu, aby mohli dělat to, co potřebují (viz. Graf 3). Další část respondentů (13 osob, tj. 25 %) pociťuje, že fyzická bolest středně ovlivňuje jejich schopnost vykonávat potřebné činnosti. Nižšímu procentu respondentů 22 % (11 odpovědí) fyzická bolest velmi brání dělat to, co potřebují, přičemž 16 % (8 respondentů) hodnotí tento vliv jako malý. Žádný z respondentů neuvěd, že fyzická bolest brání dělat to, co potřebuje "v obrovské míře".



Graf 4

Otázka q4 – závislost na lékařské péči

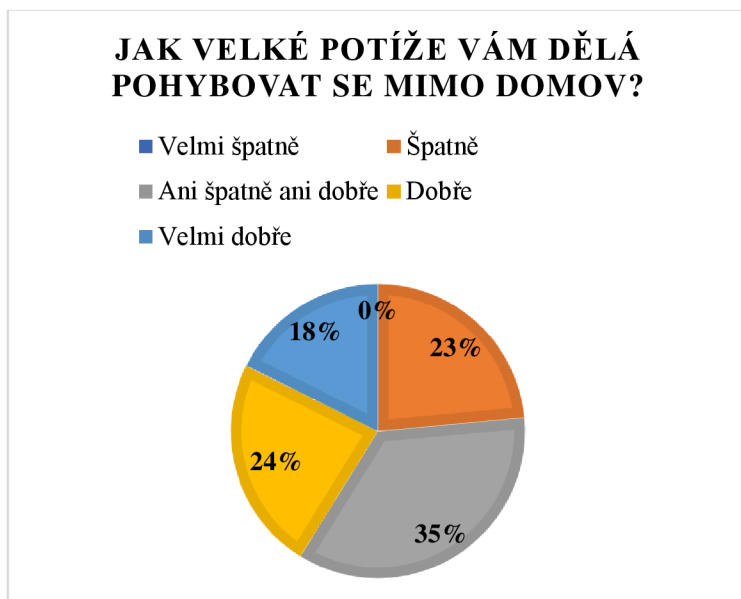
Z otázky ohledně nutnosti léčby pro každodenní fungování vyplývá, že většina respondentů 33 % (17 osob) potřebuje léčbu středně, aby fungovali v běžném životě (viz. Graf 4). Následuje skupina 12ti respondentů (23 %), kteří uvádějí, že potřebují léčbu málo. Podíl respondentů, kteří potřebují léčbu velmi, je přibližně stejný jako u těch, kteří potřebují léčbu málo (22 %). Menší procento respondentů 14 % (7 odpovědí) léčbu vůbec nepotřebují, a pouze malá část 4 respondentů (8 %) potřebuje léčbu v obrovské míře.



Graf 5

Otázka q10 – energie a únava

Další otázka z domény fyzického zdraví měla za úkol zjistit, zda mají participanti dostatek energie pro běžný život. Z výsledků vyplývá (viz. Graf 5), že nejčastější odpovědí (18 osob, tj. 35 %) je varianta "málo". Podobný počet respondentů (17) uvedl, že mají většinou dostatek energie a 16 % (8 osob) cítí přiměřenou energii pro běžný život. Procento 8 % participantů (4) má pocit naprosté energie a stejný počet (4 osob) energii pro život vůbec nemají.



Graf 6

Otázka q15 – pohyblivost

Otázka č. 15 (viz. Graf 6) se snažila zjistit, jak velké obtíže činí těmto osobám pohybovat se mimo jejich domov. Ve většině případů 35 % (18 odpovědí) bylo zjištěno, že se těmto lidem nepohybuje “ani dobře ani špatně” mimo své obydlí. Dále pak 24 % zaznamenaných odpovědí (12) uvádí, že se participantům pohybuje dobře mimo domov. Velmi těsná hranice s touto odpovědí byla v odpovědi “špatně” a to u 23 % případů. U nejmenšího počtu 9 osob (18 %) bylo odpovědí velmi dobrá pohyblivost mimo jejich domov a nikdo z participantů neuvedl, že by se mu mimo domov pohybovalo “velmi špatně”.



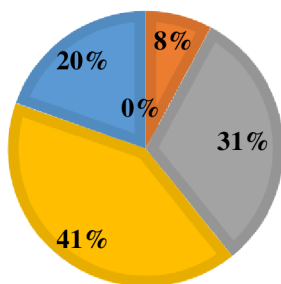
Graf 7

Otázka q16 – spánek

Výsledky otázky ohledně spokojenosti se spánkem ukázaly, že většina participantů je se svým spánkem velmi spokojená a spokojená. Nejčastější odpovědí (celkem 20) bylo “spokojený/á”, což odpovídá 39 %. Pro zhodnocení svého spánku jako “velmi spokojený/á” se rozhodlo 15 participantů (29 %). Další část (18 %, tj. 9 osob) se svým spánkem nebyla ani spokojena ani nespokojena a zbylých 7 participantů (14 %) uvedlo, že jsou se svým spánkem nespokojeni. Nikdo z respondentů se svým spánkem není velmi nespokojený.

**JAK SPOKOJENÝ/Á JSTE S TÍM,
JAK JSTE SCHOPEN/A
VYKONÁVAT KAŽDODENNÍ
AKTIVITY?**

- Velmi nespokojený/á
- Nespokojený/á
- Ani spokojený/á ani nespokojený/á
- Spokojený/á
- Velmi spokojený/á



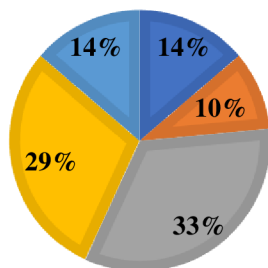
Graf 8

Otázka q17 – každodenní činnosti

Jen málo respondentů je nespokojených se svou schopností vykonávat každodenní aktivity (viz Graf 8). Pro tuto odpověď se rozhodlo 8 % (4 osoby) a žádný z participantů není velmi nespokojený. Většina lidí je spokojených (41 %, tj. 21 osob) a zhruba třetina 31 % (16 osob) není spokojených ani nespokojených. Velmi spokojených se svou schopností vykonávat každodenní aktivity je celkem 10 respondentů (20 %).

**JAK SPOKOJENÝ/Á JSTE SE
SVOU SCHOPNOSTÍ PRACOVAT?**

- Velmi nespokojený/á
- Nespokojený/á
- Ani spokojený/á ani nespokojený/á
- Spokojený/á
- Velmi spokojený/á

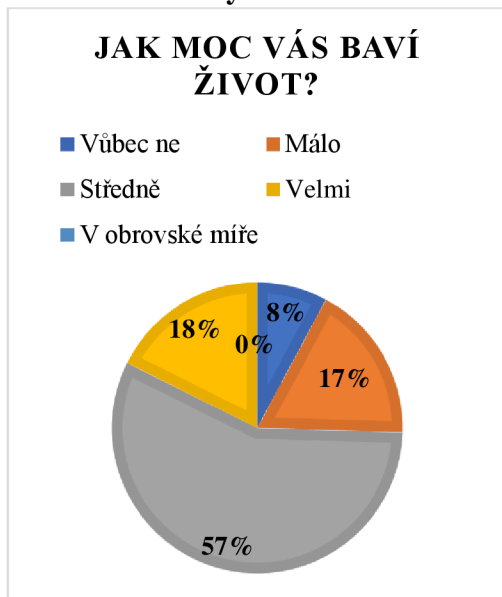


Graf 9

Otázka q18 – pracovní výkonnost

Poslední otázka z domény psychické zdraví měla za úkol zjistit, jak jsou participantů spokojeni se svou schopností pracovat (viz. Graf 9). Nejvyšší je počet 17ti osob (33%), kteří uvedli, že nejsou se svou schopností pracovat ani spokojeni, ale ani nespokojeni. S druhým nejvyšším počtem následuje odpověď “spokojen/a“, kterou zvolilo celkem 15 respondentů (29 %). Velmi spokojených i velmi nespokojených je se svou pracovní výkonností 7 osob (14 %). Zbýlých 5 participantů (10 %) uvedlo, že jsou nespokojeni se svou schopností pracovat.

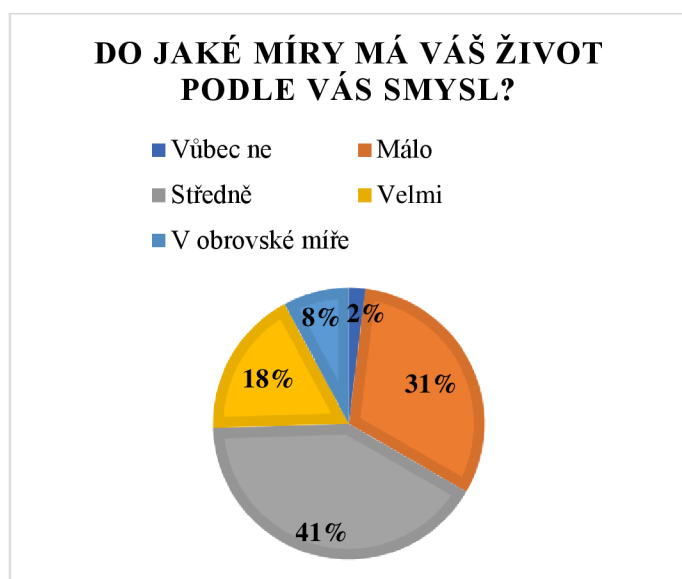
Doména 2 – Psychické zdraví



Graf 10

Otázka q5 – potěšení ze života

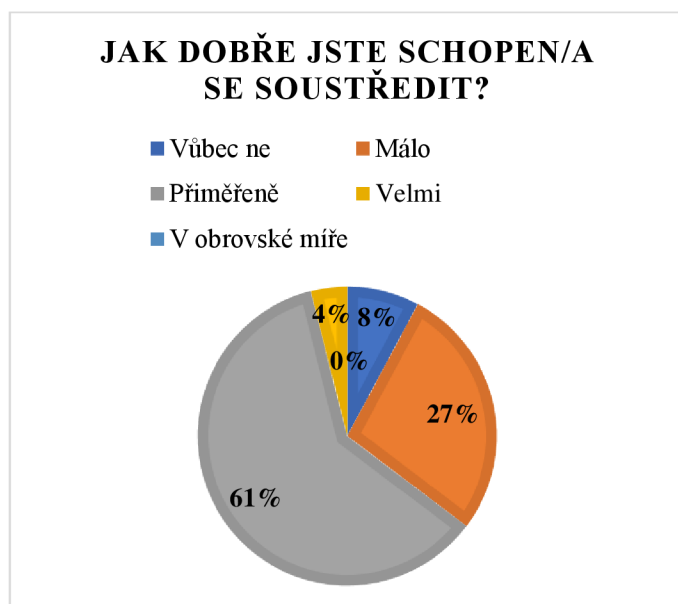
Výsledky odpovědí na otázku č.5 naznačují, že většina respondentů má střední až velmi pozitivní postoj ke svému životu (viz. Graf 10). Nejvíce respondentů (29 osob, tj. 57 %) uvedlo, že cítí střední potěšení ze svého života. Devět osob (17 %) vyjádřilo, že se životem málo baví, 18 % naopak život baví velmi a čtyři osoby uvedly, že je život vůbec nebaví. Žádný z respondentů neoznačil, že by zažíval obrovskou libost vůči svému životu.



Graf 11

Otázka q6 – smysl života

V otázce č. 6 jsme se snažili zjistit, jak respondenti vnímají smysl svého života. Na základě zaznamenaných odpovědí, které jsou zobrazeny v grafu č. 11, je patrné, že pro většinu respondentů, konkrétně 44 % z nich (21 osob), má jejich život střední smysl. Dále se zde objevuje kategorie odpovědí "málo", která činí 31 % (16 osob). Celkem 9 participantů se domnívá, že má jejich život smysl ve velké míře a 8 % (4 osoby) dokonce v obrovské. Pouze 2 % respondentů vyjádřilo úplnou nespokojenost se smyslem svého života.

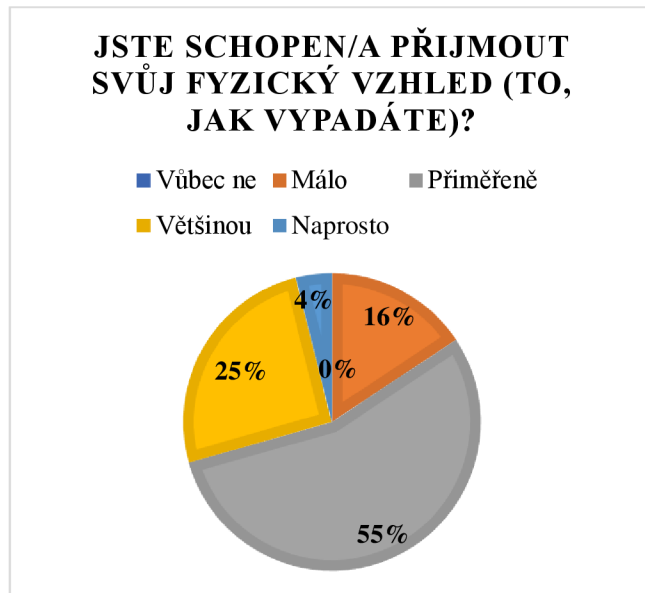


Graf 12

Otázka q7 – soustředění

Velká část respondentů je schopna se v životě přiměřeně soustředit. Odpovědělo tak celkem 31 osob (61 %) a dalších 27 % (14 osob) zvolilo možnost "málo" jako popis své

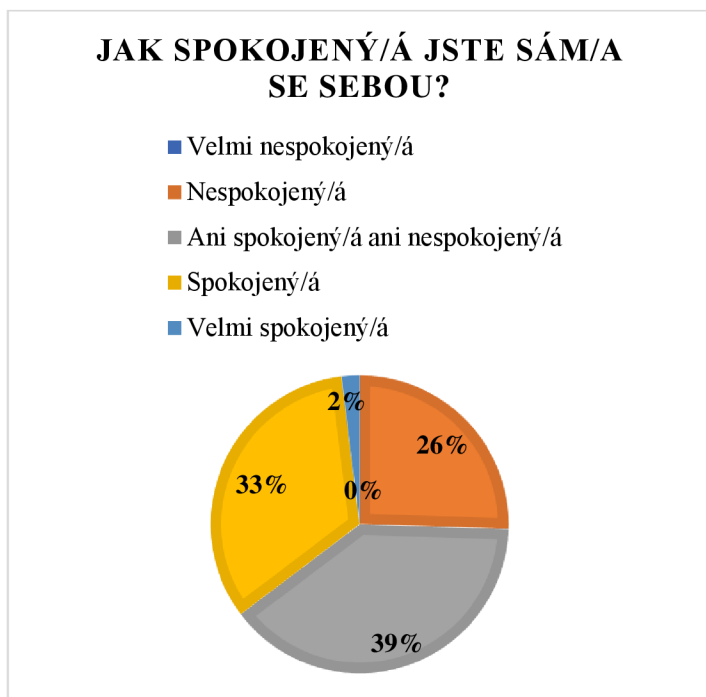
schopnosti soustředit se. Další kategorii "vůbec ne" uvedli 4 respondenti (8 %) a pro "velmi" se rozhodli pouze dva z nich (4 %). Nikdo z respondentů si nemyslí, že by měl obrovskou míru schopnosti soustředit se.



Graf 13

Otázka q11 – přijetí tělesného vzhledu

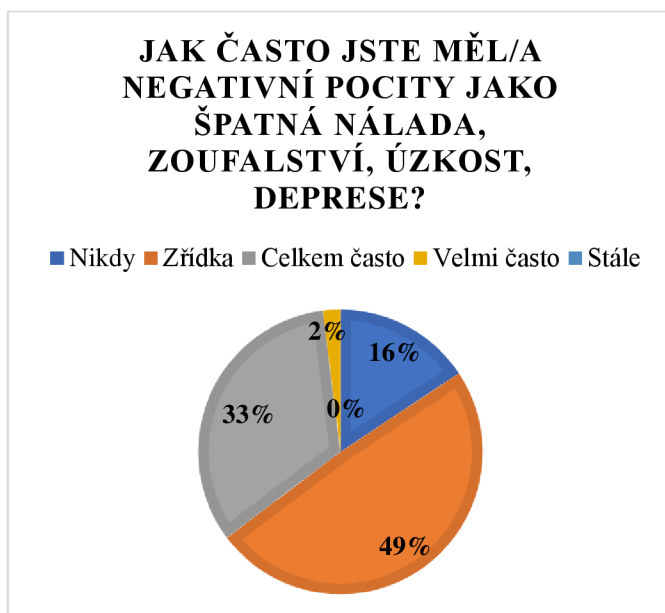
Na otázku č.11, která se týkala schopnosti přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte) odpovědělo nejvíce respondentů (55 % tj. 28 odpovědí) hodnocením "přiměřeně" (viz. Graf 13). Celkem 13 respondentů (25 %) se domnívá, že jsou většinou schopni přijmout svůj fyzický vzhled. Pro odpověď "málo" se rozhodlo 8 osob (16 %) a pouze 2 respondenti (4 %) uvedli, že jsou naprosto schopni přijmout to, jak fyzicky vypadají. Nikdo z participantů si nemyslí, že by nebyli vůbec schopni přijmout svůj fyzický vzhled.



Graf 14

Otázka q19 – spokojenost se sebou

Další otázka se týkala celkového hodnocení spokojenosti se sebou (viz. Graf 14). Nejvíce respondentů (39 % tj. 20 osob) uvedlo, že se se sebou necítí ani spokojeni, ale ani nespokojeni. Druhou nejčastější odpovědí (33 % tj. 17 osob) je varianta "spokojený/a" se sebou. Nespokojených je se sebou celkem 26 % (13 osob) a pro "velmi spokojený/a" se rozhodl 1 respondent (2 %). Variantu "velmi nespokojený/á" ne zvolil nikdo z participantů.

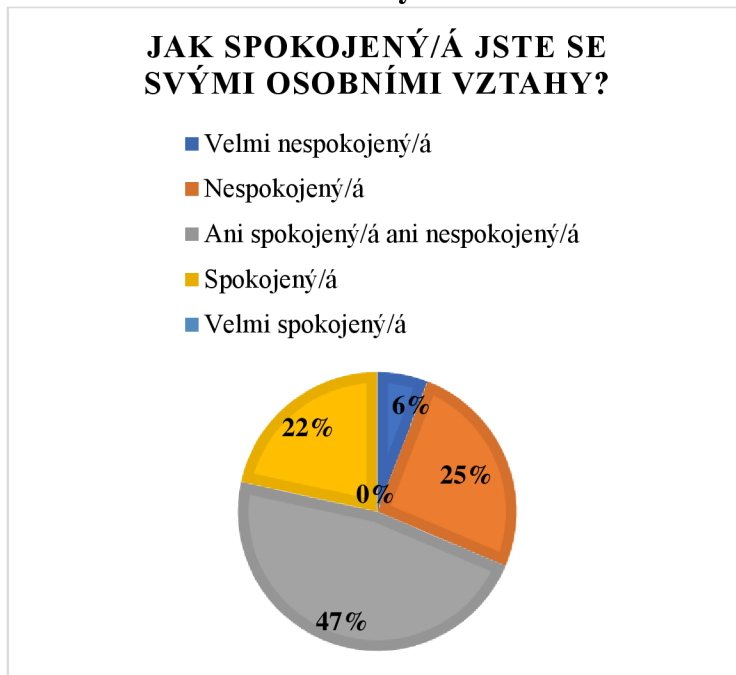


Graf 15

Otázka q26 – negativní pocity

Poslední otázka z domény Psychické zdraví zkoumala četnost negativních pocitů jako špatná nálada, zoufalství, úzkost a deprese. Z výsledků je zřejmé, že jen málo respondentů (2 % tj. 1 osoba) prožívalo tyto negativní pocity (viz. Graf 15). Nikdo z participantů nevedl, že by negativní pocity zažíval "stále". Nejčastější odpovědí na otázku je "zřídka", pro kterou se rozhodlo 25 (49 %) lidí. Celkem často mělo negativní pocity 33 % (17) osob. 8 participantů (16 %) nemělo negativní pocity vůbec.

Doména 3 – Sociální vztahy



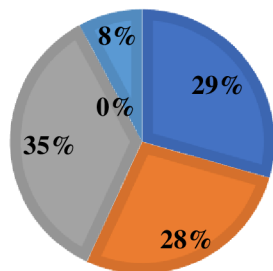
Graf 16

Otázka q20 – osobní vztahy

První otázka z domény Sociální vztahy se týkala spokojenosti se svými osobními vztahy. Z výsledků můžeme vidět (viz. Graf 16), že nejvíce respondentů (47 % tj. 24 odpovědí) není se svými osobními vztahy ani spokojených, ale ani nespokojených. Celkem 13 respondentů (25 %) uvedlo, že jsou se svými osobními vztahy nespokojení. Jako "spokojený/á" se svými osobními vztahy se cítí být 22 % (11 osob). Velmi nespokojené jsou 3 osoby (6 %) a nikdo z participantů není "velmi spokojený/á".

JAK SPOKOJENÝ/Á JSTE SE SVÝM SEXUÁLNÍM ŽIVOTEM?

- Velmi nespokojený/á
- Nespokojený/á
- Ani spokojený/á ani nespokojený/á
- Spokojený/á
- Velmi spokojený/á



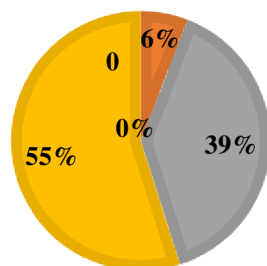
Graf 17

Otázka q21 – sexuální život

Na otázku č.21, která se týká spokojenosti se svým sexuálním životem odpovědělo nejvíce respondentů (35 % tj. 18 osob) možností "ani spokojený/á ani nespokojený/á" (viz. Graf 17). Velká část participantů (29 % tj. 15 osob) je se svým sexuálním životem velmi nespokojená a podobné procento lidí 28 % (14 odpovědí) je se svým sexuálním životem nespokojených. Nikdo z respondentů nevedl, že by se cítil se sexuálním životem spokojený, ale 4 lidé (8 %) jsou s ním velmi spokojení.

JAK SPOKOJENÝ/Á JSTE S PODPOROU, KTEROU VÁM POSKYTUJÍ VAŠI PŘÁTELÉ?

- Velmi nespokojený/á
- Nespokojený/á
- Ani spokojený/á ani nespokojený/á
- Spokojený/á
- Velmi spokojený/á

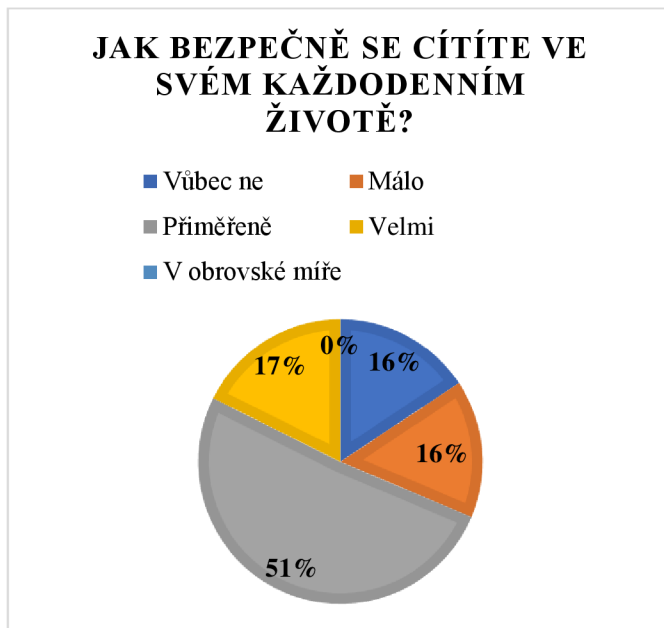


Graf 18

Otázka q22 – podpora přátel

Poslední otázka z domény Sociální vztahy zjišťovala hodnocení spokojenosti s poskytovanou podporou od přátel participantů (viz. Graf 18). Nejvíce respondentů (55 % tj. 28 osob) uvedlo kladné hodnocení "spokojený/á" s poskytovanou podporou. Značná část respondentů (39 % tj. 20 lidí) není s podporou od přátel ani spokojená, ale ani nespokojená. Celkem 3 osoby (6 %) označily, že jsou s poskytovanou podporou nespokojení. Krajní možnosti odpovědi "velmi nespokojený/á" a "velmi spokojený/á" nikdo z dotazovaných neuvedl.

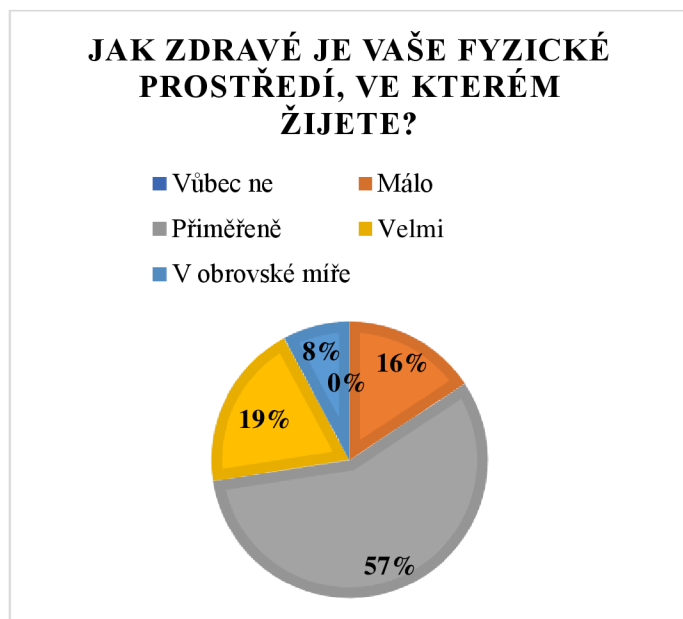
Doména 4 - Prostředí



Graf 19

Otázka q8 – osobní bezpečí

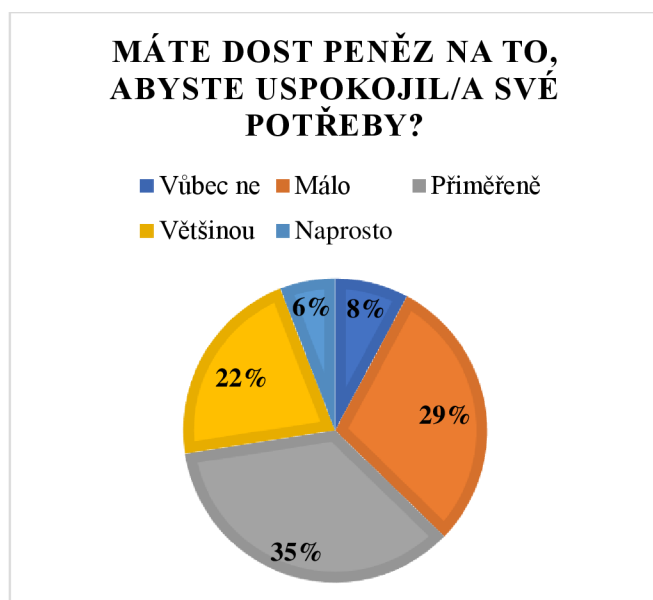
První otázka ze čtvrté domény Prostředí se týkala osobního bezpečí. Více než polovina participantů (51 % tj. 26 odpovědí) v otázce ohledně pocitu osobního bezpečí v běžném životě uvedla, že se cítí přiměřeně bezpečně (viz. Graf 19). Celkem 9 dotazovaných (17 %) má v běžném životě pocit velkého bezpečí. Pro možnost "vůbec ne" a "málo" se rozhodl stejný počet osmi lidí (16 % a 16 %). Nikdo z participantů nemá pocit, že by se cítil v obrovské míře v bezpečí.



Graf 20

Otázka q9 – životní prostředí

Na základě odpovědí na otázku týkající se zdraví fyzického prostředí (viz. Graf 20), ve kterém respondenti žijí, je nejčastěji zaznamenanou odpovědí varianta "přiměřeně", kterou zvolilo 29 respondentů, což představuje 57 % z celkového počtu. Pouze 8 respondentů (16 %) odpovědělo, že prostředí je "málo" zdravé, zatímco 10 respondentů (19 %) ohodnotilo své prostředí jako "velmi" zdravé. Pouze 4 respondenti (8 %) uvedli, že prostředí je "v obrovské míře" zdravé. Nikdo z participantů neuvedl, že by jeho fyzické prostředí, ve kterém žije nebylo vůbec zdravé.

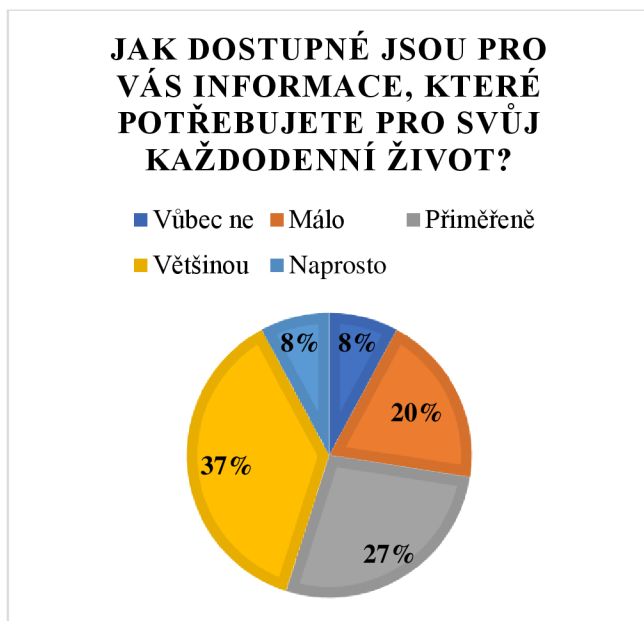


Graf 21

Otázka q12 – finanční situace

Z výsledků otázky týkající se finanční situace respondentů je patrné, že většina z nich hodnotí svou finanční situaci jako dostatečnou na uspokojení svých potřeb (viz. Graf

21). Nejčastěji zvolenou odpovědí je kategorie "přiměřeně", kterou zastává 18 respondentů, což představuje 35 % z celkového počtu. Naopak menší část respondentů vyjádřila určité obavy ohledně své finanční situace. 15 respondentů (29 %) uvedlo, že má "málo" peněz na uspokojení svých potřeb. Pouze 4 respondentů (8 %) uvádí, že jim finanční prostředky na uspokojení potřeb chybí úplně, zatímco 11 respondentů (21 %) má peněz "většinou" dostatek. Tři respondenti (6 %) jsou naprosto spokojeni se svou finanční situací.



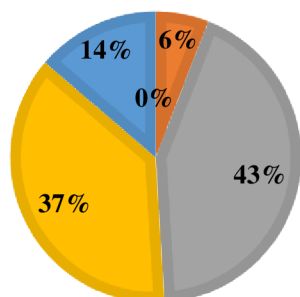
Graf 22

Otázka q13 – přístup k informacím

Výsledky otázky ohledně dostupnosti informací potřebných pro každodenní život ukazují, že většina respondentů (37 % tj. 19 odpovědí) hodnotí dostupnost informací jako většinou uspokojivou (viz. Graf 22). Další část respondentů (27 % tj. 14 osob) hodnotí dostupnost informací jako přiměřenou, zatímco menší část deseti dotazovaných (20 %) má pocit, že informace jsou pro ně málo dostupné. Stejný počet 4 respondentů (8 % a 8 %) uvádí, že vůbec nemají přístup k potřebným informacím, ale pro další skupinu jsou informace naopak naprosto dostupné.

MÁTE DOSTATEK PŘÍLEŽITOSTÍ PRO ROZVÍJENÍ SVÝCH ZÁJMŮ?

■ Vůbec ne ■ Málo ■ Přiměřeně
■ Většinou ■ Naprosto



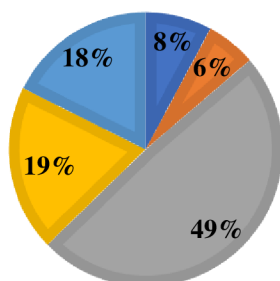
Graf 23

Otázka q14 – záliby

Výsledky otázky č.14 týkající se dostatečnosti příležitostí pro rozvoj zájmů naznačují, že většina respondentů (43 % tj. 22 osob) hodnotí tuto oblast jako většinou přiměřenou (viz. Graf 23). Další nejčastější odpovědí bylo možnost většinou, pro kterou se rozhodlo 19 dotazovaných (37 %). Naprosto dostatečné příležitosti k rozvoji svých zájmů uvádí 14 % respondentů, což je 7 respondentů. Menší část respondentů (10 % tj. 3 osoby) hodnotí příležitosti pro rozvoj svých zájmů jako málo dostatečné. Nikdo z dotazovaných si nemyslí, že by k rozvoji svých zájmů vůbec neměl příležitosti.

JAK SPOKOJENÝ/Á JSTE SE SVÝM BYDLENÍM?

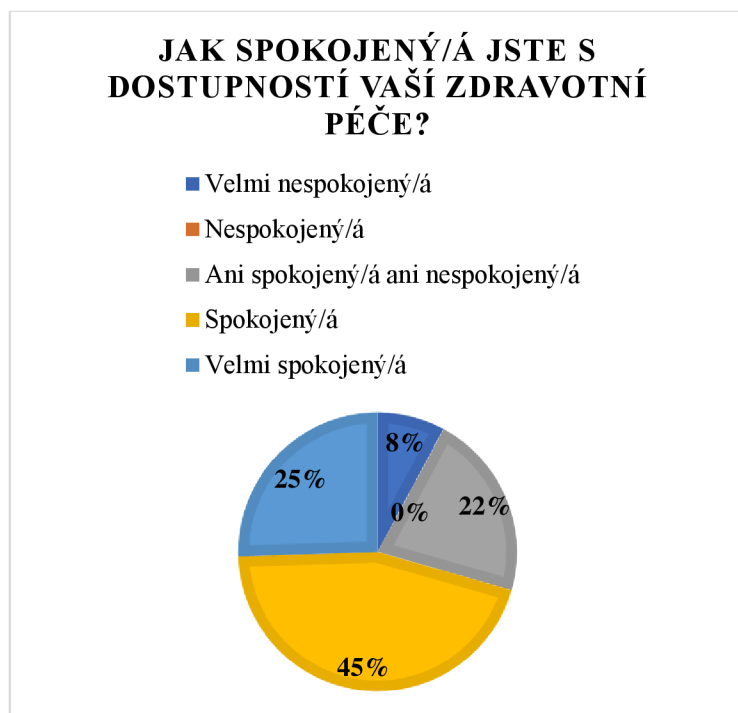
■ Velmi nespokojený/á
■ Nespokojený/á
■ Ani spokojený/á ani nespokojený/á
■ Spokojený/á
■ Velmi spokojený/á



Graf 24

Otázka q23 – prostředí v okolí bydliště

V odpovědích na otázku č.23 týkající se spokojenosti respondentů se svým bydlením 4 respondenti (8 %) vyjádřili, že jsou velmi nespokojení se svým bydlením (viz. Graf 24). Další 3 respondenti (6 %) označili možnost "nespokojený/á" se svým bydlením. Největší část respondentů (49 % tj. 25 osob) odpověděla, že nejsou "ani spokojení ani nespokojení" se svým prostředím v okolí bydliště. Deset respondentů (19 %) zhodnotilo spokojenost s bydlením jako "spokojený/á". Devět respondentů (18 %) odpovědělo, že jsou "velmi spokojení" se svým bydlením.



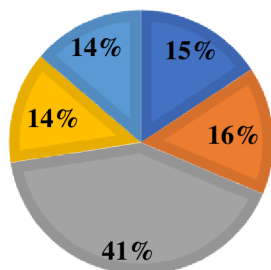
Graf 25

Otázka q24 – dostupnost zdravotní péče

Na základě odpovědí na otázku týkající se spokojenosti s dostupností zdravotní péče lze pozorovat, že většina respondentů (45 % tj. 23 osob) je s dostupností velmi spokojených (viz. Graf 25). Dále 25 % respondentů (13 osob) uvedlo, že jsou s dostupností zdravotní péče velmi spokojeni, zatímco 22 % respondentů (11 osob) nevyjádřilo žádné jednoznačné hodnocení, tj. ani spokojení, ani nespokojení. Pouze menší část respondentů vyjádřila nízkou úroveň spokojenosti s dostupností zdravotní péče, přičemž 4 participanti (8 %) byli velmi nespokojení a žádný respondent nebyl nespokojený.

JAK SPOKOJENÝ/Á JSTE S TÍM, JAK SE VÁM DAŘÍ DOSTAT SE TAM, KAM POTŘEBUJETE?

- Velmi nespokojený/á
- Nespokojený/á
- Ani spokojený/á ani nespokojený/á
- Spokojený/á
- Velmi spokojený/á



Graf 26

Otázka q25 – doprava

Na základě odpovědí na otázku ohledně spokojenosti s možností dostat se tam, kam potřebují lze pozorovat, že rozložení odpovědí je poměrně vyvážené (viz. Graf 26). Část respondentů uvedla vysokou úroveň nespokojenosti, kdy 16 % (celkem 8 respondentů) označilo svou spokojenost jako "velmi nespokojený/á" nebo možnost "nespokojený/á", pro kterou se rozhodlo také 8 participantů. Stejný počet respondentů (14 %, celkem 7 respondentů) vyjádřil vysokou úroveň spokojenosti s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují. Svou spokojenost označili jako "spokojený/á" nebo "velmi spokojený/á". Většina respondentů (41 % tj. 21 osob) vyjádřila neutrální postoj, kdy se necítí "ani spokojený/á ani nespokojený/á" s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují.

Doménové skóry

Fyzické zdraví: Vyšší skóre v této oblasti ukazuje na lepší fyzický stav a schopnost vykonávat každodenní aktivity bez větších obtíží. Naopak nižší skóre může naznačovat různé zdravotní potíže, závislost na lékařské péči, problémy se spánkem či omezení v pohybu a fungování.

Psychické zdraví: Vyšší skóre v této kategorii signalizuje lepší psychické rozpoložení, emocionální stabilitu, schopnost těšit se ze života a odolnost vůči stresu. Nižší skóre může indikovat psychické obtíže, neschopnost soustředit se a prožívání negativních pocitů.

Sociální vztahy: Vyšší skóre v této oblasti naznačuje lepší kvalitu sociálních vztahů, včetně podpory ze strany rodiny a přátel a pocitu začlenění do společnosti. Nižší skóre může signalizovat sociální izolaci nebo nedostatek podpory ze strany blízkých lidí.

Prostředí: Vyšší skóre v této kategorii znamená pozitivní vnímání životního prostředí, včetně finanční situace, fyzických podmínek, dostupnosti vzdělání a zdravotní péče a celkové spokojenosti se životní situací. Naopak nižší skóre může poukazovat na nedostatek zdrojů, omezené příležitosti a vnímané nebezpečí v životním prostředí.

Tabulka 2

Doménové skóre WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení u klientů CDZ

domény		N	průměr	STD	min.	max.
dom1	Fyzické zdraví	51	12,73	1,73	9,71	15,43
dom2	Psychické zdraví	51	11,29	1,58	7,33	16,00
dom3	Sociální vztahy	51	11,50	2,13	5,33	17,33
dom4	Prostředí	51	12,81	2,50	5,00	19,50
q1	Celková kvalita života	51	2,24	0,98	1,00	4,00
q2	Celkový zdravotní stav	51	2,86	1,08	1,00	4,00

Tabulka 3

Doménové skóre WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení u klientů CDZ a běžné populace

domény		klienti CDZ	běžná populace
dom1	Fyzické zdraví	12,73	15,55
dom2	Psychické zdraví	11,29	14,78
dom3	Sociální vztahy	11,50	14,98
dom4	Prostředí	12,81	13,30
q1	Celková kvalita života	2,24	3,82
q2	Celkový zdravotní stav	2,86	3,68

zdroj skóre běžné populace: Dragomirecká a Bartoňová (2006)

Průměrné skóre celkové kvality života klientů CDZ (2,24) ukazuje na nižší úroveň vnímané kvality života ve srovnání s běžnou populací, která má průměrnou hodnotu 3,82 (viz. Tabulka 3). Průměrný celkový zdravotní stav klientů centra duševního zdraví (2,86) je také nižší než průměrný zdravotní stav běžné populace (3,68).

V doméně 1 (Fyzické zdraví) bylo dosaženo průměrného skóre 12,73 (viz. Tabulka 2). Směrodatná odchylka (1,73) udává určitou míru variability ve vnímání fyzického zdraví mezi jednotlivými respondenty. Minimální hodnota (9,71) ukazuje, že někteří respondenti hodnotí své fyzické zdraví na nízké úrovni a maximální hodnota (15,43) naznačuje, že existují i respondenti, kteří své fyzické zdraví hodnotí velmi pozitivně. V porovnání s průměrným skóre 15,55 (interval normy 14,3-16,8) v běžné populaci lze vidět, že skóre klientů CDZ v doméně fyzické zdraví je nižší než skóre u běžné populace.

V doméně 2 (Psychické zdraví) bylo zjištěno průměrné skóre 11,29 se směrodatnou odchylkou 1,58. Minimální hodnota skóre byla 7,33 a maximální hodnota dosáhla 16,00. Minimální skóre naznačuje, že někteří klienti CDZ mohou mít potíže s psychickým zdravím, zatímco maximální skóre ukazuje na vysokou úroveň psychické pohody u některých respondentů. Průměrné skóre běžné populace je 14,78 (interval normy 13,6-16,0). To znamená, že respondenti ve zkoumané skupině vykazují nižší skóre v doméně psychického zdraví ve srovnání s průměrnými hodnotami běžné populace.

Průměrné skóre v doméně 3 (Sociální vztahy) dotazníku je 11,50. Směrodatná odchylka 2,13 naznačuje, že existuje určitá variabilita v odpovědích a někteří respondenti mohou mít výrazně lepší nebo horší sociální vztahy než ostatní. Minimální skóre 5,33 ukazuje na to, že někteří respondenti mohou mít nižší kvalitu sociálních vztahů, zatímco maximální skóre 17,33 naznačuje vysokou úroveň sociálních vztahů u některých z dotazovaných. Průměrné skóre u zkoumaného vzorku respondentů je nižší než průměr v běžné populaci, který je 14,98 (interval normy 13,5-16,4).

Průměrné skóre v doméně 4 (Prostředí) u zkoumaného vzorku respondentů (12,81) ukazuje na mírně nižší výsledné skóre kvality životního prostředí ve srovnání s běžnou populací (13,30). Skóre respondentů se nachází v intervalu normy 12,3-13,3. Standardní odchylka (2,50) je relativně vysoká, což ukazuje na značnou variabilitu v odpovědích respondentů. Maximální hodnota (19,50) ukazuje, že někteří respondenti vnímají své životní prostředí jako velmi příznivé, zatímco minimální hodnota (5,00) znamená, že pro některé klienty CDZ je jejich prostředí značně nepříznivé.

Tabulka 4

Doménové skóre WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení u klientů CDZ dle pohlaví

domény		muži	SDT	min.	max.	ženy	SDT	min.	max.
dom1	Fyzické zdraví	13,14	1,65	9,14	15,43	12,22	1,69	9,14	14,90
dom2	Psychické zdraví	11,57	1,36	9,33	14,67	10,96	1,76	7,33	14,67
dom3	Sociální vztahy	11,05	2,01	6,67	14,67	12,06	2,13	8,00	16,00
dom4	Prostředí	13,00	2,50	9,00	17,50	12,54	2,48	9,00	17,00
q1	Celková kvalita života	2,25	1,02	1,00	4,00	2,22	0,93	1,00	4,00
q2	Celkový zdravotní stav	2,86	1,06	1,00	4,00	2,87	1,12	1,00	4,00

Tabulka č.4 porovnává výsledky jednotlivých domén dle pohlaví klientů CDZ. U mužů je průměrné skóre v doméně Fyzické zdraví vyšší (13,14) než u žen (12,22). Minimální skóre je však u obou pohlaví stejné (9,14). Průměrné skóre v doméně Psychické zdraví je vyšší u mužů (11,57) než u žen (10,96). Muži mají pravděpodobně tendenci vnímat

své psychické zdraví na lepší úrovni než ženy z dotazovaného vzorku. Ženy mají vyšší skóre (12,06) v doméně Sociální vztahy oproti mužům s průměrným skóre 11,05. V oblasti domény Prostředí byly zjištěny minimální rozdíly mezi muži (13,00) a ženami (12,54). Muži mají v průměru o něco vyšší skóre celkové kvality života (2,25) než ženy (2,22), ale rozdíl je minimální. Průměrné skóre celkového zdravotního stavu je podobné u obou pohlaví, u mužů s hodnotou 2,86 a u žen 2,87.

Tabulka 5

Doménové skóre WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení u klientů CDZ dle věkových skupin

domény podle věku	klienti CDZ	
18-29 let	dom1	12,52
	dom2	12,92
	dom3	12,50
	dom4	13,26
	q1	2,50
	q2	3,00
30-44 let	dom1	11,50
	dom2	11,22
	dom3	11,17
	dom4	11,47
	q1	2,11
	q2	2,94
45-59 let	dom1	11,56
	dom2	12,00
	dom3	10,75
	dom4	12,00
	q1	1,94
	q2	2,38
60-74 let	dom1	12,29
	dom2	13,33
	dom3	12,59
	dom4	12,90
	q1	3,40
	q2	3,80

V přehledu výsledných skóre v jednotlivých doménách u klientů center duševního zdraví lze pozorovat odlišnosti mezi jednotlivými věkovými skupinami (viz. Tabulka 5). V první věkové skupině (18-29 let) klienti CDZ vykazují vyšší průměrné skóre v doméně Fyzické zdraví (12,52) ve srovnání s ostatními skupinami. Skóre v doméně Prostředí (13,26) je také vyšší než u ostatních věkových skupin. Druhá věková skupina (30-44 let) má nejnižší průměrná skóre ve všech doménách hodnocení kvality života až na doménu Sociální vztahy, kde má nižší skóre (10,75) třetí věková skupina (45-59 let). Třetí skupina má největší rozdíly mezi jednotlivými doménami. Poslední věková skupina (60-74 let) má ve srovnání s ostatními skupinami nejvyšší průměrná skóre ve

všech doménách, s výjimkou psychického zdraví a prostředí, kde jsou skóre vyšší ve věkové skupině 18-29 let.

Tabulka 6

Doménové skóre WHOQOL-BREF a položek celkového hodnocení u klientů CDZ dle délky navštěvování Center duševních zdraví

domény podle délky navštěvování CDZ	klienti CDZ	
méně než rok	dom1	11,31
	dom2	10,40
	dom3	11,47
	dom4	10,30
	q1	2,20
	q2	2,40
1-3 roky	dom1	13,12
	dom2	11,68
	dom3	11,63
	dom4	13,36
	q1	2,24
	q2	3,16
3-6 let	dom1	12,23
	dom2	10,53
	dom3	11,47
	dom4	11,85
	q1	1,60
	q2	2,40
více než 6 let	dom1	12,94
	dom2	11,52
	dom3	11,27
	dom4	13,59
	q1	2,82
	q2	2,82

Tabulka č. 6 porovnává výsledky skóre domén u klientů center duševního zdraví podle délky jeho navštěvování. Klienti s kratší dobou účasti (méně než rok) vykazují obecně nižší skóre v doménách Fyzické zdraví (11,31), Psychické zdraví (10,40) a Prostředí (10,30) ve srovnání s ostatními skupinami. Naopak klienti s delší dobou účasti (více než 6 let) v doméně Prostředí (13,59) oproti ostatním skupinám. Stejná skupina však dosahuje nejnižšího skóre v doméně Sociální vztahy (11,27). Skupina lidí, kteří navštěvují CDZ 1-3 roky mají nevyšší skóre v doménách Fyzické zdraví (13,12), Psychické zdraví (11,68) a Sociální vztahy (11,63). Skupina s delší dobou účasti (více než 6 let) dosahuje nejvyššího skóre v hodnocení celkové kvality života (2,82). Nejnižší celkovou kvalitu života (1,60) má skupina, která navštěvuje CDZ 3-6 let. Nemůžeme tedy říci, že by se s délkou navštěvování CDZ zvyšovala celková kvalita života.

Ověření hypotéz

K ověření hypotéz byl použit jednovýběrový t-test. Data byla zpracována pomocí SPSS.

Vzorec pro jednovýběrový t-test:

$$t = \frac{x - \mu_0}{s} \sqrt{n}$$

H1₀: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Fyzické zdraví stejná jako kvalita života u běžné populace.

H1: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Fyzické zdraví nižší než kvalita života u běžné populace.

t = -11,525; p = ,000 podařilo se **zamítnout H1₀**

Na hladině statistické významnosti $\alpha=0,05$ se prokázalo, že kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Fyzické zdraví nižší než kvalita života u běžné populace.

H2₀: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Psychické zdraví stejná jako kvalita života u běžné populace.

H2: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Psychické zdraví nižší než kvalita života u běžné populace.

t = -15,591; p = ,000 podařilo se **zamítnout H2₀**

Na hladině statistické významnosti $\alpha=0,05$ se prokázalo, že kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Psychické zdraví nižší než kvalita života u běžné populace.

H3₀: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Sociální vztahy stejná jako kvalita života u běžné populace.

H3: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Sociální vztahy nižší než kvalita života u běžné populace.

t = -11,552; p = ,000 podařilo se **zamítnout H3₀**

Na hladině statistické významnosti $\alpha=0,05$ se prokázalo, že kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Sociální vztahy nižší než kvalita života u běžné populace.

H4₀: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Prostředí stejná jako kvalita života u běžné populace.

H4: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je v doméně Prostředí nižší než kvalita života u běžné populace.

t = -1,375; p = ,175 **nezamítá se H4₀**

Na hladině statistické významnosti $\alpha=0,05$ se neprokázalo, že je kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví v doméně Prostředí nižší než kvalita života u běžné populace.

H5₀: Celková kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je stejná jako kvalita života u běžné populace

H5: Celková kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je nižší než kvalita života u běžné populace.

$t = -11,411$; $p = ,000$ podařilo se **zamítnout H5₀**

Na hladině statistické významnosti $\alpha=0,05$ se prokázalo, že celková kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví je nižší než kvalita života u běžné populace.

H6₀: Celkový zdravotní stav je u lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví stejný jako u běžné populace.

H6: Celkový zdravotní stav je u lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví nižší než u běžné populace.

$t = -5,326$; $p = ,000$ podařilo se **zamítnout H6₀**

Na hladině statistické významnosti $\alpha=0,05$ se prokázalo, že celkový zdravotní stav je u lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví nižší než u běžné populace.

Diskuse

Z analýzy první samostatné otázky (viz. Graf 1) vyplývá, že většina účastníků hodnotila svou celkovou kvalitu života jako špatnou nebo velmi špatnou. Happell et al. (2016) potvrzují, že lidé s duševním onemocněním mají nižší kvalitu života. Tento výsledek naznačuje možnou potřebu podpory nebo intervencí zaměřených na zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Na druhou stranu naši participanti vyjádřili střední až velké potěšení ze svého života (viz. Graf 10). Pravděpodobně existují různé faktory, které mohou ovlivnit odpovědi respondentů na tuto otázku jako jejich současná životní situace, osobní vztahy, zdraví, pracovní podmínky nebo životní cíle. Dle Tvaronavičienė et al. (2021) hraje u lidí při posuzování spokojenosti se životem největší roli právě celkové sociální prostředí. Lidé, kteří mají stabilní pracovní a sociální podmínky, nebo mají podporu rodiny a přátel, mohou být se svým životem více spokojeni. Z výsledků můžeme dále usuzovat, že nejvíce klientů CDZ považuje svůj život za středně smysluplný (viz Graf 11). Důležité je dále zkoumat faktory, které mohou ovlivňovat subjektivní vnímání smyslu života a vypracovat strategie, které by mohly vést ke zlepšení tohoto hodnocení.

Většina respondentů projevila určitou míru spokojenosti se svým zdravotním stavem (viz. Graf 2), ačkoli existuje podstatná část, která se necítí jednoznačně spokojená ani nespokojená. Někteří účastníci vyjádřili nespokojenost se svým zdravím, zatímco jiní se cítí velmi spokojení. V tomto subjektivním hodnocení spokojenosti mohou hrát velkou roli symptomy psychiatrických onemocnění (Sánchez et al., 2020). Variabilita naznačuje, že vnímání spokojenosti se zdravím je individuální a může se lišit v závislosti na osobní situaci a zkušenostech každého participanta. Vliv fyzické bolesti na schopnost klientů CDZ naplňovat základní potřeby a vykonávat každodenní činnosti se ukázal být spíše minimální až střední (viz. Graf 3). Pro většinu lidí s duševním onemocněním, kteří byli dotazováni, není tedy fyzická bolest hlavním faktorem pro omezení jejich každodenních aktivit. Nicméně pro menší část respondentů může fyzická bolest představovat střední až velkou překážku při naplňování jejich potřeb. Dle Shimodera et al. (2012) je důležité mít na vědomí jak psychický stav, tak fyzické symptomy nemoci při plánování a poskytování podpůrných služeb lidem s duševním onemocněním, které mohou zlepšit kvalitu jejich života.

Kvalita života je často úzce spojena se schopností vykonávat běžné úkoly a aktivně se účastnit každodenních činností. Pokud se lidé cítí spokojeni se svou schopností zvládat běžné úkoly nezávisle na ostatních, může to pozitivně ovlivnit jejich celkovou životní spokojenost (Schalock et al., 2000). Energetický stav účastníků má také velký vliv na jejich schopnost vést běžný život. Skutečnost, že značná část respondentů uvádí nedostatek energie (viz. Graf 5), naznačuje potřebu posílení podpůrných opatření pro zlepšení jejich energetické úrovně. Důležité je poskytovat lidem vhodnou léčbu a podporu v souladu s jejich aktuálním energetickým stavem. Zatímco většina respondentů potřebuje léčbu středně až málo, existují i ti, kteří uvádějí vyšší potřebu léčby nebo dokonce žádnou potřebu léčby (viz. Graf 4).

Dostupnost zdravotní péče byla hodnocena převážně pozitivně (viz. Graf 25). Téměř polovina dotazovaných vyjádřila velkou spokojenost a další čtvrtina respondentů uvedla, že jsou s dostupností zdravotní péče také velmi spokojeni. Dostupnost zdravotní péče je také jedním z cílů reformy psychiatrické péče. Každý kraj by měl mít jasně definovanou síť služeb pro lidi s duševními onemocněními, která je provázaná, optimálně uspořádaná a zaměřuje se na podporu zotavení (PS ČLS JEP, 2017). Vysoký podíl spokojenosti s dostupností naznačuje, že většina respondentů má dobrý přístup k zdravotní péči, což může pozitivně ovlivnit jejich zdravotní stav. Nicméně, je důležité vzít v úvahu i menší skupinu respondentů, kteří zažívají nízkou úroveň spokojenosti s dostupností zdravotní péče. Může se jednat o problémy v organizaci zdravotní péče, nedostatečnou komunikaci od poskytovatelů péče nebo nedostatečné zdroje veřejného zdravotnictví. Tito lidé mohou mít odlišné a negativní zkušenosti s dostupností zdravotní péče, které mohou být důsledkem různých faktorů, jako je geografická dostupnost, kvalita poskytované péče nebo finanční možnosti.

Většina respondentů hodnotí svou finanční situaci jako dostatečnou na uspokojení svých potřeb (viz. Graf 21 a uvádějí, že mají přiměřený dostatek příležitostí pro rozvoj svých zájmů (viz. Graf 23). To naznačuje, že pro většinu dotazovaných jsou k dispozici nějaké možnosti pro rozvoj jejich zájmů, ačkoli možná ne v plném rozsahu, jaký by si přáli. I když většina respondentů vyjadřuje spokojenost s dostupnými příležitostmi, stále existuje menší část, která hodnotí příležitosti k rozvoji zájmů jako málo dostatečné. Dle Matouška (2010) je vyplnění volného času klientů jejich zájmy jedním z hlavních úkolů při práci s lidmi s duševním onemocněním. S rozvojem zájmů může být spojena i finanční situace klientů. Zjištění, že většina respondentů hodnotí svou finanční situaci jako přiměřenou nebo dokonce dostatečnou, naznačuje určitou míru ekonomické jistoty u této skupiny klientů CDZ. Nicméně menší část respondentů stále pocítuje určité finanční obtíže, což může mít negativní vliv na jejich uspokojování potřeb (Harper et al., 2018). Bylo by vhodné poskytnout jim podporu a případně nabídnout možnosti finančního poradenství nebo pomoc v hledání pracovních příležitostí ke zlepšení jejich ekonomické situace.

Kvalita života není pouze o fyzickém zdraví nebo materiálním bohatství, ale zahrnuje také emocionální a psychické aspekty. Analýza otázky týkající se četnosti negativních pocitů jako je špatná nálada, zoufalství, úzkost a deprese poskytuje informace o psychickém zdraví respondentů a jejich celkovém emočním stavu (viz. Graf 15). Z prvního pohledu je povzbudivé zjistit, že pouze malá část respondentů uvedla, že by tyto negativní pocity prožívala, ale pro malé procento lidí může mít stále zažívání těchto negativních emocí významný dopad na jejich psychické zdraví. Na druhou stranu dle Rodrigueze (2013) jsou negativní emoce pro duševní zdraví klíčové a jsou nezbytné pro udržení stability pozitivních emocí.

Další důležitou součástí života lidí, která může mít vliv na jejich emocionální a psychické zdraví je sexuální život (Greenberg, 2017). Z výsledků otázky týkající se spokojenosti se sexuálním životem vyplývá, že existuje variabilita ve vnímání a

prožívání této oblasti života mezi účastníky výzkumu (viz. Graf 17). Většina respondentů není se svým sexuálním životem spokojená ani nespokojená. Tato skupina lidí pravděpodobně nemá výrazné pocity ohledně svého sexuálního života a mohou se pohybovat v neutrálním pásmu bez výrazných emocionálních reakcí. Je zajímavé, že nikdo z respondentů neuvedl, že by byl se svým sexuálním životem spokojený, ale několik lidí vyjádřilo velkou spokojenost. Tato menšina pravděpodobně prožívá kvalitní a uspokojivé sexuální zážitky, které na ně mohou mít pozitivní vliv. Nicméně velká část respondentů vyjádřila velkou nespokojenost se svým sexuálním životem. Tato zjištění signalizují, že pro mnoho účastníků může být sexuální život zdrojem stresu, nejistoty nebo nespokojení, což může mít negativní dopad na jejich kvalitu života (Flynn, 2015).

Dalším psychickým aspektem, který souvisí s kvalitou života je schopnost sebepřijetí. V této oblasti se ukázalo, že většina respondentů je schopna přiměřeně přijmout svůj fyzický vzhled (viz. Graf 13). Z výsledků otázky týkající se celkového hodnocení spokojenosti se sebou vyplývá, že většina respondentů se se sebou necítí ani spokojena, ale ani nespokojena (viz. Graf 14). Tento neurčitý výsledek naznačuje, že pro mnoho lidí je jejich pocit spokojenosti sám se sebou komplexní a nejednoznačný. Podstatná část respondentů se však se sebou cítí spokojena. Tento pozitivní trend svědčí o tom, že někteří lidé k sobě mají vztah, který je převážně pozitivní a vykazují vyšší míru sebeakceptace a sebepřijetí. Na druhé straně je ale významná menšina respondentů, kteří se se sebou necítí spokojeni. Tito lidé pravděpodobně zažívají určité úrovně nejistoty nebo konfliktu ve vztahu k sobě samým, což může mít negativní dopad. Pokud člověk pozitivně vnímá svůj fyzický vzhled a dosáhl určité úrovně sebeakceptace, dle Cox et al. (2012) prožívá vyšší kvalitu života. Duchesne et al. (2017) souhlasí, že vnímání těla a sebepřijetí úzce spojeny s psychickým zdravím a kvalitou života. Lidé, kteří mají pozitivní vztah k vlastnímu tělu, často vykazují nižší míru úzkosti a deprese a vyšší míru sebevědomí a sebeúcty. Tyto psychické faktory mají zásadní vliv na schopnost jedince plně se angažovat ve svém každodenním životě.

Více než polovina respondentů uvedla, že se v každodenním životě cítí přiměřeně bezpečně (viz. Graf 19). Tento výsledek naznačuje, že většina účastníků má pocit relativní stability a bezpečnosti ve svém okolí. Mezi respondenty ale existuje variabilita v jejich vnímaném pocitu bezpečí. Žádný z respondentů neuvedl, že by se v běžném životě cítil v bezpečí v obrovské míře, a zatímco někteří se cítí relativně bezpečně, jiní mohou pociťovat určitou míru nejistoty nebo obav ohledně svého osobního bezpečí při běžném fungování. Pro běžné fungování je také důležitá schopnost se soustředit. Z výsledků vyplývá, že velká část respondentů je schopna se soustředit v přiměřené míře (viz Graf 12), což může ukazovat na dostačující úroveň řízení jejich myšlenek a pozornosti. Tento fakt je důležitý, protože schopnost soustředit se může hrát klíčovou roli v dosahování osobních cílů a udržení si stabilního zaměstnání (Takekawa a kol., 2018).

Co se týče schopnosti pracovat, ukázalo se, že ji u sebe respondenti hodnotí na pozitivní úrovni (viz. Graf 8) a většina respondentů není vážně omezena ve své schopnosti

pohybovat se mimo svůj domov (viz. Graf 6). Existuje variabilita ve zkušenostech respondentů s možností dostat se na místo, kam potřebují (viz. Graf 26). Někteří jsou velmi spokojeni, zatímco jiní jsou velmi nespokojeni. Tato rozmanitost může být ovlivněna dopravními podmínkami, dostupností veřejné dopravy, geografickou lokalitou nebo individuální preferencí a zdravotním stavem respondentů. Podobný počet respondentů uvedl vysokou úroveň spokojenosti i nespokojenosti. To naznačuje, že zkušenosti s dostupností dopravy se mohou výrazně lišit mezi různými klienty. Většina respondentů se cítí neutrálně ohledně této otázky, což naznačuje, že pro ně dostupnost dopravy není výrazným problémem.

Kromě dostupnosti dopravy je dalším vnějším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života fyzické prostředí. Většina respondentů vnímá své fyzické prostředí jako přiměřeně zdravé (viz. Graf 20). To naznačuje, že většina respondentů je relativně spokojena se stavem svého okolí v oblasti fyzického zdraví. Nicméně menší část respondentů vyjádřila určité obavy ohledně zdravotního stavu svého prostředí. Je možné, že tito klienti mohou být náchylnější k vnímání rizikových faktorů ve svém okolí nebo mohou žít v lokalitách s vyšší mírou environmentálních problémů. Další analýza by mohla zkoumat specifika, které ovlivňují vnímání zdraví fyzického prostředí respondentů (kvalita ovzduší, dostupnost zeleně a parků, infrastruktura, úroveň hluku a další). Do nejužšího vnějšího prostředí lidí patří jejich bydlení. Postoj respondentů k jejich bydlení je poměrně různorodý (viz. Graf 24). Někteří z respondentů mají pozitivní pohled na své bydlení, zatímco jiní vnímají určité nedostatky nebo problémy. Největší část respondentů se necítí ani spokojená, ani nespokojená se svým bydlením a své bydlení vnímají neutrálně. Dle Matouška (2010) je zabezpečení důstojného bydlení jedním z cílů sociálních pracovníků, kteří pracují s klienty s duševním onemocněním.

Práce s klienty s duševním onemocněním může být pro sociální pracovníky náročná kvůli příznakům jejich onemocnění, které mohou vést k nesouladu mezi verbálními a neverbálními signály. V komunikaci je důležitá trpělivost, používání jednoduchého jazyka, protože symptomy mohou ovlivňovat zpracování a interpretaci informací. (Ilievski, 2013). Pro většinu dotazovaných jsou informace dostupné a odpovídají jejich potřebám a očekáváním (viz. Graf 22). Dále však zhruba čtvrtina respondentů hodnotí dostupnost informací jako pouze přiměřenou, což může naznačovat určité nedostatky v dostupnosti nebo přístupnosti informačních zdrojů pro tuto skupinu z dotazované populace. Problém s informovaností může být způsoben omezenou dostupností informačních zdrojů, nedostatečnou informovaností nebo obtížemi s komunikací u klientů CDZ. Obtíže s komunikací mohou problémem i v sociálních vztazích respondentů.

Výsledky z domény týkající se sociálních vztahů respondentů, přináší poznatky o jejich stavu a celkové spokojenosti v této oblasti (viz. Graf 16). Nejvíce respondentů uvádí, že nejsou se svými osobními vztahy ani spokojeni, ale ani nespokojeni. Tento výsledek naznačuje, že pro určitou skupinu z populace lidí s duševním onemocněním mohou být osobní vztahy zdrojem určité nejistoty nebo rozporů, ale zároveň nemusí být

přímo závažně narušeny. Mohou existovat různé faktory, které ovlivňují tuto neutrální spokojenost jako jsou komunikační styly, očekávání ve vztazích nebo individuální preference. Dále se ukázalo, že větší skupina klientů CDZ je se svými vztahy nespokojena. Pravděpodobně zažívají určitou míru konfliktů, nejistoty nebo nepříjemností ve svých vztazích, což může mít dle Tvaronavičienė et al. (2021) negativní dopad na jejich kvalitu života. Podobná část osob se však naopak cítí se svými vztahy spokojená. Pravděpodobně prožívají kvalitní a podporující vztahy, které přispívají k jejich pocitu štěstí. Zde může hrát roli kvalita komunikace, důvěra a pocit vzájemné podpory. Respondenti uvedli různou míru spokojenosti s poskytovanou podporou od svých přátel (viz. Graf 18). Zatímco nejvíce respondentů vyjádřilo kladné hodnocení a projevilo spokojenost, velká část účastníků se necítila ani spokojená, ani nespokojená. Neutrální odpověď naznačuje, že pro některé lidi může být podpora od přátel zdrojem ambivalentních pocitů. Na základě získaných poznatků by mohla být vyvinuta intervenční opatření zaměřená na posílení podpory od přátel, zejména pro pár účastníků, kteří vyjádřili nižší úroveň spokojenosti. Opatření by mohla zahrnovat posílení pocitu příslušnosti a podporu sociálních sítí (Bland et al., 2021). Bylo by užitečné provést kvalitativní analýzu, která by lépe porozuměla konkrétním prožitkům a zkušenostem klientů CDZ.

Klienti CDZ mají nižší úroveň celkové kvality života a celkového zdravotního stavu ve srovnání s běžnou populací, což potvrdilo výsledky studie Happell et al. (2016). Nižší úroveň v těchto oblastech mohou být důsledkem duševních obtíží nebo jiných faktorů spojených se situací klientů CDZ (Desalegn et al., 2020). V oblasti fyzického zdraví (doména 1) je kvalita života klientů CDZ také nižší než u běžné populace. Ve vnímání fyzického zdraví existuje určitá variabilita mezi jednotlivými respondenty. Někteří jej hodnotí na vysoké úrovni a někteří naopak na nízké. Podobně je to i u výsledných skóre v doméně 2 (Psychické zdraví). Bylo zjištěno, že klienti CDZ vykazují nižší úroveň psychického zdraví než běžná populace, ale v odpovědích existuje velká variabilita. V doméně 3 (Sociální vztahy) mají klienti CDZ také nižší úroveň kvality sociálních vztahů než běžná populace. Zde je opět patrná variabilita a někteří respondenti mají velmi dobré sociální vztahy, zatímco jiní se potýkají s jejich nedostatkem. V poslední doméně 4 (Prostředí) se neprokázalo, že by klienti CDZ měli nižší kvalitu života oproti běžné populaci. Podobný výsledek přinesla i studie Gagliardi et al. (2021), která porovnávala klinickou a běžnou populaci.

Výsledky prezentované v Tabulce č. 4 poskytují informace o vnímání kvality života u klientů CDZ podle jejich pohlaví. Zjištěné skóre ukazují, že existují určité rozdíly v doménách kvality života mezi muži a ženami. V doméně Fyzické zdraví mají muži vyšší průměrné skóre než ženy, což potvrzuje výsledky výzkumu Xiang et al. (2010). Tento rozdíl se však projevuje především ve vyšší průměrné hodnotě u mužů, zatímco minimální skóre je u obou pohlaví podobné. Obě skupiny klientů CDZ mohou tedy zažívat podobné úrovně problémů s fyzickým zdravím. V doméně Psychické zdraví je průměrné skóre opět vyšší u mužů než u žen. Tato skutečnost by mohla být důsledkem různých faktorů, jako jsou individuální způsoby zvládání stresu nebo různé typy

duševních poruch (Bonsaksen, 2012). Naopak v doméně Sociální vztahy mají ženy vyšší průměrné skóre než muži. Tento rozdíl může být ovlivněn podporou ze strany rodiny a přátel nebo stabilnějšími sociálními interakcemi (Friebel et al., 2021). V doméně Prostředí nebyly zaznamenány významné rozdíly ve skóre mezi muži a ženami. Průměrné skóre celkové kvality života a celkového zdravotního stavu bylo podobné u obou pohlaví s minimálními rozdíly, což potvrzuje tvrzení Priebe et al. (2010).

Analýza výsledných skóre v jednotlivých doménách u klientů center duševního zdraví ukazuje na pár trendů mezi jednotlivými věkovými skupinami (viz. Tabulka 5). Zjištění mohou být brána v úvahu při poskytování péče a podpory klientům CDZ v závislosti na jejich věku. V první věkové skupině (18-29 let) klienti CDZ vykazují vyšší průměrná skóre v doméně Fyzické zdraví a v doméně Prostředí, což by mohlo odrážet jejich vyšší angažovanost v různých aktivitách a větší spokojenost se svým okolím. Druhá věková skupina (30-44 let) vykazuje nejnižší průměrná skóre ve všech doménách kromě Sociálních vztahů, kde má vyšší skóre než třetí věková skupina (45-59 let), která má největší rozdíly mezi jednotlivými doménami, což může signalizovat složitější dynamiku v této životní fázi. Dle Leyk et al. (2010) dynamika může zahrnovat změny ve zdravotním a psychickém stavu, vztazích nebo pracovní situaci, možné výzvy související se středním věkem, které mohou ovlivňovat různé aspekty kvality života a duševního zdraví. Poslední věková skupina (60-74 let) má ve srovnání s ostatními skupinami nejvyšší průměrná skóre ve všech doménách a celkových otázkách (kromě fyzického zdraví a prostředí), což může odrážet relativní stabilitu a spokojenost se životem v pozdějším věku. Tento výsledek rozporuje tvrzení dle studie Ramaprasad (2015), kde byl naopak vyšší věk spojený s nižší kvalitou života.

Výsledky v Tabulce 6 zaznamenávají skóre dle délky účasti klientů v centrech duševního zdraví. Klienti s kratší dobou účasti, tedy méně než rok, mají obecně nižší skóre ve všech sledovaných doménách, což naznačuje možnou potřebu času na adaptaci, získání podpory a dovedností potřebných k řešení jejich duševních obtíží. Nižší hodnoty v doménách fyzického a psychického zdraví mohou reflektovat nedávný začátek léčby a potřebu delšího času na zlepšení. Skupina lidí, kteří navštěvují centrum duševního zdraví po dobu 1-3 let, dosahuje nejvyššího skóre v oblastech fyzického a psychického zdraví a v sociálních vztazích. Klienti s delší dobou účasti, tedy více než 6 let, dosahují nejvyššího skóre v hodnocení celkové kvality života. Nicméně, skupina s délkou účasti 3-6 let má nejnižší hodnoty v oblasti celkové kvality života. Nelze tedy jednoznačně říci, zda doba navštěvování centra duševního zdraví souvisí s celkovou kvalitou života lidí s duševním onemocněním, což podporuje studie Elisabeth et al. (2017), kteří přinesli zjištění, že kvalita života lidí, kteří navštěvují centra duševního zdraví se neliší od kvality života lidí, kteří je nenavštěvují.

Limity a doporučení pro budoucí výzkum

Do vzorku lidí s duševním onemocněním byl zahrnut poměrně malý počet respondentů. V budoucím výzkumu bych doporučovala zapojit vyšší počet lidí, aby se daly závěry z této studie ověřit. Výběr respondentů, kterým byl dán dotazník k vyplnění jsem ponechala na možnostech sociálních pracovníků v centrech duševního zdraví, což je dalším limitem této studie. Sociální pracovníci se mohli rozhodovat na základě osobních zkušeností s klienty a dotazníky dát například jen lidem v lepším psychickém a fyzickém stavu. Dále nebyly porovnány výsledné skóry z dotazníku mezi lidmi s důrazem na rozdělení dle duševních onemocnění. Duševní onemocnění mají vliv na vnímanou kvalitu života a u různých diagnóz by se výsledky z dotazníku mohly lišit. Dále bych doporučovala provést kvalitativní analýzy, jako jsou hloubkové rozhovory, pozorování a fenomenologické analýzy, které by mohly prohloubit porozumění kvality života účastníků center duševního zdraví. Tyto přístupy mohou odhalit bohatší a komplexnější perspektivy na tuto problematiku. Longitudinální studie u stejného vzorku klientů CDZ by mohla umožnit lépe porozumět dynamice kvality života a identifikovat dlouhodobé trendy a faktory ovlivňující tyto změny.

Závěr

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví v oblasti celkové kvality života, celkového zdravotního stavu a v doménách fyzického a psychického zdraví, sociálních vztahů a prostředí, v kterém žijí. Pro hlavní výzkumnou otázku "*Jaká je kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví?*" byla provedena důkladná analýza otázek a výsledná skóre z dotazníku WHOQOL-BREF byly porovnány se skóre běžné populace. Byly potvrzeny hypotézy, že lidé s duševním onemocněním navštěvující centra duševního zdraví mají nižší celkovou kvalitu života a celkový zdravotní stav oproti běžné populaci. Studie dále přinesla zjištění, že klienti CDZ mají nižší kvalitu života než běžná populace v doménách Psychické zdraví, Fyzické zdraví a Sociální vztahy. Nebylo potvrzeno, že by lidé s duševním onemocněním ze vzorku klientů CDZ měli nižší kvalitu života v doméně Prostedí. Muži ze vzorku klientů CDZ uvedli vyšší míru psychického a fyzického zdraví oproti ženám. Ženy naopak uvedly vyšší míru spokojenosti v oblasti sociálních vztahů. Genderové rozdíly v kvalitě života u této populace je nutné ještě prozkoumat. Neprokázalo se, že by vzrůstající délka navštěvování CDZ měla přímý pozitivní účinek na celkovou kvalitu života klientů CDZ.

V budoucí praxi je důležité zvolit vhodný léčebný postup se zapojením multidisciplinárního týmu v individualizované, flexibilní podobě a zohledňovat aktuální potřeby a zdravotní stav klienta. Vzhledem k identifikovaným oblastem, ve kterých klienti CDZ vykazují nižší kvalitu života než běžná populace, by měly terapeutické intervence a programy péče klást zvláštní důraz na podporu duševního zdraví, fyzického zdraví a sociálních vztahů u těchto klientů. Navzdory absenci přímého

pozitivního účinku dlouhodobého navštěvování CDZ na celkovou kvalitu života je důležité pokračovat v průběžném sledování a vyhodnocování účinnosti poskytovaných služeb s cílem optimalizovat péči a podporu. Další výzkumy a analýzy jsou nutné pro hlubší pochopení aspektů, které ovlivňují kvalitu života lidí s duševním onemocněním, kteří navštěvují centra duševních zdraví.

Literatura

- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
- Akiskal, H.S., & Benazzi, F. (2006). "The DSM-IV and ICD-10 categories of recurrent [major] depressive and bipolar II disorders: evidence that they lie on a dimensional spectrum". *Journal of Affective Disorders*, 92(1), 45–54. <https://doi:10.1016/j.jad.2005.12.035>
- Argentzell, E., Tjörnstrand, C., & Eklund, M. (2017). Quality of life among people with psychiatric disabilities: Does day centre attendance make a difference? *Community Mental Health Journal*, 53(8), 984-990. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0084-0>
- Barcaccia, Barbara (2013, 4. září). *Quality of life: Everyone wants it, but what is it?* Forbes. <https://www.forbes.com/sites/iese/2013/09/04/quality-of-life-everyone-wants-it-but-what-is-it/>
- Bechdorf, A., Klosterkötter, J., Hambrecht, M., Knost, B., Kuntermann, C., Schiller, S., & Pukrop, R. (2003). Determinants of subjective quality of life in post acute patients with schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 228-235. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0436-3>
- Bernstein, D.P., & Useda, J. (2007). *Paranoid personality disorder*. In: O'Donohue W, Fowler K, Lilienfeld S (eds): *Personality disorders: Toward the DSM-V*. Sage; Thousand Oaks.
- Bland, R., Drake, G., & Drayton, J. (2021). *Social work practice in mental health: An introduction* (3th Ed.). Allen & Unwin.
- Bonsaksen, T. (2012). Exploring gender differences in quality of life. *Mental Health Review Journal*, 17(1), 39-49. <https://doi.org/10.1108/13619321211231815>
- Bryman, Alan (2012). *Social research methods* (4th ed.). Oxford University Press.
- Centrum duševního zdraví. (n.d.). *Principy naší práce*. <https://www.cdz8.cz/#principy>
- Centrum duševního zdraví. (n.d.). *Principy naší práce*. <https://www.cdz9.cz/#principy>
- Connell, J., O'Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and quality of life outcomes*. 10(1), 138. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-138>
- Cox, J., Loughran, M.J., Adams, E.M., & Navarro, R. (2012). Life satisfaction and health related quality of life among low-income medical patients: The mediating influence of self-esteem. *Psychology, Health & Medicine*, 17, 652-658.
<https://doi.org/10.1080/13548506.2012.656659>
- Desalegn, D., Girma, S., & Abdeta, T. (2020). Quality of life and its association with psychiatric symptoms and socio-demographic characteristics among people with schizophrenia: A hospital-based cross-sectional study. *PLoS ONE*, 15(2).
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229514>
- Diamond, B.J., & Dettle K. (2018). Organic brain syndrome. *Encyclop Clin Neuropsychol*. 2523-2526. https://doi:10.1007/978-3-319-57111-9_569

Dragomirecká, E., & Bartoňová, J. (2006). *WHOQOL-BREF. WHOQOL-100. Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Psychiatrické centrum Praha.

Dudová, M. (2018). Multidisciplinární týmy v oblasti péče o duševně nemocné. *Fórum sociální práce*, 15(2), 113-120.

https://dspace.cuni.cz/bitstream/handle/20.500.11956/103377/Monika_Dudova_113-120.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Duchesne, A., Dion, J., Lalande, D.R., Bégin, C., Émond, C., Lalande, G., & McDuff, P. (2017). Body dissatisfaction and psychological distress in adolescents: Is self-esteem a mediator? *Journal of Health Psychology*, 22, 1563-1569.

<https://doi.org/10.1177/1359105316631196>

Faltysová, A. (2017). *Sociální šetření a legislativa*. MPSV.

Flynn, T., & Gow, A.J. (2015). Examining associations between sexual behaviours and quality of life in older adults. *Age and ageing*, 44 5, 823-8. <https://doi.org/10.1093/ageing/afv083>

Friebel, G., Lalanne, M., Richter, B., Schwardmann, P., & Seabright, P. (2021). Gender differences in social interactions. *Journal of Economic Behavior & Organization*.

<https://doi.org/10.1016/J.JEBO.2021.03.016>

Gagliardi, J., Brettschneider, C., & König, H.H. (2021). Health-related quality of life of refugees: a systematic review of studies using the WHOQOL-Bref instrument in general and clinical refugee populations in the community setting. *Confl Health*, 15(44).

<https://doi.org/10.1186/s13031-021-00378-1>

Greenberg, J., Smith, K.P., Kim, T.Y., Naghdechi, L., & Ishak, W.W. (2017). Sex and Quality of Life. https://doi.org/10.1007/978-3-319-52539-6_34

Happell, B., Stanton, R., Hodgetts, D., & Scott, D.G. (2016). Quality of Life Outcomes in Community-based Mental Health Consumers: Comparisons with Population Norms and Changes over Time. *Issues in Mental Health Nursing*, 37, 146-152.

<https://doi.org/10.3109/01612840.2015.1119223>

Harper, A., Baker, M., Edwards, D.L., Herring, Y., & Staeheli, M. (2018). Disabled, Poor, and Poorly Served: Access to and Use of Financial Services by People with Serious Mental Illness. *Social Service Review*, 92, 202-240. <https://doi.org/10.1086/697904>

Hartl, P. (2004). *Stručný psychologický slovník*. Portál.

Hosák, L., & Hosáková, J. (2022). Příčiny duševních poruch – obecné aspekty. *Psychiatrie pro praxi*, 23(1), 8-12. <https://doi.org/10.36290/psy.2022.001>

Komunikujeme o.p.s. (2019). *Metodika práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním*. <http://komunikujeme.eu/wp-content/uploads/2020/04/metodika-kom-du%C5%A1evn%C3%AD-n.pdf>

IFSW. (2014). *Global definition of social work*. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

- Ilievski, V., & Coneva, A. (2013). Communication of persons with mental disorders. *Jahr - European journal of bioethics*, 4, 377-384.
- Kar, N., Swain, S.P., Patra, S., & Kar, B. (2017). The WHOQOL-BREF: Translation and validation of the odia version in a sample of patients with mental illness. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 33(3), 269-273. <https://doi.org/10.4103/0971-9962.214599>
- Kočárová, R., & Preiss, M. (2020). Psychedelika v péči o duševní zdraví. *Československá psychologie*, 64(5), 590-607.
- Leyk, D., Rüter, T., Wunderlich, M., Sievert, A., Essfeld, D., Witzki, A., Erley, O., Kuchmeister, G., Piekarski, C., & Löllgen, H. (2010). Physical performance in middle age and old age: good news for our sedentary and aging society. *Deutsches Arzteblatt international*, 107(46), 809–816. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0809>
- Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.
- Matoušek, O., Kodymová, P., & Kolářková, J. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál.
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada
- Mercier, C., Peladeau, N., & Tempier, R.P. (1998). Age, Gender and Quality of Life. *Community Mental Health Journal*, 34, 487-500. <https://doi.org/10.1023/A:1018790429573>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020, 11. březen). *Reforma péče o duševní zdraví: Koncept kvality života*. <https://reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota>
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020, 12. března). *Reforma péče o duševní zdraví: O reformě psychiatrie*. https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/o-reforme-psychiatrie?term_id=63
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). *Reforma péče o duševní zdraví: Zhodnocení naplnění očekávání uživatelů a jejich rodinných příslušníků v CDZ III*. https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/zhodnoceni-naplzeni-ocekavani-uzivatelu-jejich-rodinnych-prislusniku-v-cdz-iii?term_id=47
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2023, 4. srpen). *Zpráva o průběhu realizace Strategického rámce rozvoje péče o zdraví v ČR do roku 2030 za období do roku 2023*. <https://www.mzcr.cz/zprava-o-prubehu-realizace-strategickeho-ramce-rozvoje-pece-o-zdravi-v-cr-do-roku-2030/>
- Národní zdravotnický informační portál. (2024). Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <https://www.nzip.cz>
- Nolen-Hoeksema, S., Fredrickson, B., Loftus, G. R., & Wagenaar, W. A. (2012). *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda* (Přepřacované vydání, přeložil Hana ANTONÍNOVÁ). Portál.
- Oliveira, M.F., Castro, R.C., Calou, C.G., Oliveira, M.F., Aquino, P.D., Silva, C.G., Meireles, C.B., Maia, L.C., Miná, V.A., Faé, B.N., Santos, M.F., Santos, M.D., Pereira, J.B., Lins, H.C.,

- Neto, M.L., & Pinheiro, A.K. (2015). Ways to measuring quality of life in mental health. *International Archives of Medicine*, 8(1). <https://doi.org/10.3823/1690>
- Popovic, I. (2011). Some aspects of quality of life among patients with chronic mental illness. *European Psychiatry*, 26(2), 1479–1479. [https://doi:10.1016/S0924-9338\(11\)73183-2](https://doi:10.1016/S0924-9338(11)73183-2)
- Priebe, S., Reininghaus, U., McCabe, R., Burns, T., Eklund, M., Hansson, L., Junghan, U., Kallert, T., van Nieuwenhuizen, C., Ruggeri, M., Slade, M., & Wang, D. (2010). Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: A pooled analysis. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 251-258. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2009.12.020>
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Portál.
- Psychiatrická společnost ČLS JEP. (2017, duben). *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
- Ramaprasad, D., Rao, N. S., & Kalyanasundaram, S. (2015). Disability and quality of life among elderly persons with mental illness. *Asian journal of psychiatry*, 18, 31–36. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2015.10.007>
- Rodriguez, T. (2013). Taking the Bad with the Good. *Scientific American Mind*, 24, 26-27. <https://doi.org/10.1038/scientificamericanmind0513-26>
- Sánchez, J., Wadsworth, J., Frain, M.P., Umucu, E., & Chan, F. (2020). Psychiatric Symptoms, Psychosocial Factors, and Life Satisfaction Among Persons With Serious Mental Illness: A Path Analysis. *Journal of Nervous & Mental Disease*. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001166>
- Savenje, A. (2009). *Rodina a psychiatrické onemocnění*. In Pěč, O., & Probstová, V. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Triton.
- Shimodera, S., Kawamura, A., Fujita, H., Suga, Y., Kamimura, N., Inoue, S., & Furukawa, T.A. (2012). P-529 - Physical Pain and Depression: a Survey in Japanese Patients and Physicians. *European Psychiatry*, 27, 1-1. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(12\)74696-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(12)74696-5)
- Schalock, R.L., Bonham, G.S., & Marchand, C.B. (2000). Consumer based quality of life assessment: a path model of perceived satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 23, 77-87. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(99\)00041-5](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(99)00041-5)
- Suchomel, P. (2021). *Poruchy osobnosti*. <https://www.pnhb.cz/psychiatricke-texty/poruchy-osobnosti>
- Tvaronavičienė, M., Mazur, N., Mishchuk, H., & Bilan, Y. (2021). Quality of life of the youth: assessment methodology development and empirical study in human capital management. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 35, 1088-1105. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2021.1956361>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2022, 1. leden). *MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize – Tabelární část*. <https://www.uzis.cz/res/f/008374/mkn-10-tabelarni-cast-20220101.pdf>

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vyd. 4., rozš. a přeprac.). Portál.

Williams, E.R., Sands, N., Elsom, S.J., & Prematunga, R. (2015). Mental health consumers' perceptions of quality of life and mental health care. *Nursing & health sciences*, 17(3), 299-306. <https://doi.org/10.1111/nhs.12189>

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. <https://www.iris.who.int/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2022, 8. červen). *Mental disorders*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization. (2023). *Health and well-being*. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>

World Health Organization. (2024). *Mental Health*. https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1

World Health Organization. (n.d.). *WHOQOL: Measuring quality of life*. <https://www.who.int/tools/whoqol>

Xiang, Y.-T., Weng, Y.-Z., Leung, C.-M., Tang, W.-K., Chan, S.S.M., Wang, C.-Y., Han, B., & Ungvari, G. (2010). Gender differences in sociodemographic and clinical characteristic and the quality of life of Chinese schizophrenia patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(5), 450-455. <https://doi.org/10.3109/00048670903489858>

Zákon č. 108/2006 Sb. zákon o sociálních službách (2006). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) (2011). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Adéla Lipavská

Studijní program: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii (NMgr.)

Název práce: Kvalita života lidí s duševním onemocněním navštěvující Centra duševního zdraví

Vedoucí práce: doc. PhDr. Alena Hricová, PhD.

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Celkový počet znaků: 108 666

Počet pramenů a literatury: 68