

**Univerzita Palackého v Olomouci**

Filozofická fakulta

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

## **Bakalářská práce**

# **Jak duševní onemocnění ovlivňuje kvalitu života klientů organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou**

How a mental illness affects the quality of life of the clients

in Péče o duševní zdraví organization

in Rychnov nad Kněžnou

**Helena Tobišková**

Vedoucí bakalářské diplomové práce: **Mgr. Pavel Veselský, Ph.D.**

Olomouc 2016

Autorské prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla všechny použité podklady a literaturu.

V Rychnově nad Kněžnou 21. 2. 2016

Helena Tobišková

## **OBSAH**

<b>Úvod .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Definice základních pojmů.....</b>	<b>6</b>
<b>2 Duševní poruchy .....</b>	<b>7</b>
2.1 Dělení duševních poruch.....	7
2.2 Schizofrenie.....	8
2.3 Afektivní poruchy .....	11
<b>3 Kvalita života.....</b>	<b>14</b>
3.1 Pojetí kvality života.....	15
3.2 Měření kvality života .....	15
<b>4 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním .....</b>	<b>17</b>
4.1 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné ..	17
4.2 Systém péče o lidi s duševním onemocněním.....	20
<b>5 Organizace „Péče o duševní zdraví“ .....</b>	<b>26</b>
5.1 Program poskytování sociálních služeb .....	26
5.2 Oblasti poskytované pomoci .....	27
5.3 Průběh spolupráce organizace Péče o duševní zdraví s klienty ....	27
5.4 Středisko Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou .....	28
<b>6 Metodologie výzkumu.....</b>	<b>29</b>
6.1 Metoda a technika sběru dat.....	29
6.2 Cíle výzkumu a hypotézy .....	30
6.3 Výzkumný vzorek .....	31
<b>7 Analýza výzkumných dat .....</b>	<b>32</b>
7.1 Analýza dotazníku část A – WHOQOL-BREF .....	32
7.2 Analýza dotazníku část B.....	37
<b>Závěr .....</b>	<b>44</b>
<b>Seznam použité literatury .....</b>	<b>46</b>
<b>Seznam grafů a tabulek:.....</b>	<b>48</b>
<b>Anotace .....</b>	<b>49</b>
<b>Přílohy.....</b>	<b>50</b>

## ÚVOD

Pro svou práci jsem zvolila téma kvalita života lidí s duševním onemocněním. Od přátel, kteří některou z duševních nemocí trpí, vím, jak je těžké přijmout její diagnózu, naučit se s ní žít a zachovat si maximum z toho, co jim dosavadní život přinášel. Kvůli duševní nemoci musí lidé často přehodnotit svůj postoj k životu, mnohdy přichází o zaměstnání, partnery, přátele, stávají se osamělými a může klesat kvalita jejich života. Pro většinu duševně nemocných je stále ještě velmi těžké o své nemoci hovořit, hlavně z důvodu obav z reakce okolí.

V oblasti, kde bydlím (Rychnov nad Kněžnou), je poskytovatelem služeb a osvětové činnosti v oblasti duševního zdraví organizace Péče o duševní zdraví, z. s. (dále v textu také jen Péče o duševní zdraví nebo PDZ). Vykonávala jsem zde jednu ze supervidovaných praxí a čerpala informace pro své studium a zaměstnání. Posláním organizace Péče o duševní zdraví je podporovat lidi s duševním onemocněním, aby mohli žít dle své volby, spokojeně, co nejsamostatněji a zvládali běžný život ve společnosti. Pomáhá klientům řešit sociální problémy, učí je praktickým dovednostem potřebným pro život, asistuje při hledání zaměstnání a bydlení, snaží se o zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, umožňuje se setkávat lidem s podobnými problémy v rámci klubů nebo společných aktivit, kde mohou o své nemoci bez obav otevřeně promluvit. Klienti jsou sociálními pracovníky podporováni k tomu, aby to byli právě oni, kdo se zasadí o zlepšení kvality svého vlastního života.

Cílem této práce je popsat kvalitu života lidí s duševním onemocněním a zkoumat, zda jim služby poskytované organizací Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou pomáhají kvalitu života měnit. Objektem výzkumu tedy budou klienti této organizace. Výsledek práce lze pak využít například při dalším plánování zaměření a rozsahu poskytovaných sociálních služeb v dané komunitě.

V úvodu své práce bych chtěla vymezit některé pojmy jako zdraví, duševní zdraví, nemoc a duševní nemoc, i když s ohledem na subjektivní stránku těchto pojmů, nebudou nikdy zdraví a nemoc vnímány všemi stejně. Dále rozeberu teoretické dělení duševních poruch a blíže se budu věnovat těm duševním poruchám, které jsou u klientů Péče o duševní zdraví zastoupeny nejčastěji, tedy schizofrenii a afektivním poruchám.

Sociální pracovník pracující s lidmi s duševním onemocněním by měl znát podstatu a projevy nemoci svých klientů. Pokud mám zkoumat vliv na kvalitu života lidí s duševním onemocněním, chtěla bych v další části přiblížit právě tento pojem a nastínit možnosti jeho zkoumání. V další kapitole obecně popíši postavení sociálního pracovníka a typy sociálních služeb, které mohou být lidem s duševním onemocněním poskytovány. V následující kapitole se pak budu zabývat konkrétně organizací Péče o duševní zdraví, jejím fungováním a poskytovanými službami. Jádrem mé práce pak bude praktická část, kdy provedu výzkum kvantitativní metodou mezi klienty této organizace a výsledky tohoto průzkumu analyzuji.

# **1 DEFINICE ZÁKLADNÍCH POJMŮ**

Tato práce se zabývá duševním onemocněním a s tím spojenou kvalitou života. Nejprve je nutné nastínit, co je to zdraví a nemoc, resp. duševní zdraví a duševní nemoc. Jejich význam pro každého člověka může být jiný. Odborná literatura proto nabízí celou řadu způsobů, jak tyto pojmy definovat.

V další části kapitoly se budu věnovat klasifikaci duševních poruch a dále blíže dvěma typům, a to schizofrenii a afektivním poruchám, které jsou u klientů Péče o duševní zdraví zastoupeny z 75% (Výroční zpráva Péče o duševní zdraví z roku 2014, [online]).

**Zdraví** - za zdraví je považován celkový stav fyzické, duševní a sociální pohody. (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 10).

Negativně lze zdraví definovat jako nepřítomnost nemoci nebo duševní a tělesné poruchy. Jde tedy o určitý stav organismu, kdy je schopen přizpůsobit se životním změnám, měnícímu se prostředí a situacím, aniž byla narušena jeho fyziologická funkce (Hartl, Hartlová 2000, s. 701).

**Duševní zdraví** - duševním zdravím rozumíme schopnost přizpůsobit se životním změnám, měnícímu se prostředí a situacím (Hartl, Hartlová 2000, s. 702).

**Nemoc** - na nemoc lze nahlížet z objektivního pohledu, jde například o fyziologické projevy a na základě nich stanovenou diagnózu. Nelze opomenout ale i subjektivní hledisko, jako je prožívání nemoci a její hodnocení pacientem. Na tomto hodnocení závisí výše jeho subjektivního utrpení a to, jak na nemoc reaguje. Subjektivní hledisko je tak velmi individuální a celkové prožívání stejné nemoci může být u každého značně rozdílné (Vágnerová 2004, s. 76).

Nemoc je porucha somatických a biologických funkcí organismu. V medicíně je na nemoc nahlíženo jako reakci organismu na podnět jako je infekce, psychická traumatizace, porucha rovnováhy uvnitř nebo vně organismu. Tradičně je rozlišována příčina nemoci, její projevy a způsob léčby. Také se může jednat o relativně trvalou poruchu, kterou lze jen omezeně léčit (Hartl, Hartlová 2000, s. 345).

**Duševní nemoc** - je útlum, zintenzivnění, ztráta nebo změna psychických funkcí. Vlivem kulturních rozdílů může být napříč světem na duševní nemoci nahlíženo různě, ale příznaky jsou v zásadě podobné. Odhaduje se, že duševní nemocí trpí 1-2% populace (Hartl, Hartlová 2000, s. 346-347).

## **2 DUŠEVNÍ PORUCHY**

### **2.1 Dělení duševních poruch**

U duševních poruch je nutné brát v potaz všechny aspekty života nemocného, nelze brát jen čistou diagnózu. Nemocní se stejnou diagnózou, mohou mít zcela odlišné projevy nemoci a různé prognózy. Každý klient je naprosto jedinečný, nelze ani usuzovat na podobnost v rámci diagnózy (Máhrová, Venglářová 2008, s. 28).

MKN-10 je na medicínském přístupu založená klasifikace užívaná v ČR. S ohledem na specifika lidského prožívání a chování tak jde jen o jeden z možných způsobů, jak se v rámci projevů duševní nemoci orientovat. Pro sociálního pracovníka je důležitý člověk v jeho prostředí, jeho interakce s prostředím, adaptace, fungování v něm. Ovšem i znalost psychiatrických diagnóz a dynamiky duševních nemocí pomáhá sociálnímu pracovníkovi chápat chování a prožívání svých klientů (Probstová, Pěč 2014, s. 20-22).

**Základní klasifikace dle MKN-10** (Probstová, Pěč 2014, s. 24):

- F00-F09 Organické duševní poruchy, včetně symptomatických
- F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha

Duševní poruchy, se kterými se pracovníci Péče o duševní zdraví nejvíce u svých klientů setkávají, spadají do kategorie tzv. psychóz.

**Psychózou** jsou označovány nejzávažnější duševní nemoci, u kterých dochází k odtržení od reality, k podstatné změně vůle, vnímání a prožívání, chybí vědomí vlastní nemocnosti. Řadíme sem schizofrenii, endogenní depresi a paranoii (Hartl, Hartlová 2000, s. 489).

Bližší náhled a znalost projevů duševní nemoci považují za nutný předpoklad dobré a úspěšné sociální práce s lidmi s danou duševní nemocí.

Každý pracovník v pomáhající profesi, by měl mít jistý přehled o duševním onemocnění, ovládat základní odborné pojmosloví a rozpoznat jejich základní charakteristiky, projevy, příznaky, neboť je předpoklad, že se s lidmi s duševními poruchami bude setkávat. Psychiatrickou diagnózu stanoví lékař, zatímco sociální pracovník se snaží v klientovi podporovat to zdravé a dosáhnout jeho sociálního fungování. Přijmout nemoc v její skutečné podobě není lehké pro nemocného ani sociálního pracovníka. Základem je tedy mít o duševní nemoci co nejvíce informací. Porozumění pak sociálním pracovníkům pomáhá přiblížit se každodennímu životu lidí s duševním onemocněním, rozumět jejich problémům, zlepšit komunikaci, pochopit jejich obavy a pocity (Máhrová, Venglářová 2008, s. 69-70).

## **2.2 Schizofrenie**

Schizofrenie je u klientů organizace Péče o duševní zdraví nejvíce zastoupené onemocnění, vyskytuje se u 58% jejích klientů (Výroční zpráva Péče o duševní zdraví z roku 2014, [online]).

*„Schizofrenie je závažná duševní porucha, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Termín schizofrenie má vystihovat skutečnost, že u nemocných dochází k rozštěpení, rozpolcení osobnosti a dezintegraci jednotlivých psychických funkcí“ (Vágnerová 2004, s. 333).*

Schizofrenie je souhrnný pojem pro skupinu psychóz charakteristických odtržením se od reálného světa, únikem do vlastní fantazie. Průběh a podoba nemoci jsou u každého pacienta jedinečné. Vliv na obraz nemoci má i kultura společnosti, ve které nemocný žije. Mezi základní projevy nemoci patří změny nálad, emoce, které neodpovídají situaci, bludy a halucinace, rozpad logického myšlení, zmatená mluva, poruchy řeči, odtržení od reality a neschopnost se starat o záležitosti běžného života (Hartl, Hartlová 2000, s. 534-535).

### **Vznik a výskyt**

Schizofrenie vzniká většinou jako chorobná reakce na zátěž. Problém není sama zátěž, ale její zpracování. Schizofrenie postihuje přibližně 1% populace, nejčastěji vzniká v období mezi 15-25 roky, u žen trochu později než u mužů (Vágnerová 2004, s. 334-336).



Na schizofrenii je nahlíženo jako na jednu z možných reakcí na to, když se odloučení, rozdělení a rozštěpení nedají vydržet. Nejbližší asociací je skládání něčeho, co se rozložilo. Schizofrenici se nemohou uvolnit ze životní situace a přitom se rozpadají, snaží se odpoutat a zároveň být přitom, nenechat se ovládat a zároveň se podrobit, být současně přítomní i nepřítomní (Dörner, Plog 1999, s. 87).

### **Klinické projevy**

Projevy nemoci mohou být různorodé, standardní funkce mohou být nadměrné, resp. zkreslené, nebo negativní. V prvním případě se předpokládá, že jde o projev zvýšené aktivity různých oblastí mozku, ve druhém případě naopak o projev jejich útlumu. Pozitivní symptomy jsou typické pro chronickou fázi onemocnění. Negativní symptomy, např. snížení aktivity, ztráta motivace, sociální izolace, jsou typické po odeznění akutní fáze (Vágnerová 2004, s. 334-7).

**Narušení orientace v realitě** – nemocný není schopen zpracovávat běžné informace, zapamatovat si je, dává jim jiný význam, nechápe jejich souvislosti, nebo hledá souvislosti tam, kde nejsou. Má potřebu mít vše jednoznačně vysvětleno, aby se mohl cítit bezpečněji (Vágnerová 2004, s. 339).

**Narušené vnímání** – člověk vidí souvislosti, kde nejsou, pro vjemy neexistuje reálný podnět. Považuje za součást sebe i to, co k němu nepatří. Části okolního světa nabydou takového významu, že se jimi cítí být pozorován, ohrožen. Současně nebo nezávisle na tom mu vlastní tělo připadá být cizí, popř. určité části těla jsou větší, nebo menší. Hovoříme o derealizaci (odcizení světa) a depersonifikaci (odcizení vlastní osoby) (Dörner, Plog 1999, s. 89).

**Autistické projevy** – svět je zdrojem přílišného množství nesrozumitelných podnětů, před kterými se nemocný schovává v sobě, ve svém vlastním světě, izoluje se od vnějšího světa (Vágnerová 2004, s. 340 - 341).

**Poruchy verbálního projevu** – poruchy myšlení se projevují nesouvislou, nesmyslnou řečí. S postupem nemoci jsou verbální projevy čím dál chudší (Vágnerová 2004, s. 341).

**Poruchy integrity osobnosti** – v chápání nemocného se stírá hranice mezi já a vnějším světem. Obranou bývá oddělení se od okolního světa (autismus), přesun do své fantazie, přijetí cizí identity, přijetí výkladu světa, který dává smysl i za tu cenu, že je toho dosaženo pomocí bludu (Vágnerová 2004, s. 343).

**Poruchy myšlení** – ztrácí se schopnost rozlišovat podstatné od nepodstatného. Myšlení je nesouvislé, nelogické, myšlenky se rozpadají, přeskakují, řeč je složitá, slova dvousmyslná, nebo jsou užívány novotvary. V myšlenkovém obsahu se objevují bludné představy, ideje a výtvořky, které není vhodné zpochybňovat, ani je nelze rozumově vysvětlovat, protože pak vzniká silná úzkost. Bludy často podporují halucinace (Dörner, Plog 1999, s. 89).

**Emoce** – celý emocionální svět se jeví ochuzený. Někdy emoce neodpovídají mimice, nastávají i jejich prudké projevy. Obvykle mají nemocní málo vztahů k lidem, popř. ve vztahu k někomu se objevuje rozpolcení (Dörner, Plog 1999, s. 90).

### **Vliv nemoci na sociální vztahy**

V počáteční fázi jsou nespecifické příznaky (úzkost, únava, nespavost, podráždění, uzavírání se do sebe). Okolí vidí změnu, ale nedokáže si ji vysvětlit. Rodina se cítí ohrožena, a tak se k nemocnému i chová. Lidé se nemocnému vyhýbají a spolu s vlastní snahou nemocného o izolaci to vede k tomu, že nemají partnery a přátele (Vágnerová 2004, s. 355).

V další fázi dochází k tlaku na uspořádání v rodině, ta jej někdy neunes, rozpadá se, nebo odkazuje nemocného do ústavní péče (Vágnerová 2004, s. 357-358).

Schizofrenici bývají často svobodní (hlavně muži). Schizofrenní poruchy jsou častější při náhlém rodinném vykořenění (Dörner, Plog 1999, s. 101).

### **Jednání s nemocnými**

Cílem je, aby pacient začal vnímat sebe jako člověka, který sám vnímá, cítí a jedná, který není pouhou obětí, ale také strůjcem svého konání. K tomu je nutné se oprostit od toho, aby pacientův vliv na nás byl obsažen v našich postojích k němu. Rozpory musí být chápány jako momentálně nutné (Dörner, Plog 1999, s. 93).

### **Léčba**

Schizofrenie je léčitelná, ale jen v dlouhodobém měřítku. V průběhu může docházet ke střídání akutních a klidových fází, proměně symptomů. Léčba je obvykle kombinací psychofarmakologické léčby (hlavně zmírnění akutní fáze), psychoterapie (podpora nemocného při zvládnutí nemoci, porozumění sama sobě) a socioterapie (adaptace při soužití v rodině, příp. hledání chráněného bydlení, návrat do zaměstnání, tvorba denního programu a stimulace k zapojení se do sociálního života) (Vágnerová 2004, s. 365-366).

## **2.3 Afektivní poruchy**

*„Základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání“ (Vágnerová 2004, s. 369).*

Chorobné afektivní poruchy jsou závažné změny v emotivním prožívání, podstatně ovlivňují psychiku i fyziologické reakce člověka. Emoce již nehrají svoji orientačně-regulační funkci, protože neodpovídají podnětům a vedou k neadekvátnímu jednání (Vágnerová 2004, s. 369-370).

### **Vznik a výskyt**

Vznik afektivních poruch je podmíněn více faktory. Jde především o dědičné předpoklady, které se mohou projevit ve změnách struktury a funkci mozku. Vnějšími vlivy mohou být životní situace, zátěžové faktory, jako úzkostlivý výchovný styl, depresivní rodinné klima, vlivy psychosociálního charakteru jako zátěže související s rolí dospělého, osamostatnění se (Vágnerová 2004, s. 370-371).

Vždy jde o kombinaci typu osobnosti a dalších faktorů, což určuje způsob reakce na zátěžové situace, které bývají spouštěčem (Vágnerová 2004, s. 386).

Nejtypičtějšími afektivními poruchami jsou deprese, mánie a bipolární porucha.

**Depresivní poruchy** patří k nejčastějším duševním onemocněním. Postihují více ženy než muže (2:1). Častěji se vyskytují v chladnějších oblastech světa s menším množstvím denního světla, či v tmavších ročních obdobích (Vágnerová 2004, s. 370-374).

Depresivní cesta je typická v obraně před útrapami, které přicházejí s úkoly dospělosti. Spouštěčem bývá ztráta důležitého člověka, porod nebo nemoc. Po 45 roku to bývá dospívání dětí, úmrtí v okolí a tím narůstající izolace (Dörner, Plog, 1999, s. 115)

**Manické poruchy** jsou mnohem vzácnějším onemocněním, izolovaně se vyskytují vzácně, spíše bývají součástí **bipolární poruchy**. U bipolární poruchy se různým způsobem střídají depresivní a manické epizody. (Vágnerová 2004, s. 371).

### **Klinické projevy deprese**

Objevuje se negativní automatické myšlení, tendence k černobílému hodnocení, koncentraci na negativní dění, přehnaný pesimismus. Nemocný si uvědomuje okolní přijatelný svět, ale ten není pro něho, nezaslouží si ho. Negativní postoj zahrnuje minulost, přítomnost i budoucnost. Dochází k celkovému zpomalení a útlumu psychiky.

Narušena je schopnost soustředit se, vzpomenout si, rozhodnout se, myšlení je pomalé. U části nemocných se objevují bludné symptomy. Většinou jde o bludy utvrzující v představě o vlastní nicotnosti, špatnosti. Nastávají změny v chování, celkový útlum energie, snadná unavitelnost, nízká aktivita, výraz beznaděje v obličeji, ochablé držení těla, pomalý pohyb, ztráta zájmu a životního smyslu. U některých pacientů je riziko suicidálního jednání. Depresivní symptomy se mohou vyskytovat i jako součást jiných onemocnění (Vágnerová 2004, s. 374-380).

**Nálada** bývá prázdná, lhostejná, dostavuje se pocit ztráty emocí, zpočátku smutná nálada, s těžší depresí menší schopnost prožívat bolest, smutek, úzkost (Dörner, Plog 1999, s. 116-117).

**Psychomotorika** bývá ochromená, svázaná, ztrácí se schopnost rozhodovat, někdy nastává i ustrnutí. Myšlení se zastaví na místě, projevem je hloubání, které nikam nevede. Je přítomna stálá únava a současně neschopnost usnout. Znakem bývá i pocit tlaku, zničenosti (Dörner, Plog 1999, s. 116-117).

### **Klinické projevy manické poruchy**

*„Základním příznakem manického syndromu je patologický povznesená, křečovitá nálada spojená s hyperaktivitou, expanzivitou a rozjařeností. Nejde ovšem jen o vystupňované veselí, pacient bývá podrážděný, v napětí a ani navenek se jeho nápadně dobrá nálada nejeví příliš přirozeně“* (Vágnerová 2004, s. 383).

Pacient je nekritický, přehnaně optimistický ve vnímání minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Má zrychlenou psychickou aktivitu, chybí soudnost, je roztěkaný. Mohou se objevit i bludy související s neadekvátním přeceňováním. (Vágnerová 2004, s. 384).

**Nálada** - bývá povznesená, typickým projevem je veselost, strhávání okolí, provokování, konfrontace, hněvivost (Dörner, Plog 1999, s. 107-108).

**Psychomotorika** - se projevuje jako zvýšená a zrychlená, nemocný má mnoho aktivit, zvýšené až zběsilé tempo. Má nutkání reagovat na všechny podněty z okolí hned, současně. To má za následek chaotické, kusové jednání (zmatená mánie), není možné zastavit (Dörner, Plog, 1999, s. 107-108).

**Myšlenkový trysk** - otevřenost vůči podnětům narušuje souvislost myšlenek, přemýšlení ztroskotává. Nemocný má pocit, že může cokoliv, povznáší se nad vše, schází mu stud, pocit viny. Ruinuje svoji sociální existenci i existenci druhých.

Postižený je povznesen nad tělo a zdraví. Přehání nebo vůbec přehlíží nemoci, bolest. Vydrží dlouho bez spánku (Dörner, Plog 1999, s. 107-108).

U deprese si nemocný uvědomuje změnu, nepovažuje ji ale za nemoc, nýbrž své selhání. U manických projevů si člověk neuvědomuje, že jde o projev nemoci, protože se cítí být plný energie. Názor okolí však bývá přesně opačný (Vágnerová 2004, s. 388).

### **Vliv nemoci na sociální vztahy**

**Porucha afektivního prožívání** – Vliv emocí se snadno přenáší na ostatní členy skupiny. Člověk s depresemi přenáší svoji tíseň na okolí, člověk s mánií zase své okolí svými postoji irituje (Vágnerová 2004, s. 392).

**Změna aktivity** – U deprese je někdy snížení aktivity vnímáno jako lenost. Aktivita manických pacientů, zejména jejich excesy mohou působit škodu v rodinných vztazích, financích i na pracovišti (Vágnerová 2004, s. 393).

**Narušení mezilidských vztahů** – Nemocní bývají odmítáni jako přátelé i partneři. I rodinné vztahy bývají silně narušené. Proto je nutné s rodinou pracovat, vysvětlit podstatu nemoci, že viníkem nemoci není rodina ani pacient. Rodina musí vědět, jak se k nemocnému chovat, jaké mít na něho nároky (Vágnerová 2004, s. 393-395).

### **Jednání s nemocnými**

Člověka s duševním onemocněním je třeba podporovat a opakovaně, i když krátkodobě, přivádět na cestu hledání opory v sobě samém. Pochopení napomáhá zjištění celkové konstelace od příbuzných. Důležité je vést klienta ke vnímání souvislostí mezi jeho nemocí a životním problémem a zaujmout roli průvodce. Cílem je, aby klient došel k autoterapii, tedy aby si povšiml smyslu své poruchy. Důležité je pracovat i s příbuznými, dohodnout se o novém rozdělení rolí a zón samostatnosti (Dörner, Plog 1999, s. 108-110).

### **Léčba**

Pacient potřebuje psychofarmakologickou léčbu ke zmírnění negativních projevů nemoci, dále psychoterapii, díky níž by měl pochopit svoji situaci a povahu svého onemocnění. Dále je potřeba nemocného sociálně zapojit, navrátit na pracovní místo, nebo vyhledat jiné pracovní uplatnění (Vágnerová 2004, s. 395-396).

### **3 KVALITA ŽIVOTA**

Podobně jako u pojmů zdraví a nemoc není možné pojem kvalita života jednoznačně ohraničit a v čase prochází určitým vývojem. V této kapitole uvádím možné náhledy na tento pojem a hlediska, která jsou do tohoto pojmu zařazována. Dále popíši nástroje, kterými lze kvalitu života měřit.

Po druhé světové válce se staly předmětem výzkumu sociologů pojmy „well-being“ a kvalita života. V sociálních vědách se ujal pojem „well-being“ coby protiklad materiálního blahobytu. V lékařství se ujal pojem kvalita života jako protiklad délky přežití, tedy začalo se zkoumat, do jaké míry lékařská péče pozitivním způsobem ovlivňuje život pacientů. Při volbě medicínského postupu se má zohlednit, jak daná léčba ovlivní pacientovu nezávislost a jeho schopnost vykonávat běžné role. Kvalita života byla zprvu nahlížena zvenčí jako objektivní kritérium, později přešel důraz na subjektivní stránku kvality života (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 9).

Dnes je kvalita života v medicíně i psychologii považována za vícerozměrnou, subjektivní konstrukci jakožto indikátor zdraví. Na zdraví je nahlíženo jako na celkově dobrý stav z pohledu fyzické, duševní i sociální stránky života (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 10).

Kvalita života je subjektivním vyjádřením pocitu štěstí v životě. Je nahlížena z mnoha pohledů, jako je soběstačnost při sebeobsluze a pohyblivost. Je to i míra duševní harmonie, seberealizace, spokojenosti či nespokojenosti (Hartl, Hartlová 2000, s. 284).

Vnímání kvality života je proto individuální záležitostí. Při zjišťování kvality života je zkoumáno a plně respektováno, jaký má daný subjekt žebříček hodnot (Křivohlavý 2001, s. 243).

Otázka kvality života je často spojena s otázkou kvality života nemocného člověka. K medicínským kritériím přistoupil i další náhled z odvětví psychologie, sociální psychologie a sociální péče (Křivohlavý 2002, s. 163).

### **3.1 Pojetí kvality života**

Křivohlavý uvádí několik rovin problematiky kvality života dle Engela a Bergsmy (Křivohlavý 2002, s. 163-164):

**Makro-rovina** – jde o náhled z hlediska velkých společenských celků, jako jsou státy, kontinenty. Kvalita života se tak stává součástí politického plánování jako je např. boj s chudobou a terorismem.

**Mezo-rovina** – jde o hledisko života v sociálních skupinách, zohledňuje otázku vzájemných mezilidských vztahů, uspokojování základních lidských potřeb, sociální opory a sdílených hodnot ve skupině.

**Osobní rovina** – jde o subjektivní hodnocení kvality života z hlediska jednotlivce. Do hodnocení jednotlivých oblastí, jako je např. zdraví a spokojenost, tak vstupuje i subjektivní náhled, pocity, očekávání apod.

**Fyzická existence** – v této rovině jde o objektivně měřitelné a porovnatelné faktory, které lze sledovat u druhých lidí, např. kvalita života před a po lékařském zákroku.

Cíle a směřování člověka jsou dány v závislosti na hierarchii jeho hodnot. Kvalita života je pak spatřována ve spokojenosti s dosahováním těchto cílů a spokojenosti s tím, kam je jeho život směřován (Křivohlavý 2001, s. 40).

### **3.2 Měření kvality života**

Základní formou zjišťování kvality života je dotazník a strukturovaný rozhovor. Užívají se obecné dotazníky, zejména pro populační šetření. Dále se užívají speciální dotazníky určené pro pacienty s určitými konkrétními obtížemi, které lépe odhalují dopad jejich obtíží na jejich běžný život (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 10-11).

Kvalitu života lze sledovat (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 10):

- **na individuální úrovni** – většinou pro potřeby sestavení individuálního léčebného plánu,
- **na úrovni skupin pacientů** – zde lze např. sledovat dopad a úspěšnost léčby a její vedlejší účinky,
- **na úrovni populační** – slouží např. pro tvorbu preventivních programů, vyhledávání rizikových skupin obyvatel.

Křivohlavý uvádí tři skupiny metod měření kvality života (Křivohlavý 2002, s. 165-177):

- **Metody měření kvality života, kde je hodnotitelem druhá osoba**
  - APACHE II, která hodnotí závažnost onemocnění dle kvantitativních odchylek fyziologických funkcí pacienta od stavu normálního.
  - Karnofskyho index je zohledňován vizuálně spíše celkový stav pacienta, než jeho jednotlivé problémy, tento přístup je mnohem komplexnější, avšak subjektivní hodnocení různých lidí mohou být velmi rozdílná.
  - Symbolické vyjádření kvality života jde o normalizované hodnocení, kdy pomocí soustavy křížků jsou hodnoceny některé základní ukazatele, jako je samoobslužnost pacienta, schopnost komunikace a celkový psychický stav.
  - Slovní vyjádření kvality života, kdy jsou předem stanoveny jednotlivá kritéria, která jsou posuzována většinou dle několika stupňové škály.
- **Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality života.** Zatímco externí přístupy se zaměřují na objektivně měřitelné parametry kvality života a umožňují tak srovnávat kvalitu života jednotlivých pacientů, nemusí postihovat vždy ta kritéria, která pacient považuje za nejdůležitější.
  - Kvalita života dle životní spokojenosti - dle tohoto náhledu lze o vysoké kvalitě života hovořit u toho, kdo je se svým životem spokojen. Promítá se sem žebříček hodnot pacienta a jeho životní cíle.
  - Koncept metody SEIQoL – tento systém neklade dopředu žádná kritéria, vychází z představ pacienta, dle toho, co on považuje za důležité. Subjektivní nahlížení pacienta na kvalitu života se tak může odchylovat od objektivních údajů zjištěných v rámci externího přístupu.
- **Smíšené metody zjišťování kvality života.** Sem patří metody MANSA a LSS. Hodnocena je nejen spokojenost se životem, ale i spokojenost s některými jeho předem danými dimenzemi.



## **4 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

Sociální práce je společenskovední disciplína i praktická činnost profesionálních pracovníků vůči lidem, kteří se nějakým způsobem ocitli v sociálních problémech. Předmětem je jejich odhalování, vysvětlování a náprava. Jde o aplikaci společenské solidarity a snahu o naplnění individuálního potenciálu člověka (Hartl, Hartlová 2000, s. 446-447).

Tato bakalářská práce je zaměřena na lidi s duševním onemocněním, budu se proto dále zabývat především specifiky sociální práce s těmito lidmi.

### **4.1 Sociální pracovník jako poskytovatel péče o duševně nemocné**

Postavení sociálních pracovníků a péče, kterou poskytují, jsou ovlivněny tradicí, systémem zdravotnictví a sociálních služeb v dané zemi a jejich financováním. U nás se sociální pracovníci uplatňují nejčastěji v institucích, jako jsou psychiatrické léčebny, psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické domovy důchodců a ústavy sociální péče. Dále se uplatňují v komunitních zařízeních, jako jsou krizová centra, denní stacionáře, centra denních aktivit a v zařízeních podpory práce a bydlení (Matoušek 2005, s. 135).

Práce s lidmi s psychickým onemocněním má svá specifika, vyžaduje základní znalost psychopatologie duševních nemocí a tyto vědomosti aplikovat v přístupu a v komunikaci k nemocným lidem. Obecně je vhodné se chovat přirozeně, projevit zájem o jejich prožívání a názory (Máhrová, Venglářová 2008, s. 126).

I dle Matouška je základním předpokladem pro práci sociálního pracovníka znalost projevů a dynamiky duševních onemocnění, ten musí být schopen získat informace o klientovi, jeho okolí a zázemí, dále sestavit a realizovat plán intervencí včetně zhodnocení výsledků. K tomu je nutná empatie, schopnost naslouchat a vést rozhovor, vnímavost k verbálním i neverbálním projevům klienta. Při své práci spolupracuje s dalšími členy týmu, odborníky a institucemi. V rámci sociálního šetření pozoruje klientovu interakci s okolím, mapuje sociální síť (bydlení, práce, rodina), zjišťuje sociální historii, tedy vliv životních událostí na klienta v jeho minulosti (Matoušek 2005, s. 136-137).

Klient je na základě psychosociálního pojetí sociální práce rovnocenný partner sociálního pracovníka, klient určuje směr pomoci. U duševně nemocných lidí je toto postavení narušeno, je na ně nahlíženo spíše jako na pacienty. Důležitá je vhodná volba metod sociální práce v souladu s podrobným plánem, který sociální pracovník s klientem sestavuje, průběžně ho vyhodnocují a doplňují. Doporučuje se uzavření písemné smlouvy s vymezením práv a povinností na obou stranách. Na člověka s duševním onemocněním je potřeba nahlížet předně jako na člověka, nikoli jen na jeho diagnózu. Vedle lékařské pomoci je těmto lidem dobré poskytnout sociální pomoc (Mahrová, Venglářová 2008, s. 27-28).

Není vhodné za klienta rozhodovat, co je pro něj dobré a co ne. Vhodnější je s ním probrat výhody a nevýhody jeho rozhodnutí. (Dörner, Plog 1999, s. 95).

Sociální pracovník se může dále specializovat v těchto oblastech (Matoušek 2005, s. 138) :

- Psychiatrická rehabilitace (oblast bydlení a práce), sociální rehabilitace
- Případové vedení (case management)
- Psychoterapie (rodinná, individuální, skupinová)

### **Šetření u lidí s duševním onemocněním**

Při šetření u lidí s duševním onemocněním postupuje sociální pracovník jednotlivými fázemi. K tomu potřebuje jak teoretické, tak praktické zkušenosti, vhodná je možnost supervize nebo intervize s kolegy. Šetření probíhá paralelně s intervencemi nebo může být jejich součástí (Probstová, Pěč 2014, s. 171).

První fází je mapování, kam spadá navázání kontaktu s klientem a citlivé pozorování jeho okolí a vzájemných interakcí. Získané údaje se dále analyzují a stanoví se případová diagnóza. Následuje popis psychopatologie do sociálního rámce klienta, určí se potřeby, zdroje. Dále je ve spolupráci s členy týmu zpracována diagnóza, která je součástí závěrečné zprávy (Probstová, Pěč 2014, s. 171-172).

Šetření je kontinuální, dynamický proces, opakuje se v čase, pomocí nástrojů pozorování, rozhovoru, mapování a interakcí slouží k průběžným analýzám, plánování péče a jejímu hodnocení. Na rozdíl od většiny členů týmu sociální pracovník pracuje v terénu, v běžném prostředí klienta, má tak možnost zjistit jeho aktuální i dlouhodobou funkční kapacitu, jak ve svém prostředí funguje, jaké má možnosti a za jakých podmínek je schopen realizovat své možnosti (Probstová, Pěč 2014, s. 172-174).

## Vztah a komunikace s klientem

Komunikace je nástrojem pro vytváření vztahu s klientem, ten by měl být motivující a dodávající pozitivní zkušenost s jiným člověkem. Pro dobrý vztah je potřebný vzájemný respekt. Je nutno akceptovat klienta tak, jak je, snažit se mu porozumět. Důležité je jednat pro dobro klienta, korigovat jeho očekávání, nezklamat důvěru. Vztah s klientem je o partnerství, společně je vypracován plán spolupráce, obě strany vnášejí své názory, nápady a hlediska. Sociální pracovník se musí vyvarovat tendencí, jako je hodnocení klientova počínání, nálepkování, diagnostikování a nevědomého odmítání klienta, neboť do vztahu mohou vstupovat i soukromé pocity (Máhrová, Venglářová 2008, s. 97-99).

V rámci komunikace je nutné se nemocnému a jeho možnostem přizpůsobit. Kontakt s lidmi s psychickým onemocněním může být různorodý. Záleží na tom, v jaké fázi onemocnění se nachází. Projevy komunikace mohou být různé, od odmítavého postoje, vztahovačnosti, až po přehnanou ochotu. Překážkou bývá neschopnost nemocného odlišit podstatné a odbíhání od tématu. Nutné je přistupovat s trpělivostí, nikdy nevyvracet nemocnému jeho bludy a přesvědčení. Vhodné je empatickým způsobem zmírnit napětí a úzkost nemocného. Je potřeba počítat s tím, že projevem nemoci bývá i neschopnost starat se o své záležitosti i o sebe sama. Protože jde o jeden z projevů nemoci, nelze se na klienta za to zlobit (Máhrová, Venglářová 2008, s. 126-128).

## Hranice mezi sociálním pracovníkem a klientem

Sociální pracovník musí mezi sebou a klientem udržet určité hranice (Máhrová, Venglářová 2008, s. 99-100):

- **Hranice prostoru a času** – předem je vymezen čas a místo setkání. Jsou respektovány osobní zóny.
- **Hranice pomoci a kontroly** – vztah s klientem má být založen na partnerství. Potřeba pomáhat a dlouhodobá práce s klienty mohou vytvořit pocit převahy. Sociální pracovník má větší přehled a začne určovat způsob pomoci. Naopak klient žádá hotová řešení, nahlíží na sociálního pracovníka jako na experta. Aby byl zachován princip pomoci, musí být na začátku objednávka klienta. Sociální pracovník poté nabídne možnosti, konečný výběr má klient, účast sociálního pracovníka na realizaci je dána společnou dohodou. Naopak na základě principu kontroly sociální pracovník nebo instituce definuje problém, k tomu určí cíle a způsob jejich dosažení a kontroluje jejich plnění.

- **Hranice profesionálního vztahu** – v jedné rovině může ze strany sociálního pracovníka dojít k přílišné otevřenosti vůči klientovi, sdělování informací ze soukromí ve snaze klientovi pomoci a motivovat ho. Následkem může být posun k přátelskému vztahu. V další rovině se může sociální pracovník cítit příliš zaangažován a nabízí nadstandardní pomoc, čehož klient může zneužívat. Na druhou stranu může dojít ke zneužití převahy sociálního pracovníka žádostmi o protislužby, nevhodným fyzickým kontaktem apod.

## **4.2 Systém péče o lidi s duševním onemocněním**

Duševní nemoc a její vývoj je spíše proces, nikoli trvalý stav. Sociální služby proto musí pružně reagovat na měnící se potřeby nemocného. Tomuto požadavku odpovídá nejlépe model řízené péče, kdy manažerem této péče může být psychiatr, psycholog, ale i sociální pracovník. V období akutní nemoci je využívána lůžková, nebo ambulantní lékařská péče. Ústavní péče je vhodná pro ty, kteří se o sebe nedokáží postarat a pro jedince nebezpečné pro sebe a okolí. Pro ty, co jsou samostatnější, je pak vhodnější forma denních stacionářů (Matoušek 2007, s. 99).

V poslední době je před institucionalizovanou péčí dávána přednost komunitním službám. V konceptu vyvážené péče jde o zapojení lůžkové péče, praktických lékařů, ambulantní psychiatrické služby a týmů včetně krizové služby a denních stacionářů, dlouhodobé rezidenční péče v komunitě a služeb psychiatrické rehabilitace (Probstová, Pěč 2014, s. 185).

### **Komunitní péče a její formy**

Komunitní péče je opakem institucionální péče. Podstatou je takové uspořádání služeb (zdravotních, sociálních a jiných) pro duševně nemocné lidi (nebo jiné skupiny), aby mohli zůstat se svým hendikepem ve své komunitě a mít v ní plnohodnotný život (Matoušek a kol. 2003, s. 255).

Výhodou komunitní péče je provázanost sociální a zdravotní služby. Nabídka služeb je pestrá a vzájemně provázaná ve všech výše zmiňovaných oblastech péče. Zabezpečuje tak širokou škálu potřeb klienta, může předejít hospitalizaci a působí i preventivně. Oproti medicínskému hledisku se klade důraz na klienta, jeho životní podmínky a na rozvoj klientova potenciálu. Komunitní pomoc je stálá a dlouhodobá, poskytuje službu i klientům, kteří pomoc sami nevyhledávají (Máhrová, Venglářová 2008, s. 133).

**Denní stacionáře** - jsou alternativou, popř. pokračováním péče při hospitalizaci. Mohou sloužit i jako příprava na programy psychiatrické rehabilitace. Léčba vyžaduje aktivní spolupráci klienta, není proto vhodné do denních stacionářů zařazovat např. pacienty, kteří nesouhlasí s léčbou, potřebují náročné vyšetřovací postupy, pacienty s poruchami vědomí, agresivní, akutně intoxikované pacienty. Základem péče bývá psychoterapeutický program v kombinaci s dalšími postupy, dle povahy onemocnění. Denní stacionáře jsou vytvářeny jako součást lůžkových psychiatrických zařízení, nebo jako samostatná zařízení často v kombinaci s dalšími službami (krizové, ambulantní péče, rehabilitace) (Probstová, Pěč 2014, s. 191-192).

**Krizové služby** - mohou mít formu mobilních krizových týmů a krizových center, jejichž součástí bývá i malý počet lůžek. Jde o neodkladnou péči prostřednictvím krizové intervence, psychiatrického vyšetření, emergentní psychoterapie, farmakoterapie apod. Zapojeni bývají psychiatr, klinický psycholog, zdravotní sestry a sociální pracovníci (Probstová, Pěč 2014, s. 192-193).

**Psychiatrická rehabilitace** - v posledních dvou desetiletích 20. století se moderní psychiatrická rehabilitace stala součástí sociálního a zdravotnického systému. Cílem rehabilitace je obecně zmírnění nebo kompenzace stavu snížené aktivity a stavu omezené participace. Využíváno je množství různých modelů, společným cílem je snaha pomoci duševně nemocným lidem zvládat život v komunitě. Základem rehabilitace je stanovení rehabilitační diagnózy (klientovy cíle, jeho aktuální možnosti, podpora okolí). Na základě toho je následně zpracován rehabilitační plán. Výsledek jednotlivých intervencí je následně hodnocen (Matoušek 2005, s. 139-140).

**Případové vedení** - v lůžkových zařízeních je většinou nabídkou sociální péče stejná pro všechny pacienty. Až po jejich odchodu z takového zařízení je možné poskytovat sociální péči dle individuálních potřeb. V rámci case managementu byly rozvinuty postupy zabezpečující propojenost a návaznost takových služeb. Mezi efektivní postupy patří klinické případové vedení, kdy služby poskytuje přímo sociální pracovník, vytváří s klientem dlouhodobý vztah a podporuje ho v jednotlivých oblastech sociální péče. Na druhé straně je případové vedení zaměřeno i na podporu sociální sítě klienta, využívá technik psychiatrické rehabilitace. ACT (assertive community treatment) je založen na zastupitelnosti pracovníků pracujících v týmu. Tento postup je vhodný u klientů velkým množstvím potřeb (Matoušek 2005, s. 140-141).

Cílovou klientelou ACT týmů jsou duševně nemocní, kteří se neúčastní služeb, nedostavují se k ambulantní léčbě, neužívají léky, což vede k častým hospitalizacím a sociálním problémům. Pracovníci se vytrvale snaží kontaktovat klienta a zaangažovat ho do spolupráce. Následně jsou zjišťovány potřeby klienta a vytvořen plán jejich řešení (Probstová, Pěč 2014, s. 194-195).

**Týmová práce** - v současné době je péče o duševně nemocné lidi postavena především na spolupráci týmu specialistů, kdy každý přináší své specifické znalosti a zároveň spolupracuje s dalšími institucemi a osobami z klientovy blízkosti. Sociální pracovník přináší do týmu svou znalost s prací s lidskými vztahy a životními podmínkami ovlivňujícími klientovu schopnost uskutečňovat své životní plány a cíle. Sociální pracovník pracuje s klientem, jeho blízkými osobami, mobilizuje nebo vytváří zdroje v komunitě. Vedoucí týmu pak koordinuje aktivity týmu tak, aby co nejvíce prospívaly klientovi. V našich podmínkách bývají členy týmu sociální pracovník, psychiatr, psycholog, psychiatrická sestra, případně ergoterapeut (Matoušek 2005, s. 143).

**Komunitní kluby** – jejich cílem je vzájemné setkávání pacientů s obdobnou psychiatrickou nemocí, společné trávení volného času, vzájemná podpora a pomoc, případně větší kontakt s veřejným životem. Takové skupiny by neměly být řízeny profesionály, ale postupně by měla iniciativa přejít do rukou samosprávy tvořené osobami, které již mají s psychiatrickou nemocí zkušenosti (Dörner, Plog 1999, s. 267).

**Práce s rodinou** - soustavná terapeutická práce s rodinou je u nás dostupná spíše výjimečně. Měla by nastat ihned po fázi intenzivní léčby, aby se předešlo přílišnému opečovávání, nebo zavržení nemocného jeho rodinou (Matoušek 2007, s. 99).

S příbuznými žije obvykle 30-60% lidí se závažnou duševní nemocí. Práce s rodinou se tak stává důležitou součástí sociálních služeb. Aby bylo možno intervenovat dle potřeby klientů a jejich rodin, je třeba důkladně zmapovat klientovo rodinné zázemí. Rodina musí vědět, jak reagovat v krizových situacích, jak zvládat projevy nemoci, jak komunikovat. Práce s rodinou je obvykle týmová práce, sociální pracovník je odpovědný za její koordinaci. Využit může být individuální přístup s nácvikem sociálních dovedností a psychoedukací. Někteří sociální pracovníci s příslušným výcvikem se mohou podílet i na rodinné psychoterapii. Důležité je, aby sociální práce s rodinou reagovala na její aktuální problémy, ty byly řešeny po malých krocích a v rámci rodiny se pěstoval pocit soudržnosti a důvěry (Matoušek 2005, s. 145).

## **Oblasti sociální péče**

**Bránění společenské izolaci a stigmatizaci** - duševní onemocnění často způsobuje rozpad dosavadních vztahů a brání navazování nových vazeb. Je tak potom snadné se dostat do společenské izolace. S duševní nemocí je také spojeno mnoho předsudků a stereotypů, což vede ke stigmatizaci nemoci. Na nemocného je nahlíženo v nových rolích spojených s nemocí. Může také docházet k sebestigmatizaci, kdy se nemocný cítí být bezcenný, nepotřebný, že do normálního světa nepatří (Máhrová, Venglářová 2008, s. 129).

**Zisk a rozvoj sociálních schopností a dovedností** - vedle postižení vzniklého vlastní nemocí, vznikají ještě druhotná postižení, např. z důvodu dlouhodobé hospitalizace. V rámci nemocniční péče je třeba připravit pacienty na návrat do svého sociálního prostředí. Vhodná je možnost podílet se na chodu nemocničního oddělení, např. účastí na terapeutických skupinách, účastí na aktivizujících akcích, např. klubech a besedách, dále pak účastí na činnosti terapii. Cílem by měla být pomoc, rehabilitace směřující k propuštění z hospitalizace. Po návratu do svého prostředí jsou pacienti nuceni čelit stigmatizovanému pohledu okolí. Starost o klienty proto přebírají následné služby komunitní péče postavené na prvcích psychosociální rehabilitace, např. sociální centra, stacionáře, kluby a poradny (Máhrová, Venglářová 2008, s. 130).

**Chráněné a podporované bydlení** – lidé s duševním onemocněním žijí v České republice především v domácí péči a v léčebnách. Přebývají však i v zařízeních sociálních služeb, jako jsou specializované domovy důchodců pro lidi s duševní nemocí, běžné domovy důchodců a ústavy sociální péče a dále se nacházejí i mezi bezdomovci (Matoušek 2005, s. 145-146).

Lidé s duševním onemocněním jsou dle svého stavu po hospitalizaci v psychiatrických zařízeních schopni bydlet v různých formách chráněného bydlení. Snahou je dosáhnout toho, aby každý dle svého zdravotního stavu mohl užívat co nejvíce samostatnou formu bydlení. Jsou pacienti, kteří se neobejdou bez lůžkového psychiatrického zařízení, někteří ale mohou žít v domech pro seniory s psychiatrickou péčí, nebo ústavech sociální péče, další zvládnou život v komunitním bydlení, či chráněných bytech s podporou asistentů. V ideálním případě žije pacient ve vlastním bydlení, kam za ním dochází asistenční služba (Máhrová, Venglářová 2008, s. 130-131).

- **Domy na půl cesty** (komunitní bydlení) – domy, kde bydlí více klientů, kteří se podílí na společných úkonech, jako je např. úklid, vaření. Nápomocen bývá terapeut, většinou se službou 24 hodin denně. Tyto domy bývají tréninkové, jako předstupeň dalším formám bydlení, nicméně pro mnoho pacientů je zapotřebí této formy bydlení trvale. Za situace, že nezvládají samostatnější formy bydlení, je to nejlepší alternativa před umístěním v psychiatrických zařízeních (Máhrová, Venglářová 2008, s. 130-131).
- **Chráněné byty** – klienti zde mohou bydlet většinou po omezený čas samostatně, nebo společně. Cvičí si tu některé návyky a mají i možnost si přivolat asistenční službu, která jim pomůže s případnými obtížemi. V ideálním případě se klienti odtud vrací do svých domovů, kde předtím nezvládali bydlet. Komplikací však bývá jednak finanční náročnost, kdy je nutno si vedle stávajícího vlastního bydlení platit i náklady bydlení v chráněném bytě, někdy bývá problematický návrat do svého původního bydlení. U mladých pacientů, kteří původně bydleli s rodiči, nemusí být prospěšné, se do takového bydlení vracet. Mnoho pacientů také může mít původní bydlení spojeno s nepříjemnými zážitky ve spojení s jejich nemocí, mohou zde být i např. špatné vztahy se sousedy apod. Pak nezbyvá než hledat zprostředkované sociální bydlení (Máhrová, Venglářová 2008, s. 130-131).
- **Podporované bydlení** – pacienti bydlí ve vlastním domě, kam za nimi chodí asistenční služba v podobě sociálních pracovníků, terapeutů a zdravotníků. Nevýhodou může být skutečnost, že asistenti nemohou stíhat pokrýt větší množství podporovaných bydlení rozptýlených po větším území (Máhrová, Venglářová 2008, s. 130-131).
- **Sociální byty** – jsou vhodné zejména pro mladé pacienty, kteří se chtějí odpoutat od svých rodin, které by na jejich stav mohly působit negativně (Máhrová, Venglářová 2008, s. 130-131).

### **Chráněná práce**

- **Chráněné dílny** - nejvyšší míra ochrany je poskytována chráněným dílnám. Uplatnění mívají tréninkové kavárny a nejrůznější dílny. Odměna za práci není žádná, nebo jen symbolická. Důležitější je smysluplnost vykonávané činnosti. O provoz se starají různé neziskové organizace, mnohdy je ale náročná ekonomická udržitelnost projektu (Máhrová, Venglářová 2008, s. 132).



- **Přechodné a podporované zaměstnání** – jedná se o pracovní místa v běžných firmách v rámci trhu práce, je tak umožněna integrace. U přechodného zaměstnání si musí během omezené doby, nejčastěji šesti měsíců, vytvořit základní návyky, které pak využije na volném trhu práce. U podporovaného zaměstnání je tu možnost se obrátit v případě obtíží na asistenta, který může klientovi pomoci řešit věc se zaměstnavatelem. Tyto služby bývají zasazeny do již fungujících rehabilitačních programů s dalšími návaznými službami (Máhrová, Venglářová 2008, s. 132).

**Smysluplné trávení volného času** - úzce souvisí se ziskem a udržováním sociálních dovedností. Napomáhá socializaci pacienta. Volnočasovým aktivitám se věnují různé denní stacionáře, které klientům připravují různé sportovní, výtvarné aktivity, výlety, společenské akce, výuku např. jazyků, práce s počítačem (Máhrová, Venglářová 2008, s. 132-133).

Lidem s duševní nemocí může v trávení volného času bránit mnoho různorodých překážek. Může jít o finanční náročnost, dostupnost místa, odmítání okolí, nebo strach z odmítnutí, nedostatek dovedností, strach z nové, neznámé situace, komunikační potíže, nízká sebedůvěra. Úkolem sociálního pracovníka je pomáhat budovat sociální síť klienta. Podporuje proto klienta v jeho činnostech, snaží se mu otevírat dveře do různých institucí, pomáhá organizovat služby, jež pacienti nabízejí pro ostatní (Matoušek 2005, s. 150-151).

## **5 ORGANIZACE „PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ“**

Péče o duševní zdraví je neziskovou organizací, která se snaží pomáhat lidem s duševním onemocněním. Cílovou skupinou jsou lidé starší 18 let s chronickým duševním onemocněním. Dle statistických údajů se z více jak poloviny jedná o schizofreniky, dále jsou zastoupeny poruchy jako afektivní poruchy, poruchy osobnosti, neurotické poruchy a další. Spolek působí v několika pobočkách na území Královéhradeckého a Pardubického kraje prostřednictvím svých středisek v Pardubicích, Chrudimi, Hradci Králové, Jičíně, Rychnově nad Kněžnou a Ústí nad Orlicí. Jedná se o spádovou oblast s 800 000 obyvateli. Činnost je financována z dotací a grantů, především dotací Ministerstva sociálních věcí a krajských a obecních samospráv (Výroční zpráva Péče o duševní zdraví z roku 2014 [online]).

### **5.1 Program poskytování sociálních služeb**

Péče o duševní zdraví se snaží podporovat lidi s duševním onemocněním ve spokojeném a samostatném životě, učit je praktickým dovednostem a řešit sociální problémy. Snaží se o vytvoření systému péče o duševně nemocné a propojit tuto péči s navazujícími sociálními a zdravotnickými službami. Svoji činnost realizuje pomocí následujících programů (Péče o duševní zdraví - Veřejný závazek, [online]).

**Sociální rehabilitace** – zahrnuje ambulantní i terénní sociální služby. Jde o pomoc s rozvíjením jejich dovedností, rozvojem vztahů s okolím s cílem samostatného a spokojeného života ve svém prostředí a minimální nutností odborné asistence. Naučit se, jak rozpoznat příznaky své nemoci a včas požádat o pomoc. Najít a udržet kontakty s osobami v přirozeném okolí klienta. Dále jde o pomoc s tím, jak aktivně trávit volný čas a minimalizovat tak sociální vyloučení a osamělost například ve volnočasových klubech, resp. klubových setkáních.

**Služby následné péče** – slouží k zapojení se do běžného života v místě bydliště po hospitalizacích v psychiatrických zařízeních apod., zvládnutí projevů duševní nemoci a předcházení opětovným hospitalizacím. Lze řešit krizové situace, jako jsou dluhy, mezilidské konflikty. Pomáhají najít a udržet kontakty s osobami v přirozeném okolí klienta, a také zajistit a udržet klienta v kontaktu s lékařskou péčí.

**Sociálně-terapeutická dílna** – se uskutečňuje ve středisku Výměník v Pardubicích. Zaměřuje se na propojení sociální a pracovní rehabilitace v chráněné kavárně, chráněné dílně s obchodem. Jedná se o formu chráněných pracovních míst, trávení času v bezpečném prostředí, udržování a rozvíjení pracovních a sociálních dovedností.

## **5.2 Oblasti poskytované pomoci**

Dle průvodce sociálními službami je pomoc poskytována v následujících oblastech (Průvodce po sociálních službách poskytovaných občanským sdružením Péče o duševní zdraví [online]):

- **Oblast bydlení** – pomoc při zajištění chodu domácnosti, kontakt se sousedy, vlastníky, samosprávou.
- **Oblast financí** – pomoc s hospodařením s penězi, sestavení rozpočtu, zprostředkování kontaktu s věřiteli, pomoc při zajišťování sociálních dávek.
- **Oblast volného času** – plánování volného času, kontakt na volnočasové organizace, doprovod a asistence při vstupu do organizací, pořádání volnočasových aktivit ve vlastní režii.
- **Oblast práce** – pomoc při vyhledávání zaměstnání, pomoc s vyhledáváním práce na internetu, doprovod na úřad práce, asistence při studiu a při organizaci studia, studijního plánu, poradenství jak se učit.
- **Oblast zdraví** – předávání informací o nemocech a jejich projevech.
- **Provázení při krizových situacích** – podpora při stresových a krizových situacích jako prevence předcházení zhoršení projevů nemoci, nebo vypuknutí její ataky.

## **5.3 Průběh spolupráce organizace Péče o duševní zdraví s klienty**

Dle průvodce sociálními službami spolupráce zpravidla probíhá následujícím způsobem (Průvodce po sociálních službách poskytovaných občanským sdružením Péče o duševní zdraví [online]):

- **Frekvence schůzek** – záleží na individuální potřebě a domluvě. Nejčastěji jednou za jeden až dva týdny.
- **Individuální plán** – sestaven je plán, ve kterém se určí cíle a způsob jejich dosažení. Plánovat lze schůzku od schůzky, většinou je plán nastaven na několik týdnů až měsíců dopředu s rozdělením úkolů. Průběžně lze vyhodnocovat úspěchy a neúspěchy.

- **Spolupráce s rodinou a blízkými osobami** – pokud s tím klient souhlasí, je obvyklé tyto osoby zapojit do spolupráce.
- **Spolupráce s lékaři** – se souhlasem klienta poskytuje lékař sociálnímu pracovníkovi informace a doporučení ke zdravotnímu stavu klienta.
- **Spolupráce s dalšími službami** – snaha zprostředkovat klientovi další služby, např. volnočasové apod.
- **Směřování k samostatnosti a nezávislosti** – smyslem práce sociálního pracovníka je vést klienta k samostatnosti, aktivně ho zapojovat, nevykonávat činnosti za něho.
- **Hodnocení spolupráce** – průběžné hodnocení toho, čeho se podařilo dosáhnout, čeho ne, co udělat jinak. Za účelem zkvalitňování služeb jsou klienti jednou ročně požádáni o vyplnění dotazníků ohledně spokojenosti se službami.

#### **5.4 Středisko Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou**

Středisko v Rychnově nad Kněžnou bylo založeno v roce 2009 v současné době má registrovanou službu sociální rehabilitace. Dle výroční zprávy z roku 2014 zde využívalo služby 115 klientů a 75 uživatelů se smlouvou a bylo poskytnuto 1967 služeb (intervencí). Zhruba třetina klientů byla kontaktována v terénu, třetina ve zdravotnických zařízeních a třetina lidí byla asertivně kontaktována pracovníky přímým oslovením na základě upozornění či žádosti o pomoc ze strany rodiny, úřadu, lékaře apod. Služby zde poskytují 4 sociální pracovníci, včetně jednoho vedoucího. Pod pobočku v Rychnově nad Kněžnou zatím spadá i detašované pracoviště v Náchodě, kde působí dva sociální pracovníci. V roce 2014 hospodařila pobočka s příjmy 2 276 496 Kč. Z většiny jde o tržby z individuálního projektu KHK, dále dotace Královéhradeckého kraje, MPSV a měst v oblasti působení střediska (Rychnov nad Kněžnou, Kostelec nad Orlicí a další) (Výroční zpráva Péče o duševní zdraví z roku 2014 [online]).

## **6 METODOLOGIE VÝZKUMU**

Základním předmětem výzkumu bude popsat kvalitu života klientů organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou. Obsahem pojmu kvalita života jsem se blíže zabývala v teoretické části této práce. Organizace WHO pro výzkum v této oblasti vytvořila univerzální instrument v podobně standardizovaného dotazníku, konkrétně dotazník WHOQOL–BREF. Rozhodla jsem se ho proto použít pro svůj výzkum. Ačkoli klienti organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou tvoří relativně malou skupinu a vzorek pro formu kvantitativního výzkumu není velký, díky standardizovanému dotazníku je možné jejich zjištěnou kvalitu života následně porovnávat s ostatní populací. Aby návratnost dotazníků byla co největší, zvolila jsem cestu anonymního vyplnění dotazníku. V další části svého výzkumu se budu zabývat přímým vlivem sociálních služeb poskytovaných organizací Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou na kvalitu života klientů. Dotazník jsem proto doplnila o druhou část otázek s předdefinovanou škálou pevně daných odpovědí, na poslední z nich je možnost odpovědět volně. Pomocí této dodatečné sady otázek by mělo být možné získat nejen informace o přímém vlivu organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou na kvalitu života jejích klientů, ale i zhodnotit, zda tento vliv je pozitivní, nebo negativní. Pokusím se zjistit, jak samotní klienti hodnotí kvalitu svého života ve srovnání s dobou, kdy do této organizace nedocházeli, zda cítí zlepšení, či ne, pokud ano, v čem změna spočívá.

### **6.1 Metoda a technika sběru dat**

Pro tuto práci byla zvolena technika kvantitativního výzkumu. Jak jsem zmínila výše, tato forma především umožňuje vzájemně porovnávat jednotlivá data, tedy porovnat výstup z mého výzkumu s daty zjištěnými u běžné populace.

Dle Dismana lze pomocí kvantitativního výzkumu testovat, zda existuje souvislost mezi proměnnými a jaká tato souvislost je. Jde vlastně o testování jednotlivých hypotéz. Uplatňuje se zde deduktivní metoda, kdy pomocí hypotézy stanovíme předpoklad vztahu mezi proměnnými. Následně je testováno, zda je taková hypotéza pravdivá. To se děje pomocí sběru dat, které se analyzují s cílem potvrzení, nebo vyvrácení hypotézy (Disman 2011, s. 76).

Formu kvantitativního výzkumu jsem zvolila i z dalších, praktických důvodů. Výzkum bude proveden mezi osobami s duševním onemocněním, od počátku bylo nutné zohlednit, že je nelze příliš zatěžovat. Po konzultaci s pracovníky organizace Péče o duševní zdraví jsem dospěla k závěru, že forma kvalitativního, popř. kombinovaného výzkumu by nebyla možná. Anonymní dotazník znamenal pro respondenty menší zátěž už jen pro rychlost jeho vyplnění.

### **Instrument WHOQOL-BREF**

Měření kvality života může zohledňovat objektivní, měřitelné ukazatele zdraví, subjektivní náhled pacienta a jeho celkovou spokojenost, nebo subjektivní spokojenost v jednotlivých životních oblastech. Dotazníky WHOQOL kombinují měření dle objektivních ukazatelů zdravotního stavu s popisem dopadu nemoci a léčby na každodenní život pacienta. Zprostředkovávají tak i jeho subjektivní pohled (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 10).

Dotazníky WHOQOL byly tvořeny kvalitativní metodou, tedy pomocí rozhovorů s budoucími respondenty. K hodnocení využívají pětistupňové Likertovy škály. Postupným hodnocením otázek a odpovědí z pilotního průzkumu bylo zachováno 100 položek, které daly vzniknout dotazníku WHOQOL-100. Vytvořena byla i kratší verze WHOQOL-BREF s 26 položkami. 24 položek je sdruženo do 4 oblastí (fyzická, psychologická, sociální oblast a prostředí). Zbývající dvě položky se týkají celkového hodnocení. Dále pak byly postupně vytvořeny speciální dotazníky, aby bylo možno zjišťovat určitá specifika určitých nemocí (např. WHOQOL-HIV pro HIV pozitivní osoby), nebo aby bylo možno zjišťovat specifika určitých skupin obyvatel, na které obecné dotazníky necílí (např. WHOQOL-OLD pro skupiny lidí starší 60 let) (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 13-15).

## **6.2 Cíle výzkumu a hypotézy**

V první části je cílem výzkumu popsat kvalitu života osob s duševním onemocněním, které spolupracují s organizací Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou. Následně budu výsledky porovnávat s hodnotami zjištěnými v rámci výzkumu provedeného u populace v České republice. V druhé části dotazníku bude cílem zjistit spokojenost respondentů s poskytovanými sociálními službami a dále vliv této péče na jejich život a celkovou spokojenost. Následně porovnáám jejich současnou kvalitu života s dobou, než začali organizaci navštěvovat.

Vzhledem k tomu, že duševní nemoc s sebou přináší mnohá omezení - zdravotní, sociální a finanční, je zde předpoklad, že kvalita života osob s duševním onemocněním, které navštěvují organizaci Péče o duševní zdraví, je horší než kvalita života běžné populace. Dílčí hypotézou je, že zhoršení kvality života se nejvíce dotýká ztráty rodinných vztahů a přátel, spokojenosti se zdravím a pracovní výkonnosti.

Sociální služby poskytované organizací Péče o duševní zdraví jsou individuálně přizpůsobené potřebám klientů, jejich efekt by tedy měl mít znatelný. Mojí hypotézou tedy je, že bude převládat spokojenost s poskytovanými sociálními službami a kvalita života bude lepší, než v době, než klienti začali do organizace Péče o duševní zdraví docházet. Dílčí hypotézou je, že ke zlepšení kvality života díky poskytovaným sociálním službám nedochází v horizontu měsíců, ale spíše let.

### **6.3 Výzkumný vzorek**

Výzkumný vzorek tvoří klienti organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou. Dotazování bylo prováděno anonymní cestou, formou dotazníku. Rozdala jsem 40 dotazníků, z nichž se vhozením do sběrného boxu vrátilo 24 vyplněných. Šetření probíhalo během měsíců listopadu a prosince roku 2015. Klienti byli osloveni během klubových setkání, čajovny a osobních konzultací s některými pracovníky. Snažila jsem se přistupovat citlivě, nikoho k vyplnění nenutit. Před začátkem výzkumu jsem klub navštěvovala i v rámci praxe. Zmínila jsem, že navštívím kluby i v některých dalších termínech a poprosím klienty o pomoc s vyplněním dotazníku, který bude součástí mé bakalářské práce. Část z nich již dopředu souhlasila a slíbila vyplnění dotazníků. U zbytku osob byla patrna spíše nejistota. Relativně nízká návratnost dotazníků mohla být podmíněna obavou o soukromí a ovlivněna i dalšími specifickými důvody např. to může být způsobeno podstatou projevů jednotlivých duševních poruch, ale i tím, že klienti jsou sociálními pracovníky opakovaně upozorňováni a proškolení k tomu, aby nesepisovali s cizími lidmi jakékoliv dokumenty, kdy plně nerozumí jejich obsahu. Pokud jsem na respondentech pozorovala určité rozpolčení, zda vyplnit či nevyplnit dotazník, s ohledem na jejich zdravotní stav jsem si nedovolila je výrazněji přesvědčovat nebo nabádat k jejich vyplnění.

## 7 ANALÝZA VÝZKUMNÝCH DAT

Analýza dat byla provedena pomocí programu Excel na základě postupu uvedeného v manuálu WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 25-27).

V programu Excel byla zpracovaná i B část dotazníku včetně použitých grafů.

### 7.1 Analýza dotazníku část A – WHOQOL-BREF

tabulka č.1

ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU ČÁST A										
číselná stupnice hodnocení		1	2	3	4	5				
		velmi špatná	špatná	ani dobrá ani špatná	dobrá	velmi dobrá	PDZ	Dragomir. Bartoňová	rozdíl	počet resp.
1	kvalita života	2	3	9	9	1	<b>3,17</b>	3,82	-0,65	24
		velmi nespokojen	nespokojen /a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	dobrá	velmi dobrá				
2	spokojenost se zdravím	1	4	13	6	0	<b>3,00</b>	3,68	-0,68	24
		vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně				
3	bolest a nepříjemné pocity	1	5	8	5	5	<b>2,67*</b>	4,03*	<b>-1,36</b>	24
4	potřeba lékařské péče	4	5	10	4	1	<b>3,29*</b>	4,16*	<b>-0,87</b>	24
5	potěšení ze života	0	4	10	7	3	<b>3,38</b>	3,83	-0,46	24
6	smysl života	0	3	10	8	3	<b>3,46</b>	3,86	-0,40	24
7	soustředění	0	7	11	6	0	<b>2,96</b>	3,55	-0,59	24
8	osobní bezpečí	0	5	10	8	1	<b>3,21</b>	3,24	-0,03	24
9	životní prostředí	1	8	9	4	2	<b>2,92</b>	2,85	<b>0,07</b>	24
		vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela				
10	energie a únava	2	7	5	10	0	<b>2,96</b>	3,62	-0,66	24
11	přijetí tělesného vzhledu	1	4	8	10	1	<b>3,25</b>	3,9	-0,65	24
12	finanční situace	1	6	11	4	2	<b>3,00</b>	2,87	<b>0,13</b>	24
13	přístup k informacím	0	4	7	8	5	<b>3,58</b>	3,87	-0,29	24
14	záliby	1	1	3	15	4	<b>3,83</b>	3,33	0,50	24
		velmi špatně	špatně	ani dobře ani špatně	dobře	velmi dobře				
15	pohyblivost	0	1	8	10	5	<b>3,79</b>	3,23	<b>0,56</b>	24
		velmi nespokojen/a	nespokojen /a	ani spokojen/a ani nespokojen/a	spokojen/a	velmi spokojen/a				
16	spánek	3	3	7	11	0	<b>3,08</b>	3,61	-0,53	24
17	každodenní činnosti	0	4	6	14	0	<b>3,42</b>	3,76	-0,34	24
18	pracovní výkonost	4	8	6	6	0	<b>2,58</b>	3,76	<b>-1,18</b>	24
19	spokojenost se sebou	3	3	9	9	0	<b>3,00</b>	3,57	-0,57	24
20	osobní vztahy	0	4	5	11	4	<b>3,63</b>	3,75	-0,13	24
21	sexuální život	8	7	2	1	1	<b>1,95</b>	3,64	<b>-1,69</b>	19
22	podpora přátel	0	4	6	13	1	<b>3,46</b>	3,85	-0,39	24
23	prostředí v okolí bydliště	0	2	9	11	2	<b>3,54</b>	3,54	0,00	24
24	dostupnost zdravotní péče	0	4	7	10	3	<b>3,50</b>	3,7	-0,20	24
25	doprava	2	3	5	10	4	<b>3,46</b>	3,19	<b>0,27</b>	24
		nikdy	někdy	středně	celkem často	neustále				
26	negativní pocity	1	4	7	11	1	<b>2,71*</b>	3,47*	<b>-0,76</b>	24

\* u otázek č.3, 4 a 26 jsou průměry počítány po otočení škály odpovědi



V tabulce č. 1 jsou uvedeny vypočtené průměrné hodnoty jednotlivých otázek u klientů organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou v porovnání s výsledky z výzkumu provedeného u výběrového souboru pražské populace, uvedenými v manuálu WHOQOL-BREF (Dragomirecká, Bartoňová 2006, s. 41).

**Stejné hodnocení** se objevilo pouze u jediné otázky č. 23, která se dotýká spokojenosti s prostředím v okolí bydliště.

**Lepší hodnocení** se u klientů organizace Péče o duševní zdraví vyskytuje nejvýrazněji u otázek č. 15 – pohyblivost a č. 14 – záliby a dále u otázek č. 25 - doprava, č. 12 - finanční situace, č. 9 - životní prostředí.

**Horší hodnocení** se u klientů organizace Péče o duševní zdraví objevuje celkem u dvaceti otázek. Nejvýraznější zhoršení se objevuje u otázek č. 21 - sexuální život, č. 3 - bolest a nepříjemné pocity, č. 18 - pracovní výkonnost, č. 4 - potřeba lékařské péče, č. 26 - negativní pocity, č. 2 - spokojenost se zdravím, č. 10 - energie a únava, č. 1 - kvalita života, č. 11 - přijetí tělesného vzhledu, č. 7 – soustředění, č. 19 - spokojenost se sebou a č. 16 – spánek.

### **Pohyblivost a trávení volného času**

Lepší hodnocení u otázky pohyblivosti úzce souvisí s trávením volného času. Velká část klientů Péče o duševní zdraví je v invalidním důchodu, tráví tedy převážnou část dne doma. Obávají se sociálního kontaktu s lidmi, nedůvěřují si a nemohou se opřít o své přátele. Schopnost trávit svůj volný čas je tedy u nich zásadně narušena. Při omezeních, která s sebou duševní nemoc přináší, si pak klienti více cení zdraví v oblastech, kterých se duševní nemoc nedotkla. Jednou z nich je určitě i pohyblivost, tedy skutečnost, že mohou docházet a dojíždět nejen do organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou, ale i za různými zájmovými činnostmi do spolků a institucí.

Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou se ve své sociální činnosti zaměřuje na to, aby si klienti byli schopni samostatně naplnit svůj volný čas a pravděpodobně je to důvod, proč tyto položky dopadly lépe, než u běžné populace. Péče o duševní zdraví organizuje společné aktivity, jako jsou klubová setkání a čajovna, kde klienty podporují, aby se vzájemně domluvili na dalších společných volnočasových a sportovních aktivitách. V případě potřeby poskytnou oporu v podobě doprovodu při první cestě do instituce, jako je např. bazén, posilovna, pomohou domluvit rámec dalších návštěv, případně nějakou slevu na základě průkazu ZTP.

To může pomoci rozptýlit mnohdy přehnané obavy ze složitosti a přístupnosti dané služby. Například, když jedna z klientek projevila na společném klubu zájem o navštěvování posilovny, pracovník organizace ji podpořil s tím, že jí doprovodil a pomohl s nákupem permanentky. Když toto později zmínila na dalším klubu, našli se další zájemci, kteří začali do posilovny chodit s ní. Důležitá je i výuka práce na počítači a vyhledávání informací na internetu. Pracovníci učí klienty, jak si k dané instituci najít na internetu potřebné informace o provozu, její umístění apod. Při setkáních klubů je prostor na povídání o běžném životě, přáních a potřebách. Prioritou je ale navést klienty, aby podnikali společné aktivity i sami, bez vedení sociálních pracovníků.

### **Spokojenost se sexuálním životem**

U otázky č. 21 týkající se spokojenosti se sexuálním životem se v mém výzkumu objevil oproti běžné populaci největší propad. Na tuto otázku však neodpověděli všichni respondenti, kteří vyplnili dotazník, což zřejmě souvisí s určitou stydlivostí vyjádřit se k tomuto tématu. Duševní onemocnění často propuká v mladém věku, a tím znesnadní hledání partnera, či často zapříčiní rozpad rodiny. Velkým problémem je osamělost těchto lidí.

V literatuře se můžeme dočíst, že např. deprese s sebou nese neschopnost prožívat potěšení, sexuální aktivita je snížena. Nemocný se vyhýbá sociálním kontaktům s lidmi. Vztahy mohou být narušeny i díky nevrlosti a zlostným reakcím. Snaha navazovat a udržovat vztahy je nedostatečná, vztahy tak zanikají, nové se již netvoří (Probstová, Pěč 2014, s. 80-81).

Dále pak nemocní se schizofrenií ve vztazích kolísají mezi extrémy, snaží se k někomu přimknout, nebo jsou naopak podezřívaví a kontakt s lidmi omezují (Probstová, Pěč 2014, s. 52).

Základní problémy v této oblasti jsou tedy dva. Rozpad rodin a vztahů pro nadměrnou zátěž, kdy je od partnera nutná obrovská míra porozumění a tolerance, dále pak neschopnost navazovat vztahy nové, ať už z důvodu nedostatku příležitostí kvůli vyhýbání se veřejnému životu, nedostatku sebedůvěry, často kvůli obavě z reakce na skutečnost přítomnosti duševního onemocnění, nebo narušení sociálních dovedností jako je komunikace. Vliv může dále mít i medikace a dle mého názoru i závislost na cizí péči, hlavně rodičů a s tím spojená absence samostatného bydlení.

U klientů Péče o duševní zdraví však nelze odhlédnout od výsledků položky č. 20 - osobní vztahy, která se od běžné populace liší jen mírně. Je tu patrné, že činnost organizace cílená na setkávání se lidí a společné kluby mohou pozitivně ovlivňovat schopnost nalézt nové přátele. Klienty se daří zapojovat do veřejného života, jsou tu tedy možnosti k seznamování se s novými lidmi. V tomto lze sociální činnost posoudit jako úspěšnou. Zhodnocení, zda by mohlo pomoci zintenzivnění dalších forem sociální činnosti (práce v rodině, důraz na rozvíjení sebedůvěry, komunikačních schopností), je však nad rámec tohoto výzkumu.

### **Bolest a nepříjemné pocity**

K horšímu hodnocení této oblasti přispívá skutečnost, že především psychická bolest a obecně nepříjemné pocity bývají základním průvodním jevem duševních nemocí. Uvedené oblasti úzce souvisí i s dalšími otázkami č. 4 – potřeba lékařské péče a č. 26 – negativní pocity, kde je také patrný propad oproti běžné populaci.

U schizofrenie dochází celkově ke snížení citového prožívání, nemocní se často snaží izolovat, nebo naopak se snaží k druhému přimknout. Často se po prvních atakách objevuje deprese s pocity beznaděje, méněcennosti (Probstová, Pěč 2014, s. 50-51).

V manické fázi má nemocný pocity spíše pozitivní. Ty nepříjemné přicházejí až s vystřízlivěním po odeznění manické epizody. U deprese mají nemocní pocity skleslosti, smutku, beznaděje, ztrácí smysl života (Probstová, Pěč 2014, s. 70-80).

### **Pracovní výkonnost**

Horší hodnocení v této oblasti souvisí s tím, že zaměstnanost je jednou z oblastí, která bývá po vypuknutí duševní nemoci zasažena nejdříve a nejcitelněji. Souvislost se ztrátou zaměstnání lze hledat přímo u průvodních symptomů duševní nemoci, dále malou sebedůvěrou i určitou předpojatostí zaměstnavatelů, kteří se obávají zaměstnávat lidi s duševní nemocí. Buď nemají vhodná pracovní místa, nebo ještě častěji podléhají obecným mýtům a předsudkům o těchto lidech, často je zaměňují i za osoby s mentálním postižením.

U schizofrenie výkon práce ovlivňují potíže s pozorností, nemožnost se soustředit na jednu věc. Mohou se vyskytnout i obtíže zapamatovat si poslední události. Nesouvislost myšlení může ústit v neschopnost porozumět sdělení (Probstová, Pěč 2014, s. 49-50).

U mánie mají postižení zvýšené sebevědomí, tempo i aktivitu. V mírných a středně těžkých fázích toto okolím není vnímáno jako problém, nemocný zvládá své úkoly. V těžké fázi se objevují velikášské myšlenky, megalomanie, spojené s neuváženým ekonomickým jednáním (Probstová, Pěč 2014, s. 70).

Deprese má za následek celkové zpomalení jak myšlení, tak i fyzické. Celková výkonnost je snížena, ovlivněna je schopnost se soustředit. Je tak ovlivněna i pracovní výkonnost (Probstová, Pěč 2014, s. 80).

Při hledání pomoci s nalezením vhodného pracovního zařazení organizace Péče o duševní zdraví navázala spolupráci s dalšími subjekty, které se zaměstnáváním lidí s handicapem zabývají. Jedná se o občanské sdružení Aspekt, které pomáhá klientům najít si své místo ve společnosti, zejména prostřednictvím zapojení se do pracovního života. Aspekt nabízí také službu podporovaného zaměstnávání, kterou poskytuje v rámci sociálních služeb jako sociální rehabilitaci. Dále byla navázána spolupráce s organizací Pferda, která je provozovatelem tréninkové kavárny Láry Fáry v Rychnově nad Kněžnou, která vznikla v prosinci 2005 jako její první projekt. Láry Fáry je ambulantní službou sociální rehabilitace, kde nalézají uplatnění dospělé osoby s lehkým a středním mentálním postižením a jiným zdravotním postižením.

Duševně nemocné osoby mají při zaměstnávání specifické potřeby. Jednou z nich je i možnost pracovat v určitém přibližně určeném časovém rozmezí a ne v přesně stanoveném čase. To pomáhá redukci pocitů nervozity a úzkosti. V praxi se osvědčilo například roznášení letáků. Obecně zaměstnavatelé nejsou příliš ochotni přizpůsobit podmínky pro výkon práce obdobným požadavkům.

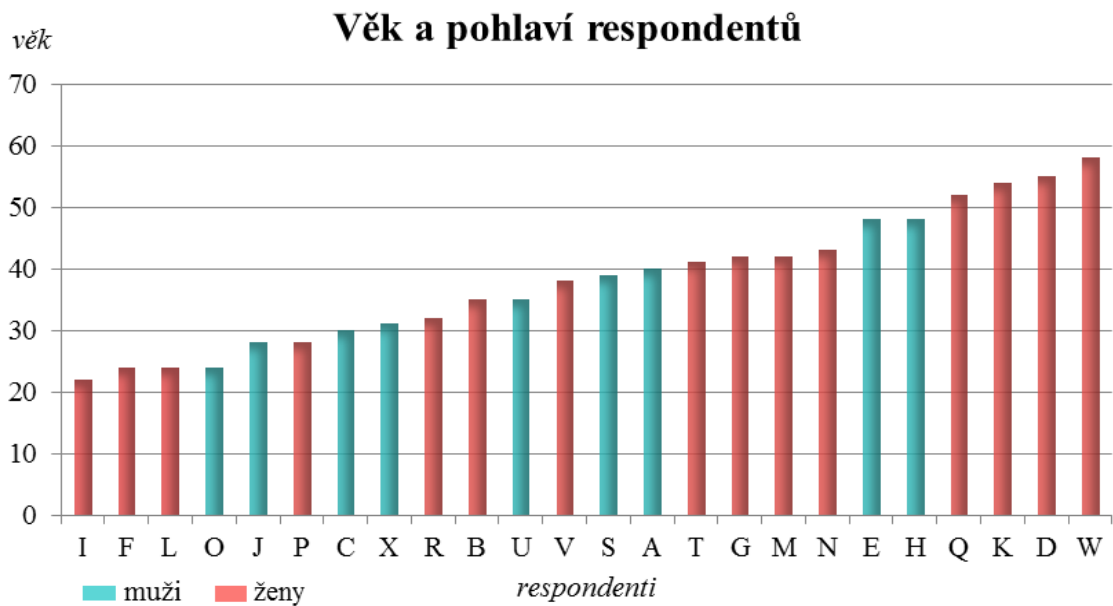
## 7.2 Analýza dotazníku část B

tabulka č. 2

ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKU ČÁST B						
1	Pohlaví	muži	9			
		ženy	15			
2	Věk	průměrný věk	38			
3	Ukončené vzdělání	neukončené základní	základní	střední bez maturity	střední s maturitou	vysokoškolské
		1	4	8	10	1
4	Rodinný stav	svobodný/á	ženatý/vdaná s druhem	rozvedený/á	vdovec/vdova	
		9	8	6	1	
5	Jak dlouho PDZ navštěvujete?	1 rok a více	2 roky a více	3 roky a více	4 roky a více	5 let a více
		2	5	5	7	5
6	Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života před začátkem spolupráce s PDZ?	1	2	3	4	5
		0	1	10	10	3
7	Jak byste hodnotil/a kvalitu svého současného života?	1	2	3	4	5
		1	8	11	2	2
8	Jste spokojen/a se službami, které Vám PDZ poskytuje?	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
		3	10	8	3	
9	Umožňuje Vám péče (služby) PDZ naplnění Vašich osobních potřeb a cílů?	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
		2	11	9	2	
10	Pomáhá Vám péče (služby) PDZ ke zlepšení Vaší celkové spokojenosti?	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
		4	10	8	2	
11	Pomáhá Vám tato péče (služby) PDZ k lepšímu začlenění do společnosti?	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
		4	14	4	2	
12	Podporují a rozvíjí v PDZ Vaši samostatnost?	vůbec ne	trochu	hodně	maximálně	
		4	7	12	1	
13	Nastala ve vašem životě nějaká výrazná změna, v souvislosti s návštěvami v PDZ?	NE	ANO, pokud ano, napište prosím v čem?			
		5	19			

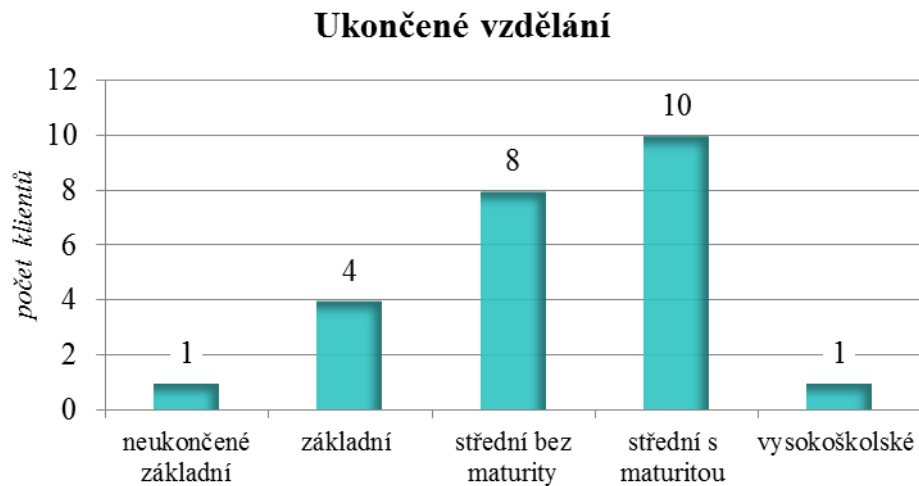
u otázek 7. a 8. hodnocení známkami jako ve škole (1 až 5)

graf č. 1



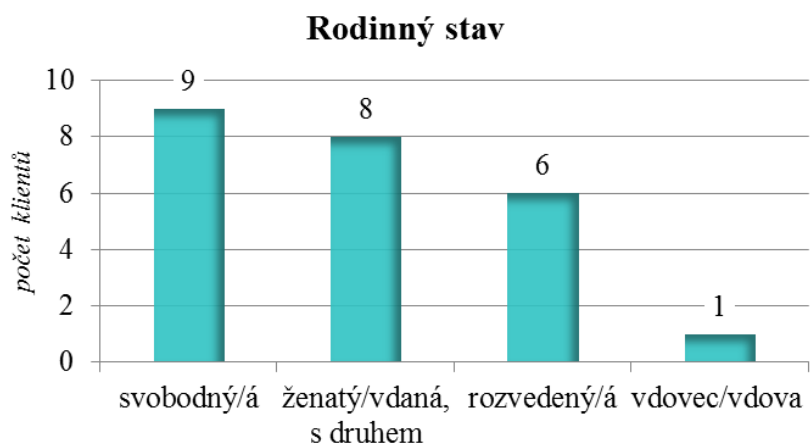
První čtyři otázky se týkaly demografických údajů o respondentech. Výzkumný vzorek tvořilo 15 žen, což je 63% a 9 mužů, což je 37%. Věkové rozložení a pohlaví je znázorněné v grafu č. 1, průměrný věk respondenta je 38 let.

graf č. 2



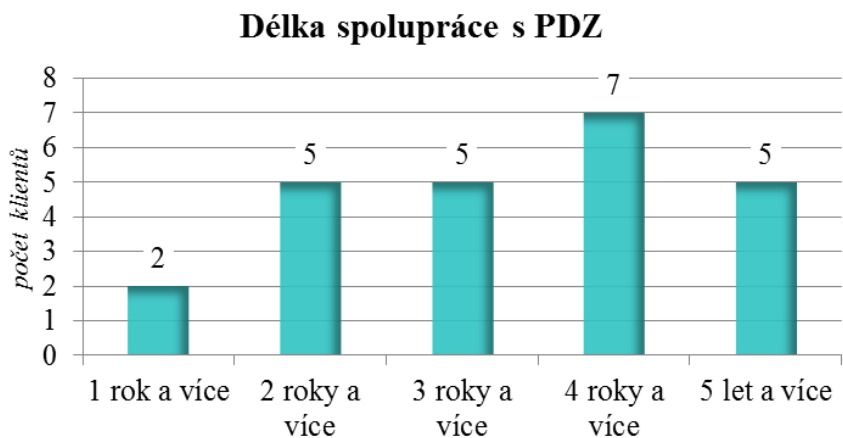
Většina klientů Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou má střední vzdělání. Vysokoškolské vzdělání uvedl pouze jeden klient. To může souviset s tím, že většina duševních nemocí se rozvíjí právě v období rané dospělosti.

graf č. 3



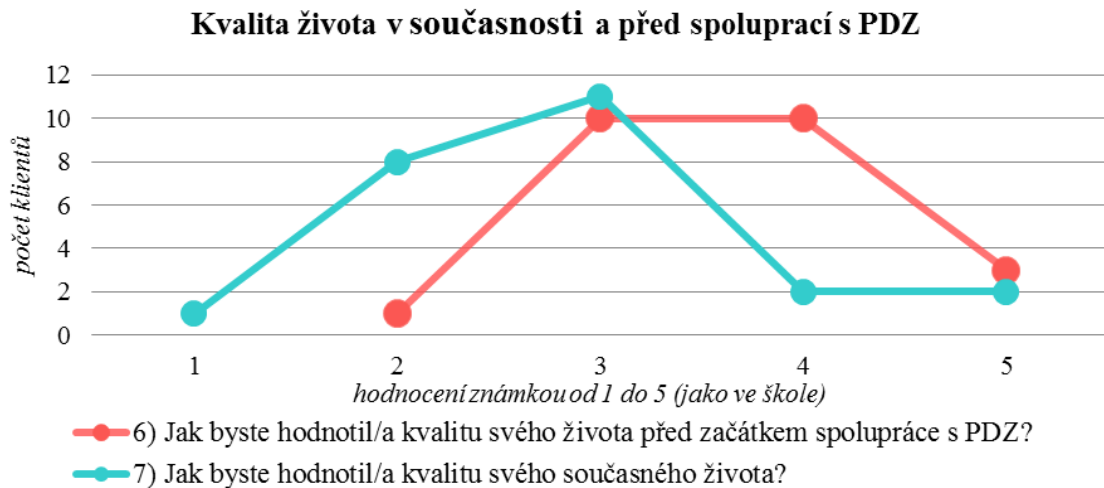
Výsledky položky rodinný stav dle očekávání souvisí s problémy v partnerských vztazích, kdy pro člověka s duševním onemocněním je složité nalezení a udržení stálého životního partnera. Počet rozvedených a svobodných jedinců převažuje nad těmi, kteří žijí v partnerském svazku, nebo jako druh a družka. Partnerské svazky jsou nejčastěji uzavírány v rané dospělosti, u respondentů nelze ani s ohledem na otázku č. 3 (ukončené vzdělání) uvažovat časové zpoždění z důvodu studia a vytváření pracovní kariéry. V období rané dospělosti bývají osoby duševní nemocí typu schizofrenie a deprese zasaženy nejčastěji. Později, pokud již žijí v partnerství, je vztah vystaven obrovskému tlaku, který daná dvojice ne vždy ustojí. Naplňuje se tedy hypotéza, že velká část klientů žije samostatně, bez partnera. Otázka na rodinný stav také zřejmě souvisí i s otázkou č. 21 (sexuální život) z dotazníku WHOQOL-BREF, která vyšla nejvýrazněji hůře oproti běžné populaci. Intervence v rodinách a snaha o samostatnost klientů, aby byli sami schopni navazovat nové vztahy, se proto zdá být do budoucna důležitou částí sociální práce s duševně nemocnými osobami.

graf č. 4



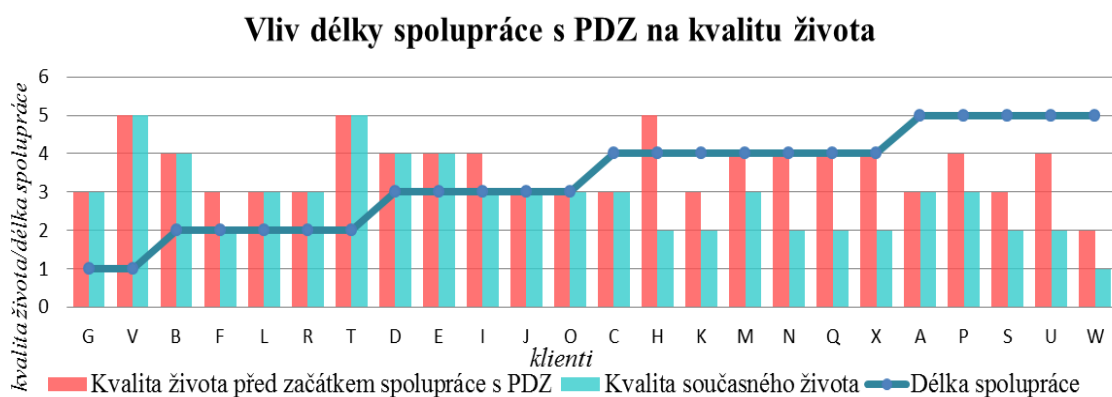
Přestože organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou funguje teprve 7 let, počet klientů trvale roste, graf č. 4 napovídá, že spolupráce s touto organizací není jednorázová, ani krátkodobá, ale je tu předpoklad, že bude trvat v horizontu let.

graf č. 5



Graf č. 5 zachycuje nejdůležitější část výzkumu, tedy obecné zhodnocení přínosu sociální péče poskytované v organizaci Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou na kvalitu života. Z grafu je patrné, že dochází k potvrzení hypotézy, že poskytování vhodných sociálních služeb má přímý a příznivý dopad na život lidí s duševním onemocněním. Je znát, že velkým podílem na zlepšování kvality života osob s duševním onemocněním mohou přispět neziskové organizace, jako je Péče o duševní zdraví.

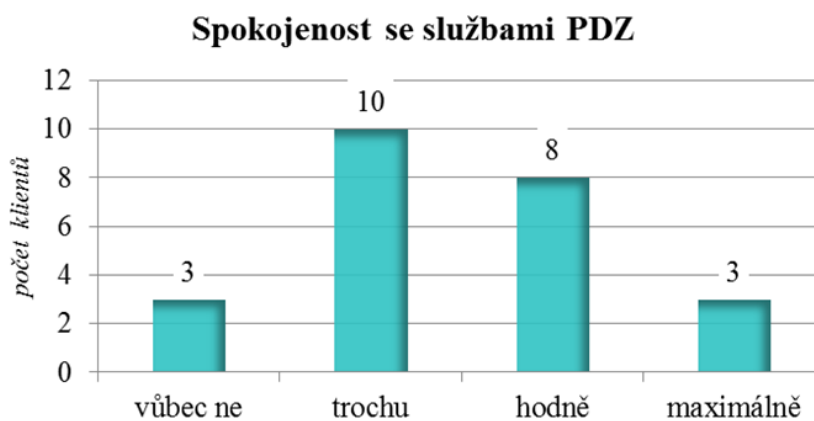
graf č. 6



Graf č. 6 zachycuje závislost doby spolupráce s organizací Péče o duševní zdraví na zlepšení kvality života. Lze vysledovat, že po třetím roce spolupráce se vnímání kvality života výrazněji zlepšuje, a tudíž souvisí s dobou poskytovaných sociálních služeb. Výrazněji je toto patrné až v horizontu tří a více let.

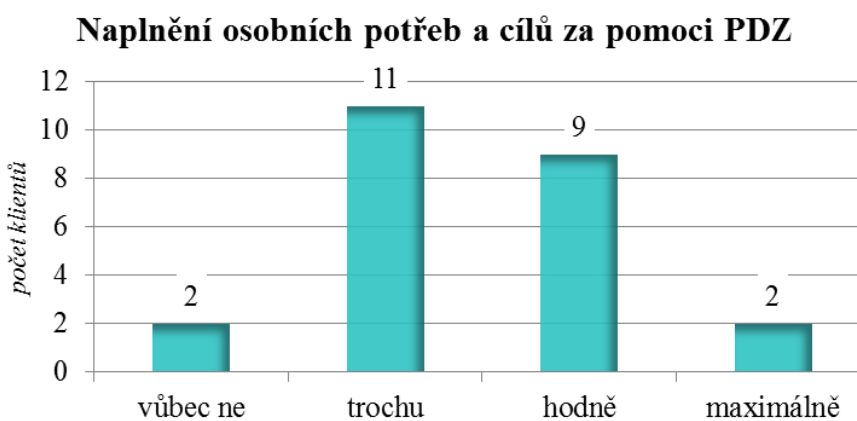


graf č. 7



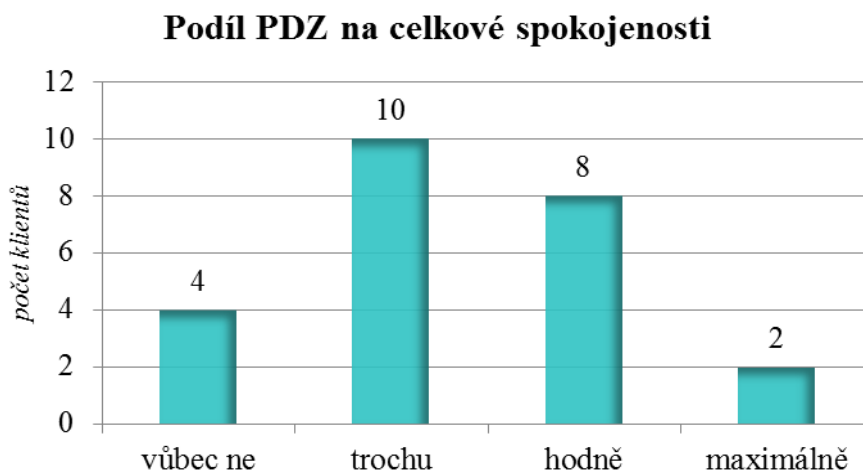
Otázka č. 8 byla koncipována na celkovou spokojenost s nabídkou a formou služeb poskytovaných organizací Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou. Jak vyplývá z grafu č. 7, klienti vyjádřili celkově spokojenost se službami. Drtivá většina je alespoň trochu spokojena. Spokojenost však nepanuje mezi všemi klienty. Zároveň jen část klientů označila spokojenost jako maximální. Klienti u poskytovaných služeb vnímají určité nedostatky. Přesto lze výsledky činnosti Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou označit za pozitivní.

graf č. 8



Otázka č. 9 se konkrétněji týká spokojenosti s naplněním osobních cílů, tedy toho co klienti vnímají jako důležité pro svůj život. Rozložení hodnocení klientů je podobné jako u obecné spokojenosti. Lze učinit závěr, že organizace Péče o duševní zdraví je schopna klientům nabídnout pomoc, kterou hledají a postrádají.

graf č. 9



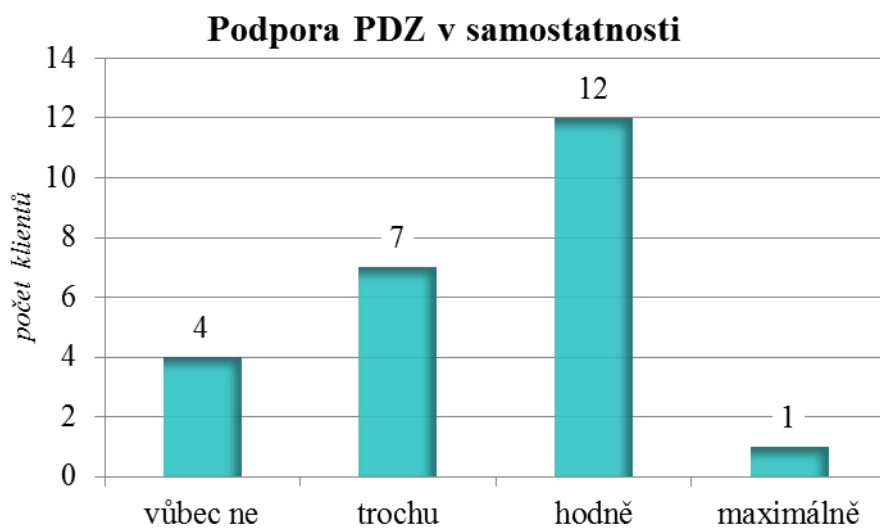
Za předpokladu, že organizace Péče o duševní zdraví přispívá ke kvalitě života svých klientů, což byla jedna ze základních hypotéz tohoto výzkumu, otázka č. 10 měla za úkol zjistit, jak organizace pomáhá ke zlepšení celkové spokojenosti respondenta. Tedy zda a v jaké míře očekávání pomoci a skutečně poskytnutá pomoc vedou k celkové spokojenosti klienta. Ukázalo se, že se celková spokojenost respondentů téměř kryje s naplněním jejich osobních potřeb a cílů a se spokojeností se službami poskytovanými v Péči o duševní zdraví. Nutno si také uvědomit, že sociální služba nikdy nepokryje 100% potřeb jedince, ale vždy zůstanou zásadní omezení a potíže plynoucí z duševní nemoci, jako je potřeba lékařské pomoci, finanční otázky apod. Vždy půjde jen o snahu se přiblížit k většinovému standardu.

graf č. 10



Mezi největší omezení plynoucí z trvalými duševní nemoci jsou sociální izolovanost a ztráta samostatnosti. Největší část sociální práce v rámci organizace Péče o duševní zdraví se zaměřuje na podporu těchto dvou oblastí.

graf č. 11



Cílem sociální práce je, aby klient byl schopný samostatně komunikovat a zařídit si své potřeby, a aby se účastnil veřejného života a nevystavoval se zbytečné izolaci. Pokud je potřeba, sociální pracovníci mu pomáhají a doprovázejí ho v situacích, kdy toho klient ještě není sám schopen. Postupně ho učí přijetí zodpovědnosti za vyřizování svých záležitostí. Dle grafů č. 10 a 11 se toto Péči o duševní zdraví převážně daří. Výsledky jsou opět velmi podobné odpovědím v předešlých otázkách. To lze jednoznačně vysvětlit skutečností, že začlenění do společnosti a podpora klientů v jejich samostatnosti je převážnou náplní činnosti jejich pracovníků.

Poslední otázka je otevřená, jejím cílem je zjistit, zda v životě klientů došlo k nějaké významné změně v souvislosti se spoluprací s Péčí o duševní zdraví a jakou změnu považují za nejvýraznější. 19 respondentů, což je 79% z výzkumného vzorku odpovědělo, že v jejich životě nastala v souvislosti s návštěvami nějaká výrazná změna. Pouze 5 klientů, což je 21% z výzkumného vzorku nemá pocit, že by v souvislosti s návštěvami k nějaké výrazné změně došlo. Odpovědi pokryly celou řadu oblastí, kterým se Péče o duševní zdraví při sociální práci s klienty věnuje. Klienti vyzdvihli pochopení vlastní nemoci, osamostatnění se, zapojení se do společnosti, zlepšení vztahů s příbuznými a nalezení nových přátel. Několikrát byla zmíněna i oblast vzdělání a práce, konkrétně pomoc při studiu, získání poznatků o trhu práce, nalezení zaměstnání. Dvakrát byl oceněn přínos ve volnočasových aktivitách.

## ZÁVĚR

Smyslem sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je zmírnění jejich izolace, dovést je k tomu, aby se aktivně a samostatně starali o své záležitosti a zapojovali se do společnosti. Jde o překonávání bariér, přijetí sebe sama, narušování zakořeněných mylných domněnek a hledání ztracené sebedůvěry. Žádný typ sociální péče nemůže vést k úplné spokojenosti klienta, smyslem je spíše celkově dosáhnout určité relativní míry spokojenosti díky posunu v dílčích oblastech kvality života.

Výzkum díky standardizovanému dotazníku WHOQOL-BREF jednoznačně prokázal, že osoby s duševním onemocněním vnímají svoji kvalitu života hůře než běžná populace. Naplněny byly i dílčí hypotézy, že zhoršení kvality života se nejvíce dotýká ztráty rodinných vztahů a přátel, spokojenosti se zdravím a pracovní výkonnosti, protože se negativní hodnocení nejčastěji objevilo v oblastech sexuální život, bolest a nepříjemné pocity, negativní pocity, potřeba lékařské péče, energie a únava, pracovní výkonnost a soustředění. Naopak u některých otázek, jako je pohyblivost a trávení volného času, se objevilo oproti hypotézám pozitivnější hodnocení než u běžné populace. Což může souviset s tím, že tyto oblasti mají pro osoby s duševním onemocněním jiný význam. Více si váží toho, že mohou docházet a dojíždět za svými aktivitami. Mnohdy se jedná o osoby v invalidním důchodu, bez pracovního poměru, naplnění volného času je tedy pro ně důležité. Potvrzena byla také hypotéza, že mezi klienty Péče o duševní zdraví bude převládat spokojenost s poskytovanými sociálními službami. To se odrazilo v pozitivním posunu vnímání kvality života ve srovnání s dobou, než začali s organizací Péče o duševní zdraví spolupracovat. Nízké procento nespokojených osob může být ovlivněno i skutečností, že k vyplňování dotazníků byli ochotni spíše klienti, kteří na tom byli zdravotně lépe a ti, kteří jsou se službami organizace spokojeni. Na druhou stranu jsem zjistila, že je jen minimum maximálně spokojených klientů. To zřejmě souvisí s jejich vyššími očekáváními. Jaká to jsou a nakolik jsou realistická, by mohlo být do budoucna vodítkem pro další tentokrát již kvalitativní výzkum. Nakonec byla potvrzena i má poslední dílčí hypotéza, že pozitivní efekt pomoci sociální péče není okamžitý. Graf č. 6 ukázal, že je znatelnější až po třech letech spolupráce. Není tedy možné se spokojit s pouhým nastíněním možností a jednorázovou intervencí. Je vidět, že dlouhodobá péče je nutným předpokladem účinné sociální pomoci. Celkově pak bylo potvrzeno, že sociální služby poskytované organizací mají smysl a pro osoby s duševním onemocněním jsou přínosné.

V organizaci Péče o duševní zdraví je citelná snaha o poskytování sociální péče způsobem, jaký je popsán ve čtvrté kapitole. Mám tím na mysli především důraz na samostatnost klientů, kdy sociální pracovník nekoná za klienta, ale spíše ho doprovází, ukazuje cestu. Ve svém zaměstnání i na odborných praxích v rámci studia, jsem se v jiných institucích setkala i s odlišným přístupem k sociální práci. Někdy se nepracuje individuálně, neřeší se motivace klientů, aby to byli oni sami, kdo se o sebe má postarat. Dostávají hotová řešení, sociální pracovník je někdy vnímán jako ten, který se postará a zajistí i to, co by klient zvládl sám. Změnit zaběhnutý systém není jednoduché, nestačí mít v sociálních službách pracovníky, kteří čerpají ze znalostí moderních metod sociální práce a zahraničních zkušeností. Problém spočívá i v nepřipravenosti české společnosti a také ve strnulosti některých zaběhnutých postupů, kdy není jednoduché navázat komunitní typ služeb na stávající systém sociálních a lékařských služeb. Zdá se, že část české veřejnosti není ještě plně připravena na větší zapojení osob s duševním onemocněním do společnosti. Roli zde hrají neznalost, předsudky a z toho plynoucí obavy. I to může být důvod, proč se mnozí obávají veřejně přiznat duševní nemoc, proč například je velmi obtížné, aby osoba s duševním onemocněním našla vhodné zaměstnání.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*, 4. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze nakladatelství Karolinum 2014

DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské*, 1. vyd. Praha: Grada 1999

DRAGOMIRECKÁ, E. BARTOŇOVÁ, J. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*, 1. Vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha 2006

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*, 1. vyd. Praha: Portál 2000

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*, 1. vyd. Praha: Portál 2001

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*, 1. vyd. Praha: Grada 2002

MAHROVÁ, G., VENGLAŘOVÁ M. a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, 1. vyd. Praha: Grada 2008

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*, 1.vyd., Praha: Portál 2003

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*, 1.vyd., Praha: Portál 2007

MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*, 1.vyd., Praha: Portál 2005

PROBSTOVÁ V., PĚČ O. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*, 1.vyd., Praha: Potál 2014

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3. vyd. Praha: Portál 2004

## **INTERNETOVÉ ZDROJE**

*Výroční zpráva Péče o duševní zdraví, 2014* [online]. [cit. 1. 11. 2015]

Dostupná z: <http://www.pdz.cz/vyrocni-zprava.html>

*Péče o duševní zdraví - Veřejný závazek* [online]. [cit. 1. 11. 2015].

Dostupný z: [http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/ve%20veřejn%C3%BD%20z%C3%A1vazek%20PDZ\\_2015.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/Dokumenty/ve%20veřejn%C3%BD%20z%C3%A1vazek%20PDZ_2015.pdf)

*Průvodce po sociálních službách poskytovaných občanským sdružením Péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 1. 11. 2015]

Dostupný z: [http://www.pdz.cz/uploaded/Pr%C5%AFvodce%20po%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1ch\\_verze%20intranet.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/Pr%C5%AFvodce%20po%20soci%C3%A1ln%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1ch_verze%20intranet.pdf)

## **SEZNAM GRAFŮ A TABULEK:**

### **Seznam grafů:**

Graf č. 1 – Věk a pohlaví respondentů

Graf č. 2 – Ukončené vzdělání

Graf č. 3 – Rodinný stav

Graf č. 4 – Délka spolupráce s PDZ

Graf č. 5 – Kvalita života v současnosti a před spoluprací s PDZ

Graf č. 6 – Vliv délky spolupráce s PDZ na kvalitu života

Graf č. 7 – Spokojenost se službami PDZ

Graf č. 8 – Naplnění osobních cílů a potřeb za pomoci PDZ

Graf č. 9 – Podíl PDZ na celkové spokojenosti

Graf č. 10 – Pomoc PDZ k lepšímu začlenění do společnosti

Graf č. 11 – Podpora PDZ v samostatnosti

### **Seznam tabulek:**

Tabulka č. 1 – Zpracování dotazníku část A

Tabulka č. 2 – Zpracování dotazníku část B

### **Seznam příloh:**

Příloha č.1 - Dotazník



## **ANOTACE**

**Jméno a příjmení autora:** Helena Tobišková

**Název katedry a fakulty:** Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie, Filozofická fakulta

**Název bakalářské práce:** Jak duševní onemocnění ovlivňuje kvalitu života klientů organizace Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou

**Vedoucí práce:** Mgr. Pavel Veselský, Ph.D.

**Počet znaků** (včetně mezer, bez příloh): 81 740

**Počet příloh:** 1

**Počet použitých zdrojů:** 15

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, kvalita života, sociální práce, sociální služby

Bakalářská práce se věnuje kvalitě života lidí s duševním onemocněním a sociální práci s nimi. Cílem práce je zjištění, jak je ovlivněna jejich kvalita života a jaký vliv má na ni péče poskytovaná organizací Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou. Teoretická část se zabývá pojmy duševní zdraví a nemoc a vybranými duševními poruchami. Následující kapitoly se věnují pojmu kvalita života a dále sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a popisu organizace Péče o duševní zdraví. V praktické části je popsán výzkum kvality života lidí s duševním onemocněním prováděný formou anonymního dotazníku a jejich spokojenost se sociální péčí poskytovanou v organizaci Péče o duševní zdraví v Rychnově nad Kněžnou.

## **ANNOTATION**

**Keywords:** mental disorder, quality of life, social work, social services

Bachelor thesis is dedicated to the quality of life of people with a mental illness and social work with those people. The aim is to determine how affected is their quality of life and what effect has the social care provided at Péče o duševní zdraví organization. The theoretical part deals with terms mental health and illness and selected mental disorders. Next chapters are devoted to the term quality of life and to the social work with people with a mental illness and to the description of the organization Péče o duševní zdraví. The practical part describes a research about the quality of life of people with a mental illness which was carried out using an anonymous questionnaire and their satisfaction with the social care offered by organization Péče o duševní zdraví in Rychnov nad Kněžnou.

## PŘÍLOHY

### *Příloha č. 1*

Dobrý den,

jmenuji se Helena Tobišková a 3. rokem studuji obor Sociální práce na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který bude sloužit jako podkladový materiál pro mou bakalářskou práci na téma kvalita života lidí s duševním onemocněním. Dotazník je rozdělen na dvě části, cílem první části je zjistit zda a jakým způsobem organizace Péče o duševní zdraví (dále jen PDZ) ovlivňuje kvalitu života klientů. Druhou část tvoří standardizovaný dotazník světové zdravotnické organizace WHOQOL – BREF, který je zaměřen přímo na kvalitu Vašeho současného života. Na otázky prosím odpovídejte zakroužkováním nebo křížkem vyhovující odpovědi, případně otázku doplňte o vlastní názor. Ujišťuji Vás, že tento dotazník je zcela anonymní.

Děkuji Vám za čas, který jste věnovali jeho vyplnění.

Helena Tobišková

### Část A:

#### **KVALITA ŽIVOTA DOTAZNÍK SVĚTOVÉ ZDRAVOTNICKÉ ORGANIZACE - WHOQOL-BREF (krátká verze)**

Tento dotazník zjišťuje, jak vnímáte kvalitu svého života, zdraví a ostatních životních oblastí. Odpovězte laskavě na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první. Berte přitom v úvahu, jak běžně žijete, své plány, radosti i starosti. Ptáme se Vás na Váš život za poslední dva týdny.

<b>Přečtete si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.</b>						
		<b>velmi špatná</b>	<b>špatná</b>	<b>ani dobrá ani špatná</b>	<b>dobrá</b>	<b>velmi dobrá</b>
1	Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5
		<b>velmi nespokojen/a</b>	<b>nespokojen/a</b>	<b>ani spokojen/a, ani nespokojen/a</b>	<b>spokojen/a</b>	<b>velmi spokojen/a</b>
2	Jste spokojen/a se svým zdravím?	1	2	3	4	5
<b>Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožíval /a určité věci.</b>						
		<b>vůbec ne</b>	<b>trochu</b>	<b>středně</b>	<b>hodně</b>	<b>maximálně</b>
3	Do jaké míry Vám bolest brání v tom, co potřebujete dělat?	1	2	3	4	5
4	Jak moc potřebujete lékařskou péči, abyste mohl/a fungovat v každodenním životě?	1	2	3	4	5
5	Jak moc Vás těší život?	1	2	3	4	5
6	Nakolik se Vám zdá, že Váš život má smysl?	1	2	3	4	5
7	Jak se dokážete soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

<b>Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste dělal/a nebo mohl/a provádět určité činnosti v posledních dvou týdnech.</b>						
		<b>vůbec ne</b>	<b>spíše ne</b>	<b>středně</b>	<b>většinou ano</b>	<b>zcela</b>
10	Máte dost energie pro každodenní život?	1	2	3	4	5
11	Dokážete akceptovat svůj tělesný vzhled?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz k uspokojení svých potřeb?	1	2	3	4	5
13	Máte přístup k informacím, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte možnost věnovat se svým zálibám?	1	2	3	4	5
		<b>velmi špatně</b>	<b>špatně</b>	<b>ani dobře, ani špatně</b>	<b>dobře</b>	<b>velmi dobře</b>
15	Jak se dokážete pohybovat?	1	2	3	4	5
<b>Další otázky se zaměřují na to, jak jste byl/a šťastný/á nebo spokojený/á s různými oblastmi svého života v posledních dvou týdnech.</b>						
		<b>velmi nespokojen/a</b>	<b>nespokojen/a</b>	<b>ani spokojen/a, ani nespokojen/a</b>	<b>spokojen/a</b>	<b>velmi spokojen/a</b>
16	Jak jste spokojen/a se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak jste spokojen/a se svou schopností provádět každodenní činnosti?	1	2	3	4	5
18	Jak jste spokojen/a se svým pracovním výkonem?	1	2	3	4	5
19	Jak jste spokojen/a sám/sama se sebou?	1	2	3	4	5
20	Jste spokojen/a se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
21	Jak jste spokojen/a se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
22	Jak jste spokojen/a s podporou, kterou Vám poskytují přátelé?	1	2	3	4	5
23	Jak jste spokojen/a s podmínkami v místě, kde žijete?	1	2	3	4	5
24	Jak jste spokojen/a s dostupností zdravotní péče?	1	2	3	4	5
25	Jak jste spokojen/a s dopravou?	1	2	3	4	5
<b>Následující otázka se týká toho, jak často jste prožíval/a určité věci během posledních dvou týdnů.</b>						
		<b>nikdy</b>	<b>někdy</b>	<b>středně</b>	<b>celkem často</b>	<b>neustále</b>
26	Jak často prožíváte negativní pocity, jako je např. rozmrzelost, beznaděj, úzkost nebo deprese?	1	2	3	4	5

## **Část B:**

### **1) Pohlaví:**

- a) muž - b) žena

### **2) Věk: \_\_\_\_\_**

### **3) Ukončené vzdělání**

- a) neukončené základní
- b) základní
- c) střední bez maturity
- d) střední s maturitou
- e) vysokoškolské

### **4) Rodinný stav**

- a) svobodný/á
- b) ženatý/vdaná, s druhem
- c) rozvedený/á
- d) vdovec/vdova

### **5) Jak dlouho PDZ navštěvujete? : \_\_\_\_\_**

### **6) Jak byste hodnotil/a kvalitu svého života před začátkem spolupráce s PDZ?**

*(Ohodnoťte prosím známkami jako ve škole, 1 je nejlepší, 5 nejhorší, správnou možnost zakroužkujte.)*

1                      2                      3                      4                      5

### **7) Jak byste hodnotil/a kvalitu svého současného života?**

*(Ohodnoťte prosím známkami jako ve škole, 1 je nejlepší, 5 nejhorší, správnou možnost zakroužkujte.)*

1                      2                      3                      4                      5

