

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Bakalářská práce

2023

Tereza Veselíková

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Kvalita života osob s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Autor: Tereza Veselíková

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Hradec Králové

2023

Zadání bakalářské práce

Autor: Tereza Veselíková

Studium: F20BK0100

Studijní program: B0923P240001 Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce v preventivních službách

Název bakalářské práce: **Kvalita života osob s duševním onemocněním**

Název bakalářské práce AJ: Quality of life of people with mental illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se bude zabývat kvalitou života osob s duševním onemocněním a sociální prací s nimi. V teoretické části se práce zaměřuje na duševní poruchy, vybraná duševní onemocnění, kvalitu života, sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, sociální služby pro duševně nemocné a seznámení s Centrem péče o duševní zdraví. Praktická část bude realizována pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů s klienty, kteří tráví volný čas v Centru péče o duševní zdraví.

ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmír, ed. Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy. Praha: Portál, 2006, 320 s. ISBN 80-7367-154-9. GURKOVÁ, Elena. Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada), 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada), 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Oponent: PhDr. Daniela Květenská, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 15.6.2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne

Tereza Veselíková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Lenka Neubauerová, PhD. za odborné vedení mé bakalářské práce, ochotu, cenné rady a připomínky. Dále děkuji všem pracovníkům CPDZ v Hradci Králové a respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu.

Anotace

VESELÍKOVÁ, Tereza. Kvalita života osob s duševním onemocněním. Hradec Králové, 2023, 70 stran, Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Bakalářská práce se zabývá kvalitou života osob s duševním onemocněním a sociální prací s nimi. V teoretické části se práce zaměřuje na duševní poruchy, vybraná duševní onemocnění, kvalitu života, sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, sociální služby pro duševně nemocné a seznámením s Centrem péče o duševní zdraví. Praktická část bude realizována pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů s klienty, kteří tráví volný čas v Centru péče o duševní zdraví.

Klíčová slova

KVALITA ŽIVOTA, DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ, DUŠEVNÍ PORUCHY, SOCIÁLNÍ PRÁCE, SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Annotation

VESELÍKOVÁ, Tereza. Quality of life of people with mental illnesses. Hradec Králové, 2023, 70 p., University of Hradec Králové, Faculty of Arts, Department of Social Work. Bachelor thesis. Leader: PhDr. Lenka Neubauerová, Ph.D.

The bachelor thesis deals with the quality of life of people with mental illnesses and social work with them. In the theoretical part, the work focuses on mental disorders, selected mental illnesses, quality of life, social work with people with mental illnesses, social services for the mentally ill and familiarization with the Center for Mental Health Care. The practical part will be implemented using qualitative research, in the form of semi-structured interviews with clients who spend their free time at the Mental Health Care Center.

Keywords

QUALITY OF LIFE, MENTAL ILLNESS, MENTAL DISORDERS, SOCIAL WORK, SOCIAL SERVICES

Obsah

Seznam použitých zkratk	10
ÚVOD	11
1. Cíl práce a metodika zpracování	12
1.1. Hlavní cíl práce	12
1.2. Metodika zpracování	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
2. Duševní poruchy	14
2.1. Vývoj psychiatrie	14
2.2. Základní pojmy	15
2.3. Mezinárodní klasifikace duševních poruch	16
2.4. Charakteristika duševních poruch	17
2.4.1. Schizofrenie	18
2.4.2. Afektivní poruchy	20
2.4.3. Obsedantně-kompulzivní porucha	21
3. Kvalita života	23
3.1. Pojetí kvality života	25
4. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	27
4.1. Sociální práce	27
4.2. Sociální služby	30
4.3. Psychiatrická péče	33
4.3.1. Reforma psychiatrie	34
4.4. Léčení duševních poruch	35
5. Centrum péče o duševní zdraví	39
5.1. Seznámení s organizací	40
6. Shrnutí teoretické části	43
PRAKTICKÁ ČÁST	44
7. Metodologie výzkumu	44
7.1. Formulace výzkumných cílů	44
7.2. Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	45
7.3. Použitá výzkumná strategie a technika	48
7.4. Výzkumná lokalita a výzkumný vzorek	48
7.5. Způsob zpracování údajů	50
7.6. Reflexe etických rizik výzkumného šetření	50
8. Analýza a interpretace dosažených výsledků	52

DVC 1: Zjistit, jak vnímají osoby s duševním onemocněním kvalitu svého života a v jakých oblastech nejvíce pocítují snížení nebo zvýšení kvality života.....	52
DVC 2: Zjistit, jaký přínos má Centrum péče o duševní zdraví pro klienty	55
DVC 3: Zjistit, jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější.	57
9. Shrnutí výzkumné části	61
Doporučení pro praxi	63
Závěr	65
Seznam použité literatury a internetové zdroje	67
Seznam tabulek	70
Seznam obrázků	70
Seznam příloh	70
Příloha 1: Přepis rozhovoru s respondentem č. 1	I
Příloha 2: Informovaný souhlas	V

Seznam použitých zkratk

CDZ	Centrum duševního zdraví
CPDZ	Centrum péče o duševní zdraví
DVC	Dílčí výzkumný cíl
HVC	Hlavní výzkumný cíl
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
R	Respondent
Sb.	Sbírka zákonů
TO	Tazatelská otázka
WHO	Světová zdravotnická organizace

ÚVOD

Duševní zdraví je stav, který lidem umožňuje produktivně fungovat ve společnosti. Člověk nesmí zůstat stát na místě, ale snažit se růst. Základem každodenního zvládnutí těžkých situací je mít se rád a mít zdravý optimismus, to platí i v případě lidí s duševním onemocněním. Důležité je, aby nemoc přijali, takovou, jaká je a neupadali do stavů bezmoci. Kvůli duševní nemoci lidé mění svůj život, protože onemocnění zasahuje do všech životních oblastí.

V bakalářské práci se budu věnovat tématu s názvem Kvalita života osob s duševním onemocněním. Při volbě tématu mě inspirovala praxe v rámci studia, kterou jsem absolvovala v Centru péče o duševní zdraví, které je součástí mé praktické části výzkumu. Teoretická část je členěna do několika kapitol a podkapitol. V první kapitole představím cíl metodiky práce.

Druhá kapitola je věnována duševním poruchám, kde se budu zabývat základními pojmy a charakteristikou vybraných poruch. Třetí kapitola nese název kvalita života. Zde se zaměřím na pojem kvality života a její celkové pojetí.

Ve čtvrté kapitole představím sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, dále se budu věnovat psychiatrické péči, která se sociální prací úzce souvisí, následně představím i sociální služby. Budou zde zahrnuty možnosti léčení duševních poruch, které jsou dostupné. Pátá kapitola se bude zabývat Centrem péče o duševní zdraví. Na začátku kapitoly se seznámíme s centrem duševního zdraví a poté s organizací Centra péče o duševní zdraví v Hradci Králové, ve kterém bylo prováděno výzkumné šetření. Teoretickou část ukončím shrnutím všech kapitol.

Druhá část bakalářské práce je zaměřena na praktickou část, kterou otevírám metodologií výzkumu. Dále zformuluji výzkumné a dílčí cíle, které budu přetvářet pomocí transformační tabulky do otázek pro respondenty. Dále popíšu výzkumnou strategii a techniky, které byly v práci použity. Představím výzkumnou lokalitu a vzorek, který byl vybrán na pomoc při zjišťování výsledků kvalitativní výzkumné strategie. Budu se zabývat způsobem zpracování a reflektovat etická rizika výzkumného šetření. Další podkapitola se bude věnovat interpretaci dosažených výsledků, které byly zjištěny pomocí rozhovorů s vybranými respondenty. Tuto bakalářskou práci ukončím shrnutím praktické části, doporučením pro praxi a závěrem.

1. Cíl práce a metodika zpracování

1.1. Hlavní cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je provést kvalitativní výzkum, který má za cíl zjistit, jak Centrum péče o duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života osob s duševním onemocněním. Inspirací pro výběr tématu pro mě byly praxe v Centru duševního zdraví. Díky docházení do centra mají osoby s duševním onemocněním možnost aktivně využívat svůj čas, řešit své problémy a hledat nové přátele. Centrum duševního zdraví také dává osobám s duševním onemocněním pocit bezpečí a jistotu, že na své problémy nejsou sami.

Pro zjištění hlavního cíle výzkumu jsem určila tři dílčí výzkumné cíle, které jsem zjišťovala pomocí vytvořených otázek. Cíle budou zjišťovat, jak si představují osoby s duševním onemocněním svou kvalitu života. Dále také jaký přínos má Centrum péče o duševní zdraví pro klienty a jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější.

Výzkumem bych se měla dozvědět subjektivní názory klientů, co si představují pod pojmem kvalita života a co je klíčové pro jejich spokojenost.

1.2. Metodika zpracování

Pro výzkumnou část práce jsem zvolila kvalitativní formu výzkumu v podobě polostrukturovaných rozhovorů. Tato metoda se mi zdá lepší, už jen proto, že jsem s respondenty mohla navázat bližší kontakt a oni se mohli více otevřít. Výběr respondentů jsem směřovala, aby měli společnou charakteristiku.

Respondenti daného výzkumu jsou lidé s duševním onemocněním ve věku 38–66 let. Jsou to klienti sociální služby Centra duševního zdraví Hradec Králové. Společnou charakteristikou respondentů je psychotické nebo neurotické onemocnění, dále pak docházka do Centra duševního zdraví, které jim umožňuje aktivně trávit svůj volný čas.

Klienty Centra jsem požádala o spolupráci na výzkumu k mé bakalářské práci na praxi, kterou jsem v CPDZ absolvovala. Nejprve jsem je seznámila s cílem práce a současně jsem jim sdělila, že bude zachována jejich anonymita. V den konání

kvalitativní výzkumné strategie ve formě polostrukturovaných rozhovorů byli respondenti seznámeni s průběhem rozhovoru a možností neodpovědět na otázky, pokud by jim nebyly příjemné. Byli také požádáni o souhlas s nahráváním rozhovoru, který výzkumníkovi slouží jako pomoc při přepisování rozhovoru.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, a to teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena na pět hlavních kapitol, které byly zpracovány na základě odborné literatury a internetových zdrojů. První kapitola je věnována cíli práce a metodice zpracování.

Ve druhé kapitole se zabývám duševními poruchami, jejich charakteristikou, seznámením s vybranými duševními poruchami, vymezením základních pojmů a vývojem psychiatrie.

Třetí kapitola se zabývá kvalitou života. Charakterizují zde samotné pojmy a vymezují pojetí kvality života.

Čtvrtá kapitola s názvem Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je členěna do několika podkapitol. Pátá kapitola je věnována Centru duševního zdraví a seznámení se službou Centrum péče o duševní zdraví v Hradci Králové. Poslední kapitola se věnuje praktické části.

TEORETICKÁ ČÁST

2. Duševní poruchy

Zde se zaměřím na duševní poruchy, které lidstvo provázejí po celou dobu jeho existence a nejsou ničím novým pro dnešní dobu. Nejdříve se stručně zaměřím na vývoj psychiatrie, dále definuji pojmy jako je zdraví a nemoc, protože abychom mohli diagnostikovat duševní poruchu, musíme znát jednotlivé příznaky i normu psychického zdraví. (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Duševní poruchy jsou vyvolávány vlivy, které je možno poznat, ale i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat. Dále vám představím klasifikaci duševních chorob a vybrané duševní poruchy. (Malá, Pavlovský, 2010)

2.1. Vývoj psychiatrie

O duševních poruchách se mluvilo už ve **starověku**. Zmínka je i ve Starém zákoně, kdy se David snažil zažehnat depresi krále Saula hrou na lyru. V Egyptě se duševně nemocní léčili **tzv. chrámovým léčením**, pomocí zpěvu, modliteb a zařikávání. Klid v duši navozovali omamnými látkami. Duševní nemoci byly považovány za projev božího hněvu nebo posedlost démonem, proto se toto pojetí nazývá **démonologie**. Antičtí lékaři jako byl Hippokrates nebo Galén, považovali duševní nemoci **za projev tělesné poruchy**.

„Nemocní byli většinou izolováni od okolního světa. Při léčení duševních chorob se kladl důraz především na tzv. pouštění žilou, pálení vlasové části lebky horkými železnými tyčemi apod. Byli i lékaři vymykající se obvyklým postupům: Savonarola (1384-1461), profesor lékařství na univerzitě v Padově, tvrdil, že duševně nemocnému je třeba vrátit především spánek, uložit jej na visutém lůžku v chladné místnosti, střídavě sázet baňky a pouštět žilou, podávat projímadla a koupele ve vlažné vodě.“ (Češková, Kučerová, Svoboda, 2006:16) Od konce 15. století se dává do souvislosti vznik duševní choroby s onemocněním mozku, čímž se zabýval profesor Felix Plater. V této době už se lidem dostávala péče v **klášterních špitálech** a začínali se zřizovat špitály městské, ale stále postoje k duševně nemocným byli velmi špatné, nemocní byli drženi ve sklepeních, poutáni řetězy a zavírání do klecí jako zvířata, pro obveselení zdravých občanů.

V 18. století se podařilo Filipu Pinelovi provést reformu péče o duševně nemocné. V Paříži prosadil zřizování ústavů, kde bylo s nemocnými zacházeno lidsky,

duševně nemocní byli zbaveni řetězů, byli zaměstnáváni lehkou prací na poli a zavedl psychoterapeutickou metodu zvanou **psychodrama**. V našich zemích v této době též začíná rozvoj specializovaných pracovišť pro duševně nemocné, tzv. **ústavy pro pomatené**.

V druhé polovině 19. století vznikají nové pobočky nemocnic, specializované ústavy, dnešní **psychiatrické léčebny** (Kosmonosy, Černovice, Dobřany a řada dalších). Po roce 1989 došlo k redukci počtu nemocničních lůžek ve prospěch ambulantní péče, která umožňovala vést život s co nejmenšími omezeními, čímž se zlepšovala **kvalita života** duševně nemocných. (Malá, Pavlovský, 2010: 11–13) Celá historie psychiatrické péče ukazuje boj s překonáváním předsudků a odráží postoj člověka k člověku.

2.2. Základní pojmy

Zdraví se definuje jako schopnost dobrého fungování. Parsons toto pojetí vyjádřil následovně: „*Zdraví je stav optimálního fungování člověka (individua) vzhledem k efektivnímu plnění role a úkolů k nimž byl socializován.*“ (Parsons in Křivohlavý, 2002 :35)

Nejnámější definice zdraví je z roku 1946, kterou prezentovala Světová zdravotnická organizace (WHO): „*Zdraví je stav, kdy je člověku naprosto dobře, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.*“ (Křivohlavý, 2002: 37)

Nemoc je brána jako odchylka od určité normy. Za normu normálu se považuje standard. Jedná se o objektivně zjistitelné příznaky neboli symptomy, tedy něco, co je kvantifikovatelné. Dále pak se jedná o negativní subjektivní pocit člověka, které mu něco je, ale neví se, co je příčinou. (Křivohlavý, 2022: 37-38)

„*Nemoc je souhrn reakcí na organismu na poruchu rovnováhy mezi ním a prostředím*“. (Malá, 2010:10)

Symptom neboli příznak je projev nemoci a varuje tělo, že se s ním něco děje a nemělo by se to podceňovat. Symptomy dělíme na subjektivní (o kterých člověk ví), objektivní (symptomy, které lze zjistit pozorováním), specifické symptomy (jsou pro nemoc určující) a nespecifické symptomy (vyskytují se nejčastěji u psychiatrických poruch). Duševní porucha je charakterizována rozpoznatelným souborem příznaků.

Podle Americké psychologické asociace (American psychological association, APA) jsou **duševní poruchy** stavy, které se vyznačují narušením kognitivních funkcí, zahrnují změny v emocích, v myšlení nebo v chování. Duševní onemocnění jsou spojena se stresem anebo problémy s fungováním v sociálních, pracovních či rodinných aktivitách. Dalšími příčinami mohou být genetické či tělesné faktory. Vznik duševních poruch můžeme rozdělit do tří základních skupin.

1. Etiologický činitel je známý, jedná se o poruchu, která se vyvine na základě organického postižení mozku.
2. Duševní poruchu vyvolává více činitelů, zde se na vzniku podílí dva faktory: zděděné dispozice a vlivy prostředí.
3. Etiologický činitel je neznámý, v tomto případě u duševních poruch neznáme žádnou specifickou příčinu. (Malá, Pavlovský, 2010: 9–15)

2.3. Mezinárodní klasifikace duševních poruch

Lidé s duševní poruchou musí přijmout nemoc se všemi jejími projevy. Není to lehké pro nemocného, ale ani pro lidi v jeho okolí. Proto je potřeba o duševních poruchách vědět co nejvíce informací, abychom s nimi mohli dále pracovat, k čemuž nám napomáhá MKN-10, tzv. klasifikace onemocnění, která je používána v České republice. Umožňuje nám určit konkrétní diagnózu. Onemocnění jsou popisována na základě skupiny znaků a symptomů, které se vyskytují společně, odlišují se od ostatních. Duševní poruchy jsou samostatná kapitola v mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů. (MKN 10, 2020)

„V klasifikačním systému MKN-10 byl dříve používaný termín „duševní nemoc“ nahrazen pojmem „duševní porucha“. Duševní porucha je charakterizována klinicky rozpoznatelným souborem příznaků (symptomů) nebo poruchou chování, které narušují funkci a jsou často spojeny s pocity tísně.“ (Malá, Pavlovský, 2010: 23)

V mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů najdeme kapitolu Poruchy duševní a poruchy chování F00-F09, do kapitoly patří poruchy psychického vývoje, nepatří sem: příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde. (MKN 10, 2020)

Základní klasifikace: Poruchy duševní a poruchy chování F00 – F009

„F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

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

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

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

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79 Mentální retardace

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

F90–F98 Poruchy chování a emoci s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání

F99 Neurčená duševní porucha“ (Úzis ČR, 2023, online)

V oblasti péče o duševně nemocné nelze zůstat jen u popsání diagnózy. To je jen první krok, ale je dobré znát základní informace a příznaky. Musíme také brát v úvahu, že každá osobnost je jedinečná. Nemocní se stejnou diagnózou podle MKN-10 mohou mít velmi rozdílné životy a prognózy. (Máhrová, Venglářová, 2008)

2.4. Charakteristika duševních poruch

V této podkapitole se budu věnovat charakteristikám duševních poruch, se kterými jsem se setkala na povinné praxi u klientů docházejících do Centra duševního zdraví. Jedná se o schizofrenii, vybrané afektivní a neurotické poruchy. Nesmíme zapomenout, že lidé s duševním onemocněním, kteří tráví svůj volný čas v Centru duševního zdraví, žijí každodenní život ve svém reálném prostředí.

2.4.1. Schizofrenie

Schizofrenie je ze sociálního hlediska stigmatizující onemocnění. Díky nejasné etiologii a nedostatku znalostí a příčin se projevuje posílením předsudků. (Vágnerová, 2008: 354)

Dle Vágnerové je schizofrenie „závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z nichž vyplývají uvedené psychické projevy.“ (Vágnerová, 2008:333)

Schizofrenie je jednou z nejzávažnějších duševních poruch. Ničí intelektový osobnostní, emoční i sociální život jedince. Nemocný ztrácí kontakt s realitou, což vede k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu. Termín schizofrenie pochází z řečtiny a dá se přeložit jako „rozštěp mysli“. Dle Malé přibližně 1 % populace trpí schizofrenií, která patří mezi tzv. psychotické poruchy. (Malá, Pavlovský, 2010: 58)

Skopová ve své publikaci uvádí, že „schizofrenie je závažné duševní onemocnění, jehož přesné příčiny navzdory stále přibývajícím novým medicínským poznatkům nejsou zatím známy“. (Skopová, 2016: 7)

Vznik onemocnění je nejčastěji v mladém věku, a to v rozmezí 15–35 let, postihuje ženy i muže stejně často. Přesná příčina není jednoznačně určena, ale dá se předpokládat, že bude ovlivněna mnoha faktory a jejich vzájemným působením. Vliv mají i dědičné dispozice. Začátek nemoci mnohdy ani jako nemoc nevypadá, objevují se různé nespecifické příznaky, což se nazývá **Prodromální fáze**. Počátek může být náhlý nebo plíživý. V případě plíživého průběhu může dojít ke zhoršení výkonu v zaměstnání, ve studiu a v péči o sebe sama. Pokud má nemoc náhlý začátek, mívá i lepší prognózu než varianta nemoci, která se rozvíjí plíživě.

Projevy schizofrenie nemají jednotný klinický obraz. Symptomy můžeme rozdělit na **pozitivní příznaky** (např. bludy, halucinace, vkládání do toku myšlenek, dezorientace řeči, narušená kontrola chování) a **negativní příznaky**, které se vyznačují například výraznou apatií, ochuzením řeči, zpomaleností myšlení, útlumem emočních reakcí nebo sociálním stažením. **Schizofrenie** je duševní onemocnění, které potřebuje odbornou léčbu, nelze očekávat, že by došlo ke zlepšení samovolně. (Vágnerová, 2008: 334-352)

Typy schizofrenie – klinické formy – jsou čtyři, ale jejich dělení bereme spíše teoreticky, protože v praxi se prolínají a jedna forma přechází do jiné, průběh je různorodý. (Vágnerová, 2008: 345)

- Paranoidní schizofrenie
- Hebefrenní schizofrenie
- Katatonní schizofrenie
- Simplexní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejčastější forma nemoci a je pro ni charakteristický **blud s akustickými halucinacemi**. (Rahn, Mahnkopf, 2000: 173)

Dle Vágnerové je nemocný „*ke svému okolí patologicky podezřivý, vztahovačný, v rámci svého bludu je přesvědčen, že je ohrožen, pronásledován, hrozí mu zničení, bude použit k nějakému účelu nadpřirozenými silami.*“ (Vágnerová, 2008: 345)

Hebefrenní schizofrenie vzniká mezi 15–25 lety. Lidé, kteří onemocní touto formou schizofrenie působí jako závažně nemocní a narušení, jeví se chaoticky, nedaří se jim vymezit jednání, myšlení a citění. Hebefrenní forma mívá špatnou prognózu, protože zasahuje rozvoj osobnosti ve věku, kdy se má osobnost vytvářet. (Rahn, Mahnkopf, 2000: 174)

Katatonní schizofrenie je typická změnou motorické aktivity. Rozlišují se dvě formy (**produktivní forma**, tj. nadměrná a nepřiměřená pohybová aktivita a **stuporózní forma**, která se projevuje strnutím, zpomalením a útlumem motorické aktivity). (Vágnerová, 2008: 349)

Simplexní schizofrenie je plíživá bez pozitivních symptomů, dominuje prohlubující se autismus, emoční otupělost. Nemocný nenavazuje s nikým kontakt, uzavírá se do sebe, ztrácí zájem o činnosti, které ho dříve naplňovaly. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006: 77)

Schizofrenie je choroba, která je **léčitelná**. Lečí se zejména pomocí léků ze skupiny zvané neuroleptika, psychoterapií a socioterapií. Při léčení neuroleptiky je nutnost docházení na pravidelné kontroly, léky pomáhají regulovat napětí a úzkost, zmírňují pozitivní i negativní příznaky. (NZIP, 2023, online)

2.4.2. Afektivní poruchy

„Základní vlastností afektivních poruch je změna nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k nadnesení nálady směrem k máni. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních příznaků je sekundární vůči změnám nálady a aktivity nebo mohou být v tomto kontextu snadno vysvětleny.“ (Ocisková, Praško, 2015: 75)

Dle Rabocha jsou afektivní poruchy *„třetí nejčastější duševní poruchou a postihují z hlediska celoživotního pětinu populace.“* (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006: 86)

Afektivní poruchy jsou nálady, které narušují uvažování a jednání nemocného. Jedná se o změny v emočním prožívání, které ovlivňují nejen psychiku, ale i fyziologické vlastnosti člověka. Základem jsou vnitřní faktory. Vnější faktory nemocného ovlivňují mnohem méně než za normálních okolností. Sklony k určitému typu prožívání jsou dány vrozeně, geneticky podmíněně. (Vágnerová, 2008: 369–370)

Základními afektivními poruchami jsou **depresivní poruchy, manické poruchy a bipolární poruchy**, přičemž depresivní porucha je častější než manická porucha.

Lidé trpící **depresivní poruchou** mají stavy neodůvodněné smutné nálady, trpí ztrátou zájmů, neschopností soustředit se na jakoukoliv činnost, která je dříve bavila, mají tendence k sebeobviňování a zpomalenému myšlení. Mají celkovou nechuť k životu a jejich pohled na budoucnost je pesimistický. (Malá, Pavlovský, 2010: 65)

Depresivní pacient si nejčastěji stěžuje na tělesné potíže, nespavost, únavu a o své špatné náladě a pesimistických myšlenkách zpravidla nemluví. (Ocisková, Praško, 2015: 78)

„Deprese je těžké duševní onemocnění, které může lidi dovést až na okraj jejich existence a dohnat je až k sebevraždě“ (Rahn, Mahnkopf, 2000: 228)

Manické poruchy jsou opakem depresivních poruch. Hlavními příznaky této poruchy je rozjařenost, dobrá nálada, která není ničím odůvodněná. Celkově je duševní činnost zrychlená, sebevědomí nemocného je vysoké. Nemocný není unavený, málo spí nebo nespí vůbec. Dále se objevuje překotné myšlení, což znamená, že myšlenky

nemocného jsou rychlejší než řeč, čímž se pro ostatní stává nesrozumitelné. Často se objevuje agresivita. (Zvolský a kol., 1996: 92-93)

Výskyt pouze manické poruchy je velmi vzácný. Většinou jde o kombinaci bipolární poruchy a periodické depresivní poruchy. (Malá, Pavlovský, 2010: 64)

Bipolární porucha dříve zvaná jako maniodepresivní psychóza, je stav, při kterém se střídají depresivní a manické epizody po různých intervalech. Pacienti s bipolární afektivní poruchou prvního typu jsou ve vyrovnané náladě, třetinu nemoci tvoří depresivní příznaky a manické stavy. U druhého typu bipolární poruchy depresivní stavy přetrvávají asi polovinu celkového času nemoci. Na smíšené a hypomanické epizody připadají pouze 4 % této doby. Důležité je pravidelné užívání léků a pochopení nemocného, že je nemocen. Doplnkovou léčbou je psychoterapie. (Ocisková, Praško, 2015: 78–80)

2.4.3. Obsedantně-kompulzivní porucha

Obsedantně – kompulzivní porucha patří do skupiny neurotických a úzkostných poruch. Úzkostné poruchy jsou charakteristické nepřiměřenou úzkostí, která se projevuje akutními atakami, nebo vystupňovaným strachem. Nemocní nejsou schopni ovládat své pocity. (Vágnerová, 2008: 399)

Obsedantně – kompulzivní porucha se vyznačuje opakovanými vtírajícími se myšlenkami a představami (tzv. obsesemi) nebo akty (tzv. kompulzemi).

Obsese zahrnují strach ze špíny, nákazy, z poškození nebo strach z toho, že jsme neudělali něco, co nám bylo zadáno, správně.

Kompulze snižují úzkost, kterou představy vyvolaly. Jedná se o rituály, které podle nemocného mají zabránit budoucí katastrofě. Obsedantně kompulzivní porucha je chronické onemocnění, při němž si pacient uvědomuje nesmyslnost svého nutkavého chování a myšlení. Snaží se mu odporovat, ale strach a úzkost jsou silnější než on sám. Postihuje jak profesní, tak i osobní život. (Malá, Pavlovský 2010: 70)

Obsedantně-kompulzivní porucha se projevuje následujícími způsoby:

- *„Nutková potřeba opakování očistného rituálu (mytí, převlékání)*
- *Nutková potřeba kontroly (vypínačů, dveří, oken)*

- *Nutková potřeba pořádku (určitý způsob uspořádání či jednání)*
- *Neodbytné myšlenky nepřijatelné povahy (agresivní nebo sexuální, které se stále opakují)“ (Vágnerová, 2008: 412)*

3. Kvalita života

Každý z nás se nejméně jednou zamyslel nad kvalitou svého života. V souvislosti s tímto pojmem se zaměřujeme zejména na celkovou spokojenost a na to, co nám v životě chybí, což pro každého jedince může být něco jiného. Často je to zejména zdraví, rodina nebo práce. Každý si určuje své vlastní priority a nastavuje si svůj vlastní žebříček hodnot.

Strategie reformy psychiatrické péče zahrnuje koncept kvality života, při kterém jde především o blaho jednotlivců tzv. well-being. V oboru psychiatrické péče se dává důraz na několik oblastí, které jsou kritériem hodnocení kvality života. Jedná se např. o zdraví, práci, vztahy v rodině, komunitní život, bydlení a aktivity volného času. (Reforma psychiatrické péče, 2023, online)

V této kapitole se budu zabývat obecnou charakteristikou kvality života a rozsahem jejího pojetí. Pro začátek je však nutné pochopit, že kvalitu života každý chápeme jinak a její odborný výklad se v každé publikaci liší. *V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována“.* (Payne, 2005: 207) Pro upřesnění si nejdříve definujeme pojmy **kvalita** a **život**.

Kvalitu můžeme znát také pod synonymy hodnota, jakost nebo stav věci. Kvalita má vymezené dva významy:

- **Normativní kategorie** přibližuje se potřebám a očekáváním jedince nebo skupiny.
- **Všeobecný** výraz pro označení specifických charakteristik a vlastností, čím se daný objekt liší od ostatních. V tomto případě se nezdůrazňuje uspokojování potřeb.

Kvalita se dá vyjádřit **kvalitativně** nebo **kvantitativně**. Při kvalitativním způsobu vyjádření se vychází z hodnotového systému toho, kdo danou situaci posuzuje. Kvantitativní způsob je objektivně měřitelný. V tomto případě musíme vycházet z dané normy. (Gurková, 2011: 21)

(Bergsma a Engel in Křivohlavý, 2002) uvádí, že „*kvalita je soud (úsudek). Ten je výsledkem porovnání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí.*“ (Křivohlavý, 2002: 164)

Dle Gurkové bychom **život** mohli definovat jako jev nebo činnost, která charakterizuje živý organismus nebo osobu. Nevnímáme ho pouze jako biologickou existenci, ale i jako projev oblasti a činnosti individua. (Gurková, 2011: 21)

Kvalita života se stále častěji objevuje v mnoha vědních disciplínách a je jí dáována čím dál větší pozornost, hovoříme tedy o tzv. multidimenzionálním konceptu. První zmínka o pojmu *kvalita života* se objevila ve 20. letech minulého století v souvislosti s ekonomickým růstem a pomocí sociálně slabším občanům. V 60. letech se ve Spojených státech amerických začalo diskutovat o kvalitě života z politického hlediska. Zaměřovali se zde zejména na zlepšení kvality života Američanů. V posledních letech se studium kvality života setkala s rozvojem a tímto tématem se zabývá řada výzkumných týmů po celém světě. Kvalitu života berou za své i obory jako sociologie, psychologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína.

Sociologie pozoruje kvalitu života u různých sociálních skupin a hledá faktory, které tento jev nejvíce vymezují. Psychologové se zaměřují na bytí a životní pohodu jedince a pomocí různých metod se ji pokoušejí měřit. Celkově můžeme shrnout, že na všeobecné úrovni je kvalita života chápána jako důsledek vzájemného působení různých faktorů, ať už se jedná o ekonomické, sociální nebo zdravotní podmínky, které ovlivňují lidský rozvoj jedince nebo společnosti. (Payne, 2005: 205–207)

WHO – Světová zdravotnická organizace (in Vaďurová at al., 2005) definuje **kvalitu života** jako „*jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám.*“ Jedná se tedy o vše, co ovlivňuje fyzické zdraví, psychický stav, osobní vyznání, sociální vztahy a vztah ke klíčovým oblastem jeho prostředí. (Vaďurová at al. 2005: 11)

Nagpal (in Vaďurová at al. 2005) popisuje **kvalitu života** jako „*komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí a spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou.*“ (Vaďurová at al. , 2005: 12)

3.1. Pojetí kvality života

Kvalitu života pojímá každý autor různorodě, všechna tato pojetí nám však přibližují, jak na kvalitu života pohlížet a jak ji lépe pochopit.

Kvalita života může být interpretována duálním pojetím, a to z hlediska **subjektivního a objektivního**.

Subjektivní kvalita života se zaměřuje na to, jak jedinec vnímá své postavení ve společnosti a jeho osobní spokojenost, očekávání a zájmy.

Objektivní kvalita života se vymezuje jako „*souhrn ekonomických, sociálních a zdravotních podmínek, které ovlivňují život člověka*“ (Vařurová at al., 2005: 17)

Pokud se zaměříme na pojetí kvality jednotlivce, můžeme na ni nahlížet čtyřmi různými sférami. V **makro-rovině, mezo-rovině, personální rovině a z hlediska fyzické existence**.

V **makro-rovině** se jedná o „*kvalitu života velkých společenských celků, je to součást politických úvah. (Např. boje s epidemií, hladomor, chudoba, terorismus)*.“ (Křivohlavý, 2002: 163)

Mezo-rovina řeší kvalitu života v tzv. malých skupinách, vzájemné vztahy mezi lidmi a uspokojování lidských potřeb člena dané skupiny (např. škola, domov důchodců, nemocnice apod.)

Osobní (personální) rovina je jasně vymezena subjektivním hodnocením jedince, tj. každý z nás si hodnotí kvalitu života sám. Jedinec si stanovuje osobní hodnoty (představy, naděje, spokojenost, očekávání).

Z hlediska **fyzické existence** pozorujeme chování lidí, které lze objektivně měřit a porovnáváme změny, které nastávají. Příkladem může být pacient před operačním zákrokem a po operačním zákroku. (Křivohlavý, 2002: 164)

(Dle Hnilicové in Gurková, 2011) je subjektivní pojetí kvality života rozděleno na tři metodologické přístupy – sociologický, psychologický a medicínský.

- Sociologické pojetí kvality života je zaměřeno na materiální stránku a životní úroveň a subjektivní pocit jedince.

- Psychologické pojetí zastává pojmy jako pohoda, štěstí, smysl života nebo spokojenost.
- V medicínském pojetí je nejdůležitější zdraví a zdravotní stav jedince.
(Gurková, 2011: 30)

4. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Následující kapitola se bude zabývat sociální prací s lidmi s duševním onemocněním. Tato práce má svá specifika, která je potřeba brát při jejím vykonávání na vědomí. Nejprve bych chtěla vymezit pojmy sociální práce a sociální pracovník, dále specifikuji sociální služby a možnosti terapie pro lidi s duševním onemocněním. Další podkapitoly budou věnovány psychiatrické péči, která má za cíl zlepšovat kvalitu života osobám s duševním onemocněním a dále vybraným terapiím, které pomáhají lidem s duševním onemocněním.

4.1. Sociální práce

Sociální práce vychází z altruismu, po staletí je její podstatou pomáhat potřebným. (Gulová, 2011: 14)

Sociální práce má mnoho definic. Jedna z nich říká, že „*sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám, dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůležitější způsob života.*“ (Matoušek, 2003: 11)

Jinou definici uvádí Navrátil, která je konceptem sociálního fungování. „*Cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.*“ (Navrátil in Matoušek, 2007: 184)

Dle zákona č. 108/2006 sb. o sociálních službách musí mít sociální pracovník dokončené vysokoškolské vzdělání se získaným titulem z bakalářského, magisterského nebo doktorského studia v několika možných studijních programech (sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogika) akreditovaných podle zvláštního právního předpisu. Možností je také vyšší odborné vzdělání v daném oboru.

Ve zmíněném zákoně o sociálních službách nalezneme definici Sociálního pracovníka, podle které **sociální pracovník** vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. (Zákony pro lidi, 2023)

Sociální pracovník dle Matouška pracuje s klienty, s jejich rodinami, s přirozenými skupinami, uměle vytvořenými skupinami nebo s organizacemi, kde řídí činnost agentur poskytujících sociální služby, nebo vstupuje jako expert do organizací a pomáhá v nich řešit problémy např. formou supervizí. Sociální pracovník je brán také jako expert při přípravě některých zákonů a vyhlášek. (Matoušek, 2003:13)

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním klade velký důraz na komunikaci a na schopnost empaticky se vcítit do klientovy situace. Sociální pracovník musí mít kvalitní přístup, který je přirozený, ke klientovi přistupuje se zájmem a respektem. Nedílnou součástí je základní znalost psychopatologie, bez které se práce s klientem s duševním onemocněním neobejde.

Práci s lidmi s psychotickým onemocněním přizpůsobujeme stavu klienta a jeho projevům. Projevy lidí s duševním onemocněním mohou být pestré, a proto může být těžké s nimi navázat kontakt. Pracovník musí brát na vědomí, že klient může být nedůvěřivý, vztahovačný nebo naopak je velmi komunikativní a ochotný a nerozlišuje podstatné od nepodstatného. Lidé s duševním onemocněním jsou často izolováni od společnosti, mají problém s navazováním mezilidských vztahů a zároveň udržením těch stávajících. (Máhrová, Venglářová, 2008: 126-129)

Sociální pracovník by měl být empatický, trpělivý, přátelský a měl by umět aktivně naslouchat. Ideálně by se měl vyhýbat autoritativnímu projevu a odborné terminologii. Pro pracovníka je nejdůležitější vybudovat si s klientem vztah a získat si jeho důvěru. Následně se jednodušeji klient zapojí do navrhovaných činností, čímž pracovník duševně aktivizuje nemocného.

Sociální pracovník v rámci své profese používá dvě metody v rámci vztahu k duševně nemocnému klientovi – jedná se o **pomoc a kontrolu**. Oba způsoby jsou

žádoucí a je kladen velký důraz na to, aby s těmito způsoby sociální pracovník uměl pracovat efektivně a uměl rozlišovat mezi nabízením pomoci a kontroly. Vzájemná interakce mezi klientem a sociálním pracovníkem by měla splňovat následující kroky. Prvním je klientova **objednávka**, se kterou přichází. Zde se dozvíme, jaké jsou jeho potřeby a přání, která by potřeboval naplnit. Druhým krokem je pracovníkova **nabídka**, kterou otevírá možnost pomoci, která je v možnostech pracovníka a dané organizace. Posledním krokem je **dojednávání**, což znamená dohodu o pomoci. V této chvíli se pracovník a klient domluvili na společné spolupráci při řešení situace a naplnění určitého cíle.

Profesionální způsoby pomoci rozlišujeme na doprovázení, vzdělávání, poradenství a terapii. **Doprovázení** je způsob pomoci, ve kterém klient neočekává změnu. Stav, ve kterém se nemocný nachází, ale vysloveně žádá pracovníka o to, aby mu pomohl tuto situaci co nejlépe zpracovat a zvládat. Sociální pracovník musí být připravený teoreticky i prakticky.

Vzdělávání je spolupráce mezi klientem a pracovníkem, kdy klient přichází s žádostí o pomoc, protože pochybuje o svých znalostech a vědomostech. Od pracovníka tak zejména žádá ověření a potvrzení potřebných informací. **Poradenství** je cesta, při které klient vysloví přání, které vede k rozvinutí jeho možností, pociťuje překážky, které mu znemožňují dosažení cíle. Sociální pracovník nabízí klientovi rady a návody a pomáhá najít nejužitečnější cestu. Posledním způsobem pomoci je **terapie**, kdy se klient chce zbavit trápení a umírnit svou bolest. S pracovníkem společně vytvářejí nejvhodnější způsoby, postupy a cesty, jak najít řešení. (Úlehla, 1999 s. 20-37)

V sociální práci máme různé typy intervencí, v jejichž rámci jsou užívané různé metody a techniky, které mají svůj původ v teoriích sociální práce. Jedná se o **individuální sociální práci, skupinovou sociální práci a komunitní práci**. (Mahrová, Venglářová, 2008: 18–20.)

Individuální sociální práce je práce s jednotlivcem, často se uplatňuje v problematice duševního zdraví, ve vývojových poruchách nebo ve sféře dlouhodobé péče. Základem je pochopení jednotlivce, kde se musí věnovat soustředěná pozornost člověku, který to potřebuje. Individuální sociální práce se doporučuje jako hlavní intervence při práci s osobami s duševním onemocněním. Při této metodě je nutné

vypracovat individuální plán, který umožní sledovat dosažení cílů a výsledků v individuální sociální práci. (Matoušek, 2003: 67–70)

Skupinová sociální práce je intervence, využívající proces k posílení sociálního fungování členů skupiny a celkově celé skupiny. Skupinová sociální práce se zaměřuje na vzdělávání, rekreační aktivity a sociální akce, které směřují k určité změně a sdílení zkušeností s dalšími členy. Tento způsob se používá v nemocnicích nebo v centrech péče pro duševně nemocné. Skupinová práce má na členy skupiny léčebný vliv. (Máhrová, Venglářová, 2008: 22)

Komunitní práce je vcelku nová forma ve sféře sociálních služeb. Pokud se budeme bavit o komunitní sociální práci, musíme nejdříve vymezit pojem komunita. Komunita je místo, kde člověk získává podporu a pomoc v každodenním životě. Komunitní práce je intervence, která vyvolává podporu změny v rámci místního společenství. (Matoušek, 2005: 253–254)

Všechny zmíněné typy intervence v sociální práci s osobami s duševním onemocněním mají své opodstatnění. Jejich použití záleží na jednotlivých organizacích, sociálních službách a především na správném uchopení intervence z pozice sociálních pracovníků.

4.2. Sociální služby

Lidé s duševním onemocněním po propuštění z nemocnice začínají navštěvovat další návazné služby, které pomáhají ke stabilizaci zdravotního stavu a k celkovému zlepšení kvality jejich života. K dispozici je pravidelná psychiatrická ambulantní léčba nebo mohou využít specializované sociální služby pro osoby s duševním onemocněním.

Zákon č. 108/2006 sb. o sociálních službách v posledním znění definuje **sociální služby** jako „*činnosti nebo soubor činností zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“ (Vrbický, 2014: 6) Sociální služby dělíme dle § 32 a §33 zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dále se poskytují v několika formách, jako služby pobytové, ambulantní a terénní.

Sociální poradenství dále dělíme na základní a odborné. Základní sociální poradenství je povinnou součástí každé sociální služby. S odborným sociálním poradenstvím se setkáváme při řešení rodinných záležitostí. (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách, § 37)

Sociální péče zajišťuje pomoc i podporu lidem při běžných činnostech v jejich normálním prostředí. Napomáhá při začleňování do běžného života i do společnosti. Služby se nabízejí dle individuálních potřeb lidí, kteří o službu žádají. Pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním jsou k dispozici následující sociální služby: centra denních služeb, centra péče o duševní zdraví, zdravotnické zařízení pro lidi s chronickým duševním onemocněním, chráněná bydlení a týdenní stacionáře. (Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Sociální prevence se zaměřuje na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob, které o sebe nejsou schopny pečovat z důvodu věku nebo zdravotního stavu. Tyto sociální služby jsou poskytovány několika formami, které se kombinují pro dosažení efektivního výsledku. Pro osoby s duševním onemocněním jsou zřízeny sociálně aktivizační služby, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity a sociální rehabilitace.

Do systému péče o duševně nemocné nepatří pouze pacienti, ale všichni lidé, kteří jsou v jejich blízkosti. Základem je především rodina, přátelé nebo kolegové z práce. Je to každý, kdo osobu s duševním onemocněním zná a provází ji životem. Duševní onemocnění si často samo řekne o pomoc. Lidé s duševními problémy většinou vyhledávají službu sami a v tu chvíli nastupuje síť pomáhajících pracovníků, organizací a zařízení, která nabízejí své služby. V péči o duševně nemocné hrají velkou roli sociální pracovníci, kteří pomáhají klientům komunikovat s různými zařízeními nebo s úřady. (Máhrová, Venglářová, 2008: 43–47)

Sociálních služeb, které pomáhají osobám s duševním onemocněním, je nespočet. Ráda bych stručně charakterizovala alespoň pár z nich.

FOKUS – sdružení pro péči o duševně nemocné

Fokus vznikl v roce 1990 jako jedna z prvních organizací v České republice, původně jako občanské sdružení, v roce 2016 se stal zapsaným ústavem. Poskytuje pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním, zdravotní a sociální služby za

účelem zkvalitnění jejich dosavadního života a zrychlení následného zotavení. Jejich cílem je zajistit předcházení hospitalizacím a sociální začleňování lidí s duševním onemocněním. Pro lidi s duševním onemocněním, kteří hledají podporu mimo ústavní péči jsou zřízené komunitní týmy a centra duševního zdraví. O klienty se stará multidisciplinární tým, který tvoří sociální pracovníci, peer konzultanti a zdravotní pracovníci. Dále Fokus nabízí chráněná bydlení a sociální rehabilitace. (Fokus Praha, 2023, online)

Green Doors, o.s.

Green Doors je nezisková organizace, která vznikla v roce 1993 za účelem pomoci lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Pomáhají lidem navrátit sociální i pracovní dovednosti. Poskytují pracovní rehabilitace, z nichž některé umožňují výdělek. Pomáhají především lidem se zkušeností se schizofrenií a afektivními poruchami. V roce 1997 byla otevřena první tréninková kavárna v ČR a střední Evropě. Práce v provozovně směřuje ke zlepšení pracovních i sociálních dovedností klientů, klade se zde důraz na samostatnost. Sdružení se dále podílí na tvorbě různých projektů a na osvětě, což má společnosti více přiblížit problematiku týkající se lidí s duševním onemocněním. (Green doors, 2023, online)

Česká společnost pro duševní zdraví, o.s.

Česká společnost pro duševní zdraví je občanské sdružení, které poskytuje psychosociální služby pro duševně nemocné a lidi v psychické krizi. Svou pomoc realizuje prostřednictvím socioterapie. Dále nabízí sociální poradenství, psychosociální poradnu, psychiatrickou poradnu, individuální i skupinovou psychoterapii, ale i různé aktivity jako je např. relaxační cvičení, kurzy komunikace a počítačové kurzy. Lidem chtějí umožnit minimalizaci následků duševního onemocnění a pomoc při návratu do běžného života. (Česká společnost pro duševní zdraví, 2023, online)

Kolumbus, o.s.

Kolumbus je spolek, který sdružuje osoby s duševním onemocněním, usiluje o dodržování listiny lidských práv a svobod pro duševně nemocné. Spolek dále usiluje o rozvoj komunitní péče a služeb pro duševně nemocné a zlepšení péče v psychiatrických léčebnách. Spolek má i své vlastní aktivity např. poradenskou

činnost a hájení práv lidí s duševním onemocněním. Dále nabízí přednáškovou a osvětovou činnost pro personál psychiatrických klinik a zařízení. (Spolek Kolumbus, 2023, online)

4.3. Psychiatrická péče

Psychiatrie je moderní, specializovaný obor, který se zabývá diagnostikou, léčbou, prevencí a výzkumy duševních poruch. Moderní postupy umí pracovat s řadou závažných stavů. Psychiatrie má moc řešit a zvládat dříve obtížné a neřešitelné skutečnosti, často umožňuje lidem vrátit se do běžného života. Samozřejmě si musíme uvědomit, že i psychiatrie má své možnosti a limity. **Psychiatr** je lékař, který má profesní kvalifikaci léčit duševní poruchy. (Orel a kol., 2012) „*Psychiatrie je v klasickém pojetí lékařskou vědou, která se zabývá příčinami, diagnózou, léčbou a prevencí duševních poruch a chorob. Ty se mohou vyskytovat v každém věku a projevují se různými změnami psychických funkcí (porucha myšlení, emocií atd.), verbálního a nonverbálního chování a jejich rozmanitými kombinacemi.*“ (Zvolský a kol. 1994: 5)

Psychiatrická péče v České republice je prováděna prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení, která dělíme na lůžkové, ambulantní a komplementární. K psychiatrické péči neodmyslitelně patří spolupráce a propojenost s jednotlivými složkami, do kterých patří i sítě služeb sociálních, psychologických a psychoterapeutických.

Pro řadu duševních nemocí je nepostradatelná hospitalizace, která se uskutečňuje v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik nebo v psychiatrických léčebnách.

Psychiatrické léčebny mají svá specializovaná oddělení a zajišťují dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu. (Orel a kol., 2012: 18-20)

Ambulantní péče je základem psychiatrické péče, většinou jde o první kontakt lidí s duševním onemocněním s psychiatrickou péčí. Kontakt je zpravidla dlouhodobý a kontinuální, psychiatr se stává koordinátorem a průvodcem psychiatrických služeb a následně zdravotně-sociálních služeb. Existují psychiatrické ambulance, ale i

specializované psychiatrické ambulance, které jsou zaměřeny na danou cílovou skupinu.

Lůžková péče se dělí na **akutní, následnou a specializovanou** péči, poskytuje se zejména na psychiatrických odděleních nemocnic, v psychiatrických léčebnách, sociálních ústavech se specializovanou psychiatrickou péčí a v lázeňských psychiatrických zařízeních.

- **Akutní lůžková péče** je poskytnuta hned po vzniku či zhoršení psychické poruchy. Při akutní lůžkové péči musí ústav přijmout pacienty s jakoukoliv diagnózou oboru psychiatrie, udělat jim potřebná vyšetření, správně diagnostikovat a nasadit okamžitou léčbu, případně domluvit návaznou léčbu (např. ambulantní péči).
- **Následná lůžková péče** je určena lidem, kterým byl skončen diagnostický proces, ale jejich zdravotní stav neumožňuje propuštění do domácího léčení. V tuto chvíli pomoc přichází od komunitních a sociálních služeb.
- **Lůžková péče specializovaná** je zaměřena na určitou diagnózu, věk či léčebnou metodu. Např. poruchy příjmu potravy, léčba závislostí nebo léčba gerontopsychických pacientů. (Petr, Marková, 2014: 42–45)

4.3.1. Reforma psychiatrie

Reforma psychiatrie představuje zásadní změnu v psychiatrii, je to dlouhodobý proces, který trvá spoustu let, a ještě několik let se na této reformě pracovat bude. Rozsáhlé změny se netýkají jen oboru psychiatrie, ale i celého systému péče o lidi s duševním onemocněním.

Reforma psychiatrie by měla přinést nové služby, přístupy, vztahy, technologie, prostředí, a především nové financování. Měla by se více rozšířit komunitní péče a měly by se tvořit nové služby. Reforma psychiatrické péče už započala zejména v tom, že uživatelé péče se zapojují jako tzv. **peer pracovníci**. Jedná se o lidi, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním, kterou využívají k podpoře a k posilování zotavení dalším klientům péče.

Svou velkou roli v reformě hraje **multidisciplinární přístup**, při němž spolupracují pracovníci různých profesí a organizací. Jedná se o odborníky, kteří

mohou ovlivnit kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Spolupráce probíhá na třech základních úrovních: v rámci komunity, prolínáním se jednotlivých služeb a odborníků různých profesí. Multidisciplinární tým pracuje společně na tom, aby se pacient nebo klient cítil spokojený. (Malý průvodce reformou psychiatrické péče, 2017)

V moderní komunitní psychiatrii sociální pracovník vytváří s pacientem vztah, který je založený na respektu a důvěře. Sociální pracovník je mezičlánkem mezi duševně nemocným a komunitou. Uvědomuje si, že lidé s duševním onemocněním se liší diagnózou, ale i prostředím ve kterém žijí, každý z nich má jiné cíle, které chce naplnit. Jednoduše řečeno, je každý z nich individuální. Sociální pracovník se snaží získávat pozornost klienta, mapuje sociálně-zdravotní potřeby, podporuje sociální integraci a mění postoj lidí, kteří mají strach se označit za duševně nemocné. (Matoušek, 2005: 135-134)

4.4. Léčení duševních poruch

Následující podkapitola se bude zabývat léčením duševních poruch, nastíním a charakterizují možnosti léčby ze zdrojů psychofarmakoterapie a dalších biologických léčebných metod. „*Holistické teorie vzniku nemoci předpokládají narušení vzájemné interakce jednotlivce s životním prostředím a dalšími bio – psycho – sociálními faktory.*“ (Petr, Marková, 2014: 93)

Psychiatrie při léčbě duševních onemocnění využívá spoustu postupů a terapeutických metod, které se často vzájemně doplňují. Základní léčby duševních poruch dělíme následujícími způsoby:

- Biologické léčebné metody
- Psychoterapie
- Psychiatrická rehabilitace (Petr, Marková, 2014: 93)

Biologické léčebné metody

○ Psychofarmakoterapie

Za jednu z nejdůležitějších metod biologického přístupu považujeme psychofarmakoterapii. Jedná se o nejčastější formu terapeutické intervence. „U

řady poruch v psychiatrii je účinnost farmakologické léčby plně srovnatelná s jinými obory lékařství nebo dokonce vyšší. “ (Raboch, 2012: 378)

Psychofarmaka jsou léky, které zasahují centrálně nervový systém, ovlivňují narušené funkce a zajišťují komplexnost péče o osoby s duševním onemocněním. Mezi psychofarmaka řadíme neuroleptika, antidepresiva, anxiolytika, psychostimulancia, nootropika a kognitiva.

- Neuroleptika ovlivňují psychotickou symptomatiku, po jejich užití mizí bludy a halucinace, psychická tenze paranoidita a agrese.
- Antidepresiva působí na patickou náladu, odstraňují syndrom depresivního ladění.
- Anxiolytika jsou léky, které odstraňují úzkosti, stres, fobie a agresivitu.
- Psychostimulancia jsou látky, které mají aktivizující účinky, je zde riziko vysoké návykovosti.
- Nootropika jsou preparáty, které zlepšují metabolismus mozkových buněk a kognitivní procesy.
- Kognitiva jsou léky, které se používají k léčbě demencí. (Malá, Pavlovský, 2010: 100–105)

Další léčebné biologické metody, které doplňují psychofarmakoterapii jsou např. elektro inkluzivní terapie nebo fototerapie.

○ **Elektro inkluzivní terapie (ECT)**

Při této terapii dochází k vyvolání stavu podobnému epileptickému záchvatu, který je navozen působením elektrického proudu. V současnosti se jedná o nejúčinnější nefarmakologickou léčbu při léčbě deprese, mánie, schizofrenie se závažnějšími projevy, psychózy apod. (Petr, Marková, 2014)

○ **Fototerapie**

Jde o léčbu umělým bílým světlem o vysoké intenzitě, fototerapie se zahajuje každé ráno po dobu 1-2 hodin. Tato metoda se využívá u depresivních pacientů. (Malá, Pavlovský, 2010: 105)

Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda, ve které používáme psychologické prostředky, které mají ovlivnit léčebný proces. Dle Vymětala se jedná o „*samostatný vědní obor, který má svou teoretickou a aplikační stránku.*“ (Vymětal, 2010: 9) Předmětem psychoterapie je duševní život člověka, jeho projevy a chování. Psychoterapie zlepšuje kvalitu života osob s duševním onemocněním, nachází řešení a porozumění. Obecně ji můžeme charakterizovat jako pomoc člověku. „*Psychoterapie je především léčbou (sekundární prevencí), ale i profylaxí (primární prevencí) a rehabilitací (terciární prevencí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Psychoterapie představuje zvláštní druh psychologické intervence působící na duševní život, chování člověka, jeho meziosobní vztahy i tělesné procesy tím způsobem, že navozuje žádané změny, a tak podporuje úzdravu či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví. Vlastní psychoterapie probíhá jako vědomá, záměrná, strukturovaná a vědecky podložená interakce mezi terapeutem a pacientem.*“ (Vymětal, 1997: 14.)

Prostředky používané v psychoterapii jsou zejména slova, rozhovory, neverbální chování, mlčení, emoční vztahy, učení, interpersonální vztahy a jejich vzájemné působení. „*Psychoterapeutickými prostředky se přispívá k dosažení záměrů léčby, je to snaha redukovat zátěž (sociální, psychickou a biologickou).*“ (Malá, Pavlovský, 2010: 107) Psychoterapii zpravidla vede klinický psycholog, psychiatr nebo terapeut s psychoterapeutickým vzděláním.

V závislosti na postoji k problémům, formě léčby a na terapeutických prostředcích může být psychoterapie prováděna dvěma formami: **individuální a skupinovou.**

Při **individuální psychoterapii** se využívá vztah terapeuta a pacienta. Úkolem terapeuta je, aby sledem otázek udržel dialog a rozhovor strukturoval k dosažení pozitivních změn na straně pacienta. Mezi oběma členy vzniká intenzivní vztah. (Vymětal, 2010: 75)

Skupinová psychoterapie probíhá v malé skupině lidí. Jedná se o osoby, které přišly za účelem léčby a ve většině případech mají stejný problém i cíl. Pomoc terapie získávají nové zkušenosti v interpersonálních vztazích. (Petr, Marková, 2014)

Ve skupinové psychoterapii mohou být využívány další metody a přístupy, které mají psychotherapeutický potenciál. Tyto techniky se zpravidla používají u lidí s duševním onemocněním, kde je žádoucí dosáhnout uvolnění napětí, nebo vyjádřit emoce. Léčebnými metodami jsou např. arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a hiporehabilitace. (Psychiatrická nemocnice Jihlava, 2023, online)

Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace je nezbytnou součástí komplexní péče o osoby s duševním onemocněním. Nabízí obnovení schopností, které byly pacientům sníženy a zároveň jim pomáhá zapojit se do běžného života ve společnosti. *„Psychiatrická rehabilitace zahrnuje všechny pochody a opatření, které sledují cíl znovuzáření pacienta postiženého duševní poruchou do běžného života. Jejím cílem je zároveň zlepšení kvality života pacientů, posílení jejich víry ve vlastní schopnosti při zvládnání samostatného pohybu ve společnosti.“* (Bouček, 2004, online)

Rehabilitace u osob s duševním onemocněním je důležitá především k jejich doléčení, v mnoha aspektech se překrývá s psychotherapeutickými a socioterapeutickými postupy. Doléčování duševních poruch je bráno jako komplexní terapie, která má více stádií péče.

- Rehabilitace léčebná (časná a dlouhodobá), která patří do resortu zdravotnictví.
- Rehabilitace pracovní, která tlumí chorobné projevy duševního onemocnění a usiluje o obnovu pracovních návyků a schopností. Na její realizaci se podílejí resorty zdravotnictví a sociálních služeb.
- Sociální rehabilitace, jejímž cílem je obnova sociálních dovedností. (Bouček, 2004, online)

5. Centrum péče o duševní zdraví

Na začátku kapitoly bych chtěla obecně představit Centrum duševního zdraví, které neodmyslitelně patří do reformy psychiatrie v České republice. Dále bych se chtěla věnovat seznámení s Centrem péče o duševní zdraví v Hradci Králové, které poskytuje sociálně aktivizační služby pro osoby s duševním onemocněním. V Centru péče o duševní zdraví jsem absolvovala praxi a zároveň mi zde byly poskytnuty prostory k realizaci rozhovorů s interprety výzkumu k vypracování empirické části bakalářské práce.

Centrum duševního zdraví neboli CDZ je přechod mezi koordinovanou komplexní zdravotní péčí. Jedná se o prevenci hospitalizací u osob s duševním onemocněním nebo jejich zkrácení, dále má význam v začleňování těchto osob do běžného života, za tímto cílem vytváří potřebné programy. Ke všem klientům, kteří potřebují tuto službu chovají individuální přístup. Cílem Center duševního zdraví je reintegrace osob s duševním onemocněním a zotavení klientů. CDZ spolupracuje i s dalšími službami a subjekty pro co nejkvalitnější pomoc potřebným. Služba se poskytuje bezplatně a bez čekací doby. (Reforma psychiatrie, 2023, online) Služby CDZ jsou poskytovány dle standardu a řídí se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílovou skupinou klientů jsou osoby s vážným duševním onemocněním, dále osoby, které potřebují včasnou intervenci, osoby s akutními psychickými potížemi. (CDZ a jeho role, 2023, online)

V CDZ se můžeme setkat s poskytováním krizové intervence, která má vliv na zlepšení stavu klienta a se síťováním, kde je důležité propojení a spolupráce s dostupnými místními službami. (CDZ a jeho role, 2023, online)

Hlavní předpoklady pro CDZ

- Ochota podílet se na změně systému poskytované péče u osob s duševním onemocněním, především jde o přesun z psychiatrické ambulance do klientova přirozeného prostředí.
- Zkušenost s poskytováním zdravotních a sociálních služeb.
- Ochota práce v přirozeném prostředí klienta.

- Cílem péče by mělo být odstranění symptomů onemocnění, aby lidé s duševním onemocněním prožívali plnohodnotný a smysluplný život, jde o to, aby se zabránilo negativnímu dopadu nemoci. (CDZ a jeho role, 2023, online)

Personální tým v CDZ

- Psychiatr nese zodpovědnost za zdravotní péči klienta, individuálně posuzuje postup léčby. V krizových situacích má důležitou roli při diagnostikování aktuálního psychického stavu klienta a určení potřebné podpory.
- Klinický psycholog se podílí na přímé práci s klientem, poskytuje individuální i skupinové psychoterapie a poradenskou činnost. Snaží se vzdělávat i širokou veřejnost, zaměřuje se především na prevenci a duševní hygienu.
- Sestra pro péči v psychiatrii a všeobecná sestra zajišťuje zdravotní a ošetřující péči, vyhodnocuje potřeby klienta a jeho soběstačnost, rozpoznává známky zlepšení stavu osoby s duševním onemocněním.
- Sociální pracovník – jeho činností je sociální šetření. Sociální pracovník řeší sociálně právní problémy v rámci sociálně právního poradenství, pomoc při komunikaci s úřady. Dále se podílí na sociální rehabilitaci, podporuje klienta v praktických dovednostech a rozvíjí komunikaci klienta v sociálním prostředí. Důležitý je vztah klienta se sociálním pracovníkem.
- Peer konzultant. Činnost peer konzultanta je založena na vlastním příběhu a zkušenosti s duševním onemocněním. (CDZ a jeho role, 2023, online)

5.1. Seznámení s organizací

Centrum péče o duševní zdraví dále jen CPDZ je nezdravotnické zařízení, které vzniklo v roce 1999 díky podpoře Psychiatrické kliniky v Hradci Králové. CPDZ je provozované Centrem pro integraci osob se zdravotním postižením královéhradeckého kraje, jedná se o obecně prospěšnou společnost, jejímž zřizovatelem je Národní rada osob se zdravotním postižením. Služby jsou určeny pro lidi s duševním onemocněním starší 18 let, kteří musí mít trvalé bydliště v královéhradeckém kraji a v důsledku svého onemocnění se ocitly v nepříznivé situaci. CPDZ jim nabízí dlouhodobou podporu ve formě bezplatné ambulantní služby. (CPDZ, 2023, online)

Cíle a poslání Centra péče o duševní zdraví se zakládají na podpoře všech duševně nemocných, kteří chtějí využít svůj volný čas a rozvíjet sociální a pracovní dovednosti, a především chtějí najít porozumění. CPDZ podporuje osoby s duševním onemocněním, aby mohly žít samostatně a zároveň jim napomáhá v zapojování do společnosti a v předcházení osamělosti. Zajišťuje jim zázemí základních potřeb, napomáhá jim rozvíjet schopnosti a dovednosti. Pro CPDZ je nejdůležitější respektování individuálních potřeb a zájmů klientů. (CPDZ, 2023, online)

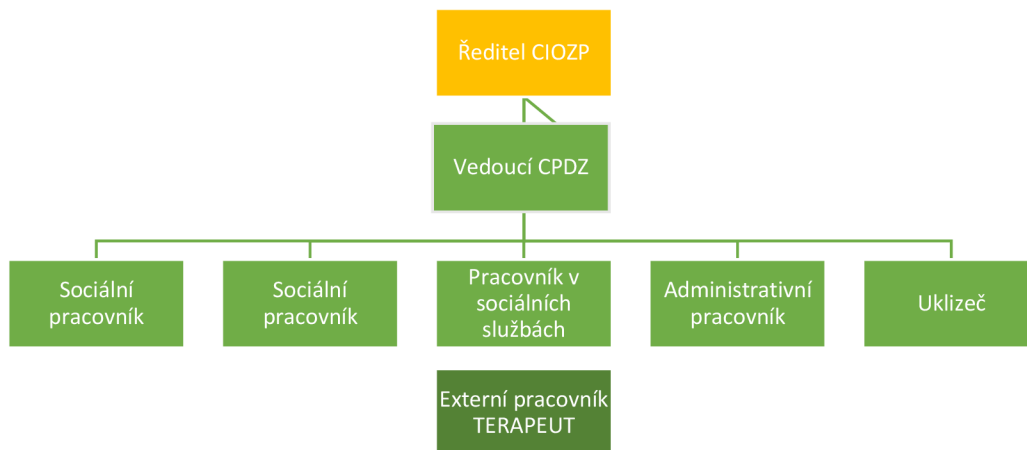
Centrum péče o duševní zdraví úzce spolupracuje s Centrem pro integraci osob se zdravotním postižením královéhradeckého kraje, o.p.s., dále pak s HARMONIÍ Hradec Králové. Jedná se o byty zvláštního určení, kde Centrum nabízí chráněné a bezbariérové ubytování. Spolupráce funguje i s Magistrátem města Hradce Králové nebo s Městskou knihovnou Hradce Králové, kde Centrum zařizuje výstavy vlastní tvorby klientů, většinou se jedná o fotografie nebo obrazy.

CPDZ nabízí široký výběr aktivit jejichž společným ukazatelem je aktivizace uživatele. Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, nabízí např. kurz anglického jazyka, počítačové kurzy, filmový klub, jógu, výlety, vycházky, víkendové pobyty, zpívání (muzikoterapie), tanec (dance terapie), studijní hodinky, zajímavosti, zdravý životní styl, hrátky s pamětí, posilovnu, ping-pong nebo povídání u čaje a kávy.

Mezi další aktivity CPDZ patří socioterapeutické činnosti, které se snaží o rozvoj osobních, pracovních a sociálních schopností a dovedností (individuální terapie, individuální komunikace, interní občerstvení, keramická dílna, kreativní dílna, kulinářská dílna, skupinová terapie, skupinová komunikace, šití, zahrada – skleník). Dále podporují práva a zájmy uživatele, jako je poradenská činnost a přímé jednání v zájmu uživatele. CPDZ pomáhá při vyřizování běžných záležitostí – úřady, posudková komise, banky, soudy, pomoc při zhoršení zdravotního stavu uživatele – komunikace s lékařem, pomoc při hospodaření s penězi, spolupráce s právní a finanční poradnou Centra pro integraci osob se zdravotním postižením.

Denní kapacita centra je 30 klientů, každý sociální pracovník je klíčovým pracovníkem cca. 8 až 20 klientů. (CPDZ, 2023, online)

Obrázek 1 : Organizační struktura CPDZ



Zdroj: vlastní

6. Shrnutí teoretické části

Duševní onemocnění naše lidstvo provází od nepaměti. Každý z nás si duševní onemocnění představuje jinak a sjednotit přesnou definici těchto onemocnění je obtížné. Na druhou stranu existuje mnoho autorů, kteří se danou problematikou zabývají a o které jsem se opírala při psaní své bakalářské práce. S osobami, které trpí duševním onemocněním se setkáváme na ulici každý den, je dobré si uvědomit, že osoby s duševním onemocněním jsou lidé jako my.

V teoretické části bakalářské práce byly popsány duševní poruchy a základní pojmy s nimi spojené. Dále jsem se zabývala kvalitou života a specifikovala jsem její různá pojetí. Seznámila jsem čtenáře se sociální prací s lidmi s duševním onemocněním, jako danou cílovou skupinou, kterou se ve své práci zabývám. Stručně jsem charakterizovala psychiatrickou péči v České republice a možné druhy léčby v oblasti psychiatrie, které jsou neodmyslitelnou součástí při stabilizování stavu duševně nemocného. Představila jsem vybrané poskytovatele sociálních služeb, které jsou dostupné právě pro lidi s duševním onemocněním. Nastínila jsem reformu psychiatrické péče, která prochází změnou, snaží se o rovnováhu mezi zdravotní a sociální péčí, aby se lidem s duševním onemocněním zvýšila kvalita života.

V poslední kapitole teoretické části jsem představila Centrum duševního zdraví, které je nedílnou součástí psychiatrické reformy a dále jsem představila Centrum péče o duševní zdraví v Hradci Králové, které jsem navštěvovala v rámci absolvování praxí a kde mi bylo dovoleno vykonávat kvalitativní výzkumnou strategii praktické části bakalářské práce.

V souvislosti s teoretickou částí má praktická část zjistit, jak Centrum péče o duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života osob s duševním onemocněním.

PRAKTICKÁ ČÁST

7. Metodologie výzkumu

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvalitativní výzkumnou strategií. Hlavním cílem práce je **zjistit, jak ovlivňuje Centrum péče o duševní zdraví kvalitu života osob s duševním onemocněním**. V první části práce se budu věnovat formulaci hlavního cíle a následně i dílčích cílů, které transformuji do transformační tabulky. Představím vybranou výzkumnou strategii, popíšu výzkumný vzorek a průběh samotného výzkumného šetření. V závěru práce se pokusím shrnout výsledky, které byly výzkumem zjištěny.

7.1. Formulace výzkumných cílů

Hlavním cílem práce je zjistit, jak Centrum péče o duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života osob s duševním onemocněním. Hlavní cíl jsem rozdělila do tří dílčích výzkumných cílů dále jen DVC.

DVC 1: Zjistit, jak si představují osoby s duševním onemocněním kvalitu svého života.

DVC 2: Zjistit, jaký má Centrum péče o duševní zdraví přínos pro klienty.

DVC 3: Zjistit, jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější.

7.2. Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka 1: Transformační tabulka

Hlavní výzkumný cíl: Zjistit, jak Centrum péče o duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života osob s duševním onemocněním			
Dílčí výzkumný cíl (DVC)	Metody a techniky výzkumu	Indikátory	Tazatelské otázky (TO)
DVC 1: Zjistit, jak vnímají osoby s duševním onemocněním kvalitu svého života a v jakých oblastech nejvíce pociťují snížení nebo zvýšení kvality života.	Polostrukturovaný rozhovor	DVC 1: Kvalita života v obecné rovině	TO1: Jak rozumíte pojmu „kvalita života“ a co si pod tímto pojmem konkrétně představujete?
			TO2: Jak Vaše nemoc ovlivnila vaši kvalitu životního stylu?
		DVC 2: Kvalita života v rámci nabídky služeb	TO3: Zhodnoťte svůj dosavadní život, zdá se Vám dostatečně kvalitní? Pociťujete změny v rodinných vztazích po zjištění nemoci? Jaké?
			TO4: Máte možnost zapojení do pracovního procesu?
		DVC 3: Dostupnost služeb a volnočasových aktivit	TO5: Ovlivnila Vaše nemoc Vaše přechodí volnočasové aktivity a proč?

			TO6: Jak byste formuloval/a šťastný a spokojený život? Je ve Vašem životě něco, co byste chtěl/a změnit?
			TO7: Jak momentálně vnímáte svou finanční situaci? Jsou vaše finanční prostředky dostačující?
DVC 2: Zjistit, jaký přínos má CPDZ pro klienty.			TO8: Jak jste se dozvěděl/a o CPDZ, kdo Vám ho doporučil a proč?
			TO9: Navázal/a jste nové vztahy a přátelství v CPDZ? Ovlivňuje Vás práce v kolektivu? A jak?
			TO10: V čem vidíte pozitivní dopad docházení do CPDZ na zlepšení kvality vašeho života? (Příklad)
			TO11: Zkuste porovnat kvalitu životního stylu před navštěvováním CPDZ a po příchodu do organizace. Jsou změny pozitivní?

			<p>TO12: Myslíte si, že CPDZ je pro lidi s duševním onemocněním přínosem? Jak konkrétně Vás ovlivnilo? Změnil/a byste něco nebo si myslíte, že je péče dostačující?</p>
<p>DVC 3: Zjistit jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější.</p>			<p>TO 13: Jaké činnosti a aktivity vám CPDZ nabízí?</p>
			<p>TO 14: Jsou činnosti a aktivity v nabídce služeb CPDZ dostatečně všestranné, aby uspokojily vaše možnosti výběru?</p>
			<p>TO 15: Jaké činnosti a aktivity CPDZ nejvíce využíváte?</p>
			<p>TO 16: Jak často vámi vybrané aktivity navštěvujete?</p>
			<p>TO 17: Je nějaká aktivita nebo činnost, kterou v nabídce postrádáte? Máte nějaké nápady na změny?</p>

Zdroj: vlastní

7.3. Použitá výzkumná strategie a technika

Praktická část práce zkoumá, jak Centrum péče o duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života osob s duševním onemocněním. Pro naplnění hlavního cíle bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii formou polostrukturovaných rozhovorů

Dle Creswella (in Hendl, 2005: 50) je **kvalitativní výzkum** „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ Výhodou kvalitativní výzkumné strategie je, že zkoumá daný cíl v přirozeném prostředí respondenta a získává podrobné schéma a vzhled při zkoumání. Podle metodologů nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že sběr dat a jejich analýza jsou pro výzkumníka časově náročné a snadno výzkumníkem ovlivnitelné. (Hendl, 2005: 52)

Polostrukturovaný rozhovor obsahuje připravené otázky, které směřují k rozklíčování výzkumných témat. Dle Kulátové (in Mišovič, 2019) je dobré mít připravenou osnovu. Z psychologického hlediska má kladný dopad na informanta, když vidí u výzkumníka přípravu (např. oporu ve formě listů papírů v ruce). Tato metoda je velmi oblíbená, flexibilní, dostupná, často se jedná o nejefektivnější způsob k získání informací. (Mišovič, 2019: 80-81)

7.4. Výzkumná lokalita a výzkumný vzorek

Kvalitativní výzkumná strategie byla prováděna v Centru péče duševního zdraví v Hradci Králové, o kterém se zmiňuji již v teoretické části bakalářské práce. Respondenti, které jsem oslovila, jsou ambulantně docházejícími klienty Centra. Od nich byla získávána data, která jsem potřebovala na zodpovězení hlavního a dílčích cílů bakalářské práce.

Výhodou výzkumu bylo, že jsem jej prováděla v přirozeném prostředí respondentů a tím jsem zajistila hladký průběh rozhovorů. Informanti se cítili v bezpečí a odpovídali na otázky otevřeně. Výzkumného šetření se zúčastnilo šest klientů CPDZ, tři muži a tři ženy.

Respondenty jsem vybírala podle kritérií, která jsem si stanovila. Společnou charakteristikou informantů bylo psychotické nebo neurotické onemocnění, dále docházka do Centra. Respondenti této služby využívají již několik let a jedná se o každodenní docházení do CPDZ. Zohledňovala jsem i jejich zdravotní stav a psychickou pohodu, protože informant se špatným psychickým stavem, by mohl interpretaci odpovědí zkreslovat. Věk respondentů nebyl limitován.

Výzkumné šetření probíhalo osobně v terapeutické místnosti v CPDZ, která mi byla poskytnuta sociálními pracovníky k provádění rozhovoru. Rozhovory probíhaly individuálně, bez přítomnosti dalších osob. Informanti mě dobře znají díky praxím, které jsem v Centru absolvovala, proto rozhovory, které trvaly v rozmezí 15–45 minut probíhaly v příjemné atmosféře a na klientech nebyla znát nervozita. Výzkum byl prováděn v měsíci únoru 2023, data jsem sbírala po dobu jednoho týdne. Odpovědi byly nahrávány na mobilní telefon a následně přepsány k dalšímu zpracování.

Tabulka 2 : **Respondenti**

Označení respondenta	Relevantní informace
R 1	Muž, 60 let, svobodný, středoškolské vzdělání, schizofrenie, invalidní důchod. Klient CPDZ 11 let.
R 2	Žena, 40 let, svobodná, středoškolské vzdělání, schizofrenie, invalidní důchod.
R 3	Muž, 38 let, svobodný, základní vzdělání, bipolární porucha, invalidní důchod.
R 4	Žena, 54 let, vdaná, vyučena, bipolární porucha, invalidní důchod.
R 5	Žena, 66 let, svobodná, středoškolské vzdělání, depresivní poruchy, starobní důchod.
R 6	Muž, 39 let, svobodný, vyučen, obsedantně kompulzivní porucha, invalidní důchod.

Zdroj: vlastní

7.5. Způsob zpracování údajů

Tato podkapitola se věnuje způsobu zpracování údajů v rámci výzkumného šetření, které jsem získala od respondentů z CPDZ pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory jsem následně přepsala do počítače a získala tak jejich písemnou formu, tzv. transkripci. Jak uvádí *Hendl* „*Data je nutné přepsat a provést vybraný způsob transkripce. Transkripce označuje proces převodu původních dat do lépe zpracovatelné podoby.*“ (Hendl, 2008: 228) Nahrávání rozhovoru je velkou pomocí a zároveň zjednodušením, protože výzkumník se může plně věnovat informantovi a nerozptyluje ho zapisování odpovědí, aby zachytil vše potřebné pro výzkum. Někteří respondenti byli ve svých odpovědích struční, jiní odpovídali obsáhle a odbíhali od tématu. Pro svůj výzkum jsem zvolila techniku **otevřeného kódování**. *Hendl* uvádí, že kódujeme „*slovo po slovu, podle odstavců, anebo podle celých textů a případů.*“ (Hendl, 2008: 247) Podstatou této techniky je zachycení co nejvíce informací s minimálním počtem kódů. Jedná se o jednoduchou, efektivní, časově náročnější techniku, která ukazuje, co je v datech obsaženo. Dle *Mišoviče*, je vhodné při otevřeném kódování používat otázky „*co, kdo, jak kdy, jak dlouho, kde, jak moc, proč, pomocí čeho?*“ (Mišovič, 2019: 165) Dále jsem s daty pracovala pomocí barvení transkripcí. Každá barva, měla za úkol představit spojení slov a slova, která se prolínala, a tak jsem zjistila, kde se informanti v odpovědích shodují a kde jsou jejich odpovědi jiné. Zjištěné výsledky budu dále interpretovat v kapitole popis a interpretace dosažených výsledků.

7.6. Reflexe etických rizik výzkumného šetření

Při psaní této bakalářské práce mohla nastat řada rizik, kterých jsem si vědoma. Jedním mohl být například nedostatek informantů pro získávání dat. Jelikož se jedná o kvalitativní výzkumnou strategii, pracovala jsem s malým počtem respondentů. Dalším možným rizikem by mohl být fakt, že pro svou práci jsem sbírala data jen v jedné organizaci a výsledek je tak obtížný zobecnit.

Za rizikový faktor pro můj výzkum lze považovat také samotné respondenty, kteří by se mohli obávat prozrazení identity. Toto riziko se mi podařilo eliminovat informovaným souhlasem, kde se zavazují k anonymitě vůči osobním údajům informantů. Účast ve výzkumném šetření byla dobrovolná a klienti Centra mohli kdykoliv spolupráci na výzkumu ukončit.

Při výběru informantů jsem se snažila o spravedlivé rozdělení pohlaví, proto jsem oslovila tři muže a tři ženy. Samozřejmě jsou zde obavy i z mé strany, jelikož výzkum vedu poprvé a mohlo by nastat riziko špatného uchopení praktické části, ale snažila jsem se najít pomoc v odborné literatuře.

8. Analýza a interpretace dosažených výsledků

Následující kapitola se bude zabývat interpretací zjištěných výsledků výzkumu, které jsem získala pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky byly zjištěny pomocí tří dílčích cílů, které jsem si na začátku výzkumu stanovila. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jak si představují osoby s duševním onemocněním svou kvalitu života. Druhý dílčí cíl zjišťoval, jaký přínos má CPDZ pro klienty. A posledním cílem bylo zjistit, jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější.

DVC 1: Zjistit, jak vnímají osoby s duševním onemocněním kvalitu svého života a v jakých oblastech nejvíce pociťují snížení nebo zvýšení kvality života. K dosažení výsledku DVC 1 byly informantům položeny tazatelské otázky TO1-TO7, jejichž pomocí jsem zjišťovala, jak si představují osoby s duševním onemocněním kvalitu svého života a v jakých oblastech pociťují její zvýšení nebo snížení. Vzhledem k položeným otázkám se jedná o subjektivní vnímání kvality života.

Jako první byla respondentům položena otázka, jak rozumí pojmu kvalita života a co si pod tímto pojmem konkrétně představují. Ve většině případů se odpovědi shodovaly, jednalo se o asociaci slov jako je zdraví, štěstí, spokojenost, zázemí nebo volný čas. Proto budu doslovně citovat jen odpovědi některých respondentů.

R 1: „Určitě...na prvním místě je zdraví, mít zázemí, dělat to, co mě baví. Žít spokojeně život je pro mě neutahovat si opasek.“

R 5: „Žiju sama, ale nestěžuji si. Pro mě je nejdůležitější, abych byla zdravá a měla v životě trochu štěstí. Nemyslete si, já jezdila i do zahraničí, na to ráda vzpomínám, svůj život jsem prožívala kvalitně a teď jsem na tom ještě líp. Sice už necestuji, ale věnuji se kreativce, chodím na keramiku, háčkuji a vyrábím různé věci.“

R 4: „Kvalita života...především zdraví, mít kde bydlet a věnovat se koníčkům, které mě baví a když se k tomu rejpaní na té mojí zahrádce přidají i peníze, budu nejspokojenější.“ (smích)

Na otázku, jak nemoc ovlivňuje jejich kvalitu životního stylu, se 4 respondenti z 6 shodovali, že nejvíce je ovlivnila v rámci vztahů, z profesního hlediska a z hlediska ztráty sebekontroly, s čímž souvisí změny chování. U zbylých dvou respondentů byli odpovědi nestranné.

R 2: „Svádět všechno na nemoc taky nejde. Spíš, kdyby mi bylo zpátky sedmnáct, tak si vyberu jinou školu. U mě schizofrenie propukla v prváku na střední, chodila jsem na obchodku, měla jsem vyznamenání, ale nezvládala jsem to psychicky. Bylo to náročné, byla jsem paranoidní a hodně vztahovačná.“

R 3: „Nevím, asi mě nejvíc štve, že jsem byl hmusnej na ségru, od té doby se nebavíme.“

R 1: „Trochu jako jo no, hlavně tím, že jsem přestal kvůli nemoci chodit do práce, která mě bavila a jinou práci jsem nesehnal.“

R 5: „Musela jsem skončit v práci, byl to na mě hrozný tlak, ale díky nemoci jsem si uvědomila, že člověk musí žít, dříve jsem nic nestihala a nic se mi nechtělo, teď mám tolik aktivit, že nevím, kam dřív.“ (smích)

Dále jsem položila otázku, zda informanti hodnotí svůj dosavadní život jako dostatečně kvalitní a případně zda pocítují změny v rodinných vztazích po zjištění nemoci.

R 4: „Žít s diagnózou není úplně to, co by člověk chtěl, a přijímal to kladně, ale díky ní jsem si našla manžela, kterého jsem poznala tady v Centru. Takže teď můžu říct, že jsem spokojená, hrozně mi pomáhá to překonávat a můj život se ubírá jiným směrem. Už v dětství jsem to měla doma těžké a předchozí manželství stálo za ...“

R 1: „Hmm...k celkové spokojenosti mi chybí plnohodnotná práce, ale schizofrenik s epilepsií si moc vybírat nemůže, ale jsem rád, že mám bráchu a koničky, to mi vlastně pomáhá.“

Respondenti také odpovídali na otázku, zda mají možnost zapojení do pracovního procesu. Z odpovědí vyplynulo, že 4 informanti aktivně práci nehledají, ale případnou finanční krizi řeší krátkodobými brigádami, jelikož jim jejich zdravotní stav neumožňuje plné pracovní nasazení. Toto zjištění bylo i částečně potvrzeno u informanta č. 1, který by se rád vrátil k práci, kterou dělal před onemocněním, ale bohužel mu to jeho zdravotní stav též nedovoluje a o jinou práci nemá zájem. Respondentka č. 5 uvedla, že si užívá starobního důchodu. Respondent č. 3 uvedl: „Před Covidem jsem pomáhal u nás ve městě v restauraci jako pomocná síla v kuchyni, ale museli ji kvůli tomu zavřít a pak už o mně neměli zájem, teď žádnou práci nemám.“

R2 uvedla: „*Ted' se snažím hledat brigádu, stačil by mi klidně i úklid na tři dny v týdnu, tak doufám, že něco najdu.*“

Pátou otázkou v pořadí bylo, zda nemoc ovlivnila předchozí volnočasové aktivity. Odpovědi na tuto otázku ukázaly, že respondenti, měli pouze příležitostné volnočasové aktivity a po diagnostikování nemoci tráví svůj volný čas mnohem aktivněji než před nemocí. Nejčastější aktivitou před nemocí bylo u klientů sledování TV. A jen jeden respondent č. 1 uvedl, že jeho koníček v zálibě vážné hudby a turistiky trvá doposud.

R1: „*Když jsem ještě bydlel na Moravě, tak jsem chodil na koncerty vážné hudby a rád poznával České hrady a zámky, pak mi diagnostikovali schizofrenii a přestěhoval jsem se sem a tady chodím do Filharmonie.*“

R 6: „*Nikdy jsem neměl vyloženě aktivity, doma jsem si zapnul TV a koukal hlavně na sport, většinou jsem u ničeho dlouho nevydržel, ted' chodím v Centru i na keramiku a jógu a svůj čas zaplňuji lépe.*“

Na tazatelskou otázku, jak by formulovali šťastný a spokojený život a co by na svém životě změnili, odpověděli všichni respondenti bez váhání jednotně – štěstí je zdraví bez nemoci, rodina a přátelé. Dále jsem zaznamenala, že respondentům č. 2 a č. 6 chybí partnerský život a respondentka č. 4 by chtěla změnit vztahy se synem.

R4: „*Já si nemůžu na nic stěžovat. Občas mě trápí, že nejsem zdravá, ale beru léky, které mi pomáhají. A co bych změnila...(ticho). Ráda bych, aby se urovnaly naše vztahy se synem, je to dost komplikované, omluvte mě , ale dál to nechci rozvádět.*“

R2: „*Zdraví, to je jasný, i když po těch letech si to snažím tolik nepřipouštět. A co bych určitě chtěla změnit – nechci být sama, mám rodinu, i přátele, ale chtěla bych mít k sobě někoho blízkého, jestli mi rozumíte. Někoho, kdo vás obejmě, vezme za ruku a tak. Před rokem jsme se s partnerem rozešli, jsme kamarádi, ale nikdo jiný se zatím neobjevil.*“

Ke kvalitnímu životu patří i finanční prostředky, proto mě na závěr souboru otázek zajímalo, jak to klienti Centra mají s financemi, jelikož ani jeden nemá zaměstnání a pobírají pouze invalidní důchody 3. stupně a starobní důchod. Měle mě odpovědi překvapily, z odpovědí všech dotazovaných vyplynulo, že peněz nemají na rozdávání, ale vystačí s nimi.

R6: „*Joo, peněz mám tak akorát. Zbytečně neutrácím a nekupuju zbytečnosti, jen to nejnmutnější.*“

R1: „*Kdyby bylo víc, vůbec by mi to nevadilo, já pravidelně chodím do Filharmonie, ty lístky taky něco stojí, a rád jezdím na výlety, takže peníze se kutálejí, ale mám to pod kontrolou. Utahovat opasek si zatím nemusím.*“

DVC 2: Zjistit, jaký přínos má Centrum péče o duševní zdraví pro klienty

Další dílčí cíl mého výzkumného šetření má zjistit jaký přínos má Centrum péče o duševní zdraví pro klienty. K dosažení výsledku byly použity tazatelské otázky TO8-TO12. Odpovědi se ve většině ohledů shodovaly, proto budu citovat jen některé respondenty. Na začátek druhé fáze rozhovoru jsem položila otázku TO8, která se týkala informace, jak se klienti dozvěděli o Centru, kdo jim ho doporučil a proč. Ve všech odpovědích se zmiňovala zejména slova jako **psychiatr**, **přátelé**, **volný čas** a **zkušenosti s podobnou službou**. Informanti odpovídali téměř jednotně – 5 respondentů ze 6 uvedlo, že jim CPDZ doporučil jejich **psychiatr**. Pouze jedna respondentka odpověděla, že se o centru dozvěděla od **přátel**, kteří docházeli do Centra již dávno před ní. Informantka č.2 uvedla, že se o Centru dozvěděla od kamarádky, která jej navštěvuje již dlouho. „*Řešila jsem to i se svou psychiatrickou, která mi to taky doporučila, že to pro mě bude dobrý, hlavně kvůli tomu, že využiji volný čas.*“

R6: „*Centrum mi doporučili v léčebně, abych poznal lidi, kteří mají stejný zdravotní problém jako já. Můžu Vám říct, je to skvělej pocit, když vím, že na to nejsem sám. Tak jsem si řekl, že to zkusím, vždyť o nic nejde. Najednou tu jsem už 5 let, mám tu přátele, dokonce tu na akcích pro klienty dělám DJ, hodně mě centrum posumulo.*“

R1: „*Když jsem se přestěhoval do Hradce, chodil jsem na Kavčí plácek, pak jsem slyšel o tomhle Centru a chtěl jsem poznat nové lidi a aktivity, tak jsem tady 12 rokem.*“

V další tazatelské otázce TO 9 mě zajímalo, zda klienti, kteří dochází do Centra, navázali nové vztahy a přátelství v CPDZ a jak klienty ovlivňuje práce v kolektivu. Jedná se zde o subjektivní názory a často se opakovaly pojmy jako podpora, rozvoj, nový život, vzájemná pomoc. Respondentka č. 2 odpověděla: „*Ano, jsem ráda, že jsem poznala tak fajn partu. Tady jsme všichni na stejné vlně, nikdo si*

na nic nehraje. V tomhle kolektivu se hrozně nasmějeme, hlavně při hrátkách s paměti, rozvíjíme se, a tak nějak si pomáháme navzájem.“

Respondentka č. 4 v CPDZ dokonce poznala svého manžela. *„Tady by stačily dvě slova: nový život. Poznala jsem tu J... Měli jsme tady i svatbu. Se vším mi pomohli a všichni jsme si to užili. Práce s kolektivem mě hodně baví, dostala jsem možnost vést jógu a předat dál, co umím. Všichni, nacházíme vnitřní klid.“*

Na TO 10, která zněla: *„V čem má CPDZ dopad na kvalitu života klientů?“,* respondenti odpovídali zejména, že aktivně využívají svůj volný čas a necítí se sami.

Respondentka č. 5 v Centru vidí druhou rodinu. *„Vzájemně se podporujeme a předáváme si zkušenosti, s některými jezdíme na výlety i mimo Centrum. Jsme lidi, co potřebují taky nějaký ten společenský život. Když jsem tady, tak mám pocit, že někam patřím.“*

Tazatelská otázka 11 zněla: *„Zkuste porovnat kvalitu životního stylu před navštěvováním CPDZ a po příchodu do organizace a zda jsou změny pozitivní“.* Informanti se opět ve většině shodovali. Z odpovědí bylo zřejmé, že CPDZ má dobrý vliv na klienty i jejich kvalitu života, shledala jsem pojmy jako rozvoj osobnosti, vzájemné vztahy, pomoc, získání sebevědomí nebo řešení problémů. CPDZ jim dává pocit bezpečí a zároveň jim umožňuje někam patřit. Niže uvedu některé citace odpovědí.

R1: *„Pomáhají mi tu, můžu si popovídat, sociální pracovnice se tu o nás hezky starají. Když mám problém, jdu za zdejší terapeutkou a ona mi pomůže najít řešení. Hlavně jako velké pozitivum vidím to, že nejsem doma sám, mám tu přátele, lidi, kteří mi rozumí, to jsem na Moravě kromě bráchy neměl. Tady se nenudíme, poznal jsem tu spoustu lidí a taky se tu můžu věnovat psaní do našeho časopisu Centráček, kde předávám informace z mých výletů, takové tipy na výlet.“*

R3: *„Zjistil jsem, že ten rozvrh, co tady máme, není vůbec zlej. S bipolární poruchou režim potřebujeme. Když si s něčím nevím rady, tady mi pomůžou, máme tu prostor na klábosení. Nejvíc si vážím toho, že jsem tu našel přátele a fajn pracovnice. Se všema se vždycky rád vidím, doma jsem jen ležel a nic nedělal.“*

R6: „Už nejsem tak hloupej, naučili mě tu, že se nesmím nechat zneužívat. Dřív jsem kolem sebe měl lidi, který si hráli na kamarády, ale nebyli. V tomhle jsem neuměl chodit, byl jsem moc důvěřivej a vždycky jsem na to doplatil.“

TO12 měla zjistit, zda CPDZ je přínosem pro lidi s duševním onemocněním a zároveň jsem se ptala, co konkrétně klienty ovlivnilo. Další doplňkovou otázkou bylo, zda reflektují dostatečnou péči a zda by klienti CPDZ něco měnili. Z rozhovorů vyplynulo, že jsou klienti s péčí CPDZ spokojeni, zde se shodlo šest respondentů z šesti. Můžeme z toho odvodit, že Centrum klientům dává dostatečnou péči a že působení sociálních služeb je rozhodně přínosem pro lidi s duševním onemocněním. Na otázku, jak konkrétně služba ovlivnila klienty jsem se při přepisování rozhovorů setkávala nejčastěji s těmito pojmy: Seberealizace, pozitivní přístup sociálních pracovníků, komunikace, vzájemné vztahy.

R2: „Ano, za mě je to obrovský přínos, vemte si, kolik tu je aktivit, na který můžeme chodit, poznáváme tady nové lidi se stejnými problémy, máme nové zkušenosti. Já se v kulinářské dílně učím vařit, doma jsem tomu moc nedala. (smích) Neměnila bych vůbec nic. Holky pracovnice jsou skvělé, těch možností, co tady je, to se mi o tom dřív ani nesnilo.“

R4: „Našla jsem tady novou lásku a přátelství, je to to nejlepší, co mě v životě mohlo potkat. Jsem tu spokojená, holky by se tu pro nás rozkrájely.“

R6: „Hlavně tady komunikujeme, učíme se poslouchat druhé a nejsme na to sami. Centrum pomáhá nám všem. Já se nikdy nechtěl moc bavit a tady je to jiný, nestydím se za to jakej jsem. Například hrajeme vědomostní hry, chodíme na procházky a ten život se mi zdá veselejší. Centrum mi ukázalo směr, mě nic nebavilo, ke všemu jsem byl negativní. A změnu určitě nechci.“

DVC 3: Zjistit, jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější.

Poslední dílčí cíl zjišťoval, jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější. K dosažení výsledku byly použity otázky TO13 – TO17.

Tazatelská otázka 13 zjišťovala, jaké činnosti a aktivity klientům CPDZ nabízí. Informanti vypověděli, že v Centru mají dostatečné množství aktivit. Jmenovali různé

aktivity jako je – filmový klub, jóga, výlety, zpívání, tanec nebo studijní hodinka, zajímavosti, zdravý životní styl, hrátky s pamětí, posilovna, ping-pong, povídání, keramika nebo vaření. Všichni respondenti se shodovali, že je aktivity začleňují zpět do kolektivu.

R1: „*Centrum nabízí různé volnočasové aktivity jako je posilovna, komunikace, hrátky s pamětí, vaření, jóga, zajímavosti, filmový klub. A určitě jsem na spoustu z nich ještě zapomněl, ale teď už nevím. Hlavně pracujeme v kolektivu, a to je velký přínos.*“

R4: „*Ježiš, aktivit tu máme hrozně moc...jóga, keramika a kreativní dílna, vaření. Centrum má i svůj sbor – Centrum Band. Jezdíme s ním do domova důchodců a děláme jim tím radost. Hodně si tu povídáme v kolektivu se sociálními pracovníci, máme tu i svou terapeutku, můžeme k ní chodit na terapii, když máme problém, chodíme i do posilovny, hlavně nás to motivuje, stmeluje.*“

R3: „*Je tu kulinářská dílna, hrajeme ping-pong, povídáme si, chodíme na jógu, koukáme na filmy a zpíváme. Hrajeme hry, pořádají nám i diskotéky. To jsou asi aktivity, které mě hned naskočí.*“

Další otázkou v pořadí je TO14, která se ptá, zda jsou činnosti a aktivity v CPDZ dostatečně všestranné. Mě zároveň zajímalo, jestli jsou klienti s nabídkou těchto aktivizačních činností spokojeni. Všichni respondenti shrnuli, že s aktivizačními činnostmi spokojeni jsou. Nabídka aktivizačních činností jim přijde různorodá a každý si tam najde to, co ho zajímá.

R2: „*Myslím, že tu máme od každého něco a každý si vybere to, co ho zajímá.*“

R3: „*Nabídka aktivit je dostatečná, máme jich tu hodně, jsem s tím spokojený.*“

Otázku TO 15 jsem se měla dozvědět, jaké činnosti a aktivity klienti nejvíce využívají. Čtyři ze šesti respondentů odpověděli, že chodí na všechny nabízené aktivity. Respondent č. 1 uvedl, že navštěvuje všechny nabízené aktivity kromě zpěvu. Z odpovědí je znatelné, že aktivity klientům nabízejí osobní růst a zvýšení sebevědomí, zároveň také zlepšení fungování v běžných činnostech.

R1: „*Já jsem v centru každý den od rána, chodím jen pryč na oběd a pak se zase vracím, takže chodím na všechny aktivity, které Centrum nabízí. Kromě zpěvu, teda (smích). Doma jsem sám a tady jsem aspoň mezi lidmi.*“

R2: „*Chodím na všechny aktivity. Se sociálními pracovníci si tu hodně povídáme, je tu zábava a vždycky se něco nového naučím.*“

Předposlední otázka TO 16 zjišťovala, jak často klienti navštěvují aktivizační činnosti. Centrum komunikuje s klienty prostřednictvím facebookových stránek a nástěnky v Centru péče o duševní zdraví, kde je vyvěšen aktuální program činností na každý nový týden. Respondenti jsou stálými klienty, takže volný čas tráví převážně v Centru. U této otázky byli odpovědi v celku jednotné, jen se lišily ranním i odpoledním docházením do Centra nebo případnou absencí. Každý klient má své oblíbené aktivity, ale ve většině případech byly odpovědi totožné. Respondenti se řídí podle rozvrhu, takže dodržují přesné časy. Docházení do CPDZ klienty rozvíjí v komunikaci a v sociálním kontaktu s prostředím.

R1: „*Každý všední den sem jezdím na 8 ráno, nechám si uvařit kávu a povídáme si s pracovníci nebo si brouzdám na internetu. V pondělí chodím na dvanáctou do posilovny, pak si hodinu povídáme nebo hrajeme společenské hry a pak nám začíná keramika. V úterý chodím na zajímavosti, protože mě baví turistika a tam se pouští třeba cestopisy. Pak jdeme do posilovny, hodinku máme volno a pak začíná relaxační cvičení – jóga, a večer máme vaření, ale to občas vynechám. Ve středu si většinou domlouvám terapii a je taky léčivá síla hudby, ve čtvrtek se vždy těším na filmový klub a v pátek chodíme na výlety a procházky. Máme tady opravdu hodně činností, při kterých nám je dobře.*“

R5: „*Aktivity navštěvuji průběžně všechny, jen některé z nich střídám. Někdy jdu zpívat a někdy jdu na filmový klub. Je to různé také podle nálady, ale co rozhodně nemeškám je keramika a kreativní dílna, tam jsem jak ryba ve vodě. Všechny své výrobky si fotím, také jezdím na různé kurzy. Centrum mi dalo úplně nové možnosti. Povídáme si tu a jsem ráda, že tu jsem.*“

Na poslední otázku výzkumu TO 17, zda je nějaká aktivita nebo činnost, kterou v nabídce postrádají nebo mají nápady na změny, respondenti odpovídali jednotně, že jim v Centru nic nechybí a změny nechtějí.

R1: „*Ne, všechno je tak jak má být.*“

Informanti mého výzkumu během docházení do Centra duševního zdraví prošli změnou, která jim nabídla zlepšit kvalitu svého života. Každý jsme jiný, a proto je

potřeba vnímat každého jako osobnost s jinými individuálními cíli. Jedna věc je určitě u všech respondentů společná – zlepšení psychického stavu.

9. Shrnutí výzkumné části

V následující části bakalářské práce se budu zabývat dosaženými výsledky, které jsem získala pomocí kvalitativní výzkumné strategie formou polostrukturovaných rozhovorů v rámci praktické části práce. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jak Centrum péče o duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života osob s duševním onemocněním. K dosažení hlavního výzkumu byli stanoveny tři dílčí cíle, které představím v průběhu shrnutí výzkumné části.

Zjištěné výsledky se vztahují pouze ke vzorku informantů, kteří byli zařazeni do výzkumu, jedná se o 6 respondentů. Jak jsem již psala v kapitole, která se zabývala reflexí etických rizik výzkumného šetření, může zde nastat riziko, že malý počet respondentů nedosáhne celkové objektivity výzkumu. Na začátku bych se chtěla zastavit ještě nad vnímáním kvality života, kterou trefně popsal (Payne, 2005) ve své publikaci, kde zmiňuje, že kvalita života je *„důsledek interakce mnoha různých faktorů: jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým či neprobádaným způsobem integrují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností.“* (Payne, 2005, s.207)

První dílčí cíl se věnoval zjištění, jak osoby s duševním onemocněním vnímají kvalitu svého života a v jakých oblastech nejvíce pocítují snížení nebo zvýšení kvality života. Nutno podotknout, že se zde jedná o subjektivní vnímání. Každý vnímá jiné faktory, které ho ovlivňují k dosažení kvalitního života. Z odpovědí, které mi respondenti poskytli, jsem zjistila, že pro osoby, které trpí duševním onemocněním, jsou důležité tyto faktory: zdraví, rodina, přátelé, které jim umožňují být v psychické pohodě, aby dosáhli spokojenosti.

Na informanty musíme nahlížet individuálně, protože jejich potřeby se liší, ale myslím, že všichni jsou za jedno v následujícím – nemoc jim život ovlivnila v podobě ztráty zaměstnání, přerušení sociálních vztahů, a především ve ztrátě sebevědomí. Pravdou je, že pomoc, která je zbaví pocitu méněcennosti a srovnání s tím, že jsou nemocní, jim nabízí právě činnost, která se opírá o tento fakt. *„Jakákoli pracovní činnost umožní těmto lidem zvýšit jejich sebedůvěru, dosáhnout větší samostatnosti a udržet si potřebné sociální dovednosti“* (Vágnerová, 2004: 231)

Dále jsem zjistila, že velkou oporou pro lidi s duševním onemocněním je jejich rodina, která jim pomáhá překonat obavy z nemoci a budoucnosti. Informanti dále zdůrazňovali fakt, že díky diagnostice nemoci přišli o práci a do nového pracovního procesu se už nezačlenili, pouze jeden respondent mluvil o krátkodobé brigádě, tento výsledek mohou ověřit odbornými autory (Rogers a Pilgrim, 2010 in Bartošíková, 2013). Ti poukazují na to, že osoby s duševním onemocněním mají šanci pouze 1:4, že budou začleněni do pracovního procesu. (Bartošíková, 2013) K tomu se pojí shodné odpovědi respondentů, kteří svou finanční situaci uvádějí jako dostačující, ale na šetření úspor jsou jejich finance limitované.

Druhým dílčím cílem bylo zjišťováno, jaký přínos má CPDZ pro klienty. Pomocí rozhovorů jsem zjistila, že se klientům po příchodu do Centra péče o duševní zdraví lépe stabilizoval zdravotní stav. Tím se dostáváme k tomu, že CPDZ klienty ovlivňuje pozitivně a mění jejich kvalitu života. Důležitý fakt je v tom, že lidé s duševním onemocněním nejsou zařazeni do pracovního procesu, mají invalidní důchody a dostatek nevyužitého volného času. Po docházení do služeb se cítí ve větší psychické pohodě.

Důležitou součástí resocializace je možnost komunikace s ostatními, s čímž mají lidé s duševním onemocněním problém, a právě Centrum je učí lépe vzájemně komunikovat a navazovat sociální vztahy v rámci aktivizačních činností. Klienti jsou spokojeni, protože ke svému blízkému okruhu lidí získali i nové přátele, započali nové vztahy, a především se zde cítí dobře. Nacházejí nový smysl života včetně využití času, který by doma trávili nečinně, nebo u televize. Klienti jsou se službou spokojeni a nic by neměnili. Informanti si uvědomují, že je důležité nebýt na své problémy sám a mít možnost někam patřit. Přístup CPDZ si velmi chválí a jsou rádi, že takové služby pro ně jsou.

Třetím dílčím cílem se zjišťovalo, jaká poskytovaná nabídka činností a aktivit je pro klienty nejvýznamnější. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce využívanou aktivitou je společná komunikace mezi klienty a sociálními pracovníky, dále respondenti oceňují terapie, které jim centrum nabízí. Nabídka činností a aktivit je velmi rozmanitá, takže si zde každý najde to, co ho nejvíce baví. Lidé s duševním onemocněním se adaptují a rozvíjejí se tím, že komunikují a jsou v kontaktu s ostatními. Součástí adaptace je vnímání sebe sama a důležitost přikládám i k

individuálnímu přístupu na zlepšování svých potřeb. Další důležitou oblastí je právě aktivní využití volného času.

V rámci výzkumného šetření bylo zjištěno, že pro lidi s duševním onemocněním, aby dosáhli spokojenosti v životě, jsou důležité tyto faktory: zdravotní stav, rodina a přátelé. Rodina je v tomto případě velkou oporou a bez ní si duševně nemocní neumí představit svou existenci, protože právě rodina je základní stavební jednotkou ke zvýšené kvalitě života.

Ke zlepšení kvality života jim z velké části pomáhá i pravidelné docházení do Centra duševního zdraví, ukazuje to i fakt, že informanti odpovídali, že jim Centrum nabízí nový život bez předsudků, mohou se zde se svojí nemocí vypořádat a zároveň navazovat nové vztahy v rámci aktivizačních činností. Další značnou výhodou je spolupráce sociálních pracovníků a klientů ve skupinových aktivitách, klienti se začleňují a učí se tak správně navazovat sociální kontakty. Můžeme zde bezpochyby mluvit i o růstu sebevědomí, které jim nemoc vzala.

Centrum jim nabízí znovu žít plnohodnotný život a pomoc při běžných záležitostech, možnost využití volnočasových aktivit, kde mohou zrelaxovat svou mysl. Centrum duševního zdraví má jisté místo v jejich životě, funguje zde společná pomoc mezi klienty a sociálními pracovníky a v neposlední řadě mezi klienty navzájem.

Výzkum dále ukázal, že osoby trpící duševním onemocněním docházející do Centra, vnímají oblast služeb a volnočasových aktivit jako různorodou a dostatečnou. Vše hodnotili kladně a vyplývá z toho, že by na Centru nic neměnili. A celkově se ukázalo, že fungování takových služeb má smysl v tom, že ovlivňuje kvalitu života lidem, kteří takovou pomoc potřebují.

Doporučení pro praxi

V první řadě je nutno dodat, že kvalita služeb Centra duševního zdraví v Hradci Králové je na velmi dobré úrovni. Přicházejí a odcházejí spokojení klienti, což můžeme brát jako nejvyšší hodnocení.

Osob s duševním onemocněním stále přibývá a bylo by na místě, kdyby Centra pro duševně nemocné byla ve všech městech. Reforma psychiatrie stále pracuje na zlepšení a pomáhá vytvářet nová Centra, ale otázkou je, zda jich je dostatek.

Z mého hlediska by byla pro CPDZ přínosem spolupráce s multidisciplinárním týmem, který by značně ulehčil práci s klienty Centra a zvýšil i tak vysokou kvalitu služeb, které Centrum nabízí.

Tato bakalářská práce by mohla být do budoucna přínosem pro sociální práci tím, že případnou komparací s dalšími výzkumy týkajícími se kvality života lidí s duševním onemocněním, by nabízela srovnání a zmapování péče a služeb. Přispěla by tím, tak k lepší kvalitě nabízené péče a zároveň zefektivnila pomoc osobám s duševním onemocněním.

Závěr

„V mých očích jsou zdi, oddělující zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná...“

--Franz Kafka--

Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jak Centrum péče o duševní zdraví ovlivňuje kvalitu života osob s duševním onemocněním.

Teoretická část objasnila základní pojmy, které patřily k tématu práce, dále duševní poruchy, kvalitu života a její pojetí. Zmapovala sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a psychiatrickou péčí, která je důležitá pro tuto cílovou skupinu. V teoretické části jsem čtenáře obecně seznámila s prací Centra duševního zdraví a dále se věnovala Centru péče o duševní zdraví v Hradci Králové, které jsem si vybrala jako lokalitu svého výzkumného šetření.

Pro praktickou část práce jsem využila kvalitativní výzkumnou strategii formou polostrukturovaných rozhovorů. Bylo provedeno šest rozhovorů, ve kterých bylo zjištěno, že pro klienty Centra duševního zdraví je Centrum velkým přínosem a napomáhá jim ke zlepšení celkové kvality života. V podobě aktivizačních činností, na které lidé trpící duševní poruchou pravidelně docházejí, vzájemně mezi sebou komunikují a navazují nové sociální vztahy. Kvalita těchto služeb je dle klientů pestrá a dostačující a na CPDZ by nic neměnili.

Výzkumem nebyli zjištěny žádné nedostatky ze strany Centra duševního zdraví. Kvalita života pro lidi s duševním onemocněním znamená být zdravý a mít kolem sebe oporu ze strany rodiny. Vnímání kvality života v této práci je čistě subjektivní. Z odpovědí klientů lze prokázat, že jejich život se po docházení do CPDZ změnil k lepšímu. Z výzkumu též vyplynulo, že CPDZ je důležitým článkem v jejich životě.

Centrum péče o duševní zdraví v rámci služeb efektivně naplňuje individuální cíle klientů a staví se tak do role kvalitního poskytovatele služeb. Výsledky výzkumu jsou kladné, ale nelze je zobecnit pro všechna CDZ a CPDZ. Domnívám se, že hlavní cíl i dílčí cíle této práce byly naplněny. Tato bakalářská práce by mohla být přínosem

lidem, kteří nejsou informováni o problematice této cílové skupiny, aby si uvědomili, že lidé s duševním onemocněním jsou stále lidé jako my.

Seznam použité literatury a internetové zdroje

- BARTOŠÍKOVÁ, Radka. *Kvalita života a její vnímání osobami s duševním onemocněním v centru Paprsek naděje*. České Budějovice: JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. Zdravotně sociální fakulta, 2013.
- ČEŠKOVÁ, Eva a Hana KUČEROVÁ, SVOBODA, Mojmir, ed. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006, 320 s. ISBN 80-7367-154-9.
- DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
- GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
- GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada), 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001, 280 s. ISBN 80-7178-551-2
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada), 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.
- MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MIŠOVIČ, Ján. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon, 2019. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.

- OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5199-3.
- OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
- PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.
- RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RABOCH, Jiří, Pavel PAVLOVSKÝ a Dana JANOTOVÁ. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
- RAHN, Ewald. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada, 2000. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-964-0.
- SKOPOVÁ, Jaroslava. *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén, [2016]. ISBN 978-80-7492-232-9.
- ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-69-9.
- VAĎUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3754-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VRBICKÝ, Jan. *Sociální služby*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-467-0.
- VYMĚTAL, J. a kol. 1997. *Obecná psychoterapie*. 1.vyd. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek, 279 s. ISBN: 80-86123-02-2.
- ZVOLSKÝ, Petr. *Obecná psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7184-494-2.
- ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-203-6.

Internetové zdroje

- BOUČEK, CSC., prof. MUDr. Jaroslav. Rehabilitace v Psychiatrii. *Psychiatria pre prax* [online]. 2004, 2004 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <https://www.solen.sk/storage/file/article/57b0c5334779bb88c60990f0bd3ec636.pdf>
- *Centrum péče o duševní zdraví* [online]. Hradec Králové, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <http://cpdz.cz/>
- *Centrum pro integraci osob se zdravotním postižením* [online]. Hradec Králové, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.czphk.cz/>
- *Česká společnost pro duševní zdraví* [online]. Hradec Králové: CSDZ, 2015 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.csdz.cz/>
- *Fokus Praha, z.ú.* [online]. Praha: Fokus, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/>
- *Green doors, z.ú.* [online]. Praha: Green doors, 2015 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.greendoors.cz/cs/o-nas/>
- *Klasifikační systém MKN* [online]. Praha: MKN-10, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F09>
- *Koncept kvality života* [online]. Praha: MZČR, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/koncept-kvality-zivota>
- *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Duben 2017. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/images/stories/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf
- *Metodika práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním: pro komunitní centrum v Praze Komunikujeme, o.p.s.* [online]. Praha, 2019 [cit. 2023-02-19]. Dostupné z: <http://komunikujeme.eu/wp-content/uploads/2020/04/metodika-komdu%C5%A1evn%C3%AD-n.pdf>
- *Národní informační portál* [online]. Praha: NZIP, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/>
- *Spolek kolumbus* [online]. Hradec Králové: Spolek Kolumbus, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.spolekkolumbus.cz/cs/>
- *Zákon o sociálních službách* [online]. Aiom, 2023 [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- *Franz Kafka: citát* [online]. [cit. 2023-03-18]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/273072-franz-kafka-v-mych-ocich-jsou-zdi-oddelujici-zdrave-a-nemocne/>

Seznam tabulek

Tabulka 1: Transformační tabulka	45
Tabulka 2 : Respondenti	49

Seznam obrázků

Obrázek 1 : Organizační struktura CPDZ	42
--	----

Seznam příloh

Příloha 1: Přepis rozhovoru s R1

Příloha 2: Informovaný souhlas

Příloha 1: Přepis rozhovoru s respondentem č. 1

Úvod rozhovoru

„Jsem studentkou 3.ročníku oboru sociální práce, filozofické fakulty UHK a provádím jako součást své bakalářské práce kvalitativní výzkum, ve kterém chci zjistit, jak ovlivňuje CPDZ kvalitu života osob s duševním onemocněním. Z těchto důvodů si Vás dovoluji požádat o spolupráci. Budu Vám pokládat otázky, jejichž odpovědi si budu nahrávat. Chtěla bych Vás požádat, pokud Vám bude během našeho rozhovoru něco nejasného, abyste se mě zeptali, ráda vše dovysvětlím. Výzkum je anonymní a získané informace použiji pouze jako podklad pro výzkumnou část bakalářské práce. Můžu Vám děkuji za spolupráci.“

Představení BP

„Bakalářská práce se zabývá kvalitou života osob s duševním onemocněním a sociální prací s nimi. V teoretické části se práce zaměřuje na duševní poruchy, vybraná duševní onemocnění, kvalitu života, sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, sociální služby pro duševně nemocné a seznámení s Centrem péče o duševní zdraví. Praktická část bude realizována pomocí kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaných rozhovorů s klienty, kteří tráví volný čas v Centru péče o duševní zdraví.“

Kolik vám je let?

R1: „Šedesát.“

Jste zadaný nebo svobodný?

R1: „Svobodný.“

Pracujete nebo jste v invalidním důchodu?

R1: „Jsem v invalidním důchodu 3. stupně.“

Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?

R1: „Středoškolské.“

TO1: Jak rozumíte pojmu „kvalita života“ a co si pod tímto pojmem konkrétně představujete?

RI: „Určitě...na prvním místě je zdraví, mít zázemí, dělat to, co mě baví. Žít spokojenej život je pro mě neutahovat si opasek.“

TO2: Jak Vaše nemoc ovlivnila Vaši kvalitu životního stylu?

RI: „Trochu jako jo no, hlavně tím, že jsem přestal kvůli nemoci chodit do práce, která mě bavila a jinou práci jsem nesehnal.“

TO3: Zhodnoťte svůj dosavadní život, zdá se Vám dostatečně kvalitní? Pociťujete změny v rodinných vztazích po zjištění nemoci? Jaké?

RI: „Hmm...k celkové spokojenosti mi chybí plnohodnotná práce, ale schizofrenik s epilepsií si moc vybírat nemůže, ale jsem rád, že mám bráchu a koníčky, to mi vlastně pomáhá.“

TO5: Máte možnost zapojení do pracovního procesu?

RI: „Nemám možnost dělat to, co mě vždycky bavilo, nabídky nejsou a nic jiného nehledám.“

TO6: Ovlivnila Vaše nemoc Vaše přechodí volnočasové aktivity a proč?

RI: „Když jsem ještě bydlel na Moravě, tak jsem chodil na koncerty vážné hudby a rád poznával České hrady a zámky, pak mi diagnostikovali schizofrenii a přestěhoval jsem se sem a tady chodím do Filharmonie.“

TO6: Jak byste formuloval šťastný a spokojený život? Je ve Vašem životě něco, co byste chtěl změnit?

RI: „Šťastný a spokojený život je ten, když se člověk cítí dobře. Jsem spokojenej, ale když se pořádně zamyslím, tak možná mi občas chybí partnerka. Žiju sám a taky chybí mi ta práce, tak to bych možná chtěl změnit.“

TO7: Jak momentálně vnímáte svou finanční situaci? Jsou vaše finanční prostředky dostačující?

RI: „Kdyby bylo víc, vůbec by mi to nevadilo, já pravidelně chodím do Filharmonie, ty lístky, taky něco stojí, a rád jezdím na výlety, takže peníze se kutálejí, ale mám to pod kontrolou. Utahovat opasek si zatím nemusím.“

TO8: Jak jste se dozvěděl o CPDZ, kdo Vám ho doporučil a proč?

R1: „Když jsem se přestěhoval do Hradce, chodil jsem na Kavčí plácek, pak jsem slyšel o tomhle Centru a chtěl jsem poznat nové lidi a aktivity, tak jsem tady 12 rokem.“

TO9: Navázal jste nové vztahy a přátelství v CPDZ? Ovlivňuje Vás práce v kolektivu? A jak?

R1: „Ano, mám tu přátele, se kterými si rozumíme a s těma co si nerozumím se nebavím (smích). Práce v kolektivu je dobrá, smějeme se, komunikujeme a sdílíme spolu věci, které máme na srdci.“

TO10: V čem vidíte pozitivní dopad docházení do CPDZ na zlepšení kvality vašeho života?

R1: „Více si užívám života, jsem aktivní, dělám věci, které na gauči neuděláte.“

TO11: Zkuste porovnat kvalitu životního stylu před navštěvováním CPDZ a po příchodu do organizace. Jsou změny pozitivní?

R1: „Pomáhají mi tu, můžu si popovídat, sociální pracovníce se tu o nás hezky starají. Když mám problém, jdu za zdejší terapeutkou a ona mi pomůže najít řešení. Hlavně jako velké pozitivum vidím to, že nejsem doma sám, mám tu přátele, lidi, kteří mi rozumí, to jsem na Moravě kromě bráchy neměl. Tady se nemudíme, poznal jsem tu spoustu lidí a taky se tu můžu věnovat psaní do našeho časopisu Centráček, kde předávám informace z mých výletů, takové tipy na výlet.“

TO12: Myslíte si, že CPDZ je pro lidi s duševním onemocněním přínosem? Jak konkrétně Vás ovlivnilo? Změnil byste něco nebo si myslíte si, že je péče dostačující?

R1: „Centrum nás učí na sobě pracovat. Jak už jsem říkal, aktivně funguji, a to má velký smysl. Jsem rád, že takové služby jsou a sociální pracovníce se o nás starají moc hezky a dostatečně.“

TO 13: Jaké činnosti a aktivity vám CPDZ nabízí?

R1: „Centrum nabízí různé volnočasové aktivity jako je posilovna, komunikace, hrátky s pamětí, vaření, jóga, zajímavosti, filmový klub. A určitě jsem na spoustu z nich ještě zapomněl, ale teď už nevím. Hlavně pracujeme v kolektivu, a to je velký přínos.“

TO 14: Jsou činnosti a aktivity v nabídce služeb CPDZ dostatečně všestranné, aby uspokojily vaše možnosti výběru?

RI: „Nabídka je pestrá, když jsem sem začal chodit, ani jsem si nemohl vybrat, jak toho tu máme tolik.“

TO 15: Jaké činnosti a aktivity CPDZ nejvíce využíváte?

RI: „Jsem v centru každý den od rána, chodím jen pryč na oběd a pak se zase vracím, takže chodím na všechny aktivity, které Centrum nabízí. Doma jsem sám a tady jsem aspoň mezi lidmi.“

TO 16: Jak často vámi vybrané aktivity navštěvujete?

RI: „Každý všední den sem jezdím na 8 ráno, nechám si uvařit kávu a povídáme si s pracovníci nebo si brouzdám na internetu. V pondělí chodím na dvanáctou do posilovny, pak si hodinu povídáme nebo hrajeme společenské hry a pak nám začíná keramika. V úterý chodím na zajímavosti, protože mě baví turistika a tam se pouští třeba cestopisy, pak jdeme do posilovny, hodinku máme volno a pak začíná relaxační cvičení – jóga, a večer máme vaření, ale to občas vynechám. Ve středu si většinou domlouvám terapii a je taky léčivá síla hudby, ve čtvrtek se vždy těším na filmový klub a v pátek chodíme na výlety a procházky. Máme tady opravdu hodně činností, při kterých nám je dobře.“

TO 17: Je nějaká aktivita nebo činnost, kterou v nabídce postrádáte? Máte nějaké nápady na změny?

RI: „Ne, všechno je tak, jak má být“

Příloha 2: Informovaný souhlas

**Informovaný souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho
následným využitím pro účely bakalářské práce.**

Vážená paní, vážený pane,

Ráda bych Vás přizvala k účasti na výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce s názvem „Kvalita života osob s duševním onemocněním“.

Podpisem vyjadřuji souhlas s následujícími body:

Byl/a jsem informována o účelu rozhovoru, kterým je sběr dat pro potřeby výzkumu bakalářské práce Terezy Veselíkové s názvem „Kvalita života osob s duševním onemocněním“.

Bylo mi sděleno, jaký bude mít rozhovor průběh.

Jsem seznámen/a s právem odmítnout odpověď na jakoukoli otázku.

Souhlasím s nahráváním následujícího rozhovoru a jeho následným zpracováním.

Zvukový záznam rozhovoru nebude poskytnut třetím stranám a po přepsání bude vymazán.

Byl/a jsem obeznámen/a s tím, jak bude s rozhovory nakládáno a jakým způsobem bude zajištěna anonymita.

Nikde nebude uvedeno mé jméno.

Dávám své svolení k tomu, aby výzkumnice použila rozhovor pro potřeby své bakalářské práce a části v ní může citovat.

Datum:

Podpis respondenta (zákonného zástupce):