

Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta tělesné kultury

**Hodnocení kvality života u osob s chronickým duševním onemocněním v rámci
Střediska sv. Vincence**
Diplomová práce
(bakalářská)

Autor: Bc. Martina Müllerová
Vedoucí práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
Olomouc 2017

Jméno a příjmení autora: Bc. Martina Müllerová

Název bakalářské práce: Hodnocení kvality života u osob s chronickým duševním onemocněním v rámci Střediska sv. Vincence

Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

Rok obhajoby bakalářské práce: 2017

Abstrakt: Cílem bakalářské práce je analyzovat kvalitu života u lidí s chronickým duševním onemocněním, kteří využívají sociální služby střediska sv. Vincence, Charity Olomouc. Výzkumný souborem bylo 24 klientů střediska, ve věku od 18 do 64 let, z nich bylo 10 žen a 14 mužů. Šetření bylo provedeno anonymně pomocí sebehodnotícího dotazníku SQUALA (Dragomirecká, 2006). Výzkumem byla prokázána snížená kvalita života v oblasti blízké vztahy a důležitost klinické práce v rámci individuálního hodnocení s klientem. Pro další zkoumání bych doporučila využití i jiné metody měření kvality života a rozšíření skupiny respondentů.

Klíčová slova: kvalita života, duševní onemocnění, město Olomouc, Charita Olomouc

Souhlasím s půjčováním bakalářské práce v rámci knihovních služeb.

Autor's first name and surname: Bc. Martina Müllerová

Title of the master thesis: Quality of life assessment in individuals with long-term mental disorder at mental health facility Středisko sv. Vincence

Department: Department of adapted physical activities

Supervisor: Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.

The year of presentation: 2017

Abstrakt: This thesis seeks to analyse the quality of life in individuals with long-term mental disorder who make use of the social service at the mental health facility Středisko sv. Vincence which is a part of the charitable organisation Charita Olomouc. The sample consists of 24 clients of the facility aged 18–64, 10 of them being female and 14 being male. The research was realised with the use of an anonymous self-evaluating Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA) questionnaire (Dragomirecká, 2006). The research proves lowered quality of life in the category of close relations as well as the importance of clinical therapy for better individual evaluation of the client. I recommend further research to be realized using different quality of life assessment methods and scaling up the participant count.

Keywords: quality of life, mental illness, the city of Olomouc, charity Olomouc

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Ondřeje Ješiny, Ph.D. a uvedla jsem všechny použité odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Olomouci dne 20. 4. 2017

.....

Děkuji Mgr. Ondřeji Ješinovi, Ph.D., za jeho odborné vedení, podnětné rady a připomínky při vypracování bakalářské práce. Dále chci poděkovat Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D., za odborné konzultace při zpracování výsledků výzkumu a v neposlední řadě klientům střediska sv. Vincence za ochotu a spolupráci při dotazníkovém šetření.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 7 |
| 1 Teoretické poznatky | 8 |
| 1.1 <i>Kvalita života</i> | 8 |
| 1.1.1 Vymezení pojmu kvalita života | 8 |
| 1.1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života | 10 |
| 1.1.3 Metody měření kvality života | 11 |
| 1.1.4 Životní styl | 12 |
| 1.2 <i>Duševní onemocnění</i> | 13 |
| 1.2.1 Příčiny duševních onemocnění | 14 |
| 1.2.2 Klasifikace duševních onemocnění | 15 |
| 1.2.2.1 Schizofrenie | 17 |
| 1.2.2.2 Afektivní poruchy | 20 |
| 1.3 <i>Základní charakteristika města Olomouc</i> | 21 |
| 1.3.1 Vymezení území a základní údaje | 21 |
| 1.3.2 Socioekonomické charakteristiky | 22 |
| 1.4 <i>Charita Olomouc</i> | 27 |
| 2 Cíl práce | 29 |
| 2.1 <i>Úkoly práce</i> | 29 |
| 2.2 <i>Výzkumné otázky</i> | 29 |
| 3 Metodika | 30 |
| 3.1 <i>Charakteristika výzkumného souboru</i> | 30 |
| 3.2 <i>Postup práce</i> | 30 |
| 3.3 <i>Metoda výzkumu</i> | 32 |
| 3.4 <i>Analýza dat</i> | 33 |
| 4 Výsledky | 35 |
| 5 Diskuze..... | 41 |
| 6 Závěr | 43 |
| Souhrn | 44 |
| Summary | 45 |
| Referenční seznam | 46 |
| Seznam příloh | 49 |

Úvod

V současné době jsou duševní poruchy významným fenoménem moderní společnosti a je jim věnována značná pozornost. Jde o téma, se kterým se můžeme setkat prakticky denně. Podstatnou změnou v posledních letech je reforma péče o duševní zdraví. Jejím cílem je vyřešit několik oblastí, které se týkají psychiatrické péče a tím zvýšit kvality života pacientů. Jednou ze zmíněných domén je zdraví a s ním spojená zdravotní péče, která se zaměřuje na samostatnost v každodenní péči o zdraví a vlastní životosprávu. Uvedená oblast zasahuje i do sféry pohybových aktivit, relaxace a vyváženého stravování (Ministerstvo zdravotnictví, 2016).

Vliv duševní nemoci na kvalitu života je hlavní náplní mé profese sociální pracovnice. Už několik let pomáhám lidem s duševním onemocněním s hledáním práce, řešením finančních prostředků, náplní volného času a se zajištěním bydlení. Mám možnost vidět, v jakých podmínkách tito lidé žijí, jaké mají starosti a radosti. Mnohokrát si společně s nimi pokládám otázku „Jak žít, aby byl můj život kvalitní?“. Odlišnost v našich pohledech na kvalitu života určují životní zkušenosti, to co jsme zažili a jaký to na nás má vliv. Lidé s duševním onemocněním mohou během svého života vnímat, jak významně se kvalita jejich života mění.

Hlavním cílem bakalářské práce je analyzovat kvalitu života lidí s chronickým duševním onemocněním, kteří využívají sociální služby střediska sv. Vincence, Charity Olomouc. Za pomoci dotazníku SQUALA zjišťujeme subjektivní kvalitu života klientů střediska a porovnáváme ji s objektivním posouzením kvality života klientů ze strany odborníků v oblasti péče o duševně nemocné. Výsledky práce budou sloužit pro další plánování poskytované péče v rámci Charity Olomouc.

1 Teoretické poznatky

V první kapitole objasňuji základní oblasti související se zaměřením bakalářské práce. Popisuji kvalitu života, faktory které ji ovlivňují, metody měření kvality života a životní styl. Dále zmiňuji duševní onemocnění z odborného pohledu, jeho příčiny a členění. Podrobněji se věnuji schizofrenním a afektivním poruchám, jelikož se vybraný soubor respondentů s touto poruchou léčí. Součástí bakalářské práce je i podkapitola o městě Olomouc a organizaci Charita Olomouc, kde byl výzkum proveden.

1.1 Kvalita života

Kvalita života je v posledních letech součástí laického i politického světa. Tento pojem je používán v mnoha vědních disciplínách a je spojován s nejrůznějšími přívlastky. Podle mého názoru jde o téma, které se týká nás všech, jelikož každý přemýšlí nad tím, jak žít, aby jeho život byl kvalitní. Názory mezi lidmi se mohou lišit, protože každý člověk má jiné životní zkušenosti. Neexistuje tedy jedna unikátní kvalita života, ale je jich velké množství a navíc se daná kvalita může v průběhu života často měnit.

1.1.1 Vymezení pojmu kvalita života

Pojem kvalita života nelze vymezit pouze jednou definicí. Kvalita života čili hodnota, jakost je velmi subjektivní a nelze ji srovnávat. Nejčastěji bývá definována pomocí pojmů a znaků, které jsou považovány za významné, například pohoda, spokojenost a očekávání. Definice kvality života dle Světové zdravotnické organizace zní: *„Kvalita života je to, jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“* (Bačová, 2004, p. 10).

Podle Gurkové (2011) se termín kvalita života používá na popis pozitivních a negativních aspektů našeho života. Zda je či není náš život kvalitní, souvisí s porovnáním našeho života se životem druhých, popř. s očekávanou úrovní existence.

Pokud žijeme delší dobu v blahobytu, začínají stoupat naše požadavky v kontextu na aktuální životní situaci. Payne (2005) uvádí, že výsledkem blahobytu není štěstí, jelikož jde o řadu okolností, kdy se nám daří lépe než předtím. Pokud máme splněna

všechna přání, dojde k přesycení a k pocitu nespokojenosti. Z jeho tvrzení vyplývá, že štěstí si nelze koupit za peníze. Životní štěstí je ukotveno v osobnosti každého člověka. To znamená, že pokud jsme spokojeni a šťastní, jsme také spokojeni se svou prací a rodinným životem. Kvalita života je dána vztahem mezi subjektivními a objektivními okolnostmi. Subjektivní dimenzi zahrnují naše pocity osobní pohody a růstu (např. jak vnímáme naše postavení ve společnosti). Objektivní dimenze určuje vnímání kvality života z hlediska společnosti (materiální zabezpečení, ekonomický status, zdraví aj.).

Kvalita života osob s chronickým onemocněním je vyjádřena jejich subjektivním hodnocením, tedy tím jak sami vnímají vlastní zdravotní situaci včetně schopnosti uplatnit se v pracovním, rodinném i sociálním prostředí (Slováček, Slováčková, Jebavý, Blažek, & Kačerovský, 2004). Někdy mohou zažívat pocity nesmyslnosti života, být otráveni tím co prožívají a tak uvažovat o své existenci.

V knize psychologa Frankla (2006), který popisuje smysl duševní a fyzické bolesti v životě mě zaujal úryvek:

Neboť nemá smysl jen život aktivní, protože člověku umožňuje vytvářet hodnoty. A také nemá smysl jen požívačný život, tedy život, který dává člověku příležitost naplňovat se prožitky krásy, ať v umění nebo v přírodě. Nýbrž, svůj smysl má dokonce i život, který sotva poskytuje šanci tvůrčím nebo zážitkovým způsobem uskutečňovat hodnoty, který připouští spíše onu poslední možnost k tvorbě smysluplného života tím, jak se člověk postaví k vnucenému vnějšímu omezení své existence. (p. 78-79)

Bergsma a Engel (Křivohlavý, 2002) popsali model, který je složen ze tří úrovní kvality života:

- **makro-úroveň**, která je chápána ve společnosti obecně, zahrnuje právní systém a dominantní náboženství, řeší se v ní otázky smyslu života, tj. eutanázie, ale také politická rozhodnutí v oblasti výzkumu či péče
- **mezo-úroveň** je zaměřena na kvalitu života různých sociálních skupin (příkladem jsou zdravotnické organizace, jako je nemocnice, firma, škola), tato úroveň se zabývá vzájemnými vztahy mezi jednotlivými členy skupiny, sociálním klimatem či uspokojováním potřeb,

- **osobní úroveň**, ve které se do popředí dostává konkrétní jedinec, který nahlíží na svoji životní situaci a subjektivně hodnotí vlastní zdraví, bolest, představy o budoucnosti a naděje. Bergsma a Engel (Křivohlavý, 2002, p. 164) definují tuto rovinu: „*Jde o subjektivní soud, ten je výsledkem porovnávání a zvažování více hodnot. Kvalita sama je hodnotou, je zážitkovým vztahem, reflexí neboli výsledkem zamyšlení nad vlastní existencí. Je motivací čili hybnou silou žití.*“

1.1.2 Faktory ovlivňující kvalitu života

Podle Jesenského (2000) působí na kvalitu života několik činitelů, díky kterým můžeme zkvalitnit náš život. Tito činitelé jsou rozděleni na **vnější** (materiální, výchovné, ekonomické, ekologické) a **vnitřní** (psychické a somatické vybavení člověka). Jakékoliv závažné onemocnění představuje pro člověka náročnou životní situaci, se kterou se musí umět vyrovnat. Zátěž na psychiku jedince se odvíjí od jeho osobnosti, postoji ke zdraví, podpory rodiny ale i od charakteristiky nemoci. Chronické onemocnění způsobuje až extrémní zátěž, která je pro člověka bez podpory okolí velice náročná.

Zkoumat kvalitu života je velmi obtížné. Většinou se zaměřujeme na oblast zdraví, které má dopad na fyzický a psychický stav člověka. Dle světové zdravotnické organizace (Vaňurová & Mühlpachr, 2005) lze kvalitu života dělit do jednotlivých oblastí:

- fyzické zdraví (bolest, odpočinek, mobilita, schopnost pracovat aj.),
- psychické zdraví a duchovní stránka (myšlení, učení, paměť, víra, vyznání),
- sociální vztahy (osobní vztahy, sexuální aktivita apod.),
- prostředí (svoboda, finance, bezpečí aj.).

Z výše uvedených oblastí vyplývají faktory, které výrazně ovlivňují kvalitu života. Mezi nejvýznamnější patří fyzická kondice, funkční zdatnost, psychický stav, spokojenost s léčbou a sociální stav. V tomto pojetí je na kvalitu života nahlíženo jako na vícerozměrnou veličinu, která je popisována jako subjektivní hodnocení vlastní životní situace. Kromě těchto faktorů má na kvalitu života vliv i věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace a preferované hodnoty (Slováček et al., 2004).

1.1.3 Metody měření kvality života

Kvalita života je měřena ze tří perspektiv:

- objektivní měření sociálních ukazatelů (možnosti a zdroje okolí),
- subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem,
- subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi (Dragomirecká & Škoda, 1997).

Existuje velké množství metod pro měření kvality života. Křivohlavý (2001) rozděluje metody měření kvality života na **objektivní**, kdy hodnotí druhá osoba, **subjektivní**, hodnotitelem je samotná osoba a metoda **smíšená**, která je kombinací dvou výše uvedených.

Mezi objektivní nástroje měření kvality života patří například:

- APACHE II (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System) – cílem tohoto hodnotícího systému je „*vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patologickými kritérii*“ (Křivohlavý, 2001, p. 53),
- INDEX KVALITY ŽIVOTA (ILF) – „*výhodou této metody je, že výběr hodnotících kritérií kvality života již nezáleží pouze na hodnotiteli, vzniká na základě konsensu mezi pacientem, zdravotnickým personálem, klinickým psychologem a podobně*“ (Křivohlavý, 2001, p. 55),
- VISUAL ANALOGUE SCALE (VAS) – tato stupnice se používá pro posouzení změn intenzity bolesti. Procento úlevy od bolesti hodnocené touto metodou se považuje za míru účinnosti v léčbě. U chronicky nemocných pacientů mohou být výsledky neuspokojivé (Carlsson, 1983).

Mezi subjektivní nástroje měření kvality života patří například:

- THE SCHEDULE FOR THE EVALUATION OF INDIVIDUAL QUALITY OF LIFE (SEIQoL) – je nejčastěji používanou metodou, která vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a je ní samotnou i hodnocena, základem je strukturovaný rozhovor, ve kterém jedinec uvádí pět nejdůležitějších životních cílů (Křivohlavý, 2001),
- Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA) – sebesposuzovací dotazník, který vychází z Maslowovy třístupňové teorie potřeb

(Křivohlavý, 2001). Tento dotazník více popisují v podkapitole analýza dat.

1.1.4 Životní styl

Významným ukazatelem kvality života je životní styl, který je ovlivněn zejména ekonomickou situací člověka i dané země. Diderot (1998) dospěl k názoru, že životní styl je převládající způsob života jednotlivců i sociálních skupin zahrnující reprodukční vlastnosti, druhy pracovních vztahů, styl sociální interakce a způsoby trávení volného času.

Domnívám se, že i zdravotní stav jedince má vliv na jeho životní styl. Lidé zaujímají ke svému zdraví různé postoje, a tak vzniká celá řada životních stylů, které se projevují různými způsoby. Každý z nás se dokáže přiměřeně starat o své tělo, případně změnit svůj životní styl. Když život postihne chronická nemoc, zasáhne to celou rodinu. Jen zřídka se týká samotného pacienta.

Dvořáčková (2012) uvádí, že způsob života je také ovlivněn hodnotami člověka, mezi které řadí rodinné zázemí, výchovu, povolání, zdravotní problémy, věk, pohlaví, životní události či individuální zkušenosti.

Podle Krause (2001, p. 153) se *„životní styl utváří vzájemným působením osobních zvláštností člověka a jeho dlouhodobých specifických nároků. Typické znaky životního stylu můžeme stanovit na základě porovnání osobních zvláštností člověka s několika typickými životními situacemi. Pravidelné zvládání situací představuje typické znaky životního stylu.“*

Termín životní styl bývá spojován s pojmem životní způsob, který je mnohem obecnějším pojmem než životní styl. Pedagogický slovník definuje životní způsob na úrovni jedince, který je charakteristický činnostmi, postupy a časem věnovaným jednotlivým činnostem, ale i ovlivněn materiálními potřebami, osobností a převažujícím stylem ve společnosti (Průcha, Walterová, & Mareš, 2013). Duffková (2008) uvádí, že jde o systém významných aktivit a vztahů, životních vyjádření a zvyklostí, které jsou typické a charakteristické pro určitý subjekt. **Životní styl člověka** je plynulý, souvislý a

nepřerušovaný životní způsob, jehož oblasti jsou ve vzájemném vztahu a mají společný základ. **Životní styl skupiny** osob je určen společnými rysy, respektive zásadními událostmi a momenty, které jsou charakteristické pro většinu členů, příkladem může být životní styl studentů, sportovců (Duffková, Urban, & Dubský, 2008).

1.2 Duševní onemocnění

Dlouhodobě duševně nemocný člověk je ten, který trpí duševní poruchou (např. organické poškození CNS, schizofrenie aj.) nebo jiným onemocněním, které dlouhodobě a nepříznivě ovlivňuje jeho aspekty každodenního života, jako je hygiena, samostatnost, soběstačnost, vztahy, ekonomická nezávislost (Praško, 2003).

Status duševně nemocného člověka ve společnosti je stále jiný než status tělesně nemocného člověka. Ve své knize uvádí Malá a Pavlovský (2002) že u tělesného onemocnění hovoříme o ohraničeném úbytku schopností spojeným s porušenou funkcí nějakého orgánu či orgánového systému. U duševního onemocnění je ohraničení nezřetelné, ve společnosti je takový člověk považován za líného a slabého, jeho chování je nepředvídatelné, nekontrolovatelné, může být i nebezpečné, a proto se jej ostatní lidé bojí.

Definice duševní nemoci je různorodá, dle psychologů Hartl, Hartlová (2010, p. 346) je to „*choroba, duševní nemoc, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce.*“ Za dysfunkci je považováno vše, co vybočuje z normy, příkladem dysfunkce u zdraví je nemoc. V našem případě musíme mít povědomí o tom, co je norma, abychom mohli od ní oddělit patologii (Hartl & Hartlová, 2010).

Dle Matouška (2013, p. 400) je „*duševní (psychická) nemoc je nemoc, která zasahuje psychiku člověka, psychické procesy, jeho vnímání, myšlení, emoce, motivaci, vůli a nejen psychiku a psychické procesy, ale také vnímání vlastního těla, sociální fungování a duchovní rozměr člověka.*“

Dle mého názoru mají duševní nemoci dopad nejen na duševně nemocného, ale i na jeho blízké a celou společnost. Na vývoj a léčbu depresivní poruchy má vliv životní

styl (zejména spánek, cvičení a stravování). Mezi těmito mediátory existuje obousměrný vztah (Praško, 2005). Například spojitost se stravováním je uveden ve studii Jacka et al. (2010), kdy konzumace tradičních jídel zahrnujících zeleninu, ovoce, maso, ryby a celá zrna byla spojena se snížením rizika deprese. Příznaky deprese jsou také spojeny s konzumací sladkostí.

Hartl a Hartlová (2010) zdůrazňují, že většina duševních nemocí způsobují ztrátu dosavadního společenského postavení či dokonce trvalou pracovní neschopnost. Samotní klienti, kteří se léčí na psychiatrii hovoří o životním selhání a ztrátě schopnosti fungovat ve svém sociokulturním prostředí dle uznávaných norem společnosti. Tito lidé jsou zranitelní (psychicky, sociálně, právně), nedokážou se hájit, přitom mají velké potřeby, protože jsou náročnými pacienty, klienty, občany. Jejich chování bývá z mého pohledu podivínské, nápadné a pro okolí obtěžující. V jednom období jsou samostatní a v jiném selhávají, když nepečují o své zdraví a tak se jejich zdravotní stav dlouhodobě zhoršuje. Málodky se projevují nepřátelsky či násilně, avšak jsou za takové považováni.

1.2.1 Příčiny duševních onemocnění

Duševní onemocnění souvisí s propuknutím ataky, spouštěčem a remisí. Pojem ataka je definována v Akademickém slovníku cizích slov (Kraus, 2009, p. 77) jako „*prudký záchvat nemoci*.“ Uvedený slovník (Kraus, 2009, p. 657) popisuje i pojem remise jako „*dočasná úleva nemoci v průběhu léčby*.“ Tuto definici bych doplnila o zkušenosti z praxe, kdy o remisi mluvíme i v období od stabilizace do opětovného výkyvu nemoci.

Avšak žádná nemoc se nikdy neobjeví bezdůvodně, i duševní onemocnění má své spouštěče, které se podílejí na jejím vzniku. Dle Malé a Pavlovského (2002) můžeme příčiny duševního onemocnění **dělit do tří skupin**, kdy je etiologický činitel známý, neznámý či se na vzniku podílí více determinantů. V prvním případě jde zejména o organické poškození mozku (např. nádor, poranění, cévní onemocnění, infekční nemoci apod.), typickým zástupcem jsou všechny typy demencí, alkoholové psychózy apod. Pokud se na vzniku podílí více determinantů, hovoříme o zděděných dispozicích k určitým náchyllostem a vlivech prostředí. Příkladem je stres, narušení sociální sítě, pocit ohrožení a jakákoliv významná životní událost. Toto tvrzení je podloženo v knize

od Vágnerové (2012), která uvádí, že duševní onemocnění může být geneticky podmíněné, avšak k němu přispívají i vlivy prostředí. Většina takových onemocnění vzniká až po kombinaci více uvedených příčin. Existují však i případy kdy není příčina nemoci známa.

Na rozvoji duševní nemoci se podílejí faktory biologické, environmentální, psychologické a sociální. Faktory biologické (vrozené), psychologické a sociální se mohou navzájem ovlivňovat, z tohoto důvodu se používá pojem biopsychosociální model nemoci (Malá & Pavlovský, 2002). Do oblasti sociálních faktorů zařazuje Praško (2003) vlivy rodiny a sociálního prostředí v dětství. Dítě, které nezažívá pocit lásky a bezpečí a u něhož nedochází k uspokojování potřeb, zažívá citové strádání. To poté ovlivňuje jeho celkový rozvoj a má vliv na míru empatie v dospělém věku. Zásadní význam má i prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, pokud jsou rodiče nadměrně přísní, způsobí tím pozdější pocity viny a depresivní stavy. Naopak nadměrná rozmazlenost vede k problémům při adaptaci v prostředí a egocentrismu. Vliv na rozvoj nemoci mají i psychosociální události, jako např. smrt příbuzného či rozvod rodičů, šikana, hospitalizace dítěte apod.

Nejčastěji uváděnou příčinou jsou partnerské, rodinné a pracovní konflikty, zejména ve formě vleklých událostí. Příkladem příčiny u neurotických poruch je nedostatečná adaptace, která souvisí s výskytem opakujících se stresujících životních událostí. Pokud nemá člověk dostatečně vyvinuté psychické obranné mechanismy, které mu mohou pomoci se s událostí vyrovnat, může dojít k rozvoji duševní nemoci. Důležité je i poznamenat, že poznatky týkající se příčin těchto onemocnění jsou stále nedostatečné (Malá & Pavlovský, 2002).

1.2.2 Klasifikace duševních onemocnění

Duševní onemocnění je obecně charakterizováno kombinací abnormálních myšlenek, emocí, chování a vztahů s ostatními. Nejznámějšími příklady jsou schizofrenie, deprese a poruchy vzniklé v důsledku užívání drog. Většinu těchto uvedených onemocnění lze úspěšně léčit (World Health Organization, n. d.).

Raboch a Pavlovský (2012) uvádí, že třídění duševních nemocí usnadňuje komunikaci mezi odborníky a je nezbytné pro volbu efektivní léčby. Cílem je přijít na

příčiny nemoci, což je považováno za pokrok v terapii a léčbě. Jasná terminologie je přínosem i pro pacienta a jeho rodinu, jelikož pomáhá s orientací v průběhu nemoci, v léčbě, což u mnoha pacientů může snížit jejich psychické napětí.

Dle Duška a Večeřové (2015) se v klasifikaci duševních onemocnění objevují rozpory, zejména v oblasti odlišných přístupů a pojetí. Autoři ve své knize popisují tři typy klasifikací, a to deskriptivní, nosologickou a pragmatickou. Deskriptivní klasifikace obsahuje pouhý popis příznaků nemoci, nosologická vychází i z příčin nemoci a pragmatická se zaměřuje na konkrétního pacienta. Jejím nedostatkem je, že poruchu považuje za jedinečný jev a nelze ji tedy zobecnit. Pokud bychom vycházeli pouze z pragmatického pojetí, nemohli bychom vytvořit názvosloví, které by bylo platné pro všechny.

Pro účely bakalářské práce zmíním pouze nejpoužívanější psychiatrický klasifikační systém, který znám i ze své praxe. Je jím MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize), která vychází z pojetí, že každé onemocnění se navenek projevuje svými typickými příznaky, díky nimž lze určit konkrétní onemocnění zařazené v klasifikačním rámci. Základním diagnostickým zdrojem je Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, která je označována jako MKN-10. Jde o škálu veškerých lidských nemocí, od tělesných až po duševní. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR provedl aktualizaci českého překladu MKN-10 se zapracováním změn z mezinárodní verze International Classification of Diseases k 1. 1. 2014. V MKN-10 můžeme duševní nemoci najít pod písmenem F, v rozmezí F00 až F99 (Světová zdravotnická organizace, 2008).

Uvedené rozmezí je rozděleno do jedenácti oddílů:

- F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

- F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70–F79 Mentální retardace
- F80–F89 Poruchy psychického vývoje
- F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha, (Světová zdravotnická organizace, 2008).

Probstová a Pěč (2014) zdůrazňují, že předpokladem k práci s duševně nemocnými je znalost příčin duševních onemocnění a znalost pojmů, které souvisí s touto oblastí. V předchozím odstavci uvádím přehled jedenácti oddílů dělení duševních onemocnění z MKN-10 a nyní se podrobněji zaměřím na schizofrenii a afektivní poruchy, jelikož tato onemocnění mají největší spojitost s mojí bakalářskou prací.

1.2.2.1 Schizofrenie

Schizofrenie je považována za nejzávažnější psychotické onemocnění. *Schizofrenie je 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, 2012, p. 872).

Tato nemoc je jednou z nejčastějších příčin přiznání invalidity a je charakteristická nejdelší dobou hospitalizace. Zásadně ovlivňuje život lidí v oblasti studia a práce, zároveň zasahuje do chodu celé jejich rodiny a okolí. Nemocný člověk přestává chápat skutečnosti kolem sebe, mozaika reálného života se najednou rozpadá a on neví, jak se s tím má vyrovnat. Mění se přímo před očima, což je pro jeho okolí nepochopitelné, a i když je schizofrenie léčitelná, není jednoduché odstranit stigma, které způsobuje. Společnost se na nemocného dívá skrz prsty, což ho přivádí do stresujících situací (Bankovská-Motlová & Španiel, 2013).

V praxi se často setkávám s tím, že lidé se schizofrenií neřeknou svým známým, s čím se léčí, ale přiznají například depresi, která stigma nenese. Někteří ani nevědí, jakou mají diagnózu, a to i přes to, že prošli hospitalizací na psychiatrii.

Hlavním cílem každého člověka je prožít život smysluplně a dosáhnout svých cílů. Pokud však začne být plnění cílů a rolí složité z důvodu duševní nemoci, je potřeba si uvědomit, že bez pomoci to bude téměř nemožné. Smyslem moderní léčby 21. století je úzdrava a možnost vést plnohodnotný život, ne již jen pouhé odstranění symptomů. Schizofrenie z počátku 20. století je zcela odlišná od té, kterou známe nyní, zejména díky moderní psychosociální léčbě, která umožňuje žít pacientům samostatně (Bankovská-Motlová & Španiel, 2013).

Aby mohl být člověk považován za schizofrenního, musí u něj být přítomny dané znaky, které uvádí v publikaci Dörner a Plog (1999):

- **rozplynutí hranic:** tzv. *porušení kontaktu*, sociálních vztahů s pocitem být ovlivňován (např. vkrádání myšlenek), tyto myšlenky mají velký vliv na sebevědomí a sebepojetí člověka
- **narušení vnímání:** člověk nedokáže rozlišit podstatné od nepodstatného, některé méně významné aspekty získávají silný subjektivní význam, který vyvolává pocit ohrožení (např. zvuky, obrazy), tzv. *poruchy vnímání*, příkladem jsou akustické nebo haptické halucinace
- **emoce:** emoce mohou být zcela oploštěné nebo naopak velmi silné, nemocní nemají mnoho interpersonálních vztahů a jsou rozpolcení ve vztahu k jiné osobě
- **poruchy myšlení:** myšlení je nesouvislé, nelogické, objevují se přeskoky, k těmto poruchám patří i bludné představy.

Popisem bludných představ se věnují ve své knize Bankovská-Motlová a Španiel (2013), jelikož se objevují u 90% nemocných. Bludy jsou charakterizovány jako mylná přesvědčení, která nelze vyvrátit. Bludy jsou děleny na bizarní (např. přesvědčení o tom, že nemocnému někdo přemístil orgány) a nebizarní, k nimž patří bludy vztahovačnosti, paranoidně-perzekuční bludy.

Schizofrenní onemocnění postihuje přibližně 1% populace, dle celosvětových odhadů trpí touto nemocí téměř 50 milionů lidí. První projevy ataky nemoci se objevují mezi 20. – 30. rokem a trvají obvykle šest měsíců. V tuto dobu je nemocný většinou hospitalizován, jelikož propuknutí provází ztrátu náhledu na nemoc a zhoršené vnímání reality (Bankovská-Motlová & Španiel, 2013).

U schizofrenních poruch jsou symptomy nemoci děleny na **pozitivní a negativní**. Pro pozitivní symptomy je charakteristické, že se u nemocného vyskytují navíc oproti normě. Patří sem halucinace (vjemy, které nemají oporu v realitě), bludy (nevývratné přesvědčení opět bez opory v realitě), dezorganizovaná řeč (překotná, nesmyslná) a neúčelné chování. Negativní symptomy představují ztrátu něčeho, co bylo u pacienta před onemocněním přítomné, tzv. ztráta původních schopností, které ovlivní jeho fungování v životě více než ty pozitivní. Příkladem je emoční oploštělost, zpomalená řeč, anhedonie (neschopnost prožívat radost), nedostatečná vůle k činnosti, stažení do sebe apod. (Bankovská-Motlová & Španiel, 2013).

Průběh nemoci je rozdělen do epizod, tzv. znovu-vzplanutí ve formě atak a meziobdobí ústupu příznaků tedy remisí. Probstová a Pěč (2014) uvádějí u schizofrenie třetinové pravidlo, kdy u jedné třetiny se po první atace další relaps neobjeví, u druhé třetiny se stále opakují ataky a remise, popř. období s částečným výskytem příznaků. Dörner a Plog (1999) hovoří o dalším vývoji nemoci, kdy je velmi pravděpodobné, že se duševně nemocní mohou lehko ocitnout v bludném kruhu, kdy jim nezbyvá nic jiného než se uzavřít do sebe a tak ztratit kontakt se svým okolím.

Léčba

Léčba schizofrenního onemocnění je založena na farmakoterapii (podávání antipsychotik), která zmírňuje dopad příznaků. **Typická antipsychotika** působí v léčbě na pozitivní symptomy nemoci (např. falešné představy). Tento typ antipsychotik sebou přináší i vedlejší účinky, jako je celková ztuhlost nebo nekontrolovatelné pohyby. Druhým typem antipsychotik jsou **atypická antipsychotika**, která snižují vedlejší účinky. I přes to se u nemocných objevuje ospalost, větší chuť k jídlu, závratě a celková zmatenost (Bankovská-Motlová & Španiel, 2013).

Léčba antipsychotiky může mít za následek nárůst hmotnosti a vznik obezity, spolu s nevhodnými životními návyky (malá fyzická aktivita, kouření, špatné stravování) často způsobuje vyšší nemocnost a úmrtnost. Jde o kombinaci působení samotné nemoci, účinků medikace a rizikových faktorů nevhodného životního stylu (Sigmundová, Látalová, 2008).

Schizofrenie je léčitelná, avšak zatím nebyl nalezen způsob, který by vedl k úplnému uzdravení. Velký vliv na průběh léčby má přístup pacienta a jeho okolí, proto je důležité pravidelné užívání léků, informování pacienta a jeho blízkých o průběhu nemoci a vyjasnění plánu léčby. Na vývoj nemoci se podílí i očekávání příbuzných, samotná diagnóza hraje až vedlejší roli (Bankovská-Motlová & Španiel, 2013).

1.2.2.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy postihují zhruba jednoho člověka ze sta. Můžou se projevit u kohokoliv, bez rozdílu věku, povolání, vzdělání apod. Někdy se před vypuknutím poruchy objeví varovné signály, jindy se nemoc objeví bez nich. Typickým znakem jsou poruchy nálady, které směřují k depresi nebo k euforii. Tato změna se odráží v celkové aktivitě člověka. Chronická forma nemoci způsobuje změnu v emocionálním prožívání a výrazně ovlivňuje psychiku člověka (Probstová & Pěč, 2014).

Na vznik nemoci má vliv více faktorů. Vágnerová (2012) popisuje dědičné předpoklady, které se projevují změnami ve funkci a struktuře mozku. Za vnější faktory považuje zátěžové situace, traumata z dětství, zátěž spojenou s rolí dospělého aj. Jde tedy o zátěžové situace, které jsou spouštěčem poruchy a vycházejí z kombinace typu osobnosti a dalších faktorů.

Nejčastějšími afektivními poruchami jsou deprese, mánie a bipolární porucha. **Depresivní poruchy** postihují mnohem častěji ženy než muže. Na depresi můžeme nahlížet jako na poruchu procesu truchlení (smutek po smrti blízkého člověka přetrvává déle než rok). Po této události se svět pro nemocného mění, začíná být prázdný, s pocity nezměnitelné ztráty a ochuzení. Mohou se provít pocity viny, sklíčenost a identifikace se ztracenou osobou. Depresivní člověk není schopen si vytvořit realistický pohled na sebe ani na své okolí (Probstová & Pěč, 2014).

Vzácnějším onemocněním jsou **manické poruchy**, které bývají spíše součástí bipolární poruchy. V psychiatrii se často objevuje označení, že mánie je útěk před depresí. Mánie vzniká jako obrana před bolestí a projevuje se dobrou náladou a zvýšeným sebevědomím. Přes všechny tyto známky veselé nálady cítíme, že pocity jedince nejsou šťastné. Název **bipolární porucha**, známá jako maniodepresivní psychóza, je odvozen

od toho, že nálada nemocného může kolísat mezi dvěma extrémními póly - depresivní a manické (Vágnerová, 2012).

Afektivní porucha stejně jako schizofrenie ovlivňuje i ostatní členy rodiny. Pokud nemocný trpí depresemi, může svoji tíseň přenášet na blízké a navenek působit lenivě, naopak u manické poruchy může svým chováním okolí iritovat a svojí energičností způsobit finanční problémy, rozpory v rodinných vztazích aj. (Probstová & Pěč, 2014). Vágnerová (2012) klade důraz na spolupráci s rodinou, která musí znát podstatu nemoci a vědět, jak se k nemocnému chovat a jaké na něho může mít nároky.

Lidé s afektivní poruchou vyžadují psychofarmakologickou léčbu, která zmírňuje negativní projevy nemoci. Důraz je kladen i na psychoterapii, která pomáhá pochopit povahu nemoci a vyrovnat se s výkyvy nálad. Neléčená maniodepresivní psychóza může vést až k sebevražedným sklonům (Vágnerová, 2012).

1.3 Základní charakteristika města Olomouc

Podkapitola popisuje základní údaje o vybrané lokalitě, ve které proběhla analýza úrovně kvality života lidí s chronickým duševním onemocněním.

1.3.1 Vymezení území a základní údaje

Olomouc patřila mezi významná královská města českých zemí. Po Praze je považována za druhou největší památkovou rezervaci v České republice. Má velmi bohatou historii, která sahá až do roku 1055. Toto statutární město vzniklo jako samostatná právnická osoba v roce 1990 a je díky starobylé univerzitě, kulturním tradicím a centrální poloze v srdci Moravy atraktivním místem pro turisty, obchodníky a studenty. Sestává se z 27 městských částí. Od roku 2001 je Olomouc centrálním městem Olomouckého kraje, který je rozdělen do pěti okresů: Olomouc, Prostějov, Přerov, Šumperk a Olomouc (Statutární město Olomouc, 2016).

Dle Ptáčka (2007) můžeme město Olomouc rozdělit na pět morfologických zón:

- **centrum**, tj. historické jádro, které bylo vyhlášeno památkovou rezervací,

- **vnitřní město** má svůj specifický charakter, protože šlo o tereziánské opevnění, které bylo z taktických důvodů rozšíření zbořeno, v dnešní době k němu patří nájemní domy, vily a úřední budovy,
- **vilové čtvrti**,
- **sídliště**, s jejichž výstavbou se začalo až na konci 50. let minulého století, nyní je ve městě celkem 5 lokalit,
- **periferní zóna** představuje venkovská sídla, která jsou integrována do administrativního celku Olomouce.

Rozdíl mezi venkovskými sídly v periferní zóně a městským prostorem je v dojížděce obyvatel do Olomouce. V městských obcích lze cestu zvládnout do 14 minut. Ze vzdálenějších obcí se dojíždí do krajského města za více než hodinu (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2010).

Statutární město Olomouc má k 1. 1. 2016 více než sto tisíc obyvatel, s mírnou nadvládou žen 52,9 %. Průměrný věk u mužů je 39, 5 roku, u žen je vyšší 42,7 let. Převažují především obyvatelé ve věku 15 až 64 let. Počet cizinců je více než 3 tisíce, přičemž největší zastoupení mají lidé národnosti Slovenské, Ukrajinské a Vietnamské (Český statistický úřad, 2016a).

1.3.2 Socioekonomické charakteristiky

Z ekonomického hlediska je Olomouc městem s rozvinutými službami, průmyslem a vědecko-výzkumnou oblastí. Působí zde řada tradičních průmyslových firem (např. výroba strojů, průmysl optiky, výroba dopravních prostředků). Český statistický úřad (2016b) uvádí, že Olomouc patří mezi města s nadprůměrnou zaměstnaností. V průběhu srpna 2016 hledalo práci 25,4 tisíc uchazečů o zaměstnání. Podíl nezaměstnaných dokonce klesl v srpnu 2016 na 5,7%, to znamená, že nezaměstnanost byla druhá nejnižší za posledních 93 měsíců, tj. od prosince 2008.

Olomouc je městem s bohatou historií, s rozmanitou přírodou a velkým množstvím kulturních a rekreačních možností. Rozvoj města je podmíněn jeho strategicky výhodnou polohou, dopravní dostupností a rozsáhlou infrastrukturou (Statutární město Olomouc, 2016). Dle Českého statistického úřadu byl v roce 2011 zaznamenán výrazný nárůst počtu

lidí s vysokoškolským vzděláním, úbytek osob žijících v manželství a nastaly změny ve vlastnické formě bydlení (Vala, 2013).

Charakteristika sociální péče zahrnuje řešení životních situací, které nejsou občané schopni řešit vlastními silami nebo za pomoci rodiny. Stát tak činí sám, nebo za pomoci organizací, které poskytují sociální služby. Sociální službou se rozumí činnost popř. soubor činností, které dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. zajišťují podporu a pomoc osobám za účelem prevence sociální péče nebo sociálního začlenění do společnosti (Hrozenská & Dvořáčková, 2013).

Z oblasti sociální péče jsou v Olomouci nejvíce zastoupeny služby pro seniory, které nabízí bydlení se sociální a zdravotní péčí. Využitelnost těchto zařízení je více než 94%, což naznačuje, že kapacita je stále naplněná. Z hlediska času lze konstatovat, že dochází k neustálému zvyšování počtu zařízení pro seniory, jako reakce na poptávku ze strany klientů. Další hojně rozšířenou službou je odborné poradenství. Naopak nejméně zastoupená je oblast nízkoprahových denních center a tlumočnických služeb. Z analýzy je zřejmé, že veřejnost projevila největší zájem o poradenství a terénní služby a nejmenší o technické bariéry a rekonstrukce (Ministerstvo pro místní rozvoj, 2010).

Ministerstvo pro místní rozvoj (2010) uvádí, že v Olomouckém kraji jsou stále problémy s financováním v oblasti prevence a se vzděláváním odborných pracovníků (pedagogů a policistů). Kromě tohoto faktu se z analýzy dozvídáme i o nedostatku v oblasti nabídky vzdělávacích programů a o nízké spolupráci mezi školami a policií.

Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

Síť služeb pro lidi s duševním onemocněním v Olomouckém kraji je tvořena systémem vzájemně propojené péče, která zahrnuje prvky psychiatrické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která pronikají až do sociálních služeb. Systém péče o duševně nemocné nabízí pomoc nejen samotnému jedinci ale i jeho blízkým (rodině, přátelům, komunitě aj.). V systému péče se pohybují i odborníci, zejména pomáhající pracovníci, organizace nabízející služby a specialisté. Přičemž péče o duševně nemocné byla dlouhou dobu mimo hlavní proud vývoje medicíny. Až v polovině 20. století pronikla psychiatrie do lékařských oborů (Praško, 2003).

V oblasti komunitní péče zahrnující sociální služby rozlišujeme služby pobytového, terénního a ambulantního charakteru. Pobytové služby jsou poskytovány v zařízeních, kde může člověk přebývat celoročně, příkladem v Olomouckém kraji je Domov se zvláštním režimem v Prostějově. Terénní služby jsou poskytovány v místě, kde člověk žije, příkladem je Podpora samostatného bydlení poskytovaná v rámci služeb Charity Olomouc. Ambulantní služby jsou takové, do kterých může člověk docházet, například denní stacionář v Zábřehu nebo sociálně aktivizační služby Charity Olomouc (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007).

Současná nabídka sociálních služeb pro lidi s chronickým duševním onemocněním je v Olomouckém kraji nedostatečná (především v oblasti bydlení a zaměstnanosti). Chybí ucelený systém péče, který by těmto lidem umožňoval žít v podmínkách běžného života v rámci jejich možností a schopností (Olomoucký kraj, n. d.).

Služby by měly být rozšířeny do oblasti bydlení, zaměstnání, zdravotní péče a zájmů ve volném čase. Jde o přístup, který je orientován na potřeby klientů. Taková péče je zaměřena nejen na duševně nemocného, ale i na celou občanskou komunitu a provázanost jednotlivých služeb (Hartl, 1997).

Zároveň se v posledních letech zvyšuje počet nízkopříjmových osob v seniorském věku, které nemají dostatek finančních prostředků na nabízené sociální služby. Jde zejména o osoby, které dlouhodobě využívají noclehárny, ubytovny a azylové domy (Olomoucký kraj, n. d.).

Ve zprávě Olomouckého kraje sdělil Prinz, vedoucí střediska Samaritán pro lidi bez domova:

Pokud nás v současné době žádá o podporu nemocný člověk bez přístřeší, jsme bezmocní. V rámci střediska Samaritán můžeme nabídnout pomoc pouze těm, kteří jsou soběstační. V praxi se však na ulici setkáváme s nemocnými lidmi vyžadujícími zvláštní péči. Pro tuto specifickou skupinu není na Olomoucku odpovídající služba. (Charita Olomouc, 2017, p. 1)

Tabulka 1

Zařízení poskytující sociální služby pro lidi s chronickým duševním onemocněním v Olomouckém kraji

| Druh sociální služby | Poskytovatel | Název | Místo poskytování |
|--|---------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Denní stacionář | Charita Zábřeh | Domovinka | Zábřeh |
| Centrum denních služeb | Charita Zábřeh | Centrum Oáza | Zábřeh |
| Podpora samostatného bydlení | Charita Olomouc | Podpora samostatného bydlení | Olomouc |
| Sociálně aktivizační služby pro seniory a zdravotně postižené | Charita Olomouc | Dům sv. Vincence | Olomouc |
| Domov se zvláštním režimem | Centrum sociálních služeb | Domov se zvláštním režimem | Prostějov |
| | DZR Bílsko, o.p.s. | Domov se zvláštním režimem | Bílsko |
| Sociální rehabilitace | Mana, o.p.s. | Mana | Olomouc |
| | Zahrada 2000, z.s. | Zahrada 2000 | Jeseník |
| | Charita Prostějov | Cesta | Prostějov |
| | Internet poradna, z.s. | Restart | Olomouc |
| | Duševní zdraví, o.p.s. | Duševní zdraví | Přerov |
| | Charita Zábřeh | Sociální rehabilitace | Zábřeh |
| | Ester, z.s. | Ester | Javorník |

| | | | |
|--|--------------------|---------------------------------------|----------|
| Sociálně terapeutická dílna | Charita Olomouc | Bezbariérová tréninková kavárna | Olomouc |
| | Zahrada 2000, z.s. | Zahrada 2000 | Jeseník |
| | Ester, z.s. | Ester | Javorník |
| Terapeutická komunita | Ester, z.s. | Ester | Javorník |

(Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007)

Nejširší nabídku sociálních služeb v Olomouci nabízí středisko sv. Vincence pod Charitou Olomouc (tabulka 1). Lidé s duševním onemocněním si mohou vyzkoušet obsluhovat v tréninkové kavárně Betreka nebo s pomocí podpory zvládnout kroky k samostatnému bydlení. Další organizací v Olomouci je Internet poradna, která v rámci svého projektu Restart nabízí pestrou škálu vzdělávacích kurzů, které jsou zaměřeny na posílení specifických schopností a dovedností (například kurz obsluha osobního počítače). Posledním zařízením pro lidi s duševním onemocněním je společnost Mana, která v současné době poskytuje služby v ambulanci a terénní formě postavené na principu komunitní sociální péče (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007).

Ze zprávy Olomouckého kraje (n. d.) vyplývá, že poskytující služby problematiku zaměstnávání a bydlení neřeší. Mezi hlavní problémy řadí špatné nebo malé zkušenosti zaměstnavatelů se zaměstnáváním duševně nemocných, mýty a předsudky o duševních nemocech (tj. obavy z nemocného, agresivity, nebezpečnosti...), neznalost výhod vyplývajících ze zaměstnávání zdravotně znevýhodněných osob (daňové úlevy, státní dotace apod.), obavy z komunikace s člověkem s duševním onemocněním, pomalé pracovní tempo způsobené nemocí, léky.

Ostatní organizace poskytující sociální služby lidem s duševním onemocněním jsou v tabulce uvedeny z důvodu, že někteří respondenti dotazníkového šetření nepocházejí z Olomouce a tak využívají i nabídku jiných služeb.

1.4 Charita Olomouc

Charita Olomouc byla zřízena olomouckým arcibiskupem v roce 1993 a je zařízením římskokatolické církve s právní subjektivitou. Po formální stránce spadá pod správu Arcidiecézní charity Olomouc, která je neziskovou humanitární organizací zřízenou arcibiskupstvím olomouckým, jakožto církevní právnická osoba. Společně s ostatními diecézními Charitami v České republice tvoří tato organizace Charitu České republiky (Charita Olomouc, 2015).

Charita Olomouc je katolickou neziskovou organizací, která je zaměřena na pomoc potřebným lidem na území olomouckého kraje. Jejím posláním je: „*Charita Olomouc je poslána katolickou církví, aby odpovídala na potřeby lidí v nouzi službou v duchu křesťanské lásky, která chrání v každém člověku jeho důstojnost*“ (Charita Olomouc, 2015).

Charita Olomouc provozuje v současné době pět středisek, které se zaměřují na poskytování sociálních a zdravotních služeb. Kromě toho se věnuje i řadě dalších aktivit, jako například sbírková činnost, publikace odborných sborníků, plánování a realizace společenských a kulturních akcí aj. Celou organizaci řídí ředitelka. V čele středisek stojí vedoucí. Jednotlivá střediska jsou specificky zaměřena dle cílových skupin. Jde o středisko sv. Alžběty pro lidi s tělesným handicapem, středisko sv. Kryštofa pro krizovou pomoc, středisko Samaritán pro lidi bez domova, středisko Khamoro pro etnické menšiny a středisko sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním (Charita Olomouc, 2015).

Středisko sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním pomáhá dospělým lidem s duševním onemocněním v rámci olomouckého regionu. Smyslem poskytovaných služeb je pomoci těmto lidem znovu získat či obnovit své sociální dovednosti a návyky, žít samostatně dle svých možností a dokázat se realizovat ve společnosti. Služby pro lidi s duševním onemocněním v Olomouci fungují od roku 1994. V současné době středisko nabízí tři sociální služby:

- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením v Domě sv. Vincence,
- sociálně terapeutická dílna v rámci Bezbariérové tréninkové kavárny,
- podpora samostatného bydlení (Charita Olomouc, 2015).

Z diagnostického hlediska jsou služby střediska sv. Vincence poskytovány dospělým osobám ve věku od 18 do 64 let v nepříznivé životní situaci, které se léčí s psychotickou nebo afektivní poruchou. Za nepříznivou životní situaci je považována situace, kdy klient služby v důsledku své nemoci není schopen nalézt možnosti osobní realizace ve společnosti (Charita Olomouc, 2016b).

Dům sv. Vincence poskytuje sociálně aktivizační služby ambulantního charakteru, které pomáhají lidem s duševním onemocněním naplňovat jejich potřeby, které jsou běžné v přirozené komunitě. Cílem služby je snaha o pozitivní změnu a stabilizaci životního stylu u těchto klientů a to zejména prostřednictvím nabízených programů a plánováním jejich osobních cílů (Charita Olomouc, 2015).

Dům sv. Vincence vznikl v roce 1994 a nachází se na okraji Olomouce, ve čtvrti Hodolany. Jeho provozní doba je od pondělí do pátku, vždy od 8 do 15 hodin. Klienti mohou navštěvovat dopolední a odpolední programy, které jsou zaměřené na zlepšení psychických, fyzických a sociálních dovedností (Charita Olomouc, 2016c).

Bezbariérová tréninková kavárna pomáhá lidem s duševním onemocněním rozvíjet pracovní dovednosti a návyky, a tak se prostřednictvím práce znovu začlenit do běžného života. Kavárna vznikla v roce 2005 jako součást chráněného pracoviště Betánie. Jako samostatná sociální služba funguje od roku 2007. Kavárna má pro veřejnost otevřeno od pondělí do čtvrtka, v čase od 12 do 18 hodin a je situována v centru města Olomouce, na Wurmově ulici. Zákazníci mohou v příjemném prostředí strávit volné chvíle, a tak podpořit lidi, kteří navzdory svému onemocnění překonávají obavy a ostych z veřejnosti (Charita Olomouc, 2016b).

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální služba, která pomáhá dospělým lidem s duševním onemocněním žít samostatně ve vlastní domácnosti. Zavedení této služby posouvá hranici maximální integrace těchto osob v jejich přirozeném prostředí. Asistenti a sociální pracovníci docházejí do domácností, kde klienti bydlí a poskytují jim podporu podle jejich individuálních potřeb. Podpora samostatného bydlení funguje jako samostatná služba od roku 2010 a její vznik byl podmíněn dlouhodobým sledováním potřeb lidí s duševním onemocněním v olomouckém regionu (Charita Olomouc, 2016a).

2 Cíl práce

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit úroveň kvality života u lidí s chronickým duševním onemocněním, kteří využívají sociální služby střediska sv. Vincence. K subjektivnímu hodnocení kvality života chronicky duševně nemocných byl vybrán dotazník SQUALA (podrobnější popis tohoto dotazníku je uveden dále). Výsledky dotazníkového šetření porovnáme s objektivním posouzením kvality života odborníků v oblasti péče o duševně nemocné, kteří pracují ve středisku sv. Vincence.

Dílčím cílem práce je ověřit využitelnost dotazníku SQUALA u klientů sociálních služeb střediska sv. Vincence Charity Olomouc.

2.1 Úkoly práce

Z výše vytyčeného cíle vyplynuly následující úkoly práce:

1. Nalézt vhodný nástroj pro zjišťování kvality života u osob s chronickým duševním onemocněním.
2. Vybrat a oslovit cílovou skupinu.
3. Realizovat výzkumné šetření a provést sběr dat.
4. Vyhodnotit získané údaje.

2.2 Výzkumné otázky

Kvalitu života jsme u respondentů hodnotili pomocí dotazníku subjektivní kvality života SQUALA (Dragomirecká, 2006). Vytipovali jsme si proměnné faktory, o kterých si myslíme, že mohou mít vliv na výsledky výzkumu (zejména pohlaví). Pro splnění cíle bakalářské práce jsme stanovili následující výzkumné otázky:

1. Jaká je úroveň hodnocení kvality života dle dotazníku SQUALA u celého výzkumného souboru?
2. Ovlivňuje pohlaví výsledky subjektivního hodnocení úrovně kvality života dle SQUALA?
3. Jaké limity má dotazník SQUALA u lidí s chronickým duševním onemocněním, kteří využívají sociální služby střediska sv. Vincence.

3 Metodika

3.1 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl složen z 32 dospělých osob s chronickým duševním onemocněním, kteří aktivně využívají sociální služby Charity Olomouc, střediska sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním. Aktivní znamená, že navštívili nabízené služby v posledních šesti měsících (tj. říjen 2016 – březen 2017). V průběhu dotazníkového šetření bylo 5 respondentů hospitalizováno v psychiatrické léčebně (3 muži a 2 ženy) a 3 oslovení respondenti odmítli (1 muž a 2 ženy).

3.2 Postup práce

Oblast duševního zdraví v souvislosti s kvalitou života nabývá u osob s chronickým duševním onemocněním specifické podoby, protože může zásadně ovlivnit i rozvoj alternativních forem péče. Toto téma úzce souvisí s aktuální potřebou vzniku meziřesortních služeb v Olomouci, které budou vycházet z potřeb samotných klientů. Zájem o kvalitu života patří k projevům moderního trendu Charity Olomouc, který mění existující zdravotně sociální péči od nemoci k člověku. Z toho důvodu byli pro zajištění výzkumného souboru osloveni klienti sociálních služeb střediska sv. Vincence pro lidi s duševním onemocněním, bližší spolupráce byla navázána s Mgr. Milenou Brzobohatou, která je vedoucí celého střediska a která mohla dát souhlas s provedením tohoto výzkumu.

Administrace dotazníku SQUALA (viz. Příloha 1) proběhla individuálně či skupinově, dle dané míry postižení kognitivních funkcí respondentů. Na začátku byli respondenti seznámeni s účelem šetření a jeho průběhem. Bylo respektováno jejich případné odmítnutí. Důvěrnost sdělených informací byla zajištěna informovaným souhlasem účastníků (viz. Příloha 2). V případě osob s omezenou svéprávností byl získán souhlas od jejich opatrovníka. Rozhovory s respondenty vedla autorka práce, která ve středisku pracuje jako sociální pracovnice. Respondentům, kteří nebyli schopni dotazník samostatně vyplnit (ve smyslu kognitivního deficitu), byl text předčítán autorkou práce.

Sběr dat probíhal od března do dubna 2017. Byly dodrženy zásady etiky ve výzkumu a šetření bylo schváleno etickou komisí FTK UP v Olomouci. Takto bylo

sebráno 24 dotazníků. Výběr respondentů byl záměrný, jelikož bylo potřeba získat co největší počet klientů sociálních služeb střediska sv. Vincence, kde má v průběhu let 2018 – 2019 proběhnout transformace služeb.

V následující tabulce je uvedeno pohlaví a věkové zastoupení respondentů, velikost obce trvalého bydliště respondentů, ukončené vzdělání respondentů, zaměstnání, hmotné zabezpečení, rodinný stav a počet dětí respondentů zahrnutých do výzkumného souboru.

Tabulka 2

Zastoupení výzkumného souboru v četnosti

| | | |
|--------------------------|---|----|
| Pohlaví | muž | 14 |
| | žena | 10 |
| Věk | 18 - 30 | 2 |
| | 30 – 45 | 17 |
| | 45 - 60 | 4 |
| | 60 - 75 | 1 |
| Bydliště v | obci do 10 000 obyvatel | 5 |
| | městě nad 10 000 obyvatel do 50 000 obyvatel | 0 |
| | městě nad 50 000 obyvatel do 100 000 obyvatel | 0 |
| | velkoměstě nad 100 000 obyvatel | 19 |
| Ukončení vzdělání | neukončené | 1 |
| | základní | 5 |
| | střední bez maturity | 11 |
| | střední s maturitou | 2 |
| | vysokoškolské | 5 |
| Zaměstnání | pracovní poměr | 7 |
| | nepracuji, v invalidním důchodu | 17 |

| | | |
|---------------------------|--|-----|
| Hmotné zabezpečení | výrazně podprůměrné | 1 |
| | mírně podprůměrné | 4 |
| | průměrné | 15 |
| | mírně nadprůměrné | 4 |
| | výrazně nadprůměrné | 0 |
| Rodinný stav | svobodný/á | 18 |
| | ženatý/vdaná | 3 |
| | rozvedený/á | 1 |
| | vdovec/vdova | 2 |
| Děti | ano a počet dětí žijících ve společné domácnosti | 4 0 |
| | | 0 |
| | | 1 |
| | | 1 |
| | ne | 20 |

(vlastní výzkum)

3.3 Metoda výzkumu

Hojně užívanými nástroji pro posouzení kvality života jsou standardizované dotazníky. Jedním z nich je SQUALA dotazník (Subjective Quality of Life Analysis). Dotazník SQUALA jsem zvolila z důvodu, jelikož zachycuje subjektivní pohled respondenta na vlastní životní situaci, a to hodnocením spokojen nebo nespokojen s oblastmi života, které sám považuje za důležité. Jeho výhodou je jednoduchost při administraci, interpretaci získaných dat a dostupnost v České republice (Dragomerická, 2006).

Dotazník SQUALA byl vytvořen v roce 1992 ve Francii M. Zannottim a vychází z Maslowovy teorie potřeb. Původní dotazník obsahuje 23 oblastí života, které se týkají

každodenního života. Česká verze dotazníku zahrnuje 21 oblastí (tabulka 3), vynechány jsou oblasti politiky a víry. V první části dotazníku jsou demografické údaje (pohlaví, věk, bydliště, vzdělání, zaměstnání, hmotné zabezpečení, rodinný stav a děti). V druhé části respondent určuje na pětibodové škále subjektivní důležitost každé z těchto oblastí a poté míru spokojenosti s ní. Na závěr je připojena otevřená otázka, která umožňuje doplnit další významnou oblast, která není ve výčtu uvedena (Dragomerická, 2006).

Tabulka 3

Oblasti české verze dotazníku SQUALA

| | | |
|-------------------------|-----------------------|-------------------|
| 1. zdraví | 8. děti | 15. práce |
| 2. fyzická soběstačnost | 9. postarat se o sebe | 16. spravedlnost |
| 3. psychická pohoda | 10. láska | 17. svoboda |
| 4. prostředí, bydlení | 11. sex | 18. krása a umění |
| 5. spánek | 12. odpočinek | 19. pravda |
| 6. rodina | 13. koníčky | 20. peníze |
| 7. mezilidské vztahy | 14. bezpečí | 21. jídlo |

(Dragomerická, 2006)

Jednotlivé oblasti jsou rozděleny do pěti dimenzí. První dimenzí jsou **abstraktní hodnoty SQ1**, které představují svobodu, pravdu, pocit bezpečí, spravedlnost, krásu a umění. Druhou dimenzí je **zdraví SQ2**, které zahrnuje aktuální zdravotní stav, fyzickou soběstačnost, psychickou pohodu a péči o sebe. Další dimenzí jsou **blízké vztahy SQ3** (rodinné vztahy, láska a sexuální život). V dimenzi **volný čas SQ4** jsou uvedeny hodnoty jako vztahy s ostatními lidmi, odpočinek, koníčky a spánek. Poslední dimenzí jsou **základní potřeby SQ5**, které obsahují jídlo, bydlení a finance (Dragomerická, 2006).

3.4 Analýza dat

Původní dotazník SQUALA obsahuje 23 oblastí, my jsme použili českou verzi dotazníku, která obsahuje 21 oblastí. Získané výsledky jsme převedli do formy grafů a tabulek znázorňující oblasti kvality života u klientů střediska sv. Vincence.

Výsledky dotazníkového šetření byly přepsány do tabulek Microsoft Office Excel. Při zpracování dat jsme pracovali s tzv. skóre, které představuje číselnou hodnotu jednotlivých stupňů důležitosti a míry spokojenosti. V dotazníku SQUALA jsou rozlišovány dva typy skóre (hrubý a parciální). **Hrubý skór** je překódováním subjektivního posouzení důležitosti daných životních oblastí s hodnocením od 0 (bezvýznamné) až po 4 (nezbytné) a spokojenosti s překódováním od 1 (velmi zklamán) až po 5 (zcela spokojen). **Parciální skór** QOL představuje součin hrubých skóre hodnocení spokojenosti a důležitosti, například oblast „být v bezpečí“ je součinem D14 a S14. Dohromady může nabýt hodnoty 0-20. Pokud respondent zhodnotí nějakou oblast jako bezvýznamnou, parciální skór je 0. Maximálního skóre lze dosáhnout, když je respondent s oblastí, kterou považuje za nezbytnou zcela spokojen. **Celkový skór** označovaný jako QOL – CZ, udává součet všech parciálních skóre QOL01-QOL21 (Dragomerická, 2006).

Po zpracování získaných dat jsme výsledky porovnali s objektivním posouzením kvality života odborníků v oblasti péče o duševně nemocné, kteří pracují ve středisku sv. Vincence. Vycházeli jsme z hodnotících záznamů z průběhu jejich spolupráce (např. individuální plány, zápisy z intervencí a průběžné záznamy).

4 Výsledky

V rámci výzkumu dotazníky vyplnilo 24 respondentů, kteří jsou klienty sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním v rámci Charity Olomouc. Získané výsledky podaly přehled o celkové situaci subjektivního vnímání kvality života klientů střediska.

Závěry dotazníkového šetření jsme vyjádřili v grafech a tabulkách formou hrubých a parciálních skóru a celkového skóre kvality života. Pro snazší zpracování dat byly vytvořeny průměry celkových parciálních skóru (skóry byly sečteny a vyděleny počtem zkoumaných osob). V následujících grafech jsou na ose x znázorněny jednotlivé oblasti, popř. dimenze a na ose y je škála rozpětí, dle skóru.

V tabulce 4 uvádíme medián, průměr, minimum a maximum celkového skóre kvalita u klientů střediska sv. Vincence.

Tabulka 4

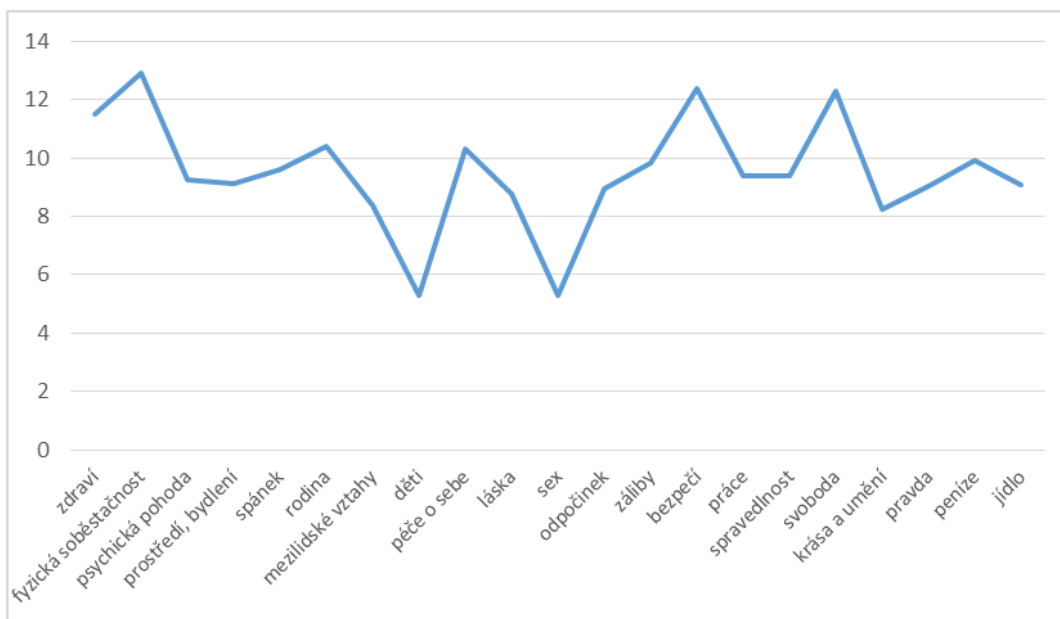
Popisné statistické údaje celkových skóru kvality života

| Celkový skór kvality života klientů střediska sv. Vincence | |
|---|-----|
| Minimum | 127 |
| Průměr | 226 |
| Medián | 219 |
| Maximum | 310 |

(vlastní výzkum)

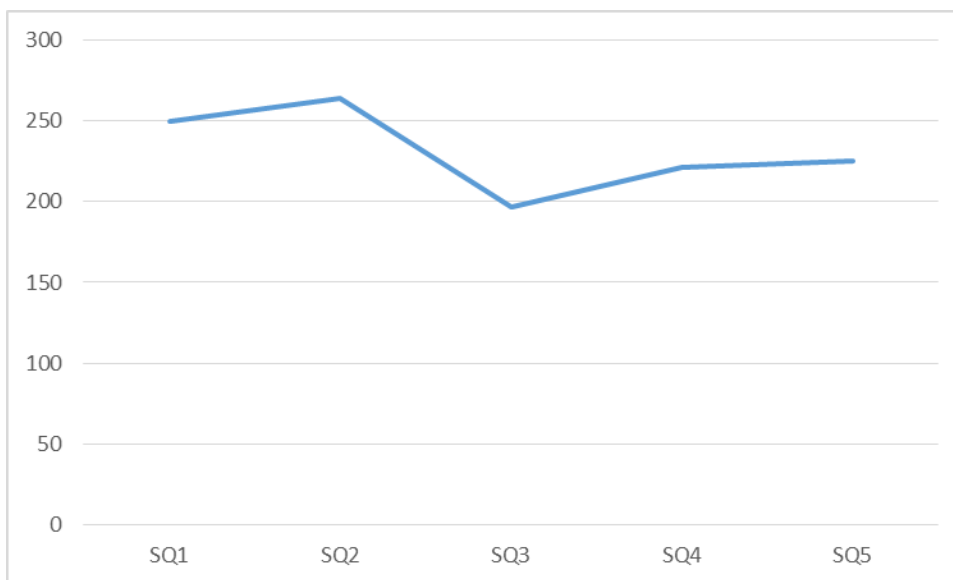
Celkový skór kvality života dle Dragomirecké (2006) může nabývat hodnoty od 0 až po 460. V našem případě je rozpětí od 127 do 310.

V následujícím obrázku 1 jsou uvedeny průměrné hodnoty parciálních skóru všech oblastí života u celého souboru respondentů.



Obrázek 1. Subjektivní kvalita života dle jednotlivých oblastí u celého souboru respondentů (vlastní výzkum)

Na obrázku 2 jsou vidět rozdíly v průměrných hodnotách v celkovém skóre v pěti dimenzích.



Obrázek 2. Subjektivní kvalita života dle dimenzí u celého souboru respondentů (vlastní výzkum)

Subjektivní kvalita života uvedená na obrázcích 1 a 2 je vyjádřena hodnotou průměru parciálních skóre 21 oblastí a 5 dimenzí celého souboru. Nejlépe hodnocenou

dimenzi je SQ2 zdraví. Nejnižší jsou klienty střediska sv. Vincence hodnoceny oblasti mít a vychovávat děti a mít sexuální život, které se nacházejí v dimenzi blízké vztahy SQ3.

Tabulka 5

Základní statistické údaje pro jednotlivé položky dotazníku SQUALA

| Oblasti života | Klienti střediska sv. Vincence | | | Reprezentativní soubor | | |
|--|--------------------------------|-----|-----|------------------------|-----|-----|
| | M | MIN | MAX | M | MIN | MAX |
| 1. být zdravý | 11,5 | 6 | 20 | 14,2 | 3 | 20 |
| 2. být fyzicky soběstačný | 12,9 | 8 | 20 | 14,88 | 3 | 20 |
| 3. cítit se psychicky dobře | 9,25 | 3 | 20 | 12,55 | 0 | 20 |
| 4. příjemné prostředí a bydlení | 9,13 | 2 | 15 | 11 | 0 | 20 |
| 5. dobře spát | 9,6 | 2 | 20 | 10,93 | 2 | 20 |
| 6. rodinné vztahy | 10,4 | 2 | 20 | 13,21 | 0 | 20 |
| 7. vztahy s ostatními lidmi | 8,38 | 0 | 15 | 10,53 | 0 | 20 |
| 8. mít a vychovávat děti | 5,29 | 0 | 20 | 12,45 | 0 | 20 |
| 9. postarat se o sebe | 10,3 | 0 | 16 | 13,51 | 0 | 20 |
| 10. milovat a být milován | 8,79 | 0 | 20 | 13,21 | 0 | 20 |
| 11. mít sexuální život | 5,29 | 0 | 16 | 10,42 | 0 | 20 |
| 12. odpočívat ve volném čase | 8,95 | 2 | 20 | 9,60 | 0 | 20 |
| 13. mít koníčky ve volném čase | 9,83 | 3 | 20 | 9,35 | 0 | 20 |
| 14. být v bezpečí | 12,37 | 6 | 20 | 11,50 | 0 | 20 |
| 15. práce | 9,37 | 0 | 15 | 11,76 | 0 | 20 |
| 16. spravedlnost | 9,37 | 3 | 15 | 9,91 | 2 | 20 |
| 17. svoboda | 12,29 | 3 | 20 | 12,14 | 0 | 20 |
| 18. krása a umění | 8,25 | 3 | 20 | 8,01 | 0 | 20 |
| 19. pravda | 9,04 | 3 | 20 | 11,07 | 2 | 20 |
| 20. peníze | 9,91 | 3 | 20 | 8,98 | 2 | 20 |

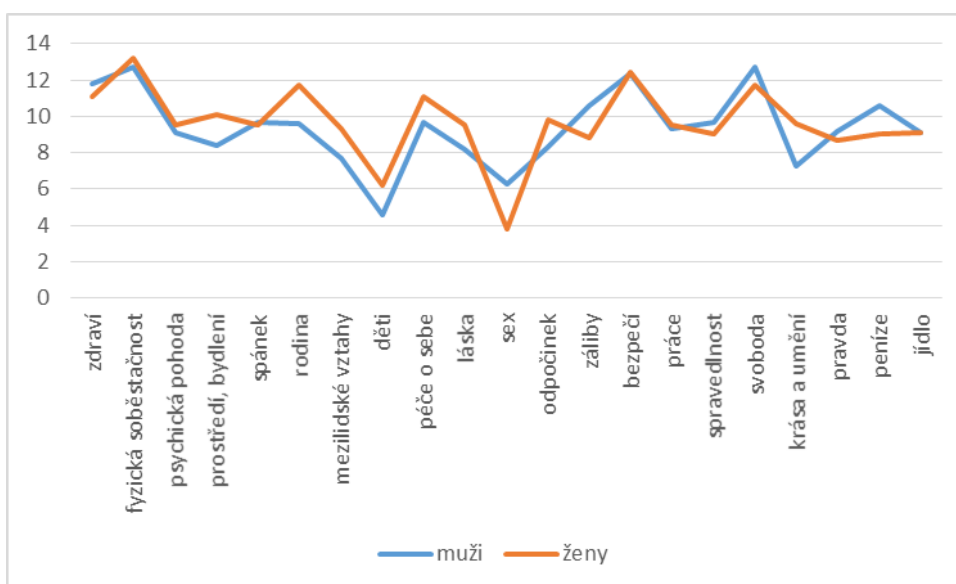
| | | | | | | |
|------------------------|------|---|----|------|---|----|
| 21. dobré jídlo | 9,08 | 0 | 20 | 8,94 | 0 | 20 |
|------------------------|------|---|----|------|---|----|

(vlastní výzkum & Dragomirecká, 2006, p. 25)

Poznámka. M = průměrná hodnota parciálních skóre celého souboru, min = minimální hodnota parciálního skóre, max = maximální hodnota parciálního skóre

Při porovnání výsledků dvou skupin (tabulka 5) jsme zjistili, že existuje rozdíl ve vnímání kvality života mezi reprezentativním souborem Dragomirecké (2006) a klienty střediska sv. Vincence zejména v oblastech mít a vychovávat děti a mít sexuální život.

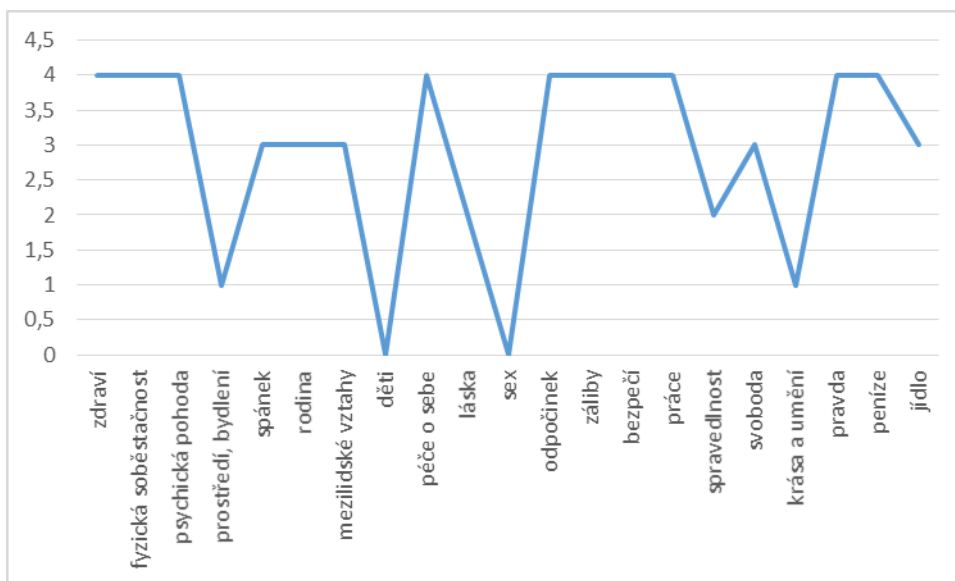
Existuje mnoho činitelů, kteří mohou mít vliv na kvalitu života. V následujícím obrázku 3 je zobrazeno srovnání kvality života podle pohlaví, které mělo největší vliv na výsledky šetření.



Obrázek 3. Srovnání kvality života podle pohlaví (vlastní zdroj)

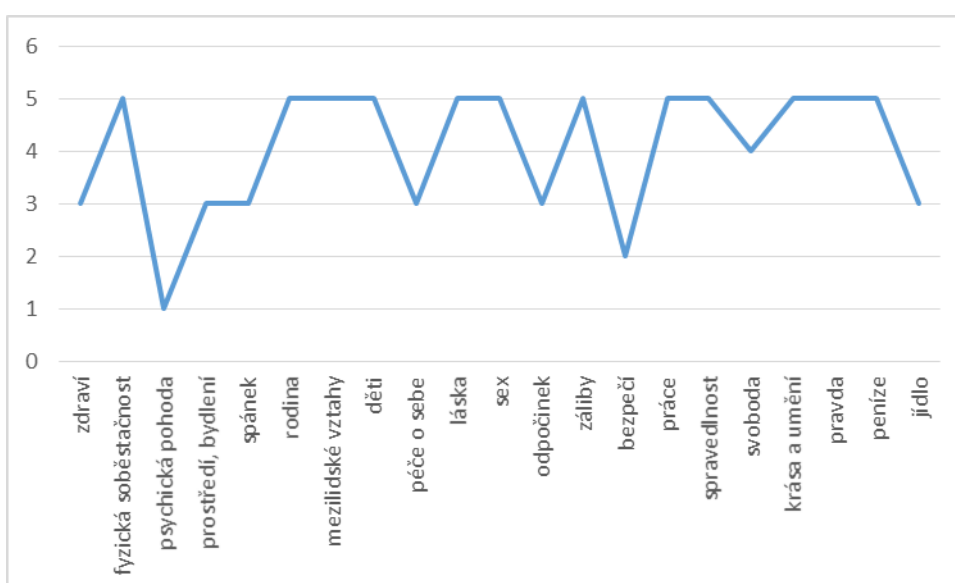
Na obrázku 3 je vidět, že ženy hodnotí svoji kvalitu života lépe v oblastech rodina, mezilidské vztahy a bydlení. Naopak u mužů je lépe hodnocena oblast zálib ve volném čase a sexuálního života.

Pro zajímavost uvádím na obrázcích 4 až 6 hodnocení kvality života jednoho z respondentů.



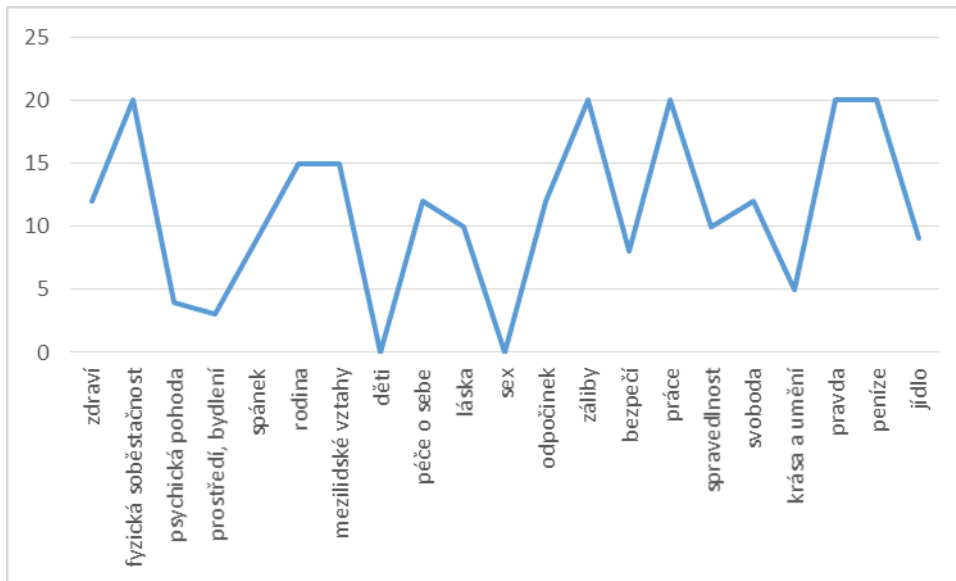
Obrázek 4. Grafické zobrazení hrubých skóre hodnocení důležitosti jednoho z respondentů (vlastní zdroj)

Z hrubých skóre u hodnocení důležitosti, kterou respondent (muž, 44 let, vysokoškolské vzdělání, svobodný, zaměstnan jako bezpečnostní pracovník) přisuzuje uvedeným oblastem života je pro něj oblast mít a vychovávat děti a mít sexuální život bezvýznamné. Hodnocením nezbytné označil oblasti zdraví, fyzická soběstačnost, cítit se psychicky dobře, postarat se o sebe, odpočinek, koníčky, bezpečí, práci, pravdu a peníze. V následujícím obrázku znázorníme jeho subjektivní spokojenost v uvedených 21 oblastech a poté porovnáme obě hodnoty.



Obrázek 5. Grafické zobrazení hrubých skóre hodnocení spokojenosti jednoho z respondentů (vlastní zdroj)

Uvedený respondent se cítí být zcela spokojen s oblastmi fyzická soběstačnost, rodina, mezilidské vztahy, děti, láska, sexuální život, koníčky, práce, spravedlnost, krása a umění, pravda a peníze. Velmi zklamán je pouze v oblasti psychické pohody.



Obrázek 6. Srovnání důležitosti a spokojenosti vyjádřením parciálních skóre u jednoho respondenta (vlastní zdroj)

Při porovnání obou obrázků formou parciálních skóre vychází nulové hodnoty v oblastech mít a vychovávat děti a mít sexuální život (jsou pro respondenta bezvýznamné a zároveň je v nich zcela spokojen). Ve vnímání kvality života dosahuje maximálního skóre v oblastech být fyzicky soběstačný, mít koníčky, práce, pravda a peníze.

5 Diskuze

Hlavním cílem bakalářské práce bylo analyzovat úroveň kvality života lidí s chronickým duševním onemocněním, kteří využívají sociální služby střediska sv. Vincence. Výsledky dotazníkového šetření jsme porovnali s objektivním posouzením kvality života odborníků v oblasti péče o duševně nemocné, kteří pracují ve středisku sv. Vincence. Dále jsme se snažili ověřit využitelnost dotazníku SQUALA u klientů sociálních služeb střediska sv. Vincence Charity Olomouc.

Do této studie bylo zapojeno 32 klientů střediska sv. Vincence. Během dotazníkového šetření bylo nečekaně pět klientů hospitalizováno v léčebně na uzavřeném oddělení a tři klienti odmítli dotazník vyplnit. Skupina respondentů, kteří se odmítli do studie zapojit se léčí se schizoidní poruchou osobnosti, u které je typický zájem pouze o svoje věci, otažitost a citový chlad. Předpokládáme, že když byl výzkum u daného vzorku respondentů proveden pouze jedenkrát, lze z toho usuzovat, že mohl být ovlivněn danou situací, osobními či sociálními problémy, popř. i typem diagnózy. Na druhou stranu Dragomirecká (2006) uvádí, že dotazník SQUALA je schopen zachytit změny ve zdravotním i duševním stavu u širokého spektra diagnóz, není však podle ní vhodný u klientů, u kterých dochází ke změnám pouze v oblasti sociálního přizpůsobení.

Hodnocením kvality života u osob s chronickým duševním onemocněním se ve větší míře věnují lékaři nebo psychologové, např. Dragomirecká a Probstová. Pokud sledovali úroveň kvality života jiní odborníci například psychiatrické sestry, sociální pracovníci, bylo to většinou v rámci bakalářské nebo magisterské práce. Přitom znalost potřeb týkajících se kvality života umožňuje snazší pochopení klientovi situace a pozitivně ovlivňuje vzájemný vztah (pracovník – klient). Z toho důvodu jsme při plánování dotazníkového šetření vycházeli z objektivního posouzení kvality života klientů ze strany pracovníků střediska, kteří s vybranými respondenty spolupracují již několik let. Z jejich vyjádření jsme předpokládali sníženou hodnotu kvality života v doméně zdraví, jelikož nemoc přináší nižší toleranci vůči zátěži, zhoršenou psychickou pohodu, únavu a v doméně abstraktní hodnoty, která souvisí s mírou individuální svobody, bezpečí a pravdy, a to zejména během hospitalizace (například vycházky, kontakt s rodinou, trávení volného času).

Dle Valáškové a Machů (2000) bylo potvrzeno snížení kvality života psychiatrických pacientů oproti zdravé populaci v deseti z celkového počtu 23 životních oblastí, které jsou obsazeny v dotazníku SQUALA. Naše výsledky ukázaly, že klienti střediska hodnotili svoji kvalitu života v dimenzi zdraví významně lépe, než ji posuzují pracovníci. Klienti označili za významné dimenze oblast zdraví a abstraktní hodnoty. V uvedeném vzorku byla potvrzena snížená kvalita v dimenzi blízké vztahy. Což může být výzvou k zaměření pomoci a podpory klientům a rodinám v době před propuštěním z léčebny do domácího prostředí, kdy je potřeba realisticky naplánovat budoucnost a naučit klienta a rodinu rozpoznat příznaky relapsu nemoci.

Využitelnost dotazníku SQUALA u vybraného vzorku respondentů ukázala určité limity, které autorka české verze dotazníku Dragomirecká (2006) ve své příručce neuvádí. Rozdíl byl patrný u žen v oblasti mít a vychovávat děti, které tento bod hodnotily jako bezvýznamný nebo málo důležitý, přitom v hodnocení spokojenosti zaškrtnly velmi zklamán nebo nespokojen. Při srovnání těchto odpovědí s objektivním posouzením ze strany pracovníků bylo zřejmé, že klientky touží navázat partnerský vztah a mít dítě, ale na doporučení lékaře tuto potřebu nepovažují za důležitou. U mužů byl limit dotazníku objeven v oblasti mít sexuální život. Muži nejčastěji zaznamenávali u hodnocení důležitosti možnost málo důležité a v hodnocení spokojenosti nespokojen. Tento fakt může být spojen s tím, že chronické duševní onemocnění narušuje schopnost navazovat intimní vztah.

Z dalších poznatků během dotazníkového šetření vyšel rozpor mezi respondenty, kteří dotazník vypracovávali samostatně a respondenty, kteří ho vyplňovali s pomocí pracovnice střediska. Výsledky byly zkreslené zejména u mužů v oblastech milovat a být milován a mít sexuální život, které mohlo ovlivnit pohlaví pracovnice.

V šesti dotaznících se objevila odpověď na otázku: Co jiného ještě považujete za důležité? Víru. Z původní verze dotazníku Zanottiho a Pringuea byly po zhodnocení pilotní studie Dragomirecké (2006) vypouštěny oblasti zajímat se o politiku a mít víru. Z našeho pohledu mohla být oblast víry poměrně zajímavá, protože může sehrát důležitou úlohu v průběhu léčby.

6 Závěr

V bakalářské práci jsme se zaměřili na analýzu subjektivního vnímání kvality života u lidí s chronickým duševním onemocněním, kteří využívají sociální služby střediska sv. Vincence v rámci Charity Olomouc. Kvalitu života jsme měřili pomocí dotazníku SQUALA. Výsledky jsme porovnali s objektivním posouzením kvality života klientů ze strany odborníků, kteří ve středisku pracují. Dílčím cílem práce bylo ověřit využitelnost dotazníku SQUALA u klientů sociálních služeb střediska sv. Vincence Charity Olomouc.

Při hodnocení kvality života respondentů byla nejlépe hodnocena dimenze SQ2 zdraví a nejnižších skóre dosáhla dimenze SQ3 blízké vztahy. Dragomirecká (2006) uvádí, že výsledky reprezentativního souboru se nemusí vždy shodovat s realitou. Cílem této bakalářské práce nebylo porovnat výsledky šetření s normou, ale zjistit jak vnímají kvalitu života klienti střediska sv. Vincence.

Významných rozdílů jsme dosáhli porovnáním výsledků dotazníkového šetření s objektivním posouzením kvality života klientů ze strany pracovníků střediska. Můžeme doporučit, že komplexní péče o psychiatrického klienta by měla zahrnovat i úzkou spolupráci s rodinou, která má podstatný vliv na průběh nemoci. Získané výsledky podaly přehled o celkové situaci subjektivního vnímání kvality života klientů střediska. Hlavní cíl bakalářské práce byl naplněn.

Během šetření byli zjištěny i limity dotazníku SQUALA. Jedním z doporučení je přizpůsobení formy dotazníku kognitivních schopnostem respondentů. Další doporučení vychází z faktu, že některé odpovědi byly nepravdivé, a neodpovídali skutečnosti. Tento fakt mohl být způsoben tím, že klienti odpovídali tak, aby pracovník služby byl spokojený, popř. mohlo mít vliv i pohlaví tazatelky. Výsledky by mohli být pozitivně ovlivněny, pokud by byl vybrán tazatel, který není z týmu pracovníků střediska.

Vzhledem k nízkému počtu respondentů nelze výsledky bakalářské práce generalizovat na celou populaci lidí s duševním onemocněním.

Souhrn

Cílem bakalářské práce bylo zjistit jaká je kvalita života klientů střediska sv. Vincence a ověřit využitelnost dotazníku SQUALA u oslovených respondentů.

V teoretické části se práce zaměřuje na vymezení pojmu kvalita života, její faktory, metody měření a životní styl. V další kapitole je shrnutí poznatků o duševních onemocněních, příčiny a klasifikace. Cíleně jsme se zaměřili i na vymezení oblasti města Olomouc, kde výzkum probíhal a v souvislosti s tím jsme popsali i organizaci, která nabízí sociální služby lidem s duševním onemocněním.

V kapitole cíl práce jsme formulovali cíle a s nimi spojené úkoly a výzkumné otázky. Výzkumný soubor tvořilo 24 klientů (14 mužů a 10 žen). Respondenti vyplňovali dotazník SQUALA. Z výsledků výzkumu vyplynuly rozdíly ve vnímání kvality života v oblasti blízkých vztahů (rodinné vztahy, láska a sex) a zdraví (aktuální zdravotní stav, fyzická soběstačnost, psychická pohoda a péče o sebe).

V závěru práce jsou zodpovězeny výzkumné otázky a zmíněna doporučení pro praxi.

Summary

The aim of the bachelor's work was to find out the life quality of the clients at the mental health facility Středisko sv. Vincence and to verify applicability of the self-evaluating Subjective Quality of Life Analysis (SQUALA) questionnaire with addressed respondents.

The study focuses on the definition of the quality life concept in its first part, its factors, methods, measuring and life style. You can find summary of findings of mental disorders, causes and classification in the next chapter. Our aim was to concentrate the survey on specification in the town Olomouc where it was carried out and that is why we described the organisation which can offer social services for people with mental disorders.

In the chapter named the aim of the work we expressed the aims, the tasks connected to it and the research questions. There was 24 clients (14 men and 10 woman) in this group. These respondents filled in the mentioned questionnaire SQUALA. Results of the research demonstrated the differences in the quality of life perception in the sphere of the close relations (family relations, love and sexual needs) and health (present state of health, physical self-sufficiency, mental well-being and health self-care).

Research questions and practice recommendations are mentioned in the final part of the work.

Referenční seznam

- Anonymous (n. d.). Periodizace lidského věku. *Antropomotorika*. Retrieved 12. 4. 2017 from the World Wide Web: <https://publi.cz/books/64/04.html>
- Báčová, V. (2004). *Kvalita života, hodnotové systémy v společnosti a sociální kapitál. K vymedzení psychologických dimenzí kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita.
- Bankovská-Motlová, L., & Španiel, F. (2013). *Schizofrenie: Jak předejít relapsu aneb terapie 21. století*. Praha: Mladá fronta.
- Carlsson, A. M. (1983). Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*, 16(1), 87 - 101 . Retrieved 12. 4. 2017 from the World Wide Web: DOI: 10.1016/0304-3959(83)90088-X
- Český statistický úřad (2016a). *Statistická ročenka Olomouckého kraje*. Olomouc: Krajská správa Českého statistického úřadu v Olomouci.
- Český statistický úřad (2016b). *Nezaměstnanost v Olomouckém kraji k 31. 8. 2016*. Olomouc: Krajská správa Českého statistického úřadu v Olomouci.
- Diderot, D. (1998). *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích IV*. Praha: Nakladatelský dům OP.
- Dörner, K., & Plog, U. (1999). *Bláznit je lidské*. Praha: Grada.
- Dragomirecká, E. (2006). *SQUALA: Subjective quality of life analysis : příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Dragomirecká, E., & Škoda, C. (1997). Kvalita života – vymezení, definice, historický vývoj pojmu v sociální psychiatrii. *Česká a slovenská psychiatrie*, 93(2), 102-108.
- Duffková, J., Urban, L., & Dubský, J. (2008). *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Dvořáčková, D. (2012). *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Frankl, V. E. (2006). *A přesto říci životu ano*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, s. r. o.
- Gurková, E. (2011). *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Hartl, P. (1997). *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SLON.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Hrozenská, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada Publishing, a.s.

- Charita Olomouc (2015). *Výroční zpráva 2015*. Retrieved 31. 3. 2017 from the World Wide Web: <http://www.olomouc.charita.cz/res/archive/004/000662.pdf?seek=1464781890>
- Charita Olomouc (2016a). *Metodika sociální služby Podpora samostatného bydlení*. Olomouc: Autor.
- Charita Olomouc (2016b). *Metodika sociální služby Bezbariérová tréninková kavárna*. Olomouc: Autor.
- Charita Olomouc (2016c). *Metodika sociální služby Dům sv. Vincence*. Olomouc: Autor.
- Charita Olomouc (2017). *Podpora vzniku domova pro lidi se sníženou soběstačností na Olomoucku*. Retrieved 31. 3. 2017 from the World Wide Web: <https://www.kr-olomoucky.cz/podpora-vzniku-domova-pro-lidi-se-snizenou-sobestacnosti-na-olomoucku-aktuality-6412.html>
- Jacka, F.N., Pasco, J.A., Mykletun, A., Williams, L.J., Hodge, A.M., O'Reilly, S.L., Nicholson, G.C., Kotowicz, M.A., & Berk, M. (2010). Association of western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 305 – 311. Retrieved 15. 4. 2017 from the World Wide Web: DOI: 10.1176/appi.ajp.2009.09060881
- Jesenský, J. (2000). *Andragogika a gerontagogika handicapovaných*. Praha: Univerzita Karlova
- Kraus, B. (2001). *Člověk-prostředí-výchova*. Brno: Paido.
- Kraus, J. (2009). *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia.
- Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Praha: Portál.
- Malá, E., & Pavlovský, P. (2002). *Psychiatrie: Učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Matoušek, O., Křišťan, A., Musil, L., & Smutek, M. (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí (2007). *Registr poskytovatelů sociálních služeb*. Retrieved 31. 3. 2017 from the World Wide Web: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1491893897347_6
- Ministerstvo pro místní rozvoj (2010). *Analýza socioekonomického rozvoje Olomouckého kraje se specifikací potřeb po roce 2013*. Retrieved 31. 3. 2017 from the World Wide Web: https://www.strukturalni-fondy.cz/getmedia/a69e4c32-11ec-4e69-ae7c-f3cfec7b1281/Analýza-SE-rozvoje-Olomoucky_logg.pdf?ext=.pdf

- Ministerstvo zdravotnictví (2016). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Retrieved 31.3. 2017 from the World Wibe Web: http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.WPn3s9LyjDc
- Olomoucký kraj (n. d.). *Zajištění sociálních služeb v Olomouckém kraji ve vztahu k potřebám osob s chronickým duševním onemocněním*. Retrieved 31. 3. 2017 from the World Wibe Web: [https://C:/Users/chol/Downloads/zajistení-socialních-sluzeb-v-olomouckem-kraji-ve-vztahu-k-potrebam-osob-s-chronickým-dusevním-onemocněním%20\(1\).pdf](https://C:/Users/chol/Downloads/zajistení-socialních-sluzeb-v-olomouckem-kraji-ve-vztahu-k-potrebam-osob-s-chronickým-dusevním-onemocněním%20(1).pdf)
- Payne, J. (2005). *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton.
- Praško, J. (2003). *Psychiatrie*. Praha: Informatorium.
- Praško, J. (2005). *Deprese a jak ji zvládat*. Praha: Portál.
- Probstová, V., & Pěč, O. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- Průcha, J, Walterová, E., & Mareš, J. (2013). *Pedagogický slovník*. Praha: Portál.
- Ptáček, P., Szczyrba, Z., & Fňukal, M. (2007). Proměny prostorové struktury města Olomouce s důrazem na rezidenční funkce. *Urbanismus a územní rozvoj*, 10(2), 19-25.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Sigmundová, Z., & Látalová, K. (2008). Rizikové faktory životního stylu schizofrenních pacientů. *Psychiatrie pro praxi*, 9(1), 22-26.
- Slováček, L., Slováčková, B., Jebavý, L., Blažek, M., & Kačerovský, J. (2004). Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*, 73(1), 6-9.
- Statutární město Olomouc (2016). *Profil města Olomouce*. Retrieved 20. 3. 2017 from the World Wibe Web: <https://www.olomouc.eu/o-meste>
- Světová zdravotnická organizace (2008). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
- Vaďurová, H., & Mühlpachr, P. (2005). *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Pedagogická fakulta.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- Vala, L. (2013). *Kvalita života a životní styl obyvatel města Olomouc*. Bakalářská práce, Univerzita Palackého v Olomouci, Přírodovědecká fakulta, Olomouc.
- Valášková, K., & Machů, V. (2000). Kvalita života psychiatrických pacientů. *Sborník prací Filozofické fakulty brněnské univerzity*, 4(1), 65-77.
- World Health Organization (n. d). *Mental disorders*. Retrieved 31. 3. 2017 from the World Wibe Web: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/

Seznam příloh

Příloha I: Dotazník SQUALA.

Příloha II: Informovaný souhlas účastníků.

Příloha I: Dotazník SQUALA.



Příloha 1: Dotazník SQUALA

Dotazník kvality života (SQUALA)

Vážený pane, vážená paní,

cílem tohoto dotazníku je hodnocení kvality života.

V první části dotazníku Vás prosím, abyste odpověděl/a, jaké hodnoty považujete v životě za důležité, jak si jich ceníte. Ve druhé části zjišťuji, nakolik jste Vy osobně spokojen/a v různých oblastech životních hodnot. Odpovědi jsou anonymní a důvěrné. Následné počítačové zpracování bude omezeno jen na vyhodnocení získaných údajů, získaná data nebudou použita k jakýmkoli komerčním účelům.

Děkuji Vám za spolupráci na mé výzkumné práci.

DEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

Zaškrtněte prosím odpovídající položky:

1) POHLAVÍ

muž.....1

žena.....2

2) VĚK

3) BYDLÍTE V:

obci do 10 000 obyvatel1

městě nad 10 000 do 50 000 obyvatel.....2

městě nad 50 000 do 100 000 obyvatel.....3

velkoměstě nad 100 000 obyvatel.....4

4) UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ

neukončené základní..... 1

základní..... 2

střední bez maturity..... 3

střední s maturitou..... 4

vysokoškolské..... 5

5) ZAMĚSTNÁNÍ

a) Jste soukromník?.....ano – ne

b) Zaměstnáváte další osoby?...ano – ne

c) Pokud pracujete, uveďte své hlavní zaměstnání:

d) Pokud nepracujete, uveďte jeden z důvodů:

studující..... 1

mateřská dovolená..... 2

v domácnosti..... 3

důchodce (neprac.)..... 4

v invalidním důchodu..... 5

t.č. nezaměstnaný/á.....6

hledající práci7
jiné.....8

6) HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ

Jak byste v porovnání s ostatními rodinami (popř. jednotlivci v případě, že žijete sám/sama) hodnotil/a svou finanční situaci a hmotné zabezpečení:

výrazně podprůměrné
mírně podprůměrné
průměrné
mírně nadprůměrné
výrazně nadprůměrné

7) RODINNÝ STAV

svobodný/á.....1
ženatý/vdaná, s druhem.....2
rozvedený/á.....3
vdovec/vdova.....4

8) MÁTE DĚTI?

ano – ne
pokud ano, pak počet dětí žijící s vámi ____

HODNOCENÍ DŮLEŽITOSTI

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

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

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

HODNOCENÍ SPOKOJENOSTI

Posuďte, do jaké míry se cítíte v uvedených oblastech svého života spokojen/a
zaškrtněte příslušné okénko.

| | Zcela spokojen | Velmi spokojen | Spíše spokojen | Nespokojen | Velmi zklamán |
|--------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------|------------------|
| 22) zdraví | | | | | |
| 23) fyzická soběstačnost | | | | | |
| 24) psychická pohoda | | | | | |
| 25) prostředí bydlení | | | | | |
| 26) spánek | | | | | |
| 27) rodinné vztahy | | | | | |
| 28) vztahy s ostatními | | | | | |
| 29) děti | | | | | |
| 30) péče o sebe sama | | | | | |
| 31) láska | | | | | |
| 32) sexuální život | | | | | |
| 33) odpočinek | | | | | |
| 34) koníčky | | | | | |
| 35) pocit bezpečnosti | | | | | |
| 36) práce | | | | | |
| 37) spravedlnost | | | | | |
| 38) svoboda | | | | | |
| 39) krása a umění | | | | | |
| 40) pravda | | | | | |
| 41) peníze | | | | | |
| 42) jídlo | | | | | |

Informovaný souhlas

Název projektu: Hodnocení kvality života u osob s chronickým duševním onemocněním

Jméno a příjmení účastníka:

Datum narození:

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

Zastoupený(á)¹:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
 2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností. Pokud je studie randomizovaná, beru na vědomí pravděpodobnost náhodného zařazení do jednotlivých skupin lišících se léčbou.
 3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
 4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
 5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

.....

.....

Podpis účastníka (příp. zástupce uživatele)

Podpis osoby pověřené touto studií

Datum:

¹ Vyplňte v případě, že souhlas podepisuje zástupce uživatele (např. opatrovník).