

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a sociální práce

Bakalářská práce

**KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S DUŠEVNÍM
ONEMOCNĚNÍM V NÁVAZNOSTI NA SLUŽBY
POSKYTOVANÉ PAPRSKEM NADĚJE –
CENTREM SLUŽEB PRO PODPORU DUŠEVNÍHO
ZDRAVÍ TŘEBÍČ**

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Autor práce: Šárka Tomanová, DiS.

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 5.

2019

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

Datum: 27. 3. 2019

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu doc. PhDr. Davidovi Urbanovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, kterými přispěl k vypracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat uživatelům Paprsku naděje – Centra služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč za aktivní přístup při poskytování rozhovorů.

Obsah

ÚVOD	5
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 KVALITA ŽIVOTA	7
1.1 Vymezení pojmu	7
1.2 Rozsah pojetí a měření kvality života	8
2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	10
2.1 Příčiny vzniku duševních nemocí	10
2.2 Schizofrenie.....	11
2.2.1 Formy schizofrenie.....	11
2.2.2 Příznaky, příčiny vzniku a léčba schizofrenie	12
2.3 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	13
2.3.1 Deprese.....	13
2.3.2 Bipolární afektivní porucha	14
2.4 Poruchy osobnosti.....	14
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	16
4 PAPERSEK NADĚJE – CENTRUM SLUŽEB PRO PODPORU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ TŘEBÍČ	16
4.1 Poslání služby.....	17
4.2 Cílová skupina	17
4.3 Cíle služby	18
4.4 Zásady poskytovaných služeb.....	18
4.5 Financování	19
4.5.1 Popis projektu	19
4.5.2 Cíle projektu	20
4.5.3 Výsledky projektu	20
4.5.4 Finanční zajištění projektu	20
II PRAKTICKÁ ČÁST	21
5 CÍL VÝZKUMU	21

6	METODY VÝZKUMU	21
6.1	Metoda SEIQoL.....	21
6.1.1	Instrukce.....	21
6.2	Rozhovor pomocí návodu.....	22
7	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	23
8	VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE DAT	23
8.1	Formulář kvality života SEIQoL	23
8.1.1	Respondent č. 1: Milena	23
8.1.2	Respondent č. 2: Jaromír.....	24
8.1.3	Respondent č. 3: Jan	24
8.1.4	Respondent č. 4: Irena	24
8.1.5	Respondent č. 5: Petr.....	24
8.1.6	Respondent č. 6: Andrea.....	25
8.2	Rozhovory	25
9	DISKUZE.....	35
	ZÁVĚR	38
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	39

Úvod

Jako téma své bakalářské práce jsem si vybrala Kvalitu života lidí s duševním onemocněním v návaznosti na služby poskytované Paprskem naděje – Centrem služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč. Důvodem bylo především to, že je mi problematika lidí s duševním onemocněním blízká, neboť v Paprsku naděje pracuji jako sociální pracovnice. Každý den se s těmito lidmi setkávám, řeším s nimi každodenní starosti, sdílím jejich obavy a podporuji je v nejrůznějších oblastech jejich života.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje duševní onemocnění kvalitu života lidí a míru spokojenosti se životem.

Kvalita života je velice široký pojem, který se snažilo definovat již mnoho autorů. Člověk je bytostí bio-psycho-sociální a spirituální. Kvalita lidského života tedy závisí na několika faktorech, mimo jiné i na zdraví.

Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč je službou sociální prevence, která se snaží pomáhat získat, zachovat nebo obnovit schopnosti a dovednosti k samostatnému zvládnání každodenního života. Služba je určena osobám ve věku 18 – 70 let z regionu Třebíčska, které trpí duševní chorobou, je poskytována v ambulantní a terénní formě. K 1. 1. 2019 využívalo služby sociální rehabilitace celkem 63 uživatelů.

V teoretické části jsem se nejdříve zaměřila na vymezení pojmu kvalita života, rozsahu pojetí a jeho měření. V další kapitole jsem se věnovala duševnímu onemocnění, kde jsem si vybrala jedny z nejčastěji vyskytovaných chorob, ke kterým patří schizofrenie, afektivní poruchy, ale také například poruchy osobnosti. Zároveň některou ze zmíněných chorob trpí oslovení respondenti.

Jednotlivé nemoci jsem popsala a zaměřila se na její příznaky, příčiny vzniku a možnosti léčby. Dále jsem shrnula sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a poslední pasáž teoretické části byla věnována přímo Paprsku naděje – Centru služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč. Vycházela jsem především z odborné literatury, internetových zdrojů a interního zdroje zařízení.

Druhá část je praktická, ve které jsem vyhodnotila a interpretovala data, která vzešla z formuláře pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL a rozhovorů s uživateli sociální služby.

Cílem výzkumu bylo zjistit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a míru spokojenosti se životem, a to prostřednictvím rozhovoru s návodem, který jsem doplnila formulářem pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL – Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life.

Výzkumný soubor zahrnovalo 6 uživatelů Paprsku naděje – Centra služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč. Respondenti byli vybráni záměrně, a to podle předem určených kvót (pohlaví, diagnóza). Výběr vzorku zahrnovali 3 muži a 3 ženy ve věkové kategorii 39 – 54 let. S respondenty byly vyplněny formuláře pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL a následně provedeny rozhovory, zaměřené na životní oblasti v následujícím pořadí: základní údaje, onemocnění, vzdělání, zaměstnání, bydlení, rodina, partnerské vztahy, přátelé, volný čas, finanční situace, Paprsek naděje, hodnocení kvality života a plány do budoucna.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Kvalita života

1.1 Vymezení pojmu

Existuje mnoho různých definic kvality života. Jde o pojem celkem nový, mezioborový a mnohorozměrný, ale také nesnadno uchopitelný. Za jednu z nejstarších definic lze považovat oborovou definici zdraví, kterou v roce 1948 přijala Světová zdravotnická organizace (WHO). Tato definice říká, že zdraví je celkový stav tělesné, duševní a sociální pohody s absencí nemoci nebo poruchy. Zdraví je zpravidla významnou podmínkou k vedení plnohodnotného života. Uvádí se na prvních místech žebříčků životních hodnot. (Heřmanová, 2012).

Marková (2014, str. 17) říká, že *„zdraví se týká bezprostředně každého z nás, je cennou hodnotou jak individuální, tak sociální, která výrazně ovlivňuje kvalitu života“*. Zdraví je považováno za základní právo každého člověka, jak zdůraznila Světová deklarace zdraví v roce 1978. Je podmínkou dobré fyzické a psychické pohody a tedy i dobré kvality života. Zdravý člověk je schopný se sám o sebe postarat, uplatnit se v prostředí, kterému se dokáže přizpůsobit, vykonávat běžné činnosti, vykonávat práci a plnit životní a sociální role.

Hudáková (2013) uvádí, že pojem kvalita života se začal objevovat ve druhé polovině 20. století poté, co ho poprvé použil americký sociolog a ekonom Galbraith. Od té doby se začal tento termín hojně používat ve společenských vědách. Pojem kvalita života není možné zobecňovat. Kvalita lidského života závisí na několika faktorech, především na zdraví, pocitu spokojenosti a na mezilidských vztazích. Kvalita života má právě také vliv na zdraví, pohodu a fungování lidí v jejich běžných činnostech. Kvalita života je subjektivní a individuální, je definována tak, jak ji vnímá jednotlivec. Vyjadřuje rozpor mezi realitou a očekáváními, možnostmi a skutečností. Kvalita života má vývojový charakter, v různých životních obdobích a životních situacích se může obsah tohoto pojmu lišit.

Pojmem kvalita lze také formulovat jako jakost nebo hodnota. Kvalita je relativní a může být vyjádřena kvantitativními nebo kvalitativními ukazateli. Kvalitativní pojetí vychází z hodnotového systému hodnotitele. Naopak kvantitativní pojetí má měřitelné indikátory. Nejčastějším předmětem hodnocení kvality života je sám individuální život konkrétní osoby. Kromě života jednotlivce můžeme hodnotit život skupiny, společnosti

nebo například národa. Kvalita života je zkoumána hned v několika vědních oborech, především v medicíně, psychologii, pedagogice nebo sociologii. Na kvalitu života se lze dívat ze tří možných přístupů: psychologického, sociologického a medicínského. V sociologickém pojetí je kvalita života chápána ve vztahu k výrazům životní úroveň či sociální úspěšnost a subjektivní vnímání pocitů jednotlivce k těmto atributům. V psychologickém pojetí jsou významné pojmy spokojenost, štěstí, smysl života. V medicínském pak dominuje výraz zdraví (Gurková, 2011).

Šamánková (2011, str. 31) uvádí, že *„chceme, aby náš život měl svoji kvalitu, úroveň, naplnění. Pojem kvality života je individuální. Kvalitu života a životní spokojenost nelze chápat jako synonyma, ale jako blízké pojmy. Proces uspokojování potřeb představuje jednu ze složek kvality života“*. Ačkoliv lze hodnocení kvality života považovat za složitý proces, je nutné brát na zřetel, že v sobě kvalita života zahrnuje pocit pohody, který vychází jednak z tělesného, duševního, ale také sociálního stavu každého jedince. Podle podstaty člověka lze potřeby rozdělit na biologické, psychologické, estetické, sociální, kulturní, potřeby sebevyjádření a duchovní potřeby.

Podle Dvořáčkové (2012) lze říct, že na téma kvalita života se v České republice již hodně diskutovalo mezi odborníky z různých oblastí, především mezi psychology, lékaři, sociálními pracovníky a dalšími. V běžném životě spíše hovoříme o délce života neboli kvantitě. To lze jednoznačně určit především počtem let. Kvalita už tak jednoznačná není, protože pokud hovoříme o kvalitě života, mají na to lidé rozdílné názory. Poměrně časté jsou výzkumy, které se zabývají kvalitou života různých skupin, neboť se zmíněný pojem dostává stále více do popředí a stává se ústředním pro hodnocení individuálního i skupinového života lidí. Pojem kvalita života se skládá ze tří hlavních oblastí, a to fyzického prožívání, psychické pohody a sociálního postavení jedince ve společnosti. Kvalita života ale nepředstavuje pouze životní standard jednotlivce, ale je velmi úzce spjata s potřebami a požadavky prostředí, ve kterém jedinec žije. Lze ho považovat za výsledek spojení několika faktorů. Jedná se především o sociální, zdravotní, ekonomických, ale i environmentální podmínky, které na sebe vzájemně působí (Dvořáčková, 2012).

1.2 Rozsah pojetí a měření kvality života

Na pojetí kvality života můžeme nahlížet z pohledu subjektivního nebo objektivního. Nyní se odborníci z různých odborů spíše přiklání k subjektivnímu hodnocení kvality života. Objektivní kvalita života se zaměřuje na materiální

zabezpečení, životní podmínky, sociální postavení a fyzické zdraví. Můžeme o ní hovořit jako o souhrnu ekonomických, sociálních, zdravotních podmínek, které mají vliv na život člověka. Subjektivní kvalita života se zaměřuje na to, jakým způsobem vnímá jednatel své postavení ve společnosti v souvislosti s kulturou, ve které žije a jeho individuálním hodnotovým systémem. Konečná spokojenost pak závisí na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech. Podle různých výzkumů je zřejmé, že objektivní a subjektivní hodnocení kvality života nám dává odlišná výsledná data, přesto jsou oba pohledy nepostradatelné pro celkové hodnocení kvality života a jsou jeho součástí (Dvořáčková, 2012).

Pokud podle Křivohlavého (2002) mluvíme o kvalitě života jednotlivce, vybíráme z celé problematiky kvality života jen její jednotlivé oblasti. Celou tuto problematiku pak lze mapovat ve třech odlišných posloupných sférách: v makro-rovině, mezo-rovině a personální rovině. V makro-rovině se to týká otázek velkých společenských celků, například konkrétní země či kontinentu. Zde jde o problematiku kvality života, nad kterou je nutné se zamyslet co nehlouběji. V tomto pojetí je život vnímán jako naprostá morální hodnota a kvalita života by to měla respektovat a dodržovat. Kvalita života se tak stává součástí problematických politických témat jako například problematika boje s epidemiemi, chudobou, hladomorem či terorismem. V mezo-rovině se to týká otázek malých sociálních skupin, například školy, nemocnice, domova pro seniory, pečovatelského domu či podniku. V tomto případě nejde jen o uznání života člověka jako morální hodnoty, ale především otázky vztahů mezi lidmi, sociálního klimatu, uspokojování potřeb všech členů skupiny nebo sdílení hodnotových žebříčků. V personální rovině lze určit nejpřesněji. Týká se každého jednotlivce, každého z nás. Při určení kvality života jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu nebo osobní spokojenosti. Každý hodnotí sám kvalitu vlastního života. Vystupují tak na povrch osobní hodnoty jednotlivce – jeho představy, naděje a očekávání.

Existuje velké množství metod, kterými se měří kvality života. Rozdělit je lze do tří skupin:

- a) Metody měření kvality života, kde kvalitu hodnotí druhá osoba
- b) Metody měření kvality života, kde kvalitu hodnotí daná osoba
- c) Metody smíšené, vzniklé kombinací dvou předešlých metod.

2 Duševní onemocnění

Podle Orla (2016) se duševními chorobami, poruchami chování, jejich diagnostikou, klasifikací, léčbou, ale také její prevencí zabývá psychiatrie. Jedná se o specializovaný lékařský obor, který se zaměřuje na teoretické i praktické aspekty. Duševní nemoci jsou součástí lidského rodu od nepaměti. Týkají se lidí inteligentních, bohatých, mocných, ale také nemajetných, prostých a podřízených. Duševně nemocní lidé se v minulosti setkávali s tím, že byli bití, týráni, mučeni, izolováni, vězněni a mnohdy dokonce krutě zabíjeni.

Duševní nemoci a poruchy se ve společnosti vyskytují od dávných dob. Roste počet vlivů v dnešní moderní době na náš život a s tím spojený tlak, který je na jedince vyvíjen. Není proto výjimkou, že jsou lidé postiženi některou z duševních poruch. Není možné určit přesnou příčinu, která má vliv na vznik duševní poruchy nebo nemoci. Lidskou psychiku ovlivňuje mnoho faktorů, protože se jedná o složitý systém s několika složkami. (www.psychologieprokazdeho.cz).

2.1 Příčiny vzniku duševních nemocí

Mnoho duševních poruch a nemocí vzniká na základě dispozic člověka. Jedná se například o to, jakým způsobem jsme byli vychovávaní, jak jsme na tom s mezilidskými vztahy, s prací, jaké události nás během života potkaly. V mnoha případech je přítomný faktor, který nemoc vyvolá a spustí. Nemoc se také může vyskytovat v rodině a je geneticky podmíněna nebo je vyvolána biochemickými změnami v mozku, které mají na svědomí léky nebo třeba zranění (www.cpzp.cz).

Probstová (2014) uvádí výčet základních diagnostických kategorií duševních poruch podle Mezinárodní klasifikace (10. revize), která je používána v České republice:

- F 00 – F 09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F 10 – F 19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F 20 – F 29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F 30 – F 39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F 40 – F 48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

- F 50 – F 59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F 60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F 70 – F 79 Mentální retardace
- F 80 – F 89 Poruchy psychického vývoje
- F 90 – F 98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
- F 99 Neurčená duševní porucha

2.2 Schizofrenie

Vágnerová (2004, str. 333) říká, že *„schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity“*.

Petr (2014, str. 210) uvádí, že *„psychózy jsou závažné duševní poruchy, při kterých je narušena schopnost nemocného srozumitelně jednat a správně se orientovat v realitě. Je ovlivněno citění, myšlení, vnímání, jednání a schopnost uspokojivě naplnit život a dostát svým životním rolím“*. Člověk, který onemocní psychózou, ztrácí kontakt s realitou. Mezi psychózy řadíme také schizofrenii.

Podle Orla (2016) se jedná o různorodé duševní onemocnění, které výrazně mění prožívání, chování i postoj člověka ke skutečnosti. Vyskytuje se celá řada forem s pestrými příznaky, které různou měrou narušují vnímání, myšlení, emoce, motivaci i chování. Schizofrenie začíná zpravidla v adolescenci. Postihuje stejně často ženy i muže, ale u žen většinou přichází v pozdějším věku než je zvykem u mužů.

2.2.1 Formy schizofrenie

Podle Mahrové (2008) lze rozlišit čtyři základní formy schizofrenie. Nejčastěji se setkáváme s tzv. paranoidní schizofrenií, kterou doprovází ataky s halucinacemi a bludy. Simplexní schizofrenie se vyznačuje uzavíráním se do vlastního vnitřního světa. Tito nemocní bývají od útlého věku spíše samotářští a uzavření introverti. K negativním příznakům se řadí nedostatečná motivace, vůle či aktivita. Zvláštní a nepříliš častou formou je schizofrenie hebefrenií. Ta se projevuje jako pubertální chování, které je velice vystupňované. Takového pacienta je obtížné motivovat ke spolupráci a léčbě.

Nejvzácnější formou je schizofrenie katatoníí, kdy pacient nadměrně strne a nereaguje na podněty okolí. Tento stav může přejít do neklidu, objevují se horečky.

Naopak Vágnerová (2004) říká, že pro paranoidní schizofrenii je typické, že nemocný je ke svému okolí patologicky ostražitý, podezřívavý a je přesvědčený o tom, že je pronásledovaný a cítí se ohrožený. Často se objevují sluchové halucinace, ve kterých jim hlasy něco nařizují. Lidé trpící paranoidní schizofrenií mají narušené myšlení, objevuje se porucha vůle a jsou emočně otupělí. Jedinci se simplexní schizofrenií jsou bez zájmu, izolují se od společnosti, nejsou schopni zvládat běžné požadavky a nerespektují sociální normy. Jedním z charakteristických rysů hebefrenií schizofrenie je porucha myšlení. Projevují se spíše zrakové halucinace a verbální projev bývá nápadný. Katatonní schizofrenie se vyznačuje nápadným zvýšením či snížením motorické aktivity.

2.2.2 Příznaky, příčiny vzniku a léčba schizofrenie

K typickým příznakům schizofrenie podle Orla (2016) patří poruchy vnímání, které jsou doprovázeny především halucinacemi, poruchy myšlení, které doprovází bludy. K dalším příznakům patří poruchy emocí a poruchy chování. Nejčastější jsou halucinace sluchové, kdy jsou slyšet hlasy nebo vlastní myšlenky. Jedná se o vnitřní halucinace a konkrétní myšlenky jsou vkládány, odnímány či vysílány. U poruch myšlení převažují paranoidní bludy. Pro poruchy emocí je typická emoční plochost a poruchy chování představují především ztrátu zájmu, nečinnost a apatii. Příznaky se také dělí na pozitivní a negativní. Negativní příznaky se hůře léčebně ovlivňují. Platí obecné pravidlo, že čím dříve se onemocnění podchytí a začne se léčit, tím je větší šance na příznivější vývoj do budoucna.

Dle Vágnerové (2004) není přesná příčina vzniku schizofrenie jasně dána. Její vznik je ovlivněn mnoha faktory a jejich vzájemným působením. Jde o souhrn dědičných faktorů, vnějších podnětů, vyvolávající určitou zkušenost a dále změny, které jsou vývojově podmíněné. Schizofrenie je léčitelná, ačkoliv často nedochází k úplnému uzdravení. Léčba může trvat dlouhou dobu a období akutních atak se obvykle střídá s fázemi remise. Psychofarmakologickou léčbu je vhodné doplnit o psychoterapii. Psychofarmakologická léčba slouží zejména k uklidnění pacienta, zvýšení jeho odolnosti a zmírňování psychických projevů. Psychoterapie podporuje nemocného při zvládnání a porozumění nemoci, ale slouží také ke zlepšení sociálních dovedností.

2.3 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Vágnerová (2004, str. 369) uvádí, že „základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání“. K poruchám nálady řadíme depresivní poruchu, manickou poruchu a bipolární poruchu. Depresivní ataka bývá častější než ataka manická a jednou za život postihne afektivní porucha asi čtvrtinu populace. Příčinou vzniku jsou dědičné dispozice, vývojově podmíněné změny a vnější vlivy.

Afektivní poruchy jsou nejčastějším duševním onemocněním. Pro lidi s touto diagnózou je typickým příznakem porucha nálady, kterou doprovází další potíže. Afektivní poruchy se mohou vyskytovat napříč generacemi v rodině, což vede k úvahám o dědičnosti této choroby (Probstová, 2014).

Podle Orla (2016) patří afektivní poruchy mezi závažné duševní poruchy, které se projevují v chování, prožívání a zasahují do všech oblastí lidského života. Mají vliv na pozornost, výkonnost, motivaci a další psychické a fyzické funkce. Důležité je ji včas rozpoznat a zahájit vhodnou léčbu. Mezi afektivní poruchy patří deprese a mánie, které mohou mít bipolární průběh.

2.3.1 Deprese

Deprese patří k nejčastějším duševním onemocněním. Začátek onemocnění není časově ohraničený, spadá však do období mezi 20. a 40. rokem. Deprese postihuje častěji ženy než muže a vykazuje určitou závislost na ročním období. Nejméně se vyskytuje v letních měsících (Vágnerová, 2004).

Podle Orla (2016) je základním znakem deprese smutná nálada, která je doprovázená ztrátou zájmu a radosti ze všech obvyklých činností po dobu alespoň dvou týdnů. Depresivní nálada dosahuje nejvyšší intenzity ráno. Objevují se pocity ztráty energie a tento pokles provází snížená výkonnost a rychlost v činnostech, které daná osoba dříve zvládala bez obtíží. Vyskytují se pesimistické myšlenky, pocity méněcennosti či bezvýchodnosti. Mohou se objevovat myšlenky na smrt, která se zdá být jediným řešením. S hloubkou deprese také narůstá riziko sebevražedného jednání.

Marková uvádí (2014, str. 220), že „depresivní epizoda je chorobný stav projevující se depresivními rysy. Podle intenzity a množství příznaků se deprese označuje jako mírná, střední nebo těžká. Může být se somatickým syndromem nebo bez

somatického syndromu“. Mezi základní příznaky patří také poruchy nálady, neschopnost prožívat radost, zpomalené myšlení a vnímání, pokles energie, poruchy spánku, snížená chuť k jídlu nebo například snížení libida. Léčba zahrnuje užívání antidepresiv, psychoterapii, elektrokonvulzní terapii a využívají se také stabilizátory nálady.

2.3.2 Bipolární afektivní porucha

Podle Mahrové (2008) se u bipolární afektivní poruchy střídají manické a depresivní epizody. Mezi těmito epizodami bývá období remise, tedy období bez projevů nemoci. Manická fáze trvá od dvou týdnů až do 5 měsíců a začíná náhle. Depresivní fáze má trvání okolo 6 měsíců. Obě epizody nastupují zpravidla po stresové události nebo duševním traumatu. Příčiny poruch nálady lze rozdělit na endogenní (vnitřní) a exogenní (vyvolané vnějšími vlivy).

Tato porucha se vyznačuje minimálně dvěma epizodami, při kterých je narušena nálada a aktivita pacienta. Střídavě se vyskytuje střídání zvýšené nálady, energie a aktivity se snížením nálady, energie a aktivity. Pro bipolární afektivní poruchu je charakteristická epizoda mánie, kterou střídá depresivní epizoda a obráceně. V léčbě jsou používány stabilizátory nálady, antidepresiva a antipsychotika. Léčbu je vhodné doplnit psychoterapií (Marková, 2014).

2.4 Poruchy osobnosti

Marková říká (2014, str. 240), že *„poruchy osobnosti nejsou nemoci v pravém slova smyslu. Jejich podstatou je disharmonicky vyvinutá osobnost, extrémně vystupňované povahové a charakterové rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace“*. U poruch osobnosti se jedná o sociálně nežádoucí, nepřizpůsobivé chování, které je hluboce zakořeněné a vede k sociálnímu selhávání. Při nepříznivých vnějších nebo vnitřních faktorech může dojít k výkyvům, jinak se jedná o stabilní poruchy. K příčinám vzniku poruch osobnosti se řadí zejména genetické a psychosociální vlivy, které na sebe vzájemně působí. Rozlišujeme paranoidní poruchu osobnosti, schizoidní poruchu osobnosti, disociální poruchu osobnosti, emočně nestabilní poruchu osobnosti (hraniční osobnost a impulzivní osobnost), histrionská porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti, anxiózní porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti a další poruchy.

Podle Vágnerové (2004) se začali psychiatři zabývat problematikou poruch osobnosti v druhé polovině 19. století. Dříve se poruchy osobnosti nazývaly psychopatie a její první charakteristiku uvedl v roce 1888 Koch. Podle něj tito lidé nebyli duševně nemocní, ale mentálně retardovaní. Psychopatii charakterizoval jako nedostačivost, která se vyznačuje poruchou chování. Podle odborné literatury trpí některou poruchou osobnosti zhruba 5-13 % populace bez ohledu na pohlaví. Některé typy poruch osobnosti jsou čtenější než jiné a v různé míře postihují ženy či muže. Léčba poruch osobnosti je obtížná.

V psychiatrii jsou poruchy osobnosti stále častěji diagnostikovány. Pro tyto pacienty je problematické začlenit se do společnosti, vytvářet a udržovat interpersonální vztahy. Jejich vzorce chování se významně liší od očekávání lidí v okolí, ale i celé společnosti. Typická je malá přizpůsobivost, neschopnost prožívat hlubší emoce a vcítit se do pocitů druhé osoby, časté jsou potíže s autoritami a nízká odolnost. K charakteristickým rysům paranoidní poruchy osobnosti patří nedůvěra a podezíravost k druhým lidem, nezodpovědnost a nepřátelské chování. Člověk se schizoidní poruchou osobnosti obtížně navazuje kontakty, vyznačuje se plachostí, citlivostí a samotářstvím. Pro osoby s disociální poruchou osobnosti je nejdůležitější uspokojování vlastních potřeb bez ohledu na druhé. Bývá častý výskyt závislostí a chování je těžko ovlivnitelné. Hraniční typ emočně nestabilní poruchy osobnosti má o sobě narušené představy. Časté je selhávání v sociálních vztazích, které vede k emočním krizím a ty mohou být doprovázeny sebepoškozujícím nebo sebevražedným jednáním. Impulzivní typ není schopný ovládat emoce, nedomýšlí následky svého jednání a časté jsou výbuchy vzteku. Nadměrné projevoování emocí je typické pro histrionskou poruchu osobnosti. Touto poruchou trpí častěji ženy, jejich emoce jsou nestálé a labilní. Chovají se manipulativně a zaměřují se na fyzický vzhled. Charakteristickým znakem anankastické poruchy osobnosti je perfekcionismus, tyto osoby se zabývají detaily a mívají o sobě nadměrné pochyby. Lidé s anxiózní poruchou osobnosti jsou v neustálém napětí a trpí pocity méněcennosti. Mezi charakteristické rysy závislé poruchy osobnosti patří obavy z osamostatnění, odloučení a opuštění. Mají potřebu být opečováváni a nejsou schopni dělat rozhodnutí (Venglářová, 2008).

3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Mahrová uvádí (2008, str. 9), že „*posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám*“. Účelem těchto služeb je vyrovnat se s problémy, vyřešit je, odstranit nebo omezit a případně přispět ke zlepšení situace.

Podle Vondrky (2008) mohou lidé s duševním onemocněním využívat nespočet zdravotních a sociálních služeb. Pokud nejsou schopni řešit svoji nepříznivou sociální situaci, tak mohou požádat o pomoc a podporu poskytovatele sociálních služeb. Nepříznivou sociální situací se rozumí určité oslabení nebo ztráta schopností. Sociální služby mají tuto nepříznivou sociální situaci pomoci člověku řešit, nepřebírá za člověka odpovědnost, ale podporuje ho k aktivnímu řešení situace. Mezi druhy sociálních služeb zahrnujeme sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství se dělí na základní a odborné sociální poradenství. Cílem je poskytnout informace, které mohou řešit nepříznivou sociální situaci klienty. Základní sociální poradenství poskytují všichni poskytovatelé sociálních služeb a odborné poradenství poskytují specializované poradny, které jsou zaměřeny na konkrétní sociální problematiku nebo cílovou skupinu. Služby sociální péče se zaměřují na fyzickou a psychickou soběstačnost a pomáhají při zvládnání péče o vlastní osobu. Mezi takové služby patří například osobní asistence, pečovatelská služba, centra denních služeb, domovy pro seniory nebo chráněné bydlení. Služby sociální prevence se zaměřují na osoby, které jsou ohroženy sociálním vyloučením. Služby jsou poskytovány ve formě ambulantní, terénní nebo pobytové. Často bývají kombinovány pro vyšší efektivitu. Mezi služby sociální prevence patří například azylové domy, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež nebo také sociální rehabilitace

Probstová (2005, str. 133) uvádí, že „*sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je součástí intervencí, které mohou mít různý rozsah i různé cíle – od obnovení stavu duševní rovnováhy (např. krizová intervence) až po oblast dlouhodobého léčení duševních poruch*“.

4 Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč

Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč je zařízení Diecézní charity Brno, Oblastní charity Třebíč. Zařízení v souladu se zákonem č.

108/2006 Sb., o sociálních službách poskytuje sociální rehabilitaci podle § 70. Centrum vzniklo v roce 1998. V průběhu let se postupně měnil typ poskytovaných služeb od stacionáře, přes centrum denních služeb, sociálně aktivizačních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením až k současné sociální rehabilitaci, kterou poskytuje od 1. 1. 2009. Důvodem změn typu služby byla vždy snaha o přiblížení se potřebám uživatelů služby.

4.1 Poslání služby

Posláním Paprsku naděje – Centra služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč je umožnit bezplatně a dobrovolně využívat sociální službu dospělým lidem s duševním onemocněním. Vytváříme bezpečné a přátelské prostředí pro setkávání a komunikaci, poskytujeme duchovní podporu. Pomáháme a podporujeme při řešení konkrétních problémů, při nácviku a rozvoji schopností a dovedností, které mohou vést k samostatnému zvládnání každodenního života. Službu poskytujeme v prostorách Paprsku naděje, v přirozeném prostředí uživatelů služby nebo na jiném dohodnutém místě.

4.2 Cílová skupina

Cílovou skupinou jsou lidé z regionu Třebíčska ve věku 18 – 70 let trpící duševním onemocněním, kteří potřebují získat schopnosti a dovednosti k samostatnému zvládnání každodenního života. Z diagnostického hlediska se jedná o osoby s těmito diagnózami:

- Organické duševní poruchy (okruh diagnóz F06 – F07)
- Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (okruh diagnóz F20 – F29)
- Poruchy nálady (okruh diagnóz F30 – F39)
- Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (okruh diagnóz F40 – F49)
- Poruchy osobnosti (okruh diagnóz F60 – F62)

Službu neumíme poskytnout:

- Lidem, kteří potřebují individuální celodenní péči
- Lidem, kterým trvalý stav nedovoluje kontrolovat své chování
- Ambulantní formu služby lidem, kteří potřebují bezbariérové prostředí

- Lidem s úplnou ztrátou zraku či sluchu.

Do služby nemohou být přijati lidé v akutní fázi onemocnění.

4.3 Cíle služby

V důsledku svého onemocnění jsou uživatelé služby v nepříznivé sociální situaci, která se projevuje především ztrátou zaměstnání či neschopností práci získat a udržet si ji, neschopností zorganizovat si svůj denní režim a smysluplně využívat volný čas, problémy v komunikaci, ať již s okolím nebo s úřady, problémy při organizaci v péči o domácnost, ztrátou sociálních vazeb. Duševní nemoc často působí poruchy vůle, plánování, organizování, ztrátu kognitivních funkcí.

Cíle služby vychází z nepříznivé sociální situace uživatelů a pomáhají a podporují uživatele:

- Zvládat dovednosti každodenního života, jako je hospodaření s finančními prostředky, cestování, orientace v neznámém prostředí, nakupování, vaření, hygiena, úklid, praní, údržba šatstva, drobná domácí údržba, telefonování, internet apod.
- Využívat běžně dostupných služeb a uplatňovat svá občanská práva. Zvládat samostatně komunikovat s úřady a institucemi, využívat společností nabízené možnosti jako je kulturní a sportovní vyžití, návštěva restaurace, spotřebitelské služby (kadeřnictví, obchody) atd.
- Zorganizovat svůj denní režim a smysluplně využívat volný čas, rozvíjet svoje pracovní schopnosti a dovednosti.
- Zastávat různé sociální role jako je zaměstnanec, partner, rodič, kamarád, člen zájmového klubu, politické strany apod.

Dalším cílem Centra je nabídnout uživatelům možnost duchovní podpory a rozšířit povědomí obyvatel Třebíčského regionu o problematice duševních nemocí.

Roční strategické cíle Centra jsou stanoveny v Implementačním plánu zařízení a vychází ze strategického plánu organizace.

4.4 Zásady poskytovaných služeb

Služba zachovává lidskou důstojnost – služba uživatele přijímá jako jedinečnou lidskou bytost, respektuje projevy jeho chování a prožívání.

Služba respektuje individualitu, tempo a možnosti každého uživatele – aktivity v zařízení jsou dobrovolné, záleží na každém uživateli, do čeho a v jaké míře se zapojí. Četnost, délka a obsah individuálních schůzek je uzpůsobena potřebám uživatele.

Služba zachovává rovný přístup k uživatelům – služba žádného uživatele neupřednostňuje nebo naopak nepřehlíží, pravidla zařízení jsou uplatňována ke všem stejným způsobem. Všichni uživatelé mají stejné možnosti využívání služby.

Mezi uživatelem a pracovníkem udržuje služba partnerský vztah na profesionální rovině, nenahrazuje rodinu, přátele – pracovníci oddělují soukromý a pracovní život (nestýkají se s uživateli ve svém volném čase, neposkytují jim osobní telefonní číslo). Vzájemné oslovování je vždy oboustranně rovnoprávné.

Služba podporuje nezávislost a samostatnost, nedělá za uživatele nic, co zvládne sám – vždy je nabízena jen taková míra podpory, která zachovává samostatnost, zdroje podpory jsou nejprve hledány v přirozeném prostředí uživatele.

Služba respektuje svobodné rozhodování o vlastním životě uživatelů – služba nabízí možné způsoby řešení uživatelovy situace, ale nechává vždy na něm, jakou možnost si on vybere.

Pracovníci Centra jsou povinni se řídit Mezinárodním etickým kodexem sociální práce, Etickým kodexem sociálních pracovníků České republiky a Kodexem Charity České republiky (interní materiály Paprsku naděje).

4.5 Financování

4.5.1 Popis projektu

Paprsěk naděje je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost a Krajem Vysočina. Je zařazen do projektu „Podpora vybraných sociálních služeb na území Kraje Vysočina, individuálního projektu VI“.

Předmětem projektu je podpora sociálního začleňování sociálně vyloučených osob a osob ohrožených sociálním vyloučením, včetně odstraňování bariér v jejich přístupu k zaměstnávání, k bydlení, k obnovování sociálních kontaktů anebo k řešení dluhové situace. Tento záměr bude naplňován finančním zajištěním služeb sociální prevence do poloviny roku 2020 spolu se zvyšováním kvality, dostupnosti, kontroly, efektivity a informovanosti o poskytování ucelené sítě těchto služeb na území Kraje Vysočina.

4.5.2 Cíle projektu

Hlavním cílem projektu je na území Kraje Vysočina zvýšení počtu osob, u nichž bylo dosaženo sociální integrace v komunitách a růst počtu osob, kterým bude poskytnuta prevence před sociálním vyloučením v rámci zajištění poskytování vybraných služeb sociální prevence zaměřených na sociální začleňování sociálně vyloučených osob a osob ohrožených sociálním znevýhodněním. Realizací projektu se bude předcházet sociálnímu vyloučení osob poskytnutím pomoci při řešení jejich nepříznivé sociální situace. Mezi další cíle projektu patří podpora sítě sociálních služeb schválené v orgánech kraje, podpora spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb, zajištění udržitelnosti vytvořené sítě vybraných sociálních služeb v období po dobu realizace projektu, stálá podpora procesů plánování a zvyšování kvality a efektivity jednotlivých sociálních služeb.

4.5.3 Výsledky projektu

V době realizace projektu bude přijato opatření k prevenci sociálního vyloučení, na zmírnění dopadů uvedených situací a k sociálnímu začleňování. Díky stabilnímu financování vybraných služeb sociální prevence dosáhneme u některých osob eliminace dopadu nepříznivé situace, u dalších osob zapojených do projektu opětovného začlenění na trh práce nebo již po vzniku nepříznivé sociální situace předejdeme vlastnímu sociálnímu vyloučení.

Hlavní očekávanou změnou je omezení počtu osob postižených sociálním vyloučením a zamezení jeho růstu. Díky realizaci projektu dojde ke stabilnímu a efektivnímu financování sociálních služeb a účelnému vynaložení veřejných finančních zdrojů na základě sledování kvantity a kvality sociální práce. Vybrané sociální služby díky společnému metodickému vedení propojí síť sociálních služeb na celém území Kraje Vysočina. V rámci projektu bude metodicky posilována také komunikace poskytovatelů sociálních služeb se sociálními pracovníky na obecních úřadech. Tím se zkvalitní sociální práce směrem ke klientům těchto služeb a komunikace a spolupráce mezi jednotlivými poskytovateli sociálních služeb.

4.5.4 Finanční zajištění projektu

Na tento projekt je poskytována finanční podpora EU, státního rozpočtu a Kraje Vysočina (www.trebic.charita.cz).

II PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části jsem se věnovala přípravě životních oblastí k rozhovoru a formuláře pro hodnocení kvality života, sběru, zpracování a následně pak vyhodnocování a interpretaci dat, která vzešla z poskytnutých rozhovorů.

5 Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je pomocí rozhovoru s návodem, který jsem doplnila formulářem pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL zjistit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a míru spokojenosti se životem.

6 Metody výzkumu

6.1 Metoda SEIQoL

Podle Křivohlavého (2001) znamená zkratka SEIQoL „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Program hodnocení individuální kvality života. Tato metoda přistupuje k pojetí kvality života tak, jak ji chápe a definuje dotazovaná osoba. Výpovědi jsou základními daty a závisí na hodnotovém systému, který je při měření kvality života zjišťován.

Jedná se o aspekty života, které považuje daná osoba za podstatné. Tyto aspekty se mohou v průběhu života měnit. Základem je strukturovaný rozhovor.

6.1.1 Instrukce

- a) Dotazovaná osoba uvede pět pro jeho život nejdůležitějších témat, hodnot, životních cílů. Každé téma vypíše na jeden řádek.
- b) U každého z pěti zvolených životních cílů je nutné uvést míru spokojenosti dané osoby s jeho uspokojováním a naplňováním v procentech. Nejnižší míra spokojenosti je 0 % a 100 % znamená, že dotazovaná osoba je zcela spokojená s daným zvoleným tématem.
- c) Dále u každého zvoleného cíle vyjádří dotazovaná osoba jeho důležitost. Úkolem je rozdělit 100 % mezi jednotlivé životní cíle podle toho, jak jsou danou osobu důležité. Součet musí dát dohromady 100 %.
- d) Nakonec dotazovaná osoba udělá křížek na čáře, která představuje jakýsi teploměr životní spokojenosti. Křížek udělá tam, kde se domnívá, že se nachází míra spokojenosti se životem.

Vyhodnocení metody SEIQoL se provádí tak, že se znásobí míra spokojenosti s jednotlivým cílem a jeho důležitost. Výsledná hodnota je rovna součtu takto zjištěných součinů všech pěti uvedených cílů. Tento součet se pak dělí stem, aby se výsledný údaj pohyboval mezi 0 (nejnižší možná hodnota) a 100 (nejvyšší možná hodnota).

Postup vyhodnocování získaných dat z dotazníku kvality života (SEIQoL):

- a) Seřazení uvedených životních témat podle míry důležitosti
- b) Seřazení uvedených životních témat podle míry spokojenosti
- c) Porovnání celkové hodnoty kvality života s celkovou mírou spokojenosti, zakřížkovanou respondentem na teploměru životní spokojenosti

6.2 Rozhovor pomocí návodu

Hendl (2012, str. 174) uvádí, že „*návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat*“. Návod má zajistit to, že budou probrána všechna zajímavá témata. Tazatel určuje způsob a pořadí získání informací a má volnost ve formulaci otázek podle potřeby. Při rozhovoru s návodem má tazatel možnost využít čas neefektivněji, provést rozhovor strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání.

Návod: životní oblasti k rozhovoru:

- a) Základní údaje: pohlaví, věk, stav, počet dětí, diagnóza
- b) Onemocnění
- c) Vzdělání
- d) Zaměstnání
- e) Bydlení
- f) Rodina, partnerské vztahy, přátelé
- g) Volný čas
- h) Finanční situace
- i) Paprsek naděje
- j) Hodnocení kvality života
- k) Plány do budoucna

Při zpracování informací, získaných z rozhovorů, jsem se zaměřila na identifikaci výroků a přiřadila je k jednotlivým předem stanoveným životním oblastem.

7 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor zahrnovalo 6 uživatelů Paprsku naděje – Centra služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč. Uživatelé byli vybráni záměrně, a to podle předem určených kvót (pohlaví, diagnóza). Výběr vzorku zahrnovali 3 muži a 3 ženy ve věkové kategorii 39 – 54 let.

Kontakt s dotazovanými byl navázán prostřednictvím osobního setkání, kdy jsem každého respondenta oslovila v Paprsku naděje. Všichni byli obeznámeni s výzkumným záměrem práce a především bylo zdůrazněno zachování anonymity při zpracování a zveřejňování informací. S každým respondentem jsem si domluvila termín a čas setkání. Respondenti byli předem informováni o tom, že mohou odmítnout odpovídat na některé otázky, případně rozhovor přerušit nebo ukončit. Nejdříve byly s respondenty vyplněny formuláře pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL. Poskytla jsem jim instrukce a po jeho vyplnění jsem provedla jednotlivé rozhovory, zaměřené na životní oblasti. Rozhovory byly zaznamenávány na záznamové zařízení. Každý rozhovor trval v rozmezí 60 – 90 minut. Všichni respondenti přistupovali k poskytování rozhovorů aktivně a nikdo z oslovených mě neodmítnul. Z důvodu zachování anonymity byla pozměněna křestní jména respondentů.

8 Vyhodnocení a interpretace dat

8.1 Formulář kvality života SEIQoL

8.1.1 Respondent č. 1: Milena

- a) Nejdůležitějším životním cílem, který ovlivňuje kvalitu života:
 1. Bůh (60%), 2. – 5. důvěra, láska, odpuštění, milosrdenství (10%).
- b) Největší míru spokojenosti s životním cílem připisuje: 1. – 2. láska, milosrdenství (80%), 3. – 4. Bůh, odpuštění (75%), 5. důvěra (60%).
- c) Celková hodnota kvality života 74,5% je nižší než celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkoval respondent na teploměru životní spokojenosti (80%).

8.1.2 Respondent č. 2: Jaromír

- a) Nejdůležitějším životním cílem, který ovlivňuje kvalitu života: 1. víra (50%), 2. – 3. svátost manželství, dcera (20%), 4. – 5. zdraví, pomáhat druhým (5%).
- b) Největší míru spokojenosti s životním cílem připisuje: ke všem cílům respondent přiřadil (50%).
- c) Celková hodnota kvality života 50% je stejná jako celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkoval respondent na teploměru životní spokojenosti (50%).

8.1.3 Respondent č. 3: Jan

- a) Nejdůležitějším životním cílem, který ovlivňuje kvalitu života: 1. partnerka (50%), 2. práce (20%), 3. kreslení (15%), 4. kultura (10%), 5. insolvence (5%).
- b) Největší míru spokojenosti s životním cílem připisuje: 1. insolvence (100%), 2. práce (90%), 3. kreslení (80%), 4. kultura (10%), 5. partnerka (0%).
- c) Celková hodnota kvality života 36% je nižší než celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkoval respondent na teploměru životní spokojenosti (60%).

8.1.4 Respondent č. 4: Irena

- a) Nejdůležitějším životním cílem, který ovlivňuje kvalitu života: 1. dovolená (30%), 2. – 4. rodina, zdraví, práce (20%), 5. děti (10%).
- b) Největší míru spokojenosti s životním cílem připisuje: 1. rodina (80%), 2. – 3. děti, dovolená (50%), 4. zdraví (30%), 5. práce (10%).
- c) Celková hodnota kvality života 44% je nižší než celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkoval respondent na teploměru životní spokojenosti (50%).

8.1.5 Respondent č. 5: Petr

- a) Nejdůležitějším životním cílem, který ovlivňuje kvalitu života: 1. – 2. rodina, zdraví (30%), 3. domov (20%), 4. – 5. přátelé, práce (10%).
- b) Největší míru spokojenosti s životním cílem připisuje: 1. – 2. rodina, domov (90%), 3. přátelé (80%), 4. zdraví (70%), 5. práce (60%).

- c) Celková hodnota kvality života 80% je stejná jako celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkoval respondent na teploměru životní spokojenosti (80%).

8.1.6 Respondent č. 6: Andrea

- a) Nejdůležitějším životním cílem, který ovlivňuje kvalitu života: 1. rodina (45%), 2. zdraví (40%), 3. – 5. víra, koníčky, kamarádi (5%).
- b) Největší míru spokojenosti s životním cílem připisuje: 1. rodina (100%), 2. – 3. víra, kamarádi (80%), 4. zdraví (75%), 5. koníčky (50%).
- c) Celková hodnota kvality života 85,5% je nižší než celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkoval respondent na teploměru životní spokojenosti (90%).

Pět respondentům vyšla celková hodnota kvality života nižší než celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkovali na teploměru životní spokojenosti. Pouze Jaromírova výsledná hodnota byla stejná jako hodnota, kterou zakřížkoval na teploměru životní spokojenosti, tedy 50%. Čtyři z šesti respondentů uvedli, že je pro ně důležité zdraví. Pět respondentů uvedlo, že jsou pro ně významné vztahy, a to rodinné, partnerské i kamarádké. Tři respondenti považují víru nebo práci za důležitou pro jejich život. Pro Jaromíra je také v životě podstatné pomáhat druhým lidem. U Jana se objevily hodnoty jako insolvence, kreslení nebo kultura. Pro Andreu jsou zase klíčové její koníčky a domov.

8.2 Rozhovory

Základní údaje

Respondent č. 1: Milena - žena, 46 let, svobodná, bezdětná, schizofrenie.

Respondent č. 2: Jaromír - muž, 54 let, rozvedený, 1 dcera, bipolární porucha.

Respondent č. 3: Jan - muž, 39 let, svobodný, bezdětný, porucha osobnosti.

Respondent č. 4: Irena - žena, 44 let, vdaná, 2 dcery, deprese.

Respondent č. 5: Petr - muž, 47 let, svobodný, bezdětný, deprese.

Respondent č. 6: Andrea - žena, 49 let, rozvedená, 1 syn, bipolární porucha.

Onemocnění

Milena onemocněla v roce 1996, kdy jí byla diagnostikována schizofrenie. Bylo to přesně rok po tom, co vystudovala vysokou školu. Milena držela půsty, nejedla a hodně zhubla, byla také často velmi unavená a neměla chuť k jakékoliv činnosti. Období hladovění vystřídalo období, kdy měla naopak nezvladatelnou chuť k jídlu. Byla nutná hospitalizace. Milenu odvezli rodiče do Psychiatrické nemocnice v Jihlavě. Tam strávila asi 2 měsíce a podařilo se jí přibrat 30 kg. Po propuštění se cítila dobře a dokázala fungovat 5 let bez medikace, než se nemoc znovu vrátila. Od té doby byla ještě 3x hospitalizovaná na psychiatrii. Momentálně dochází na pravidelné návštěvy k psychiatrovi, užívá několik druhů antipsychotik, ale jinak je spokojená. Žádné výrazné potíže nemá a k psychologovi nedochází. Milena není jediná v rodině, která se potýká s duševním onemocněním. Její otec také pravidelně dochází k ošetřujícímu psychiatrovi, léčí se s depresemi.

V 27 letech se u Jaromíra projeví první příznaky. Dědeček i tatínek také prodělali depresivní epizody. Měl tak strašně silné deprese, že si myslel, že už to nevydrží. Několikrát uvažoval o sebevraždě. V té době byl poprvé hospitalizovaný v Psychiatrické nemocnici v Jihlavě. Depresivní stavy střídaly mánie. Celkem byl 10x hospitalizovaný na psychiatrii. Vždy, když to bylo možné, tak z léčebny utekl. Hospitalizovaný býval většinou nedobrovolně. Pravidelně navštěvuje ambulanci psychiatra a užívá antidepresiva, k psychologovi nedochází.

Jan se léčí od svých 21 let, tedy od doby, kdy se vrátil z vojny. Během let mu byly stanoveny celkem čtyři diagnózy, všechny byly spojeny s poruchou osobnosti. Jednalo se o poruchu osobnosti se sklony k autismu, hraniční poruchu osobnosti, smíšenou poruchu osobnosti a aktuální diagnóza zní těžká porucha osobnosti. Díky této diagnóze mu byl přiznán invalidní důchod 3. stupně. Jan byl celkem 7x hospitalizovaný, z toho 5x v Praze v Bohnicích. Momentálně užívá léky na zklidnění a 1x za dva měsíce dochází k psychiatrovi, služby psychologa nevyužívá. Nikdo jiný v rodině netrpí duševní nemocí.

Irena měla problémy s psychikou již od dětství. Na základní škole se poprvé psychicky zhroutila a musela brát nárazově zklidňující léky. Až do porodu druhé dcery zvládala svoje zdravotní stavy celkem dobře. Pak ale začala být více roztěkaná, nervózní, často jí bylo zle. Nebyla schopná vařit, prát a vůbec fungovat v každodenním životě. Snažila se to řešit nejdřív přírodní cestou, ale pak musela vyhledat psychiatra a

začít brát antidepresiva. Po rodičovské dovolené přestala zvládat svoje psychické stavy i v zaměstnání a musela se nechat hospitalizovat na psychiatrii. Jednalo se o první hospitalizaci, která proběhla před 10 lety. Pak byla Irena ještě celkem 4x hospitalizovaná. Několikrát uvažovala o sebevraždě. Momentálně se necítí úplně nejlíp, trápí ji i fyzické potíže, má problémy s mluvením. Pravidelně dochází k psychiatrovi, psychologovi a užívá antidepresiva. V rodině se nenachází nikdo jiný s duševní chorobou.

Petrovi byla psychiatrem diagnostikovaná opakující se středně těžká deprese. Nemoc se projevila, když mu bylo 30 let. Měl sebevražedné myšlenky a nevěděl, co se životem. Pokusil se o sebevraždu. Vzal si větší množství léků. S léky často experimentoval, sám si je vysazoval. Trpěl úzkostmi, nemohl jíst, spát, nedokázal mluvit. Pouze seděl a koukal do prázdna. Nedokázal fungovat v běžném životě. Až na základě nátlaku psychiatra začal léky užívat podle plánu. Petr byl celkem 4x hospitalizovaný na psychiatrii. Momentálně se necítí stále dobře, zvyká si na nové léky. Nedávno byl propuštěný z poslední hospitalizace z Psychiatrické nemocnice v Jihlavě, kde strávil 6 týdnů. Od roku 2014 pobírá invalidní důchod 2. stupně. Aktuálně užívá antidepresiva, dochází k psychiatrovi a psychologovi. Maminka se také potýkala s depresemi.

Andrea onemocněla ve 30 letech, celý život má citlivější povahu. Měla černé myšlenky, byla plačtivá a úzkostná. V počátku chodila pouze k obvodní lékařce, která ji předepisovala uklidňující léky. Následně ji odkázala k psychiatrovi, protože si s Andreou už nevěděla rady. Měla i fyzické obtíže, bolesti hlavy a zad. Za život se pokusila 2x o sebevraždu, spolykala léky. Celkem byla 8x hospitalizovaná a 2x prodělala elektrošoky. Naposledy byla hospitalizovaná před 10 lety, kdy ji v léčebně vychytali medikací a od té doby se cítí stabilizovaná. Ve 40 letech se u ní objevila mánie, která se střídala s depresivními stavy. Podzim a zima jsou u ní kritickým obdobím. Užívá antidepresiva a stabilizátory nálady. Momentálně se cítí dobře a pravidelně už několik let dochází i k psychologovi. Nikdo jiný v rodině duševní nemocí netrpí.

U všech respondentů se duševní onemocnění projevilo mezi 20 – 30 rokem života. Irena však uvedla, že se u ní zdravotní obtíže začaly objevovat již v dětství. Všichni mají několikanásobnou zkušenost s hospitalizacemi na psychiatrii. Petr s Andreou se dokonce pokusili o sebevraždu. Jaromír a Irena přiznali, že o sebevraždě uvažovali.

Všichni aktuálně užívají medikaci v podobě antidepresiv a antipsychotik. Jan užívá léky na zklidnění a Andrea musí brát stabilizátor nálady. Všichni respondenti pravidelně dochází k psychiatrovi, Andrea s Petrem také využívají služeb psychologa. U tří z šesti respondentů se objevilo duševní onemocnění i u jiných členů rodiny. Irena, Petr a Andrea měli také fyzické obtíže.

Vzdělání

Milena vystudovala Střední školu chemicko-technologickou v Pardubicích a Vysokou školu chemickou v Brně. Nikdy se však vystudovaným oborům plně nevěnovala, pouze chvíli pracovala jako laborantka.

Jaromír vystudoval stejně jako Milena Střední školu chemicko-technologickou v Pardubicích. Jan vystudoval střední školu strojní. Jeden semestr strávil dokonce na fakultě strojního inženýrství v Praze. Nějakou dobu také docházel na kurz pro veřejnost, kde absolvoval hodiny figurální kresby. Kresbě se věnuje pravidelně ve volném čase. Irena se vyučila šičkou obuvi, šla ve stopách nevlastního otce. Ten měl doma šicí stroj a Irenu to velice bavilo. Původně chtěla jít na krejčovou, ale tam ji kvůli špatným známám nevzali. Petr se nejdřív vyučil elektromechanikem, pak si dodělal nástavbovým studiem maturitu. Andrea vystudovala střední školu ekonomickou. Všichni respondenti disponují různým stupněm vzdělání, od vyučení až po vysokoškolské.

Zaměstnání

Milena vystřídala hodně zaměstnání, pracovala jako laborantka či prodavačka. Chtěla se dokonce stát řádovou sestrou, ale kvůli nemoci nemohla být do řádu přijata. Od roku 2004 již nepracuje.

Jaromír pracoval na Jaderné elektrárně Dukovany, když se u něj projeví první příznaky onemocnění. Nebyl schopný chodit do práce. Dal výpověď. Pak vystřídal několik dalších zaměstnání, ve kterých dlouho nevydržel. Od roku 1992 má invalidní důchod 3. stupně a do práce už nikdy nechodil.

Jan vystřídal hned několik zaměstnání. Pracoval jako telefonní operátor. Tato práce ho celkem bavila. Po vojně se věnoval asi 5 let grafice a 6 let byl zaměstnaný ve stavebnictví. Mezitím pracoval také jako skladník. S kamarádem dokonce uvažoval o podnikání. Pak nastalo období obsesivních úzkostí a nebyl schopný chodit do zaměstnání a pracovat. Byla nutná hospitalizace. Pak následovaly pouze drobné

brigády. Momentálně pracuje jako skladník v chráněné dílně Myjómi – družstvo invalidů v Třebíči.

Irena pracovala po vyučení jako šička obuvi, pak se jí narodila první dcera. Další 4 roky byla doma, pak pracovala například jako uklízečka nebo šička v oděvech. Momentálně je dva roky bez práce, protože jí byl před dvěma lety přiznán invalidní důchod 3. stupně. Ráda by se ale do práce v budoucnu vrátila. Pravidelná činnost Ireně chybí.

Po škole pracoval Petr jako elektromechanik v BOPU Třebíč. Tam pracoval do vojny, ze které v roce 1992 nastoupil zpět do podniku jako provozní elektrikář. Vydržel tam 10 let, než snižovali stavy. V té době se u něj také projevilo onemocnění. Následně začali s rodinou podnikat, pletli ponožky. Podnikali až do roku 2014 než u Petra proběhla další depresivní epizoda. Od února 2018 pracuje v chráněné dílně Myjómi – družstvo invalidů jako dělník. Aktuálně je v pracovní neschopnosti.

Andrea pracovala po maturitě v potravinách jako referentka dopravy, pak přešla na obchodní oddělení. Chvilí pracovala jako sekretářka. Dělal inventury, vystavovala faktury. Pak šla na rodičovskou dovolenou v 21 letech. Po rodičovské dovolené nastoupila na Finanční úřad v Třebíči, kde pracovala 10 let. V roce 2006 odešla ze zdravotních důvodů a získala invalidní důchod 3. stupně.

Čtyři z šesti respondentů uvedli, že během života vystřídali hned několik zaměstnání. Petr dokonce nějakou dobu s rodinou podnikali. Momentálně jsou všichni kromě Petra a Jana bez zaměstnání. Ti pracují společně v chráněné dílně Myjómi – družstvo invalidů v Třebíči. Irena by se do zaměstnání ráda vrátila, naopak Milena, Jaromír a Andrea se o návratu do pracovního procesu nezmínili.

Bydlení

Milena bydlí s rodiči v rodinném domě na malé vesnici kousek od Třebíče. Doma má vlastní pokoj, ostatní místnosti sdílí společně s rodiči. Doma pomáhá především mamince s úklidem nebo vařením. Od roku 2011 do roku 2013 žila se svým přítelem v Třebíči. Vše dobře fungovalo, než přítel onemocněl a skončil v nemocnici. Milena ho tam navštěvovala, ale po čase její přítel zemřel a ona skončila na psychiatrii. Odkud se vrátila k rodičům.

Jaromír žil společně s manželkou a dcerou v bytě v Třebíči. V roce 1993 se však rozvedli a on zůstal v bytě sám. Momentálně žije v domě s pečovatelskou službou, a to

již od roku 1999. V letech 1993 až 1999 žil u rodičů na vesnici v hospodářském domě. Tam se trápil. Rodiče ho nutili pracovat v zemědělství a on to neměl rád.

Než Jan nastoupil na vojnu, tak žil ve společné domácnosti s matkou. Pak si pronajal byt v Praze. Po první hospitalizaci neměl finance na to, aby se do bytu vrátil a rodinu nechtěl zatěžovat. Začal tedy žít na ulici, kde se seznámil se slečnou, která žila ve squatu. Jan se tam za ní nastěhoval a žil tam asi rok společně s dvanácti osobami závislými na návykových látkách. Pak trávil čas různě po známých nebo azylových domech. V roce 2016 se dostal do terapeutické komunity v Jemnici, odkud pak odešel do Azylového domu pro muže v Třebíči a následně na ubytovnu, kde bydlí dodnes.

Irena bydlí s manželem a mladší dcerou v rodinném domě kousek od Třebíče, který si postavili. Starší dcera žije v Brně společně s manželem, kterého si loni v srpnu vzala. Starší dcera studuje doktorské studium na vysoké škole a mladší dcera studuje střední školu.

Petr bydlí s rodiči v rodinném domě na malé vesnici. Nikdy nebydlel sám nebo s někým jiným než s rodiči. Má vlastní pokoj, ostatní místnosti užívá společně s matkou a otcem.

Andrea žila společně s manželem a synem v rodinném domě, ale po rozvodu se odstěhovala zpět k rodičům, u kterých žije dodnes. Ve dvougeneračním domě sdílí domácnost s matkou a otcem, druhou polovinu domu obývá bratr s rodinou. Má vlastní pokoj, kuchyň a sociální zařízení sdílí s rodiči.

Respondenti jsou spokojeni s bytovými podmínkami. Všichni kromě Jaromíra a Jana bydlí ve společné domácnosti se svými rodinami. Jaromír bydlí v domě s pečovatelskou službou a Jan na ubytovně. Petr nežil nikdy s nikým jiným než s rodiči.

Rodina, partnerské vztahy, přátelé

Milena je momentálně sama bez partnera, má pouze kamaráda, se kterým se vidá každý den. V partnerské oblasti se nechává vést pánem Bohem, ale vztahu by se nebránila. Během života měla čtyři partnery. S prvním přítelem již plánovali svatbu, ale Milena v té době prodělala první ataku, přítel se její nemoci zalekl a ze vztahu odešel. S rodiči vychází dobře. Tatínek její nemoc dlouho nedokázal pochopit, dokud sám neonemocněl. Maminka byla Mileně vždy oporou a také si s ní rozumí víc než s otcem. Má jednu sestru, se kterou se příliš nevidá. Milena má také několik kamarádek, se kterými se seznámila během pobytu na psychiatrii. Dále má přátele v Paprsku naděje, kteří jsou pro Milenu velice důležití.

V roce 1993 se s Jaromírem manželka rozvedla. Jeho nemoc neunesla. On však říká, že před Bohem jsou svoji dodnes a tak to bude. Manželka se s dcerou odstěhovala k jejím rodičům. Nedokázala pochopit Jaromírovo onemocnění a smířit se s tím. Dceři je 30 let, je vysokoškolsky vzdělaná. S dcerou vychází dobře. Od rozvodu již žádnou partnerku neměl. Má hodně přátel a jsou pro něj důležití. Rodina těžce nesla jeho zdravotní stav a především projevy nemoci. Oporou mu byla víra a Bůh. Respondent má dva bratry, se kterými se snaží vzájemně si vypomáhat.

Rodiče se Janovi rozvedli, když mu bylo 15 let, z předešlých manželství rodičů má dva starší bratry, se kterými v podstatě není v kontaktu. S rodiči je spíše v kontaktu telefonickém. Přátel má poměrně dost, především v Praze. V Třebíči si díky Paprsku naděje našel nějaké blízké osoby, se kterými může trávit volný čas. Během života měl také hodně partnerských vztahů a každý z nich bral vždy vážně. Jan touží po dětech, ale momentálně žádnou partnerku nemá. Je spíše samotář a vztahy obecně považuje za komplikované. Vztahy se mu prý bortí především proto, že ho ostatní nejsou schopni pochopit.

Irena má poměrně negativní vzpomínky na dětství a na vztahy v jejích rodině. V 18 letech měla první dceru, po devíti letech se jí narodila dcera druhá a mezitím prodělala 2 potraty. S oběma dcerami má komplikovaný vztah, obě těžko nesou Irenino onemocnění a v podstatě jí ho vyčítají. Manžel naopak nesl celou situaci statečně a je jí oporou. Irena má dva mladší sourozence, oba mají jiného otce. Otec Ireny zemřel před 21 lety. Se sestrou a bratrem má dobrý vztah. S nevlastním otcem i matkou je v kontaktu a pravidelně se vidají. Má nejlepší kamarádku, která je také duševně nemocná a seznámily se v zaměstnání. Další přátele má v Paprsku naděje.

Petrovi je rodina velkou oporou, především maminka, která má také zkušenost s depresemi. Nemoc mu ovlivnila partnerské vztahy. Rodina se s jeho nemocí smířila postupem času. U matky našel největší pochopení. Prožil jeden dlouhodobý vztah, který trval 9 let a v průběhu jeho trvání onemocněl. Pak měl Petr už pouze náhodné známosti, se kterými se seznamoval přes inzerát. V léčebně v Kroměříži si našel tři kamarády, se kterými se dodnes schází a vidá. S jedním z nich jezdí každý rok na dovolenou do Chorvatska. Ostatní kamarády má především v Paprsku naděje, kteří jsou pro něj důležití.

Andrea se s manželem rozvedli před 15 lety. Manžel se nikdy s její nemocí nesmířil a nebyl jí oporou, naopak nastalou situaci řešil opakovanými nevěrami.

Společně mají jednoho syna, který po rozvodu zůstal žít u otce, protože na tom Andrea nebyla zrovna dobře. S manželem se domluvili na jeho společné péči. U otce byl přes týden a u ní býval o víkendech. Největší oporou je jí matka, které se může se vším svěřit. Někteří známí a kamarádi se od ní odvrátili poté, co onemocněla. Po rozvodu už žádný vztah neměla, má strach nějaký nový navázat. Cítí se příliš zklamaná. Vystačí si s kamarády z Paprsku naděje.

Z rozhovorů se všemi respondenty vyplývá, že jsou pro ně vztahy komplikované. Pouze Irena je vdaná. Ostatní respondenti jsou aktuálně bez partnerů. Zdravotní stav jim komplikuje mezilidské vztahy. Stávají se nepochopenými, přesto ale uvedli, že mají v rodinách opory. Všichni pochází z úplných rodin. Pouze Janovi rodiče jsou rozvedení. Všichni považují kamarády pro svůj život za důležité, většina z nich pochází také z Paprsku naděje. Tři z respondentů mají vlastní děti. Tři z respondentů jsou bezdětní, ale jeden z nich po dětech touží. Jaromír a Andrea jsou rozvedení. Jejich partneři se nedokázali vyrovnat s jejich diagnózou.

Volný čas

Milena se ve volném čase věnuje ručním pracím, ráda tvoří z korálků, plete a chodí do kostela. Jaromír se ve volném čase často modlí, víra je pro něj důležitá. Poslouchá hudbu a sleduje televizi. Chodí na procházky a čte knihy. Jan zase ve volném čase rád kreslí, hodně chodí na procházky, zajímá se o zdravé stravování a sportuje. Nejraději cvičí jógu a posiluje. Ve volném čase si Irena čte knihy, věnuje se šití a zašívání, chodí na procházky se psem. Petr ve volném čase tráví hodně času u počítače, zajímá se o vývoj kurzu akcií, sleduje filmy a baví ho auta. Andrea ráda luští křížovky, sleduje cestopisné filmy a televizní soutěže. Snaží se číst duchovní knížky nebo romány.

Všichni respondenti tráví volný čas oblíbenými činnostmi. Často se u nich opakují koníčky jako sledování televize, filmů, procházky nebo čtení. Pro Milenu a Jaromíra je důležitá víra, kterou ve volném čase praktikují. Milena s Irenou mají společnou zálibu v ručních pracích.

Finanční situace

Milena má opatrovnici, kterou jí dělá maminka. Je omezena na svéprávnosti ohledně financí, především na braní půjček a úvěrů. Milena nesmí disponovat bez souhlasu matky s částkou vyšší než 20.000,- Kč. Invalidní důchod pobírá od roku 2004 v aktuální výši 11.000,- Kč, vyřizuje si příspěvek na mobilitu a nedávno získala

průkazku pro osoby se zdravotním postižením ZTP/P, protože má problém orientovat se v prostoru. Rodičům přispívá na domácnost částkou 2.000,- Kč měsíčně.

Jaromír pobírá invalidní důchod 3. stupně ve výši necelých 12.000,- Kč. Příjmy má také z pronájmu polí. Za bydlení v domě s pečovatelskou službou platí 2.500,- Kč, další pravidelné náklady má za jídlo, telefon, dopravu, oblečení.

Jan si během svého bouřlivého období nadělal dluhy. Nemá přehled o tom, kolik dluží. Momentálně se nachází v insolventi a v červnu chce požádat o osobní bankrot, protože budou platné lepší podmínky. Od roku 2017 pobírá invalidní důchod 3. stupně ve výši 11.000,- Kč a 6.500,- Kč má výplatu. Mezi jeho výdaje patří 1.500,- Kč, tato částka jde na pokrytí některého z dluhu a 4.000,- Kč platí za ubytovnu. Další výdaje jdou na jídlo, léky, telefon.

Irena pobírá dva roky invalidní důchod 3. stupně ve výši 11.000,- Kč. Dřív měla nižší stupeň invalidního důchodu. S manželem mají finance dohromady a náklady na domácnost, jídlo a další výdaje platí společně.

Jan pobírá invalidní důchod 2. stupně ve výši 7.600,- Kč a v chráněné dílně si měsíčně vydělá kolem 6.500,- Kč. S financemi je spokojený, zvládá si šetřit. Rodičům přispívá měsíčně částkou 1.500,- Kč na domácnost a jídlo. Další výdaje má na telefon, benzín a případnou zábavu.

Andrea pobírá invalidní důchod 3. stupně ve výši 13.500,- Kč. Přispívá 900,- Kč na energie a 2.000,- Kč na jídlo. Dalšími výdaji jsou především platby za drogerii, telefon, internet, cigarety.

Všichni respondenti kromě Petra pobírají invalidní důchod 3. stupně, Petr má 2. stupeň invalidního důchodu. Výše jejich invalidního důchodu se pohybuje v rozmezí 7.600 Kč – 13.500 Kč. Všichni respondenti jsou se svými financemi v rámci možností spokojeni. Jan a Petr si ještě přivydělávají v chráněné dílně, jejich výdělek se pohybuje kolem 6.500 Kč. Respondenti, kteří bydlí s jinými rodinnými příslušníky, přispívají na domácnost částku v rozmezí 1.500 Kč – 2.900,- Kč. Další náklady zahrnují poplatky za léky, mobilní telefon, internet, drogerii, cigarety nebo pohonné hmoty. Dva z respondentů si během nemoci nadělali dluhy. Milena je omezená na svéprávnosti v oblasti financí a Jan se dostal do insolvence. Oba přistupují k situaci pozitivně.

Paprsek naděje

Milena dochází do Paprsku naděje od roku 2011, kde využívá angličtinu, díky které se snaží trénovat si paměť a zároveň má smysluplnou činnost. Jednou se také zúčastnila týdenního pobytu. Do Paprsku naděje dochází 1x týdně.

V Paprsku naděje Jaromíra drží všichni lidé, kteří tam chodí, ale také pracovníci. Rád jezdí na výlety a pobyty. Paprsek navštěvuje už od jeho vzniku, tedy 20 let. Jeho cílem je setkávat se s lidmi, kteří ho dokážou pochopit. Do Paprsku dochází pravidelně 2x týdně.

Jan využívá služby Paprsku naděje od roku 2017, kdy dochází především za klíčovou pracovníci na domluvené schůzky a řeší jeho finanční situaci. Někdy také využívá relaxaci. S ostatními uživateli se stýká i mimo prostory Paprsku naděje. Když se přistěhoval do Třebíče, tak mu Paprsek naděje hodně pomohl, především v adaptaci na nové prostředí a město. Měl najednou zázemí a věděl, že si má kam přijít pro radu či pomoc.

Paprsek naděje Ireně otevřel oči a ukázal jí, že se dá žít i jinak. V Paprsku si našla přátele, se kterými si rozumí a berou jí takovou jaká je. Našla zde motivaci žít. Doma si natahuje budík, aby mohla do Paprsku naděje jet. Irena využívá služby Paprsku naděje od roku 2018 a věnuje se především aktivitám jako je tvoření z keramiky či drátkování. Irena navštěvuje Paprsek naděje 3x týdně.

Služby Paprsku naděje Petr využívá od roku 2014. Jeho cílem je mít náplň času a setkávat se s lidmi s podobnými problémy. Využívá především bowling, relaxaci, jezdí na výlety a na pobyt. V Paprsku naděje si našel kamarády, se kterými se setkává i mimo zařízení. Ačkoliv začal pracovat v chráněné dílně, má pro něj Paprsek naděje stále svůj význam a je pro něj důležitý. Petr se snaží služby Paprsku naděje využívat alespoň 1x týdně.

Paprsek naděje Andree hodně pomohl. Službu využívá již od roku 2011. Učí se znovu zvládat věci, které dříve běžně zvládala jako vaření, nakupování nebo práce na počítači. Jít do Paprsku naděje pro ni znamená motivaci vyjít z domu. Má zde spoustu kamarádů, kteří jsou pro ni důležití. Mimo Paprsek má pouze jednu dobrou kamarádku, která se ale odstěhovala do Kladna. Kdyby nešla do Paprsku, tak by v podstatě byla v kontaktu pouze s rodinou. Do Paprsku naděje dochází 3x týdně na vaření, komunitu, bowling a na počítač.

Všichni respondenti uvedli, že je jim Paprsek naděje nápomocný. Všichni si zde našli přátele. Služby využívají 1-3x týdně. Pouze Jan dochází pouze na schůzky s klíčovou pracovnící. Jaromír využívá služby Paprsku naděje takřka 20 let. Ostatní respondenti od roku 2011 – 2018.

Hodnocení kvality života

S životem je Milena spokojená. Nepocítuje výrazné nedostatky. Duševní nemoc ovlivnila Jaromírovi všechny oblasti života. Díky ní přišel o manželku a práci. Přesto je se svým životem spokojený, má to v hlavě srovnané. Asi to tak mělo být. Modlí se za svůj život. Janovi nemoc ovlivnila život částečně. Především v tom, že se cítí nerozhodný a díky tomu si nechal utéct několik životních příležitostí. Ovlivňuje ho strach a nervozita. Přesto svůj život považuje pocitově za kvalitní.

Irena uvedla, že s dobrou a pravidelnou medikací lze dobře a kvalitně žít. Přesto s životem příliš spokojená není, často jí chybí chuť do života. Petr svůj život hodnotí jako celkem kvalitní. V partnerské oblasti mu však zdravotní stav nedovoluje, aby jej prožíval plnohodnotně. Omezuje ho v jeho prožívání. Andrea nepocítuje, že by měla nekvalitní život. Potřebuje získat více sebedůvěry. Z důvodu zdravotního stavu přišla o kontakt s lidmi ze zaměstnání.

Všichni respondenti uvedli, že považují v různé míře svůj život za kvalitní a jsou se svým životem spokojení.

Plány do budoucna

Milena momentálně žádné plány do budoucna nemá, nechá se vést Bohem.

Jaromír by rád jel do lázní, mámě pomáhá budovat nové bydlení, těší se na pobyt a plánuje si koupit jízdní kolo. Jan by si víc přál využívat svůj potenciál v životě. Být víc aktivní v práci i osobním životě. Irena by ráda zlepšila svůj zdravotní stav, plánuje se vrátit do zaměstnání, být aktivní a užitečná pro lidi kolem sebe. Petr chce začít znovu chodit do práce a být v pořádku, léčit se, vydělávat peníze. Andrea si chce zvýšit sebevědomí, ráda by jela s Paprskem naděje na pobyt. Chybí jí k tomu ale odvaha. Dál chce využívat služby Paprsku naděje a pokračovat ve zvolených aktivitách.

9 Diskuze

Ze studia odborné literatury vyplývá, že vnímání kvality života je zcela subjektivní záležitostí. Z toho plyne skutečnost, že každý z respondentů přistupoval k pojetí kvality života tak, jak ji sám chápe. Všichni uvedli aspekty, které považují pro

svůj život za podstatné a bezpochyby související s jejich hodnotovým žebříčkem. Což také potvrzuje Gurková (2011), která pojem kvalita formuluje jako hodnota, která v kvalitativním pojetí vychází z hodnotového systému hodnotitele. Z toho také vychází výsledky formuláře pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL, kde respondenti uváděli jednotlivá životní témata, cíle a hodnoty, jejich důležitost a míru spokojenosti s nimi. Dále pak hodnotili míru spokojenosti se životem na teploměru životní spokojenosti.

Pěti respondentům vyšla celková hodnota kvality života nižší než celková míra spokojenosti se životem, kterou zakřížkovali na teploměru životní spokojenosti. Pouze Jaromírova výsledná hodnota byla stejná jako hodnota, kterou zakřížkoval na teploměru životní spokojenosti, tedy 50%. Podle Křivohlavého (2002), který se ve své publikaci Psychologie nemoci také zabýval kvalitou života a metodou SEIQoL, je nejčastěji uváděnými hodnotami a životními zaměřeními například zdraví, rodina, vztahy, práce, náboženství (víra), sociální činnost a další. Některé uvedené životní oblasti se v průběhu let mění, přesto důraz kladený na zdraví a rodinu zůstává v průběhu let neměnný a celkem stabilní. Čtyři naši respondenti z šesti také uvedli, že je pro ně důležité zdraví. Pět respondentů uvedlo, že jsou pro ně důležité vztahy, a to rodinné, partnerské i kamarádské. Tři respondenti považují víru nebo práci za důležitou pro jejich život. Tyto výsledky našeho šetření jsou tedy totožné s tím, co bylo uvedeno výše.

Mezi respondenty se nacházel jeden člověk s diagnózou schizofrenie, jeden s diagnózou porucha osobnosti, dva lidé s diagnózou deprese a dva s diagnózou bipolární porucha. Všichni respondenti byli hospitalizováni na psychiatrii, a to od 4 do 10 hospitalizací. Všichni respondenti kromě jednoho byli vždy hospitalizováni dobrovolně. Dva z respondentů uvažovali o sebevraždě a dva se o ni dokonce pokusili. Všichni respondenti pravidelně dochází k psychiatrovi, užívají medikaci a tři z nich navštěvují také psychologa. Mezi nejčastěji uváděnými psychofarmaky byli antidepresiva a antipsychotika. Ty také uvádí Běhounek (2014) a podle něj antidepresiva působí pozitivně na depresivní náladu, úzkost, nespavost nebo sebevražedné myšlenky. Antipsychotika jsou vhodná zase k léčbě závažnějších duševních chorob, například schizofrenie. Milena užívá na schizofrenii antipsychotika, Jan užívá pouze léky na zklidnění a další čtyři respondenti užívají na deprese a bipolární poruchu antidepresiva. Pět z šesti respondentů pobírá invalidní důchod 3. stupně a jeden respondent pobírá invalidní důchod 2. stupně.

Všichni respondenti se shodli, že jim duševní onemocnění komplikuje vztahy, a to jak partnerské, tak rodinné. Naopak všichni respondenti zmínili, že mají kamarády v Paprsku naděje a někteří z nich mají přátele i mimo Paprsek, kteří ale také trpí duševním onemocněním. Paprsek naděje – Centrum služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč je jediným zařízením v regionu Třebíčska, které je zaměřené na poskytování sociální rehabilitace duševně nemocným. Jak také uvádí Vágnerová (2004) potvrzení duševní nemoci působí především na rodinu jako zátěž, až postupem času dochází k přijetí situace. Tomu však předchází fáze popření, zpracování nastalé skutečnosti, hledání pomoci a léčba. Právě u duševních nemocí často dochází k narušení mezilidských vztahů. To také potvrzují naši respondenti. Jaromír uvedl, že se s ním rozvedla manželka, protože neunesla jeho onemocnění nebo spíše její projevy. Podobně na tom byla Andrea, která se s manželem rozvedla, protože nedokázal přijmout její onemocnění a nastalou situaci řešil opakovanými nevěrami. Jan zase uvedl, že ho ostatní lidé nechápou. Jak uvádí Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, velká část duševních nemocí vzniká na základě určitých dispozic. Mimo jiné také na základě genetického podkladu. Nemoc se tedy může vyskytovat v rodině. Což také uvedli tři respondenti, kteří sdělili, že nejsou jedinými členy rodiny, kteří mají zkušenost s duševní nemocí. Tři respondenti žijí ve společné domácnosti s rodiči a zbylí tři žijí na ubytovně, v domě s pečovatelskou službou a s vlastní rodinou v domě. Tři respondenti mají vlastní děti a tři jsou bezdětní, z toho jeden po dětech touží.

Každý respondent má nějaké zájmy, které provozuje ve volném čase. Všichni respondenti pobírají invalidní důchod v rozmezí 7.600,- Kč až 13.500,- Kč. Dva z respondentů pracují v chráněné dílně Myjómi – družstvo invalidů v Třebíči, jeden z nich je aktuálně v pracovní neschopnosti.

Pět respondentů navštěvuje Paprsek naděje pravidelně 1-3x týdně a využívá jeho služby, jeden respondent dochází především na schůzky s klíčovým pracovníkem. Všichni respondenti uvedli, že je pro ně Paprsek naděje v různé míře důležitý a mnohdy má i vliv na kvalitu jejich života.

Pět respondentů uvedlo, že má kvalitní život bez ohledu na duševní onemocnění. Jednomu respondentovi chybí do života chuť.

Výsledky šetření se v mnoha oblastech shodují s autory, kteří se problematikou kvality života a duševního onemocnění zabývají.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala hodnocením kvality života lidí s duševním onemocněním v návaznosti na služby Paprsku naděje – Centra služeb pro podporu duševního zdraví. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem ovlivňuje duševní onemocnění kvalitu života lidí a míru spokojenosti se životem.

Bakalářská práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Úvodní kapitole jsem věnovala vymezení pojmu kvalita života, rozsahu pojetí a jeho měření. V další kapitole jsem se věnovala duševnímu onemocnění, jejich popisu, příznakům, příčinám vzniku a jejich léčbě. Popsány byly především nejčastěji se vyskytující duševní choroby a ty, které byly diagnostikovány osloveným respondentům. Dále jsem shrnula sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Poslední část teoretické práce byla věnována Paprsku naděje – Centru služeb pro podporu duševního zdraví, ve kterém proběhlo výzkumné šetření a jehož uživatelé služby byli zvolenými respondenty.

V praktické části byla vyhodnocena a interpretována data, která vzešla z formuláře pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL a rozhovorů s uživateli služby. Cílem tohoto výzkumu bylo pomocí rozhovoru s návodem, který jsem doplnila formulářem pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL zjistit kvalitu života lidí s duševním onemocněním a míru spokojenosti se životem.

Výzkumný soubor se skládal z 6 uživatelů služby Paprsku naděje – Centra služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč. Respondenti byli vybráni záměrně, a to podle pohlaví a diagnózy. Výběr vzorku zahrnoval 3 ženy a 3 muže ve věkové kategorii 39 – 54 let s diagnózou schizofrenie, porucha osobnosti, deprese a bipolární porucha. Všichni respondenti využívají pravidelně služby Paprsku naděje. Nejdříve byly s respondenty vyplněny formuláře pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL. Poskytla jsem jim instrukce a po jeho vyplnění jsem provedla jednotlivé rozhovory, zaměřené na konkrétní životní oblasti. Z výzkumu vyplývá, že duševní onemocnění ovlivňuje kvalitu života především v oblasti mezilidských vztahů. Přesto však respondenti svůj život hodnotili a popisovali jako kvalitní.

Jako přínos tohoto výzkumu vidím to, že uživatelé dostali prostor, aby se vyjádřili ke kvalitě svého života a zamysleli se nad tím, co je pro ně v životě důležité a podstatné.

Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura:

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha : Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4138-3.

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum.* Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3625-9.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* 3. vyd. Praha : Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života.* Praha : Slon, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.

HUDÁKOVÁ, Anna a L'udmila MAJERNÍKOVÁ. *Kvalita životasenioreů v kontextu ošetrovatelství.* Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4772-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví.* 2. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci.* Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

MAHROVÁ, G., M. VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.* Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše.* 2. aktualizované a doplněné vyd. Praha : Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8.

PETR, T., E. MARKOVÁ a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly.* Praha : Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

ŠAMÁNKOVÁ, Marie a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetrovatelském procesu.* Praha : Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* 3. rozšířené a přepracované vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Internetové zdroje:

- Příčiny psychických poruch. [Online] [Citace: 20. únor 2019.] Dostupné z: <https://psychologieprokazdeho.cz/priciny-psychicky-poruch/>
- Duševní nemoci a jejich příčiny. [Online] [Citace: 20. únor 2019.] Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/2582-0-Dusevni-nemoci-a-jejich-priciny.html>
- Financování Paprsku naděje. [Online] [Citace: 20. únor 2019.] Dostupné z: <https://trebic.charita.cz/res/archive/061/007312.pdf?seek=1472798968>

Ostatní zdroje:

Interní materiály Paprsku naděje – Centra služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč

Příloha I.

Formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL

Jméno:

Datum:

Důležitost daného tématu v %	Životní téma, cíl, hodnota	Míra spokojenosti v %

Uveďte 5 životních témat, hodnot, cílů.

V levém sloupečku musí být součet všech pěti témat roven 100 %.

V pravém sloupečku může být v každém řádku uvedeno od 0 % do 100 %.

Míra spokojenosti se životem:

0 ←-----→ 100

0 (velmi spokojen/a se životem)

100 (velmi nespokojen/a se životem)

ABSTRACT

Quality of Life in People with Mental Illness in Connection with Services Provided by *Paprsek naděje* – the Centre for Mental Health Support in Třebíč

Key words: quality of life, health, mental illness, social work, social services

The bachelor thesis deals with the issue of people with mental illness and their quality of life. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. In the theoretical part, I focused on the concepts of the quality of life, mental illnesses and I also described the Centre *Paprsek naděje*. In my practical part, the SEIQoL Life Quality Assessment Form was used. I also included interviews with 6 users of the service.

ABSTRAKT

TOMANOVÁ, Š. Kvalita života lidí s duševním onemocněním v návaznosti na služby poskytované Paprskem naděje – Centrem služeb pro podporu duševního zdraví Třebíč. České Budějovice 2019. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

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

Bakalářská práce byla zaměřena na problematiku lidí s duševním onemocněním a kvalitu jejich života. Práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické práci jsem se zaměřila na pojmy kvalita života, duševní onemocnění a Paprsek naděje. V praktické části byl použit formulář pro zjišťování kvality života metodou SEIQoL. Dále byly provedeny rozhovory s 6 uživateli služby.