

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
LÉKAŘSKÁ FAKULTA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Mgr. Barbora Jirku

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

LÉKAŘSKÁ FAKULTA

Ústav Veřejného zdravotnictví

Mgr. Barbora Jirku

Kvalita života lidí s duševním onemocněním

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, s využitím pouze citovaných zdrojů v souladu se zákonem č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Dne: 31.3.2024

Mgr. Barbora Jirku

Ráda bych touto cestou vyjádřila poděkování vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Lubici Juríčkové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a připomínky, které mi při vypracování práce poskytla. Dále bych chtěla poděkovat všem informantům, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout, za jejich otevřenost a ochotu vést se mnou rozhovor.

OBSAH

ÚVOD	7
1 Cíl práce a rešeršní strategie	9
1.1 Cíl práce.....	9
1.2 Stanovení PICO	9
1.3 Rešeršní strategie	10
2 Teoretická část	12
2.1 Duševní onemocnění.....	12
2.1.1 Definice pojmu duševní onemocnění	12
2.1.2 Příčiny duševních onemocnění	13
2.1.3 Klasifikace duševního onemocnění	14
2.1.4 Léčba duševních onemocnění	19
2.2 Kvalita života	22
2.2.1 Definice pojmu kvalita života	22
2.2.2 Měření kvality života	25
2.2.3 Kvalita života lidí s duševním onemocněním	27
2.3 Sociální opora.....	29
2.3.1 Definice pojmu sociální opora.....	29
2.3.2 Druhy sociální opory	30
2.3.3 Měření sociální opory	31
2.4 Reforma psychiatrické péče	31
3 Výzkumná část.....	36
3.1 Výzkumný problém	36
3.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky	37
3.3 Design výzkumu a návrh strategie výzkumu	38
3.4 Výzkumný vzorek a kritéria výběru vzorku	39
3.5 Metody a metodika výzkumu.....	42
3.5.1 Metody sběru dat a postup při sběru dat	42
3.5.2 Metoda analýzy dat a postup při analýze kvalitativních dat.....	44

3.6 Analýza a interpretace dat	48
DISKUZE.....	56
ZÁVĚR	60
ANOTACE.....	61
SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ	63
SEZNAM ZKRATEK.....	70
SEZNAM TABULEK.....	72
SEZNAM OBRÁZKŮ	73
SEZNAM PŘÍLOH.....	74
PŘÍLOHY	75

ÚVOD

Lidí, u kterých bylo diagnostikováno duševní onemocnění, neustále přibývá a v posledních letech je nárůst počtu lidí s duševním onemocněním až alarmující. Dle Světové zdravotnické organizace (zkratka WHO z anglického World Health Organization) trpí duševním onemocněním téměř miliarda lidí na celém světě, což odpovídá přibližně 13 % celosvětové populace. Tyto údaje jsou datované k roku 2019, tedy době před pandemií onemocnění Covid-19 (WHO, 2022). Komise evropských společenství (2005) dokonce udává, že se s vážnými psychickými potížemi potýká v Evropě až 27 % dospělé populace. V současné době je možné předpokládat, že tato čísla jsou ještě vyšší, což je možné odhadovat z průzkumů, které potvrdily enormní počet lidí, kteří se v důsledku pandemie potýkali s nějakou formou psychických obtíží. V době, kdy se dá o duševních onemocněních mluvit jako o celosvětovém problému, je důležité věnovat pozornost nejen prevenci těchto onemocnění a jejich efektivní léčbě, ale i zaměřit se na to, jak lidé tento stav prožívají a jaká je jejich kvalita života.

Poznatky získané ze zkoumání kvality života u lidí s duševním onemocněním můžou být zásadním faktorem při nastavování péče a podpory pro tuto skupinu lidí, aby byla odpovídající a efektivní. Informace mohou sloužit i jako preventivní prvek, kdy může správně nastavená podpora vedoucí ke zvyšování kvality života pomáhat lidem s duševním onemocněním v předcházení relapsů onemocnění a tím může přispívat k jejich zotavení. Prevence v oblasti duševních onemocnění je v posledních deseti letech velmi aktuálním tématem (od roku 2013 probíhá reforma psychiatrické péče v ČR – ČLS JEP), i když se o ní mluví poměrně málo, dokonce v mnohem menší míře než o prevenci somatických onemocnění (Hoskovcová, 2009).

Kvalita života je v posledních třech desetiletích (WHO, 1998) velmi skloňovaným pojmem, který je pro nás důležitým ukazatelem toho, co a do jaké míry může ovlivňovat lidský život v pozitivním nebo negativním smyslu. Čím dál tím více se s tímto konceptem pracuje a jeho zkoumání a zlepšování je podstatným cílem jak zdravotníků, tak i dalších služeb (Válková, 2015). V době, kdy se do popředí zájmu dostávají duševní onemocnění, je kvalita života lidí s duševním onemocněním, který je častým předmětem diskuzí a zkoumání. Kvalita života lidí s duševním onemocněním je velmi širokým

pojmem, který zahrnuje mnoho oblastí života jednotlivce. Duševní onemocnění může mít různé formy a závažnosti, a proto může mít různý dopad na kvalitu života postižených jedinců. V rámci aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče se jedná o velmi aktuální téma, které je základem pro správné nastavení této reformy (ČLS JEP, 2017).

Předkládaná diplomová práce je zaměřena na kvalitu života lidí s duševním onemocněním. Diplomová práce obsahuje tři kapitoly. První kapitola popisuje cíl práce a řešeršní strategii. Druhá kapitola obsahuje teoretickou část diplomové práce, která je zaměřena na čtyři základní témata, a to duševní onemocnění, kvalitu života, sociální oporu a reformu psychiatrické péče. Tato témata tvoří jednotlivé podkapitoly v druhé kapitole diplomové práce. Ve třetí kapitole začíná vlastní výzkum kvality života lidí s duševním onemocněním. Je zde popsán výzkumný problém, cíl výzkumu včetně výzkumných otázek, design výzkumu, výzkumný vzorek a metody výzkumu. Zakončením této kapitoly je analýza a interpretace dat zjištěných z výzkumu.

1 Cíl práce a řešeršní strategie

V první kapitole této diplomové práce je definován cíl diplomové práce, dále je v ní popsáno, jakým způsobem byl stanoven algoritmus PICo a řešeršní strategie, která byla provedena před začátkem tvorby diplomové práce a byla podkladem pro tuto práci.

1.1 Cíl práce

Cílem této diplomové práce je zjistit a popsat, jak lidé s duševním onemocněním vnímají svoji kvalitu života.

1.2 Stanovení PICo

Při sestavování výzkumných otázek a pro účely řešeršní strategie byl využit algoritmus PICO, respektive varianta algoritmu PICo, která se využívá v kvalitativním zkoumání. (Jarošová, 2012) Tato zkratka definuje tři hlavní složky tvorby výzkumné otázky, a to P – značí populaci či problematiku, I – popisuje intervenci či předmět zájmu a Co – odkazuje na kontext. (Ivanová, 2018)

Pro účely této diplomové práce byl algoritmus PICo stanoven následovně:

P – Vybraní pacienti se závažným duševním onemocněním, kteří nejsou v akutním stádiu onemocnění, tedy jejich zdravotní stav je stabilizovaný a kompenzovaný

I – Kvalita života, sociální opora, duševní onemocnění

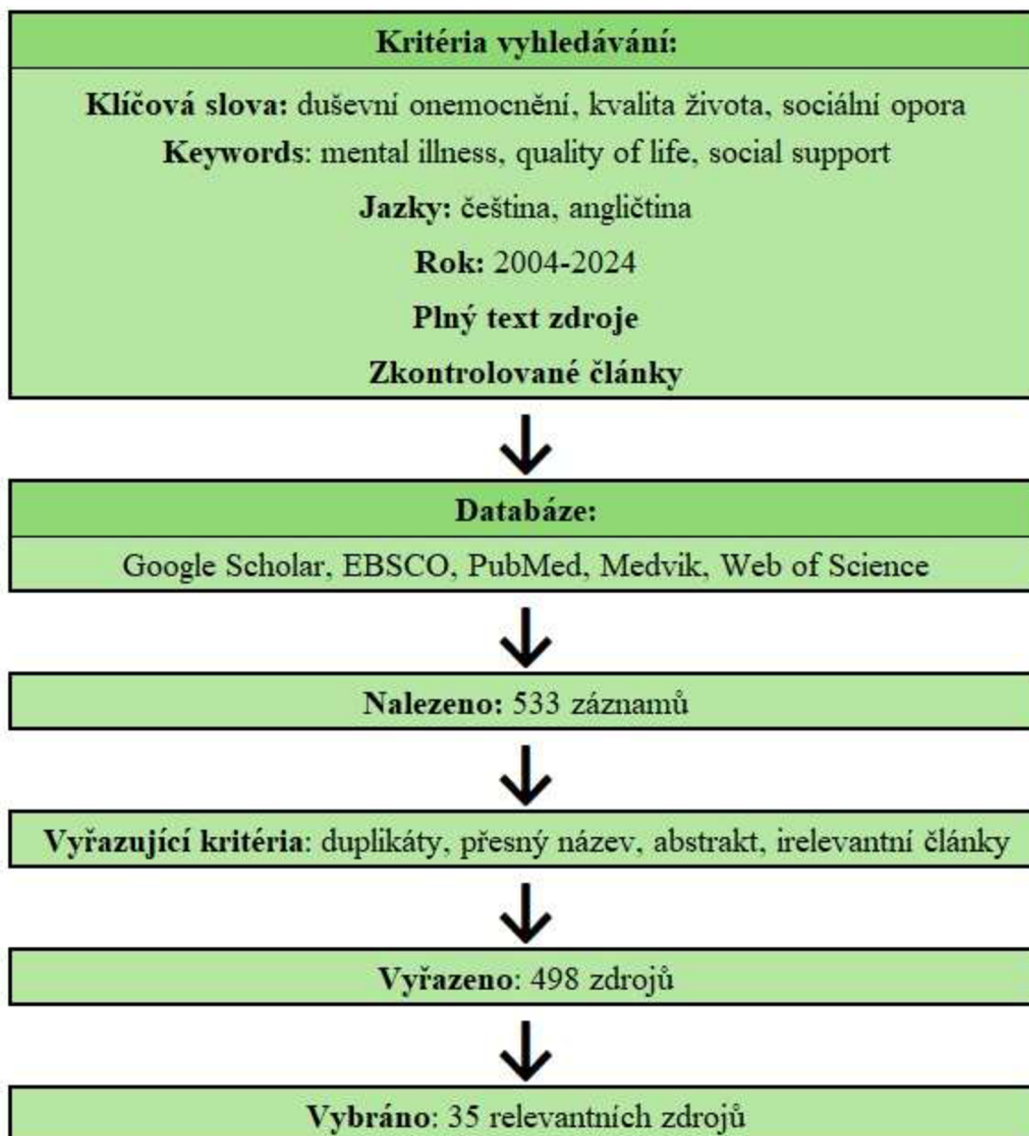
Co – Kvalita života lidí s duševním onemocněním

1.3 Rešeršní strategie

Rešeršní činnost probíhala v různých databázích. K vyhledávání adekvátních zdrojů byly použity databáze Google Scholar, EBSCO, PubMed, Medvik a Web of Science. Do uvedených databází byla zadána klíčová slova, která byla definována jako stěžejní pro tuto diplomovou práci, a to: duševní onemocnění, kvalita života a sociální opora. Další vyhledávací strategie byla zvolena s následujícími omezeními: jazyk – čeština, angličtina; rok publikace 2004–2024, plný text zdroje, zkontrolované články. Na základě vyhledávání podle výše uvedených kritérií bylo v databázích nalezeno 533 záznamů. Tyto články byly prozkoumány, byly vyloučeny duplicity a irelevantní zdroje, přičemž bylo identifikováno 35 relevantních zdrojů. Na obrázku níže je uvedeno grafické znázornění rešeršní činnosti.

Celkově bylo v diplomové práci použito 73 zdrojů. Některé z těchto zdrojů byly z uvedené rešeršní činnosti, další zdroje byly vyhledány pomocí knihovnických systémů nebo doporučeny odborníky zabývajícími se problematikou, o které diplomová práce pojednává.

Obrázek 1 - Rešeršní činnost – shrnutí



2 Teoretická část

Teoretická část diplomové práce obsahuje čtyři podkapitoly. První podkapitola je věnována problematice duševního onemocnění, druhá podkapitola se zabývá kvalitou života, třetí podkapitola popisuje pojem sociální opora a poslední čtvrtá podkapitola se věnuje reformě psychiatrické péče v ČR.

2.1 Duševní onemocnění

V této kapitole se budu věnovat vymezení pojmu duševní onemocnění. Kromě definice duševního onemocnění bude vymezen i pojem zdraví a nemoc, zmíním se o příčinách duševního onemocnění a popíši, jakým způsobem můžeme klasifikovat duševní onemocnění, přičemž zde popíšu i některé typy duševních onemocnění.

2.1.1 Definice pojmu duševní onemocnění

S lidským životem je neodmyslitelně spjata téma zdraví a nemoci, a to od jeho počátku. V průběhu života se setkáváme s velkým množstvím různých nemocí, kdy většina z nich je nějakým přechodným stavem, než se tělo vyléčí. Abychom mohli dobře pochopit, co je to nemoc, je dobré vědět, co vlastně znamená pojem zdraví. Definici pojmu zdraví se v historii různila, nicméně podle aktuální definice WHO (2020, s.1) se jedná o „*stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouhé nepřítomnosti nemoci nebo vady*“. Dříve se na zdraví pohlíželo tak, že člověk je zdravý, pokud není nemocný, tedy pokud nemá žádné fyzické zdravotní obtíže, ovšem zde bychom narazili právě na problematiku duševních onemocnění, která zasahují nejen do somatického stavu člověka, ale výrazně ovlivňují i ostatní životní dimenze.

Stejně jako u vymezení pojmů zdraví a nemoc je důležité v oblasti duševní přemýšlet nejen o pojmu duševní onemocnění, ale i duševní zdraví. Dušek (2017, s. 24) uvádí, že „*Duševní zdraví a duševní porucha jsou hodnoceny v kontinuílní jednotě*.“ Chápejme to

jako dva konce jedné linie, kdy na jedné straně je duševní zdraví a na straně druhé duševní nemoc. Člověk se pohybuje mezi těmito dvěma póly a je obtížné rozpoznat, kdy už se jedná o duševní onemocnění.

Zjednodušeně by se dalo říci, že duševní onemocnění je nemoc, která postihuje psychickou stránku člověka, ovšem zasahuje do jeho života mnohem šířeji. Hartl (2004, s. 53) uvádí definici duševní nemoci následovně: „... *klinicky prokazatelná změna duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech; šířeji změna některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci, interakci se sociálním okolím.*“

Raboch (2012, s. 13) uvádí, že: „*Podle expertů Světové banky budou právě tyto okruhy zdravotních problémů představovat v 21. století největší zdravotní zátěž lidstva.*“, přičemž okruhy zdravotních problémů myslí neuropsychiatrické choroby, jejichž výskyt dle něj zasahuje téměř 50 % populace.

2.1.2 Příčiny duševních onemocnění

Co se týče příčin duševních onemocnění, hraje u nich roli velké množství různých faktorů. U mnoha nemocí dokonce stále vůbec neznáme jejich příčiny, přesto existují jisté faktory, které mohou vznik duševního onemocnění podpořit. Jedním z faktorů, které ovlivňují vznik a vývoj duševních onemocnění, je vliv dědičnosti (Hosák, 2022). Kromě genetiky mohou mít na vznik duševních onemocnění vliv také interpersonální vztahy, různá traumata, kterými si člověk v životě prochází, narušený vývoj člověka od jeho narození po dospělost (nejčastěji se jedná o poškození mozku), ale i jiné rizikové faktory, jako například užívání návykových látek, stres a další (Kučerová, 2013). Praško (2011) rozděluje etiopatogenezi duševních onemocnění následovně:

1. Predispozice – do této kategorie spadají genetické a vývojové faktory
2. Dispozice – sem patří traumata, nemoci, zážitky
3. Precipitující faktory – můžeme zahrnout stres, konflikty, nepříznivé životní události
4. Projevy psychické poruchy – změny v myšlení, chování a emocích

5. Udržovací faktory – do této skupiny patří postoje, stigmatizace, sebezpřijetí a další

Důležitým prvkem je prevence duševních onemocnění, která má smysl jak u lidí, kteří ještě nemají diagnostikovanou žádnou duševní poruchu, tak i u těch, kteří se již s nějakým duševním onemocněním potýkají. Hoskovcová (2009) rozděluje prevenci v této oblasti na primární a sekundární a zdůrazňuje potřebu prevence v oblasti duševního zdraví. „*Správná životospráva, psychohygienu a včasné zachycení choroby hrají u průběhu mnoha psychických nemocí zásadní roli.*“ (Hoskovcová, 2009, s. 67) Primární prevence je zaměřena na tzv. možné spouštěče onemocnění, tedy na krizové situace, negativní jevy ve společnosti, jako je užívání návykových látek a další. Primární prevence je zaměřena na celou společnost, kdy je základním prvkem prevence vzdělanost společnosti v oblasti duševního zdraví a také edukace lidí od útlého věku o tom, co to je zdraví a jak o ně pečovat. Sekundární prevence je pak zaměřena na oblast včasných intervencí, kde je zapotřebí dalších odborníků (lékařů, pedagogických pracovníků, sociálních pracovníků), kteří mohou pomoci člověku odhalit to, že se může jednat o potíže spojené s duševním onemocněním a včas pomoci jedinci najít vhodnou pomoc, která může vznik duševního onemocnění buď zcela zastavit nebo alespoň zpomalit.

2.1.3 Klasifikace duševního onemocnění

Duševních onemocnění je celá řada, od méně závažných, po velmi vážné stavy. Důležitou součástí léčby člověka s duševním onemocněním je jeho diagnostika. Nestačí totiž pouze přijít na to, že má člověk nějaké psychické potíže, ale k tomu, abychom tyto potíže mohli dobře léčit a přistupovat k nim s potřebnými opatřeními, je podstatné vědět, o jaké onemocnění se jedná, stejně jako je tomu i u jiných onemocnění. Diagnostika duševních onemocnění je v České republice (dále jen ČR) spojena s Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů, zkráceně MKN, aktuálně ve své desáté verzi. Používáme tedy katalog MKN-10 (<https://mkn10.uzis.cz/>), ve kterém najdeme uvedené všechny popsané nemoci. V současné době se chystá implementace jedenácté revize mezinárodní klasifikace nemocí, která na základě doporučení WHO vstoupila v platnost od 1. 1. 2022, nicméně její oficiální česká verze

byla uveřejněna v únoru letošního roku (ÚZIS ČR, 2024). Klasifikace MKN 10 je rozřazena podle jednotlivých písmen abecedy a následně diferencována ještě podle čísel. Pro duševní onemocnění je vyhrazeno písmeno F a jeho číselné kombinace. Správné rozpoznání duševní poruchy může velmi pomoci v její léčbě (MKN-10, 2018).

V jiných zemích se mohou používat i jiné klasifikační systémy, například v USA používají klasifikaci s názvem Diagnostický a statistický manuál Americké psychiatrické asociace, zkráceně DSM (z anglického Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). I tato klasifikace má sloužit jako praktický, funkční a flexibilní návod pro uspořádání informací, které mohou pomoci při přesné diagnostice a léčbě duševních poruch. Tato klasifikace je oproti české MKN výrazně podrobnější. I tato klasifikace během své existence prošla vývojem a existovala v několika předchozích verzích, přičemž aktuální verze je klasifikace DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Další často používanou klasifikací v ČR je i Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, zkráceně MKF. I tento klasifikační systém byl vyvinut Světovou zdravotnickou organizací. Jeho výhodou je jeho komplexnost, která umožňuje hodnotit funkční schopnosti na základě nejen zdravotního stavu, ale i na základě schopnosti účastnit se běžných životních aktivit a zapojit se do života společnosti. Je využíván ve zdravotnictví, sociální péči, rehabilitaci a dalších oborech k posuzování a plánování podpůrných opatření pro jednotlivce s různými zdravotními potřebami. Nevýhodou tohoto klasifikačního systému odborníci spatřují v tom, že je tato klasifikace mnohem komplikovanější, než využití MKN (Pfeiffer, 2008). Tyto klasifikace se různí v tom, jak nemoc popisují a jak s ní dále pracují.

Pro účely této práce je důležité zmínit, že některá onemocnění se označují jako tzv. SMI onemocnění, tedy závažná duševní onemocnění (z anglického severe mental illness) nebo někdy také jako SPMI (z anglického severe and persistent mental illness), tedy závažná a dlouhodobá duševní onemocnění (Pěč, 2009). Pro tuto skupinu duševních onemocnění je typické, že jejich léčba není jednoduchá a je zapotřebí komplexního přístupu. Jedná se o kategorii, se kterou pracuje psychiatrická reforma, a jedná se o skupinu onemocnění, na kterou se často specializují různé přístupy. Není to proto, že by ostatní onemocnění nepotřebovala komplexní a individuální přístup, ale proto, že není tak složité je léčit, jako onemocnění ze skupiny SMI. Lidé s onemocněním z této skupiny onemocnění jsou

hlavní cílovou skupinou Center duševního zdraví (zkráceně CDZ). Důvodem je jejich zranitelnost a to, že jsou nejvíce ohroženi sociální inkluzí (ČLS JEP, 2017). Veldhuizen (2013) definoval kritéria, která musí člověk s duševním onemocněním naplňovat, aby mohl být považován za člověka se závažným duševním onemocněním. Jedná se o čtyři základní kritéria. První kritérium spočívá v tom, že onemocnění člověka omezuje a je nutná jeho léčba, druhé kritérium zahrnuje potíže ve fungování v sociální oblasti, které se objevují v důsledku duševního onemocnění a mají negativní vliv na jeho další vývoj. Třetím kritériem je trvání onemocnění, které by mělo vykazovat znaky dlouhodobého, chronického problému. Poslední kritérium uvádí, že onemocnění vyžaduje odbornou pomoc. Jedná se především o onemocnění, které se v klasifikaci MKN-10 nachází v kategoriích F2, F3, F4 a F6, což jsou psychotické poruchy, poruchy nálad, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti. Níže si jednotlivé kategorie blíže představíme.

Psychotické poruchy

Psychotické poruchy jsou poruchy, které v klasifikaci MKN-10 najdeme pod označením F2. „*Psychóza je závažné duševní onemocnění, které je léčitelné, ale které svým průběhem zasahuje hluboko do osobnosti pacienta a také do jeho vztahů s okolím, a to tím, že zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět kolem sebe, v němž žije.*“ (Raboch, 2012, s. 244). Jednou z nejčastějších diagnóz z této kategorie je schizofrenie, která má několik podob (např. paranoidní, hebefrenní, katatonní). Schizofrenie je onemocnění, které se projevuje halucinacemi, bludy, poruchami myšlení atd. (Dušek, 2015). Často se setkáváme s tím, že je tato diagnóza demonizovaná, lidé z ní mají velkou obavu, protože se mluví o tom, že lidé se schizofrenií mohou být nebezpeční. Také se stává, že je tato diagnóza zaměňována s mnohočetnou poruchou osobnosti, s čímž je možné se setkat například v některých filmech. Léčba těchto onemocnění probíhá často v prvních fázích za hospitalizace, kdy je stav natolik vážný, že není možné zahájit léčbu v domácím prostředí. Je to způsobeno tím, že počátky nemoci se velmi obtížně rozlišují a často se na nemoc přijde, až když je pozdě (Kučerová, 2013).

Afektivní poruchy

Afektivní poruchy nebo také poruchy nálady bychom opět našli v klasifikaci MKN-10, a to pod označením F3. Mezi nečastější onemocnění z této skupiny patří deprese. K depresi se společnost často staví tak, že tuto diagnózu zlehčuje. Mnoho lidí zaměňuje depresi se špatnou náladou, ale nevědí, jak taková deprese ve skutečnosti vypadá. Deprese se často projevuje tak, že člověk není schopný vykonávat běžné denní aktivity, vstát z postele a vyčistit si zuby je pro něj nepřekonatelný úkol (Dušek, 2015). Přitom se jedná o velmi rozsáhlý problém, protože lidí s diagnózou deprese velmi rychle přibývá. Dnes se jedná o druhé nejčastější chronické onemocnění na světě s vizí, že se do 10 let stane nemocí nejčastější (Raboch, 2012). Dalším velmi častým onemocněním z této skupiny je bipolární afektivní porucha, kdy se depresivní stavy střídají se stavy tzv. mánie, která je opakem deprese. Na první pohled to může působit tak, že je člověk v pořádku, jen veselý, plný nápadů, nicméně s manickými stavy se pojí i pocit vlastní mimořádnosti, která hraničí až s pocitem nezničitelnosti, takže člověk může přestat být ostražitý vůči varovným signálům těla a jeho chování je nebezpečné pro jeho zdraví (Plochová, 2016). Často také dochází k zrychlenému myšlení, člověk nezažívá pocit únavy a tělo bývá po manické epizodě často extrémně vyčerpané (Raboch, 2012).

Neurotické poruchy

Neurotické neboli úzkostné poruchy jsou další skupinou onemocnění, které spadají pod závažná duševní onemocnění. Jejich výčet bychom našli v MKN-10 pod označením F4. Jedná se o pravděpodobně nejrozšířenější skupinu duševních onemocnění, se kterou se mohou lidé setkat. U neurotických poruch je často obtížná jejich diagnostika, protože příznaky onemocnění mohou být v prvních chvílích často mylně vykládány jako důsledek somatických obtíží a nezřídka jsou příznaky zaměňovány s vyčerpáním organismu nebo s infarktem. Člověk často ani s příznaky nenavštíví lékaře, protože je považuje za přechodné, pokud jsou zastoupeny v menší míře, což dává onemocnění příležitost více se rozvinout. Následně je ovšem jeho léčba obtížnější (Praško, 2005).

Stručný psychologický slovník popisuje úzkost jako „... *nepříjemný emoční stav provázený psychickými i tělesnými znaky odpovídajícími strachu, ovšem aniž je známa příčina...*“. Dále uvádí ještě důležitou informaci, že pokud se jedná o úzkosti, které nejsou příliš intenzivní, či nejsou příliš časté, nemusí se jednat o duševní poruchu (Hartl,

2004, s. 287). Pravděpodobně každý si prošel nějakými úzkostnými stavy, které ovšem nemusí znamenat, že se jedná o duševní onemocnění. Právě proto je vznik úzkostné poruchy obtížně diagnostikovatelný. Hartl (2004) také uvádí, že v případě úzkostné poruchy se úzkost objevuje často v důsledku pokusu o změnu chorobného chování. Jak je uvedeno, úzkostné poruchy bývají doprovázeny jak psychickými, tak somatickými příznaky. Mezi nejčastější psychické příznaky může patřit například pocit ohrožení, strach, katastrofické myšlenky, problémy se soustředěním, nepřiměřená ostražitost, podrážděnost a další. Co se týče somatických příznaků, mezi nejběžnější lze zařadit zrychlený dech, třes, pocení, zažívací potíže, xerostomie nebo bolest na hrudi v blízkosti srdce (Praško, 2005). Nejčastější poruchy z tohoto okruhu jsou panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, agorafobie, sociální fobie nebo obsedantně kompulzivní porucha (MKN-10).

Poruchy osobnosti

V posledních letech se podle nejrůznějších výzkumů ukazuje, že lidí s různými typy poruch osobnosti neustále přibývá (Kreisman, 2017). Stejně jako u předchozí kategorie, tedy úzkostných poruch, je diagnostika onemocnění poměrně obtížná. Některé rysy poruch osobnosti by na sobě mohl pozorovat téměř každý člověk a opět je nejdůležitějším zjištěním to, kde je hranice toho, kdy je člověk ještě v pořádku a kdy už je možné mluvit o onemocnění s názvem porucha osobnosti. Obecně by se dalo říci, že o onemocnění můžeme mluvit ve chvíli, kdy projevy a příznaky onemocnění komplikují běžné každodenní fungování v životě a ve vztazích s ostatními. Poruchy osobnosti jsou všeobecně známé tím, že jejich léčba je velmi zdoluhavá a obtížná (Praško, 2009). Mezi nejčastější poruchy osobnosti se řadí emočně nestabilní porucha osobnosti hraničního typu, někdy také označována dle původního názvosloví jako hraniční porucha osobnosti. Ačkoliv by se z přechodního popisu, že existuje tenká hranice mezi onemocněním a povahovým rysem, mohlo zdát, že se nejedná o závažné onemocnění, je emočně nestabilní porucha osobnosti onemocněním, které vyžaduje trpělivý a edukovaný přístup odborníků. Lidé s tímto onemocněním často využívají více služeb určených pro lidi s duševním onemocněním než pacienti s jiným druhem onemocnění a také se toto onemocnění objevuje často v kombinaci s dalšími duševními onemocněními (Dušek, 2015). Nejčastějšími příznaky emočně nestabilní poruchy osobnosti jsou instabilní

chování a nálady, vznětlivost a neovladatelnost nebo časté sklony k závislostem a sebepoškozující chování (Kreisman, 2017).

2.1.4 Léčba duševních onemocnění

V léčbě duševních onemocnění vlivem lepšího porozumění skrze výzkumy došlo k posunu poskytování zdravotní péče od důrazu na léčbu zaměřenou pouze na kompenzaci symptomů, která byla založena na úzkém pojetí zdraví a nemoci, k holistickému přístupu, který bere v úvahu i pohodu a funkčnost (European Commission, 2023). *„Pouhé soustředění se na léčení, respektive kontrolu nemoci, či symptomů dostatečně nezajistí těmto klientům plnohodnotný, kvalitní život.“* (Pfeiffer, 2018, s. 4).

Léčba výše uvedených duševních onemocnění spočívá především ve farmakologické léčbě, ale jak bylo zmíněno výše, důležitý je komplexní přístup v léčbě duševních onemocnění. Základem léčby jsou vždy medikamenty a léčebné preparáty, nicméně u těchto druhů onemocnění není možné spolehnout se pouze na medikamentózní léčbu. Dalším důležitým faktorem léčby jsou psychoterapie, biologická terapie, socioterapie a psychiatrická rehabilitace, pod kterou patří například pracovní rehabilitace (Dušek, 2015). V důsledku duševního onemocnění totiž dochází často ke ztrátě běžných každodenních návyků a dovedností, které se lidé často musí znovu učit, ať už se jedná o pobyt mezi lidmi (časté jsou úzkosti z kontaktu s dalšími lidmi), schopnost plánovat a mít nastavený denní režim apod. Důležitou součástí je také porozumění onemocnění a jeho fungování, aby byl člověk schopen rozpoznat příznaky onemocnění, které jsou občas obtížně rozlišitelné (Praško, 2003).

Psychoterapie je častým doplňkem farmakoterapie u výše uvedených diagnóz. Je velmi důležitou součástí, protože napomáhá člověku vyznat se sám v sobě, naučit se hledat řešení svých potíží a také přijmout sám sebe i s omezeními, která jsou člověku vlastní. Zároveň je prostředkem k lepšímu zvládnutí psychické zátěže plynoucí z obtížných životních situací (Kučerová, 2013). Raboch (2012, s. 409.) popisuje význam psychoterapie následovně: *„Během psychoterapeutického procesu terapeut zpravidla napomáhá svému pacientovi k pravdivějšímu sebepoznání, aby toto sebepoznání mohl využít k rozvíjení a obohacování své osobnosti a tím pocitu vlastní realizace.“* Existují

různé psychoterapeutické směry a techniky, což umožňuje člověku vybrat si terapeuta podle jeho zaměření tak, aby mu vyhovoval způsob terapeutické práce. Mezi základní psychoterapeutické směry spadá například hlubinná psychoterapie, dynamická psychoterapie, humanistická psychoterapie, kognitivně-behaviorální psychoterapie, systemická psychoterapie, hypnoterapie, relaxační techniky, transpersonální psychoterapie nebo eklektický přístup. Psychoterapie může probíhat individuálně nebo ve skupině (Praško, 2003).

U závažných stavů, které se dají obtížně léčit pomocí farmakoterapie a psychoterapie, případně u pacientů, kteří jsou farmakorezistentní, bývá využívána i biologická terapie. Nejběžnější metodou biologické terapie je elektrokonvulzivní terapie, ale patří sem například také repetitivní transkraniální magnetická stimulace, stimulace nervus vagus, fototerapie nebo spánková deprivace (Dušek, 2015). Biologická terapie má často kontroverzní nádechy a mnoho lidí se k ní staví s jistou nedůvěřivostí. Tato nedůvěřivost staví bohužel na reálných podkladech, kdy se stávalo, že tuto terapii prováděli v minulosti lidé s nedostatečnými zkušenostmi nebo nedostatečnou kvalifikací a vzhledem k tomu, že se jedná o metodu, při které je důležitá přesnost provedení, stalo se, že došlo k nevratnému poškození pacienta. Nicméně za předpokladu, že je tento způsob terapie veden správně, jedná se o velmi účinnou metodu, která pomáhá zvládat stavy, které není možné řešit jinými konzervativními způsoby (Hořínková, 2017).

Dalším prvkem v léčbě lidí s duševním onemocněním je sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace je sociální služba, která se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V zákoně je definována takto: „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilování návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“ (§70, odst. 1) Jedná se o způsob podpory v léčbě, dalo by se říci i o součást léčby lidí s duševním onemocněním, která je důležitá vzhledem ke skutečnosti, že člověk s duševním onemocněním často vlivem symptomů onemocnění, dlouhodobé hospitalizace nebo vlivem vedlejších účinků medikace, ztrácí některé schopnosti potřebné k samostatnému fungování v běžném životě (Dušek, 2015). Tento přístup k léčbě pomáhá člověku opět si osvojit schopnosti, které mu usnadní být soběstačným.

Poměrně hojně využívanou léčebnou metodou při léčbě duševních onemocnění je tzv. pracovní rehabilitace, někdy jsou používány pojmy pracovní terapie nebo ergoterapie. Z mého pohledu je však důležité tyto pojmy odlišovat. Pracovní terapie nebo ergoterapie se často využívá při snaze o aktivizaci pacienta, a to již v době hospitalizace. Zahrnuje především aktivity zaměřené na systematickou práci, rozvoj kreativity, jemné motoriky a pobyt ve společnosti. Tyto aktivity pomáhají rozvíjet u pacientů jejich sebedůvěru, práceschopnost, pomáhají se zlepšením kognitivních funkcí, jako je například soustředění, přičemž všechny tyto dovednosti bývají vlivem onemocnění značně oslabeny (Dušek, 2015). Ovšem pracovní rehabilitace je opět pojmem, který definuje zákon, a to zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti a jeho zaměření je na „*souvislou činnost, zaměřenou na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením.*“ (§69, odst. 2). Pracovní rehabilitace je tedy spíše zaměřená na podporu člověka po ukončení hospitalizace a zlepšování jeho pracovních schopností se zaměřením na uplatnitelnost na trhu práce.

Poměrně novým přístupem v léčbě duševních onemocnění je tzv. koncept Zotavení (anglicky Recovery), kdy se jedná o celkový přístup pacienta k jeho onemocnění a životu s onemocněním. „*Zotavování je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, hodnot, pocitů, cílů, svého umu či svých rolí. Je to způsob, jak vést život, který člověka uspokojuje, dodává mu naději a činí jej potřebným pro druhé, i s omezeními způsobenými nemocí.*“ (Anthony in Ridgway, 2014, s. 5). Princip zotavení klade důraz na skutečnost, že není nutné kompletně se vyléčit z nemoci, ale je důležité žít kvalitní život i s omezeními, které s sebou nemoc přináší. Roleneck (2016) popisuje koncept zotavení na příkladu komplikované zlomeniny nohy. Nejprve je člověk vlivem úrazu vyřazen z běžného každodenního fungování a probíhá léčba akutní fáze. Následně je nejakutnější část léčby absolvována, kost srostla, ale stále je potřeba pracovat na zlepšení funkčnosti nohy prostřednictvím rehabilitačních cvičení. V závěru je noha již zdravá, umožňuje člověku pohyb a funkčnost se obnovila, nicméně nebude možné, aby již člověk po takovém úrazu podal nějaký mimořádný sportovní výsledek a občas se může zranění připomenout například bolestí nebo jinými komplikacemi. Klíčovými prvky konceptu zotavení jsou zaměření na silné stránky člověka, naděje a smysluplná životní role (ČSL JEP, 2017).

2.2 Kvalita života

Kvalita života je multidimenzionální a subjektivní koncept, který se používá k popisu celkového dobrého životního stavu jedince nebo skupiny lidí. Zahrnuje širokou škálu aspektů, které mohou ovlivnit subjektivní pocit blaha, spokojenosti a životního uspokojení (Buchtová in Hnilicová, 2004). V této podkapitole je uvedena definice pojmu kvalita života, způsoby jejího měření a specifika kvality života u lidí s duševním onemocněním.

2.2.1 Definice pojmu kvalita života

Kvalita života je fenoménem, který je v posledních desetiletích velmi frekventovaný a setkáváme se s ním čím dál častěji v různých oblastech a odvětvích vědních oborů, např. ve zdravotnictví, sociálních službách, politice, ekonomice a dalších. Nezřídka bývá předmětem výzkumů a její poznávání, měření a zjišťování je důležitým faktorem při řešení nejrůznějších problémů a při nastavování procesů ve společnosti. Jedná se o pojem interdisciplinární, který se ukazuje být spojen s různými oblastmi života jedince a společnosti a stává se ústřední kategorií v oborech jako je sociální lékařství nebo veřejné zdravotnictví (Řehulková, 2008).

I když někteří autoři (Payne, 2002; Vaďurová, 2005) udávají, že se pojem kvalita života objevuje v historii již v období antiky, kdy se můžeme s tématem kvality života setkat v dochovaných dílech velkých filosofů, jako je Homér, Herakleitos nebo Sokrates (Payne in Bartoš, 2002), tak se s konceptem kvality života v moderní podobě setkáváme od 20. let 20. století. Původně se tento termín pojil především s ekonomickými ukazateli a byl spojován s materiální zajištěností společnosti. (Hnilicová in Payne, 2005) Za posledních 100 let došlo rozšíření významu tohoto pojmu a také ke změně chápání konceptu kvality života. Nevztahuje se pouze již na ekonomickou oblast života, ale i na všechny ostatní oblasti. Pod pojem kvalita života tedy spadají například i vztahy s okolím, společenské postavení, zdraví člověka, úroveň vzdělání a další (Gurková, 2011).

Pojem kvalita života je velmi obsáhlý a je obtížné celou tuto kategorii jednoduchým způsobem definovat. I když se názory na to, co přesně je kvalita života, různí, panuje

mezi odborníky shoda v tom, že kvalitu života tvoří tři hlavní oblasti, a to fyzické prožívání, psychická pohoda a sociální postavení člověka a jeho vztahy s druhými lidmi (Křížová in Dvořáčková, 2012). Problémem přesné definice kvality života je převážně fakt, že odborníci z různých odvětví na tento koncept nahlíží různými optikami, což způsobuje rozpory při snaze vytvořit jednu platnou definici (Hnilicová in Payne, 2005). Možnosti definování pojmu kvalita života komplikuje i to, že bývá tento pojem často zaměňován s dalšími termíny s podobným významem, jako například sociální pohoda apod. „*Kvalita života není totožná s termíny ‚stav zdraví‘, ‚životní spokojenost‘, ‚psychický stav‘ nebo ‚pohoda‘.*“ (Dvořáčková, 2012, s. 202).

Někteří odborníci vnímají kvalitu života jako rozpor mezi tím, jak si člověk představuje ideálně svůj život a mezi realitou, tedy tím, jak svůj život doopravdy žije (Calman in Dvořáčková, 2012). Pohled na kvalitu života jako na rozpor mezi realitou a ideální představou se objevuje v několika teoretických přístupech a filozofických diskurzích. Tento koncept je často spojen s ideou, že lidé hodnotí svou kvalitu života na základě srovnání svých aktuálních životních podmínek s tím, co považují za ideální nebo žádoucí. Autoři, kteří se zabývají tímto tématem, jsou například Baumeister (1995), Maslow (2014), Ryff (1996) nebo Kebza (2005).

Další zajímavou definicí je definice Centra pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu: „*Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.*“ (Hnilicová in Payne, 2005, s. 208). Halamová (in Bartoš, 2002, s. 52) popisuje kvalitu života jako: „*míru osobní spokojenosti, která je dána uspokojováním potřeb*“. Hudáková (2013, s. 36) vnímá kvalitu života jako „*čistě kvalitativní a do jisté míry subjektivní pojem.*“

Jak je uvedeno, problémem s vytvořením jednotné definice je různorodost pohledů jednotlivých odborností, proto by se dalo na kvalitu života pohlížet z psychologického hlediska, z psychoterapeutického, ze sociologického, z ekologického atp. Pro nás je zásadní pohled medicínský, zaměřujeme se na kvalitu života související se zdravím (zkratka HRQOL z anglického Health Related Quality of Life). Ve zdravotnictví se koncept kvality života objevuje od 70. let 20. století, nicméně pojem samotný byl v medicíně použit již v 60. letech, kdy ho Elkinton zmínil ve svém článku s názvem *Medicine and the Quality of Life* (Sekot in Bartoš, 2002). V medicínské oblasti se na kvalitu života pohlíží v kontextu definice zdraví podle WHO, která byla uvedena již

výše v této diplomové práci (oddíl 2.1.1 – Definice pojmu duševní onemocnění). „Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Kvalita života není tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince.“ (Hnilicová in Payne, 2005, s. 208).

Je patrný jistý rozpor v tom, jak často je termín kvalita života skloňovaný a používaný, a mezi tím, že neexistuje jedna jediná platná definice, takže může být obtížné si pod tímto pojmem představit něco konkrétního. Kaucký (in Bartoš, 2002) označuje pojem kvality života za „zaklínadlo“.

Důležitým prvkem pro pochopení pojmu kvality života může být orientace na tzv. dimenze kvality života. Tyto dimenze jsou stěžejní pro následné zkoumání kvality života, neboť definují, na které oblasti je potřeba zaměřit při zkoumání pozornost a které oblasti hrají při měření kvality života roli. Dle WHO (in Vaňurová, 2005) jsou zásadní čtyři základní oblasti neboli dimenze, a to fyzické zdraví a úroveň samostatnosti, psychické zdraví a duchovní stránka, sociální vztahy a vlivy prostředí. Ovšem stejně jako máme k dispozici vícero definicí pojmu kvality života, bylo vytvořeno i více klasifikací dimenzí kvality života. Například podle Research Unit v Torontu in (Vaňurová, 2005) jsou dimenze rozděleny do tří hlavních skupin, kdy každá skupina obsahuje několik oblastí. První skupinou je oblast existence, pod kterou spadá fyzická stránka, psychická stránka a duchovní stránka. Druhá skupina se zaměřuje na sounáležitost a zahrnuje místo na světě, místo ve společnosti a místo mezi lidmi. Poslední skupinou je oblast adaptability, do které patří každodenní život, volný čas a plány do budoucna. Feransová (in Gurková, 2011) popisuje také čtyři základní dimenze, mezi které patří schopnosti potřebné k tomu, aby člověk mohl vést běžný život, dále spokojenost, možnosti dosahování individuálních cílů a být činný ve společenském životě. Existují i další rozdělení, nicméně je asi nejdůležitější uvést, že všechny rozdělení pracují s podobnými pojmy a dimenzemi. Dalo by se říci, že oblasti, na které se zaměřujeme v rámci měření kvality života se dělí do čtyř základních skupin: (Vaňurová, 2005)

1. Zdravotní stav – tato oblast zahrnuje fyzické zdraví, nezávislost, psychické zdraví a celkové zdraví.
2. Každodenní aktivity – do této kategorie spadá bydlení, denní režim, sebeobsluha, práce a jídlo.
3. Sociální oblast – v sociální oblasti se zaměřujeme na měření kvality blízkých vztahů, širších vztahů a socioekonomické pozice.
4. Vnitřní realita – i vnitřní realita je důležitou součástí hodnocení kvality života a do této oblasti můžeme zařadit spokojenost, vnitřní zkušenost, seberozvoj, bezpečí, sebehodnocení a kontrolu.

Poměrně známým konceptem je také Maslowova hierarchie potřeb, která nám umožňuje přehledně a jednoduchým způsobem nahlédnout na jednotlivé dimenze a jejich důležitost pro jedince i v měření kvality života (Maslow, 2014).

Souhrnně tedy lze říci, že je obtížné kvalitu života definovat jednoznačně, že se jedná o koncepci „*subjektivní, holistickou, multidimenzionální podmíněnou, dynamickou, hodnotově orientovanou, zahrnující subjektivní a objektivní indikátory a související s uspokojováním potřeb*“ (Hudáková, 2013, s. 40). V následujícím oddíle je popsáno, jak je možné tuto koncepci měřit.

2.2.2 Měření kvality života

Měření kvality života je poměrně komplikovaným procesem, protože je nutné brát v potaz, že kvalita života je vždy ovlivněna nějakým dalším, často sociálním kontextem. Proto se při výzkumu kvality života často zaměřujeme na určitý okruh lidí, který je ovlivněn jistým faktorem v podobné míře. Výše je také uvedeno, že se jedná o koncept dynamický, proto je potřeba počítat s tím, že se výsledky měření kvality života mohou lišit v závislosti na aktuálním zdravotním stavu (Vaďurová, 2005). Tato dynamičnost může být nevýhodná v případě, kdy potřebujeme obecnější výsledky z měření kvality života, naopak jsou dobrým pomocníkem ve chvíli, kdy zkoumáme například dopady konkrétní intervence. Důvodem, proč je dobré kvalitu života zkoumat a proč se tomu v posledních desetiletích věnuje i poměrně velké množství výzkumníků, je skutečnost, že nám výsledky těchto měření mohou pomoci zlepšovat podmínky pro život, aby mohli lidé žít co nejlepším možným způsobem (Hnilicová in Payne, 2005).

Kvalitu života můžeme zkoumat a měřit různými způsoby. Pravděpodobně nejzákladnějším rozdělením je na objektivní a subjektivní zkoumání kvality života. Jak uvádí Hnilicová (in Payne, 2005, s. 207) rozdíl mezi objektivním a subjektivním pohledem je následující: „*Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.*“ Stále však napanuje shoda na tom, zda je více vypovídající subjektivní nebo objektivní metoda měření kvality života. Subjektivní nám dává větší možnost nahlédnout na prožívání člověka, zaměřit na faktory, které mohou kvalitu života ovlivňovat, nicméně výhodou objektivního měření je v tom, že je možné měření více zobecnit a brát tento problém komplexnější.

Dalším základním rozdělením zkoumání kvality života je podle metody zkoumání, která může být buďto kvantitativní nebo kvalitativní. Kvantitativní metody jsou především různé dotazníky a škály, kterých bylo vytvořeno velké množství. Podle Kučery (in Hnilicová, 2004) existuje více než 450 standardizovaných nástrojů pro měření kvality života. Na základě toho, že je měření často zaměřené na určitou skupinu lidí, byly tyto skupiny i důležitým faktorem pro vývoj jednotlivých dotazníků. Proto máme specializované dotazníky pro děti a dospívající, pro lidi v seniorském věku, pro lidi se zdravotním postižením, pro lidi s onkologickým onemocněním a další. Každá tato skupina lidí má totiž odlišné požadavky na zkoumání, které jsou v dotaznících zahrnuty (Vaďurová, 2005). Tyto dotazníky jsou efektivním nástrojem pro poměrně rychlé a snadné měření kvality života, jeho výsledky se dají velmi dobře srovnávat a velkým přínosem je i možnost srovnání u jednotlivců v průběhu jejich života, například na začátku léčby a s odstupem několika měsíců, kdy nám výsledky mohou napovědět, na co je dobré se při zkoumání kvality života zaměřit. Tyto dotazníky se nejčastěji zaměřují na následující kategorie: fyzické funkce, fyzické omezení rolí, emoční omezení rolí, sociální funkce, bolest, duševní zdraví, vitalita a všeobecné vnímání vlastního zdraví (Kalová, 2005). Používáme tři základní typy dotazníků, tzv. Global assesement, které jsou konstruovány tak, aby byly schopné hodnotit kvalitu života všeobecně, ovšem není možné s nimi zjistit, ve kterých oblastech dochází k poklesu kvality života. Druhým typem jsou generické dotazníky, které se zaměřují na možnosti srovnávání jednotlivých zkoumaných skupin a vlivů různých nemocí na kvalitu života mezi sebou. Posledním typem jsou dotazníky specifické, které jsou vytvořeny za účelem sledování konkrétní

nemoci a vývoje jejího vlivu na kvalitu života jedince (Kalová, 2005). Nejčastěji používanými dotazníky k měření kvality života jsou APACHE II pro hodnocení akutního a chronického zdravotního stavu, The Karnofsky Performance Scale, Visual Analogue Scale, Index kvality života nebo Spitzer Quality of Life Index, přičemž všechny tyto uvedené dotazníky jsou nástrojem objektivního měření kvality života. Nejčastější dotazníky na subjektivní měření jsou následující: SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), SEIQoL-DW (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting), LQoLP (Lancashire Quality of Life Profile) a SQUALA. Pro měření HRQOL byly speciálně vyvinuté dotazníky, které jsou konstruovány za spolupráce WHO a dalšími odbornými zdravotnickými centry, a to dotazník WHOQOL-100 a jeho zkrácená verze WHOQOL-BREF (Vařšurová, 2005). Standardizovaných dotazníků k měření kvality života je velké množství, a to těch, které nejsou specificky zaměřené, tak i těch, které se zaměřují na konkrétní skupinu lidí, proto bychom našli dotazníky na měření kvality života u mužů, u dětí, u seniorů, u pacientů s astmatem a mnoho dalších.

Ovšem tyto kvantitativní metody nejsou schopné zachytit všechny aspekty a faktory. Pokud má výzkumník zájem o podrobnější zkoumání kvality života, je možné využít kvalitativní metody výzkumu kvality života. Kvalitativní metody spočívají především v rozhovorech s lidmi z různých skupin, kdy je při těchto rozhovorech větší možnost nahlédnout na problematiku kvality života v širším kontextu. Ideálním způsobem měření kvality života pak mohou být holistické přístupy, které kombinují možnosti kvantitativního a kvalitativního měření. Použití holistických přístupů, které kombinují různé metody a hledají komplexní porozumění kvalitě života v různých kontextech, kulturách a populacích.

2.2.3 Kvalita života lidí s duševním onemocněním

Mnoho výzkumů z různých odvětví prokázalo, že kvalita života u lidí trpících jakýmkoliv onemocněním je vlivem tohoto onemocnění snižena. Z této myšlenky vycházeli odborníci i při tvorbě měřících nástrojů, proto máme k dispozici dotazníky pro zjišťování kvality života u onkologických pacientů, u pacientů s astmatem, u pacientů s HIV a další. Nejinak je tomu v případě duševních onemocnění, kdy proběhlo mnoho

výzkumů (například Masthoff, 2006; Michalak, 2005; Sierra, 2005; Hansoon, 2006; Motlová, 2004; Brosey, 2015) zaměřujících se na souvislosti mezi kvalitou života a duševním onemocněním. Tyto výzkumy byly často i zaměřeny na konkrétní typ onemocnění, např. na schizofrenii a další. Faktory, které významně ovlivňují kvalitu života jsou například symptomy v akutní fázi onemocnění, které mohou významně ovlivnit zdravotní stav jedince i jeho schopnost vést normální život, dále vedlejší účinky medikace, stigmatizace, ale i symptomy onemocnění, které se objevují po zvládnutí akutní fáze onemocnění, například nejistota ve vztazích (duševní onemocnění může ovlivnit schopnost jedince navazovat a udržovat zdravé sociální vztahy, což může vést k izolaci a pocitu osamělosti), zhoršení kognitivních funkcí, snížení pracovních schopností, což může vést ke komplikované finanční situaci a další.

S kvalitou života lidí s duševním onemocněním také úzce souvisí pojem stigmatizace, která často může vést až k diskriminaci (často například na trhu práce nebo při hledání a zajišťování důstojného a odpovídajícího bydlení). Stigmatizace lidí s duševním onemocněním je velkým problémem, na který se zaměřuje i reforma psychiatrické péče a bude o tomto tématu ještě dále zmínka v podkapitole věnované reformě psychiatrické péče. Stigmatizace je „*proces přiřazení nepravdivých negativních vlastností skupině lidí.*“ (Pasz, 2020, s. 542). Jak velkým problémem je stigmatizace v kontextu kvality života uvádí Winkler (in Raboch, 2019, s. 118): „*Stigmatizace a diskriminace mají často horší dopad na kvalitu života než samotné duševní onemocnění.*“ Zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje léčbu, podporu ze strany rodiny a přátel, snižování stigmatu a diskriminace a zajištění přístupu k potřebné péči a podpoře. „*V oblasti péče o [...] duševně nemocné se kvalita života stala argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem.*“ (Hnilicová in Payne, 2005, s. 212). A to v důsledku toho, co bylo zmíněno již výše, tedy že duševní onemocnění není možné zcela vyléčit, proto se pozornost obrací ke zlepšování kvality života. „*U chronických onemocnění se hodnocení kvality života – HRQOL – stává jedním z rozhodujících faktorů při přijímání zásadních strategických rozhodnutí o léčbě a o celkovém přístupu ke konkrétnímu pacientovi i k celé nozologické jednotce.*“ (Kalová, 2005, s. 166).

2.3 Sociální opora

Podkapitola o sociální opoře je v této práci zahrnuta především z toho důvodu, že sociální opora hraje významnou roli v kvalitě života i v léčbě lidí s duševním onemocněním. „*Klíčovou složkou léčení je soubor vztahů s druhými lidmi: vlastní rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Je nepostradatelná.*“ (Koukolík in Malá, 2015, s. 15). Tato podkapitola obsahuje definici pojmu sociální opora, uvádí druhy sociální opory a popisuje, jak je možné sociální oporu měřit.

2.3.1 Definice pojmu sociální opora

Sociální opora je termín používaný k popisu podpory, pomoci a interakce poskytované rodinou, přáteli, komunitou nebo jinými lidmi v sociální prostředí. Jedná se o síť vztahů a podporu, která jednotlivců poskytuje emocionální, instrumentální (konkrétní pomoc a podpora ve formě praktických akcí) a informační podporu (poskytování informací a rad). Sociální opora může hrát klíčovou roli v podpoře duševního zdraví, přizpůsobování se stresu a zvládání obtížných situací. Její nedostatek může vést k pocitu izolace, osamělosti a zhoršení duševního i fyzického zdraví. „*Lidé s rozvinutými sociálními vazbami žijí podle některých zjištění déle a disponují celkem lepším fyzickým i psychickým zdravím než lidé bez těchto vazeb.*“ (Berkman in Křivohlavý, 2001, s. 93). Ve Stručném psychologickém slovníku (in Hartl, 2004, s. 252) bychom našli následující definici: „*... vztahová opora v okolí člověka; zvyšuje odolnost vůči stresu a chuť přežít prohry a krize; považována za pilíř duševního zdraví.*“

Z výše uvedeného je evidentní, že pojmy sociální opora a duševní zdraví k sobě neodmyslitelně patří a pro správné fungování duševního zdraví je sociální opora nezbytnou součástí. O to složitější je situace v případě propuknutí duševního onemocnění, které velmi intenzivně do vztahů s okolím zasahuje. U lidí s duševním onemocněním se zpravidla stává, že jsou jejich běžné sociální vazby silně narušeny. Důvodů je několik, od vlivu onemocnění na udržování sociálních vztahů přes nepříjemné situace, které tyto vztahy narušily, až po rezignaci blízkých z důvodu vyčerpání z péče o člověka s psychickými potížemi (Pasz, 2020). A i když jsou sociální vazby v životě člověka velmi důležitým prvkem a fungují jako podpora a záchrana lidí,

kteří se vypořádávají se složitou životní situací, tak právě tyto kontakty lidem s duševním onemocněním chybí. Ze strany lidí s duševním onemocněním poté dochází k uzavření se před vnějším světem a vztahy s okolím často dále nenavazují a odmítají, čímž se částečně podvědomě chrání (NÚDZ, 2021). V takových případech je třeba se obrátit na pracovníky Center duševního zdraví, kteří nejen podporují člověka komplexně v jeho fungování, ale snaží se s ním obnovovat důvěru v mezilidské vztahy a společně se učí navazování vztahů.

2.3.2 Druhy sociální opory

Zjištěním, jak velmi je sociální opora důležitá ve vztahu k člověku a jeho zdraví, započalo zkoumání sociální opory, které vedlo k vytvoření mnoha teorií o sociální opoře a jejích zdrojích. Důležitým výsledkem zkoumání bylo, že sociální opora se dá rozlišit na několik druhů. Stejně jako u předchozích definic a dělení, i zde panuje několik různých možností, jak se dá sociální opora rozlišovat, nicméně pravděpodobně nejpoužívanějším modelem je rozdělení na čtyři základní druhy: instrumentální oporu, informační oporu, emocionální oporu a hodnotící oporu (Křivohlavý, 2009).

Instrumentální opora spočívá především v poskytnutí podpory nějakým konkrétním způsobem, jehož prostředkem je nějaký instrument. Může se jednat například o materiální pomoc, finanční podporu, ale i pomoc při zajištění jiných hmotných věcí nebo pomoc při vyřízení důležitých věcí. Emocionální opora je charakterizována, jak již vyplývá z jejího názvu, emocemi, které může jeden člověk projevit druhému, a které mohou být pro člověka v obtížné situaci velmi důležité, aby se necítil osamocený a aby našel u ostatních pochopení. Jedná se především o empatii, lásku, pocit sounáležitosti. Dalším druhem je opora informační. Tento druh podpory je často využíván v poradenství, kdy jsou člověku poskytnuty potřebné informace, aby porozuměl lépe svojí situaci, a hlavně aby měl možnosti, jak tuto nepříznivou situaci může řešit. Posledním druhem sociální opory je hodnotící podpora. Tento způsob podpory je realizován prostřednictvím komunikace mezi lidmi a je důležitým prvkem při utváření sebevědomí a sebehodnotících procesů. Pokud člověk vnímá, že si ho ostatní váží, není

pro něj tolik obtížné na sebe pohlížet tak, že je důležitý a zaslouží si úctu ostatních (Kebza, 2005; Křivohlavý, 2009).

2.3.3 Měření sociální opory

Zkoumání sociální opory se stalo předmětem bádání mnoha výzkumníků. Možností, jak by bylo možné sociální oporu měřit, by se dalo zmínit několik, ovšem nejčastějším nástrojem pro měření sociální opory je dotazník, který byl již před více než čtyřiceti lety vytvořen několika odborníky a stále je považován za velmi efektivní při výzkumu sociální opory. Jedná se o dotazník Social Support Questionnaire (zkráceně SSQ). Tento dotazník zkoumá a mapuje jak velikost sociální sítě kolem jedince, tak i kvalitu této sítě, respektive spokojenost jedince s tím, jaké sociální opory se mu od jeho sociální sítě dostává. Z výzkumů za pomoci dotazníku SSQ vyplynulo, že lidé, s dobrými sociálními sítěmi, které jsou jak početné, tak i kvalitní, posuzují také pozitivně svoji kvalitu života (Křivohlavý, 2009).

Důležitým zjištěním v rámci měření sociální opory byla skutečnost, že sociální opora může mít za určitých podmínek i negativní dopady na jedince, kterému je opora poskytována. Jedná se o situace, kdy může být pomoc člověku v rozporu s jeho přesvědčeními, může se jednat o pomoc, která je příliš intenzivní a bere člověku možnost vlastního přičinění ke zlepšení situace, což může způsobovat pocity vlastní nedostatečnosti nebo neschopnosti. Dále se může jednat o pomoc, která neodpovídá potřebám člověka, což může vést k silnější frustraci. Nepřiměřená pomoc člověku může vyvolávat velké množství negativních pocitů. Důležité je tedy také forma sociální opory, která by měla vést k tomu, aby člověk měl možnost co nejvíce se podílet na vyřešení své situace (Kebza, 2005).

2.4 Reforma psychiatrické péče

Psychiatrická reforma je projekt, který v posledních letech významně ovlivňuje poskytování psychiatrické péče v ČR. Základem reformy je změna v pojetí psychiatrické péče, kdy se změny týkají především toho, že je více kladen důraz na

pacienta, na jeho rehabilitaci a návrat do života, zapojení psychologické a sociální oblasti, komplexní terapii.

Důvodů, které vedly k zahájení reformy psychiatrické péče v ČR, je hned několik. Prvním důvodem je alarmující nárůst výskytu duševních onemocnění v populaci. WHO udává, že se jedná o nárůst až 13 % během jednoho desetiletí (k roku 2017). Tato skutečnost je také důvodem, proč se problematika psychiatrické péče začala řešit globálně. WHO vydává různá doporučení, zaměřuje se na tuto oblast ve svých strategických plánech a vyzývá ostatní země, aby reformy psychiatrické péče implementovaly do svých národních strategických plánů. V ČR je situace ohledně reformy v určitých směrech specifická. Psychiatrická péče se proměnila v důsledku změny politického režimu, ale od té doby, tedy od 90. let 20. století, fungovala psychiatrická péče bez větších změn. Česká psychiatrie se dlouhodobě potýkala s rigidním systémem, podfinancovaností a také s velkými nedostatky, ať už materiálními, kapacitními či personálními.

Hlavním cílem reformy psychiatrické péče je zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním. Reforma probíhá již od roku 2013 doposud. Reforma psychiatrické péče se zaměřuje na několik hlavních oblastí, které charakterizují inovativní přístupy v léčbě lidí s duševním onemocněním (Úřad vlády ČR, 2020).

Základní oblasti reformy:

Deinstitucionalizace

V České republice byla původně psychiatrická péče směřována výhradně do institucí. Pacienti trávili dlouhá léta v psychiatrických nemocnicích případně poté v domovech se zvláštním režimem. Reforma přichází s myšlenkou deinsitucionalizace, kdy se snaží těžiště psychiatrické péče přesunout do přirozeného prostředí pacienta. Pobyt v nemocnici by měl být pro pacienta pouze záchytným bodem v akutní fázi onemocnění, ale převážná část tzv. zotavení by měla probíhat v přirozeném prostředí za podpory ambulantních specialistů, terénních zdravotníků, terénních sociálních pracovníků a psychologů. V Evropě jsou běžná lůžková zařízení pro desítky až stovky pacientů. V České republice se vyskytují tři zařízení, která jsou určena pro více než tisíc pacientů (Fokus Praha, 2024).

Centra duševního zdraví

Vznik Center duševního zdraví je těsně spjatý s již zmíněnou deinstitucionalizací. Vzhledem k tomu, že je vize přesunu psychiatrické péče z lůžkových zařízení do přirozeného prostředí člověka, je nutné, aby vznikla síť služeb pro lidi s duševním onemocněním. Tato centra jsou zdravotně-sociální služby, které mají multidisciplinární terénní týmy, které s člověkem s duševním onemocněním pracují na jeho zotavení (recovery). Tato centra se zaměřují především na podporu lidí s tzv. diagnózami SMI (Severe Mental Illness), tedy lidí se závažným duševním onemocněním. Mezi SMI diagnózy můžeme řadit například schizofrenii, afektivní poruchy nebo poruchy osobnosti (ČLS JEP, 2017).

Centra duševního zdraví jsou poměrně novým prvkem v péči o lidi s duševním onemocněním. I když vychází z předchozích zkušeností práce s lidmi s psychickými obtížemi a z běžné sociální rehabilitace, mají svá specifika, která by měla efektivněji poskytovat podporu této cílové skupině. Jejich multidisciplinární přístup a nové přístupy v poskytování péče jsou dalším krokem reformy psychiatrické péče (ČLS JEP, 2017).

Včasné intervence

Zaměření na včasné intervence je více preventivním krokem reformy. „*Včasné intervence se zaměřují na podporu lidí, u kterých se brzy může rozvinout závažné duševní onemocnění, nebo se již projevilo prvními symptomy.*“ (VIZDOM, 2021). Smysl včasných intervencí spočívá v tom, že se s onemocněním začne pracovat dříve, než k dojde k jeho plnému rozvinutí a je tedy jednodušší zmírnit jeho projevy a dopady a také je poté mnohem lepší prognóza vývoje onemocnění.

Destigmatizace

Destigmatizace je důležitou součástí reformy. Vzhledem k myšlence komunitní péče je velmi důležitý přístup běžné společnosti k lidem s duševním onemocněním. Reforma počítá s tím, že pokud bude mít člověk s duševním onemocněním dostatečnou oporu z neformálních zdrojů, nebude potřebovat takovou míru podpory zdrojů formálních – sociální a zdravotnické služby (NÚDZ, 2021).

Multidisciplinarita

Již ve výše uvedených odstavcích jsou uvedeny různé profese, které by měli tvořit síť podpory člověka s duševním onemocněním. Základem multidisciplinarity je efektivní spolupráce mezi sociálními pracovníky, lékaři, zdravotními sestrami, psychology a peer konzultanty. Všechny tyto odbornosti mají v multidisciplinárním týmu svoji jedinečnou a nezastupitelnou roli (ČLS JEP, 2017).

Základním dokumentem reformy psychiatrie v České republice je *Strategie reformy psychiatrické péče*, kterou vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2013). Dokument je rozdělený do šesti základních částí. První částí je úvod, ve kterém jsou uvedeny základní informace, cíl strategie a její účel. Druhá část se věnuje definici problému a jeho analýzou a také výhledem do budoucna. Ve třetí části jsou uvedeny vize a cíle strategie. Čtvrtá část obsahuje konkrétní cíle i s jejich podrobným popisem a navrhuje opatření se zaměřením na čtyři stěžejní pilíře (ambulantní péče, centra duševního zdraví, psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické nemocnice). V páté části najdeme implementační strategie, realizační plány a rozpočet. Závěrečná část se zaměřuje na proces, jakým byla strategie vytvořena.

Aktuální plnění reformy shrnuje dokument s názvem *Aktuality – plnění Strategie reformy psychiatrické péče v r. 2019* (Papežová, 2020). V dokumentu nalezneme údaje o tom, jak reforma postupuje. Z uvedených dat vyplývá, že se počet hospitalizovaných pacientů snížil přibližně o 10 %. Dále zde nalezneme počet vytvořených CDZ a počet jejich klientů a změnu financování psychiatrické péče.

Reforma psychiatrické péče v ČR probíhá již několik let. Přestože v uplynulých letech došlo k mnoha změnám v psychiatrické péči, rozšířil se počet komunitních týmů a dalších návazných služeb, které podporují lidi s duševním onemocněním po propuštění z nemocnice, stále by se však dalo říci, že je reforma na svém začátku. Jedním z cílů reformy bylo přiblížit se státům, ve kterých deinstitucionalizovaná psychiatrická péče funguje již delší dobu a funguje velmi dobře (např. Itálie, Velká Británie, Nizozemsko a další). Stále máme k fungování podpory lidí s duševním onemocněním, jako tomu je v daných státech, poměrně daleko. Důvody jsou bohužel podobné, se kterými jsme se potýkali před počátkem reformy. Služby jsou stále nedostatečné, a přesto, že jsou méně nákladné než péče v nemocničním prostředí, tak stále chybí finance na podporu

komunitní péče. Pracovníků je málo a služby jsou často přehlcené. CDZ vznikla díky projektovým financím, ale je náročné jejich fungování udržet i po ukončení projektů. Stále je obtížné financování ze zdrojů zdravotních pojišťoven. Dalším důvodem, proč je podpora komplikovaná, je obtížná spolupráce mezi zdravotnickou a sociální částí systému. Meziřesortní spolupráce je dle mého názoru základním předpokladem pro efektivní fungování komunitní péče v ČR.

Závěrem této kapitoly by bylo dobré zmínit, že dalším důvodem psychiatrické reformy je i skutečnost, že psychiatrie je jedním z odvětví, které představuje pro zdravotnictví (ale nejen pro něj) velkou zátěž, a to hned z několika důvodů. Tato zátěž je především ekonomická, protože s duševním onemocněním jsou spojeny vysoké náklady na léčbu, hlavně při hospitalizacích, které jsou charakteristické vysokým počtem dní hospitalizace, která zpravidla nebývá kratší než tři týdny. Dále je s výskytem duševních onemocnění spojena vysoká míra pracovní neschopnosti, kdy duševní onemocnění zasahuje do pracovních schopností nejen během hospitalizace a léčby akutních fází onemocnění, ale i v dalších fázích rekonvalescence a často se jedná o trvalé narušení pracovních schopností, které vedou tomu, že lidé s duševním onemocněním jsou v řadě případů pobírateli invalidních důchodů, a to všech třech stupňů v závislosti na závažnosti onemocnění. Vysoké zastoupení lidí s invalidním důchodem je dalším faktorem zatěžujícím ekonomiku státu. Není možné opomenout ani vysokou míru úmrtnosti v souvislosti s výskytem duševních onemocnění (Pasz, 2020).

3 Výzkumná část

Kapitola 3 obsahuje popis výzkumného problému, cíl výzkumu a výzkumné otázky, design výzkumu a návrh jeho strategie, včetně metod a metodiky výzkumu. Dále popisuje výzkumný vzorek a kritéria výběru výzkumného vzorku. Na konci výzkumné části se nachází podkapitola věnovaná analýze a interpretaci výsledků výzkumu.

3.1 Výzkumný problém

Kvalita života je pojem, se kterým se setkáváme čím dál častěji. Každý jedinec se snaží o to, aby jeho kvalita života byla dobrá a usiluje o její neustálé zlepšování (Payne, 2005). Pokud člověk trpí nějakým dlouhodobým onemocněním, je jeho kvalita života v důsledku tohoto onemocnění snížena. V našem případě se jedná o duševní onemocnění, které kvalitu života ovlivňuje poměrně komplexně (Zahrada 2000, 2016). K tomu, abychom mohli jedince s duševním onemocněním podpořit ve zlepšování jejich kvality života, je potřebné rozumět tomu, které aspekty mají na jejich kvalitu života vliv a co jim napomáhá kvalitu života zlepšovat. Tím, že jsou duševní onemocnění specifická, tak se nedá předpokládat, že budou mechanismy zlepšování kvality života fungovat stejně, jako u lidí zdravých, případně u lidí s jiným typem onemocnění. Velkou roli při udržování a zlepšování kvality života u lidí s duševním onemocněním hraje také míra podpory, kterou mohou využívat, protože tyto lidé často nejsou vlivem onemocnění schopni pomoci si sami (Šolcová, 1999). S pojmem kvalita života tedy (nejen) v našem případě úzce souvisí i pojem sociální opora.

Zkoumání kvality života u lidí s duševním onemocněním může do budoucna pomoci s nastavením jednotlivých a efektivních kroků psychiatrické reformy, která aktuálně probíhá, nicméně její úspěchy a zaměření jsou často diskutovanými tématy a očekávání toho, co reforma přinese, byla odlišná od současného vývoje této reformy.

Dalším důvodem, proč je významné kvalitu života lidí s duševním onemocněním zkoumat, je skutečnost, že zlepšování kvality života této skupiny lidí je důležitým faktorem jak preventivním, tak i následně zotavovacím. Udržování dobré úrovně kvality života může pomoci předcházet vývoji duševních onemocnění, ať už v jejich začátku

nebo v průběhu onemocnění, kdy nemusí docházet k relapsům onemocnění, přičemž každý relaps onemocnění znesnadňuje člověku návrat k běžnému životu. V oblasti zotavení je to důležitý faktor k pochopení toho, co člověk potřebuje a jak s onemocněním pracovat tak, aby mohl žít bez symptomů onemocnění.

Zároveň je porozumění tomu, jak vnímají lidé s duševním onemocněním svoji kvalitu života důležité i proto, aby lidé s těmito obtížemi byli pochopeni ze strany veřejnosti a je důležitým zdrojem destigmatizačních snah.

3.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem v této diplomové práci bylo prozkoumat a popsat, jak vnímají lidé s duševním onemocněním kvalitu svého života. Z mnoha předchozích výzkumů, které byly uskutečněny různými typy odborníků (například Masthoff, 2006; Michalak, 2005; Sierra, 2005; Hansoon, 2006; Motlová, 2004; Brosey, 2015), vyplývá, že kvalita života je v důsledku duševního onemocnění snížena a tyto výzkumy se zaměřují na příčiny, které kvalitu života snižují v souvislosti s duševním onemocněním. Málokterý výzkum se však zaměřuje na to, jakým způsobem svoji kvalitu života vnímají samotní lidé s duševním onemocněním, jak na ni nahlízejí a co jim pomáhá jejich kvalitu života zlepšovat, což je cílem tohoto výzkumu, tedy porozumět tomu, jaké mají lidé s duševním onemocněním možnosti v oblasti zlepšování kvality života.

Hlavní výzkumná otázka (HVO) tedy byla definována následovně:

HVO: Jak vnímají lidé s duševním onemocněním svoji kvalitu života?

K hlavní výzkumné otázce byly doplněny ještě vedlejší výzkumné otázky (VVO):

VVO 1: Proč považují lidé s duševním onemocněním svůj život za kvalitní či nekvalitní?

VVO 2: Jaké faktory lidé s duševním onemocněním vnímají jako důležité pro to, aby mohli svůj život považovat za kvalitní dle jejich vlastního chápání definice kvality života

VVO 3: Jaké způsoby podpory by lidé s duševním onemocněním potřebovali, aby se jejich kvalita života zlepšila?

VVO 4: Je systém péče o lidi s duševním onemocněním nastavený v souladu se zlepšováním kvality života lidí s duševním onemocněním?

3.3 Design výzkumu a návrh strategie výzkumu

S přihlédnutím k cíli práce i výzkumu byl zvolený kvalitativní přístup. Strauss a Corbinová (1999) uvádějí, že kvalitativní výzkum je každý výzkum, jehož výsledkem nejsou statistická data a při zjišťování dat ve výzkumu nejsou použity žádné statistické metody. Přestože kvalita života je jev, který je často zkoumán kvantitativními statistickými metodami a v teoretické části je uvedeno velké množství dotazníků, které je možné k měření kvality života použít, tak v tomto výzkumu byla použita kvalitativní metoda. Jedním z důvodů, proč byla zvolena právě metoda kvalitativního výzkumu je i to, že těchto výzkumů je menší množství, a přitom jsou z mého pohledu velmi důležité. Strausse a Corbinová (1999, s. 11) dále uvádějí, že je příhodné kvalitativní výzkum použít při „...výzkumu, který se snaží odhalit podstatu něčích zkušeností s určitým jevem, např. nemocí, přestoupením na jinou víru nebo závislostí. Kvalitativní metody se užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme.“

Dle Boggatze (2020) vyžaduje určení významu kvality života přístup zaměřený na člověka, který si klade za cíl poskytovat péči a podporu způsobem, který posunuje člověka samotného do centra rozhodování. Proto je dle mého názoru velmi důležité zkoumat kvalitu života i kvalitativními metodami. To, na čem záleží, jsou přání, hodnoty a potřeby těchto lidí. Definovat kvalitu života skrze přístup zaměřený na člověka lze tak, že se výzkumník lidí zeptá, na čem jim záleží. Miles (2014) dále uvádí, že kvalitativní výzkum slouží k průzkumu výjimečnosti života lidí. V tomto typu výzkumu se používá

relativně malé množství standardizovaných instrumentů a hlavním instrumentem studie je v podstatě výzkumník sám. Důležitými aspekty kvalitativního výzkumu jsou porozumění, možnost vcítění se do problematiky a také odbourávání předsudků spojených s tématem. Kvalitativní přístup k výzkumu byl zvolen především se záměrem proniknout do prožívání informantů a porozumět jejich pohledu na výzkumný problém, což by kvantitativní přístup nemohl umožnit. *„Analýza dat v kvalitativním přístupu je odlišná od analýzy v kvantitativním přístupu, kde aplikujeme předem zřízené kategorie k datům podle pevných pravidel. Kvalitativní analýza a interpretace dat je hledání sémantických vztahů mezi nimi a spojování deskriptivních kategorií do logických celků.“* (Švaříček, 2007, s. 16).

Hendl (2016) uvádí, že kvalitativní výzkum je sice dobrým prostředkem k hloubkovému pochopení jevů, nicméně má i své nevýhody, mezi které patří například obtížná generalizace výsledků výzkumu, výsledky mohou být ovlivněny osobou výzkumníka a obtížně se pomocí kvalitativních metod ověřují teorie.

3.4 Výzkumný vzorek a kritéria výběru vzorku

S ohledem na výzkumný problém a cílovou skupinu, se kterou byla vedena většina rozhovorů, byla při volbě výzkumného vzorku stanovena jasná kritéria výběru vzorku. Tato kritéria byla nezbytná vzhledem k povaze výzkumu, který se zaměřuje na konkrétní fenomén a je tedy vázaný na konkrétní skupinu respondentů, se kterými je možné rozhovor uskutečnit. *„Podstatné je, že nikde jinde, než právě tam se data, která k výzkumu potřebujeme, prostě nenacházejí.“* (Novotná, 2019, s. 294).

Rozhovory byly primárně vedeny s lidmi, kteří mají diagnostikované závažné duševní onemocnění ze skupiny SMI (definováno v teoretické části této diplomové práce – viz oddíl 2.1.3 – Klasifikace duševního onemocnění). V našem případě bylo důležité, aby byl výzkumný vzorek homogenní. *„Klíčovým požadavkem však zůstává, aby respondenti dobře reprezentovali daný fenomén (téma), který nás zajímá, což klade nárok na výzkumníka, aby pečlivě vybral takové participanty, kteří jsou nositeli daného jevu, či jej produkují.“* (Kostínková in Řiháček, 2013, s. 13-14). Dalším kritériem bylo, že se jednalo i lidí, kteří nebyli v akutní fázi onemocnění, ale ve fázi remise.

K zajištění většího počtu informantů byla využita metoda sněhové koule, která nám umožňuje snazší přístup k informantům, na které bychom mohli obtížně shánět kontakty. „... *respondenty, které jsme již získali, žádáme o kontakty na další lidi, které znají a mohli by odpovídat našim kritériím. Tito lidé nás potom odkazují na další respondenty.*“ (Švaříček, 2007, s. 73). V první fázi byla oslovena lékařka, psychiatrička, která byla požádána o rozhovor. Lékařka s rozhovorem souhlasila a následně se souhlasem svých pacientů doporučila tyto pacienty k dalším rozhovorům. Pacienti byli osloveni, a s těmi, kteří s rozhovorem souhlasili, byl rozhovor uskutečněn. Vždy byli také dotázáni na to, zda mohou poskytnout kontakt na někoho dalšího, kdo by odpovídal výzkumnému vzorku. Tímto způsobem byli osloveni všichni informanti, se kterými byly rozhovory vedeny.

Kvůli anonymizaci byla informantům pro účely této diplomové práce přidělena fiktivní jména. Přehled informantů, kteří poskytli rozhovor k výzkumu je uveden v následující Tabulce 1.

Tabulka 1 - Přehled informantů, kteří poskytli rozhovor a mají diagnostikované duševní onemocnění

Informanti	Pohlaví	Věk	Diagnóza
1. <i>Rozhovor:</i> Anna	žena	48 let	Deprese
2. <i>Rozhovor:</i> Bořivoj	muž	59 let	Schizofrenie
3. <i>Rozhovor:</i> Cyril	muž	57 let	Schizofrenie
4. <i>Rozhovor:</i> David	muž	32 let	Schizofrenie
5. <i>Rozhovor:</i> Eliška	žena	58 let	Deprese + schizofrenie
6. <i>Rozhovor:</i> František	muž	55 let	Schizoafektivní porucha

7. <i>Rozhovor:</i> Gita	žena	29 let	Schizofrenie
-----------------------------	------	--------	--------------

Vzhledem k tomu, že byly z důvodů validace výzkumu uskutečněny další tři rozhovory s informanty ze systému péče o lidi s duševním onemocněním, dvěma lékaři a jednou opatrovnící, byla vytvořena Tabulka 2, ve které jsou uvedeny údaje o těchto informantech.

Tabulka 2 - Přehled informantů, kteří poskytli rozhovor a nemají diagnostikované duševní onemocnění

Informanti	Pohlaví	Odbornost
1. <i>Rozhovor:</i> Hana	žena	Opatrovnice syna, který má diagnostikovanou schizofrenii
2. <i>Rozhovor:</i> Lékařka	žena	Psychiatr působící v soukromé ambulanci
3. <i>Rozhovor:</i> Lékař	muž	Psychiatr působící v soukromé ambulanci i na nemocničním oddělení

3.5 Metody a metodika výzkumu

V této podkapitole jsou uvedeny metody sběru dat a postup při sběru dat a metoda analýzy dat a postup při analýze kvalitativních dat.

3.5.1 Metody sběru dat a postup při sběru dat

Pro tento výzkum byl zvolen jako metoda sběru dat rozhovor. Vzhledem k tomu, že se jedná o téma, jehož definice je komplikovaná a také je vnímáno různými způsoby a také s ohledem na cílovou skupinu, se kterou byly rozhovory vedeny, jsem se rozhodla zvolit konkrétní formu rozhovoru tzv. polostrukturovaný rozhovor. „*Cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu.*“ (Švaříček, 2007, s. 13). Právě skrze tyto výhody byla použita metoda polostrukturovaného rozhovoru, protože cílem bylo nahlížet na problematiku optikou pacientů a lidí se zkušeností s duševním onemocněním, kdy rozhovory pomohly proniknout do uvažování lidí, se kterými byly rozhovory vedeny. Polostrukturovaný rozhovor předkládá také Kostínková (in Řiháček, 2013) jako nejvíce používanou metodu při sběru dat v kvalitativním výzkumu. Kostínková (in Řiháček, 2013, s. 15) dále uvádí, že polostrukturovaný rozhovor „... *představuje dostatečně flexibilní metodu, která dává respondentovi možnost volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm své myšlenky. Současně výzkumník může v reálném čase sledovat, co se v rozhovoru vynořuje, co je významné pro respondenta a zároveň může rozhovor usměrňovat tak, aby se neodchýlil od tématu.*“ (Kostínková in Řiháček, 2013, s. 15).

V rámci výzkumu bylo uskutečněno celkem deset rozhovorů. Sedm rozhovorů bylo vedeno s lidmi, kteří mají zkušenost s duševním onemocněním. I když někdo může namítat, že výpovědi lidí s duševním onemocněním mohou být zkreslené, nedůvěryhodné a neobjektivní, tak jsem toho názoru, že právě jejich osobní zkušenost a subjektivní prožívání je důležitým ukazatelem, který slouží k hodnocení péče i k individuální práci s pacientem. S tímto souhlasí také Buchtová (in Hnilicová, 2004, s. 75): „*Důležitější pro hodnocení kvality života jedince je jeho vlastní názor na stanovení priorit oblastí kvality života než stanovený a posuzovaný vnější systém hodnot.*“

Scénář otázek pro informanty, kteří mají vlastní zkušenost s duševním onemocněním:

- Co si představujete pod pojmem kvalita života?

- Myslíte si, že Váš život je kvalitní?
- Co Vám chybí, abyste mohl svůj život považovat za kvalitní?
- Co Vás omezuje v tom, aby byl Váš život kvalitní?
- Jaký vliv má duševní onemocnění na Vaši kvalitu života?
- Co Vám pomáhá zlepšovat kvalitu života?
- Kde čerpáte oporu?
- Mohl/a byste srovnat kvalitu života před propuknutím onemocnění a po něm?
- Napadá Vás ještě něco důležitého ke kvalitě života?

Aby však nedošlo k výraznému zkreslení dat, proběhly ještě další tři rozhovory, které byly uskutečněny tak, aby validita výzkumu byla zvýšena. Tyto rozhovory byly vedeny s lidmi, kteří duševní onemocnění sami nemají, ale jsou s ním v blízkém, každodenním kontaktu. Jeden rozhovor se uskutečnil s osobou pečující o pacienta s duševním onemocněním. Další dva rozhovory byly vedeny s lékaří s psychiatrickou aprobací, jednou lékařkou, která působí ve vlastní ambulanci ordinaci a s jedním lékařem, který působí jak v ambulanci ordinaci, tak na oddělení v psychiatrické nemocnici.

Scénář otázek pro informanty ze systému péče o lidi s duševním onemocněním:

- Co si představujete pod pojmem kvalita života?
- Může pacient se závažným duševním onemocněním žít kvalitní život?
- Co mu může pomoci ve zvyšování kvality života?
- Co mu může bránit v tom žít kvalitní život?
- Je systém péče nastaven tak, aby podporoval kvalitu života?
- Jak vnímáte svoji roli v podpoře kvality života?
- Co Vám brání v podpoře kvality života u pacientů?
- Co by Vám pomohlo poskytovat větší podporu při zvyšování kvality života pacientů?
- Je ještě něco důležitého ke kvalitě života, co by bylo potřeba zmínit?

Informanti byli před začátkem rozhovoru seznámeni s tématem a účelem rozhovoru. Také byli rámcově seznámeni s tím, jak budou rozhovory dále zpracovány a důležitým prvkem bylo ujištění, že budou rozhovory s informanty anonymizované. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Rozhovory se uskutečnily v průběhu února a března 2024.

Veškeré rozhovory byly uskutečněny se souhlasem všech informantů. Každý informant byl před začátkem rozhovoru dotázán, zda je možné pořídit z rozhovoru audiozáznam.

S audiozáznamem souhlasila polovina informantů, tedy pět, dalších pět nesouhlasilo s pořízením audiozáznamu, ale souhlasilo s tím, že si mohu rozhovor zapisovat. V pěti případech, kdy jsem dostala souhlas s pořízením audiozáznamu, byly rozhovory nahrány na diktafon a následně přepsány do textové podoby. Při přepisu z audiozáznamu byla použita technika doslovné transkripce, která umožňuje pracovat s doslovným vyjádřením informantů i s jich jazykovými specifiky. U ostatních rozhovorů je přepis pořízen přímo ze setkání a u těchto rozhovorů byla pro záznam rozhovorů použita metoda shrnujícího protokolu, při kterém dochází k doslovnému přepisu pouze u klíčových výpovědí, přičemž zbytek rozhovoru je uveden ve stručnější formě s důrazem na zachování původního smyslu sdělení (Hendl, 2016).

3.5.2 Metoda analýzy dat a postup při analýze kvalitativních dat

Pro analýzu získaných dat byla vybrána tzv. interpretativní fenomenologická analýza, zkráceně IPA (z anglického interpretative phenomenological analysis). Tato metoda byla vybrána, protože nejlépe odpovídala cílům diplomové práce a výzkumné otázce, tedy hlavně porozumění tomu, jak vnímají kvalitu života samotní lidé s duševním onemocněním. Kostínková (in Řiháček, 2013, s. 9) uvádí, že výhoda metody IPA je v *„porozumění žité zkušenosti člověka. Pomáhá nám detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu.“*

Důvodem pro výběr této analytické metody bylo zaměření na osobní zkušenost, která je pro tento výzkum klíčová, a právě IPA je ideálním způsobem, protože podle Hendla (2016, s. 284) *„Fenomenologické zkoumání usiluje o popis a zachycení základních významů lidské zkušenosti.“* Přičemž zkušenost s duševním onemocněním je nepřenositelná a tím pádem jsou výpovědi a názory lidí s touto zkušeností důležitým podkladem k pochopení jejich pohledu na problematiku kvality života.

Výhodou metody IPA není pouze skutečnost, že nám metoda umožňuje proniknout do porozumění určitému jevu a osobní zkušenosti člověka, ale také to, že tato metoda nám pomáhá zprostředkovat tuto zkušenost dalším lidem. *„Výzkumník se snaží vstoupit do vnitřního světa jedince, aby porozuměl významům, jež fenoménu přiřkládá. Výzkumník analyzuje získaná data, aby zachytil esenci prožité zkušenosti. V rámci fenomenologické*

studie se vytváří popis a interpretace sdělených prožitků. Výsledkem je text, který, zni pravdivě ' pro toho, kdo měl danou zkušenost s daným fenoménem, a poskytuje vhled pro toho, kdo ji neměl.“ (Hendl, 2016, s. 131).

„Výsledkem fenomenologických analýz pak bývá popis zkušenosti jedince tak, jak ji nahlédl, porozuměl a interpretoval badatel, případně identifikace témat, která se s ohledem na danou zkušenost vynořila jako významná ad.“ (Novotná, 2019, s. 275).

Při použití interpretativní fenomenologické analýzy jsem postupovala dle doporučení Kostínkové a Čermáka (Řiháček, 2013). Analýza byla zahájena nultou fází, ve které se jedná o vlastní reflexi vztahu k tématu výzkumu. V této fázi bylo důležité uvědomění toho, jak téma vnímá samotný výzkumník a jak vnímá vlastní zapojení do tématu. Já osobně jsem reflektovala, že mohu být díky svému pracovnímu zaměření ovlivněna předchozími zkušenostmi s lidmi s duševním onemocněním.

Dále analýza pokračovala důkladným seznámením se s uskutečněnými rozhovory. Docházelo k opakovanému čtení i opakovanému poslechu zaznamenaných rozhovorů. V této fázi bylo cílem vcítit se do situace informantů a pochopení jejich smýšlení o tématu.

Následně analýza pokračovala popisem jednotlivých částí textu a vytvářením poznámek a komentářů k textu. Tato část analýzy se podobá metodě otevřeného kódování. V této části analýzy byly použity jak komentáře výzkumníka, tak kódy, které nazýváme in vivo, které vycházejí z textu samotného, tedy jedná se o přímé citace informantů, jejichž znění bylo natolik výstižné či důležité, že byly použity k popisu části textu (Švaříček, 2007). Během fáze vytváření poznámek bylo k textu přistupováno z více perspektiv, a to jako k jednomu celku, ale také následně k jeho jednotlivým částem, které byly analyzovány odděleně, bez přímých souvislostí. Tento proces nazýváme dekonstrukce textu a slouží především k tomu, aby bylo možné na jednotlivé části rozhovoru možné nahlížet z různých perspektiv.

Další fází analýzy byla formulace témat, která se v textu objevila. V této fázi dochází k redukci dat, kterých bylo po předchozím kroku analýzy velké množství. Dalo by se říci, že byly poznámky a komentáře rozděleny do několika kategorií, které vznikly jejich sloučením či na základě jejich podobnosti. Nejprve bylo na základě seskupení vzniklých kódů z předchozího kroku analýzy vytvořeno sedmáct podkategorií, mezi kterými byly hledány vazby a vztahy. Analýza pokračovala fází, ve které je důležité hledání vztahů

mezi tématy, která se formulovala v předchozím kroku. Následně byly tyto podkategorie redukovány do jednotlivých kategorií.

Veškeré kroky opakovaly u každého jednotlivého rozhovoru.

Poté, co byly veškeré výše uvedené kroky analýzy aplikovány u všech pořízených rozhovorů, byla jednotlivá témata z rozhovorů porovnána a došlo k jejich srovnání mezi sebou. V této fázi bylo identifikovány konečné kategorie, které se vyskytovaly napříč rozhovory a z analýzy dat vyplynula jejich důležitost.

Na závěr došlo k interpretaci jednotlivých témat ze strany výzkumníka.

Tabulka 3 - Ukázka analýzy dat

Kategorie	Podkategorie	Kódy	Četnost výskytu kategorie v rozhovorech
Definice kvality života	Co je kvalita života?	Cítit se líp, radovat se, spokojenost, radovat se z maličností...	10
Vliv léků na kvalitu života	Vedlejší účinky, paradoxy užívání léků	Léky, léková politika, snažit se dodržovat léčbu, léky tlumí, únava, zabržděnej, stropky, pozornost...	7
Finanční zajištění a životní jistoty	Bydlení, finance	Bydlení, vlastní byt, jistota, bezpečnost, zázemí...	9

Práce – zdroj peněz nebo seberealizace?	Práce, finance	Zkrácený úvazek, chráněný pracovní trh, invalidní důchod, příspěvek na péči...	9
Potřeba blízkých lidí	Rodina, kamarádi, sociální služby, součást kolektivu, pochopení a tolerance	Stmelení rodiny, síla rodiny, rodiče, přítel, kočička, vztahy, společenské akce, platný člen, tabu...	10
Aktivní život a smysluplné trávení volného času	Povinnosti, sport, koníčky	Denní režim, běhání, čtení, pohyb, aktivita, návyky, dril, sranda...	9
Osobnostní růst	Vzdělávání, přijetí onemocnění, duchovno	Restart, беру to jako dar, autonomie, odvaha, motivace...	6

3.6 Analýza a interpretace dat

V důsledku analýzy bylo identifikováno sedm základních kategorií, které byly stěžejní v rozhovorech s informanty.

Definice kvality života

Vzhledem k tomu, jak bylo uvedeno již v teoretické části této diplomové práce, že je definice pojmu kvalita života komplikovaná, byla jedna z prvních otázek rozhovoru zaměřena na to, co pod pojmem kvalita života vnímají informanti samotní.

Anna pod pojmem kvalita života popisuje, že je to způsob, jak se člověku žije. Zároveň dodává, že její život je kvalitní, i když ne na 100%. Zdůvodňuje to tím, že má rodinu, pěkný vztah s manželem, zdravé děti a dobrou práci.

Bořivoj kvalitu života vnímá tak, že by měl člověk žít, co nejlépe. Uvádí, že on je spokojený, i když třeba nechodí do práce, ale má nějaký režim a má nějaké jistoty.

Cyril ke kvalitě života říká: „*Aby člověk ten život trošku prožil, aspoň trošku ve spokojenosti. Je jedno, jestli je sportovec nebo třeba má rád divadlo, to je jedno, ale aby prostě byl trošku spokojenej no.*“ (R3, řádek 6-8).

David uvedl moc hezkou definici kvality života: „*Tak v první řadě bezpečnost, rodina, peníze a nějaký duševní život.*“ (R4, řádek 3). Pro Davida je v kvalitě života nejdůležitější osobní rozvoj, aby se člověk někam posunoval dál.

Eliška při rozhovoru byla nejistá ohledně toho, co si představit pod pojmem kvalita života, nicméně nakonec zmínila, že pro ni by byl život kvalitní, kdyby měla rodiče, kteří jsou již bohužel po smrti a velmi jí chybí.

František se potýká s duševním onemocněním již dlouhá léta a popisuje, že kvalitní život je podle něj tehdy, pokud člověk dodržuje, co mu ostatní radí, hlavně pak lékař. Tedy žít kvalitní život může, pokud pravidelně bere léky.

Gita uvedla, že její život je kvalitnější, než býval. Pod pojmem kvalita života si představuje, že by člověk měl mít zajištěnou práci, nějakého blízkého člověka a mít nějakou smysluplnou aktivitu.

Hana mluvila o tom, že pro to, aby člověk mohl žít kvalitní život, tak je nejdůležitější, aby mohl být člověk samostatný. Proto syna celý život vedla k tomu, aby mohl fungovat v maximální možné míře samostatně, i když to někdy bylo obtížné.

Lékařka se s Hanou v pohledu na to, co je to kvalita života shoduje. „*Kvalita života může být opravdu pro každého chápána jinak a myslím si, že z hlediska těch duševně nemocných nebo lidí, kteří trpí nějakou duševní poruchou, je to, z mého pohledu, pocit jakési spokojenosti a funkčnosti tak, aby v tom životě byli schopní si prožít ten život a prostě fungovat tak optimálně, jak je to možné.*“ (RP2, řádek 5-8).

Lékař, se kterým byl vedený rozhovor zase vnímá, že kvalita života je, když se člověk dokáže sám o sebe postarat a není závislý na okolí. Dalším důležitým bodem je to, aby se pacient ideálně zbavil symptomů nemoci, které často mají vliv na sníženou kvalitu života.

Z uvedených citací a parafrází je evidentní, že i pro člověka samotného může být obtížné si pod pojmem kvalita života představit něco konkrétního, ale i přes to, že tento pojem každý vnímá s menšími nebo většími rozdíly odlišně, tak se v zásadních věcech shodují. Důležité oblasti jsou především zázemí, jistoty, smysluplnost a samostatnost. Dále si jednotlivé kategorie, které byly v rozhovorech zmíněny, více rozvedeme.

Vliv léků na kvalitu života

Velmi častým tématem, na které jsme v rozhovorech s informanty naráželi, bylo téma medikace a užívání léků. Není divu, že se jednalo o velmi diskutovanou oblast, protože léky k životu s duševním onemocněním ve většině případů neodmyslitelně patří a jsou důležitou součástí kompenzovaného zdravotního stavu.

Anna dokonce uvádí, že to, co by pomohlo zlepšit její kvalitu života by bylo „*kdybysme dokázali nějak nastavit tu léčbu.*“ (R1, řádek 37).

Cyril důležitost braní léků zdůrazňuje slovy: „*Toto je opravdu stěžejní. A kdybych ty prášky nebral, tak by to šlo dolů ještě víc.*“ (R3, řádek 19-20).

Eliška jednoznačně odpovídá na otázku, co jí nejvíc pomáhá, že injekce.

František upozorňuje na důležitost správného užívání léků během celého rozhovoru. Na otázku, zda si myslí, že jeho život je kvalitní, odpovídá: „*Akorát, že někdy prostě člověk, když fakt vypadáš klidně, tak zapomene, nebo že někdo hlídá, jako mě to hlídá děda jo, ...*“ (R6, řádek 38-39). Gita svoji zkušenost popisuje následovně: „*... když ty léky už pomalu jako by zabíraly, a když jsem začala brát, tak můžu říct, že to bylo o hodně lepší.*“ (R7, řádek 14-15)

Zároveň však, i když všichni dotazovaní uvádí, že jsou léky velmi důležité proto, aby mohli žít kvalitní život, tak často popisují, že nežádoucí účinky těchto léků mají také

negativní dopady na kvalitu jejich života. Dokládá to souhlasná odpověď Františka na moji otázku, zda správně rozumím tomu, že ho nějakým způsobem omezuje to, že užívá ty léky, ale zároveň ví, že je to potřeba, aby mu bylo dobře.

S asi nejtěžšími vedlejšími účinky léků se setkává Gita, která popisuje, že zažívá tzv. stropky, které popisuje jako samovolné pohyby očí směrem vzhůru, které nedokáže ovládat a ztěžují ji orientaci v prostoru a mohou trvat až několik hodin. V takových chvílích je Gita odkázána na pomoc blízkých. I tak však si je vědoma toho, že i takto nepříjemné vedlejší účinky jsou snesitelnější než symptomy nemoci, *„Ale zase lepší než prostě ty léky nebrat, než úplně na to kašlat.“* (R7, řádek 25-26). Ostatní informanti popisují mírnější nežádoucí účinky léků, které jsou pro ně ovšem také velmi nepříjemné, jako je utlumení, obtížnější vyjadřování, zhoršená pozornost nebo zvýšená únava.

Hana také zmínila důležitý faktor, kterým jsou v poslední době časté výpadky některých léků, tedy léky, které její syn užívá, nebyly k dispozici, což mělo velmi vážné následky. *„... protože my jsme měli kolaps jo, protože nejsou léky, tak jsme měli kolaps, tak mě jako napadl normálně...“* (RP1 řádek 102-103). *„No a tím pádem byl problém, šílený problém. Když, když máte, že je zvyklý na něco a naráz dojde, že to, že to není, no v ten moment byl problém.“* (RP1, řádek 152-153). U pacientů s duševním onemocněním bývá často komplikované najít správnou kombinaci léků, aby byla léčba efektivní a účinná a zároveň pacienta co nejméně zatěžovala nežádoucími účinky. Je to dáno tím, že každý pacient na léky reaguje jiným způsobem a správné fungování léků se často ustálí až po několika dnech až týdnech. Ve chvíli, kdy dojde k tomu, že léky nejsou dostupné, může to být opravdu velmi závažné, kdy v tomto případě to vyvrcholilo až napadením.

Na závěr ještě Hana zmiňuje finanční zátěž, která je s pravidelným užíváním léků spojená.

Finanční zajištění a životní jistoty

Přestože nikdo z informantů v rozhovorech neuvádí, že by zažíval nějaké významné finanční potíže a popisují více méně finanční stabilitu, tak se jedná o téma, které je i tak v rozhovorech často zmíněno. Potřeba finančního zajištění souvisí s tím, že je u informantů je snížena práce schopnost, které se budeme věnovat v popisu další z kategorií. Často je finanční stabilita zajištěna příjmem z invalidního důchodu, který ovšem nemusí být vždy dostačující.

Bořivoj například popisuje, že mu finančně pomáhá to, že nebydlí sám, ale pronajímá pokoje v bytě někomu dalšímu, což mu umožňuje platit nájem. „*Já mám byt a 2 místnosti samostatný pronajímám, abysme měli vlastně víc peněz, že se to rozpočítá na všechny 3. Pak je to únosný...*“ (R2, řádek 30-31). Hana rozpočítává, že i když syn má invalidní důchod i příspěvek na péči, tak pokud by mu chtěla platit sociální službu na každý den, tak by to s příjmem nebylo možné. Dále zmiňuje potřebu výletů, aby se se synem dostali do společnosti a také již výše zmíněné finance, které utratí za potřebné léky.

Anna zase poukazuje na to, že pokud by chtěl člověk doplnit léčbu terapií, tak v případě soukromých psychoterapeutů je to velká finanční zátěž.

I František mluvil o tom, že si přivydělává.

David to vnímá opačně a bere zaměstnání jako svůj hlavní příjem: „*...takže celou výplatu z toho dám jakoby takhle jenom na výdaje takhle a kdybych neměl ten důchod, tak vlastně vůbec nemůžu nikam chodit, že? Takže bych s těma penězma vůbec nevyšel.*“ (R4, řádek 28-30)

Práce – zdroj peněz nebo seberealizace?

V přímé souvislosti s potřebou zajištění financí je také potřeba zaměstnání. U lidí, kteří jsou odkázáni na invalidní důchod je zaměstnání často důležitým faktorem, který slouží ke zlepšení jejich finanční situace, která nebývá příliš dobrá.

V rozhovorech bylo téma zaměstnání velmi rozmanité, například Anna pracuje jako zdravotní sestra, ovšem u ostatních se jedná často o práci chráněných dílnách nebo sociálních podnicích. Ovšem jedno mají všichni společné, a to, že se jedná o práci na zkrácený úvazek. Práceschopnost je často velmi vlivem duševního onemocnění omezená.

Například Bořivoj zmiňuje, nechodí do práce. „*Kdybych chodil do práce, tak bych se musel budít. A to nevím, jak bych zvládl...*“ (R2, řádek 7-8). Ovšem zaměstnání má pro informanty i jiný rozměr, který často považují za důležitější.

Anna popisuje, že ji práce baví a naplňuje ji.

David zase bere práci jako možnost se posunout v životě dál: „*Aby byla nějaká šance. Být ohodnocenější za to, jakej jsem, kdo jsem.. (...), je to práce, no nevím jestli tam chodím moc rád, je to... Ale jo, pokecám tam, musím se pěkně obléct, prostě mám ten režim...*“ (R4, řádek 33-35)

Eliška sice do práce nechodí, nicméně vzpomíná na dobu, kdy ještě do práce chodila a popisuje, jak moc jí práce chybí: „*Tak jak jsem to měla, když jsem chodila do práce.*“ (R5, řádek 47)

František již vyzkoušel více druhů zaměstnání a důležité je pro něj, aby měl práci, která mu půjde a bude odpovídat jeho schopnostem. „*Já pracuji v Prahu (pozn. sociální služba pro lidi s duševním onemocněním v Jihomoravském kraji), vlastně aji, že tam uklízím tedka, dřív jsem tam vařil, jo, furt si přivydělávám, tím že tam chodím. Jenomže to vaření bylo moc rychlé a já jsem moc pečlivý. To uklízení je pro mě lepší to se dělá fakt pečlivě, tam má člověk čas.*“ (R6, řádek 1-3). A i Gita zmiňuje: „*No, tak jelikož dělám v chráněné dílně, kde to je takové taková lehčí práce, tak to zvládám. (...) Jo, jo jo, my vlastně jakoby, tam balíme výrobky jo, taková lehká nenáročná práce, no. Což si myslím, že je lepší na moji psychiku, protože když bych dělala v nějaké fabrice, kdybych byla třeba dvanáct, třináct hodin, tak to už to už bych nezvládala.* (R7, řádek 64 + řádek 66-68).

Je evidentní, že zaměstnání zasahuje do několika životních oblastí a není to pouze o zajištění financí. Naopak práce pomáhá lidem být ve společnosti, udržovat si nějaký režim, být členem nějaké skupiny lidí či komunity, což je asi nejdůležitější, jak zjistíme hned níže.

Potřeba blízkých lidí

V teoretické části této diplomové práce je uvedena kapitola věnovaná sociální opoře, ze které již víme, jak důležitá je a také proč. V rozhovorech s informanty se to bez pochyby potvrdilo, protože potřebu blízkosti rodiny nebo jiných blízkých lidí zmínili úplně všichni a tato potřeba se stala ústřední tématem jednotlivých rozhovorů.

Přestože František tuto potřebu explicitně nevyjádřil, a naopak se zmínil, že by zvládl být sám, protože je na to zvyklý, tak během rozhovoru také mluví o tom, jak je pro něj důležité, že bydlí s dědečkem, který mu pomáhá v dodržování navrženého léčebného postupu.

Hana v rozhovoru mluví o „*síle rodiny*“ (RP1, řádek 25) a jejím stmelení, a zároveň uvádí kvalitu života do přímé souvislosti se vztahy a kamarády. „*... tak se snažím, aby to mohl, aby mohl mít svoje kamarády.*“ (RP1, řádek 88-89)

Gita potřebu blízkých lidí uvádí již v odpovědi na otázku, co pro ni znamená pojem kvalita života: „*Mít jako blízko sebe nějakého blízkého člověka, který by mě*

podporoval.“ (R7, řádek 20-21). A zároveň zdůrazňuje potřebu podpory ostatních lidí při projevech vedlejších účinků léků, jak bylo popsáno výše. Také zmiňuje důležitost kamarádství při odpovědi na otázku, co jí konkrétně pomáhá ve zlepšování kvality života: „... *nebo když má čas posedět s kamarády, tak to mně pomáhá hodně tu kvalitu jakoby.*“ (R7, řádek 120-121).

Eliška potřebu blízkosti dalších lidí zmiňuje během celého rozhovoru, popisuje, že je pro ni důležité mít rodinu („*Mít rodiče.*“ – R5, řádek 12), vztahy, kamarády („... *hodně kamarádů [...] tak jak jsem to měla, když jsem chodila do práce.*“ – R5, řádek 45 + řádek 47), partnera a hodně mluví o tom, že jí chybí více společenský život a být součástí kolektivu.

K tématu blízkých lidí se hodně vyjadřoval i David. Na otázku, zda považuje svůj život za kvalitní, začíná odpověď slovy: „*Já mám dobrý rodinný zázemí.*“ (R4, řádek 26). Důležité jsou pro něj i vztahy s kamarády, u kterých mu chybí, že se nemůže účastnit společenských akcí, protože večer bývá často unavený. „*Nemůžu vlastně takhle kvůli té nemoci, kvůli tady tomuhle chodit vůbec večer na společensky akce třeba.*“ (R4, řádek 54-55). Dále při odpovědi na otázku, co mu pomáhá, opět uvádí, že kamarádi. „*Taky mi někdy pomáhá pokecat s kámošema.*“ (R4, řádek 90). „*To je taky hodně, jakoby říct, jak se cítím, nebo něco věřit někomu. I mimo rodinu.*“ (R4, řádek 92-93)

Bořivoj uvádí, že mu pomáhá, že nebydlí sám. „*Že mám dva spolubydlící, takže nějaké vztahy.*“ (R2, řádek 28). Spolubydlící mu pomohl, když mu nebylo dobře a potřeboval zavolat sanitku. Také v rozhovoru zmínil, že mu chybí kontakt s dcerou. „... *no ale něco tomu chybí, že? Když je člověk sám. No vadí mě taky, že mě dcera zvedne telefon za čas, jinak to nebere, nebo mě to típne. A no to mě taky vadí. Chtěl bych ji vidět častěji, ona má psa a mám ho rád.*“ (R2, řádek 39-41)

Cyril v rozhovoru mluví o tom, že je pro něj důležité, že za ním chodí pracovník z jedné sociální služby, kterého již považuje za kamaráda a může s ním probírat věci, které ho trápí a najde u něj porozumění. Ovšem zároveň uvádí, že je důležité mít i jiné vztahy. „*Ono na jednu stranu je to dobrý, když vlastně ten pracovník sociální tomu rozumí té nemoci, ale má to také druhou stranu, zase to blbýho nějak, nebo může být to, když vlastně člověk potom mluví jenom o těch nemocech, tak je to taky blbý. Takže ono, to je takový dvousečný. No. Takže i ten kontakt s těma lidma, kteří jsou zdraví, je pro mě vlastně důležitý.*“ (R3, řádek 62-66). Na závěr ještě Cyril zmiňuje, že je pro něj důležitá

společnost i v trávení volného času, protože i věci, které má rád, tak se jim věnuje častou pouze ve společnosti kamarádů.

V rámci potřeby blízkých lidí se často objevovala potřeba pochopení a tolerance ze strany ostatních lidí. Tato potřeba podpory a tolerance je základním předpokladem pro přijetí člověka do společnosti.

Aktivní život a smysluplné trávení volného času

Gita říká: „*A taky hlavně pro mě jako sama se sebou něco dělat, nějaké aktivity, jo, aby prostě ten člověk nebyl jenom jakoby závislej na těch lécích.*“ (R7, řádek 21-22). A v odpovědi na otázku, co jí pomáhá zlepšovat kvalitu života přidává: „*Asi pohyb, určitě, když člověk jen tak neleží doma a jde se třeba někam projít, nebo když má čas posedět s kamarády, tak to mně pomáhá hodně tu kvalitu jakoby...*“ (R7, řádek 120-121).

S tím souhlasí i František, který také zmiňuje, že mu pohyb pomáhá v tom, aby byla jeho kvalita života lepší. „*No pohyb. Hlavně jo, protože fakt jako fakt se vypotím jo. (...) Prostě být aktivní.*“ (R6, řádek 92 + řádek 95). Jako důležité se jeví i jeho povídání o tom, co v minulosti prožil, a to již pod vlivem duševního onemocnění. Popisu těchto zážitků věnoval podstatnou část rozhovoru, z čehož lze usuzovat, že získávání zážitků z běžného života, je také prostředkem, který hraje v posuzování vlastní kvality života roli.

Koníčky a fyzická aktivita jsou důležitou součástí i pro Davida, který v rozhovoru popisuje, že se smysluplným volnočasovým aktivitám věnuje každý den: „*Tedkom bych, chodím do posilovny každý den, do sauny. (...) mám řekněme celé odpoledne na to se vyžít. Takže posilovna, sauna, někdy třeba na čaj s kámošama nebo něco, pokecat. A konec. A nebo si čtu, ...*“ (R4, řádek 57-60). Zajímavě je propojení této kategorie s potřebou blízkých lidí, kdy se setkávání s lidmi nebo bytí ve společnosti stává jednou z možností smysluplného trávení volného času.

Smysluplné trávení volného času je společně s prací důležitým faktorem pro dodržování denního režimu, který mnoho informantů zmínilo, jako stěžejní.

Osobnostní růst

Kategorie osobnostního růstu byla sice méně frekventovanou v rozhovorech, nicméně vyznívala velmi důležitě a byla překvapující.

Vavrda (in Payne, 2005) popisuje, že člověk, jehož kvalita života je snížena v důsledku onemocnění, očekává, že se s vyléčením onemocnění, tedy vymizením symptomů onemocnění, jeho kvalita života opětlepší. To ovšem nemusí být vždy pravdou, protože některá onemocnění mají vliv na více životních oblastí. Z rozhovorů vyplývá, že lidé s duševním onemocněním si uvědomují, že kvalita života závisí především na nich samotných a jejich aktivitách. Sice zmiňují, že onemocnění a léčba částečně ovlivňují kvalitu života, nicméně stěžejní část této problematiky nahlížejí tak, že je nutná jejich vlastní intervence.

Co se týče osobnostního růstu, tak toto téma nejvíce zaznívalo v rozhovoru a Davidem a s Gitou.

David popisuje skutečnost, že se u něj rozvinulo duševní onemocnění dokonce jako „dar“. *„Já to neberu, že si tím nějak procházím, беру to jako dar, že jsem si tím mohl projít a jsem relativně v pohodě a dokážu využít ty znalosti, nebo pokud je dokážu využít.“* (R4, řádek 96-97) Dále také mluví o vlastním vzdělávání, u kterého popisuje, jak je pro něj důležité v oblasti osobního růstu. *„...no a to mě hodně posunulo ta škola, takže to si myslím, že pro tady ty lidi je rozvíjet se jakoby akademicky, je hodně pro ten, pro tu kvalitu života dobrý, protože já jsem prodělal ještě restart.“* (R4, řádek 7-9)

Gita dokonce svůj osobní růst spojuje s užíváním medikace: *„No, teď můžu říct, že jsem se spravila v mnoha ohledech, jako co se týče mé povahy, protože teď, když dostávám ty léky a injekce, tak se mi zdá že jsem klidnější.“* (R7, řádek 133-134)

Na závěr bych ráda uvedla, že je obdivuhodné, s jakým odhodláním někteří k jejich onemocnění přistupují, což dokazuje Gita tvrzením: *„No, tak určitě. Snažit se s tou nemocí bojovat, to bych doporučila každému, ne to prostě vzdávat. Protože vím, že spousta lidí jako okolo mě to prostě, jako by se snažilo nějak jakoby vzdát, že já jako mám aj kamarády schizofreniky. Takže. Prostě nevzdávat se, pořád si bojovat.“* (R7, řádek 140-142)

DISKUZE

Tato diplomová práce se zabývala kvalitou života lidí s duševním onemocněním. Výzkum byl realizován za použití kvalitativních metod. Nejprve byly vedeny rozhovory s informanty, kteří mají vlastní zkušenost se závažným duševním onemocněním ze skupiny SMI (popsáno v oddíle 2.1.3 – Klasifikace duševního onemocnění). Pro zvýšení validity výzkumu byly následně uskutečněny rozhovory s lékaři z oboru psychiatrie a osobou pečující o osobu s duševním onemocněním. Tyto rozhovory byly následně podrobeny interpretativní fenomenologické analýze.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit a popsat, jak vnímají lidé s duševním onemocněním kvalitu svého života. Během analýzy dat bylo identifikováno sedm základních kategorií, dalo by se říct i oblastí, které souvisejí s kvalitou života lidí s duševním onemocněním.

Odpověď na HVO: *Jak vnímají lidé s duševním onemocněním svoji kvalitu života?* by se dala formulovat tak, že lidé s duševním onemocněním vnímají, že jejich kvalita života je ovlivňována léčbou, která je nezbytná pro udržení stabilizovaného zdravotního stavu, finančním zajištěním, které souvisí i s pracovním zařazením, dále je ovlivněna sociální oporou, která je jim poskytována buď ze strany rodiny a blízkých lidí nebo prostřednictvím různých zdravotních a sociálních služeb. Dále je důležitým faktorem smysluplné trávení volného času a aktivní přístup k životu, denní režim, pochopení a tolerance ze strany společnosti a osobnostní růst. Všechny tyto oblasti byly v rozhovorech a informanty označeny jako důležité při posuzování kvality života. Zajímavým výstupem z rozhovorů byly i jednotlivé definice informantů toho, jak oni sami chápou pojem kvality života a co to pro ně znamená. Všechny tyto definice by bylo možné použít jako součást odpovědi na HVO.

Prostřednictvím VVO1 bylo zjišťováno *Proč považují lidé s duševním onemocněním svůj život za kvalitní či nekvalitní?* Z analýzy dat vyplynulo, že všichni informanti považují svůj život za kvalitní, i když si uvědomují, že je tato kvalita života snížena vlivem duševního onemocnění. Dalším faktorem, který ovlivňuje kvalitu života

v negativním duchu, je stigmatizace spojená s duševním onemocněním a také jsou to vedlejší účinky léčby. Naopak faktory, které ovlivňují kvalitu života v pozitivním smyslu, jsou osobnostní růst a sociální opora. Svoboda (2022) uvádí, že sociální a rodinná opora je důležitá pro zlepšení kvality života pacientů.

Přestože v rozhovorech bylo zmíněno větší množství negativních faktorů (kromě symptomů onemocnění, vedlejších účinků léčby a stigmatizace bylo zmíněno ještě obtížné pracovní uplatnění, obtížnější fungování ve společnosti, komplikovaná finanční situace), tak se všichni informanti shodli na tom, že jejich život je spíše kvalitní. Z uvedeného by mohlo vyplývat, že sociální opora a osobnostní růst mají v hodnocení kvality života větší váhu než ostatní zmíněné faktory, které ovlivňují kvalitu života negativně. Bylo by zajímavé směřovat další výzkum právě na váhu jednotlivých kategorií v hodnocení kvality života.

VVO 2 zněla *Jaké faktory lidé s duševním onemocněním vnímají jako důležité pro to, aby mohli svůj život považovat za kvalitní dle jejich vlastního chápání definice kvality života?* Tato otázka byla již částečně zodpovězena v rámci HVO a VVO1. Tedy faktory, které lidé s duševním onemocněním vnímají jako důležité pro to, aby mohli svůj život považovat za kvalitní jsou sociální opora, a to jako z řad odborníků (zdravotníci a sociální pracovníci, případně lidé se zkušeností s duševním onemocněním), tak lidé z běžné společnosti, jejichž kontakt a přijetí jsou velmi důležitými prvky, dále je to osobnostní růst (seberealizace, opět může být prostřednictvím vzdělávání, pracovních zkušeností nebo životních zážitků), životní jistoty (jako je finanční zajištění a bydlení), správně nastavená léčba, smysluplnost bytí (aktivní způsob života) a pochopení a tolerance. Významnost sociální opory uvádí i Šolcová (2009)

Odpověď na VVO3, která byla definována následovně: *Jaké způsoby podpory by lidé s duševním onemocněním potřebovali, aby se jejich kvalita života zlepšila?*, je komplikovanější. Nejčastěji informanti uváděli, že je pro nejdůležitější správné nastavení medikace, aby symptomy onemocnění nezasahovaly do jejich běžného fungování a také, aby byla co nejvíce eliminovány vedlejší účinky léčby. Zároveň by se dalo z rozhovorů usuzovat, že efektivním způsobem jsou i destigmatizační snahy, které usnadňují lidem s duševním onemocněním být běžnou součástí společnosti. V této oblasti by pravděpodobně byla důležitá lepší osvěta a edukace společnosti o problematice duševního zdraví.

Poslední výzkumnou otázkou byla VVO4 *Je systém péče o lidi s duševním onemocněním nastavený v souladu se zlepšováním kvality života lidí s duševním onemocněním?* Na základě rozhovorů z analýzy dat vyplynulo, že systém péče o lidi s duševním onemocněním v ČR je poměrně dobře nastavený. Občas se mohou objevit nedostatky, jako například výpadky léků, které mohou způsobit velké komplikace a souvisejí se systémem zdravotní péče, nicméně komplexně je systém péče nastavený dobře. Pokud bychom vycházeli ze základních pilířů reformy psychiatrie, tedy deinstitucionalizace, CDZ, zaměření na včasné intervence, destigmatizace a multidisciplinarita, tak se dá říci, že jde reforma správným směrem. (Úřad vlády ČR, 2020). Zaměřuje se na zkrácení doby hospitalizace, což přijímají pozitivně jak samotní pacienti, tak se jedná o menší ekonomickou zátěž pro zdravotnictví. Dále systém CDZ poskytuje odbornou pomoc, která je dostupná a tvoří pilíř formální sociální opory pro lidi s duševním onemocněním. Zaměření na včasné intervence má preventivní charakter, který má pozitivní důsledky pro pacienty, u kterých je při včasném zachytu onemocnění snazší nastavit správnou léčbu a zároveň umožňuje lépe předcházet relapsům onemocnění, které také ve správném nastavení léčby hrají důležitou roli. Protože léčba, které byla účinná před relapsem nemusí být účinná po něm, protože onemocnění se s každým dalším relapsem vyvíjí a má potenciál stávat se farmakorezistentním. Zároveň je také systém včasných intervencí opět způsobem, jak je možné snížit ekonomickou zátěž spojenou s léčbou duševních onemocnění. Následně jsou důležité i destigmatizační snahy, které umožňují společnosti lépe chápat problematiku duševního onemocnění a boří mýty o duševních poruchách, které vyvolávají v běžné populaci obavy. Přijetí společností a pocit sounáležitosti byla jedna z nejdůležitějších oblastí, které vyplynuly z výzkumu. A nesmíme opomenout ani multidisciplinaritu, která umožňuje lidem s duševním onemocněním využívat komplexní podporu různých odborností. Nicméně i tak byly v systému identifikovány určité nedostatky, protože vize toho, jak má fungovat péče o lidi s duševním onemocněním a realita mohou být odlišné. Z rozhovorů vyplynulo, že deinstitucionalizace je sice dobrým krokem, nicméně chybí plynulá návaznost jednotlivých služeb. Častým problémem je nedostatečná propojenost zdravotního a sociálního sektoru, která je pro poskytování zdravotně-sociálních služeb nezbytností. Co se týče systému CDZ, tak jsou pro některé pacienty špatně dostupná, a to jak místně, tak i co se týče dalších kritérií, která jsou důležitá pro možnost spolupráce s CDZ (pouze některé diagnózy, nutnost spolupráce s určitým lékařem a další), tedy

centrům chybí nízkoprahovost, která je pro lidi s duševním onemocněním často klíčovou. Další potíží je edukace a osvěta, která souvisí jak s tématem destigmatizace, tak i s problematikou včasných intervencí. Často se setkáváme s tím, že jsou osvětové a edukační programy zaměřeny na dospívající a dospělé, nicméně tyto snahy by se měly objevovat již dříve, troufám si říct klidně v předškolním a mladším školním věku. Mnoho postojů je utvářeno již právě v raném dětství, takže co se týče možnosti zařazení lidí s duševním onemocněním do společnosti, je nutné, aby tato skupina lidí byla považována za běžnou součást společnosti již od počátku jejího formování. A zároveň by včasná edukace měla vliv na chápání vlastního zdraví a rozpoznávání nemoci u každého člověka. V závěru je důležité ještě zmínit, že i multidisciplinarita má své limity, a to především personální. I když je myšlenka multidisciplinárního týmu efektivním prostředkem reformy, narážíme na nedostatek psychiatrů, kteří by mohli v týmu pracovat, nedostatek psychologů, nedostatek psychiatrických sester a dalších odborníků. Výzkum má své limity, na základě kterých není možné výsledky tohoto výzkumu generalizovat. Prvním limitem je počet informantů,

Bylo by vhodné na tento výzkum navázat obsáhlejším výzkumem, který by mohl být veden formou smíšeného výzkumu, aby bylo zajištěno větší množství dat. Nicméně tento výzkum může být podkladem pro další výzkumníky v oblasti kvality života lidí s duševním onemocněním.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce byla napsána na téma Kvalita života lidí s duševním onemocněním.

V teoretické části diplomové práce byly definovány pojmy duševní zdraví, kvalita života a sociální opora. Dále bylo uvedeno, jakými způsoby lze měřit kvalitu života a sociální oporu. Byly popsány možnosti klasifikace duševních onemocnění, jejich příčiny i možnosti léčby. Jedna podkapitola byla věnována i stručnému představení reformy psychiatrické péče v ČR.

Ve výzkumné části diplomové práce bylo cílem zjistit a popsat, jak vnímají lidé s duševním onemocněním kvalitu svého života. Tohoto cíle bylo dosaženo. Během výzkumu bylo identifikováno sedm základních oblastí, které lidé s duševním onemocněním vnímají jako stěžejní v souvislosti s kvalitou jejich života. Tyto kategorie se týkaly sociální opory, životních jistot a osobnostního růstu.

Výzkum by mohl sloužit jako podklad pro další výzkumy v oblasti kvality života lidí s duševním onemocněním.

ANOTACE

Jméno a přímení:	Barbora Jirku
Pracoviště:	Ústav veřejného zdravotnictví
Vedoucí práce:	PhDr. Mgr. Lubica Juríčková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2024

Název diplomové práce:	Kvalita života lidí s duševním onemocněním
Název diplomové práce v anglickém jazyce:	Quality of life of people with mental illness
Anotace diplomové práce:	<p>Diplomová práce se zabývá kvalitou života lidí s duševním onemocněním. Téma je aktuální vzhledem k právě probíhající reformě psychiatrické péče. Teoretická část diplomové práce popisuje problematiku duševního onemocnění, včetně jeho definice, klasifikace, příčin a možností léčby. Věnuje se vymezení pojmu kvalita života a způsobům jejího měření, dále se zabývá sociální oporou a jejím významem a stručně shrnuje podstatu reformy psychiatrické péče. Ve výzkumné části je uveden průběh výzkumu a jeho výsledky. Výzkum identifikoval oblasti související s kvalitou života, které jsou pro lidi s duševním onemocněním stěžejní. Výsledky mohou být podkladem pro další výzkumy v oblasti kvality života lidí s duševním onemocněním.</p>
Summary of diploma thesis:	<p>The thesis deals with the quality of life of people with mental illness. The topic is topical due to the ongoing reform of psychiatric care. The theoretical part of the thesis describes the issue of mental illness, including its definition, classification, causes and treatment options. It</p>

	<p>defines the concept of quality of life and how to measure it, discusses social support and its importance, and briefly summarizes the essence of the psychiatric care reform. In the research section, the research process and results are presented. The research identified areas related to quality of life that are central to people with mental illness. The results may inform further research on quality of life for people with mental illness.</p>
Klíčová slova:	Kvalita života, duševní onemocnění, sociální opora
Keywords:	Quality of life, mental illness, social support
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 – Vzor informovaného souhlasu
Rozsah práce:	75 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BARTOŠ, Jiří, 2002. *Integrativní přístup k léčbě pacientů se schizofrenií: 4. ročník konference : sborník příspěvků*. Jáchymov.
2. BAUMEISTER, R. F., & Leary, M. R., 1995. *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497–529. [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z <https://doi.org/10.1037/0033-2909.117.3.497>
3. BOGGATZ, Thomas, 2020. *Quality of Life and Person-Centered Care for Older People*. Cham: Springer. ISBN 978-3-030-29989-7.
4. BROSEY, Erin, & Woodward, N. D., 2015. *Schizotypy and clinical symptoms , cognitive function, and quality of life in individuals with a psychotic disorder .* *Schizophrenia Research*, 166(1-3), 92-97. [online]. [cit. 2024-03-11]. Dostupné z https://cdn.vanderbilt.edu/vu-my/wp-content/uploads/sites/1216/2019/04/14113938/Brosey_Schiz-Res-2015_Schizotypy-clinical-symptoms-cognitive-function-and-quality-of-life-in-psychois.pdf
5. ČLS JEP, 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. [cit. 2024-03-07]. Dostupné z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5tm*, c2013. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. ISBN 978-0-89042-555-8.
7. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch. 2.*, přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
8. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2012. *Kvalita života seniorů: v domovech pro seniory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4138-3.
9. EUROPEAN COMMISSION, 2023. *Communication from the Commission of the European Parliament, The Council, The European Economic and Social Committee of the Regions on a Comprehensive Approach to Mental Health*. Burussels. [online]. [cit. 2024-03-09]. Dostupné z

https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf

10. FOKUS PRAHA. *Proč je potřeba reforma psychiatrické péče v ČR?* [online]. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z https://fokus-praha.cz/index.php/cz/?option=com_content&view=article&id=187:proc-je-potreba-reforma-psychiatricke-pece-v-cr&catid=2:uncategorised
11. GURKOVÁ, Elena, 2011. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
12. HANSSON, L., 2006. *Determinants of quality of life in people with severe mental illness*. Acta Psychiatrica Scandinavia. Supplementum, 429, 46-50. [online]. [cit. 2024-03-15]. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16445482/>
13. HARTL, Pavel, 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
14. HENDL, Jan, 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HNILICOVÁ, Helena, 2004. *Kvalita života*. Sborník příspěvků z konference. Institut zdravotní politiky a ekonomiky. [online]. [cit. 2024-03-21]. Dostupné z <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf>
16. HOŘÍNKOVÁ, Jana, 2017. *Vnímání a postavení elektrokonvulzivní terapie v současné psychiatrii*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. [online]. [cit. 2024-03-27]. Dostupné z https://is.muni.cz/th/bugik/Disertacni_prace_Horinkova.pdf
17. HOSÁK, Ladislav; HOSÁKOVÁ, Jiřina. *Příčiny duševních poruch-obecné aspekty*. *Psychiatrie Pro Praxi*, 2022, 23.1. [online]. [cit. 2024-03-12]. Dostupné z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2022/01/01.pdf>
18. HOSKOVCOVÁ, Simona, 2009. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1626-1.
19. IVANOVÁ, Kateřina, 2018. *Metodologie sběru a interpretace dat*. Moravská vysoká škola Olomouc. [online] [cit. 2024-03-17]. Dostupné z https://is.mvso.cz/el/mvso/zima2021/YMSID/250420/Metodologie_sberu_a_interpretace_dat_-_studijni_text.pdf?lang=en

20. KALOVÁ, Hana, & Petr, P., Soukupová, A., Vondrouš, P., 2005. *Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci*. Klin Farmakol Farm. [online] [cit. 2024-03-10]. Dostupné z <https://www.solen.cz/pdfs/far/2005/03/08.pdf>
21. KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
22. KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. *Zelená kniha – Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva: na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. KOM (2005) 484 v konečném znění [online] [cit. 2024-03-17]. Dostupné z https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_cs.pdf
23. KREISMAN, Jerold J. a Hal STRAUS, 2017. *Nenávidím tě, neopouštěj mě! : zvládání hraniční poruchy osobnosti*. Přeložil Miroslava KOPICOVÁ. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1280-5.
24. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
25. KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
26. MALÁ, Michaela, 2015. *Homo psychoticus*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-845-0.
27. MASLOW, Abraham Harold, 2014. *O psychologii bytí*. Praha: Portál. Klasici (Portál). ISBN 978-80-262-0618-7.
28. MASTHOFF, Erik D., Trompenaars, F. J., Van Heck, G. L, Hodiamont, P. P., & De Vries, J., 2006. *Quality of life and psychopathology: Investigations into their relationship*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, 333-340 [online] [cit. 2024-03-11]. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16620315/>
29. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*, 2008. Přeložil Jan PFEIFFER, přeložil Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1587-2.
30. MICHALAK, Erin E., Tam, E. M., Manjunath, C. V., Levitt, A. J., et al., 2005. *Quality of life in patients with seasonal affective disorder : Summer vs winter scores*. Canadian Journal of Psychiatry, 50(5), 292-295. [online] [cit. 2024-03-11]. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15968846/>

31. MILES, Matthew B., & Huberman, A. M., Saldana, J., 2014. *Qualitative Data Analysis*. SAGE Publications. [online]. [cit. 2024-03-08]. Dostupné z <http://www.theculturelab.umd.edu/uploads/1/4/2/2/14225661/miles-huberman-saldana-designing-matrix-and-network-displays.pdf>
32. *MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů : desátá revize : obsahová aktualizace k 1.1.2018*, 2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-168-7.
33. MOTLOVÁ, L., Dragomirecká, E., Spaniel, F., Goppoldová, E., Záleský, R., & Šelepová, P. (2004). *Schizophrenia and quality of life: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation*. *Psychiatrie*, 8, 77-80. [online]. [cit. 2024-03-14]. Dostupné z https://www.researchgate.net/publication/290192671_Schizophrenia_and_quality_of_life_Patient-reported_outcomes_on_group_family_psychoeducation
34. MZ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče* [online]. [cit. 2024-03-08]. Dostupné z <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
35. NÚDZ. *Projekt Na rovinu* [online]. [cit. 2024-03-07]. Dostupné z <https://narovinu.net/stigma/>
36. NÚDZ. *Projekt VIZDOM* [online]. [cit. 2024-03-07]. Dostupné z <https://vizdom.cz/>
37. NOVOTNÁ, Hedvika, Ondřej ŠPAČEK a Magdaléna ŠŤOVÍČKOVÁ, ed., 2019. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: FHS UK. ISBN 978-80-7571-025-3.
38. PAPEŽOVÁ, Simona. *Aktuality – plnění Strategie reformy psychiatrické péče v r. 2019* [online]. [cit. 2024-03-05]. Dostupné z https://www.ceskapsychiatrie.cz/images/2020/2020_01_22_SP_AKTUALITY_-_IMPLEMENATCE_SRPP_V_ROCE_2019.pdf
39. PASZ, Jiří a Adéla PLECHATÁ, 2020. *Normální šílenství: rozhovory o duševním zdraví, léčbě a přístupu k lidem s psychickým onemocněním*. Brno: Host. ISBN 978-80-275-0389-6.
40. PAYNE, Jan, 2005. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
41. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.

42. PFEIFFER, Jan. & Herbstová, H., 2018. *Podpora zvedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným*. Metodická příručka. Evropský sociální fond.
43. PLOCHOVÁ, B., & Šupa, J. (2016). *Jak zvládnout život s duševně nemocným rodičem*. Sdružení Práh.
44. PRAŠKO, Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ, 2003. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 80-7178-809-0.
45. PRAŠKO, Ján, 2011. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-2570-2.
46. PRAŠKO, Ján, 2009. *Poruchy osobnosti*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-558-5.
47. PRAŠKO, Ján, 2005. *Úzkostné poruchy: klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-997-6.
48. PSYCHOPORTAL. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. [cit. 2024-03-05]. Dostupné z <https://psychoportal.cz/reforma-pecce-o-dusevni-zdravi/>
49. RABOCH, Jiří, 2019. *Duševní zdraví a životní styl: psychiatrie životním stylem*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-5501-7.
50. RABOCH, Jiří a Pavel PAVLOVSKÝ, 2012. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1985-9.)
51. RIDGWAY, Priscilla, 2014. *Cesty k zotavení*. University of Kansas School of Social Welfare.
52. ROLENEC, Václav & kolektiv autorů, 2016. *I cesta může být cíl aneb zotavení z duševní nemoci je možné*. Sdružení Práh.
53. RYFF, Carol D.; SINGER, Burton. *Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research*. *Psychotherapy and psychosomatics*, 1996, 65.1: 14-23. [online]. [cit. 2024-03-24]. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8838692/>
54. ŘEHULKOVÁ, Oliva, 2008. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-073-9.
55. ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6382-2.
56. SIERRA, Pilar, Livianos, L., & Rojo, L., 2005. *Quality of life for patients with bipolar disorder: relationship with clinical and demographic variables*. *Bipolar*

- Disorders*, 7(2), 159-165. [online]. [cit. 2024-03-24]. Dostupné z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15762857/>
57. STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBIN, 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-X.
58. SVOBODA, Josef, 2022. *Schizofrenie a rodina*. Brno. ISBN 80-7354-239-0.
59. ŠOLCOVÁ, Iva, 1999. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie. Praha. Roč. 43, č. 1. [online]. [cit. 2024-03-25]. Dostupné z [file:///C:/Users/barbo/Downloads/soubor-517%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/barbo/Downloads/soubor-517%20(1).pdf)
60. ŠOLCOVÁ, Iva, 2009. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Grada. ISBN 978-80-247-2947-3.
61. ŠVARÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Česká republika: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
62. ÚŘAD VLÁDY ČR, 2020. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. [online]. [cit. 2024-03-25]. Dostupné z <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>
63. ÚZIS ČR. (2024). *11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)*. [online]. [cit. 2024-03-25]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#ceska-verze>
64. VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR, 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
65. VÁLKOVÁ, Monika, 2015. *Hodnocení kvality poskytovaných zdravotních služeb*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. ISBN 978-80-87023-45-7.
66. VELDHUIZEN, J. R. van & Bähler, M., 2013. *Flexible Assertive Community Treatment*. Groningen. . [online]. [cit. 2024-03-26]. Dostupné z https://www.dvvp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf
67. WHO, 2020. *Basic documents*. Forty-ninth edition. [online]. [cit. 2024-03-06]. Dostupné z https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6
68. WHO. *Mental health* [online]. [cit. 2024-03-06]. Dostupné z https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_2

69. WHO, 1998. *WHOQOL User Manual*. [online]. [cit. 2024-03-27]. Dostupné z https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1
70. WHO, 2022. *World mental health report*. [online] [cit. 2024-02-29]. Dostupné z <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
71. ZHRADA 2000, z. s. (2016). *Metodika pro měření dopadu multidisciplinární péče na zdravotně-sociální stav osob s duševním onemocněním*. [online] [cit. 2024-02-12]. Dostupné z <https://www.zahrada2000.cz/storage/module-349/metodika-pro-mereni-dopadu-multidisciplinarnipece-s-ts-1520438965.pdf>
72. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
73. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

SEZNAM ZKRATEK

APACHE II	Skórovací systém klasifikace závažnosti onemocnění pro jednotky intenzivní péče
CDZ	Centrum duševního zdraví
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČR	Česká republika
HIV	Virus lidské imunitní nedostatečnosti způsobující onemocnění AIDS
HRQOL	Kvalita života související se zdravím (z anglického Health-Related Quality of Life)
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
LQoLP	Profil kvality života zaměřený na pacienty s kognitivními deficity
MKF	Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NÚDZ	Národní ústav duševního zdraví
SEIQoL	Program hodnocení kvality života – dotazníkové šetření
SEIQoL-DW	Program hodnocení kvality života - rozhovor
SMI	Závažná duševní onemocnění – z anglického Severe mental illness
SPMI	Závažná a chronická duševní onemocnění – z anglického Serious and persistent mental illness
SQUALA	Dotazník pro posouzení kvality života osob s chronickým onemocněním a zdravotním postižením
SSQ	Dotazník pro měření sociální opory

ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VIZDOM	Včasné intervence u lidí se závažným duševním onemocněním
WHO	Světová zdravotnická organizace
WHOQOL-100	Dotazník kvality života
WHOQOL-BREF	Dotazník kvality života – zkrácená verze

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Přehled informantů, kteří poskytli rozhovor a mají diagnostikované duševní onemocnění	40
Tabulka 2 - Přehled informantů, kteří poskytli rozhovor a nemají diagnostikované duševní onemocnění	41
Tabulka 3 - Ukázka analýzy dat	46

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 - Rešeršní činnost – shrnutí	11
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Zveřejněné:

Příloha č. 1 – Vzor informovaného souhlasu

Nezveřejněné:

Příloha č. N1 – 1. Rozhovor: Anna (R1)

Příloha č. N2 – 2. Rozhovor: Bořivoj (R2)

Příloha č. N3 – 3. Rozhovor: Cyril (R3)

Příloha č. N4 – 4. Rozhovor: David (R4)

Příloha č. N5 – 5. Rozhovor: Eliška (R5)

Příloha č. N6 – 6. Rozhovor: František (R6)

Příloha č. N7 – 7. Rozhovor: Gita (R7)

Příloha č. N8 – 1. Rozhovor: Hana (RP1)

Příloha č. N9 – 2. Rozhovor: Lékařka (RP2)

Příloha č. N10 – 3. Rozhovor: Lékař (RP3)

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Vzor informovaného souhlasu

Dobrý den,

Jmenuji se Barbora Jirku a jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru Veřejné zdravotnictví na Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

V rámci ukončení studia píši diplomovou práci na téma Kvalita života lidí s duševním onemocněním.

Cílem práce je zjistit, jak pacienti s duševním onemocněním vnímají svoji kvalitu života, jakou čerpají podporu, co jim pomáhá, aby byli spokojeni se svým životem a co jim naopak brání, aby mohli žít kvalitní plnohodnotný život.

Výzkum bude realizován prostřednictvím rozhovoru se zaměřením na otázky týkající se kvality života.

Pokud Vám některé z témat nebude příjemné a nebudete mít zájem o něm hovořit, tuto skutečnost budu plně akceptovat. Z důvodu snahy o kvalitní výzkumné šetření budu náš rozhovor zaznamenávat, a to buď písemně nebo na diktafon, s ohledem na Vaše přání. Záznam (oba způsoby) bude zcela anonymní a obsažená data budou využita výhradně k účelům diplomové práce. V práci se také neobjeví žádná jména ani konkrétní informace týkající se Vaší osoby. Záznam zde slouží k tomu, aby se minimalizovalo riziko zkreslení informací, které mi v průběhu rozhovoru poskytnete.

Velice Vám děkuji za projevenou důvěru a Vaši spolupráci.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a jeho záznamem pro účely zhotovení diplomové práce. Rovněž jsem byl/a seznámen/a s mým právem odmítnout hovořit na téma, které mi nebude příjemné.

Datum:

Podpis: