

Kvalita života rodiny jedince s psychickým onemocněním

Lucie Žáková

Bakalářská práce

2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií



INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Institut mezioborových studií
akademický rok: 2015/2016

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie Žáková**
Osobní číslo: **H128418**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Kvalita života rodiny s psychicky nemocnou osobou**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v SR UTB ve Zlíně č. 7/2014, včetně příloh, případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena na:

- vliv psychického onemocnění člena rodiny na kvalitu života blízkých osob;
 - aspekty snížené kvality života rodiny psychicky nemocných osob;
 - (zejména sociální) rizika, kdy se objevuje stále více osob s psychickým onemocněním;
 - hledání odpovědi na otázku, proč dochází ke snížení kvality života rodiny psychicky nemocných osob;
 - služby, které pomáhají udržení a zlepšení kvality života rodin s členem psychicky nemocným;
 - možnosti využití sociální pedagogiky při nápravě tohoto stavu v této oblasti.
- Součástí práce bude empirické šetření realizované technikou rozhovoru.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

COHEN, R. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portal, 2002.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. Psychologický slovník. Praha: Portal, 2000.

NAKONEČNÝ, M. Úvod do psychologie. Praha: Academia, 2003.

RABOCH, J., ANDERS, M., HELLEROVÁ, P., UHLÍKOVÁ, P. Psychiatrie: Doporučené postupy psychiatrické péče III. Brno: Tribun EU, 2010.

THOROVÁ, K. Poruchy autistického spektra. Praha: Portál, 2006.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Geraldína Palovčíková, CSc.

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

4. prosince 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

29. dubna 2016

Ve Zlíně dne 4. prosince 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
ředitel ústavu

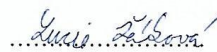
Prohlašuji, že

- beru na vědomí, že odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí, že jeden výtisk bakalářské práce bude uložen v příruční knihovně Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně a jeden výtisk bude uložen u vedoucího práce;
- byl/a jsem seznámen/a s tím, že na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- beru na vědomí, že podle § 60 odst. 2 a 3 autorského zákona mohu užít své dílo – bakalářskou práci nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen připouští-li tak licenční smlouva uzavřená mezi mnou a Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně s tím, že vyrovnání případného přiměřeného příspěvku na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše) bude rovněž předmětem této licenční smlouvy;
- beru na vědomí, že pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tedy pouze k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- beru na vědomí, že pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá. Neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji,

- že jsem na bakalářské práci pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.
- že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně 25.4.2016


podpis diplomanta

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na problematiku kvality života jedince s psychickým onemocněním, zejména na prožívání této nemoci rodinou. V teoretické části jsou shrnuty základní informace o pojmu, definici, klasifikaci, příčinách a léčbě psychických poruch. Empirická část je zaměřena na zjišťování, jakou má rodina, jejíž člen trpí psychickým onemocněním, kvalitu života a propojuje teoretické poznatky s denní rutinou.

Klíčová slova: kvalita života, psychické onemocnění, rodina

ABSTRACT

The aim of this bachelor thesis is to understand and interpret the quality of life of individuals with mental illness and to particularly focus on the ‘family experience’ with a member with such an illness. The theoretical part summarizes basic information about the related applied terminology, definitions, classification, variation of causes and current treatment methods of mental disorders. The empirical part of the thesis describes the family quality of life and shared experience and relates the theoretical knowledge with the real life in a daily routine.

Keywords: quality of life, mental illness, family

Na prvním místě chci poděkovat PhDr. Geraldině Palovčíkové, CSc, za trpělivý, vstřícný a láskyplný přístup, podporu, vedení a cenné odborné rady, které mi jako vedoucí bakalářské práce poskytovala.

Mé poděkování patří také mému snoubenci, který byl mým hnacím motorem k dokončení celé práce. Také mým přátelům, kteří mne povzbuzovali.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

V Brně dne 25. 4. 2016

Lucie Žáková

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PSYCHICKÉ ONEMOCNĚNÍ	12
1.1 VYMEZENÍ POJMU PSYCHICKÉ ONEMOCNĚNÍ.....	13
1.2 KLASIFIKACE PSYCHICKÝCH PORUCH.....	13
1.3 PŘÍČINY VZNIKU PSYCHICKÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	15
1.4 LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH.....	17
1.5 HISTORIE PSYCHIATRICKÉ PÉČE.....	19
2 KVALITA ŽIVOTA RODINY S PSYCHICKY NEMOCNÝM ČLENEM	21
2.1 VYMEZENÍ POJMU KVALITA ŽIVOTA	21
2.2 SUBJEKTIVNÍ A OBJEKTIVNÍ DIMENZE KVALITY ŽIVOTA	24
2.3 RODINA S PSYCHICKY NEMOCNÝM ČLENEM	27
2.4 ORGANIZACE ZAMĚŘENÉ NA PODPORU RODINY S PSYCHICKY NEMOCNÝM ČLENEM.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	33
3 METODIKA VÝZKUMU	34
3.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	34
3.2 METODA A TECHNIKA VÝZKUMU	34
3.3 ZPRACOVÁNÍ A VYHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU.....	35
3.4 DISKUSE.....	47
ZÁVĚR	48
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50
SEZNAM TABULEK	53
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	54
SEZNAM PŘÍLOH	55

ÚVOD

Motto: „Nemocné tělo potřebuje lékaře, nemocná duše přítele.“

Menandros

V dnešním světě je obtížné poznat, zda jedinec trpí nějakou psychickou poruchou či naopak. O zdánlivě „normálně“ vypadajícím člověku bychom v některých případech ani přinejmenším netušili, zda má nějakou řekněme "odchylku" či nikoliv. Naopak o spoustě lidí bychom řekli, že by měli být už poněkolkáté hospitalizováni na psychiatrii a stále nejsou. Statistiky psychicky nemocných neexistují, počet lidí v psychiatrických ambulancích přibývá a finančních prostředků na jejich léčbu je velmi málo.

Dle mého názoru je téma velmi aktuální a je potřeba o něm mluvit, proto jsem se rozhodla se mu věnovat ve své bakalářské práci.

Velmi diskutované téma, kterému je věnováno mnoho odborných publikací, je i kvalita života rodin člověka s psychickým onemocněním. Od počátku 90. let, s nástupem dokonalejších informačních technologií, má veřejnost možnost dozvídat se o přibývajících případech, kdy se rodiny starají o osobu s psychickým handicapem. Tato péče je přes veškerou svou záslužnost spojena s širokým spektrem komplikací pro rodinný život.

Psychické onemocnění člena rodiny vede často k stigmatizaci a předsudkům. Rodina s takovým členem rodiny se potýká s celou řadou specifických problémů a potíží. Postižení se dotýká fungování celé rodiny a ovlivní kvalitu života všech jejích členů. Pro zmírnění dopadu těchto potíží jsou velmi důležité vhodná intervence a terapeutické přístupy, specifické výchovné strategie a vzdělávání nemocných dětí. Důležitá je dobrá spolupráce rodiny a školy, a také podpora rodin dětí s psychickým onemocněním ze strany neziskových organizací a státu.

Cílem bakalářské práce bylo proniknout do problematiky rodin, které mají člena s psychickým onemocněním; blíže popsat toto psychické onemocnění a přiblížit běžný život a postavení rodin s těmito členy z aspektu vlivu postižení na kvalitu života rodiny.

První kapitola byla věnována termínu psychické onemocnění, definici psychického onemocnění, klasifikaci duševních chorob, příčin a léčbě psychických poruch.

Ve druhé kapitole byla nastíněna celá problematika práce - a to kvalita života rodiny, která má psychicky nemocného člena.

V praktické části je rozebrán výzkum, který jsem prováděla s laskavým svolením MUDr. Karla Vaňka v jeho Psychiatrické ordinaci pro děti, mládež a dospělé. v Brně.

Metodologie bakalářské práce vycházela z výše uvedeného výzkumného problému a definovaných cílů. Cílem bylo zjistit, jak ovlivňuje psychická nemoc člena rodiny, se kterými jsem spolupracovala. Při zpracování teoretické části bakalářské práce byla použita analýza odborných publikací, které souvisí s tématem. Metodou empirické části byl kvalitativní výzkum s dominantní technikou rozhovoru.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PSYCHICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Staré lidové pořekadlo říká, že nemoci nechodí po horách, nýbrž po lidech. V dnešní době plné stresujících podnětů, shonu, nedostatku času si nikdo nemůže být jist, že se u něho nerozvine psychické onemocnění. Toto onemocnění nemusí být navenek vidět a psychicky nemocní si svou nemoc často neuvědomují a nechtějí si ji připustit.

„Nemoc na rozdíl od pocitu zdraví přináší potíže. Pro většinu lidí je to náročná životní situace, která je vnímaná jako nepříjemná, obtížně zvládnutelná, někdy jako nezvládnutelná. Nemoc mění obvyklý způsob života, navykly denní stereotyp, po kratší či delší dobu omezuje člověka v jeho běžných zvyklostech. Brání mu dočasně vykonávat zaměstnání, vlivem choroby může dojít ke snížení výkonu, případně nemoc znemožňuje povolání dále vykonávat.“¹

Definice podle British Dictionary definitions: Mental illness = *„Noun: Any of various disorders in which a person's thoughts, emotions, or behaviour are so abnormal as to cause suffering to himself, herself, or other people. Mental illness in medicine: Any of various disorders characterized chiefly by abnormal behavior or an inability to function socially, including diseases of mind and personality and central diseases of the brain. Also called mental disease, mental disorder.“²*

Překlad: Psychické onemocnění = Každá z různých poruch, ve které myšlenky osoby, emoce, a chování osoby jsou tak neobvyklé, že způsobují utrpení pro sebe sama, nebo jiných lidí. Duševní choroba v medicíně: Jedna z různých poruch charakterizovaných především abnormálním chováním, nebo neschopností fungovat společensky, včetně onemocnění mysli, osobnosti a centrálních onemocnění mozku. Také nazývána duševní nemoc, duševní porucha.

¹ Čechová, Mellanová, Kučerová (2004, s.41)

² <http://www.dictionary.com/browse/mental-illness>

1.1 Vymezení pojmu psychické onemocnění

Jak nejlépe definovat psychické onemocnění? Nejprve bychom se měli zamyslet nad tím, co je to nemoc, poté specifikovat psychické onemocnění.

„Nemoc je definována jako porucha rovnováhy (homeostázy) vnitřního a vnějšího prostředí organismu nebo jako porucha celistvosti (integrity) jeho součástí. Zdravý vývoj jedince je ovlivňován řadou vnitřních (genetickou výbavou jedince získanou od obou rodičů, pohlavním a fyzickým věkem) a vnějších faktorů (zevním prostředím, životním stylem a zdravotní péčí).“³

„Duševní porucha (nebo také psychická porucha) je v širším pojetí označení pro některé psychické procesy, projevující se v myšlení, prožívání a chování člověka, znesnadňující jeho fungování ve společnosti“⁴

1.2 Klasifikace psychických poruch

Existuje několik klasifikací pro psychické poruchy, např. MKN-10 (viz příloha č. 1). Dále existuje Diagnostický statistický manuál duševních chorob, tzv. DSM-I. Psychické poruchy nemají konečnou klasifikaci, stále se objevují nové druhy psychických onemocnění.

Základní rozdělení psychických poruch je následující:

Psychopatie

Psychopatie je poruchou osobnosti. Jedná se o trvalou povahovou odchylku, ne přímo o psychické onemocnění. Psychopaté nejsou zdraví, ale nejeví se jako nemocní. Psychopat neovládá vyváženost a harmonii.

Neurózy

Jedinec trpící neurózou je často osoba, která neumí řešit konflikty. Sílicí pocit neuspokojení plynoucí z nevyřešených situací vede k pocitu selhání, což je často spouštěčem této poruchy. Krizové situace mohou a nemusí nemoc spustit.

³Novotná, Uhrová, Jirásková (2006s.6)

⁴Hartl; Hartlová (2004, s. 424-425.)

Psychózy

Psychózy se řadí mezi nejzávažnější psychická onemocnění a dělíme je na několik typů:

a) Schizofrenie

Pod pojmem schizofrenie si člověk představí rozdvojenou osobnost, a projevy bludů a halucinací. Bývá označena jako chorobné přesvědčení o přítomnosti věcí, které neexistují.

- **Paranoidní schizofrenie** – nemocný trpí pocitem pronásledování, má poruchy myšlení a vnímání. Ty často vedou k agresivním, pro okolí nesrozumitelným projevům chování.
- **Simplexní schizofrenie** – člověk přestává mít zájem o svět ze sociálního pohledu. Nezajímá ho rodina, uzavírá se do sebe, dokonce může být promiskuitní. Někdy také ztrácí odpovědnost za děti.

b) Maniodepresivní psychóza

Je závažné psychické onemocnění. Jedná se o extrémní periodické výkyvy nálad, afektů. U člověka se cyklicky střídají období mánie a deprese.

- **Mánie** – období zvýšené aktivity. Nemocný je nadměrně veselý, je bezstarostný, podnikavý, ale v daný moment si svoji nemoc neuvědomuje. Má zvýšené sebevědomí, cítí se neporazitelný, může být i agresivní.
- **Deprese** – období charakteristické poklesem nálady a sebedůvěry. U depresí jsou časté i tělesné příznaky, jako poruchy spánku, úbytek tělesné hmotnosti. Hrozí i riziko sebevraždy. Lidé s depresemi prožívají stav bezmocnosti, beznaděje.

b) Laktační psychóza

Týká se pouze cca 0,1 % žen, matek, které rodily. Psychóza se nejčastěji objevuje hned po porodu, ale může se vyskytnout i do dvou měsíců po porodu. Žena ztrácí kontakt s realitou, ztrácí schopnost pečovat o dítě. Často se u nemocných objevuje přesvědčení, že vlastní dítě bylo vyměněno tzv. „Capgrasův příznak.“ Laktační

psychóza vyžaduje hospitalizaci matky a její léčbu, jinak hrozí riziko, že ublíží sobě a svému dítěti.

4. Závislosti

„ S ohledem na aktuální situaci ve společnosti, kdy pití alkoholu, užívání drog i hraní na hracích automatech je v populaci značně rozšířeno a tolerováno, dovoluji si této kapitole věnovat velkou pozornost. Zejména praktičtí lékaři a internisté, ale také učitelé a sociální pracovníci se mnohdy setkávají s pacienty a klienty, u nichž nadužívání alkoholu a užívání drog bývá problémem, a je třeba jej řešit.“⁵

Závislost je nemoc, pro kterou je charakteristická duševní, popřípadě i fyzická naléhavá touha anebo nepřemožitelná potřeba opakovaně a periodicky přivádět do svého těla příslušnou látku. Závislosti snižují inteligenci, sebeovládání a narušují osobnost.

1.3 Příčiny vzniku psychického onemocnění

Nauka o příčinách duševních nemocí, tedy psychiatrická etiologie, zatím stále nedokázala nalézt vysvětlení, jaké vlivy způsobují některé psychiatrické onemocnění, např. u schizofrenie. U mnoha psychických onemocnění příčinu známe, např. užívání psychoaktivních látek může vyvolat závažné poruchy psychiky. Můžeme znát příčiny vzniku onemocnění, když jsou zřejmé, ale nejsme schopni osvětlit zákonitost průběhu. Každé onemocnění má svůj specifický průběh. Někdo prožívá v manické fázi psychózy halucinace, jiný pouze nespí až do úplného vyčerpání organismu.

„Duševní poruchy jsou vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat.“⁶

⁵ Kučerová (2013, s. 120)

⁶ Malá (2002, s. 16)

„Duševní poruchy často probíhají dlouhodobě a mívají periodický průběh. Mnohé z nich zkracují život (např. schizofrenie, deprese, závislosti). Protože doposud neznáme u většiny psychických poruch příčinu, je jejich léčba mnohdy obtížná a dlouhodobá. Všechny ale výrazně zhoršují kvalitu života jedince a kvalitu vztahů rodinných, partnerských, pracovních i sociálních a omezují životní spokojenost. To vše má vliv na mnohé oblasti života postiženého i jeho okolí.“⁷

⁷ Tkáč (2008, s. 15)

Zde uvádím tabulku etiologie psychických onemocnění podle Malé:

<u>ETIOLOGIE</u>	<u>PŘÍČINY CHOROBY</u>
ZNÁMÉ	organické, toxické, infekční, nádorové, traumatické a jiné poškození mozku
PŘEDPOKLADATELNÉ	genetické – hereditálně – konstituční prostředí - rizikové a protektivní vlivy
NEZNÁMÉ	Psychotické poruchy- např. schizofrenie

⁸Tabulka číslo 1 - Příčiny psychických chorob

1.4 Léčba psychických poruch

MUDr. Pěč vysvětluje péči o nemocné takto: „Zacílením péče o osoby s psychickým onemocněním v dnešní době není jen eliminace symptomů psychického onemocnění nebo snížení intenzity příznaků nemoci, ale důležitým prvkem je zvýšení funkčních kapacit a nalézt pro ně uspokojivé místo ve společnosti.“⁹

Za nejvhodnější se považuje komplexní léčba, která je nasměrována k působení jak na úrovni biologické (dochází k ovlivnění mozku a mozkových procesů) a využívá i působení na úrovni psychologické prostřednictvím psychologických a psychoterapeutických metod.

Biologická léčba se dělí na léčbu farmakologickou a nefarmakologickou.

Farmakologická léčba je v současnosti nejčastější, probíhá prostřednictvím léčiv – psychofarmak a optimalizuje psychický stav chemickou cestou.

„Léčiva (farmakoceutika, farmaka) jsou látky, nebo směsi látek určené k podání člověku za účelem léčby, zmírnění, prevence nebo diagnózy choroby, popřípadě k ovlivnění fyziologických funkcí.“¹⁰

⁸ Zdroj: Malá (2002, s. 16)

⁹ Probstřová, Pěč (2014, s. 214)

¹⁰ Novotná, Uhrová, Jirásková (2006, s. 90)

„Psychofarmakologické ovlivnění bez fyzického omezení přichází v úvahu tam, kde jde o stavy s vyšší mírou subjektivního i objektivního napětí, úzkosti, agitovanosti, poruch soustředění. Používají se benzodiazepinové preparáty, antipsychotika, nebo jejich kombinace. Použitelnost psychofarmak není v intenzivní péči stejná.“¹¹

„Nefarmakologická biologická léčba využívá metody biologické terapie, k nimž patří zejména:

Elektrokonvulzivní terapie (ECT)

Využívající působení elektrického impulsu na mozek. Laicky se této metodě říká elektrošoková. Má rychlý vliv na zlepšení stavu nemocného. Společnost tuto metodu nepřijímá kladně. Elektrokonvulzivní terapie byla také použita ve filmech např. Přelet nad kukaččím hnízdem, terapie byla ovšem zkreslená, proto ji společnost zavrhuje. Tato metoda se používá při anestezii, elektrody se přikládají na spánky nemocného a musí se sledovat EEG a EKG.

Léčba světlem (fototerapie)

V psychiatrické péči se pomocí fototerapie léčí hlavně deprese, afektivní poruchy, poruch pozornosti, bulimie a premenstruační poruchy. Světlo má pozitivní dopad na náladu pacientů. Je dokázáno, že ve státech, ve kterých je sluneční svit intenzivnější se neobjevuje tolik psychických poruch, než ve státech, kde je po většinu dne tma.

Působením magnetického pole na mozek

(TMS – transkraniální magnetická stimulace)

MUDr. Jan Tuček popisuje ve svém článku působení této terapie takto: „TMS již našla své místo ve světě neurověd. V neurologii je její využití zcela odůvodněné a je poměrně široce používána. V psychiatrii jsme zatím na začátku pochopení významu.“¹²

Zkrácení délky spánku

MUDr. Nevšímalová hodnotí spánek jako nezbytnou součást kvalitního života: *Fyziologický spánek odpovídající délky i kvality je klíčovým faktorem určujícím pocit*

¹¹ Dušek, Večeřová- Procházková (2005, s. 23)

¹² <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2002/03/07.pdf>

„dobrého zdraví“, naši výkonnost i pohodu a výraznou měrou se podílí na hodnocení kvality života.¹³

Užívání bylinných přípravků (**fytoterapie**)

Mezi byliny, stromy a polokeře v terapii zvané fototerapie se nejčastěji používá meduňka, mateřídouška, bazalka, heřmánek borůvka, bez, jmelí, levandule, lípa, bříza a dub.

Určité **operativní výkony** (stimulace bloudivého nervu)

Použití **akupunktury**

Akupunktura vychází z filosofie a medicíny, která se užívala v Číně. Do těla se vpravují jehly, které se zapichují do nemocného. Podle této terapie body protínají dráhy energie, které leží v každém těle. Tyto dráhy nebyly ve skutečnosti nikdy prokázány.

Pohybové programy, pracovní terapie, arteterapie aj.¹⁴

1.5 Historie psychiatrické péče

V historii se několikrát objevil mezník, kdy společnost zaznamenala někoho problémového a duševně chorého. Společnost se dívá na historii podle toho, jak se zacházelo s „blázný.“

„Psychiatrie je medicínským oborem, který v sobě spojuje dva vědní okruhy, resp. dva směry lidského poznání: vědy přírodní a vědy humanitní. V historii tohoto oboru lze tudíž nalézt vlivy dané vývojem v obou těchto okruzích.“¹⁵

„Psychiatrie jako disciplína začíná u popisu abnormálního chování a měla by být proto vybavena dokonalou znalostí podkladů normálního chování. I když vycházíme z psychosociálního modelu, považujeme pro lékaře a psychiatra znalost normální funkce mozku (ovšem v rozsahu dnešních možností) za přirozený předpoklad porozumění vývoje hypotéz předpokládaných změnu duševních poruch. Psychiatrie jako

¹³ <http://www.psychiatriepropraxi.cz>

¹⁴ <http://pfyziolffup.upol.cz/castwiki/?p=2496>

¹⁵ Raboch, Zvolský (2004, s. 563)

věda konstitovala poměrně pozdě. Jako univerzitní obor začala být přednášena vlastně až v 19. Století (Hanzlíček) , ale naproti tomu byla psychiatrická onemocnění mezi prvními nemocemi, jež byly jednotlivě rozpoznány a popsány.“¹⁶

¹⁶ Raboch a kol. (1998, s. 2-3)

2 KVALITA ŽIVOTA RODINY S PSYCHICKY NEMOCNÝM ČLEMEM

Život každého člověka má určitou míru kvality. Někteří zažívají plnohodnotný život, mají své zájmy, koníčky, jsou zdraví, mají uspokojené své potřeby. Bohužel ne všichni lidé na této planetě mají takové štěstí. Procházejí mnoha strastmi života a zdravotními problémy, a tím může být i psychické onemocnění.

2.1 Vymezení pojmu kvalita života

„Pojem "kvalita života" se nejprve rozšířil v politické diskuzi ve Spojených státech a sloužil L. B. Johnsonovi jako argument pro vytvoření sociálních a kulturních služeb. Mezitím se tento koncept používá stále více jako kritérium kvality pro psychosociální péči (Corten a kol. 1994) Kvalita života obsahuje tři komponenty:

- *dostupnost materiálních zdrojů*
- *objektivní fungování v sociálních rolích a*
- *subjektivní spokojenost*

U všech tří komponentů vedou psychická onemocnění alespoň přechodně k omezením. Komponenty kvality života úzce souvisí s potřebami člověka, jak je například hierarchicky uspořádal Maslow:

1. základní biologické potřeby

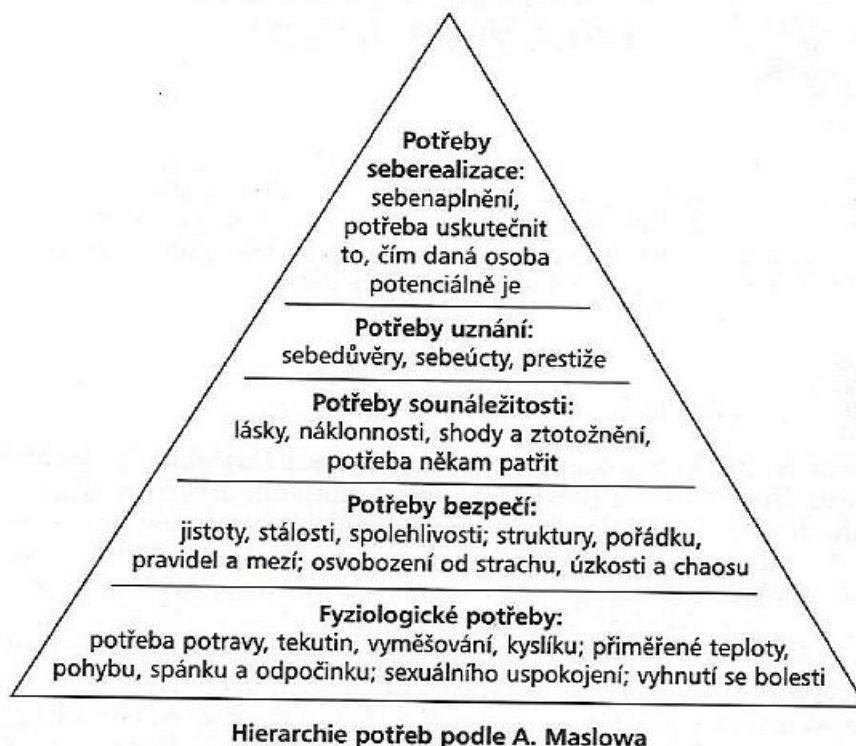
2. potřeba jistoty a stability

3. sociální potřeby (potřeba pracovat)

4. psychologické potřeby (touha po náboženství a transcenci)¹⁷

¹⁷ Ewald Rahn, Angela Mahnkopf (2000, s. 98-99)

Zde uvádím pyramidu potřeb podle Abrahama Harolda Maslowa:



Obrázek č. 1

Jaro Křivohlavý se ve své knize Psychologie nemoci zamýšlí nad otázkou po odpovědi na téma kvalita života takto: „Co se rozumí kvalitou? Je možné dát odpověď i sémanticky (významově). Kvalitou se tak rozumí jakost nebo hodnota (obecně např. „dobrá až prvotřídní nebo naopak špatná hodnota“), tj. charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka).“¹⁸

„Ve slovníku českého a slovenského jazyka pojem kvalita vyjadřuje jakost, hodnotu.“ (Elektronický lexikon slovenského jazyka 1999).“¹⁹

„Koncept kvality života zahrnuje širokou škálu různorodých oblastí zkušeností člověka- od fyzických funkcí až po oblasti spojené s dosahováním životních cílů

¹⁸ Křivohlavý (2002, s. 162)

¹⁹ Gurková (2011, s. 21)

a prožíváním životního štěstí. Při vymezení toho, co kvalita života vyjadřuje, se nejčastěji setkáváme s předponou multi.²⁰

WHO definuje kvalitu života jako: „jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám. Jedná se o velice široký koncept, multifokálně ovlivněný jedincovým fyzickým zdravím, psychickým stavem, osobním vyznáním, sociálními vztahy a vztahem ke klíčovým oblastem jeho životnímu prostředí.“²¹

Hartl ve svém Psychologickém slovníku definuje kvalitu života jako: „vyjádření pocitu životního štěstí, k nejobecnějším znakům patří soběstačnost při obsluze vlastní osoby a pohyblivost, psychologicky – jako míra seberealizace a duševní harmonie čili míra životní spokojenosti a nespokojenosti, sociologicky – pocity a životní úroveň speciálních skupin, jako jsou staří lidé, příslušníci etnických a jiných minorit čili hledisko možnosti jejich volby.“²²

Echteld doslovně vypovídá: „Uspokojení je definováno jako důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji.“ Je-li tomu tak, pak je možné podle Echtelda (1999, s. 10) definovat kvalitu života jako: „prožívání životního uspokojení a kladného emocionálního afektu při absenci negativního afektu.“ Je-li tomu tak, žije v pohodě (wellbeing) a tato životní pohoda (wellness) má blízko k tomu, co se rozumí psychologickou kvalitou života.“²³

²⁰Gurková (2011, s. 23)

²¹ In: www.who.int/evidence/assessment-instruments/qo/index.htm

²² Hartl, Hartlová, (2000, s. 284)

²³ Echteld, M. A., Elderen, T. M. T. van, Kamp, L. J. Th. Van der (1999) How Goal disturbance, coping, and chest pain relate to quality of life: a study among patients waiting for PTCA. Leiden, Leiden University, Clinical and Health Psychology Department. [Výzkumná zpráva.]

2.2 Subjektivní a objektivní dimenze kvality života

Dle mého názoru se subjektivní kvalita života týká jedince samotného, to co člověk pocítuje sám, jeho pocit štěstí, naplnění životem, naopak objektivní kvalitou života chápu pozorováním jeho kvality života okolím nejasné. Ovšem subjektivní kvalita, tedy subjektivní pocíťování kvality života není tak snadno měřitelná na rozdíl od objektivní kvality života, na kterou máme různé škály a jiné měřicí techniky.

Podle Gurkové je rozdíl mezi objektivní a subjektivní dimenzí kvality života vymezen takto: „*Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se materiálních a sociálních požadavků života, fyzického zdraví jednotlivce. Zatímco subjektivní dimenze se týká jeho subjektivní pohody a spokojenosti se životem, ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec.*“

To, co je směrodatné a důležité pro člověka zdravého, může člověk v onemocnění považovat za subjektivně nedůležité. Důležité a zásadní hodnocení života člověka má několik aspektů-zdraví, rodina, úspěch, postavení, víra, náležitost s ostatními a další. Každý člověk hodnotí svůj život specificky a individuálně. Zde je rozdělení subjektivní a objektivní kvality života podle Vymětala:

„Ke konceptu kvality života (Quality of life- dále jen QOL) můžeme přistupovat ze dvou hledisek, subjektivního a objektivního. V současné době se odborníci ve všech oborech přiklánějí k subjektivnímu hodnocení QOL jako zásadnímu a určujícímu pro život člověka.“²⁴

„Objektivní QOL sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Vymětal dodává, že QOL lze vidět také jako míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života.“²⁵

²⁴ (Mühlpachr, 2005 s. 17)

²⁵ (Vandurová, Mühlpachr 2005 s. 17)

„Subjektivní QOL se týká vnímání jedince svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost závisí na jeho osobních cílech, očekáváních a zájmech.“²⁶

²⁶ (Vymětal, 2001, s 198- 199)

Každý člověk má své vlastní potřeby. Šamánková ve své knize Lidské potřeby ve zdraví i nemoci je popsala do této tabulky:

BÝT (Being)	Osobní charakteristika člověka
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, odívání, celkový vzhled
Psychologie bytí	Psychologické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Hodnoty, předsvědčení, víra
NÁLEŽET (Belonging)	Vazba k určitému prostředí
Fyzická náležitost	Domov, škola, pracoviště, sousedství, komunita
Sociální náležitost	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé, užší napojení
Skupinová náležitost	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity (širší napojení)
REALIZOVAT SE (Becoming)	Dosahování osobních cílů, naděje, aspirace
Praktická realizace	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Volnočasová realizace	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Růstová realizace	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny ²⁷

Tabulka č. 2 Lidské potřeby

²⁷ Šamánková (2011, s. 31-32)

2.3 Rodina s psychicky nemocným členem

„Společnost, kterou dnešní mladá generace zdělila po svých rodičích je plná problémů: mnohé trápí hlad, jinde jsou války, vládní nespravedlnost. Kdybychom si ale sedli a začali nad tím vším naříkat, nic se nezmění. Větší užitek by mohlo přinést rozhodnutí zkusit napravit to, co starší generace nedokázala, nebo neudělala dobře.“²⁸

„Podle Walshové (1998) se termín rodinné fungování používá k popisu vztahových procesů v rodině. Lapidární definici rodinného fungování podala Pattersonová (2002a): Rodinné fungování je způsob, jakým rodina plní své funkce. Ty autorka vypočítává takto:

Začlenění jedince do rodinné struktury (poskytuje pocit sounáležitosti, ovlivňuje osobní identitu, smysl a zaměření života);

Ekonomická podpora (zajišťování základních i rozvojových potřeb členů rodiny);

Péče, výchova, socializace (umožňuje fyzický, psychický, sociální a duchovní vývoj dětí i dospělých, zprostředkuje sociální hodnoty a normy);

Ochrana zranitelných členů (mladých, nemocných, handicapovaných, starých či na ostatních nějak závislých aj.)“²⁹

„Rodina je základním článkem ve společnosti. Uspokojuje důležité potřeby svých členů. Kromě základních životních potřeb uspokojuje potřebu sociálního styku a komunikace, vzájemné pomoci, lásky a jistoty a vytváří podmínky pro dosahování krátkodobých i dlouhodobých cílů, realizování životní cesty a nalézání smyslu života.“³⁰

„J. Prekopová a CH. Sweizerová (2008) píšou o změněném chápání mateřské role v důsledku zpochybnění tradičních hodnotových představ. Pro mnohé současné ženy

²⁸ Melgosa (1997, s. 7-8)

²⁹ Sobotková (2007, s. 71)

³⁰ Rozsypalová, Čechová, Mellanová (2003, s. 148)

*již není samozřejmost uspokojovat potřeby dětí na úkor svých a řeší dilema, zda se plně věnovat svému dítěti, nebo se vrátit co nejdříve do zaměstnání.*³¹

Stigma

Člověk, který se odlišuje něčím od ostatních, bývá často špatně hodnocený, společnost ho těžce přijímá. Společnost neví, jak se k těmto lidem chovat. Netuší, jací jsou a tak nevědí, jak se k nim mají zachovat. Postoje, které má společnost k lidem s handicapem, nebo k těm, kteří jsou nějak odlišní ovlivňují často nepříjemné zkušenosti či nedostatečné informace o jejich problémech, či handicapu.

Stigma s sebou nese vyloučení ze skupiny lidí, nebo může být označením pro osoby, které nese negativní náboj. Psychické onemocnění s sebou nese nejčastěji sociální stigma, ale stigmatizováni jsou také lidé s odlišnou sexuální orientací, náboženským vyznáním, nebo barvou pleti.

„Společnost má tendenci duševně nemocné izolovat a obklopit je předsudky, vycházejícími ze stereotypu chápání duševní nemoci. Jsou pokládáni za nevypočitatelné a neschopné, za lidi pro které je nejlepší dlouhodobá ústavní péče a kterým nelze nic důležitého svěřit. Pacient, který onemocní psychózou, nemusí vůbec rozpoznat, že je nemocný. I když ví, že něco není v pořádku, neidentifikuje příznaky svého onemocnění. Považuje je častěji za slabost, nedostatek síly čelit nepřízni osudu, než aby v nich viděl známky nemoci. Když připustí, že se jedná o duševní nemoc, věnuje značné úsilí tomu, aby své potíže vyložil jako projevy pochopitelné nervozity. Pacienti se duševní nemoci bojí, protože duševní nemoc je podle jejich názoru i podle názoru okolí jiná než ostatní nemoci. Nese s sebou cejch- stigma, které je jakýmsi shrnutím předsudků o tom, co to znamená být duševně nemocný. Pro mnohé to znamená, že se musí vzdát své autonomie, rezignovat na své vidění skutečnosti a akceptovat, že budou považováni za nesvéprávné, zhlouplé a hlavně nevypočitatelné a potenciálně nebezpečné. Často to také znamená, že jejich nemoc je nevyléčitelná a oni patří do >>blázince<< či ústavu. Přijmout takovou vyhlídku se nikomu nechce ani tehdy, když ví a cítí, že potřebuje pomoc.“³²

³¹ Kolčárková, Lacinová (2008, s. 52)

³² Raboch, Zvolský (2004. 244-245)

2.4 Organizace zaměřené na podporu rodiny s psychicky nemocným členem

Psychicky nemocných stále přibývá, a také vzrůstají nové organizace na pomoc lidem, kteří onemocní. Podle mého názoru je to záslužná činnost, která je zapotřebí nejen z mého pohledu studenta sociální pedagogiky. Tyto organizace svojí činností ulehčují těžkosti lidem, kteří se často i bojí o pomoc požádat.

Podle údajů, které zazněly na Světovém psychiatrickém kongresu, konaném v říjnu 2012 v Praze lze shrnout několik základních faktů:

- Ročně vyhledává psychiatra 600 tisíc lidí
- ve 20 léčebnách je celkem 9 tisíc lůžek
- 85 % péče poskytujeme v léčebnách
- % finančních prostředků ze zdravotnického rozpočtu ČR směřuje do psychiatrie
- Evropský standard však činí víc, tj. 6 % - 8% financí z rozpočtu na zdravotnictví
- na jednom pokoji v ústavech ČR bývá až 14 lůžek
- pro přiznání invalidního důchodu se hlásí 27 % duševně nemocných občanů ČR.³³

V dnešní společnosti se vyskytuje stále více rodin s psychicky nemocným členem, tyto rodiny se snaží sdružovat se a pomáhat si. Vyhledávají odbornou pomoc, semináře, odborné publikace a další možnosti ulehčení jejich hendikepu.

V České republice existuje např. sdružení rodičů Sympathea, sdružení Práh, či Občanské sdružení pomoci duševně nemocným ČR a další.

Sympathea

Společnost Sympathea vznikla v Praze, jako obecně prospěšná společnost v r. 2003. Je to celonárodní organizace příbuzných duševně nemocných. V Praze funguje

³³www.kultura21.cz/ostatni/5767-deprese

poradna, telefonní linka a dále působící síť po celé ČR. Sympathea nabízí přednášky, lobbying, poradenství. Je to nezisková organizace, pro kterou pracují ve většině příbuzní duševně nemocných.³⁴

Sdružení pomoci duševně nemocným ČR

Je samosprávná, dobrovolná, nepolitická a nezisková organizace založená za účelem naplňování společného zájmu podle zák. č.89/2012 Sb. Hlavní činností slouží k uspokojování společných zájmů v oblasti duševního zdraví.³⁵

Sdružení Práh

Toto sdružení funguje pro dospělé osoby se závažným psychickým onemocněním z Jihomoravského kraje. Společnost má tréninkovou kavárnu v Brně v Galerii Vaňkovka, chráněné dílny. Pomáhá svým klientům při začleňování zpět do běžného života.³⁶

Česká asociace pro psychické zdraví

ČAPZ požaduje a prosazuje úpravu legislativních norem, které by vedly k lepší ochraně práv duševně nemocných, snaží se o změnu diskriminačních a stigmatizujících postojů veřejnosti a usiluje o realizaci projektů zaměřených na rozvoj komunitní péče.³⁷

Péče o duševní zdraví

Toto občanské sdružení pomáhá v boji s psychickou nemocí. Má pobočky v Chrudimi, Hradci Králové, Pardubicích, Rychnově nad Kněžnou, Chrudimi, Jičíně a Ústí nad Orlicí. Jejím cílem je, aby lidé, kteří je navštěvují, mohli žít samostatně, spokojeně a zvládali svoji roli ve společnosti.

³⁴ www.sympathea.cz

³⁵ <http://www.spdn-cr.org/>

³⁶ <http://www.prah-brno.cz/>

³⁷ <http://www.capz.cz/>

Baobab

Posláním občanského sdružení Baobab je poskytovat podporu lidem s duševním onemocněním, především psychotického okruhu, aby běžný život zvládali samostatně a spokojeně. V současné době působí v Praze a Kladně.³⁸

Anima Viva

Posláním občanského sdružení je na území Moravskoslezského kraje poskytovat podporu lidem s duševním onemocněním a mentálním postižením, jejich rodinným příslušníkům a osobám blízkým v přijetí života s duševní nemocí či mentálním handicapem. Anima Viva nabízí sociální poradenství, sociální a pracovní rehabilitaci, přípravu k zaměstnání, vzdělávání, náplň volného času a klubové aktivity.³⁹

Pamatováček Olomouc

Občanské sdružení Pamatováček Olomouc pomáhá občanům olomouckého regionu v boji proti demenci nejen nemocným, ale také rodinám nemocných.⁴⁰

³⁸ <http://www.osbaobab.cz/>

³⁹ <http://www.animaviva.cz/>

⁴⁰ <http://www.pamatovacek.cz/>

Shrnutí teoretické části

Teoretická část uvedla stručné rozdělení psychických poruch, vymezení pojmu psychická nemoc, a jakou mají tato onemocnění etiologii. Nastínila jsem hlavní část této práce - teoretické otázky kvality života. Každý člověk má určitou hodnotu kvality života, kvalita života se v jeho průběhu posouvá a mění. K potížím, se kterými se jedinec potýká, a které mají vliv na kvalitu jeho života může patřit i psychické onemocnění člena jeho rodiny. Na závěr jsem krátce představila několik organizací, které jsou zaměřené na pomoc lidem s psychickým onemocněním a jejich rodinám.

„Styk s druhými lidmi je pro každého z nás potřebou a nezbytností. Člověk je tvor společenský a samotářský život vyhovuje pouze některým jedincům. Naším životem ve společnosti na jedné straně lidskou společnost něčím obohacujeme, na straně druhé od ní něco získáváme. Co jsme schopni dávat a získávat, záleží do značné míry na nás samých. Záleží na tom, nakolik jsme schopni poznat sami sebe a pochopit příčiny svého jednání chování. V pomáhajících profesích je základem činnosti pracovníka spolupráce s lidmi. Běžný mezilidský kontakt se dostává na profesionální úroveň. Abychom rychleji porozuměli druhým, je dobré vědět co nejvíce o sobě samém.“⁴¹

⁴¹ Kopecká (2011, s.36)

PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA VÝZKUMU

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jakou kvalitu života pocítuje rodina s psychicky nemocným členem. Rozhovory jsem prováděla s rodinami, jejichž členové jsou v péči Psychiatrické ordinace pro děti, mládež a dospělé v Brně, MUDr. Karla Vaňka. Zvolila jsem kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor. Interpretace dat byla provedena analytickým kódováním: do svého výzkumu jsem použila otevřené kódování, které se zabývá označením a vytvářením kategorií. V každé otázce s rodinami, které mají člena rodiny v péči psychiatra, diskutuji jednotlivé otázky a samostatně si je ověřuji.

Výzkum byl proveden se šesti členy rodin, jejichž příbuzný je v péči psychiatra, informanti bylo šest- čtyři ženy a dva muži. Výzkum jsem prováděla od ledna do února roku 2016.

Psychické onemocnění je především dlouhodobé a chronické onemocnění, které lidem přináší četné zdravotní obtíže a komplikace, vyžaduje dodržování terapie (včetně užívání léků), pravidelné lékařské prohlídky, často vede k mnohým omezením, zejména k pracovnímu omezení, v některých případech musí nemocný požádat o invalidní důchod. Invalidní důchod může vést ke zhoršení ekonomické situace rodiny, která pečuje o svého blízkého, a také sociálních podmínek nemocného i blízkých.

3.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavní cíl - Jaký dopad má psychické onemocnění člena rodiny na kvalitu života jeho blízkých osob?

Dílní výzkumné otázky:

- Jak se změnila kvalita života rodiny po nástupu nemoci jejího člena?
- Co (kdo, jaké služby) rodinám s psychicky nemocným nejvíce pomáhá?
 - aspekty snížené kvality života rodiny psychicky nemocných osob

3.2 Metoda a technika výzkumu

V předešlých kapitolách jsem se snažila vysvětlit teoretické poznatky, které souvisí s tématem mé bakalářské práce. Hlavní cíl práce byl položen takto: „Jaký dopad má psychické onemocnění člena rodiny na kvalitu života jeho blízkých osob?“ V této

praktické části se chci zaměřit na provedení výzkumu, techniku sběru dat, limity, výzkumné a dílčí výzkumné otázky.

Z metod kvalitativní strategie jsem si zvolila formu polostrukturovaných rozhovorů, které jsem se souhlasem informantů nahrávala na diktafon. Vytvořila jsem si strukturu otázek, v některých případech jsem informantům pokládala další dodatečné otázky.

Při některých rozhovorech jsem musela pozměnit mírně otázku, aby ji dotazovaný pochopil. Tyto rozhovory trvaly přibližně 40 minut.

Účastníci výzkumu

Oslovila jsem celkem šest blízkých osob, které žijí s člověkem, trpícím duševním onemocněním. Uvádím údaje o informantech- věk, pohlaví, vztah k nemocnému a diagnóza, kterou trpí člen rodiny. Jména informantů a jejich rodinných příslušníků jsou v zájmu zachování anonymity změněna.

Kontext výzkumu a informanti

6 respondentů, 2 muži a čtyři ženy ve věku od 27 let do 48let

3.3 Zpracování a vyhodnocení výsledků výzkumu

Pro zjištění, jakou kvalitu života mají rodiny s psychicky nemocným členem byly použity výpovědi dotazovaných respondentů, které byly rovněž v rámci výzkumného šetření vyhodnoceny.

Rodina č. 1

Michal 31 let, přítel Moniky 25 let

diagnóza Moniky: schizoafektivní porucha osobnosti

Michal je přítelem Moniky, která trpí schizoafektivní poruchou osobnosti. Michal pracuje v automobilovém průmyslu. Nemoc jí byla diagnostikována v 17 letech. Poprvé byla hospitalizována v r. 2007, kdy nemohla bez léků spát, protože byla v manické fázi.

Monika studuje vysokou školu, nyní bydlí s přítelem. V péči psychiatra je 8 let, z rodinné anamnézy jsem zjistila, že rodina má psychiatrickou zátěž. Otec trpí schizofrenií.

Rodina č. 2

Martina 47 let, matka Davida, diagnóza porucha autistického spektra

Martina je matkou osmiletého Davida, který trpí poruchou autistického spektra. Martina je vyučená jako prodavačka, ale pracuje jako vizážistka ve fotostudiu a příležitostně pracuje jako realitní makléřka.

Nemoc byla Davidovi diagnostikována ve 4 letech, kdy se choval neadekvátně jeho věku. Hospitalizovaný nikdy nebyl. Nyní navštěvuje základní školu a bydlí s matkou a jejím přítelem. Je v péči psychiatra, psychologa a má svoji školní osobní asistentku. Pravidelně navštěvuje společnost Apla. Ve škole má podprůměrné výsledky, podle matky na něj škola klade vysoké nároky.

Rodina č. 3

Pavčina 48let, exmanželka Zdeňka, diagnóza schizofrenie

Pavčina je bývalou manželkou Zdeňka, který trpí schizofrenií. Pavčina pracuje jako technologka.

Nemoc byla Zdeňkovi diagnostikována v 16 letech, ale nemoc tajil. Poprvé se nemoc projevila, když zaútočil na souseda. Zdeněk nyní bydlí s matkou a sestrou. Je v plném invalidním důchodu a má dvě dcery s Pavčinou.

Rodina č. 4

Petr, 35 let, manželka Lenka, diagnóza laktační psychóza

Lenka onemocněla laktační psychózou v 33 letech po prvním porodu dcery. Byla hospitalizována pro nepřičetnost, byla nebezpečná sobě i okolí. O dítě se staral Petr. Opustil práci, aby mohl pečovat o rodinu. Lenka odmítá spolupracovat s odborníky. Po ukončení hospitalizace navštěvovala měsíc ambulantní ordinaci, nyní se cítí zdráva.

Rodina č. 5

Pavla 42 let, matka Kateřiny, diagnóza mentální anorexie

Pavla je matkou sedmnáctileté Kateřiny, která onemocněla mentální anorexií. Pavla pracuje jako IT specialista. Kateřina trpěla obezitou do svých patnácti let, než nastoupila na střední školu ekonomickou. Její hmotnost se stala terčem posměchu, spolužáci ji začali šikanovat, proto začala držet kruté diety, až nakonec skončila v péči

odborníků. Hospitalizována byla poprvé v r. 2014, kdy její hmotnost činila 43 kilogramů, při výšce 170 cm.

Rodina č. 6

Jana 27let, babička Milada 63 let, diagnóza alkoholismus

Jana je vnučkou Milady, která má problém s alkoholem. Jana pracuje jako au-pair v zahraničí. Milada se stala závislou po smrti svého otce. V rodině je genetický základ pro rozvoj alkoholismu. Milada byla hospitalizována v r. 2011, trpěla alkoholickou halucinózou. Nyní je Milada v péči psychiatra a bere pravidelně léky. Abstinuje již rok.

Analýza dílčích cílů

Analýzou rozhovoru s rodinnými příslušníky pacientů jsem stanovené dílčí cíle rozčlenila do jednotlivých kategorií, cíle jsou zaměřeny na konkrétní oblast ve výzkumu. Kategorie jsou doplněny o přesné citace mých respondentů. Zaměřuji se na oblasti kvality života v těchto kategoriích:

1. Onemocnění člena rodiny

Uvádím tuto kategorii, abych přiblížila život rodin, které postihl jev zvaný psychické onemocnění. Informanti popisují první setkání s onemocněním a také způsob, jakým toto onemocnění přijali.

2. Změny v kvalitě života rodiny

Rodiny, kterým vážně onemocní člen rodiny mění svoji kvalitu života. Jejich blízké může postihnout jakékoliv neštěstí - úraz, smrt blízkého, nebo závažné onemocnění, které může být psychického rázu.

3. Stigma, se kterým se potýká rodina

Jak již bylo několikrát zmíněno, psychicky nemocné osoby se potýkají se stigmatem. Společnost stigmatizuje i jejich rodinu. Jak se s daným faktem smiřují, nebo jej řeší, nalezneme i v této podkapitole.

4. Léčba, kterou doprovází kvalita života rodiny

Každý nemocný potřebuje přítele, nebo někoho, kdo mu pomůže nést bolesti, starosti. V této životní kapitole nastupuje rodina, která pomáhá nemocnému vyrovnat se s nemocí.

5. Organizace, které pomáhají usnadnit život rodinám nemocných

Každá organizace se snaží být nějak prospěšná společnosti. Mnoho organizací je vytvořeno ku prospěchu handicapovaným lidem. Tyto organizace jsou velice užitečné a jejich počet stále narůstá.

6. Dědičnost a prostředí

U mnohých onemocnění je prokázána genetická příčina. U psychických poruch patří genetika jako jedna z etiologií. Například u alkoholismu existuje gen, který se dědí zvláště u mužské populace.

1. ONEMOCNĚNÍ ČLENA RODINY-

Z rozhovorů vyplynulo, že rodinné příslušníky nemocného ve většině případů diagnóza překvapila a reakce na ni byly negativní. Nejtěžší bylo pro ně přijmout fakt, že psychiatrické onemocnění je dlouhodobé, někdy trvá po celý život. Diagnózy rodinných příslušníků byly hlavně ze skupiny psychóz.

Michal: *„Přemýšlel jsem, že se s ní rozejdu. Když mi lékařka řekla, že to mohou mít i naše děti, dost mě to vyděsilo. Neozval jsem se jí týden.“*

Martina: *„Nechtěla jsem tomu uvěřit, ale ani přijmout. Je to zátěž. Spousta matek má zdravé děti, závidím jim to.“*

Pavčina: *„Byl to šok, to přiznávám, ale tak trochu mi svědomí říkalo, že jsem to mohla čekat, vždyť jejich rodina byla celá divná. Otec jeho matku mlátil po hlavě pánevčkou, sestra byla v sektě...“*

Petr: *„Byl jsem zaskočen. Moje dokonalá žena, modelka, skvělá partnerka a má takový cejch? To ne. Nechápal jsem to. Proč zrovna my? Měli jsme takové štěstí, že se narodila Mia a teď šílený pád dolů.“*

Pavla: *„Tak bylo to překvapení, i když problematika anorexie je hodně propíraná a známá.“*

Jana: *„V rodině máme plno alkoholiků, ale u babičky jsem to nečekala, nikdy nebyla fanoušek piva či vína, akorát si s dědečkem dávala po ránu hlt slivovice, prý na lepší zažívání. Až později začal mizet alkohol, tak nám to začalo být divné.“*

Výpovědi rodinných příslušníků se shodují v tom, že onemocnění jejich blízkého jim podstatně změnilo život. Nejtěžší bylo přijmout fakt, že jejich blízký onemocněl.

2. ZMĚNY V KVALITĚ ŽIVOTA

S psychickou nemocí nastávají změny v kvalitě života. Rodiny se často musí uskromnit v plánování různých akcí, rozpočet se otočí jiným směrem, často se rodinní příslušníci trpící psychickým onemocněním nezajímají o svoji práci, o rodinu, koníčky, musí brát pravidelně léky a navštěvovat odborníky.

Michal: „*Mám o ni strach, předtím mi nikdo nebyl tak blízký jako ona. Má celkově problémy se vztahy v rodině. S mojí rodinou ale vychází dobře. Přítelkyně si hlídá hmotnost, takže vaří zdravě, a zdravé jídlo je drahé. Sám sobě nevěnuji tolik času, většinou jsem s přítelkyní, nebo v práci.*“

Martina: „*Měla jsem spoustu přátel, bavila se, cestovala...Nyní mne spoutává onemocnění syna. Dřív jsem chodila na plesy, na diskotéky. Musela jsem se uskromnit. Musela jsem vynaložit prostředky k přestavění dětského pokoje, dále pomůcky pro autisty a asistentky jsou drahé.*“

Pavčina: „*Pro mě nastalo hned několik změn. V první řadě jsem požádala o rozvod. Zdeněk přestal mít o děti zájem, ukončil léčbu, odjel do Ameriky, neplatil výživné, žil promiskuitním životem...*“

Petr: „*Pro mne nastala hlavní změna, a to že jsem musel opustit práci kvůli dceři. Měla půl roku, takže jsme jí objednávali mléko od cizích maminek, pořád jsem musel dávat Mii mléko, přebalovat, uspávat. A to každý den, kolotoč pořád dokola. Až pustili manželku na vycházky domů z léčebny tak jsem se musel starat i o ni, pořád spala, polehávala, často plakala. Trápila jí váha, pořád přibírala.*“

Pavla: „*Víc trávím času s dcerou*“

Jana: „*Pro mne byla změna v tom, že jsem musela babičku omlouvat, často se na různých rodinných akcích opila, a byla velice vulgární. Styděla jsem se za ni. Nebyla to už ta hodná babička, která pletla svetry, ale stala se z ní jiná osobnost. Změnil se můj vztah k ní. Cítila jsem k ní odpor. Zvlášť, když jsem za ní byla v léčebně a ona byla polonahá, přikurtovaná k posteli a řvala, ať toho koně vyvedeme ven.*“

Rodiny se potýkaly s různými změnami, některé pomohly situaci lépe zvládat, jiné byly razantní, a posunuly rodinu do jiné situace, ať už to byl rozvod, nebo změna zaměstnání. K největším změnám došlo v ekonomické stránce rodiny. Rodiny byly nuceny vynaložit více finančních prostředků v důsledku péče o blízkého.

3.STIGMA

Ve společnosti převládá názor, že ten kdo není „normální“ na toho si musíme dát pozor. A tak se pohlíží na psychicky nemocné shora, a celou rodinu nálepkujeme jako společensky nepřijatelnou. Když o někom prohlásíme, že byl v léčbě vyvolává to pocit opovržení a někdy i posměchu. Takový člověk hledá oporu u své rodiny, ovšem někdy ho zavrhne i rodina samotná.

Michal: *„Libilo by se mi, kdyby ji společnost hned neodsuzovala, kdyby se každý staral sám o sebe. A co by mi pomohlo ze strany společnosti? Kdyby se každý staral sám o sebe. To že je někdo psychicky nemocný, neznamená, že je méněcenný, je to člověk jako každý jiný, a lidé by měli být především lidští.“*

Martina: *„Ve škole se ho chtějí zbavit, hlavně že na něj berou dotace. Protože na něj kladou nároky jako na normální dítě. Byla bych ráda, kdyby na něj nečuměli jako na debila.“*

Pavčina: *„Vždycky byl arogantní a nikdy neměl moc přátel, do společnosti nechodil, zábavám a plesům se vyhýbal, takže o jeho nemoci věděli jen nejbližší.“*

Petr: *„Ztratila spoustu přátel z modelingu, jak postupně přibírala na váze, neměla šanci se dostat opět na vrchol. Postupem času ji začaly rádobly přítelkyně pomlouvat, bála se vycházet ven, už si nepřipadala tak krásná a sebevědomá žena jako předtím.“*

Pavla: *„Krom odborníků se nikomu nesvěřuji. Vztahy s okolím máme pořád stejné. Naštěstí se situace nevyhrotila na nejvyšší možnou míru.“*

Jana: *„Babičku vyhodili z práce, jednou jí kontrola dala dýchnout a tím si podepsala ortel. Celá vesnice začala drbat, že máme v rodině dalšího alkoholika.“*

Podle výpovědí se dá říci, že každá rodina s psychicky nemocným členem zažije odmítnutí od společnosti, nebo naopak pomluvy a stigma obecně, přitom by si společnost měla uvědomit, že psychické onemocnění se ovlivnit nedá, někdy se s ním člověk narodí, nebo jej naopak získá, a pokud není včasné a vhodně léčeno, je problémem nejenom pro okolí, ale pro rodinu nemocného hlavně.

4.LÉČBA

Pro každé onemocnění je důležitá včasná léčba a hlavně rozpoznání nemoci. Stává se ale, že nemocní často nechtějí spolupracovat, léčbu odmítají a nechtějí spolupracovat s odborníky. Nedůvěřují lékařům, nechtějí se svěřovat psychologům, a proto neulehčují péči svým rodinám. Často se rodina, která o nemocného pečuje potýká s psychickou zátěží vůči sobě.

„Některé rodiny prožívají po propuštění svého příbuzného z lůžkového psychiatrického zařízení stejné pocity, jako když se jim narodí první dítě. Stejné obavy, stejný pocit bezbrannosti a bezmoci. Propuštěný rekonvalescent je si toho většinou vědom a jeho stav se tím může i zhoršit. Odhad prostředí, do kterého se nemocný vrací, je nesmírně důležitý ještě za jeho pobytu v nemocnici. Příchod nemocného z psychiatrické nemocnice, zvláště byl-li v ní delší dobu, může znovu rozbít celou rodinu, která si již zvykla žít bez něho.“⁴²

Michal: *„Nechtěla spolupracovat s lékaři, vyhazovala tablety do odpadu. Nevěřila jim, že jí chtějí pomoci.“*

Martina: *„Je to náročné. Zestárla jsem snad o deset let, už nemám takovou energii. Pomáhá mi, když si udělám na chvilku čas pro sebe, třeba na chvilku si sednout na zahradě a zapálit si cigaretu.“*

Pavčina: *„Vždy když ukončil léčbu, dostal se do toho znova, bylo to pořád dokola. Chvilku se cítil fajn, pak asi do půl roku byl znova v nemocnici. To byly vždy nejnáročnější doby, kdy jsem holkám musela vysvětlit, že tatínek je zase nemocný.“*

Petr: *„Manželka přestala dodržovat léčbu. Dnes nebere žádné léky, máme druhé dítě, a jsme šťastní.“*

Pavla: *„Péče o Katku se odráží v mé peněžence, výživoví poradci, kurzy vaření. Ale léčba je zatím účinná. Katka pomalu, ale jistě přibírá.“*

⁴² Hausner (1981, s. 86)

Jana: „*Babička se léčila tři měsíce v léčebně, mělo to špatný průběh, neustále měla halucinace, nedokázala se o sebe postarat, měla zavedenou cévku, a mnohokrát musela být přikurtovaná. Nyní abstinuje rok, ale mám strach, že při větším stresu do toho znova padne.*“

Terapie je důležitá část léčby. Ovšem nemocní se s ní často špatně vyrovnávají, někteří ji odmítají. Pokud nemocný odmítne medikaci, je velká váha na rodině, aby nemocný nezažil relaps.

5. ORGANIZACE POMÁHAJÍCÍ NEMOCNÝM

Na světě existuje nespočet organizací, které pomáhají psychicky nemocným. V České republice jich jsou desítky. Některé jsem zmínila v teoretické části. Rodiny, se kterými jsem spolupracovala mají zkušenosti s odborníky, kteří pracují v těchto organizacích. Jak a proč tito odborníci pomáhají se můžeme dočíst ve výpovědích.

Michal: *„Přítekně chodila do společnosti Práh, byla v chráněné dílně, ale nedělalo jí dobře, když viděla, jak na tom ostatní jsou, většinou na tom byli daleko hůře než ona. Vedení a zaměstnanci Prahu byli prý milí, obětaví a snažili se pomoci zapojit své svěřence do normálního života, aby se mohli vrátit zpět do zaměstnání, aby dokázali zvládat každodenní činnosti a naučit je zvládat stresové situace.“*

Martina: *„Spolupracuji s Aplou, Davídek tam chodí od doby, kdy jsme zjistili, že je autista. Mají šikovné asistentky, používají i canes terapie. Většinou se věnují dětem v odpoledních hodinách, ale já jsem využívala jejich pomoc celý den. Hodně Davídkovi pomáhají, a asistentky má moc rád.“*

Pavčina: *„V době, kdy manželovi diagnostikovali schizofrenii moc pomocníků nebylo. Nemoc nebyla tak dobře prozkoumaná jako dnes, a lidé se spíše takových lidí báli, než aby jim pomáhali.“*

Petr: *„Manželka chodila na semináře různých společností, které dělaly motivační tréninky a snažily se zlepšit svoje postavení ve společnosti. Zapletla se i do různých kosmetických firem, které fungovaly jako letadlo. Pořád se snažila někam zapadnout a něčeho dosáhnout, ale spíše to mělo opačný efekt.“*

Pavla: *„Katka chodí na kurzy vaření, sestavují jí jídelníček u odborníků, má kondiční trenéry. Hodně pomohly blogy holek, které trpěly anorexií a úspěšně se vyléčily.“*

Jana: *„Babička často diskutuje v příspěvcích na internetu, zaujala ji skupina Anonymní alkoholici, setkává se s lidmi, kteří s ní byli v léčebně. Vzájemně se podporují a navštěvují se.“*

Pomoc, kterou poskytují tyto organizace se snaží život rodinám ulehčit, nebo zlepšit. Proto je hodnotím kladně, a myslím si, že by mělo existovat více takových společností.

6.DĚDIČNOST A PROSTŘEDÍ

Johan Gregor Mendel položil základy genetiky, ale rozhodně nevystavěl a nepopsal celé spektrum, které není objasněno dodnes. Lidský organismus se stále vyvíjí, a tím vzrůstá počet nemocí, které nejsou zdokumentovány. Prostředí a výchova hraje nedílnou součást při vývoji lidské bytosti.

Michal: *„Je to pravdivé, protože vyrůstala ve špatných podmínkách, rozvedení rodiče, promiskuitní matka, partneři matky, kteří ji mlátili.“*

Martina: *„Je to blbost, nedá se to ovlivnit.“*

Pavčina: *„Určitě s tím souhlasím, v rodině se odvíjí všechno, rodina na své členy působí.“*

Petr: *„Ano, má to velkou váhu, protože její rodina byla konfliktní, v 19 letech utekla z domu a začala se žít sama.“*

Pavla: *„U této nemoci si myslím, že vzniká dnešním kultem po dokonalosti.“*

Jana: *„Ano, vyčetla jsem, že existují geny, které vyvolávají alkoholismus u potomků.“*

Shrnutí

Hlavním cílem této práce bylo přiblížit psychické onemocnění, speciálně kvalitu života rodin, které mají nemocné blízké.

Jak se tedy kvalita života rodin mění? Určitě zasahuje do ekonomické stránky, například nákladné léky, úprava stravy v důsledku změny hmotnosti, změna prostředí, relaxace atd. Dále je důležité zmínit stigma, které naše společnost ukládá psychicky nemocným. To, že má psychicky nemocný své problémy většinu lidí ani nezajímá.

Nemocní také zastávají názor, že lékaři jim pomoci nechtějí, že je jen pouze cpou chemií, která je má klidnit. Proto často vyhazují svoji medikaci, anebo léčbu odmítají.

Psychické onemocnění mění také duševní stránku blízkých, v nouzi se často stává, že se lidé mění po spirituální stránce a upínají se k víře v Boha.

Psychické onemocnění má své fáze, může se vracet, být v útlumu, může být provázeno opakovanými atakami. Každý člověk by si přál být zdravý a šťastný, pokud ho postihne onemocnění, které nemá dobrou prognózu, život se mu mění. Ve své práci jsem se snažila vysvětlit, kam se kvalita života rodin s psychicky nemocným členem posouvá a mění.

3.4 Diskuse

Zdrojem chyb v bakalářské práci může být zaujatost ze strany informantky, která měla status bývalé manželky, tudíž může její výpověď být zaujatá vůči exmanželovi. Problematika mne zaujala zejména tím, že se jedná o aktuální a diskutované téma, které je potřeba řešit.

Využitelnost mojí práce může být v hodinách psychiatrie na zdravotnických školách, čerpat mohou studenti z teoretické části práce, z teoretických pojmů a také z praktické části, kde se především snažím interpretovat, že psychicky nemocný je v první řadě člověk.

Bylo by vhodné, aby se odborníci v následujících výzkumech, zaměřili na dědičnost v rámci psychických poruch a také psychickou zátěž pro rodinu, která nese nevýhody spojené s péčí o blízkého a tedy snižování kvality života.

„Odhady v západní společnosti předpokládají, že více než 25% (v průběhu jednoho roku) obyvatelstva trpí psychickou poruchou nebo má nějaké psychické potíže. Celoživotní prevalence se pohybuje kolem 50%. Tedy každý druhý člověk v populaci má někdy v životě klinicky významné psychické problémy. Asi u poloviny nemocných není psychická porucha rozpoznána a nedostane se jim přiměřené péče, která by je trápení mohla zbavit. K rozpoznání psychické poruchy je potřeba si nejdříve ujasnit základní pojmy a pak umět pojmenovat konkrétní příznaky.“⁴³

⁴³ Praško, Látalová et al.(2013,s.22)

ZÁVĚR

V posledních desetiletích, zvláště s nástupem druhého tisíciletí lidé mohou pozorovat několik změn, které se odehrávají ve společnosti. Pokroky dělá lidstvo v technických oborech, ve vědě, lékařství, ale také i náhledu na společnost a osoby, které se v ní nacházejí. Společnost mění názor na osoby s psychickým onemocněním, na jejich začlenění do světa „zdravých“ lidí. Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit jakou má rodina kvalitu života s psychicky nemocným členem. Ve společnosti stále existují společenské bariéry, které stigmatizují tyto osoby, ale s postupem času se tyto bariéry rozpouští. Dnes při stresorech, které na nás působí, si nemůžeme být jisti, že ani my neonemocníme.

Teoretická část mé bakalářské práce byla zaměřena na vysvětlení pojmů psychické onemocnění, kvalita života, klasifikace duševních onemocnění. Jedním z cílů teoretické části bylo popsat stigmatizaci duševního onemocnění. Stigma duševní nemoci je závažný problém a potýká se s ním většina nemocných, a jejich rodin.

Praktická část práce se potom zaměřila na hlavní cíl, a to zjištění, zda a do jaké míry se mění kvalita života rodiny s psychicky nemocným členem. V praxi jsem si ověřila své domněnky, a došla jsem k mnohým poznatkům, které mne překvapily. Praktickou část jsem vytvořila kvalitativním výzkumem, s využitím techniky polostrukturovaného rozhovoru.

Dospěla jsem ke zjištění, že se kvalita života rodin s psychicky nemocným členem mění, nejenom materiální stránce, ale také po stránce psychické a sociální. Psychické onemocnění má nákladnou léčbu, často trpí psychicky i rodina a společenská prestiž se snižuje. Redukují se sociální vazby s přáteli, někdy se blízká osoba musí vzdát zaměstnání, kvůli péči o člena rodiny.

Vytvořením této bakalářské práce došlo k mnoha zjištěním, které pro mne jako autora byly v některých případech i překvapující. Překvapující pro mne byl zejména fakt, že se na osoby, které mají handicap psychického onemocnění kladou vyšší nároky. Psychicky nemocný se vrací s těžkostmi do původního života před onemocněním. Zaměstnavatelé kladou na každého zaměstnance vysoké nároky, a psychicky nemocní tento tlak těžce snášejí. Ve školách se učitelé snaží, aby se děti handicapovány psychickou nemocí vyrovnaly ostatním žákům. Psychicky nemocní jsou téměř vyloučeni ze společnosti, často ztrácejí své přátele.

Jako studentka sociální pedagogiky bych byla velmi ráda, kdyby postupně došlo k řešení mezery a nedokonalosti systému, ve kterém žijeme.

Z praxe u MUDr. Vaňka si odnáším cenné zkušenosti, které mi budou přínosem do dalších let studia.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] <http://www.animaviva.cz/>. [online]. 29. 6. 2012 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: www.animaviva.cz
- [2] COHEN, Robert. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál. 2002. ISBN 80-7178-497-4.
- [3] <http://www.capz.cz/>. [online]. 8. 3. 2016 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: www.capz.cz
- [4] ČECHOVÁ, Věra MELLANOVÁ, Alena KUČEROVÁ, Hana. *Psychologie a pedagogika II pro střední zdravotnické školy*. Praha: Informatorium. 2004. ISBN-10: 80-7333-014-8
- [5] <http://www.dictionary.com/browse/mental-illness>. [online]. 1.3.2002 [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: <http://www.dictionary.com/browse/mental-illness>
- [6] DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada. 2005. ISBN 80-247-0197-9
- [7] GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80247-3625-9.
- [8] HARTL Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5
- [9] HAUSNER, Milan. *Duševně nemocný mezi námi*. Praha: Avicenum, 1969. ISBN 08-068-82
- [10] KOLČÁRKOVÁ, Irena, LACINOVÁ, Lenka. *Rodičovství očima matek neklidných dětí*. Brno: MU, 2008. ISBN 978-80-87029-47-3
- [11] KALINA Petr. *Jak žít s psychózou*. Praha: Avicenum, 1987. ISBN 08-080-87.
- [12] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-807-3673-833.
- [13] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. 2002. ISBN 80-2470179-0
- [14] www.kultura21.cz/ostatni/5767-deprese. [online]. 5. 1. 2013 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.kultura21.cz/ostatni/5767-deprese>

-
- [15] KUČEROVÁ, Helena, *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013.
978-80-247-4733-0
- [16] MALÁ, Eva PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Portál. 2002.
ISBN 807178-700-0.
- [17] MELGOSA, Julian. *Žít naplno*. Madrid: Editorial Safeliz, 1997.
ISBN 80-7172-300-2
- [18] NOVOTNÁ, Jaromíra *Klinická propedeutika pro střední zdravotnické školy*.
Praha: Fortuna. 2006. ISBN 80-7168940-8
- [19] <http://www.osbaobab.cz/>. [online]. 14. 11. 2013 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z:
www.osbaobab.cz
- [20] <http://www.pamatovacek.cz/>. . [online]. 26.5. 2014 [cit. 2016-04-12]. Dostupné
z:www.pamatovacek.cz
- [21] PRAŠKO, Ján LÁTALOVÁ, Klára *Psychiatrie v primární péči*. Praha:Mladá
fronta. 2013 ISBN-13: 978-80-204-2798-4
- [22] <http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/?p=2496>. [online]. 12. 4. 2016 [cit. 2016-04-
12]. Dostupné z:<http://pfyziolfup.upol.cz/castwiki/?p=2496>
- [23] <http://www.prah-brno.cz/>. [online]. 7. 9. 2015 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z:
www.prah-brno.cz/
- [24] PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej *Psychiatrie pro sociální pracovníky*.
Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3
- [25] <http://www.psychiatriepropraxi.cz/> [online]. 14.8.2009 [cit. 2016-04-27].
Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/>
- [26] RABOCH, Jiří ZVOLSKÝ Petr. *Psychiatrie*, Praha: Galén.2001. ISBN 80-
7262-140-8
- [27] RAHN, Ewald, MANKOPF, Angela. *Psychiatrie-učebnice pro studium i praxi*,
Praha: Grada. 2000. ISBN 80-7169-964-0

- [28] RICHMAN, Sarah. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6
- [29] <http://www.spdn-cr.org/>. [online]. 26. 5. 2006 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: www.spdn-cr.org/
- [30] SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny* Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8
- [31] www.sympathea.cz. [online]. 5. 12. 2003 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: www.sympathea.cz
- [32] ŠAMÁNKOVÁ, Marie. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7
- [33] TKÁČ, Juraj. *Základy psychiatrie*, Brno, IMS. 2008. Bonny press
- [34] VAĐUROVÁ, Helena MÜHLPACHR, Pavel *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. Brno, MU 2005. ISBN 80-210- 3754-7.
- [35] VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie 1*. Praha: Karolinum, 2008
ISBN 978-80-246-0956-0
- [36] VYMĚTAL, Jan. *Rogersovský přístup k dospělým a dětem*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-561-X.
- [37] www.who.int/evidence/assessment-instruments/qo/index.htm. [online]. 3.1.2016 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.who.int>
- [38] ZVOLSKÝ, Petr a kol. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-681-3

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Příčiny psychických chorob	str. 17
Tabulka č. 2 Lidské potřeby	str. 26

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

WHO Světová zdravotnická organizace

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA P 1: DUŠEVNÍ PRUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ PODLE MKN -10

PŘÍLOHA P 2: INFORMOVANÝ SOUHLAS

PŘÍLOHA P 3: DOSLOVNÝ PŘEPIS VYBRANÝCH ROZHovorŮ

PŘÍLOHA P1:

DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ PODLE MKN-10

Diagnostické kategorie

F00–F09 ORGANICKÉ DUŠEVNÍ PORUCHY VČETNĚ SYMPTOMATICKÝCH

MKN-10 569 F10–F19 DUŠEVNÍ PORUCHY A PORUCHY CHOVÁNÍ VYVOLANÉ
ÚČINKEM PSYCHOAKTIVNÍCH LÁTEK

F20–F29 SCHIZOFRENIE, SCHIZOFRENNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY

F30–F39 PORUCHY NÁLADY (AFEKTIVNÍ PORUCHY)

F40–F49 NEUROTICKÉ PORUCHY, PORUCHY VYVOLANÉ STRESEM A
SOMATOFORNÍ PORUCHY

F50–F59 BEHAVIORÁLNÍ SYNDROMY SPOJENÉ S FYZIOLOGICKÝMI
PORUCHAMI A SOMATICKÝMI FAKTORY

F60–F69 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U DOSPĚLÝCH

MKN-10 579 F90–F98 PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ SE ZAČÁTKEM OBVYKLE
V DĚTSTVÍ A V ADOLESCENCI

F99 NESPECIFIKOVANÁ DUŠEVNÍ PORUCHA

(In: Raboch, Zvolský 2001, s.567-580)

PŘÍLOHA P2:

Informovaný souhlas

Univerzita Tomáše Bati

Institut mezioborových studií

Londýnské náměstí 4

Brno

Fakulta humanitních studií

Lucie Žáková

Informovaný souhlas:

Název výzkumu:

Kvalita života rodiny jedince s psychickým onemocněním

Poučení:

Byl/a jsem poučen/a o průběhu, cílech a mé účasti v tomto výzkumu a souhlasím se svou účastí ve výzkumném projektu. Byl jsem informován o následujících skutečnostech:

Moje osobní data (jméno a další) budou následně zachována v anonymitě. Mám možnost výhrad k probíhajícímu výzkumnému procesu a mám možnost kdykoli přerušit spolupráci.

Souhlas:

Na základě poučení souhlasím se svou účastí v daném výzkumném projektu. Souhlas s účastí v tomto výzkumu dávám dobrovolně, svobodně a bez nátlaku s vědomím, že účast v tomto daném výzkumu mohu kdykoli ukončit. Souhlasím s nahráváním rozhovoru, tak, aby bylo možné jej poté přepsat a využít jej v analytické (výzkumné) části bakalářské práce.

V Brně dne

Podpis:

PŘÍLOHA P 3: DOSLOVNÝ PŘEPIS ROZHOVORŮ

Rozhovor č.1 Michal

Úvodní otázky:

Výzkumník: Můžete mi, prosím, popsat jak vypadá váš běžný den ve vaší domácnosti?

Michal: Přítelkyně mi udělá snídani, odejdu do zaměstnání, vrátím se na večeri, povídám si s přítelkyní a nakonec jdeme spát. Je Vaše práce fyzicky náročná? Ano, je hodně fyzicky náročná.

Výzkumník: Co děláte o víkendech? *Michal: Jezdíme na výlety, na kulturní akce, na rodinné návštěvy. Takže trávíte víkendy společně? Ano, téměř každý víkend.*

Výzkumník: Co plánujete na Velikonoce? *Michal: Jet na výlet do Mariánského údolí.*

Výzkumník: Co bude rozhodující, zda se uskuteční? *Michal: Pěkné počasí.*

OTÁZKY K ROZHOVORU

4. Výzkumník: Kdy jste u své přítelkyně zaznamenal zdravotní potíže? *Michal: Po půl roce vztahu, nemohla spát a chovala se jinak. Výzkumník: Jak jinak? Michal: Hrozně rychle střídala nálady*

5. Výzkumník: Jaké okolnosti vás vedly k vyhledání odborníka při problému s přítelkyní? *Michal: To bylo tehdy, když mi řekla, že se chce rozejít, a druhý den plánovala svatbu. Výzkumník: Až tak prudké to bylo? Michal: Ano.*

6. Výzkumník: Jak jste zareagoval/a, když vám byla sdělena diagnóza? *Michal: Přemýšlel jsem, že se s ní rozejdu. Výzkumník: Nevěděl jste o diagnóze dříve? Michal: Ale ano věděl, ale nevěděl jsem, co si pod tím mám představit.*

7. Výzkumník: Jak vnímáte onemocnění přítelkyně? *Michal: Mám ji rád takovou, jaká je, je to sice handicap, ale je to úžasná bytost. Výzkumník: Takže ji milujete? Michal: Ano, jsem rád, že ji mám.*

Výzkumník: Kolik času věnujete péči o svého člena rodiny? *Michal: minimálně tři dny v týdnu jsme spolu celý den*

8. Výzkumník: Jak jste se s danou situací vyrovnával/a a jak se s ní vyrovnáváte v současnosti? *Michal: V minulosti to bylo těžké, chtěl jsem jí pomoci, ale nevěděl jsem jak, pořád spala, neměla zájem o svět.* Výzkumník: Jak dlouho to trvalo? *Michal: Pár měsíců*

9. Výzkumník: Co vám například pomáhá situaci zvládat? *Michal: Moji kolegové, kteří ukazují na její přednosti.* Výzkumník: Můžete mi nějaké sdělit? *Michal: Luxusně vaří, ráda peče, hlídá děti, je vzdělaná...*

10. Výzkumník: Můžete srovnat váš život, životní styl před a po onemocnění přítelkyně? *Michal: dřív jsem měl takový život, že na prvním místě byla práce, nyní je to má drahá polovička*

ZMĚNA KVALITY ŽIVOTA

11. Výzkumník: Jaké nastaly změny ve vašem životě? *Michal: Mám o ni strach, předtím mi nikdo nebyl tak blízký jako ona*

12. Výzkumník: Popište vztahy s dalšími členy rodiny. Má na ně vliv onemocnění přítelkyně?

Michal: Má celkově problémy se vztahy v rodině. S mojí rodinou ale vychází dobře.

13. Výzkumník: Kde, případně u koho hledáte pomoc nebo radu při řešení problémů s přítelkyní? *Michal: u přátel*

14. Výzkumník: Jak se Vám hovoří s ostatními lidmi o problémech přítelkyně? *Michal: nesvěřuji se na každém rohu, že je nemocná, ale pokud se mne na její problémy zeptá, neskrývám je*

15. Výzkumník: Jaké vztahy máte nyní s okolím, s vlastními přáteli? *Michal: díky své přítelkyni jsem získal spoustu nových přátel*

16. Výzkumník: Jaký je váš názor na tvrzení, že průběh onemocnění ovlivňuje výchova a prostředí, ve kterém vyrůstá? *Michal: Je to pravdivé, protože vyrůstala ve špatných podmínkách, rozvedení rodiče, promiskuitní matka, partneři matky, kteří ji mlátili*

17. Výzkumník: Jak vás ovlivňuje péče o přítelkyni v čase na vlastní koníčky, záliby, kulturu, sportování? *Michal: Přítelkyně je mi přínosem, trávíme spolu většinu času, máme společné zájmy a koníčky*

18. Výzkumník: Jaký má dopad péče o přítelkyni na váš zdravotní (fyzický či psychický) stav? *Michal: Beze změn*

19. Výzkumník: Jak se odráží onemocnění na vašem rodinném rozpočtu? *Michal: Přítelkyně si hlídá hmotnost, takže vaří zdravě, a zdravé jídlo je drahé*

20. Výzkumník: Jak vás ovlivňuje zvýšená péče při výkonu zaměstnání či uplatnění na trhu práce? *Michal: nijak*

21. Výzkumník: Co myslíte, že by vám usnadnilo péči ze strany společnosti? *Michal: kdyby ji hned většina společnosti neodsuzovala*

22. Výzkumník: Co by přispělo ze strany společnosti ke zlepšení vašeho života? *Michal: Aby se každý staral sám o sebe.* Výzkumník: To je docela drsné tvrzení. *Michal: Ale pravdivé*

23. Výzkumník: Kolik času věnujete sama/sám sobě v kontextu s péčí o přítelkyni? *Michal: Minimum, většinu času jsem s ní nebo v práci*

24. Výzkumník: Jaké služby nebo pomoc nejvíce postrádáte v místě bydliště ve spojitosti s onemocněním přítelkyně? *Michal: Ošetřující lékař, MUDr. Vaněk není v místě bydliště*

25. Výzkumník: Které organizace Vám pomáhají v péči o blízkého? *Michal: „Přítelkyně chodila do společnosti Práh, byla v chráněné dílně, ale nedělalo jí dobře, když viděla, jak na tom ostatní jsou, většinou na tom byli daleko hůře než ona. Vedení a zaměstnanci Prahu byli prý milí, obětaví a snažili se pomoci zapojit své svěřence do normálního života, aby se mohli vrátit zpět do zaměstnání, aby dokázali zvládat každodenní činnosti a naučit je zvládat stresové situace.“*

Ukončovací otázky:

Výzkumník: 26. Chcete ještě něco důležitého sdělit, na co jsem se Vás nezeptala? Je něco důležitého, na co jsem se vás nezeptala a co považujete za důležité mi sdělit? *Michal: To že je někdo psychicky nemocný, neznamená, že je méněcenný, je to člověk jako každý jiný, a lidé by měli být především lidští.* Výzkumník: To je hezké. Děkuji za rozhovor.

Rozhovor č. 2 Martina

Úvodní otázky:

1. Výzkumník: Můžete mi, prosím, popsat jak vypadá váš běžný den ve vaší domácnosti?

Martina: Vstanu, provedu osobní hygienu, nasnídám se, udělám snídani pro Davidka a pro přítele, odcházím do zaměstnání a Davídek s asistentkou do školy

2. Výzkumník: Co děláte o víkendech? *Martina: Většinou jsem v práci, takže Davídek si hraje s mým přítelem*

3. Výzkumník: Co plánujete na Velikonoce? *Martina: Naučit Davidka plést pomlázku*

Výzkumník: Kdo ho to bude učit? *Martina: Tatínek*

OTÁZKY K ROZHOVORU

Jádro rozhovoru:

4. Výzkumník: Kdy jste u svého dítěte poprvé zaznamenala/a zdravotní potíže?

Martina: To zjistil jeho dědeček, když měl hysterický záchvat při nákupu, brečel a vůbec nemluvil

5. Výzkumník: Jaké okolnosti vás vedly k vyhledání odborníka při problému s dítětem?

Martina: Přestal mluvit. Výzkumník: Z ničeho nic? Martina: Ano, nereagoval na podněty, které znal, hrál si pořád se stejnými hračkami

6. Výzkumník: Jak jste zareagoval/a, když vám byla sdělena diagnóza dítěte?

Martina: Nechtěla jsem tomu uvěřit, ale ani to přijmout. Výzkumník: Kolik bylo Davídkovi let? Martina: 4 roky

7. Výzkumník: Jak vnímáte onemocnění dítěte? *Martina: Jako zátěž. Výzkumník: v jakém*

smyslu? Martina: No spousta matek má zdravé děti, závidím jim to.

Výzkumník: Kolik času věnujete péči o svého člena rodiny? *Martina: Je to full time práce.*

Výzkumník: Tak přibližně kolik hodin? *Martina: Asi 10 denně*

8. Výzkumník: Jak jste se s danou situací vyrovnával/a a jak se s ní vyrovnáváte v současnosti? *Martina: Velice těžce, manžel byl absolutně neschopný a nechtěl diagnózu přijmout, byla jsem na to sama a mně se to také nelíbilo, nechtěla jsem postižené dítě.*

Výzkumník: A nyní jste rozvedená? *Martina: Ano, už dva roky*

9. Výzkumník: Co vám například pomáhá situaci zvládat? *Martina: Když si dám na chvílku čas pro sebe, třeba na chvílku si sednout na zahradě a zapálit si cigaretu.* Výzkumník: I přítel kouří? *Martina: Ano*

10. Výzkumník: Můžete srovnat váš život, životní styl před a po onemocnění dítěte? *Martina: Měla jsem spoustu přátel, bavila se, cestovala... Nyní mne spoutává onemocnění syna.* Výzkumník: Co znamená bavila jsem se? *Martina: Chodila na plesy, na diskotéky*

11. Výzkumník: Jaké nastaly změny ve vašem životě? *Martina: Musela jsem se uskromnit* Výzkumník: V jakém směru? *Martina: Musela jsem vynaložit prostředky k přestavění dětského pokoje, dále pomůcky pro autisty a asistentky jsou drahé*

12. Výzkumník: Jak hodnotíte pomoc s řešením problémů u dítěte ze strany jeho vlastního otce/matky? *Martina: Absolutně neschopný, je to člověk, který se nedokáže postarat sám o sebe natož o syna.* Výzkumník: Má ještě jiné děti? *Martina: Ne pouze Davidka*

13. Výzkumník: Popište vztahy s dalšími členy rodiny. Má na ně vliv onemocnění dítěte? Jaký? *Martina: Davidka nechce nikdo hlídat, pokakává se a hodně páchne, hlídá ho jediná přítelkyně mého bratra a moje sestra.* Výzkumník: Má tento problém dlouhodobě? *Martina: Ne, dříve to bylo v pořádku*

14. Výzkumník: Kde, případně u koho hledáte pomoc nebo radu při řešení problémů s dítětem? *Martina: Asociace Apla, internet.* Výzkumník: Znáte hodně maminek co má autistické dítě? *Martina: Docela dost*

15. Výzkumník: Jak se Vám hovoří s ostatními lidmi o problémech dítěte? *Martina: Na Davidkovi jde poznat, že je jiný, takže se to provalí samo.* Výzkumník: Jak? *Martina: Chová se jako rozmazlený spratek, ale v jeho věku už to není obvyklé*

16. Výzkumník: Jaké vztahy máte nyní s okolím, ve škole dítěte, s vlastními přáteli? *Martina: Ve škole se ho chtějí zbavit, hlavně že na něj berou dotace.* Výzkumník: Proč se ho chtějí zbavit? *Martina: Protože na něj kladou nároky jako na normální dítě*

17. Výzkumník: Jaký je váš názor na tvrzení, že průběh onemocnění dítěte ovlivňuje výchova a prostředí ve kterém vyrůstá? *Martina: Je to blbost, toto se nedá ovlivnit*

18. Výzkumník: Jak vás ovlivňuje péče o dítě v čase na vlastní koníčky, záliby, kulturu, sportování? *Martina: Hodně. Musím všechn čas obětovat práci, abych na vše vydělala a na koníčky nemám čas.* Výzkumník: V čem je to tak finančně náročné? *Martina: Davidek*

má speciální dietu, no dietu on pokud se mu jídlo nelíbí tak je nesní, já mu nevařím a kupuji mu drahé věci- hranolky, brumíky

19. Výzkumník: Jaký má dopad péče o dítě na váš zdravotní (fyzický či psychický) stav?

Martina: Zestárla jsem snad o deset let, už nemám takovou energii

20. Výzkumník: Jak se odráží onemocnění dítěte na vašem rodinném rozpočtu?

Martina: Jsem zadlužená, výplatu mám odstavenou exekucí. Výzkumník: A přemýšlela jste o oddlužení? Martina: Ne

21. Výzkumník: Jak vás ovlivňuje zvýšená péče o dítě při výkonu zaměstnání či uplatnění

na trhu práce? *Martina: Jsem vyučená prodavačka, ale nemohu být zavřená u pultu, takže dělám v jiném oboru*

22. Výzkumník: Co myslíte, že by vám usnadnilo péči o vaše dítě ze strany společnosti?

Martina: Kdyby na něj nečuměli jako na debila

23. Výzkumník: Co by přispělo ze strany společnosti ke zlepšení vašeho života?

Martina: Kdyby mi někdo dal milion na ruku

24. Výzkumník: Kolik času věnujete sama/sám sobě v kontextu s péčí o dítě?

Martina: Minimum, vše dělám společně s Davidkem

25. Výzkumník: Jaké služby nebo pomoc nejvíce postrádáte v místě bydliště ve spojitosti s onemocněním dítěte?

Martina: Vše je v centru, Apla, jediné školu má blízko.

Výzkumník: Jak daleko je společnost Apla? *Martina: Asi hodinu autobusem, Davídek nerad cestuje*

26. Výzkumník: Které organizace Vám pomáhají v péči o blízkého?

Martina: Spolupracuji s Aplou, Davídek tam chodí od doby, kdy jsme zjistili, že je autista. Mají šikovné asistentky, používají i canes terapii. Většinou se věnují dětem v odpoledních hodinách, ale já jsem využívala jejich pomoc celý den. Hodně Davidkovi pomáhají, a asistentky má moc rád.

27. Výzkumník: Chcete ještě něco důležitého sdělit, na co jsem se Vás nezeptala? Je něco důležitého, na co jsem se vás nezeptala a co považujete za důležité mi sdělit?

Martina: Ne, děkuji. Výzkumník: Děkuji za rozhovor