

Kvalita života duševně nemocných osob navštěvující ambulantní zařízení

Bc. Nikola Novotná

Diplomová práce
2019



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Nikola Novotná**
Osobní číslo: **H17321**
Studijní program: **N7501 Pedagogika**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Kvalita života duševně nemocných osob navštěvujících
ambulantní zařízení**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek vztahujících se k osobám s psychickým onemocněním, kvalitě jejich života a k sociální práci s klientem.
Realizace kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 646 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4826-9.

LUDÍKOVÁ, Libuše. Problematika kvality života osob se speciálními potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2017, 158 s. ISBN 978-80-244-5270-8.

OREL, Miroslav. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016, 338 s. Psyché. ISBN 978-80-247-5516-8.

PAYNE, Jan. Kvalita života a zdraví. V Praze: Triton, 2005, 629 s. ISBN 80-7254-657-0.

VÁGNEROVÁ, Marie a Marie VÁGNEROVÁ. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014, 815 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Anna Petr Šafránková, Ph.D.**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **15. listopadu 2018**

Termín odevzdání diplomové práce: **18. dubna 2019**

Ve Zlíně dne 15. listopadu 2018

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



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné;
- na diplomové práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 6.2.2019...

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydávalečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) 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, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) 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, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce se zabývá problematikou osob s duševním onemocněním, které navštěvují ambulantní zařízení, a zkoumá jejich kvalitu života. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol, které se zabývají problematikou duševního zdraví a onemocnění, kvalitou života ve vztahu k duševně nemocným osobám a na sociální práci s těmito osobami. Praktická část se zaměřuje na kvantitativní výzkum, obsahuje rozbor dotazníkového šetření a analýzu získaných dat.

Klíčová slova: duševní onemocnění, osoba s duševním onemocněním, duševní zdraví, kvalita života, ambulantní zařízení

ABSTRACT

The diploma thesis is focused on persons with mental illnesses who visit outpatient facilities and the quality of their lives. The theoretical part is divided into three chapters which deals with the mental illnesses issue, quality of lives of the persons with mental illnesses and with social work with these persons. The Practical part is focused on the quality research, that is based on questionnaire survey, and the analysis of it.

Keywords: mental illness, person with mental illness, mental health, quality of life, outpatient facilities

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

Na tomto místě bych z celého srdce chtěla poděkovat vedoucí mé diplomové práce Mgr. Anně Petr Šafránkové, Ph.D., za laskavé, trpělivé a odborné vedení, které mi poskytovala při vypracování této práce. Mé další poděkování patří Ing. et Ing. Josefu Ulrichovi, MBA za jeho čas, ochotu při konzultacích a užitečné rady, které vedly ke zkvalitnění této práce. Dále patří mé velké díky rodině, která mi byla velkou oporou po celou dobu mého studia. V poslední řadě patří můj dík všem, kteří se podíleli na výzkumném šetření a těm, kteří mi věřili a drželi mi palce.

OBSAH

ÚVOD.....	9
I TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A NEMOC	12
1.1 ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	12
1.2 TEORIE ZDRAVÍ	14
1.3 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ A JEHO PŘÍČINY	15
1.4 KLASIFIKACE DUŠEVNÍCH ONEMOCNĚNÍ	17
1.5 LÉČBA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	19
1.6 STIGMA, STIGMATIZACE OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	20
2 KVALITA ŽIVOTA.....	22
2.1 POJEM KVALITA ŽIVOTA	22
2.2 DIMENZE KVALITY ŽIVOTA.....	23
2.3 MĚŘENÍ KVALITY ŽIVOTA.....	25
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	28
3.1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE	28
3.2 PROFESE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE VZTAHU K OSOBÁM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	30
3.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM A TYPY A AMBULANTNÍCH SLUŽEB	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	35
4 REALIZACE VÝZKUMU	36
4.1 CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY A HYPOTÉZY	36
4.1.1 Dílčí výzkumné cíle	36
4.1.2 Dílčí výzkumné otázky	36
4.1.3 Hypotézy	36
4.2 POJETÍ VÝZKUMU	37
4.3 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	37
4.4 VÝBĚR VÝZKUMNÉ TECHNIKY.....	38
4.4.1 Vzorce jednotlivých domén pro výpočet hrubého skóre.....	41
4.5 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	41
5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	43
5.1 ANALÝZA JEDNOTLIVÝCH OTÁZEK V DOTAZNÍKU	43
5.1.1 Doména 1 – fyzické zdraví	43
5.1.2 Doména 2 – prožívání	48
5.1.3 Doména 3 – sociální vztahy	52
5.1.4 Doména 4 – prostředí	54
5.1.5 Dvě samostatné položky	59
5.1.6 Doplnující otázky	60

5.2	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	61
5.3	OVĚŘENÍ HYPOTÉZ	64
5.4	SHRNUTÍ VÝZKUMU	68
ZÁVĚR		71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		72
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK		76
SEZNAM GRAFŮ		77
SEZNAM TABULEK		78
SEZNAM PŘÍLOH		79

ÚVOD

Tématem diplomové práce je kvalita života osob s duševním onemocněním navštěvující ambulantní zařízení. V naší společnosti se setkáváme s lidmi, kteří potřebují pomoc a nedokáží dosáhnout vyvážené kvality svého života svým vlastním úsilím. Člověk s duševním onemocněním se mnohdy musí vypořádat se svými problémy, než se odhodlá vyhledat odbornou pomoc, přijme toto onemocnění a rozhodne se jej řešit.

Občas se v tištěných médiích objevují články o nepochopeném chování osoby s duševním onemocněním a mnohdy jsou tito lidé nesprávně označováni jako „blázni.“ Žijeme v moderním světě, kde si snadno můžeme o této problematice vyhledat jakékoliv informace. I přes to bojujeme s mýty v souvislosti s duševním onemocněním. Často se objevují předsudky v naší společnosti, že osoby s duševním onemocněním mají slabou vůli nebo špatný charakter, a také toto onemocnění vyvolává u lidí obavy, rozpaky a pro mnoho z nás je „tabu“. Je však zapotřebí si uvědomit, že duševní onemocnění je nemoc jako každá jiná, a že v případě, že je osobám s tímto onemocněním poskytována kvalitní a odborná péče, mohou žít svůj plnohodnotný život. V této diplomové práci se zaměřujeme na problematiku osob s duševním onemocněním, které navštěvují ambulantní zařízení a také, do jaké míry tato nemoc ovlivňuje kvalitu jejich života v nejrůznějších oblastech.

Ambulantní zařízení se snaží osobám s duševním onemocněním pomoci, zmírnit negativní dopady v jejich onemocnění a dosáhnout maximální samostatnosti jedince na vzdory své nemoci. Tyto typy zařízení poskytují poradenství, hájí práva klientů, poskytují rehabilitaci aj. Osoby, které jsou již umístěny v pobytových zařízeních, trpí většinou těžkým duševním onemocněním a jejich nemoc jim nedovoluje žít samostatný život, bez každodenní odborné péče. V této diplomové práci je prováděn výzkum v ambulantních zařízeních v jednotlivých krajích České republiky, které osoby s duševním onemocněním pravidelně navštěvují a které mu pomáhají k tomu, aby dokázal v rámci svých možností žít samostatný život. Domníváme se, že zkoumat jedince v pobytových zařízeních, jako např. psychiatrické léčebny, může být neefektivní, z důvodu působení prostředí, personálu a denního režimu na jedince. Ambulantní zařízení se liší zásadním způsobem od pobytových zařízení tím, že osoba do tohoto typu sociálního zařízení dochází nebo je doprovázena a kdy součástí této poskytované služby není ubytování.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části. Teoretická část byla zpracována na základě studia odborných zdrojů a odborné literatury, kde je objasněna oblast duševního zdraví a onemocnění, jejich příčiny a rozdělení onemocnění podle Mezinárodní klasifikace.

Dále je tato část zaměřena na oblast kvality života, její dimenze a jak můžeme kvalitu života měřit. V poslední oblasti se budeme věnovat sociální práci, sociálnímu pracovníkovi a konkrétním typům ambulantního zařízení pro osoby s duševním onemocněním.

Praktická část je věnovaná metodologickému výzkumu, který je prováděn kvantitativně, formou standardizovaného dotazníkového šetření. V této části je popsána realizace výzkumu, jsou zde stanovené výzkumné otázky, cíle, hypotézy a dále metoda sběru dat, jejich analýza, interpretace a ověření stanovených hypotéz.

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak kvalitní život vedou duševně nemocné osoby navštěvující ambulantní zařízení. Kvalita jejich života byla zjišťována v oblastech fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a působení okolního prostředí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A NEMOC

Tato kapitola je věnována základní charakteristice zdraví a nemoci, příčinám duševních poruch a rozdělení duševního onemocnění podle mezinárodní klasifikace.

V roce 1946, WHO přijala definici zdraví jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, nikoliv jen prostá nepřítomnost nemoci a vady.“ Tato definice nám sděluje, že naše zdraví zahrnuje několik oblastí, proto je potřeba brát ohled na všechny z nich a pojímat zdraví celostně. Také dává zdraví do vzájemného vztahu s prostředím a klade rovnítko mezi zdravím a produktivním tvořivým životem.

Duševní onemocnění je opakem zdraví a stejně jako u nemoci je nejvíce užívaná definice podle WHO, kdy duševní nemoc je soubor biologických, psychologických a sociálních faktorů, která má původ v dysfunkci mozku a způsobuje utrpení nemocnému, jeho okolí a rodině. Duševním onemocněním je zjevná porucha duševní činnosti natolik specifická ve svých klinických projevech, že je spolehlivě rozpoznatelná, jako jasně definovaný soubor znaků. Může způsobit ztrátu pracovní schopnosti, sociálního postavení nebo obojí, a to na takovém stupni, který může být hodnocený jako selhání (World Health Organization, 2019).

1.1 Základní vymezení duševního zdraví

O oblasti duševního zdraví panuje mnoho nejasností. Převážná část lidí okamžitě začne přemýšlet o problémech duševního zdraví nebo duševních nemocech, ale to je pouze jedna část této rozmanité reality. Pokud mluvíme o psychice, může být úkol vymezit duševní zdraví ještě obtížnější.

Hranice mezi zdravím a patologií je v případech duševních poruch na některých místech zcela jednoznačná, ale na mnoha místech je naopak velmi nejasná. Vznikají tak poměrně „hraniční oblasti“ (Orel a kol., 2012). Duševní zdraví můžeme definovat v užším, či širším slova smyslu. „V užším pojetí definujeme duševní zdraví jako nepřítomnost symptomů duševní nemoci, nerovnováhy a maladaptace. V širším pojetí charakterizujeme tento pojem jako projev optimálního duševního zdraví, což často vyplývá s popisem optimální životní adaptace.“

Na základě nejrůznějších přístupů k psychickému zdraví můžeme říci, že duševně zdravá osobnost, je taková osobnost, ve které probíhají všechny pochody optimálním způsobem a mezi jednotlivými složkami a úrovněmi je harmonický vztah. Konkrétně mezi emocemi, intelektem a sebepojetím a díky těmto složkám se odráží správná vnější skutečnost a vnitřní stav člověka. Je schopna reagovat pohotově a přiměřeně na veškeré podněty a má přítom

pocit spokojenosti, štěstí, blaha, radosti a obecně je v tělesné, duševní a sociální pohodě. S tímto pojmem je také úzce spjata „duševní rovnováha“, která je občas pojímána jako synonymum pro psychické zdraví (Miňhová, Lovasová, 2018).

Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti, nejedná se jen o nepřítomnost duševní poruchy. Duševně zdravý člověk má schopnost přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, dokáže plánovat a své plány uskutečňovat, dobře se adaptuje na nové situace, je schopný se podílet na změnách a vytváří nové věci. Dokáže komunikovat a aktivně se účastní dění kolem sebe. Tento člověk je pak citově vyrovnaný, zvládá vlastní emoce a dokáže je uvolněný a dokáže reagovat na určité situace (Zrubcová, 2008).

Ve svém slovníku Sociální práce Matoušek (2003), definuje duševní zdraví jako „*stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci.*“ Dále jej můžeme chápat jako potenciál, který má každý jedinec i osoba trpící konkrétní poruchou.

Hartl, Hartlová (2000), popisují duševní zdraví jako, „*schopnost pracovat, milovat a hrát si.*“ a rozdělují zdraví do šesti následujících kritérií:

1. Pozitivní postoj jedince vůči sobě samému
2. Zdraví růst a stupeň sebeaktualizace
3. Vyvinuté ústřední syntetizující funkce
4. Autonomie
5. Přiměřené vnímání reality
6. Zvládání vnějšího prostředí

Jak můžeme vidět, zdraví i nemoc lze klasifikovat mnohými způsoby. Ze všeho nejdůležitější je, aby se člověk cítil ve svém přirozeném prostředí především sám sebou a aby jeho činnost nevedla k poškození svého zdraví nebo zdraví druhého člověka, ať už po fyzické či psychické stránce. Duševní zdraví je důležitým prostředkem pro jedince, rodiny a komunity. Je také velmi podstatnou složkou k sociální produktivitě a stabilitě v životním prostředí přispívající k sociálnímu kapitálu a ekonomickému rozvoji společnosti.

Podpora duševního zdraví je velmi důležitá, zvyšuje kvalitu života jedince, včetně osob s duševním onemocněním, a tedy i duševní blaho celé populace. Často je obtížné přesně určit hranici mezi duševní poruchou a duševním zdravím. Je nutné velmi opatrně definovat tyto dva odlišné pojmy. Stále častěji se uplatňuje tzv. Kontinuitní model, což znamená, že se jedinci jednoznačně nedělí na zdravé a nemocné, ale jde o pozvolný přechod mezi duševním zdravím a duševním onemocněním (Hoschl a kol. 1996).

Křivohlavý (2001), se pokusil vytvořit vlastní definici, kdy říká že, „*zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“ Definice nám zmiňuje kvalitu života, které se v této práci také věnujeme, a tyto pojmy se nám zde navzájem prolínají.

1.2 Teorie zdraví

V současnosti existují a vznikají stále nové teorie a typologie zdraví a tyto pohledy je třeba vědecky podložit. Spousta autorů rozděluje zdraví do nejrůznějších kategorií a teorií. Zde jsme se zaměřili na dva konkrétní autory, kteří člení zdraví obdobným způsobem.

Chápání zdraví jako prostředek k určitému cíli neboli jako cíl sám osobě, rozděluje Křivohlavý (2001), do 7 základních kategorií, kam zařazuje:

1. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly, která podle něj pomáhá překonávat potíže.
2. Zdraví jako metafyzická síla (vnitřní), která napomáhá dosáhnout vyšších cílů než samo zdraví.
3. Salutogeneze individuální zdroje zdraví, kdy tento pojem chápe jako celkový postoj k životu.
4. Zdraví jako schopnost adaptace neboli přizpůsobení, schopnost reakce na změny a přizpůsobení se prostředí.
5. Zdraví jako schopnost dobrého fungování, vysvětluje jako efektivní plnění úkolů a rolí, ke kterým byl člověk socializován.
6. Zdraví jako zboží
7. V poslední kategorii chápe zdraví, jako ideál, na kterém se ztotožňuje s definicí WHO.

Odborná literatura srovnává Křivohlavého členění s Vašinou (1999), který zdraví člení na osm odlišných typů pojetí a vychází z výzkumu na Univerzitě of Cambridge Clinical School a to:

1. Zdraví jako absenci nemoci, popisuje tak, že člověk nemá vážnější obtíže se zdravím, nenavštěvuje lékaře a netrpí žádným onemocněním.
2. Zdraví jako prožívaný stav oproti realitě objektivního zdravotního stavu, do této skupiny zahrnujeme osoby, které se cítí navzdory dlouhodobějšímu onemocnění zdravě,

nemoc jim nevadí nebo je neobtěžuje. Dále osoby, které nemají vážné chronické onemocnění. A zařazuje zde také osoby, které se vyrovnaly se svou nemocí a nebrání jim v radosti ze života.

3. Zdraví jako rezerva či záloha, zde poukazuje na schopnost nebo odolnost zvládnání často vrozené nemoci.
4. Zdraví jako fyzická zdatnost (fitness), zejména preferováno mladými lidmi. Chápeme ze dvou pohledů mužů, kteří se dívají na zdraví z hlediska zdatnosti, úspěšnosti, výkonnosti a tělesné síly. Z pohledu žen, které se dívají na štíhlost, schopnost zvládnout potřebné bez pocitu nadměrné námahy, dále hodnotí jasné oči, stav kůže, vlasů aj.
5. Zdraví jako energie a vitalita, kdy tento pojem sdružuje pocit energie, zdatnost a vitalitu, kterou můžeme chápat jako aktivnost, život nebo neúnavnost.
6. Zdraví v podobě sociálních vazeb, chápeme jej převážně z ženského pojetí, kdy vypovídá o péči o druhé, aktivitě v sociálním prostředí, sociálních vztazích a členství ve skupinách.
7. Zdraví jako funkce, je častěji u starších lidí v tento koncept je propojován s aktivitou a energií se sociálními vztahy. Zde zdraví znamená schopnost vyrovnávání se s životními úkoly, zvládnání náročné fyzické práce nebo schopnost vykonávání s malým důrazem na prožívání a pocity.
8. Poslední pojetí zdraví je ve smyslu psychosociální pohody, kdy klade důraz na psychický stav, sociální vazby a energii. Říká, že zdraví je ten, kdo je vyrovnaný duševně, fyzicky i duchovně.

V jednotlivých bodech a popisech různých pohledů na zdraví, můžeme sledovat společné znaky. Jedná se o velmi žádoucí lidskou hodnotu. Vzhledem k dosažení životních cílů je zdraví důležitou stránkou, kde jde především o dynamický jev, který se pohybuje na ose od pólu k pólu. Zdraví je úzce spojeno s kvalitou života a každý člověk je zodpovědný za svůj zdravotní stav. Chápání zdraví v souvislosti „zdravé“ nebo „nemocné“ je překonáno a chápáno v širších oblastech (Křivohlavý, 2001).

1.3 Duševní onemocnění a jeho příčiny

V následující kapitole se budeme věnovat duševnímu onemocnění a také tomu, jak toto onemocnění může vzniknout. Domníváme se, že znalost příčin duševního onemocnění v kontextu této práce je základním předpokladem v oblasti poradenství, péče i prevence, která

může mít velký potenciál zabránit vzniku tohoto onemocnění, což může být přínosné pro naši společnost.

U mnoha psychických poruch je příčina jejího vzniku stále neznámá. Charakterizovat příčiny duševních poruch je také často komplikované. Jevy, které jsou spojeny s lidským bytím, zdravím, nemocí a jejich příčinami je vhodné popisovat, sledovat z několika hledisek. Je zde zohledněno několik stránek, jako je stránka biologická neboli tělesná, další psychická stránka nebo také duševní, sociální aneb interpersonální, vztahová a v poslední řadě je to stránka přesahová, popisována také jako transcendentní, duchovní nebo spirituální. Zohledňujeme také prostor a čas dotyčného, společnost, dobu i širší okolnosti kultury. Tyto roviny jsou navzájem interakčně propojené a navzájem mezi sebou souvisí. V momentě, kdy nastane změna v jedné z těchto oblastí, automaticky vyvolá odezvu v celém systému a ovlivní i ostatní roviny. Celý lidský život a lidská psychika se vyvíjí jako interakční model dispozic vrozených, tedy takových, se kterými přicházíme na svět a které jsou dány geneticky. Tyto dispozice mohou vzniknout také v průběhu vývoje nitroděložního života. Následně pak přicházejí faktory působící po narození. Jedná se o prostředí a osoby především z primární rodiny, ale i ze širokého okolí. Také události, okolnosti a vlastní aktivity jedince mohou mít vliv na jedince a jeho vývoj (Orel a kol. 2012).

Baštecký (1997), popisuje duševní nemoc jako určitou odchylku od společenského očekávání, plnění určitých společenských rolí a úloh. Nemoc lze také chápat jako projev změny orgánů lidského organismu, jeho tkání či změnou funkce buněk nebo také, že je to patologický čili nenormální stav těla a mysli. Duševní onemocnění se projevuje především změnami v chování, prožívání, paměti, jednání, ale i v řeči. Člověk má schopnost se přizpůsobovat různým prostředím. V momentě, kdy z nich vyjde větší množství podnětů, které budou mít takovou intenzitu, kterou člověk nebude schopen zvládat, dojde k narušení schopnosti adaptace a tím k poškození zdraví a objevení nemoci. Duševní onemocnění omezuje člověka v mnoha důležitých oblastech jeho života, nejčastěji jsou to rodinné a přátelské vztahy, problémy v práci, nebo schopnost každodenních činností (Nováková, 2012).

„Duševní poruchy jsou vyvolány vlivy, které je možno poznat, i vlivy, které se zatím nepodařilo prozkoumat.“ Zmiňované vlivy rozděluje Malá a Pavlovský (2002), do několika základních skupin. Nejdříve podle etiologického činitele, kam jsou zahrnuty duševní poruchy, které vznikly organickým postižením mozku. Patří sem vysoký krevní tlak či mozková ateroskleróza, také infekční onemocnění mozku a mozkové nádory, toxické poškození nebo poranění mozku. Etiologický činitel může být také neznámý, tj. příčina duševní poruchy není

vůbec jasná. Jsou zde zahrnuty psychózy, které velmi často doprovází změny chování, vnímání a myšlení nebo patická nálada bez náhledu choroby. Velmi často tyto psychózy vedou k sociálnímu vyloučení a nepředvídatelnému chování jedince.

Další skupinou jsou faktory hereditárně konstituční, které vycházejí ze zděděné dispozice. To znamená, že někdo, kdo je méně odolný, pak může být ke vzniku konkrétní duševní choroby náchylnější. Dále zde řadíme faktory zevní, které dělíme na negativní a projektivní, kdy mezi negativní vlivy prostředí řadíme perinatální vlivy, vystavování se toxinům, traumatům, infekcím a vlivu farmak, které vyvolávají závislost. Jsou zde zahrnuty negativní životní situace, které mohou mít nejrůznější příčiny. Různé sociální situace, konflikty, neúspěchy aj. Psychogenní poruchy vznikají tak, že člověk není schopen vytvořit si psychické mechanismy, aby odolal určité zátěžové situaci. Dlouhodobým vystavováním stresu se vystavujeme větší zranitelnosti a ohrožení duševní poruchou.

1.4 Klasifikace duševních onemocnění

Pro práci s osobou s duševním onemocněním je důležitá orientace v rozdělení duševního onemocnění a povědomí o jednotlivých diagnózách, tak aby spolupráce či podpora byla pro lidi s duševním onemocněním úspěšná. Duševní onemocnění popisuje Mezinárodní klasifikace nemocí jako „Duševní poruchy a poruchy chování.“ Rozlišuje v rámci MKN – 10 doplněk klasifikace v podobě víceosého způsobu diagnostiky a tím co nejpřesněji diagnostikuje a vymezuje potíže (Orel a kol. 2012).

„Do této poměrně heterogenní skupiny, označované v MKN – 10 symboly F 00–F 09, řadíme jak duševní poruchy vzniklé na základě morfologické (patologicko – anatomické) změny v mozku, tak i poruchy psychické, které se objevily v důsledku jiných tělesných nebo tzv. systémových onemocnění, kdy je postižený celý organismus v důsledku například poškození cévního systému či nedostatku některých hormonů nebo vitamínů“ (Probstová, Pěč, 2014).

Tato klasifikace je jakýmsi vodítkem pro sociálního pracovníka, aby dokázal rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch. Vede ke znalostem symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocněních. Informuje o samotném průběhu a také i dopadu na život člověka. Praxe ukazuje, že pro sociálního pracovníka pracujícího s lidmi s duševním onemocněním je nezbytné a užitečné znát základy psychopatologie.

Pro snazší dorozumění s odborníky z nejrůznějších oborů, které jsou v resortu školství, zdravotnictví a sociální péče, je nutné užívat správnou odbornou terminologii. Je třeba mít základní představu o tom, jak jsou jednotlivé psychické poruchy tříděny a jaké projevy jsou považovány za psychickou poruchu. Tato klasifikace nám umožní lépe pochopit projevy a chování jedince. V roce 1992 byla v klasifikaci duševního onemocnění prováděna revize, která přinesla řadu změn a která v České republice vstoupila v platnost 1. 1. 1994.

Tato klasifikace byla vytvořena s cílem zajistit, aby byly nemoci, úrazy a jiné přidružené zdravotní problémy, stejně tříděny a vykazovány. Klasifikace těchto psychických a behaviorálních poruch je následující:

- F00 – F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- 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 somatoformní poruchy
- F50 – F59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60 – F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70 – F79 Mentální retardace
- F80 – F89 Poruchy psychického vývoje
- F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
- F99 Nespecifikovaná duševní porucha

Jedinec nemusí trpět vždy jen jednou poruchou, je běžné, že někteří lidé trpí několika psychickými poruchami najednou. Pro každou poruchu uvedenou v mezinárodní klasifikaci je přesný popis projevů, charakteristický pro danou psychickou poruchu nebo poruchu chování. Toto rozdělení napomáhá pracovníkům v sociální oblasti posoudit, zda se jedná o neobvyklé psychické projevy u jejich klienta a zda jsou či nejsou závažné (Nývltová, 2008).

1.5 Léčba osob s duševním onemocněním

Než začne probíhat samotná léčba, je důležité informovat jedince o jeho příznacích, postupech léčby, také o vedlejších účincích a jejich zvládnání, pokud tedy zdravotní stav jedince dovoluje, aby tyto informace byl schopen přijmout.

Při léčbě osob s duševním onemocněním je důležité dbát na respektování potřeb dotyčného člověka. Rozhoduje celkový stav jedince a jeho specifické projevy, které vyžadují speciální léčebné prostředky nebo postupy. Důležitým prostředkem ke správně stanovené diagnóze těchto osob je správně odebraná anamnéza od pacienta, kterou od něj nejprve získáme. Dále se pak tato anamnéza doplňuje od jeho příbuzných, zejména o průběhu a počátku propuknutí onemocnění (Práško, 2011).

Osobám s duševním onemocněním se může věnovat jeden nebo skupina odborníků, popř. celý tým, to je odborně nazýváno celostní léčbou, která je pojímána interdisciplinárně. Jedná se o tým navzájem spolupracujících odborníků, který se skládá z psychiatra, psychologa, psychoterapeuta, duchovního, ergoterapeuta a sociálního pracovníka. Osoby trpící duševním onemocněním nemusí užívat pouze medicínské prostředky, může se jednat o předpis psychofarmak. Léčba těchto osob nezůstává pouze u biologické formy léčby, ale také pracuje s jejich psychikou použitím psychoterapie, dále se spirituální stránkou nebo s tělem jedince (Orel a kol., 2016).

Samotná léčba probíhá mnohými způsoby, mezi které řadíme již zmíněná psychofarmaka, což jsou léky ovlivňující psychické funkce jedince. Dělíme je podle chemické struktury, mechanismu působení, ovlivnění jednotlivých psychických funkcí a podle klinických charakteristik (Svoboda a kol., 2006). Konkrétními psychofarmaky jsou pak antidepressiva, antipsychotika, kognitiva, stabilizátory nálady a psychostimulancia (Práško, 2011).

Dalším typem léčby je také psychoterapie, která se uplatňuje ve všech medicínských oborech, ale největší význam má u psychicky nemocných osob (Marková, 2006). Existuje také individuální, podpůrná a skupinová léčba (Práško, 2011). Za nedílnou součást moderní a komplexní léčby je považována rehabilitace, která se týká nejenom léčby tělesných, ale také duševních poruch. Jedná se o soubor opatření a postupů, které zvyšují soběstačnost a usnadňují návrat k duševní, tělesné a pracovní výkonnosti a napravuje narušené funkce. Celkovým cílem rehabilitace je „*zvýšení nebo obnovení celkové funkční zdatnosti a zvýšení kvality života*“ (Orel a kol., 2016). Rehabilitace může být rozdělena na fyzikální terapii, léčebnou, tělesnou výchovu, sport a pracovní terapii.

Cílem rehabilitace je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti osob s duševním onemocněním v jejich domácím, sociálním a pracovním prostředí, a tím zvýšení kvality jejich života (Kučerová, 2013). Léčba osob s duševním onemocněním je velmi důležitá. Může tak předcházet k prohlubování této nemoci a k eliminování následků tohoto onemocnění.

1.6 Stigma, stigmatizace osob s duševním onemocněním

Často u nemocných osob dochází k tzv. nálepkování, což znamená, že tyto osoby mohou být neprávem odsouzeny a vyčleňovány na okraj společnosti. Domníváme se, že stigma je úzce spjata s duševním onemocněním a z tohoto důvodu tento pojem v práci zmiňujeme. Kolem duševních nemocí panuje mnoho mýtů a z toho plyne i společenské stigma, které může mít negativní dopad na osoby trpící duševním onemocněním a také na jejich kvalitu života.

Výraz stigma označuje předsudek, že osoby s duševním onemocněním jsou jako skupina nežádoucí, že je třeba se jich bát nebo se jim dokonce vyhýbat. Stigmatizace a následně diskriminace duševně nemocných osob se neodehrává jen mezi jednotlivci, ale i ve vztazích místní komunity, případně ve vztahu celé společnosti k duševně nemocným. Osoby s duševním onemocněním a jejich blízcí i profesionálové, se tak stávají subjekty i objekty stigmatizace. Často stigma zvnitřňují a snaží se s ním vyrovnat tak, že se stahují, izolují nebo vstupují do agresivních konfrontací s okolím (Matoušek, 2005).

Duševní onemocnění může ovlivnit člověka v jeho každodenním fungování. Po hospitalizaci nebo dlouhodobé ambulantní péči člověk s duševním onemocněním zůstává pouze ve svém domácím prostředí bez vůle a motivace. Tyto osoby jsou velmi často společností stigmatizovány z důvodu převládání předsudků o duševním onemocnění. Stigma je tak nežádoucí a odsuzovaný znak, který vyvolává posměch a můžeme jej vnímat jako opak prestiže, kdy se jedná o „*odsuzující postoj společnosti pro údajnou duševní, tělesnou, nebo sociální méněcennost vedoucí k odmítání a vyloučení jedince nebo skupiny ze společnosti*“ (Hartl, Hartolová, 2010).

Goffmann (2003), se ve své publikaci věnuje obsáhlé problematice stigmatizace. Podle něj za stigma jsou obvykle považovány znaky jako selhání, nedostatek nebo handicap, které jsou silně diskreditující. Podle něj se jedná o zvláštní druh vztahu mezi těmito znaky a zavedeným stereotypem ve společnosti. Stigma u osob s duševním onemocněním se odvíjí od klasických předsudků vůči osobnostním předpokladům, jako jsou vady charakteru vnímané jako slabá vůle, falešná přesvědčení v souvislosti s duševním onemocněním a kmenová stigmata.

Ve všech těchto různých případech stigmat, Goffmann nachází tytéž sociologické rysy – jedinec, který by mohl být v běžném společenském styku přijat zcela snadno je ovšem nositelem charakteristického rysu, který vstupuje do naší pozornosti a způsobuje tak to, že lidé, kteří se s tímto člověkem setkávají, se od něj odvrací.

„Stigma obecně znamená znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace nositele.“ Pro osoby s duševním onemocněním jsou stigmata ponižující, zdůrazňující jejich slabinu nemoci a současně se stávají překážkou pro uskutečnění některých z jejich rozhodnutí. V dnešní době je duševní onemocnění vnímáno jako něco nebezpečného, morálně slabého a může být terčem posměchu. Dotýká se také blízkých těchto nemocných, kteří se snaží podporovat tohoto člověka a bojovat s určením diagnózy, znovuzapojení jedince do běžného života a se změnou jeho sociálního postavení (Praško a kol., 2011).

V České republice chybí výchova k duševnímu zdraví, kde by se učilo, jak se starat o sebe a jak se chovat k lidem s duševním onemocněním. Můžou to být naši známí, kolegové, přátelé a jsou něco více než je zužující nálepkou např. „schizofrenik“. Je to jen jedna z mnoha charakteristik. Široká veřejnost si velmi často neuvědomuje, že většina osob s duševním onemocněním se léčí ambulantně a žijí zcela normálním životem. Moderní společnost je závislá na schopných lidech, kteří se dokáží přizpůsobit okolním podmínkám, jsou schopni flexibilně reagovat na měnící se situace a podávají dobrý výkon, kdežto osobám trpícím duševním onemocněním se nedostává dostatečného pochopení. V chování k těmto lidem se velmi často objevují chyby. Je zde velmi důležitá empatie, humánní přístup a etika ke zlepšení této situace (Zvolský, 2001).

2 KVALITA ŽIVOTA

Kvalita života je předmětem zájmu medicíny, psychologů, sociologů, politologů, ekonomů apod. Je stále aktuálním tématem, kterým se zabývá mnoho odborníků. Bohužel neexistuje jednotná definice, na které by se autoři shodli. Kvalita života se může zdát na první pohled jasným a jednoduchým pojmem, při podrobnějším zkoumání, jde o složitý a velmi širokým pojmem a jde na ni nahlížet z mnoha úhlů pohledů.

2.1 Pojem kvalita života

Kvalita života odpovídá obecně na otázku „jaký“. Obecně je jakousi pozitivní charakteristikou sledovaného předmětu, využívá se k popisu pozitivních i negativních aspektů života. *„Hodnocení, zda je, či není náš život kvalitní, je založené na porovnávání našeho života se žádoucí, očekávanou úrovní existence, nebo se životem druhých lidí.“* V tomto výroku je zásadní tvrzení, že kvalita ve smyslu životní zkušenosti je subjektivní veličinou a každý člověk má její normu položenou někde jinde na pomyslné stupnici (Gurková, 2011).

Tento pojem se začíná používat již ve 30. letech 20. století Thorndikem, do této doby je pojem chápán spíše z materiální stránky. V 50. letech WHO definuje tento stav, jako sociální, duševní a fyzickou pohodu. V současné době je tento pojem natolik multidimenzionální a interdisciplinární, že neexistuje ucelená terminologie tohoto pojmu. Kvalita života nemůže být definována objektivně, vždy bude záležet na osobě, pro kterou je úroveň kvality života definována. Důraz je vždy kladen na subjektivní vnímání zkoumaného jedince (Ludíková a kol., 2016). První pracovní definicí kvality života přeložila v roce 1993 WHO, *„ve vztahu ke zdraví jako vnímání jedinců a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám“* (Kebza, 2005).

Matoušek (2003), definuje kvalitu života *„jako komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Jde o ekvivalent zisku v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko např. o životní spokojenost“*. Kvalita života se dá určovat souborem hodnot nebo jednou hodnotou. Nástrojem k hodnocení kvality života jsou sebe posuzovací škály, dotazníky, strukturovaný rozhovor, ale také i posuzování jinou osobou. Vždy je vhodnější kombinovat více metod než se spoléhat na validitu jedné metody.

Kvalitu života můžeme také chápat jako víceúčelový fenomén odrážející se v psychické reflexi, také jako přetrvávající spokojenost, dlouhodobě jako pohoda a chvílemi jako štěstí. Obecně problematika kvality života se nemusí týkat pouze těch, kteří trpí chronickým onemocněním, u lidí vysokého věku nebo osob s handicapem. Tato problematika se může odrážet i u běžné populace (Kováč, 2004).

V rámci definování oblasti kvality života se můžeme opřít o širší definici, která zahrnuje sociální postavení, zdravotnictví, materiální podmínky, mezilidské vztahy a přehled denních aktivit jedince. V opačném případě se může opírat o jedno měřítko jako je životní spokojenost jedince. Nejvíce užívaným nástrojem k hodnocení tohoto pojmu jsou používány dotazníky, dále pak strukturované rozhovory nebo sebe posuzovací škály. Ať už jsou definice jakkoli různorodé, shodují se na tom, že se jedná převážně o subjektivní stav, který se mění v závislosti na různých vlivech a okolnostech, jakými jsou věk, pohlaví, ekonomická situace, osobní charakteristika, zdravotní stav nebo sociální postavení ve společnosti. Dále se autoři shodují, že se na kvalitě života jedince odráží stres, zažité trauma, nemoci, ekonomická situace, vztahy v okolí, pracovní podmínky, nemoci, seberealizace a mnoho dalších symptomů (Baudiš, Dragomirecká, 2002).

2.2 Dimenze kvality života

V předchozí kapitole je zřejmé, že kvalita života má řadu různorodých definic, které se prolínají a vyzdvihují její jednotlivé stránky. V současné době neexistuje jedna definice, která by tento pojem zastřešovala. Stále existuje široká škála různých přístupů a pojetí této problematiky. Jednotlivé dimenze kvality života se podílejí na specifičnosti jednotlivých teorií i měřitelných nástrojů pro vyhodnocení kvality života. V obecném pojetí jsou dimenze považovány za vlastnosti, které udávají velikost nebo míru a při tom jsou nezbytným kritériem, k tomu, aby mohly být tyto prvky v daném systému vymezeny (Svobodová, 2009).

Celkovou kvalitu života v rámci všech přístupů můžeme rozšířit o dvě zásadní dimenze, a to objektivní a subjektivní dimenzi. Objektivní dimenze se opírá o materiální zabezpečení, jedná se o sociální situaci jedince, ve které se nachází, kam můžeme zařadit onemocnění jedince, sociální kontakty a zaměstnání. V tomto případě se jedná o souhrn zdravotních, ekonomických a sociálních podmínek, které mohou mít dopady na život jedince (Vaňurová, Mühlpachr, 2005). Tato dimenze byla z počátku vnímána jako jediná, ale postupně nebyla dostačující k vysvětlení pocitu spokojenosti u jedince, jehož zdravotní, materiální nebo sociální stav nelišil při použití objektivních deskriptorů.

Subjektivní dimenzi můžeme vnímat jako hodnocení vlastního života, kdy se jedná o postavení a vnímání sebe samého, očekávání svých zájmů a cílů. Také je odvíjena od prožitých zkušeností, nastavení osobních hodnot a představy o vlastním životě. V současné době je tato dimenze zásadní a určující (Hnilica, 2006). Zakládá se na subjektivním hodnocení sebe samého. Mezi subjektivní ukazatele můžeme zařadit pocity a hodnocení osob, které trpí různým onemocněním a jejich pohledy na sociální situaci (Vařurová, Mühlpachr, 2005).

Na kvalitu života můžeme také nahlížet dle Engela a Bergmana (1988 in Křivohlavý, 2002) ve třech základních rovinách a to:

1. Makro – rovině, kdy se jedná o otázky týkající se velkých společenských celků jako je země nebo kontinent. Tato problematika se také dotýká základních politických úvah (problematika s chudobou, epidemiemi), dále také řeší otázku investic v nej-různějších odvětvích jako je zdravotnictví nebo školství. Jedná se o celkové zamýšlení o absolutní smysl života.
2. Mezo – rovině, která se zaměřuje na malé sociální skupiny, kam zahrnujeme školu, domovy pro seniory, podniky aj. V těchto skupinách se řeší otázky vzájemných mezilidských vztahů mezi jednotlivci, sociální klima a uspokojování potřeb jednotlivých členů. Jedná se o respekt k morálním hodnotám života člověka.
3. Personální (osobní) rovině, která se týká každého z nás jednotlivě, hodnotí kvalitu vlastního života, odráží se v osobním a subjektivním hodnocení jedince v různých rovinách, jde o zdravotní stav, spokojenost i naděje, které jsou pak závislé na osobním hodnocení jedince, na jeho očekávání a představách.

V souvislosti s těmito třemi rovinami zmiňují autoři také rovinu fyzickou neboli tělesnou, kde je pozornost věnována chování druhých, které je možno objektivně porovnávat a měřit. Tato rovina kvality života neposkytuje hlubší podstatné pojetí pro kvalitu života, která je zde podstatná. Vymezením této roviny je důležité na cíl, který sledujeme a na jeho změny, kterých by měl jedinec dosáhnout. Mnoho odborníků poukazuje na důležitost zdraví, které zaujímá dle společnosti jedno z nejdůležitějších míst v žebříčku faktorů ovlivňujících kvalitu života.

Ludíková et al. (2014), považuje za hlavní předměty posuzování kvality života osob s duševním onemocněním sociální, psychické a tělesné potřeby. Autorka taktéž poukazuje na

pyramidu potřeb, kterou jako první sestavil Abraham Maslow. Pyramida se skládá z fyziologických potřeb, potřeb bezpečí, sounáležitosti, ocenění a v neposlední řadě se uvádí sebe-realizace.

Kvalita života, vztažena ke zdraví, se nejčastěji týká následujících domén neboli kategorií, které obsahují rozdílný počet položek:

- Tělesný stav, zdraví
- Psychický stav, psychická pohoda, well – being, oblast prožívání
- Sociální vztahy
- Prostředí, zaměstnání, každodenní aktivity, ekonomická situace (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011).

Oproti tomu Honzák (in Baštecká, Golmann, 2001), rozděluje kvalitu života do nejrůznějších oblastí a zasazuje ji do kontextu bio – psycho – sociálně – spirituálního modelu, na jehož základě ji rozděluje na:

- Oblast tělesné pohody a příznaků
- Oblast psychické pohody
- Oblast sociální pohody
- Oblast duchovní pohody

Přítomnost a důsledky duševního onemocnění mají vliv nejen na kvalitu života jedince, ale také na jeho nejbližší okolí. Přítomnost této nemoci se také do určité míry a určitým způsobem dotýká každé z výše uvedených oblastí kvality života jedince (Gillernová, Kebza, Rymeš a kol., 2011).

2.3 Měření kvality života

Zjistit, jak kvalitní život vedou osoby s duševním onemocněním, může být mnohdy obtížný úkol. V tomto směru by nám měly pomoci nástroje měření kvality, což jsou prostředky k uskutečnění konkrétního měření. Jsou vždy spojeny s konkrétním postupem, technikou a metodou, kterou lze chápat jako logický postup nebo cestu, jak efektivně dosáhnout správných poznatků a vytyčených cílů. Techniku měření je vždy nutné zvažovat v kontextu, za jakým účelem toto měření provádíme, jaká je cílová skupina a prostředí, ve kterém jej chceme použít (Vaňurová, Mühlpachr, 2005).

Existuje mnoho nástrojů k měření kvality života v podobě různých druhů dotazníků, pozorování, stupnic a testů. Nástroje měření kvality neustále narůstají a dělí se také podle své šíře a svého zaměření. Nejčastějším nástrojem používaným pro zkoumání této oblasti jsou dotazníkové postupy, které již byly zmíněny výše. Vycházejí z popisu úrovně sebeobsluhy, zvládání běžných každodenních situací, z pohledu sebehodnocení vlastního zdraví aj. Při měření kvality života, jde především o zachycení hodnocení vlastního obrazu kvality života sebe samého. (Kebza, 2005).

Dalším typem klasifikace nástrojů a metod je rozdělení na základě pohledu respondenta, a to na objektivní, subjektivní nebo smíšené. Důležité je také zaměření nástroje, zda se jedná o spokojenost, zdraví nebo jinou kategorii. Sledování individuální kvality života jedince nám slouží k sestavení terapeutického plánu a následného vyhodnocení aplikovaných postupů. Díky tomu můžeme sledovat osoby s určitým typem onemocnění, kde se zaměřujeme na efekt léčby, dopady vedlejších účinků nebo k vyhodnocení komplexních programů. Důležitým cílem ve výzkumném šetření v oblasti kvality života je podrobný popis rizikových skupin obyvatelstva a slouží jako materiál pro vypracování preventivních programů a plánování sociální i zdravotní péče. Kvalita života bývá často měřena jako objektivní odhad sociálních ukazatelů, možností a zdrojů okolí. V dalším případě jako osobní odhad celkové životní spokojenosti a jako spokojenost s jednotlivými životními oblastmi (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

V této diplomové práci byl také použit jeden ze strukturovaných dotazníků zaměřený na kvalitu života osob s duševním onemocněním, který vyvinula WHO v roce 1991. Spadá do nástrojů WHOQOL, který má za cíl rozšířit dosavadní pojetí kvality života, chápaného jako subjektivní hodnocení zdravotního stavu a každodenních činností osob s duševním onemocněním. Tento nástroj je založen na principu komplexnosti, kdy zkoumá široké spektrum aspektů života jedince. Dále je subjektivní, což je hodnocení jedince sebe samého, nikoli jen pohled druhé osoby. Dalším principem, je relativní důležitost různých oblastí života, kde osoby s duševním onemocněním hodnotí vztahy, podmínky a různé typy duševních poruch. Tento nástroj je také kulturně relevantní, což znamená, že jej můžeme použít v různých jazykových a kulturních podmínkách (Dragomirecká, Bartoňová, 2006). Měření kvality života by mělo zahrnovat domény, které přispívají k plnohodnotnému životu a zaměřit je na široký vzorek populace s ohledem na význam kvality pro každého člověka.

Je třeba také upozornit, že zatím neexistuje spolehlivé a teoreticky uspokojivé měření kvality života, existuje ovšem několik teoretických konceptů, které se snaží zmapovat celkovou kvalitu života v různých oblastech (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Třetí kapitola diplomové práce je zaměřena na sociální práci a v čem tato práce spočívá, jaké jsou její cíle. Pozornost také věnujeme sociálnímu pracovníkovi, který s osobou s duševním onemocněním pracuje, ať již v rámci sociálního poradenství, řešení jeho nepříznivé sociální situace nebo v rámci sociální služby.

V České republice je péče o duševně nemocné poskytována v nejrůznějších formách. Hlavním cílem je poskytovat kvalitní péči v oblasti psychiatrické, ošetrovatelské, psychologické a sociální (Marková, Venglářová, Babiková, 2006). Součástí sociální práce s duševně nemocnými osobami jsou intervence, které mají různý obsah i cíle, od obnovení stavu duševní rovnováhy až po oblast, dlouhodobého léčení těchto poruch (Matoušek, 2005).

3.1 Základní charakteristika sociální práce

Sociální práce se zaměřuje na společenské bariéry, nerovnosti a nespravedlnosti. Reaguje na krize a akutní situace stejně jako na každodenní osobní a společenské problémy. Využívá paletu dovedností, postupů a činností, které se orientují na člověka a jeho prostředí. Celkové zaměření sociální práce je společné, ovšem priority v každé zemi se liší v závislosti na kulturních, historických a sociálních podmínkách. Jedna z prvních formulací sociální práce říká, že sociální práce je to, co dělá sociální pracovník. Jde o činnost profesionálů směřující k sociální změně, k vyřešení problémů v mezilidských vztazích k zmocnění a osvobození osob v jejich prospěch (Matoušek, 2003).

Základním posláním sociální práce je poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám za účelem pomoci klientům vyrovnat se s problémy, omezit je nebo odstranit. Zároveň se také snaží vést dialog mezi tím, co vyžaduje společnost ve svých nastavených normách a tím, co požaduje sám klient. Cílem je rozvíjet tento dialog ke vzájemné spolupráci. Díky svému specifickému přístupu ke každému klientovi nese sociální práce rys jedinečnosti a komplexnosti při řešení sociálních situací z hlediska psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického. Sociální práce se také zaměřuje na lidské vztahy v souvislosti s vykonáváním sociálních rolí. Velmi důležitá je také podpora klienta v nepříznivé sociální situaci, tak aby byl schopen sám fungovat (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Matoušek (2008), rozděluje **4 základní cíle sociální práce** podle Americké asociace sociálních pracovníků (1995):

1. Podpořit schopnost klienta řešit problém, vyvíjet se a adaptovat se na nároky.
2. Zprostředkování kontaktu mezi klientem a agenturami, které mu pomohou poskytovat potřebné příležitosti, zdroje a služby.
3. Podporování systému, aby práce s klienty proběhla efektivně a humánně.
4. V posledním cíli uvádí „zlepšovat sociální politiku.“

Dále pak definuje Sociální práci jako, „*společenskou vědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmiňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencionálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo jí získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.*“

S ohledem na diplomovou práci, která se zabývá kvalitou života osob s duševním onemocněním pomyslně, spojuje dvě disciplíny, a to sociální práci a psychiatrii. Obě disciplíny spojuje práce s lidmi, kteří se potýkají s osobními a sociálními problémy. Každá z nich pomáhá zlepšovat jejich sociální vztahy a současně působí na jejich emoční stránku, a tak celkově ovlivňují jejich vnitřní stavy. Každá z nich se ovšem zaměřuje na něco jiného. Psychiatrie se zaměřuje na léčení nemocí, jejich patologií, zabývá se vnitřní dynamikou individuálního a skupinového chování. Na rozdíl od toho se sociální práce zaměřuje na podporu, obnovu sociálního fungování klienta, obnovu jeho sociálního fungování také se zabývá sociálními vztahy, prostředím a interakcí mezi nimi (Orel a kol., 2016).

3.2 Profese sociálního pracovníka ve vztahu k osobám s duševním onemocněním

Duševní onemocnění vyžaduje odbornou pomoc, od pracovníků různých forem pomáhajících profesí, až po organizace, které nabízejí své služby. Do systému služeb o duševně postižené patří všichni ti, kteří v pomáhajících profesích pracují. Prvním článkem v systému pomoci osobám s duševním onemocněním je právě sociální pracovník, především k poskytnutí podpory a řešení jeho nepříznivé životní situace tak, aby ji mohl zvládnout do takové míry, aby mohl žít uspokojivým kvalitním životem.

Zákon č. 108/2006 § 109, vymezuje činnosti sociálního pracovníka následovně, „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytikou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“ V zákonu se také uvádí podmínky, kdo se může stát sociálním pracovníkem, kdy výkon sociálního pracovníka je podmíněn odbornou způsobilostí.

Sociální pracovník má širokou škálu a uplatnění a může vykonávat nejrůznější činnosti, jako jsou:

- Sociálně – správní činnost
- Sociálně – právní poradenství
- Sociální diagnostice
- Sociální prevence a ochrana
- Sociální intervence
- Sociální koncepce
- Supervize
- Sociální management
- Výzkum v sociální práci
- Vědecká činnost – rozvoj teorie a metodologie
- Vzdělávání a možné vzdělávání sociálních pracovníků

Pro výkon sociální práce by měl mít sociální pracovník několik vlastností, jako důvěryhodnost, schopnost naslouchat, cílevědomost, smysl pro používání souvislostí, samostatnost, iniciativa, předvídavost, abstrakce, schopnost nést riziko, odolnost k neúspěchu, motivace, smysl pro humor, odmítání stereotypu, odmítání rychlých závěrů, zájem o informace, potřeba komunikace se spolupracovníky, zájem o další odbornost a potřeba participace na řízení. Klient od něj musí cítit zaujetí případem a vřelost a vstřícnost od pracovníka (Gulová, 2011).

Předpokladem pro výkon sociální práce s osobami s duševním postižením je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí o vlivech medikace a základních pojmech vztahujících se k rehabilitaci osob s duševním onemocněním. Při sociální práci s lidmi s duševním onemocněním sociální pracovník klade důraz na respekt a partnerství mezi ním a klientem. Dále je prostředníkem mezi člověkem s diagnózou duševní nemoci a společností, kde osoba žije. Působí na klientovo okolí tak, aby bylo vnímavější k jeho potřebám. Musí také umět získat informace o klientovi a jeho okolí a zázemí. Zpracovává sociální anamnézu a rozlišuje potřeby klienta a identifikuje jeho možnosti a možnosti prostředí. Sestavuje a realizuje plán intervencí a hodnotí výsledky. Podporuje integraci osoby s duševním onemocněním ve společnosti. Vytváří s klientem vztah založený na důvěře a partnerství. Sociální pracovník ví, jak komunikovat s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi. Má znalosti v systému sociálního zabezpečení, legislativy, orientuje se v životním stylu a hodnotách rozličných společenských skupin a je k nim vnímavý. Pomáhá klientovi, orientovat se v jeho nárocích a zprostředkovává mu dávky a služby sociálního zabezpečení. A v poslední řadě koordinuje služby v zastoupení klienta pro něj a spolupracuje s rodinou, s klientovým okolím, institucemi a někdy i s veřejností.

Sociální pracovník pracuje s osobou s duševním onemocněním v rámci akutního stavu jeho duševního onemocnění, tak i v situacích z hlediska podpory a dlouhodobého léčení v rámci duševního onemocnění. V některých etapách duševního onemocnění je sociální práce s osobou s duševním onemocněním primární. V rámci spolupráce může sociální pracovník poskytovat cílenou pomoc, která spočívá v sociální poradenství z oblasti sociálního zabezpečení, pracovního, rodinného nebo občanského práva. Dále pak specifických intervencí dle potřeb klienta. Důležitým mezníkem je také empatie a profesionalita, kterou získává dlouholetou praxí, vedoucí k osamostatnění klienta (Matoušek et al., 2005).

3.3 Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním a typy a ambulantních služeb

Sociální práce se realizací sociálních služeb spolu podílí na sociálním začleňování a ochraně práv a zájmů osob v nepříznivé sociální situaci. Z pohledu příjemců sociálních služeb, které jsou poskytovány občanům, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, z důvodu věku a bez pomoci společnosti nemůžou překonat svou nepříznivou sociální situaci (Holasová, 2014).

V sociálních službách, vykonávají pracovníci sociální práci nebo ji pro klienta zprostředkovávají. Snaží zlepšit kvalitu života lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem maximálního začlenění těchto osob do společnosti. Zohledňují jak samotného klienta, tak jeho rodinu, nebo skupinu do které tento uživatel patří, popřípadě zájmy širšího společenství obyvatel. Sociální služby spadají do oblasti, která je řízena Ministerstvem práce a sociálních věcí v České republice.

Zřizovatelem poskytující sociální služby mohou být:

- **Obce**, *„zřizují je buď jako vlastní složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu.“*
- **Kraje**, *„stejně jako obce je mohou zřizovat v rámci samostatné působnosti, nebo jako příspěvkové organizace.“*
- **Ministerstva práce a sociálních věcí**, *„je zřizovatelem specializovaných ústavů s celostátní působností.“*

Dalším zřizovatelem služeb, mohou být také nestátní neziskové organizace, kam zařazujeme občanské sdružení, obecně prospěšné společnosti a církevní právnické osoby. Tato zařízení mohou pro svou činnost využívat dotace z veřejných rozpočtů (obec, kraj, ministerstva). Specifickým druhem neziskového subjektu jsou nadace, které služby nemohou poskytovat, nýbrž mohou pouze financovat činnost poskytovatelů sociálních služeb (Matoušek a kol., 2011).

Osoby s duševním onemocněním mohou využívat různých sociálních služeb – poradenství, sociální péče a prevence. Ty se dělí na pobytové, ambulantní nebo terénní. Pobytovou službou rozumíme takovou službu, která je spojená s ubytováním, na rozdíl od ambulantní služby, za kterou osoba dochází, je doprovázena nebo dopravována a součástí této služby není ubytování.

Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním by měly být nabízeny jako ucelený systém, kdy cílem sociálního pracovníka je do něj klienta přivést a následně jemu, popř. i jeho rodině vybrat vhodné služby, provázet je a spolupracovat s ním na konkrétních činnostech a postupech sociální práce společně s ním (zákon č. 108/2006 Sb.).

Podle Matouška (2011), by měl systém sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním především podporovat deinstitucionalizaci a zahrnovat prevenci stigmatizace a její odstraňování, podporovat proces ozdravení a obnovení sociálního začlenění. Takový systém by měl přesouvat péči z institucí, jako jsou pobytová zařízení, kde je určitým způsobem stanoven způsob života, do přirozeného prostředí a zahrnovat prevenci nebo odstraňování důsledků nemoci tak, aby bylo podpořeno obnovení sociálního fungování osoby s duševním onemocněním.

Pro potřeby této diplomové práce jsme se z tohoto důvodu zaměřili na níže uvedené typy ambulantní služeb, pro osoby trpící duševním onemocněním registrované podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Sociální poradenství, rozdělujeme na základní a odborné. Základní zahrnuje poskytování informací a podpory, osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace. Tato podpora je realizována prostřednictvím poskytování rad, zprostředkování informací o právech, ale i povinnostech, aktivní vyjednávání, zastupování nebo doprovázení. Odborné poradenství je již zaměřeno na jednotlivé sociální skupiny – rodiny, oběti domácího násilí a trestních činů, senioři, osoby s duševním onemocněním, osoby se zdravotním postižením. Cílem je nabídnout možnosti řešení nepříznivé situace a pomoc při jejich realizaci a umožnit tak člověku, aby byl schopen vlastními silami tuto situaci nebo problém vyřešit (Matoušek, 2005).

Centra denních služeb jsou zařízení ambulantních služeb, pro osoby, které mají sníženou samostatnost a zůstávají bydlet ve svém přirozeném prostředí, ale vzhledem ke svému věku, nebo v důsledku chronického duševního onemocnění nejsou schopny zajistit si péči o svou osobu v celém rozsahu

V denních stacionářích je poskytována služba osobám, které se z důvodu svého věku, zdravotního postižení, nebo dlouhodobého psychiatrického onemocnění neobejdou bez neustálé pomoci druhé fyzické osoby. Tito lidé obvykle bydlí doma se svou rodinou, nebo v chráněných či podporovaných bytech a službu navštěvují jen určitou část dne.

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantními službami, poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení se stěží uplatňují na chráněném či volném trhu

práce. Cílem sociálně terapeutické dílny je dlouhodobá a pravidelná podpora ve zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie (zákon č. 108/2006 Sb.).

Sociální rehabilitace je služba, která se snaží obnovit sociální vztahy a praktické schopnosti a dovednosti, které jsou důsledkem sociálního hendikepu osoby s postižením. Hlavním úkolem sociální rehabilitace je, aby takový člověk byl schopen přijmout své postižení nebo znevýhodnění a v maximální míře se integroval do společnosti (Matoušek, 2003).

S duševním onemocněním je spojeno mnoho důsledků, ať už se to týká zdravotní, psychické, fyzické nebo sociální stránky. V souvislosti s tím jsou spjaty i specifické potřeby osoby s duševním onemocněním, které by měly být naplňovány prostřednictvím sociálních služeb, které jsou poskytovány tak, aby jejich prostřednictvím byla pomoc s ohledem na potřeby klienta co nejefektivnější.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 REALIZACE VÝZKUMU

V následující části práce se zabýváme samotnou realizací výzkumného šetření a jeho vyhodnocením. Vymezíme zde hlavní cíl výzkumného problému, výzkumné otázky a stanovíme hypotézy. Dále si definujeme výzkumný soubor a metody, na základě, kterých jsme sesbírali data pro výzkumné šetření této práce.

4.1 Cíl výzkumu, výzkumné otázky a hypotézy

Hlavním cílem této práce je zjistit, jak kvalitní život vedou duševně nemocné osoby, navštěvující ambulantní zařízení.

4.1.1 Dílčí výzkumné cíle

1. Zjistit kvalitu života osob s duševním onemocněním v oblasti fyzického zdraví.
2. Zjistit kvalitu života osob s duševním onemocněním v oblasti prožívání.
3. Zjistit kvalitu života osob s duševním onemocněním v oblasti sociálních vztahů.
4. Zjistit kvalitu života osob s duševním onemocněním v závislosti na působení okolního prostředí.

4.1.2 Dílčí výzkumné otázky

1. Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti fyzického zdraví?
2. Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti prožívání?
3. Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti sociálních vztahů?
4. Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v závislosti na působení okolního prostředí?

4.1.3 Hypotézy

H1: Zjistit souvislost mezi vnímáním kvality života a pohlavím osob trpících duševním onemocněním.

H2: Zjistit souvislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a kvalitou léčby.

H3: Najít rozdíl ve vnímání kvality života osob s duševním onemocněním v souvislosti na potřeby léčby v běžném životě.

H4: Objevit souvislost mezi subjektivním pohledem osob s duševním onemocněním na kvalitu svého života v porovnání s celkovým získaným skóre v dotazníku.

4.2 Pojetí výzkumu

Výzkumné šetření je pojato **kvantitativní metodou**, kdy při hledání vhodného nástroje jsme se orientovali na dotazník, u kterého existuje česká verze a také je používán pro měření kvality života duševně nemocných osob. Dále také předpokládáme, že v kvalitě života se odráží pohled osob na onemocnění a kvalita poskytovaných služeb.

Kvantitativní výzkum se vyznačuje prací s číselnými údaji, které se dají matematicky zpracovat, je možné je sčítat, vyjádřit v procentech, nebo použít další metody matematické statistiky (Gavora, 2010). Jedná se o objektivní a co možná nejpřesnější zkoumání reality, podobně jako v přírodních vědách.

Jde o záměrnou a systematickou činnost, při které se pomocí empirických metod zkoumají, ověřují, verifikují a testují hypotézy o vztazích mezi jevy (Skutil, 2011). Většina prací se zaměřuje na konkrétní zařízení a spíše na kvalitativní výzkumné šetření, z tohoto důvodu jsme se zde zaměřili na kvantitativně orientované výzkumné šetření, kde jsme pojali větší výzkumný vzorek, abychom rozšířili poznatky o této problematice.

Dále také existuje předpoklad, že většina respondentů s duševním onemocněním nedůvěřuje neznámým lidem a nechtějí se o svém onemocnění s nikým bavit. Bylo tak nutné zvolit co nejjednodušší metodu, která by byla vhodná pro tyto osoby. Zároveň jsme chtěli docílit toho, aby vyplnění dotazníku nebylo příliš těžké i pro osoby se závažným duševním onemocněním.

4.3 Popis výzkumného souboru

V tomto výzkumu se zaměřujeme na klienty, kteří pravidelně navštěvují ambulantní zařízení a jsou ve věku od 18 do 65 let, muže i ženy. Výzkumný soubor jsme získali z *Adresáře služeb pro osoby s duševním onemocněním v České Republice*, který vydala společnost Vida, z. s. s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR. Jedná se již o 2. Tištěné vydání Adresáře 2015 (Ministerstvo zdravotnictví, 2016).

Z tohoto adresáře byly vyřazeny všechny pobytové zařízení, terénní služby, telefonická krizová pomoc a také ty zařízení, které nebyly registrovány podle zákona č. 108/2006 Sb.

Zadaným parametrům vyhovovalo celkem 65 subjektů. Rozhodli jsme se pro toto výzkumné šetření oslovit všech 65 dostupných vzorků. Základním souborem, jsou osoby s duševním onemocněním a výběrovým souborem, jsou osoby s duševním onemocněním, navštěvující ambulantní zařízení.

Počet osob vyplňující dotazník jsme nechali na možnostech a dostupnosti jednotlivých ambulantních služeb. Některé zařízení kontaktovaly své klienty a rozeslaly jim tento dotazník, jiné zařízení vyplňovaly dotazník spolu se svými klienty. Osoby s duševním onemocněním se od sebe odlišují svými projevy, a tudíž i odlišnými reakcemi daného člověka. Důvodem, výběru osob s chronickým duševním onemocněním do výzkumného vzorku, je skutečnost, že u těchto osob jejich chronické duševní onemocnění představuje překážku pro samostatné fungování v rámci jejich životního prostředí a sociálních interakcí.

Jednou z podmínek, pro které byly zvolené osoby do výzkumného vzorku zahrnuty, byla skutečnost, že žádná z nich se v době výzkumného šetření nenacházela v akutní fázi svého onemocnění.

4.4 Výběr výzkumné techniky

Při hledání vhodného nástroje pro měření kvality života se orientujeme na nástroj, který není příliš zatěžující pro osoby s duševním onemocněním. Zvolili jsme strukturovaný dotazník, který jsme již zmínili v teoretické části a který jsme zasílali elektronicky na adresy jednotlivých zařízení po celé ČR. Dotazník je zaměřený na měření kvality života WHOQOL – BREF.

Dotazník byl pro účely této diplomové práce rozšířen o dvě doplňující otázky, kde se ptáme osob s duševním onemocněním, na spokojenost jejich léčby a na jejich pohlaví. Tyto doplňující otázky nám umožní následně ověřit hypotézy.

Standardizovaný dotazník v originální verzi obsahuje 100 položek, což by mohlo lidem s duševním onemocněním činit velké obtíže.

Z tohoto důvodu jsme se zaměřili na tuto zkrácenou verzi dotazníku, který tvoří 24 položek a je rozdělen do 4 domén:

1. Fyzické zdraví
2. Prožívání
3. Sociální vztahy
4. Prostředí

a dvou samostatných položek, které hodnotí celkovou kvalitu života:

1. Kvalita života
2. Spokojenost se zdravotním stavem

Standardizovaný dotazník obsahuje celkem 26 otázek. Je určen pro respondenty ve věku od 18 do 65 let a jeho vyplnění trvá přibližně 5-10 minut. Odpovědi jsou zaznamenávány pomocí Likertovy škály v rozmezí 1-5. Výsledky WHOQOL – BREF se vyjadřují v podobě čtyř doménových skóre a průměrných hrubých skóre dvou položek, které hodnotí celkovou kvalitu života (Q1) a zdravotní stav (Q2).

Q1 odpovídá otázce: Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?

Q2 koresponduje s otázkou: Jak jste spokojen/a se svým zdravím?

Průměrné hrubé skóre domén, jsou standardizované průměrné hodnoty položek příslušných ke každé doméně. Po výpočtu doménového skóre u jednotlivých domén, které je aritmetickým průměrem hodnot u otázek, které spadají pod každou doménu, je nutno každý výsledek vynásobit hodnotou 4. Hrubé skóre se tak pohybují od minima 4 do maxima 20 a platí, že vyšší skóre odpovídá vyšší kvalitě života (Dragomirecká, Bartoňová, 2006).

Tabulka 1: Přehled domén a položek WHOQOL – BREF

Doména 1 Fyzické zdraví	q3	Bolest a nepříjemné pocity
	q4	Závislost na lékařské péči
	q10	Energie a únava
	q15	Pohyblivost
	q16	Spánek
	q17	Každodenní činnosti
	q18	Pracovní výkonnost
Doména 2 Prožívání	q5	Potěšení ze života
	q6	Smysl života
	q7	Soustředění
	q11	Přijetí tělesného vzhledu
	q19	Spokojenost se sebou
	q26	Negativní pocity
Doména 3 Sociální vztahy	q20	Osobní vztahy
	q21	Sexuální život
	q22	Podpora přátel
Doména 4 Prostředí	q8	Osobní bezpečí
	q9	Životní prostředí
	q12	Finanční situace
	q13	Přístup k informacím
	q14	Záliby
	q23	Prostředí v okolí bydliště
	q24	Dostupnost zdravotní péče
	q25	Doprava

Dvě samostatné položky	Q1	Kvalita života
	Q2	Spokojenost se zdravím

4.4.1 Vzorce jednotlivých domén pro výpočet hrubého skóre

Vyhodnocení dotazníku pomocí výpočtu hrubého skóre:

Doména 1 – **Fyzické zdraví**

$$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$$

Doména 2 – **Prožívání**

$$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$$

Doména 3 – **Sociální vztahy**

$$Q20 + Q21 + Q \text{ oblast 4} + Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$$

Doména 4 – **Prostředí**

$$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$$

4.5 Způsob zpracování dat

Data získaná v dotazníkovém šetření, byla zaznamenávána do datové tabulky Microsoft Excel, přičemž každá jednotlivá položka v dotazníkovém šetření byla vyhodnocena popisnou statistikou a graficky znázorněna pomocí výsečového grafu. Dílčí výzkumné otázky (1-4) byly vyhodnoceny pomocí popisné statistiky (průměrná hodnota a směrodatná odchylka). Hodnoty, které respondenti označili v dotazníku, byly zaznamenány do tabulky v hodnotách 1–5.

Položky v dotazníkovém šetření 1 a 15 odpovídají hodnotám 1 – „velmi špatná“ a 5 – „velmi dobrá“. Soubor otázek **2, 16–25** odpovídá výroku 1– „velmi nespokojený/á“ a 5 – „velmi spokojený/á“. Otázky **3–9** odpovídají hodnotám 1 – „vůbec ne“ a hodnota 5 – „v obrovské míře“. Soubor otázek **10–14** odpovídají hodnotám 1 – „vůbec ne“ a hodnota 5 – „v obrovské míře“. Poslední otázka v dotazníku **26** odpovídá hodnotám 1- „Nikdy“ a hodnota 5 – „Stále“.

Položka v dotazníku č. 1 – Kvalita života a položka č. 2 – Zdraví se vyhodnocují samostatně. Kdy rozpětí škály u těchto otázek je 1-5, přičemž vyšší skór znamená lepší kvalitu života.

V dotazníku se vyskytují také tři reverzní otázky č. 3, 4, 26 a to je zohledněno v rovnici pro vypočtení skóre v jednotlivých částech/oblastech.

Tabulka 2: Souvislost mezi 4 doménami a otázkami v dotazníku, metodika výpočtu hrubého skóru.

1. Fyzické zdraví (DOM1)	Vypočítáme hrubý skór z otázek 3, 4, 10, 15, 16, 17 a 18
2. Prožívání (DOM2)	Vypočítáme hrubý skór z otázek 5, 6, 7, 11, 19 a 26
3. Sociální vztahy (DOM3)	Vypočítáme hrubý skór z otázek 20, 21 a 22
4. Prostředí (DOM4)	Vypočítáme hrubý skór z otázek 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25

5 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

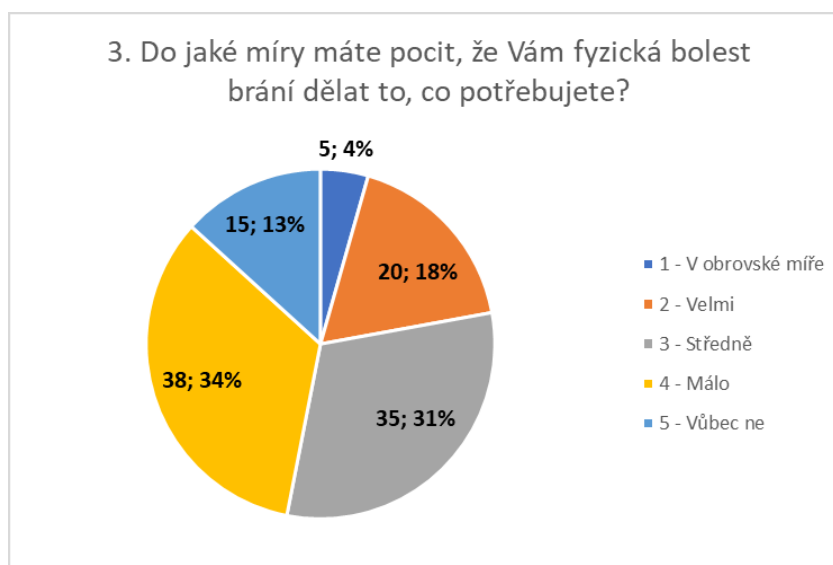
Následující kapitola je zaměřena na vyhodnocení dotazníkového šetření. Celkem se tohoto šetření zúčastnilo 115 osob s duševním onemocněním, přičemž jeden z těchto dotazníků nesplňoval podmínky k vyhodnocení, z tohoto důvodu byl vyřazen. Celkem bylo osloveno 65 ambulantních zařízení. Odpovědi jsme zaznamenali do programu Microsoft Excel, pomocí kterého jsme také vytvořili následující grafy.

5.1 Analýza jednotlivých otázek v dotazníku

Pro analýzu dat výzkumného šetření bylo použito 114 dotazníků. Jednotlivé otázky v dotazníku jsou uvedeny na grafech a rozděleny do čtyř základních domén, dvou samostatných položek a dvou doplňujících otázek dotazníku.

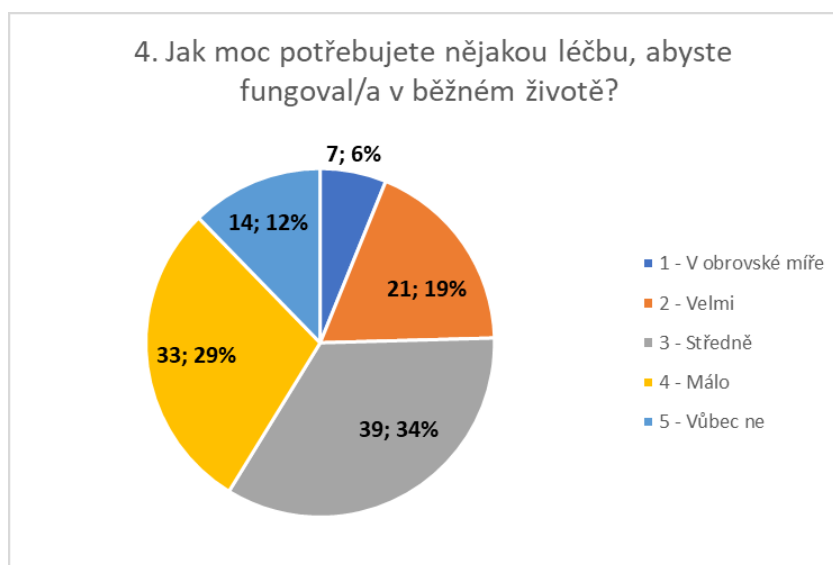
5.1.1 Doména 1 – fyzické zdraví

První doména v dotazníkovém šetření se týká otázkou č. 3 v dotazníku. Na grafu č. 1, můžeme vidět, že v převážné míře osobám s duševním onemocněním brání fyzická bolest v **malé míře** 34 % vykonávat své aktivity, dále pak středně brání fyzický bolest jedinci dělat to, co potřebuje. Ve velmi malé míře bylo zjištěno, že jedinci brání fyzická bolest ve vykonávání svých potřeb.



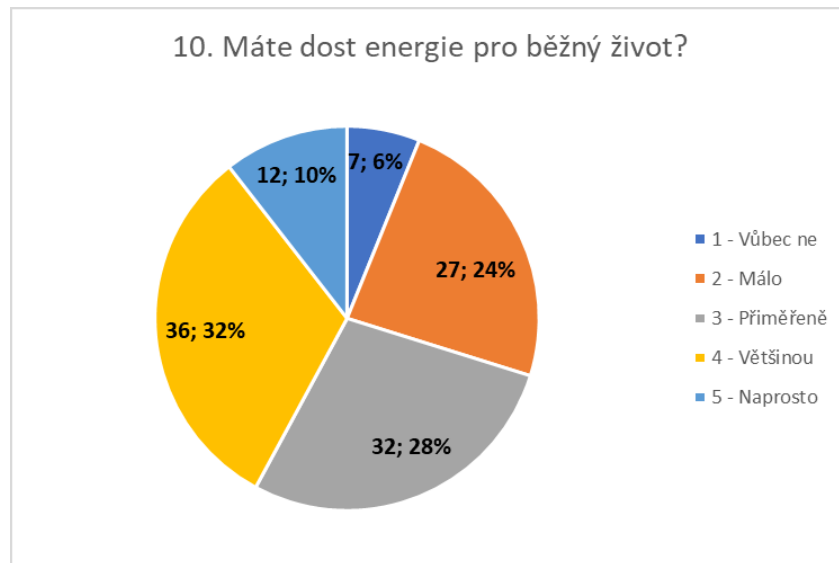
Graf 1: Hodnocení bránění fyzické bolesti v potřebných aktivitách

Otázkou č. 4 (viz. Graf č. 2), jsme zjistili, že jedinci trpící duševním onemocněním, kteří vyplnili tento dotazník, potřebují ve střední míře 34 % nějakou léčbu, aby dokázali fungovat v běžném životě. Dále pak 29 % jedinců, potřebuje léčbu v malé míře. Z tohoto grafu je jasné, že jedinci **příliš nepotřebují nějakou léčbu**, aby dokázali fungovat ve svém běžném životě. Pouze 19 % těchto osob léčbu velmi potřebuje k běžnému životu a 12 % nepotřebuje vůbec žádnou léčbu, aby dokázali fungovat ve svém běžném životě. V opačném případě pouhých 6 % potřebuje v obrovské míře nějakou léčbu.



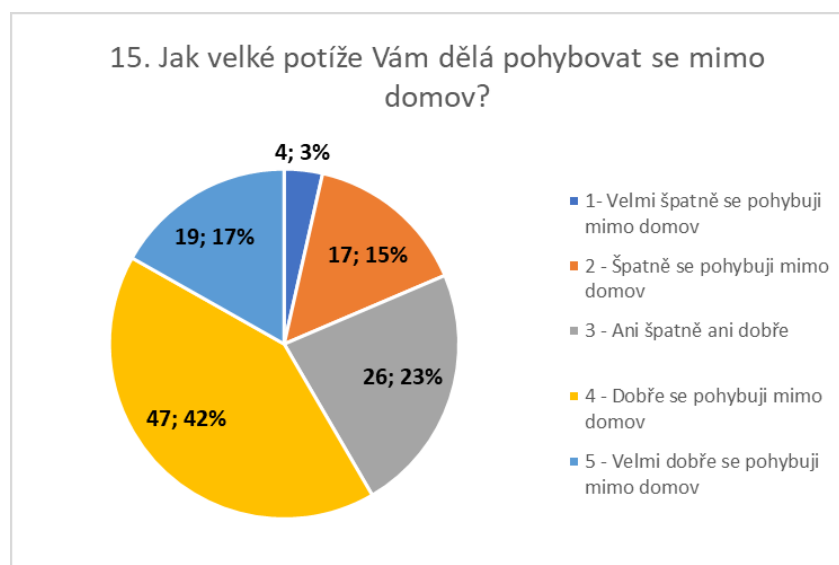
Graf 2: Hodnocení závislosti na potřebu lékařské péči

Otázka č. 10, měla za úkol zjistit, kolik energie mají tyto osoby pro jejich běžný život. Z této otázky můžeme na grafu č. 3 vidět, že tyto osoby **mají ve většině případů dostatek energie** pro svůj každodenní život. Dále pak v přiměřené míře a to ve 28 %. V opačném případě bylo zjištěno, že 24 % má málo energie v běžném životě, dále pak 6 % nemá vůbec energii pro svůj běžný život a pouhých 10 % má naprostou energii pro svůj každodenní život.



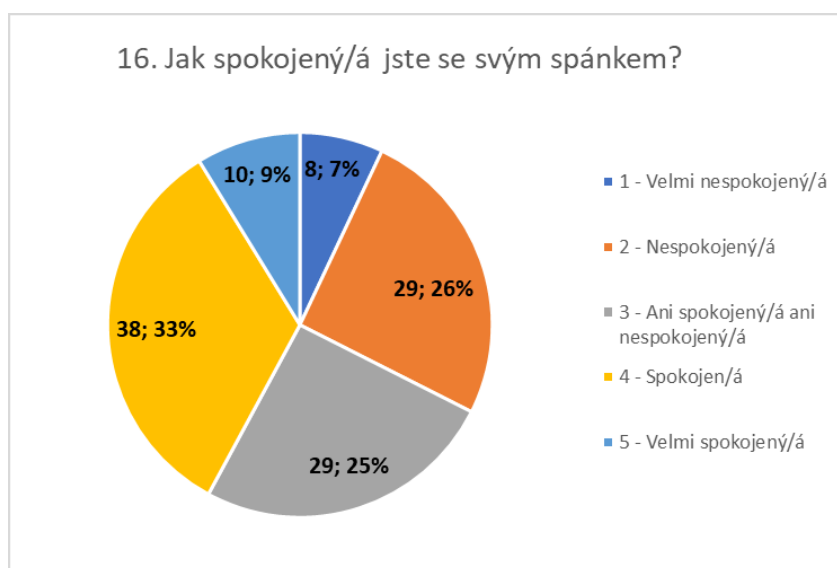
Graf 3: Hodnocení dostatečné energie pro běžný život

V otázce č. 15 (viz. Graf č. 4), jsme se snažili zjistit, jak velké obtíže činí těmto osobám pohybovat se mimo jejich domov. Ve většině případů 42 % odpovědí bylo zjištěno, že tito jedinci se dokáží **dobře pohybovat** mimo své obydlí. Dále pak 23 % zaznamenaných odpovědí uvádí, že se tito jedinci nepohybují ani špatně ani dobře mimo domov. Velmi těsná hranice byla v odpovědi „*Velmi dobře*“ a to 17 % odpovědí a „*špatně*“ v 15 % případů. Pouhá 3 % odpovědí byla velmi špatná pohyblivost mimo jejich domov. Můžeme tedy říci, že pohybovat se mimo domov těmto osobám **nečiní velké obtíže**.



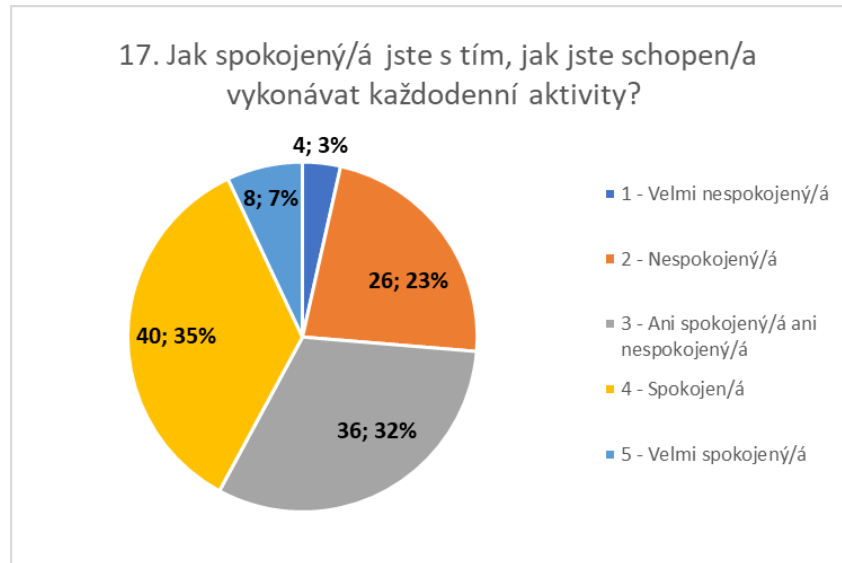
Graf 4: Hodnocení schopnosti pohybovat se mimo domov

V otázce č. 16, jsme zjišťovali spokojenost se spánkem. Tyto odpovědi byly velmi těsné, jak můžeme vidět na grafu č. 5. Nejvíce odpovědí zaznamenala odpověď „spokojen“ a to 33 %. Druhá nejčastější odpověď byla zvolena „*nespokojen*“ a to 26 % a „*ani spokojen, ani nespokojen*“ ve 25 % případů. Velmi nízké hodnoty se také objevily s velkou spokojeností se spánkem a to sice 9 % a velmi nespokojených je 7 %. Můžeme tedy říci, že v **převážné míře** jsou respondenti **spokojeni se svým spánkem**.



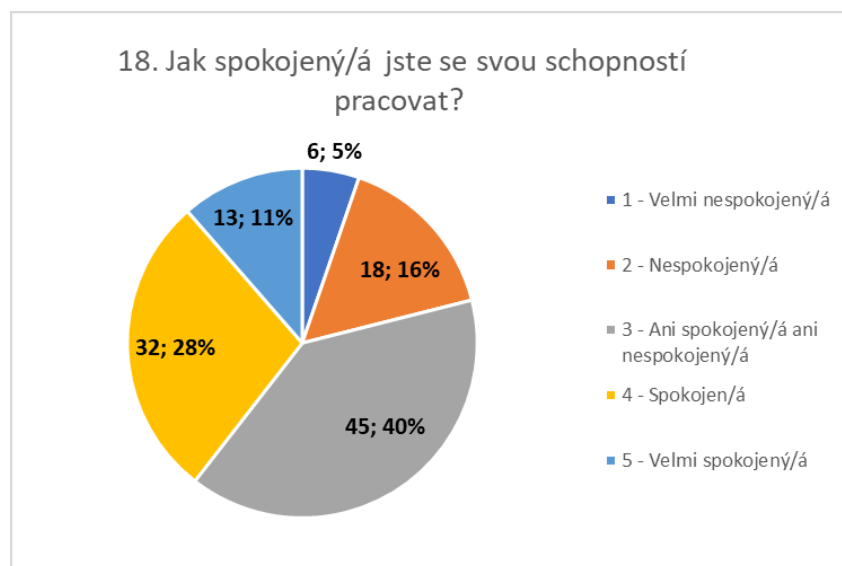
Graf 5: Hodnocení spokojenosti spánku

Dále jsme u **otázky č. 17** (viz. Graf č. 6), zjišťovali spokojenost s vykonáváním jejich každodenních činností. Bylo zjištěno, že v převážné míře 35 % těmto osobám **nebrání jejich onemocnění, při vykonávání každodenních aktivit**. Dále pak s druhým nejvyšším počtem odpovědí byla odpověď „*ani dobře, ani špatně*“ a to v případě 36 odpovědí. Oproti tomu 26 odpovědí bylo zaznamenáno jako nespokojenost vykonávat své každodenní aktivity. V malé míře a to 7 % je velmi spokojeno a v nepatrné míře 3 % velmi nespokojeno s vykonáváním každodenních aktivit.



Graf 6: Hodnocení spokojenosti vykonávání každodenních aktivit

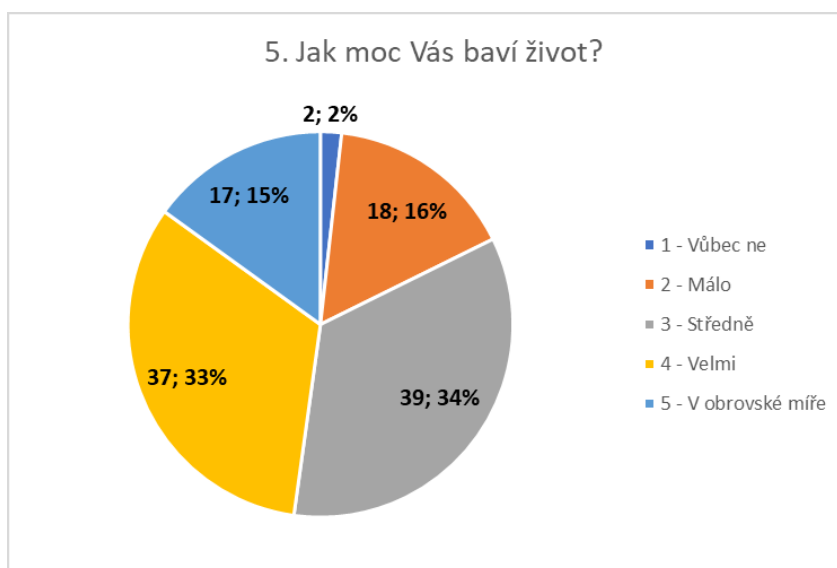
Poslední položka z první domény je **otázka č. 18**, která byla zaměřena na pracovní výkonnost, viz. Graf č. 7. V převážné míře odpovědělo 40 % jedinců, že nejsou **ani spokojeni, ani nespokojeni**. Dále pak ve 28 % jsou jedinci spokojeni se svou schopností pracovat. V opačném případě je 16 % nespokojeno se svou schopností práce. Ve velmi malé míře a to 11 %, byla zaznamenána odpověď spokojenosti se svou schopností pracovat. V neposlední řadě 5 % jsou tyto osoby velmi nespokojeni se svou schopností pracovat. Z grafu můžeme vidět, že odpověď na tuto otázku se pohybuje převážně ve středních hodnotách.



Graf 7: Hodnocení se spokojeností se schopností své práce

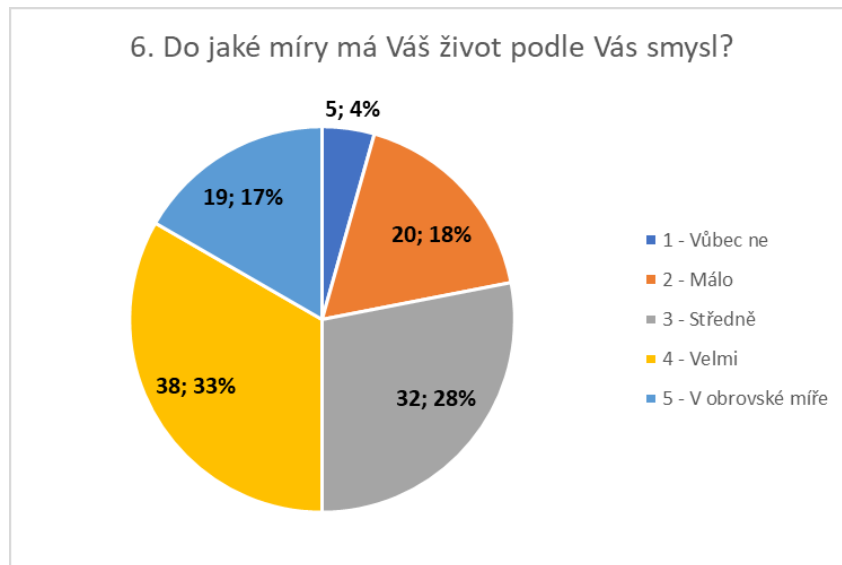
5.1.2 Doména 2 – prožívání

První otázka u druhé domény je **otázka č. 5** (viz. Graf č. 8), kterou se snažíme zjistit, jak moc baví osoby s duševním onemocněním jejich život. Tyto hodnoty byly velmi těsné, a to ve dvou případech. Nejvíce byla zaznamenána střední odpověď a to ve 34 %. V druhém případě 33 % tyto osoby život velmi baví. Setkáváme se zde také s negativní odpovědí 16 %, kdy v tomto případě tyto osoby život málo baví. Taktéž v těsné blízkosti se pohybuje odpověď velké spokojenosti se životem a to 15 %. Pouze 2 respondenti zaznamenali, že je život vůbec nebaví. Z grafu můžeme říci, že tyto osoby život **baví středně až velmi**.



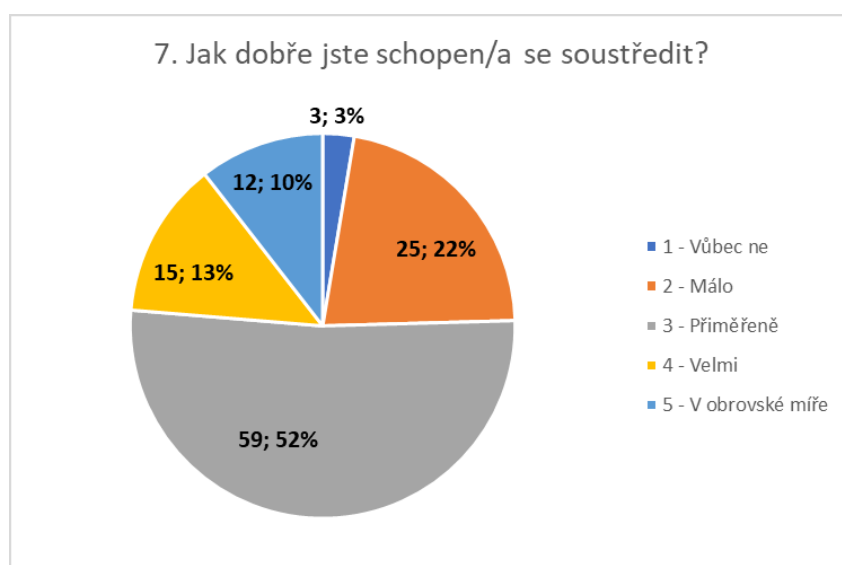
Graf 8: Hodnocení potěšení ze života

V **Otázce č. 6**, se snažíme zjistit, do jaké míry má podle respondentů smysl jejich života. Podle zaznamenaných odpovědí, které můžeme vidět na grafu č. 9, bylo zjištěno, že v **převážné míře** a to 33 % má jejich **život velký smysl**. Dále se zde také objevuje střední hodnota 28 %. Velmi těsná je také hodnota „málo“ a „v obrovské míře“. Která se liší pouze o jednu odpověď. V 5 % je také zaznačena odpověď úplné nespokojenosti se smyslem život. Tuto otázku můžeme hodnotit kladně, kdy ve většině případech má podle zodpovězených položek život smysl.



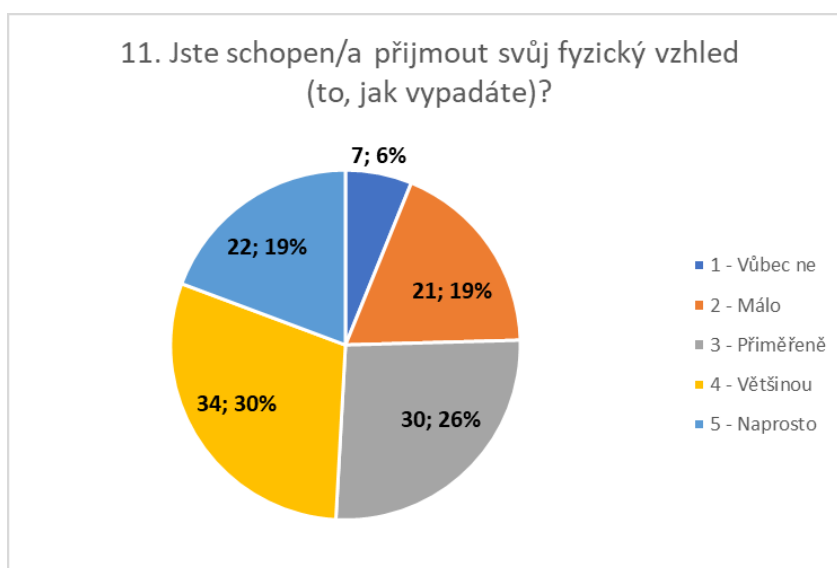
Graf 9: Hodnocení smyslu života

Otázka č. 7 (viz graf č. 10), se zaměřuje na schopnost se soustředit. V převážné míře u této otázky převažuje **přiměřená schopnost se soustředit** a to 52 %. Dále byla zaznamenávána odpověď soustředění se v malé míře a to 22 %. V opačném případě je schopno 13 % dosáhnout velkou míru soustředění a v obrovské míře je schopno se soustředit 12 respondentů. Pouze 3 % se nedokáží soustředit vůbec. Zde můžeme podle zaznamenaných odpovědí říci, že v převážné míře jsou respondenti schopni se soustředit.



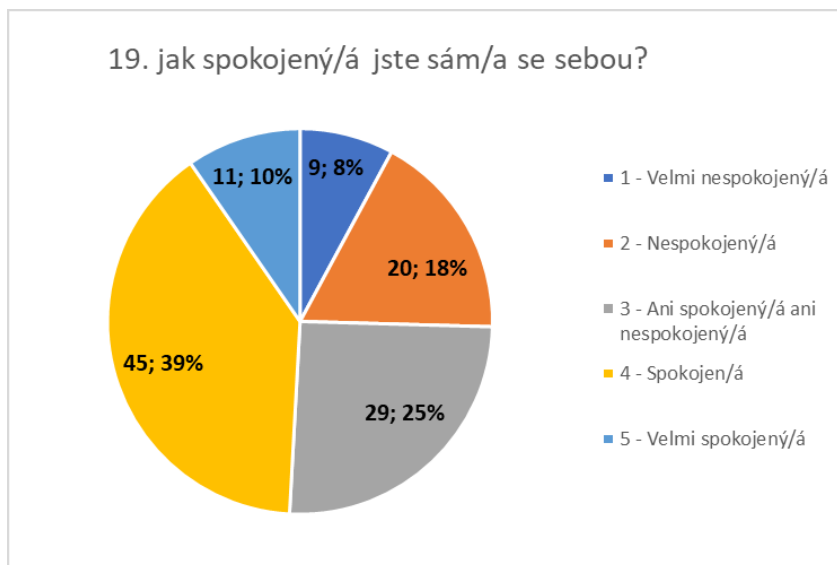
Graf 10: Hodnocení schopnosti soustředění se

Také jsme se zaměřili na schopnost přijetí svého fyzický vzhledu, jak respondent vypadá. A to v **otázce č. 11**. Většinou dochází k **přijmutí svého fyzického vzhledu** a to ve 30 % jak můžeme vidět na grafu č. 11. Dále pak v přiměřené míře 26 %. Rovnost odpovědí došlo v případě naprostého přijmutí svého vzhledu a malou schopností přijmout svůj vzhled. V malé míře také byla zaznamenána odpověď absolutního nepřijetí svého vzhledu zvolena sedmi respondenty.



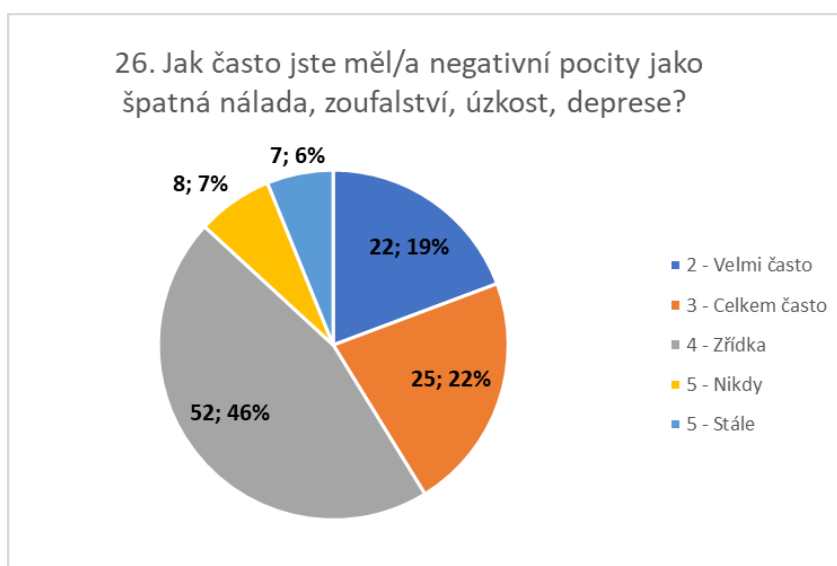
Graf 11: Hodnocení schopnosti přijmutí fyzického vzhledu

Otázka č. 19 (viz. Graf č. 12), byla zaměřena na spokojenost s vlastní osobou, se sebou samým. V převážné míře 39 % můžeme vidět na grafu, že jsou respondenti **sami se sebou spokojeni**. Dále pak střední odpověď zvolena z 25 %. V opačném případě je 18 % odpovědí zaznamenáno, jako nespokojenost se sebou sama/samým. Velmi spokojených respondentů je 10 % a úplně nespokojených se sebou sám/samým, je celkem devět respondentů.



Graf 12: Hodnocení se spokojenost se sebou samým

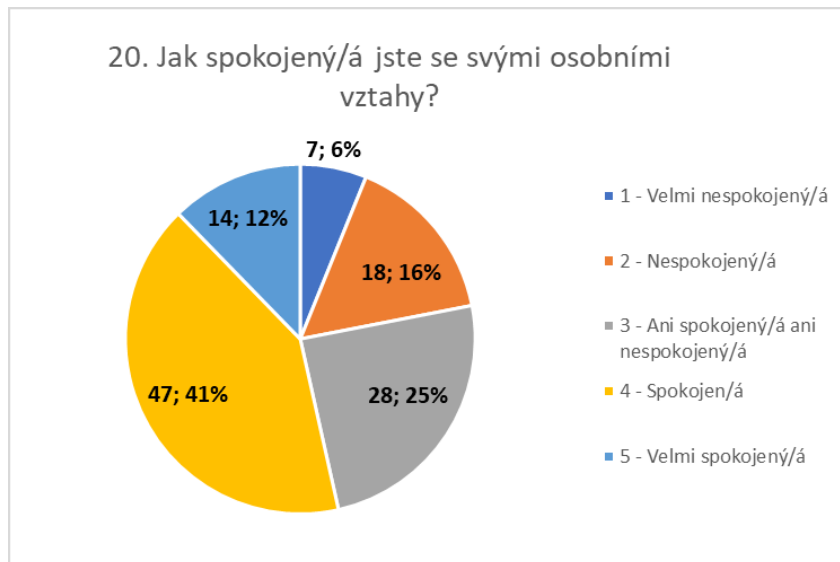
V poslední otázce č. 26 (viz graf č. 13), této druhé domény se zabýváme negativními pocity, jako jsou špatná nálada, zoufalství, úzkost nebo deprese. Zjistili jsme, že tyto pocity se ve většině případů u respondentů **objevují zřídka**. V opačném případě se tyto negativní pocity objevují celkem často u 22 %. Velmi často tyto pocity zažívá 19 % respondentů. Nikdy se tyto pocity nevyskytují v 7 % případů a v 6 % se vyskytují stále.



Graf 13: Hodnocení dopadu negativních pocitů

5.1.3 Doména 3 – sociální vztahy

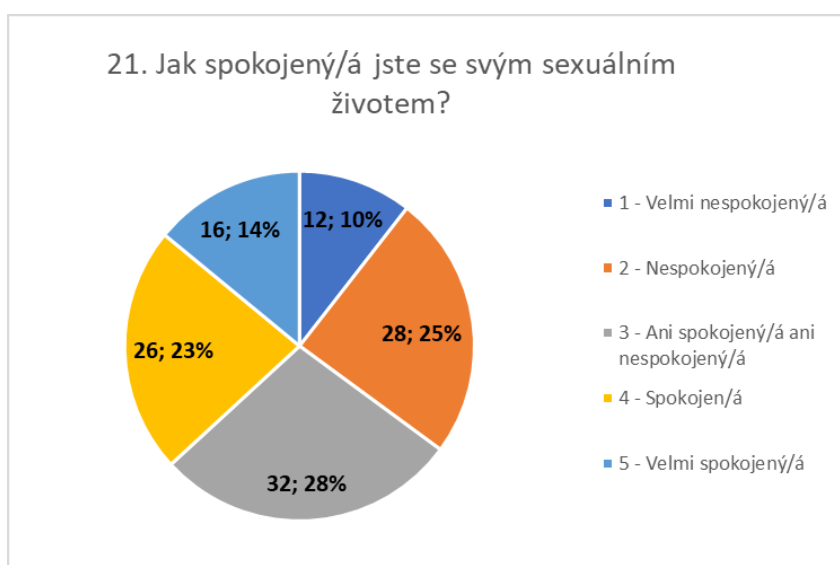
První otázkou této domény je v dotazníku **otázka č. 20**, která se zaměřuje na osobní vztahy jedince v jeho soukromém životě.



Graf 14: Hodnocení svých osobních vztahů

Z grafu č. 14, je zřejmé, že respondenti jsou **převážně spokojeni se svými osobními vztahy**, a to v rozsahu 41 %. Dále pak 25 % odpovědí jsou neutrálního charakteru. Můžeme zde vidět také nespokojenost 16 % se svými osobními vztahy. V Malém počtu 12 % jsou respondenti velmi spokojeni se svými osobními vztahy a 6 % je velmi nespokojeno.

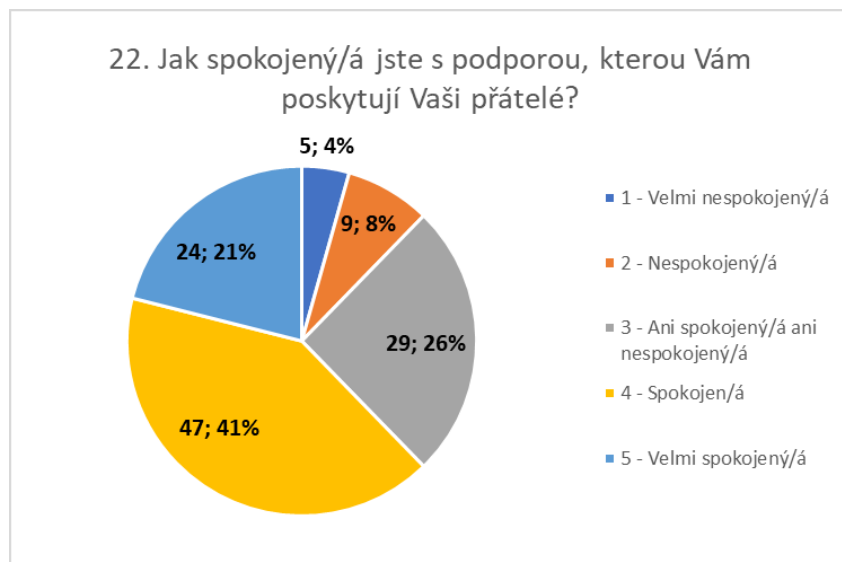
Otázka č. 21 je zaměřena na sexuální život osob s duševním onemocněním.



Graf 15: Hodnocení svého sexuálního života

Z grafu č. 15, je zřejmé, že v této oblasti **nejsou respondenti ani spokojeni a ani nespokojeni**, a to celkem z 28 %. O pouhých 3 % je druhou největší odpovědí nespokojenost se sexuálním životem. Dále pak vede odpověď se spokojeností a to ve 23 %. Velmi spokojeno je 14 % a oproti tomu velmi nespokojeno 10 % odpovědí.

Poslední položka v této doméně je **otázka č. 22** (viz. Graf č. 16), z dotazníku a zaměřuje se na podporu, která je poskytována respondentovi ze strany jeho přátel. Z těchto odpovědí je zřejmé, že respondenti jsou s **podporou ze strany přátel spokojeni**. Dále pak ve střední míře z 26 %. S podporou od přátel je velmi spokojeno 21 %, v opačném případě je nespokojeno 8 % a pět respondentů uvedlo, že jsou velmi nespokojeni s podporou od svých přátel.



Graf 16: Hodnocení podpory ze strany přátel

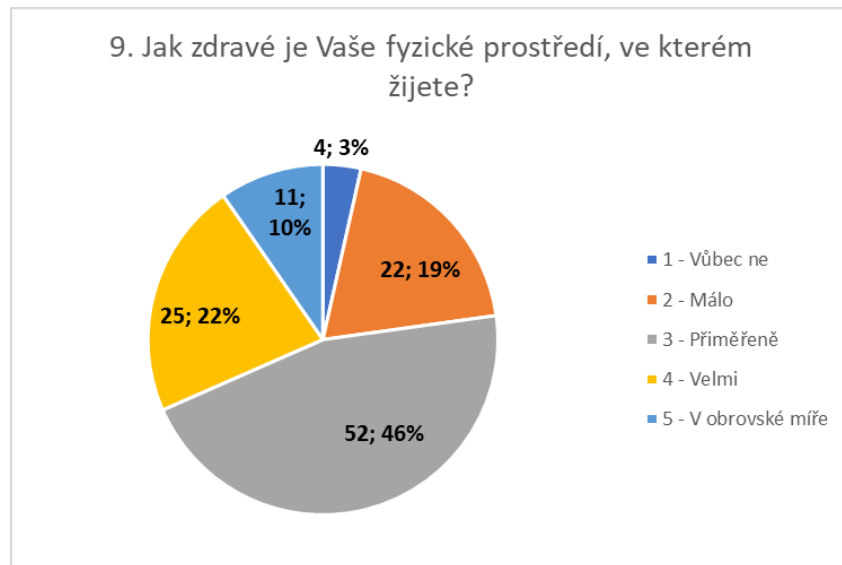
5.1.4 Doména 4 – prostředí

V poslední doméně jsme se zaměřili na **otázku č. 8** a to, jak bezpečně se cítí respondent ve svém každodenním životě. Z grafu č. 17, je zřejmé, že respondenti **mají přiměřený pocit osobního bezpečí** ve svém každodenním životě. Dále se pak 20 % se cítí velmi bezpečně ve svém každodenním životě. V opačném případě se málo bezpečně cítí celkem 18 %. Stejný počet odpovědí obdržely položky „*vůbec ne*“ a „*v obrovské míře*“, kdy tuto odpověď zvolilo celkem 9 % respondentů.



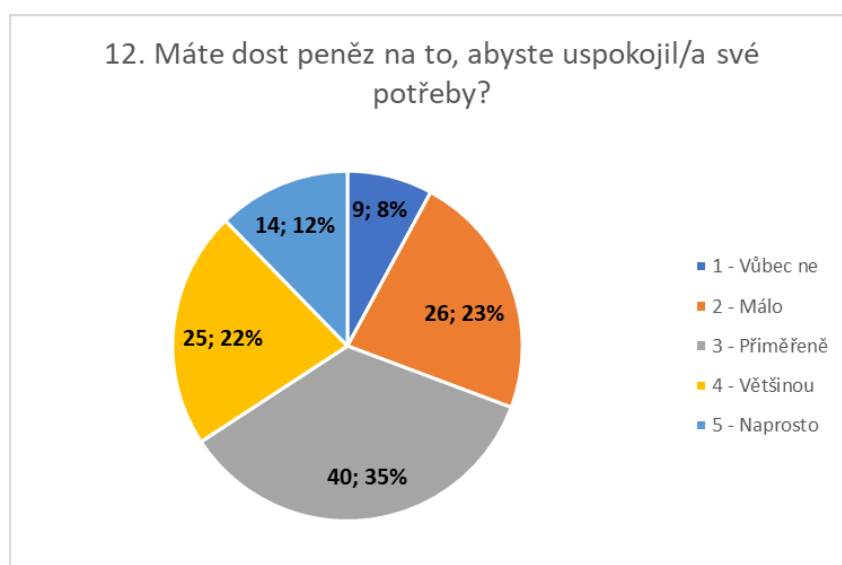
Graf 17: Hodnocení bezpečnosti v každodenním životě

Otázka č. 9 je zaměřená na zdravé fyzické prostředí, ve kterém jedinec žije. Podle odpovědí 46 % z grafu č. 18 vyplývá, že fyzické prostředí je podle respondentů **přiměřeně zdravé**. Druhou nejvíce zvolenou odpovědí je velmi dobré fyzické prostředí, ve kterém jedinec žije. Dále pak 19 % si myslí, že fyzické prostředí, ve kterém se pohybují je málo zdravé. Oproti tomu 10 % uvedlo, že fyzické prostředí je pro ně v obrovské míře zdravé. Nepatrné 3 % odpovědí byly zvoleny jako absolutně nezdravé fyzické prostředí.



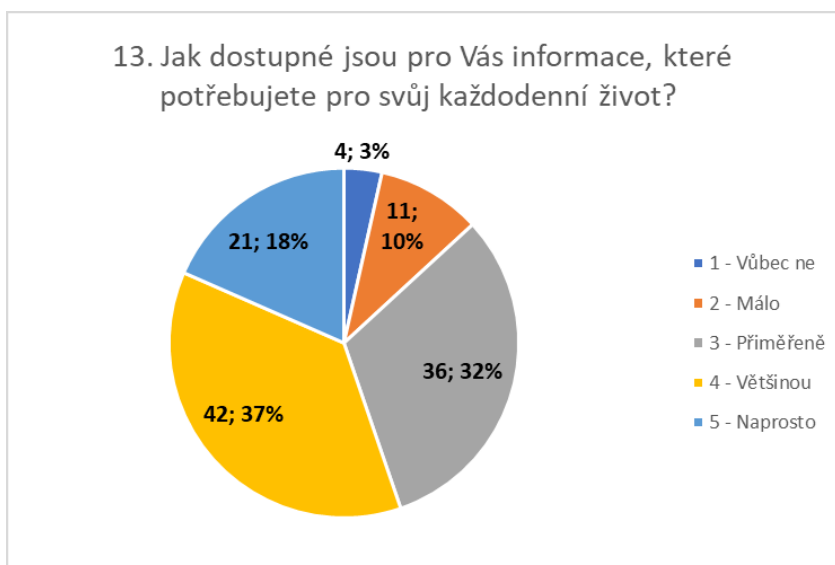
Graf 18: Hodnocení prostředí, ve kterém jedinec žije

Další otázkou v této doméně byla **otázka z dotazníku č. 12** (viz graf č. 19), která má za úkol zjistit, jak jsou na tom respondenti s finanční situací. Nejčastější odpověď na tuto otázka byla z 35 % přiměřená. Dále se pak ukázalo, že 23 % má málo peněz na uspokojení svých potřeb. Většinu peněz na uspokojení svých potřeb má 22 %, naprosto své potřeby po finanční stránce dokáže uspokojit 12 %, zbylých 8 % nemá dostatek financí. Z grafu lze říci, že **většina dokáže přiměřeně uspokojit své potřeby po finanční stránce.**



Graf 19: Hodnocení finanční situace jedince

Otázka č. 13 (viz. Graf č. 20), se dotazuje na možnost přístupu k informacím, které jsou potřebné pro každodenní život jedince.



Graf 20: Hodnocení dostupnosti informací pro běžný život

Zde je zřejmé, že pro **většinu jsou informace dostupné**. Druhou nejčastější odpovědí na tuto otázku je přiměřená dostupnost informací pro tyto jedince, a sice 32 %. Dále 18 % volilo odpověď „naprosto dostupné“. Někteří mají málo dostupných informací pro svůj každodenní život a tuto otázku zvolilo 10 %. V malé míře 3 % byla zvolena odpověď úplné nedostupnosti jedinců k informacím, které jsou potřebné pro jejich každodenní život.

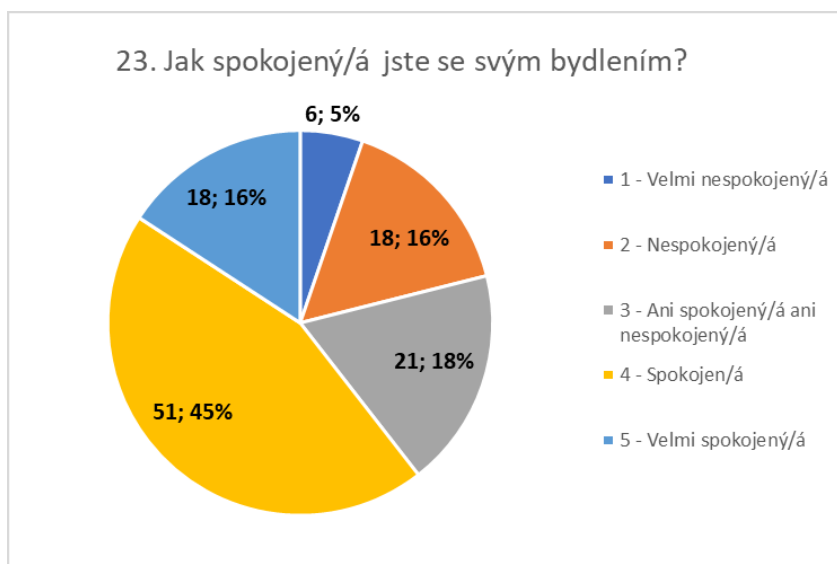
Otázka č. 14 (viz graf č. 21), byla v dotazníku zaměřena na dostatek příležitostí rozvíjení jedincových zájmů.



Graf 21: Hodnocení příležitostí pro rozvoj zájmů

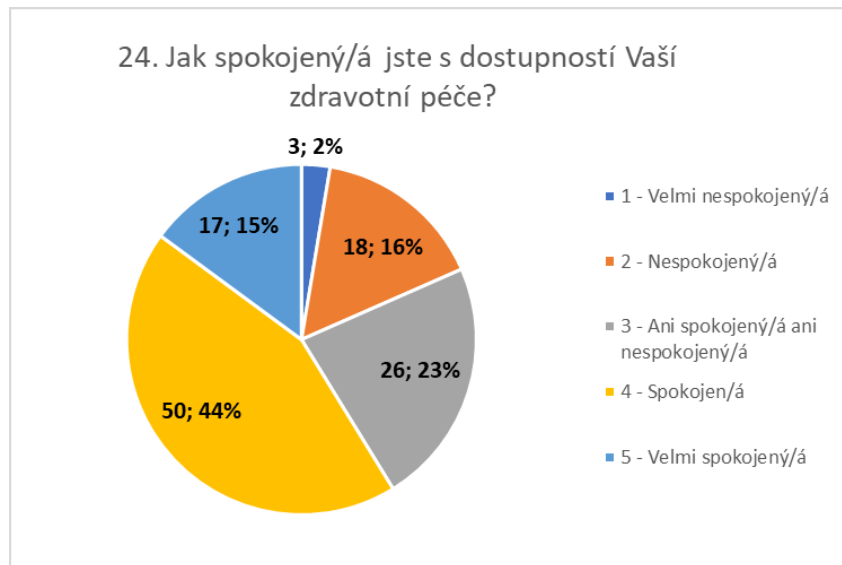
Ukázalo se, že většina má **dostatek příležitostí**, pro rozvíjení svých zájmů, dále pak 25 % má přiměřeně příležitostí pro rozvoj svých zájmů. V opačném případě bylo zvolena odpověď 21 % jako malá příležitost pro rozvoj svých zájmů. Naprosto rozvíjet své zájmy má příležitost 15 % respondentů a pouhých 7 % nemá příležitosti.

Otázka č. 23 (viz. Graf č. 22), je zaměřena na spokojenost s bydlením. Velké množství respondentů v míře 45 % je spokojeno se svým bydlením. V menší míře je pak zastoupena střední možnost odpovědi, kdy nejsou jedinci ani spokojeni, ani nespokojeni. Dále pak stejný počet odpovědí a to 16 % zastávají odpovědi „*velmi spokojen/a*“ a „*nespokojen/a*“. V míře 5 % jsou jedinci velmi nespokojeni se svým bydlením. Z této otázky je tedy jasné, že respondenti jsou ve většině případů spokojeni se svým bydlením.



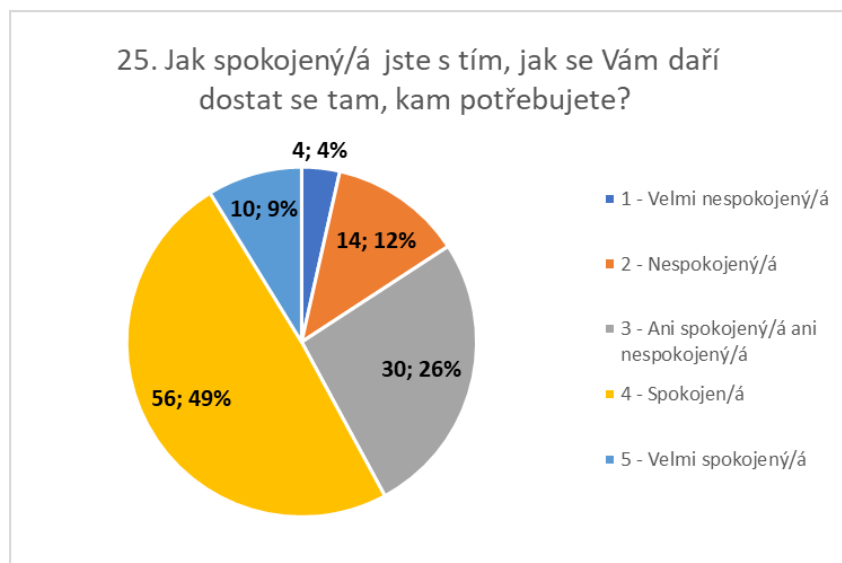
Graf 22: Hodnocení spokojenosti s bydlením

Otázka č. 24 (viz graf č. 23), v dotazníku zjišťovala spokojenost s dostupností zdravotní péče pro osoby s duševním onemocněním. Ve velké míře jsou tyto jedinci s dostupností zdravotní péče **spokojeni**, kdy tuto odpověď zvolilo celkem 50 respondentů, dalších 26 respondentů není ani spokojeno, ani nespokojeno. Oproti tomu 16 % osob trpících duševním onemocněním, není spokojeno s dostupností zdravotní péče. V malé míře 15 % jsou jedinci velmi spokojeni a 3 respondenti jsou velmi nespokojeni s dostupností zdravotní péče.



Graf 23: Hodnocení dostupnosti zdravotní péče

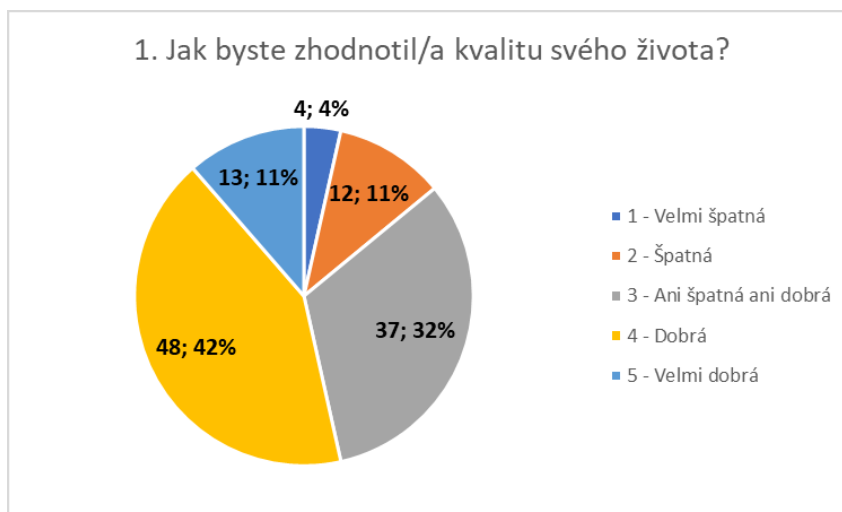
Poslední otázka uzavírá čtvrtou doménu a to **otázka č. 25** (viz. Graf č. 24), kdy zjišťujeme, zda jsou tyto osoby spokojeny s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují. Ve velké míře 56 odpovědí jsou respondenti **spokojeni**, druhou nejčastější odpovědí byla zvolena neutrální odpověď v zastoupení 26 %. Čtrnáct jedinců je nespokojeno s tím, jak se jim daří dostat tam, kam potřebují. Oproti tomu 9 % je velmi spokojených. Malé zastoupení má velká nespokojenost, a sice 4 % odpovědí. Je tedy zřejmé, že jedinci jsou spokojeni s tím, jak se jim daří dopravit tam, kam potřebují.



Graf 24: Hodnocení spokojenosti s dopravou na potřebná místa

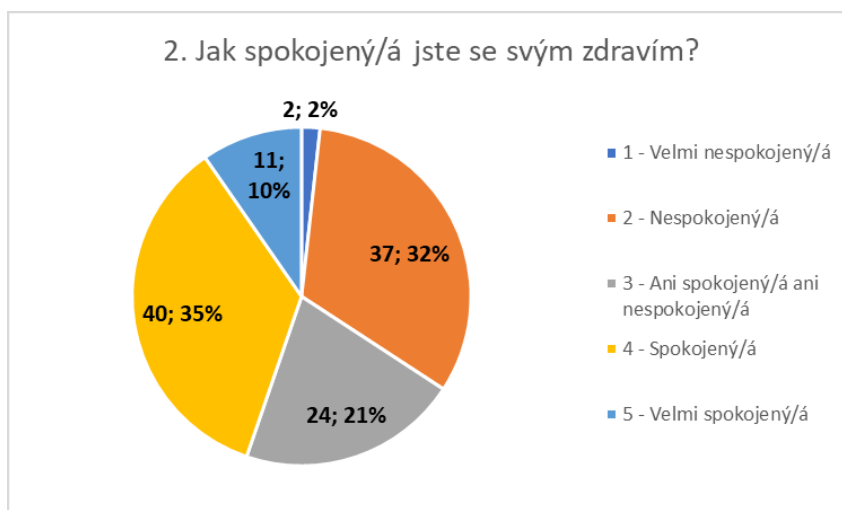
5.1.5 Dvě samostatné položky

Otázky č 1. (viz. Graf č 25) a 2 (viz. Graf č. 26), jsou hodnoceny jako dvě samostatné položky. Jedná se o zhodnocení celkové kvality života, kde na grafu můžeme vidět, že 48 osob s duševním onemocněním nejčastěji hodnotí svou **kvalitu života jako dobrou**.



Graf 25: Hodnocení celkové kvality života Q1

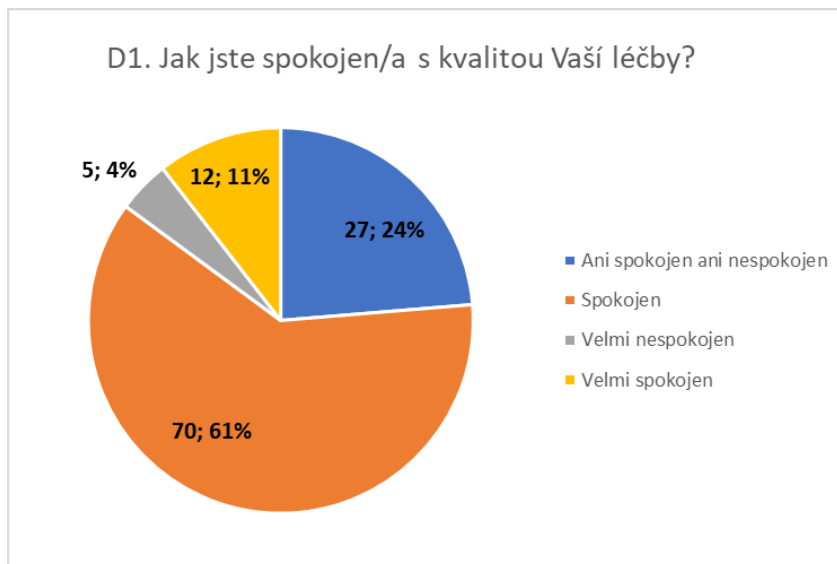
Druhá položka se zaměřovala na celkovou spokojenost se svým zdravím. Na grafu můžeme vidět, že 40 osob s duševním onemocněním je **spokojeno se svým zdravím**, oproti tomu druhá nejčastější odpověď byla nespokojenost se svým zdravím, kterou zvolilo 37 osob.



Graf 26: Hodnocení spokojenosti se zdravím Q2

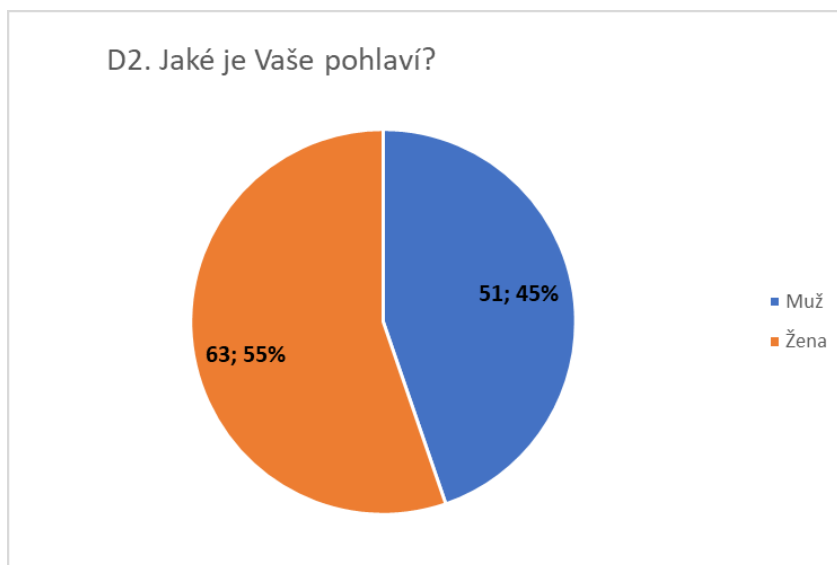
5.1.6 Doplnující otázky

V doplňující otázce D1, jsme zjišťovali, zda sám respondent je spokojen se svou kvalitou léčby, která je mu poskytována, z grafu č. 27 je jasné, že většina respondentů 61 % je **spokojeno se svou kvalitou léčby**.



Graf 27: Hodnocení spokojenosti s kvalitou léčby

Druhá doplňující otázka D2 (viz. Graf č. 28), se zaměřovala na pohlaví respondentů, tohoto dotazníkového šetření se **zúčastnilo více žen**, a to v zastoupení 55 % oproti mužům, kterých se zúčastnilo dotazníkového šetření 45 %.



Graf 28: Rozdělení respondentů dle pohlaví

5.2 Interpretace výsledků výzkumu

Cílem této práce bylo zjistit, jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním a kteří zároveň navštěvují ambulantní zařízení. Na základě provedeného dotazníkového šetření a vypočítání výsledků podle stanovených vzorců, můžeme odpovědět na jednotlivé stanovené výzkumné otázky, které také korespondují s jednotlivými doménami v dotazníku.

Tabulka 3: Výsledky výzkumu dle jednotlivých domén

Domény	N	Průměr	Směrodatná odchylka	Minimum	Maximum
Dom1 – fyzické zdraví	114	12,37	2,59	4,00	20,00
Dom2 – prožívání	114	12,71	2,74	4,00	19,33
Dom3 – sociální vztahy	114	13,34	2,97	4,00	20,00
Dom4 – prostředí	114	13,29	3,02	4,00	20,00
Q1 – Kvalita života	114	3,47	0,95	1,00	5,00
Q2 – spokojenost se zdravím	114	3,18	1,05	1,00	5,00

Tabulka 4: Intervaly populačních norem pro domény WHOOL-BREF

Domény	Populační normy		
	Spodní hranice	Průměr	Horní hranice
Dom1 – fyzické zdraví	14,30	15,60	16,80
Dom2 – prožívání	13,60	14,80	16,00
Dom3 – sociální vztahy	13,50	15,00	16,40
Dom4 – prostředí	12,30	13,30	14,30
Q1 – Kvalita života		3,82	
Q2 – spokojenost se zdravím		3,68	

Na základě tabulky č. 3, která zobrazuje výsledky výzkumu v oblasti kvality života v jednotlivých doménách, které jsme vypočítali pomocí stanovených vzorců pro každou doménu zvlášť a na základě tabulky č. 4, která zobrazuje populační normy, které jsou, byly již stanoveny k vyhodnocení tohoto výzkumu, lze konstatovat, že:

Výzkumná otázka č. 1: Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti fyzického zdraví?

Tato výzkumná otázka, byla vypočítána z otázek v dotazníku č. 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 pomocí vzorce, pro výpočet hrubého skóre: $(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$.

Po výpočtu doménového skóre u této výzkumné otázky, která je aritmetickým průměrem hodnot u konkrétních otázek, které spadají pod doménu fyzického zdraví, bylo nutno vynásobit tuto hodnotu hodnotou 4.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že po srovnání výsledků je kvalita života osob s duševním onemocněním, v oblasti **fyzického zdraví pod spodní hranicí populační normy**. Průměrná hodnota výsledků výzkumu, viz tabulka č. 3 je 12,37 a spodní hranice populační normy, viz tabulka č. 4 je 14,30. Do této výzkumné otázky, která koresponduje, s doménou č. 1 zařazujeme: bolest a nepříjemné pocity, závislost na lékařské péči, energii a únavu, pohyblivost, spánek, každodenní činnost a pracovní výkon. Můžeme zde konstatovat, že na základě odpovědí respondentů, se kvalita života těchto osob pohybuje pod stanovenou hranicí dané normy.

*Výzkumná otázka č. 2: **Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti prožívání?***

V této výzkumné otázce, jsme použily k výpočtu otázky z dotazníku č. 5, 6, 7, 11, 19 a 26, pomocí vzorce pro výpočet hrubého skóru: $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$.

Po výpočtu doménového skóre u této výzkumné otázky, která je aritmetickým průměrem hodnot u konkrétních otázek, které spadají pod doménu prožívání, bylo nutno vynásobit tuto hodnotu hodnotou 4.

Z výpočtů jsme zjistili, že kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti **prožívání** je **pod spodní hranicí populační normy**. Zjistili jsme, že průměrná hodnota výzkumu je hodnota 12, 7, viz tabulka č. 3 a spodní hranice populační normy je 13,60, viz tabulka č. 4. V této výzkumné otázce, která koresponduje, s doménou č. 2 jsme zjišťovali, jaké potěšení mají respondenti ze života, jaký je jejich smysl života, jak jsou schopni se soustředit, jak dokáží přijmout svůj fyzický vzhled, spokojenost se sebou samým a jak často je přepadají negativní pocity. Po srovnání vypočítaných hodnot jsme zjistili, že na základě odpovědí respondentů, je kvalita jejich života v oblasti prožívání pod stanovenou hranicí normy.

Výzkumná otázka č. 3: Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti sociálních vztahů?

Výzkumná otázka v oblasti sociálních vztahů byla vypočítána z otázek v dotazníku č. 20, 21 a 22. Pro výpočet byl použit vzorec pro výpočet hrubého skóre: $Q20 + Q21 + Q22 + Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$.

Po výpočtu doménového skóre u této výzkumné otázky, která je aritmetickým průměrem hodnot u konkrétních otázek, které spadají pod doménu sociálních vztahů, bylo nutno vynásobit tuto hodnotu hodnotou 4.

Po vypočítání této výzkumné otázky jsme zjistili, že kvalita života osob s duševním onemocněním v této oblasti je **pod spodní hranicí populační normy**, podle tabulky č. 3, můžeme vidět průměrnou hodnotu 13,34 a v tabulce č. 4 vidíme spodní hranici populační normy 13,50. V této oblasti jsme se respondentů dotazovali na jejich osobní vztahy, sexuální život a na podporu ze strany přátel. Na základě získaných odpovědí jsme zjistili, že kvalita života v oblasti sociálních vztahů se pohybuje pod průměrnými stanovenými hodnotami.

Výzkumná otázka č. 4: Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v závislosti na působení okolního prostředí?

Poslední výzkumná otázka byla hodnocena z otázek v dotazníku č. 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 a 25. Pro výpočet jsme použili vzorec výpočtu pro oblast prostředí a to: $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$.

Po výpočtu doménového skóre u této výzkumné otázky, která je aritmetickým průměrem hodnot u konkrétních otázek, které spadají pod doménu prostředí, bylo nutno vynásobit tuto hodnotu hodnotou 4.

Z výpočtu bylo zjištěno, že kvalita života osob s duševním onemocněním v závislosti na **působení okolního prostředí** je v **průměru**. To znamená, průměrná hodnota výzkumu dosáhla hodnotu 13,29, kterou můžeme vidět v tabulce č. 3 po srovnání s tabulkou č. 4, kdy průměr je 13,30.

V této oblasti jsme se respondentů ptali na pocit jejich bezpečí, spokojenost se životním prostředím v jejich okolí, na finanční situaci, dostupnost přístupu k informacím, jaké jsou jejich záliby, jak jsou spokojeni s okolním prostředím, zdravotní péčí a se schopností dostat se tam, kam potřebují. Na základě odpovědí respondentů a srovnání s výsledky a stanovenými intervaly, můžeme říci, že působení okolního prostředí na jedince v rámci kvality jeho života

se pohybují v průměrných hodnotách, což je lepší výsledek než u předchozích výzkumných otázek.

Vyhodnocení dvou samostatných položek dotazníku Q1 a Q2:

Podle stanovených postupů je důležité vyhodnotit i dvě samostatné domény v dotazníku, a to Q1 a Q2.

Doména Q1, je otázka v dotazníkovém šetření, kdy vyhodnocení této samostatné položky nám umožňuje dále pracovat s těmito daty v analýze výzkumného šetření. Tato položka je v dotazníku označena jako otázka č. 1, kdy se zajímá o celkovou kvalitu života osob s duševním onemocněním. To znamená, že osoby s duševním onemocněním hodnotí svou kvalitu života z obecného pohledu dříve, než se ptáme na jednotlivé otázky, které zkoumají kvalitu života podrobně. Zjistili jsme, že hodnoty jsou **pod průměrem**, kdy průměrná hodnota výzkumu 3,47 a průměr je 3,82.

Doména Q2, podle určeného postupu dotazníkového šetření, jsme také vypočítali samostatnou položku v dotazníku, která koresponduje s otázkou č. 2, která má za úkol zjistit spokojenost respondentů se svým zdravím. Zjistili jsme, že tato položka je také **pod průměrem**, kdy průměrná hodnota výzkumu je 3,18 a průměr je 3,68.

5.3 Ověření hypotéz

V následující podkapitole se zaměříme na vyhodnocení stanovených hypotéz. **V první hypotéze** zjišťujeme rozdíly mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a pohlavím. Na základě proměnných nominální a metrické byl k vyhodnocení použit výpočet pro **Chí – kvadrát test**.

H1₀: Závislost mezi vnímáním kvality života a pohlavím osob s duševním onemocněním nebyla prokázána

H1_A: Závislost mezi vnímáním kvality života a pohlavím osob s duševním onemocněním byla prokázána

Tabulka 5: Tabulka absolutních četností – závislost mezi kvalitou života a pohlavím

Závislost mezi kvalitou života a pohlavím	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2 - Špatná	9	7	16
3 - Ani špatná ani dobrá	14	23	37
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	28	33	61
Celkový součet	51	63	114

Tabulka 6: Tabulka očekávaných četností – závislost mezi kvalitou života a pohlavím

Závislost mezi kvalitou života a pohlavím	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2 - Špatná	7,16	8,84	16,00
3 - Ani špatná ani dobrá	16,55	20,45	37,00
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	27,29	33,71	61,00
Celkový součet	51,00	63,00	114,00

Tabulka 7: Tabulka výpočtu χ^2 – kvadrátu – hodnocení kvality svého života

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2 - Špatná	0,47	0,38	0,86
3 - Ani špatná ani dobrá	0,39	0,32	0,71
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	0,02	0,01	0,03
Celkový součet	0,89	0,72	1,60

$$\chi^2 = 1,60$$

$$\chi_{\text{krit}}(2) = 2,00$$

Vidíme, že realizace testové statistiky, číslo 1,60, nepřekročilo kritickou hodnotu, a tudíž nemůžeme zamítnout nulovou hypotézu. Platí tedy, že: Závislost mezi vnímáním kvality života a pohlavím osob s duševním onemocněním **nebyla prokázána**.

Druhá hypotéza zjišťuje souvislost, mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a kvalitou léčby. Na základě proměnných nominální a ordinální byla k vyhodnocení použit výpočet pro test dobré shody **χ^2 – kvadrát**.

H₂₀: Závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a vnímáním kvality léčby nebyla prokázána.

H_{2A}: Závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a vnímáním kvality léčby byla prokázána.

Tabulka 8: Tabulka absolutních četností – závislost mezi kvalitou života a kvalitou léčby

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Jak jste spokojen/a s kvalitou Vaší léčby?		
	Velmi nespokojen, Nespokojen, Ani spokojen ani nespokojen	Velmi spokojen, Spokojen	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2- Špatná	6	10	16
3 - Ani špatná ani dobrá	16	21	37
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	10	51	13
Celkový součet	32	82	114

Tabulka 9: Tabulka očekávaných četností – závislost mezi kvalitou života a kvalitou léčby

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Jak jste spokojen/a s kvalitou Vaší léčby?		
	Velmi nespokojen, Nespokojen, Ani spokojen ani nespokojen	Velmi spokojen, Spokojen	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2- Špatná	4,49	11,51	16,00
3 - Ani špatná ani dobrá	10,39	26,61	37,00
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	3,65	9,35	13,00
Celkový součet	18,53	47,47	66,00

Tabulka 10: Tabulka výpočtu χ^2 – kvadrátu – závislost mezi kvalitou života a kvalitou léčby

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Jak jste spokojen/a s kvalitou Vaší léčby?		
	Velmi nespokojen, Nespokojen, Ani spokojen ani nespokojen	Velmi spokojen, Spokojen	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2- Špatná	0,51	0,20	0,70
3 - Ani špatná ani dobrá	3,03	1,18	4,22
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	11,05	185,51	196,56
Celkový součet	14,59	186,89	201,48

$$X^2 = 201,48$$

$$X_{\text{krit}}(2) = 2,00$$

Vidíme, že realizace testové statistiky, číslo 201,48 překročilo kritickou hodnotu, a tudíž můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy, tedy: Závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a vnímáním kvality léčby byla prokázána.

Třetí hypotéza zkoumá, jaký je rozdíl, mezi vnímáním kvality života v souvislosti na potřebu léčby v běžném životě. Na základě proměnných nominální a ordinální, byl k vyhodnocení použit výpočet pro test dobré shody χ^2 – kvadrát.

H3₀: Závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a jejich potřebou léčby v běžném životě nebyla prokázána.

H3_A: Závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a jejich potřebou léčby v běžném životě **byla prokázána.**

Tabulka 11: Tabulka absolutních četností – závislost mezi kvalitou života a potřebou léčby

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?			
	1 - V obrovské míře, 2 - Velmi	3 - Středně	4 - Málo, 5 - Vůbec ne	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2 - Špatná	5	5	6	16
3 - Ani špatná ani dobrá	8	21	8	37
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	15	13	33	61
Celkový součet	28	39	47	114

Tabulka 12: Tabulka očekávaných četností – závislost mezi kvalitou života a potřebou léčby

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?			
	1 - V obrovské míře, 2 - Velmi	3 - Středně	4 - Málo, 5 - Vůbec ne	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2 - Špatná	3,93	5,47	6,60	16,00
3 - Ani špatná ani dobrá	9,09	12,66	15,25	37,00
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	14,98	20,87	25,15	61,00
Celkový součet	28,00	39,00	47,00	114,00

Tabulka 13: Tabulka výpočtu χ^2 – kvadrátu – závislost mezi kvalitou života a potřebou léčby

Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?			
	1 - V obrovské míře, 2 - Velmi	3 - Středně	4 - Málo, 5 - Vůbec ne	Celkový součet
1 - Velmi špatná, 2 - Špatná	0,29	0,04	0,05	0,39
3 - Ani špatná ani dobrá	0,13	5,50	3,45	9,08
5 - Velmi dobrá, 4 - Dobrá	0,00	2,97	2,45	5,42
Celkový součet	0,42	8,51	5,95	14,88

$$\chi^2 = 14,88$$

$$\chi_{\text{krit}}(4) = 9,50$$

Vidíme, že realizace testové statistiky, číslo 14,88 překročilo kritickou hodnotu, a tudíž můžeme zamítnout nulovou hypotézu ve prospěch alternativní hypotézy, tedy: Závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a jejich potřebou léčby v běžném životě **byla prokázána.**

Poslední hypotéza zjišťuje, jak souvisí subjektivní pohled osoby s duševním onemocněním na kvalitu svého života (ot. č.1), v porovnání s celkovým získaným skóre v dotazníku. Na základě proměnných nominální a ordinální byla k vyhodnocení dotazníku použit výpočet pro test **Korelačního koeficientu**.

H4₀: Závislost mezi subjektivním pohledem osob s duševním onemocněním na kvalitu jejich života a mezi jejich celkovým dotazníkovým skórem nebyla prokázána.

H4_A: Závislost mezi subjektivním pohledem osob s duševním onemocněním na kvalitu jejich života a mezi jejich celkovým dotazníkovým skórem **byla prokázána**.

Korelační koeficient $R=0,62$ (středně silná závislost)

Test významnosti korelačního koeficientu

$$t = \frac{|R|\sqrt{n-2}}{\sqrt{1-R^2}}$$

$t = 8,45 > t_{\text{krit}} (1,98)$ podařilo se nám zamítnout H_{40} . Lze tedy konstatovat, že: Závislost mezi subjektivním pohledem osob s duševním onemocněním na kvalitu jejich života a mezi jejich celkovým dotazníkovým skórem **byla prokázána**.

5.4 Shrnutí výzkumu

Hlavním cílem výzkumu v této diplomové práci, bylo zjistit, jak kvalitní život vedou osoby trpící duševním onemocněním a které zároveň navštěvují ambulantní zařízení. Kvalita života těchto osob byla v dotazníkovém šetření rozdělena do čtyř domén, které také korespondovaly s výzkumnými otázkami. Výzkum byl rozdělen na oblast fyzického zdraví, prožívání, sociálních vztahů a jak působí okolní prostředí na jedince. Dále pak do dvou samostatných položek jako celková kvalita života a spokojenost jedince s jeho zdravím, které byly vyhodnoceny zvlášť.

Jak jsme již zmínili výše, abychom našli odpovědi na hlavní cíle této práce, stanovili jsme si celkem čtyři výzkumné cíle, které korespondují s výzkumnými otázkami.

První výzkumná otázka zněla: **Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti fyzického zdraví?** Po vypočítání podle stanovené techniky a konkrétního vzorce pro tuto oblast jsme zjistili, že kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti **fyzického zdraví**, je **pod spodní hranicí populační normy**.

Dále jsme našli odpověď na druhou výzkumnou otázku a to: **Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti prožívání?** Podle stanoveného postupu a výpočtů konkrétního vzorce pro tuto oblast jsme zjistili, že kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti **prožívání** je **pod spodní hranicí populační normy**.

Třetí výzkumná otázka zněla: **Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti sociálních vztahů?** Po výpočtu stanoveného vzorce a metodologického postupu jsme zjistili, že kvalita života osob s duševním onemocněním v oblasti **sociálních vztahů** je **pod spodní hranicí populační normy**.

Poslední čtvrtá výzkumná otázka: **Jaká je kvalita života osob s duševním onemocněním v závislosti na působení okolního prostředí?** Byla vyhodnocena konkrétním výpočtem pro tuto doménu a zjistili jsme že, kvalita života osob s duševním onemocněním v závislosti na **působení okolního prostředí** je **v průměru**.

Z výše uvedeného lze konstatovat, že osoby s duševním onemocněním mají horší kvalitu života ve třech ze čtyř zkoumaných domén a pouze v oblasti působení okolního prostředí na jedince vnímají kvalitu života podobně jako je populační norma, respektive její průměr.

Po vyhodnocení dílčích výzkumných otázek jsme také hodnotili dvě samostatné oblasti, které jsou v tomto výzkumném šetření rozděleny podle zvoleného strukturovaného dotazníku, a to oblast **Q1**, která se zaměřovala na celkovou kvalitu života osob s duševním onemocněním. Zde bylo zjištěno, že tato oblast je **pod průměrnými** hodnotami v tabulce intervalů populačních norem pro domény WHOQOL – BREF. Stejně tak jako druhá oblast **Q2**, zaměřena na spokojenost jedince se zdravím je také **pod průměrnou** hodnotou v této tabulce.

Další částí vyhodnocení výzkumu, bylo ověření čtyř stanovených hypotéz. V **první** hypotéze jsme zjišťovali rozdíly mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a pohlavím. Tuto hypotézu jsme zvolili záměrně z toho důvodu, jelikož by bylo zajímavé zjistit, zda pohlaví hraje roli v subjektivním vnímání kvality života. Zjistili jsme ale, že závislost mezi vnímáním kvality života a pohlavím osob s duševním onemocněním, **nebyla prokázána**. **Druhá** hypotéza se zaměřovala na souvislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a kvalitou léčby. Touto hypotézou jsme chtěli zjistit, zda je kvalita léčby závislá na subjektivní kvalitě života respondenta, abychom zjistili důležitost v kvalitně

poskytované léčby, zda má pozitivní dopady na kvalitu života respondenta. Ověřením hypotézy bylo zjištěno, že závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a vnímáním kvality léčby **byla prokázána**.

Nejenom kvalita léčby, ale také její potřebnost pro nás byla důležitým faktorem, tomu se věnovala **třetí** hypotéza, která měla za úkol zkoumat závislost mezi vnímáním kvality života a potřebu léčby v běžném životě. Bylo zjištěno, že závislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním a potřebou jejich léčby v běžném životě **byla prokázána**. **Poslední** hypotézu jsme zvolili záměrně z toho důvodu, jelikož nás zajímal rozdíl, mezi celkovým získaným skóre v dotazníkovém šetření a srovnání s odpovědí na otázku č. 1 v dotazníku, kdy respondent hodnotí kvalitu svého života pouze jednoslovně. Zjistili jsme, že závislost mezi subjektivním pohledem osob s duševním onemocněním na kvalitu jejich života a mezi jejich celkovým dotazníkovým skórem **byla prokázána**. Můžeme tedy říci, že odpovědi na samostatnou položku v dotazníku se často shodovaly s celkovým získaným skóre dotazníku.

Zjištěné informace z dotazníkového šetření by mohly sloužit jako doplnění informací v činnosti terciální prevence, která usiluje o zmírnění nepříznivých dopadů postižení, nemoci nebo životních událostí. Tyto informace mohou přispět k poskytování kvalitní a odborné péče a empatického přístupu k osobám, které trpí duševním onemocněním.

ZÁVĚR

Touto diplomovou prací jsme se snažili poukázat na problematiku nemocných osob, zde tedy konkrétně s duševním onemocněním a jak tyto osoby vnímají svůj život ze svého vlastního pohledu.

Teoretickou část této práce jsme rozdělili do tří základních kapitol, kdy v první kapitole se zaměřujeme na oblast duševního zdraví a nemoci, kde popisujeme tyto dva základní pojmy, abychom mohli vnímat rozdíl mezi zdravím a nemocným člověkem. Ve druhé kapitole jsme se věnovali oblasti kvalita života, jaké dimenze v kvalitě života máme a jak je možné měřit kvalitu života. Důležité je také znát, jak pracovat s osobou, která trpí duševním onemocněním, čemuž je věnována třetí a zároveň poslední kapitola teoretické části. Popsali jsme také sociálního pracovníka, který je v tomto procesu velmi potřebný a definovali jednotlivé typy ambulantního zařízení, které mohou tyto osoby navštěvovat.

Na teoretickou část jsme navázali praktickou částí, která obsahuje realizaci výzkumu, kde jsme stanovili výzkumné otázky, cíle a hypotézy. Dále jsme zvolili kvantitativní výzkumné šetření, kde jsme popsali postup a způsob vyhodnocení získaných dat. V poslední řadě jsme ověřovaly stanovené hypotézy. Z výzkumného šetření, které bylo rozděleno do čtyř základních domén, jsme zjistili, že v oblasti fyzického zdraví, v oblasti prožívání a sociálních vztahů se hodnoty pohybují pod spodní hranicí populační normy. V poslední doméně působení okolního prostředí na osoby trpící duševním onemocněním se tyto hodnoty pohybovaly v průměru.

Z tohoto výzkumu vyplývá, že osoby s duševním onemocněním mají horší kvalitu života, nežli je populační standard, a to zejména v oblastech fyzického zdraví, prožívání a sociálních vztahů. Dále také byly zkoumány závislosti mezi vnímáním kvality života a pohlavím, kvalitou léčby, potřebou léčby a s celkovým získaným skóre v dotazníku. Závislost byla prokázána mezi kvalitou léčby, potřebou léčby a závislost s celkovým získaným skóre v dotazníku. Oproti tomu souvislost mezi vnímáním kvality života osob s duševním onemocněním nebyla prokázána.

Lze tedy konstatovat, že pokud budeme hledat cesty a prostředky ke zlepšení kvality života osob s duševním onemocněním, tak bychom se měli ubírat právě těmi směry, ve kterých je kvalita života těchto osob pod populační normou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BAŠTECKÝ, Jaroslav. *Psychiatrie, právo a společnost: postavení duševně nemocného ve společnosti a v právních předpisech*. Praha: Galén, 1997. *Theatrum medicouridicum*. ISBN 80-85824-45-0.
2. BAŠTECKÁ, Bohumila a Petr GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
3. BAUDIŠ, P., DRAGOMIRECKÁ, E. *Psychiatricky nemocný a kvalita života. Praktický lékař*, 2002, č. 10, 628-632.
4. ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: https://www.mpsv.cz/files/clanky/31234/Zakon_o_socialnich_sluzbach-stav_k_1_10_2017.pdf.
5. DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment: příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace*. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.
6. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. České vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
7. GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. Most (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-21-0.
8. GILLERNOVÁ, Ilona, Vladimír KEBZA a Milan RYMEŠ. *Psychologické aspekty změn v české společnosti: člověk na přelomu tisíciletí*. Praha: Grada, 2011. *Psyché* (Grada). ISBN 9788024727981.
9. GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada, 2011. *Pedagogika* (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
10. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. *Sestra* (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
11. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.

12. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303x.
13. HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: H & H, 1996. Knižnice praktického lékaře (H & H). ISBN 80-85787-96-2.
14. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
15. KOVÁČ, Damián, 2004, K pojmo-logike kvality života, *Československá psychologie*, č. 5., s. 460-465, Praha.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
18. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4733-0.
19. KUČERA, Zdeněk. *Podpora zdraví a kvalita života*. In Hnilicová, H. (Ed.) *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 108-120. ISBN 80-86625-20-6.
20. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Výzkum kvality života vybraných skupin osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014. ISBN 978-80-244-4296-9.
21. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. ISBN 978-80-244-5059-9.
22. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.
23. MIŇHOVÁ, Jana a Vladimíra LOVASOVÁ. *Psychopatologie: pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2018. ISBN 978-80-7380-721-4.

24. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ, *Adresář služeb pro lidi s duševním onemocněním v České Republice*. 2. Tištěné vydání Adresáře 2015, Vida z. s., [online]. MPSV ČR, 2016. [cit. 2019-2-24]. Dostupné z: <http://www.vidacr.cz/wp-content/uploads/VIDA-Adresar-sluzeb-2016.pdf>.
25. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních služeb*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80.247.4315.
26. MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, c2006. Sestra (Grada). ISBN 8024711516.
27. MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
28. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-x.
29. NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3709-6.
30. NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008. ISBN 978-80-86723-48-8.
31. OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
32. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3737-9.
33. PRAŠKO, Ján. *Obecná psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2570-2.
34. PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
35. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
36. SVOBODOVÁ, Lenka. *Kvalita života in kolektiv autorů. Vliv změn světa práce na kvalitu života* [online]. MPSV ČR, 2009. [cit. 2019-2-24]. Dostupné z: <http://kvalitazivota.vubp.cz/clanky.php>.
37. VAĐUROVÁ, Helena a Pavel MÜHLPACHR. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 8021037547.

38. VAŠINA, Lubomír. *Sanoterapie*. Brno: Masarykova univerzita, 1999. ISBN 80-210-2017-2.
39. WORLD HEALTH ORGANIZATION: WHO, 2019. World Health Organization: WHO [online]. [cit. 2019-2-24]. Dostupné z: <https://www.who.int/countries/en/>.
40. ZVOLSKÝ, Petr. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

atd. a tak dále

aj. a jiné

č. číslo

ČR Česká republika

et. al. a kolektiv

kol. kolektiv

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

např. například

popř. popřípadě

s. strana

tzv. takzvaný, takzvaně

WHO World Health Organization/ Světová zdravotnická organizace

WHOQOL World Health Organization Quality of Life

WHOQOL – BREF World Health Organization Quality of Life – BREF

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1: Hodnocení bránění fyzické bolesti v potřebných aktivitách</i>	43
<i>Graf 2: Hodnocení závislosti na potřebu lékařské péči.....</i>	44
<i>Graf 3: Hodnocení dostatečné energie pro běžný život.....</i>	45
<i>Graf 4: Hodnocení schopnosti pohybovat se mimo domov</i>	45
<i>Graf 5: Hodnocení spokojenosti spánku.....</i>	46
<i>Graf 6: Hodnocení spokojenosti vykonávání každodenních aktivit.....</i>	47
<i>Graf 7: Hodnocení se spokojeností se schopností své práce</i>	47
<i>Graf 8: Hodnocení potěšení ze života.....</i>	48
<i>Graf 9: Hodnocení smyslu života.....</i>	49
<i>Graf 10: Hodnocení schopnosti soustředění se</i>	49
<i>Graf 11: Hodnocení schopnosti přijetí fyzického vzhledu</i>	50
<i>Graf 12: Hodnocení se spokojenost se sebou samým</i>	51
<i>Graf 13: Hodnocení dopadu negativních pocitů</i>	51
<i>Graf 14: Hodnocení svých osobních vztahů</i>	52
<i>Graf 15: Hodnocení svého sexuálního života</i>	52
<i>Graf 16: Hodnocení podpory ze strany přátel.....</i>	53
<i>Graf 17: Hodnocení bezpečnosti v každodenním životě</i>	54
<i>Graf 18: Hodnocení prostředí, ve kterém jedinec žije.....</i>	55
<i>Graf 19: Hodnocení finanční situace jedince</i>	55
<i>Graf 20: Hodnocení dostupnosti informací pro běžný život.....</i>	56
<i>Graf 21: Hodnocení příležitostí pro rozvoj zájmů.....</i>	56
<i>Graf 22: Hodnocení spokojenosti s bydlením.....</i>	57
<i>Graf 23: Hodnocení dostupnosti zdravotní péče</i>	58
<i>Graf 24: Hodnocení spokojenosti s dopravou na potřebná místa</i>	58
<i>Graf 25: Hodnocení celkové kvality života Q1</i>	59
<i>Graf 26: Hodnocení spokojenosti se zdravím Q2.....</i>	59
<i>Graf 27: Hodnocení spokojenosti s kvalitou léčby</i>	60
<i>Graf 28: Rozdělení respondentů dle pohlaví</i>	60

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1: Přehled domén a položek WHOQOL – BREF</i>	40
<i>Tabulka 2: Souvislost mezi 4 doménami a otázkami v dotazníku, metodika výpočtu hrubého skóru</i>	42
<i>Tabulka 3: Výsledky výzkumu dle jednotlivých domén</i>	61
<i>Tabulka 4: Intervaly populačních norem pro domény WHOOL-BREF</i>	61
<i>Tabulka 5: Tabulka absolutních četností – závislost mezi kvalitou života a pohlavím</i>	65
<i>Tabulka 6: Tabulka očekávaných četností – závislost mezi kvalitou života a pohlavím</i>	65
<i>Tabulka 7: Tabulka výpočtu χ^2 – kvadrátu – hodnocení kvality svého života</i>	65
<i>Tabulka 8: Tabulka absolutních četností – závislost mezi kvalitou života a kvalitou léčby</i>	66
<i>Tabulka 9: Tabulka očekávaných četností – závislost mezi kvalitou života a kvalitou léčby</i>	66
<i>Tabulka 10: Tabulka výpočtu χ^2 – kvadrátu – závislost mezi kvalitou života a kvalitou léčby</i>	66
<i>Tabulka 11: Tabulka absolutních četností – závislost mezi kvalitou života a potřebou léčby</i>	67
<i>Tabulka 12: Tabulka očekávaných četností – závislost mezi kvalitou života a potřebou léčby</i>	67
<i>Tabulka 13: Tabulka výpočtu χ^2 – kvadrátu – závislost mezi kvalitou života a potřebou léčby</i>	67

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník

Příloha PII: Průvodní dopis

PŘÍLOHA P I: PRŮVODNÍ DOPIS

Vážená paní ředitelko/ pane řediteli,

Jsem studentkou posledního ročníku Fakulty humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně oboru Sociální pedagogika. V současné době pracuji na diplomové práci, která se zaměřuje na kvalitu života osob s duševním onemocněním. Jsem totiž přesvědčena, je třeba se této problematice věnovat a zvyšovat tak povědomí běžných obyvatel.

Součástí mé diplomové práce je také strukturovaný dotazník zaměřující se právě kvalitu života. Dotazník je určen osobám starším 18 let bez rozdílu pohlaví, které trpí nějakým duševním onemocněním. Vyplnění tohoto anonymního dotazníku trvá přibližně 5-8 minut.

Tímto si Vás a Vaše zařízení dovoluji požádat a poprosit o součinnost při sběru výzkumných dat. Velmi bych Vás a Vaše kolegy chtěla poprosit, zda byste nemohli zmíněný dotazník předložit Vaším klientům.

Způsob a formy vyplnění dotazníků mohou být různé

- Klient může vyplnit sám, v pohodlí domova na základě zaslání internetového odkazu
- Klientovi může být dotazník předložen ve Vašem zařízení
- Dotazník může být s klientem vyplněn za asistence např. sociálního pracovníka, pečovatele atd.

Počet vyplněných dotazníků nechám zcela na Vašich možnostech a uvážení. Každý odevzdaný dotazník se počítá a má smysl.

Budu velmi ráda za případnou spolupráci s Vaším zařízením a Vašimi klienty. Jako protihodnotu Vám ráda poskytnu zpracované výstupy z mé diplomové práce.

Předem děkuji za vyjádření Vašeho postoje k mé prosbě. Dále jsem také připravena zodpovědět Vám veškeré další dotazy.

Srdečně děkuji a jsem s pozdravem,

Bc. Nikola Novotná

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

DOTAZNÍK KVALITY ŽIVOTA (WHOQOL)

Dobrý den,

jsem studentkou Fakulty humanitních studií na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, obor Sociální pedagogika. Vypracovávám diplomovou práci na téma Kvalita života Duševně nemocných osob navštěvující ambulantní zařízení.

Následující otázky se ptají na to, jak jste vnímal kvalitu svého života, zdraví a jiných oblastí Vašeho života. Přečtu Vám jednotlivé otázky spolu s možnostmi odpovědí. **Vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější.** Pokud si nejste jistá/ý, jak na otázku odpovědět, obvykle je nejlepší ta odpověď, která Vás napadne jako první.

Myslete prosím na své zásady, očekávání, potěšení a zájmy. Prosíme, abyste přemýšleli o svém životě v **1 měsíci před vstupem do léčby.**

Dotazník je anonymní a bude sloužit pouze pro účely mé diplomové práce.

Děkuji za Vaše odpovědi

		Velmi špatná	Špatná	Ani špatná ani dobrá	Dobrá	Velmi dobrá
1	Jak byste zhodnotil/a kvalitu svého života?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/ á	Nespokojený /á	Ani spokojený/á ani nespokojený/ á	Spokojený/á	Velmi spokojený (á
2	Jak spokojený/á jste se svým zdravím?	1	2	3	4	5

Následující otázky se ptají na to, **do jaké míry** jste v posledních 4 týdnech zažil/a/pocítil/a některé situace.

		Vůbec ne	Málo	Středně	Velmi	V obrovské míře
3	Do jaké míry máte pocit, že Vám fyzická bolest brání dělat to, co potřebujete?	5	4	3	2	1
4	Jak moc potřebujete nějakou léčbu, abyste fungoval/a v běžném životě?	5	4	3	2	1
5	Jak moc Vás baví život?	1	2	3	4	5
6	Do jaké míry má Váš život podle Vás smysl?	1	2	3	4	5

		Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Velmi	V obrovské míře
7	Jak dobře jste schopen/a se soustředit?	1	2	3	4	5
8	Jak bezpečně se cítíte ve svém každodenním životě?	1	2	3	4	5
9	Jak zdravé je Vaše fyzické prostředí, ve kterém žijete?	1	2	3	4	5

Následující otázky se vás ptají na to, do jaké míry jste v posledních čtyřech týdnech zažíval/a nebo byl/a schopen/a dělat určité věci.

		Vůbec ne	Málo	Přiměřeně	Většinou	Naprosto
10	Máte dost energie pro běžný život?	1	2	3	4	5

11	Jste schopen/a přijmout svůj fyzický vzhled (to, jak vypadáte)?	1	2	3	4	5
12	Máte dost peněz na to, abyste uspokojil/a své potřeby?	1	2	3	4	5
13	Jak dostupné jsou pro Vás informace, které potřebujete pro svůj každodenní život?	1	2	3	4	5
14	Máte dostatek příležitostí pro rozvíjení svých zájmů?	1	2	3	4	5

		Velmi špatně	Špatně	Ani špatně ani dobře	Dobře	Velmi dobře
15	Jak velké potíže Vám dělá pohybovat se mimo domov?	1	2	3	4	5

		Velmi nespokojený/á	Nespokojený/á	Ani spokojený/á ani nespokojený/á	Spokojený/á	Velmi spokojený/á
16	Jak spokojený/á jste se svým spánkem?	1	2	3	4	5
17	Jak spokojený/á jste s tím, jak jste schopen/a vykonávat každodenní aktivity?	1	2	3	4	5
18	Jak spokojený/á jste se svou schopností pracovat?	1	2	3	4	5

19	Jak spokojený/á jste sám/a se sebou?	1	2	3	4	5
----	--------------------------------------	---	---	---	---	---

20	Jak spokojený/á jste se svými osobními vztahy?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

21	Jak spokojený/á jste se svým sexuálním životem?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

22	Jak spokojený/á jste s podporou, kterou Vám poskytují Vaši přátelé?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

23	Jak spokojený/á jste se svým bydlením?	1	2	3	4	5
----	--	---	---	---	---	---

24	Jak spokojený/á jste s dostupností Vaší zdravotní péče?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

25	Jak spokojený/á jste s tím, jak se Vám daří dostat se tam, kam potřebujete?	1	2	3	4	5
----	---	---	---	---	---	---

Následující otázka se zajímá o to, jak často jste pociťoval/a nebo zažíval/a určité věci/pocity v posledních čtyřech týdnech.

		Nikdy	Zřídka	Celkem často	Velmi často	stále
26	Jak často jste měl/a negativní pocity jako špatná nálada, zoufalství, úzkost, deprese?	5	4	3	2	1

Doplňující otázky k ověření hypotéz

D1	Jak jste spokojen/a s kvalitou Vaší léčby?	Velmi spokojen	Spokojen	Ani spokojen, ani nespokojen	Nespokojen	Velmi nespokojen
D2	Jaké je vaše pohlaví?	Žena	Muž			